STRUKTURELLE DISSOZIATION der Persönlichkeit

Trauma-related Structural Dissociation of the Personality

Dissoziation als Traumafolge

Dissoziation (im hier gemeinten Sinne) ist eine natürliche, biologisch (neurophysiologisch) angelegte Fähigkeit der Psyche, durch die bestimmte eigene Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen, Handlungen oder Gedanken dem Bewußtsein unzugänglich bleiben: sie werden **abgespalten**. Dissoziative Reaktionen verhindern eine Überflutung des Bewußtseins mit Reizen und verbessern dadurch die Reaktionsmöglichkeiten des Individuums in schwierigen Situationen. – Die meisten Menschen ignorieren im Alltag unwillkürlich Eindrücke, die sie als unwichtig, störend oder überfordernd empfinden. In Belastungssituationen kennen viele von uns das Gefühl, äußerlich zu funktionieren, sich selbst aber kaum zu spüren. Dies alles sind Momente der **gesunden Alltagsdissoziation**.

Hohe Alltagsdissoziation äußert sich oft als Zerstreutheit oder Vergeßlichkeit oder indem Routinewege/-handlungen nicht mehr bewußt wahrgenommen werden. Manche Menschen neigen zu Tagträumen oder werden beim Anschauen von Filmen so stark in die Handlung hineingesogen, daß sie Mühe haben, im Anschluß wieder in die Realität zurückzufinden.

Bei anderen wiederum ist die gesunde Alltagsdissoziation nur gering ausgeprägt. Sie sind immer voll da, bekommen auch alle belanglosen Einzelheiten einer Situation mit (ob sie wollen oder nicht). Häufig leiden sie deshalb gelegentlich unter Reizüberflutung. Sie können Geräusche in der Umgebung nicht ausblenden (z.B. das Ticken des Weckers oder ihre spielenden Kinder), nach Feierabend können sie nicht abschalten.

Kinder können meist noch besonders gut dissoziieren. Ihre traumverlorene Geistesabwesenheit versuchen Erwachsene oft zu unterbinden; im Kindesalter ist sie jedoch vermutlich nötig zur inneren Verarbeitung von Erfahrungen. Auch der *Tunnelblick* ist eine dissoziative Reaktionsweise, die bei vielen Kindern und Jugendlichen der inneren Distanzierung vor allem gegenüber vorwurfsvollen oder aggressiven Monologen von Erwachsenen dient.

Unter existenziell bedrohlichen Umständen, in denen wir unbedingt wirksam handeln müßten, dazu jedoch aus äußeren und/oder inneren Gründen nicht in der Lage sind **(Psychotraumatisierung)**, kann Dissoziation zur vorrangigen seelischen Reaktionsmöglichkeit werden. Dies gilt in besonders hohem Maße bei Traumatisierungen in der Kindheit.
Bestimmte sehr belastende Aspekte der bedrohlichen Situation (Angst, Schmerz, Hilflosigkeit, extreme Verwirrung und Orientierungslosigkeit) werden dann durch Dissoziation mehr oder weniger vollständig vom Bewußtsein ferngehalten, damit das Leben weitergehen kann. (Verarbeitet sind sie dadurch allerdings nicht!)

Der bedeutende französische Psychiater **Pierre JANET** (1859-1947) beschäftigte sich als erster umfassend und systematisch mit dem Wesen von dissoziativer Desintegration und Fragmentierung des Bewußtseins im Zusammenhang mit traumatisierenden Lebensumständen. Zwischen 1880 und 1920 waren dissoziative Störungen anerkannte und häufig diskutierte psychiatrische Krankheitsbilder. Im 20. Jahrhundert wurden diese Forschungen weitgehend verdrängt durch psychoanalytische Entwicklungs- und Störungsmodelle.[1] Erst die zunehmende Aufmerksamkeit für traumatisierte Soldaten, KZ-Überlebende, Opfer von Naturkatastrophen und technischen Unfällen, für die Folgen von Vergewaltigungen sowie für Kindsmißhandlungen und Inzest sowie aktuell die Situation von Flüchtlingen aus Bürgerkriegsregionen hat den durch Traumata verursachten dissoziativen Reaktionen wieder zu einem steigenden Maß an öffentlicher und fachlicher Aufmerksamkeit verholfen.[2]

Dissoziation aufgrund von Psychotraumatisierung ist jedoch eigentlich nichts Krankes, sondern eine biologisch angelegte (gesunde) Schutz-Reaktion auf gravierende Störungen von außen! Traumatische Lebensumstände überlebt zu haben, setzt ein besonders hohes Maß an seelischer Funktionsfähigkeit voraus. Zum Problem wird allerdings, daß diese dissoziativen Verhaltens- und Empfindungsmuster zum nicht-traumatischen Alltag nicht passen.

[1] Nach Janet hat der ungarische Arzt und Psychoanalytiker Sándor FERENCZI (1873–1933) als lange Zeit einziger das Phänomen der dissoziativen Störungen bei in der Kindheit traumatisierten Menschen erkannt und Möglichkeiten der therapeutischen Aufarbeitung erkundet. Damit wurde er zum Begründer der psychotraumatologischen Traumatherapie. Siehe die bei D+T publizierte Zusammenstellung aller Arbeiten Ferenczis zu diesem Thema: Sándor FERENCZI: INFANTIL-ANGRIFFE! ÜBER SEXUELLE GEWALT, TRAUMA UND DISSOZIATION (Berlin 2014) (kostenlos als pdf).
[2] Siehe hierzu umfassend im Literaturverzeichnis bei HERMAN, PUTNAM sowie SCHALLECK.

Grundlegende dissoziative Symptome

Auf welche Weise werden traumatische Erfahrungen/Erinnerungen mithilfe von Dissoziation vom Bewußtsein ferngehalten bzw. kompensiert?

Dissoziative Abspaltung von Gedächtnisinhalten bedient sich bestimmter neurophysiologisch festgelegter Muster. **Insbesondere nach komplexen Traumatisierungen über längere Zeit verselbständigen sich diese und werden zu generellen Konfliktlösungsmustern auch im späteren Leben.** Vor allem solche relativ eindeutig beschreibbare psychische und somatoforme Phänomene haben als dissoziative Symptome bislang Eingang gefunden in die aktuellen Diagnosekataloge ICD-10 und DSM IV:

Dissoziative Amnesie:

Wenn Betroffene an bestimmte Situationen oder Lebensphasen (insbesondere der Kindheit) keine oder kaum Erinnerungen haben, liegt der Verdacht nahe, daß hier traumatische Erinnerungen abgespalten werden. – Hiervon zu unterscheiden ist die natürliche Kindheitsamnesie als Unfähigkeit von uns allen, uns an Umstände und Situationen etwa vor dem 3. Lebensjahr zu erinnern. Dies hängt zusammen mit dem erst nach diesem Lebensalter voll ausgebildeten kognitiv-sprachlichen *Expliziten Gedächtnis*.

Derealisierung:

Im Bereich der gesunden Alltagsdissoziation kennen wir Derealisierung als Fähigkeit, *die Ohren auf Durchzug zu schalten*, als Erfahrung, situativ *wie weggetreten zu sein* oder als *Tunnelblick* bei Übermüdung/Überforderung.
Wurde dissoziative Derealisierung als Reaktionsmuster zur Traumakompensation etabliert, erleben viele Betroffene auch im späteren Leben Konfliktsituationen (die selbst keine traumatisierende Wirkung haben müssen) oft *wie einen Film*. Sie haben das Gefühl, *es ist ein Traum, gleich wache ich auf!* oder *Das hat mit mir nichts zu tun!* – Bei der dissoziativen Derealisierung wird die Realität der Außenwelt ausgeblendet.

Depersonalisierung:

Hierbei wird die eigene leibliche/körperliche Realität ausgeblendet (abgespalten). Traumaüberlebende können sich oft durchgängig nicht mit ihrem eigenen Körper identifizieren. Nicht selten erkennen sie sich affektiv nicht im Spiegel, obwohl ihnen kognitiv durchaus klar ist, daß sie ihr eigenes Gesicht sehen. Vor allem betroffenen Kindern fällt es gelegentlich schwer, sich als gemeint zu fühlen, wenn sie angesprochen werden.
Traumatische Gewalt an sich selbst haben Betroffene oft erlebt, *als ob ich von weit weg auf die Szene schaue*, etwa vom Schrank oben hinunter auf das Bett, in dem das Schreckliche (jemand anderem!) geschieht.

Immobilitätsreaktion

Vergewaltigungsopfer werden oft argwöhnisch gefragt (und fragen sich selbst), wieso sie sich nicht gewehrt haben. In vertrauensvollen Gesprächen mit Betroffenen (sowie in einigen autobiografischen Veröffentlichungen) wird deutlich, daß dieser Passivität meist eine dissoziative Abspaltung der äußeren Realität oder/und der Realität des eigenen Leibs zugrundelag. Hinzu kommen kann in solchen Situationen die neurophysiologisch vorgegebene Immobilitätsreaktion, der sogenannte **Totstellreflex**, wie er auch bei Tieren zu finden ist. Ob und inwieweit die Immobilitätsreaktion neurophysiologisch als dissoziatives Muster zu verstehen ist, ist noch nicht restlos geklärt.[3]

Dissoziative Fugue:

Das plötzliche Weglaufen aus einer unerträglich belastenden Situation, verbunden mit amnestischen Ausfällen (Erinnerungsverlust), findet sich manchmal nach traumatisierenden Verkehrsunfällen und wird dann ggf. als Unfallflucht eingeschätzt. *(Mittlerweile wird dissoziative Fugue aber auch auf Rat von Verteidigern vorgeschoben, um eine reale Fahrerflucht zu decken.)*

Bei Betroffenen mit komplexen Traumafolgeschäden kommt es vor allem nach plötzlichem Hervorbrechen von traumatischen Erinnerungen (Empfindungen, Bildern) ins Bewußtsein *(Flashback)* manchmal zur dissoziativen Fugue. Auch das subjektive Empfinden, gefangen zu sein oder bedrängt zu werden (z.B. durch starken Entscheidungsdruck), kann zu dieser unwillkürlichen Reaktion führen. Grundlage ist dann wohl eine *Affektbrücke* zu einer abgespaltenen (nicht bewußten) traumatischen Erfahrung. – In realen gegenwärtigen Gefahrensituationen, wenn die Fluchtreaktion angemessen wäre, kommt es bei Traumaüberlebenden demgegenüber eher zu Depersonalisierung/Derealisierung bzw. zur Immobilitätsreaktion.

Somatoforme Dissoziation:

Störungen der Bewegung oder der Sinnesempfindungen ohne körperlich erkennbare Ursache, z.b. Lähmungen, Krämpfe, Schmerzunempfindlichkeit. *(Siehe das separate Kapitel hier weiter unten.)*

Flashback (Erinnerungsblitz)

Abgespaltene traumatische Erinnerungen (Bilder, Empfindungen) werden in bestimmten Situationen plötzlich ins Bewußtsein freigegeben. Solche *Positiv-Dissoziationen* haben bei vielen Überlebenden von psychotraumatischen Erfahrungen einen hohen Stellenwert im Alltag. Insbesondere führt bereits **die Angst vor Flashbacks** zu weiteren dissoziativen Abspaltungen *(Negativ-Dissoziationen)* in Gegenwartssituationen bzw. zu verstärkten sekundären Kompensationen. *(Siehe auch im Folgenden.)*

[3] Siehe LEVINE, PEICHL.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Identität ist nichts Statisches; sie ist ein Prozeß, der soziale Beziehungen und ihre Wahrnehmung beschreibt. Dies wird besonders relevant im Zusammenhang mit den Folgen von Psychotraumatisierungen.[4] Als natürliche psychische Entwicklung können wir heutzutage verstehen *(siehe hier im Anhang!)*, daß als Folge unterschiedlicher Entwicklungseinflüsse (darunter auch traumatisierender), individueller Erfahrungen und besonderer Neigungen *bei uns allen* verschiedene **Persönlichkeitsaspekte** entstanden sind, die bei günstigen Entwicklungsbedingungen weitgehend unauffällig miteinander kooperieren, die wir unter bestimmten Bedingungen jedoch als voneinander unterschiedene, widersprüchliche *Anteile* erleben.[5]

Traumaüberlebende erkennen im späteren Leben oft, wie sie in bestimmten Situationen unweigerlich, ohne etwas daran ändern zu können, ganz bestimmten Empfindungen, Einschätzungen oder Verhaltensweisen unterliegen. Weder sich selbst noch anderen können sie solche meist unangemessenen Reaktionen erklären. Psychoanalytisch orientierte Deutungen vermögen an ihrem scheinbar irrationalen Verhalten oder Empfinden meist ebensowenig zu ändern wie verhaltenstherapeutische Interventionen.
Hierbei wird es sich oft um Momente einer Strukturellen Dissoziation handeln, die entstehen können als Ausdifferenzierung und Manifestierung der natürlichen Persönlichkeitsaspekte. *(Hierbei handelt es sich zumeist noch nicht um selbständige Teilpersönlichkeiten im Sinne einer Multiplen Persönlichkeit; diese bedeutet erst die komplexeste Form der Strukturellen Dissoziation!)*
Zum Konzept der *Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit* liegen zum jetzigen Zeitpunkt erst wenige Forschungsergebnisse oder veröffentlichte Therapieerfahrungen vor; in den aktuellen psychiatrischen Diagnosekatalogen ist es noch nicht enthalten.[6]
Je nach dem Ausmaß der traumatischen Überforderung scheint das individuelle Bewußtseinssystem bestimmte dissoziative Reaktionsweisen als mehr oder weniger ausdifferenzierte Ausweichmöglichkeiten dauerhaft (also strukturell) zu etablieren, um traumatische Erfahrungen und Empfindungen isoliert, also nicht-integriert, zu speichern (d.h. abzuspalten) und sie auf diese Weise (zunächst) unschädlich zu machen.

NIJENHUIS ET AL. (2004) haben Forschungsergebnisse zusammengetragen, durch die ein erstes Verständnis für neurophysiologische Vorgänge beim Aufbau der entsprechenden dissoziierten Empfindungs- und Handlungsmuster möglich wird. Die kontinuierliche intrapsychische Interaktion mit den nicht-integrierten Traumaerinnerungen kann (in Form von **Konditionierungen**) zu ihrer weiteren Manifestierung beitragen.

---

[4] Vgl. BECKER/DIAZ
[5] Eine sehr empfehlenswerte Hilfestellung für Menschen ohne traumabedingte Schädigungen, aufmerksamer zu werden für ihre eigene innere Vielstimmigkeit, ist ein Buch des bekannten Kommunikationspsychologen F. SCHULZ V. THUN.
[6] Ich beziehe mich im folgenden vorrangig auf die grundlegenden Darstellungen der Psychotraumatologen Onno van der HART, Ellert R.S. NIJENHUIS und Kathy STEELE (2004, 2007, 2008, siehe in der Literaturliste) sowie eigene Erfahrungen mit Betroffenen.

Bereits 1919 beschreibt *Pierre JANET*, wie Betroffene ihre *"Fähigkeit (verlieren), neue Erfahrungen aufzunehmen, genau (...) als ob ihre Persönlichkeit endgültig an einer bestimmten Stelle angehalten hätte und sich nicht weiterentwickeln könnte, indem sie neue Elemente hinzufügt oder integriert" (zit. nach NIJENHUIS ET AL.).*

Aus Forschungen in anderem Zusammenhang ist bekannt, daß die neurophysiologische Organisation beim Menschen in vielen Bereichen abhängig ist von der individuellen Nutzung *(Neuronale Plastizität)*.[7] Auch dies macht plausibel, wenn eine im Zusammenhang mit psychotraumatischen Erfahrungen etablierte Strukturelle Dissoziation im späteren Leben grundlegendes Konfliktlösungsmuster bleibt und nicht einfach überwunden werden kann durch realitätsgerechtere Einschätzungen von Situationen.

Folgende Grade einer Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit lassen sich unterscheiden:

Bei der **Primären Strukturellen Dissoziation** entsteht die für die Strukturelle Dissoziation grundlegende Aufspaltung in zwei Persönlichkeitsaspekte (oder –anteile) mit grundsätzlich unterschiedlichen Aufgabenbereichen:

1.) Der **Emotionale Persönlichkeitsanteil** **EP** ist Träger von traumatischen Erinnerungen und Empfindungen. Innerhalb des EP werden im späteren Leben (durch bestimmte Auslöser/Trigger) entsprechende Empfindungen, Wahrnehmungen, Einschätzungen und Reaktionsweisen aktiviert, als ob die traumatische Realität Gegenwart wäre. Emotionale und leibliche Erinnerungsmomente aus anderen Situationen sowie Phantasieelemente können damit verbunden werden. Der Zugang zu realitätsgerechteren Erfahrungen, Einschätzungen und Handlungsmöglichkeiten ist bei dominantem EP oft versperrt.

2.) Der **Anscheinend Normale Persönlichkeitsanteil** **ANP** ist vor allem dadurch gekennzeichnet, daß er keine Erinnerung an Traumatisierungen hat (Amnesie) und nur in sehr beschränktem Ausmaß über ausdifferenzierte Empfindungen für sensorische, soziale und zwischenmenschliche Modalitäten verfügt.
Andererseits gelingt es Traumaüberlebenden mit sehr gut entwickeltem ANP oft über viele Jahre, ein sozial angepaßtes Leben zu führen, Kinder großzuziehen und im Berufsleben zu funktionieren.[8]
Der ANP darf nicht als gesunder Anteil mißverstanden werden! Es handelt sich auch hier um ein spezielles Überlebensmuster mit sehr eingeschränktem Handlungsspielraum, meist ohne authentische Spontaneität und Lebensfreude. Betroffene mit gut funktionierendem ANP empfinden ihren Alltag oft als durchgängig anstrengend; nicht selten klagen sie gewohnheitsmäßig: *"Das Leben*

[7] vgl. z.b. bei CIOMPI; PEICHL; WIENBURG, S. 116; GREENSPAN, S.21f.,404.
[8] Siehe hierzu die Konzeptionen Günter AMMONS zum BORDERLINE-SYNDROM. Auch die Beschreibung einer "Als-Ob-Persönlichkeit" (H.DEUTSCH) bzw. des "blanden Borderline" (Ch. ROHDE-DACHSER) läßt sich auf dieser Grundlage gut erklären.

ist hart" oder: *"Der Sinn des Lebens scheint ja sowieso darin zu bestehen, es hinter sich zu bringen!"*
Wird der ANP von der Therapeutin/dem Therapeuten einseitig als Bündnispartner in Anspruch genommen, bedeutet das für diesen in jedemfall eine krasse Überforderung. Dies gilt in besonderem Maße für die Alltagspersönlichkeit (Gastgeberpersönlichkeit) bei Betroffenen mit DIS.

Je nach den individuellen Lebensumständen (Art der Trauma-Erfahrungen, amnestischen Barrieren, zeitnahen Kompensationsmöglichkeiten bzw. weiterer Lebensentwicklung) sind EP und ANP mehr oder weniger gut ausdifferenziert und verfügen über ein unterschiedliches Potential. Sie stehen in individuellem Verhältnis zueinander und werden im Lebensalltag in sehr verschiedener Weise aktiv. –

Überlebensfunktionen im Alltag einerseits und Schutz- und Verteidigungsreaktionen bei massiver Bedrohung andererseits sind natürliche, biologisch angelegte Systeme, die unter angemessenen Lebensbedingungen zweckmäßig miteinander kooperieren – beim Menschen wie beim Tier.
Auf Grundlage neurophysiologischer Forschungsergebnisse kommen *NIJENHUIS ET AL.* zu der Annahme, daß es diese beiden überlebenswichtigen *Aktionssysteme* sind, die sich als Folge von psychischen Traumatisierungen (insbesondere in der Kindheit) verselbständigen können:
Überlebensfunktionen im Alltag werden zum ANP,
Schutz- und Verteidigungsreaktionen bei massiver Bedrohung werden zum EP.

Durch die jetzt weitgehend voneinander isolierten (ehemaligen) *Aktionssysteme* (nunmehr: Persönlichkeitsanteile) ergeben sich im Laufe des späteren Lebens meist sehr unzweckmäßige Mischungen von Empfindungen, Einschätzungen, Handlungen und Defiziten, die TherapeutInnen und PsychiaterInnen oft ebenso unverständlich bleiben wie den Betroffenen selbst. Diagnostisch werden Betroffene meist als *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* eingestuft. Auch *Angst-* und *Zwangsstörung* sowie *Depression* und *Bindungsstörung* sind typische Diagnosen.

Ist der traumatische Streß während der belastenden Lebenszeit weiter angestiegen (meist bei polytraumatischen Erfahrungen), bleibt es nicht bei dieser grundlegenden Form einer Strukturellen Dissoziation.

Bei der **Sekundären Strukturellen Dissoziation** differenziert sich der EP zu unterschiedlichen Empfindungs- und Verhaltensmustern, die in bestimmten Situationen dominant werden.
Häufig vorkommende funktionelle Anteile (Subsysteme/ Parts/ Ego States) sind:

Besorgnis - Einfrieren/Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit) - Flucht - Kampf - Unterwerfung.

Möglich ist auch die Aufteilung des EP
in einen ***Erlebenden*** und einen ***Beobachtenden Anteil***.

Meiner Erfahrung nach ist daneben die Aufmerksamkeit für Parts in **unterschiedlichem Entwicklungsalter** zweckmäßig (deren Empfindungs- und Verhaltensrepertoire demjenigen von Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht).

Die Sekundäre Strukturelle Dissoziation findet sich vorrangig bei Betroffenen mit *K-PTBS (Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung/ DESNOS)* und *Borderline-Syndrom*. Vermutlich ließen sich (bei entsprechend nuancierter therapeutischer Unterstützung) die meisten individuell vorliegenden Symptome bei *K-PTBS* entsprechenden strukturell etablierten dissoziativen Parts zuordnen. *(In der Fachdiskussion wird davon ausgegangen, daß PTBS bzw. K-PTBS mittelfristig diagnostisch den dissoziativen Störungen zugeordnet werden wird. – Im derzeit aktuellen ICD-10 enthalten ist allerdings erst die PTBS.)*
Auch erleichtert es die therapeutische Unterstützung von Menschen mit der sogenannten *Borderline-Persönlichkeitsstörung*[9] sowie den alltäglichen Kontakt mit ihnen im allgemeinen erheblich, wenn wir aufmerksam werden für derartige Persönlichkeitsanteile mit feststehendem Empfindungs- und Verhaltensrepertoire (sowie unterschiedlichem Entwicklungsalter).[10]

Bei der **Tertiären Strukturellen Dissoziation** wird darüberhinaus auch der ANP ausdifferenziert (fragmentiert) im Hinblick auf einzelne Alltagsanforderungen (Alltagsfunktionen). – Dann besteht die Persönlichkeit der/des Betroffenen ausschließlich aus dissoziativen Persönlichkeitsanteilen (Ego States) mit relativ feststehenden Empfindungs-, Reaktions- und Verhaltensmustern.
Tertiäre Strukturelle Dissoziation findet sich bei *DIS (Multiple Persönlichkeit)* sowie bei den *Nicht Näher Bezeichneten Dissoziativen Störungen* (im englischen Original: *DDNOS)*. Bei *DDNOS* handelt es sich in der Praxis wohl vorrangig um Menschen mit *Ego State Disorder* (*WATKINS, PEICHL*; - auch dieses Konzept ist noch nicht übernommen worden in die Diagnosekataloge). Dabei liegen erkennbar verschiedene Persönlichkeitsanteile vor, doch werden sie nicht als völlig voneinander getrennt erlebt. Es existiert weiterhin eine Person mit relativ durchgängigem Ich-Bewußtsein. *Ego State Disorder* kommt wahrscheinlich häufig vor bei Trauma-Überlebenden, nur wird die Symptomatik bislang allermeist diagnostisch nicht erkannt bzw. auf andere Weise interpretiert. –
Bei Betroffenen mit **DIS** muß davon ausgegangen werden, daß sämtliche ausdifferenzierten Teilpersönlichkeiten, also auch die **Innenkinder**, dissoziative Parts im Sinne der Strukturellen Dissoziation sind. Bestimmte traumatische Erfahrungen, die in ihnen gespeichert sind, können erfahrungsgemäß nicht aufgearbeitet werden durch die (gewissermaßen stellvertretende) traumatherapeutische Arbeit mit einer vorgeblich erwachsenen Gastgeberpersönlichkeit, etwa im Sinne des bekannten *Inneres Kind*-Ansatzes.

[9] Siehe hierzu das Info zum BORDERLINE-SYNDROM (D+T, kostenfrei als pdf).
[10] (vgl. HUBER, S. 126ff. und 145ff. sowie PEICHL.)

Sarah, eine Betroffene mit DIS, beschreibt die alltägliche Realität des Dissoziierens folgendermaßen: "Ich springe zwischen den Welten, dem Innen und Außen. (...) Ich kann von Hoffnung sprechen, während im Innen die Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit mich bald aufgefressen zu haben scheint. (..) Dass nicht alle längst vor mir davon gelaufen sind, habe ich dem Spalten zu verdanken. Der Fähigkeit, von einer Minute auf die andere das Licht in mir ausknipsen zu lassen und nur noch als Abbild zu existieren, mit Gefühlen als Kopie, die ich abspulen lasse. (...)
Der Wunsch, mein Leben zu beenden, wird ohne Bruch abgelöst vom Gedanken an die Einkaufsliste für den Supermarkt." (Quelle und ©: DISS-TANZ Sonderausgabe11/Oktober 2006)

Psychotraumatologie ist ein junges Forschungsgebiet, in dem die terminologischen Definitionen oft noch wenig trennscharf sind bzw. sich im Verlauf der letzten 10-20 Jahre im Zusammenhang mit neuen praktischen Erfahrungen oder theoretischen Erkenntnissen geändert haben. Bei neuen Veröffentlichungen beziehen AutorInnen sich ggf. auf unterschiedliche Grundlagen, ohne dies ausdrücklich zu vermerken. So kann es für LeserInnen zu Irritationen kommen. – Im Hinblick auf die Primäre, Sekundäre und Tertiäre Strukturelle Dissoziation beziehe ich mich ausdrücklich auf die in den Literaturhinweisen erwähnten grundlegenden Darstellungen von Onno van der HART, Ellert R.S. NIJENHUIS und Kathy STEELE.[11]

Strukturelle Dissoziation durch Ritueller Gewalt

Nach schwerwiegenden Psychotraumatisierungen kann eine Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit entstehen als naturwüchsige Kompensation des psycho-somatischen Systems. Demgegenüber wurde das Entstehen von dissoziativen Persönlichkeitsanteilen bei Opfern im Umkreis von *Organisierter/Ritueller Gewalt* [12] durch Folter und Täuschungen gezielt provoziert. Nicht selten zeigen sich dann verwirrend unüberschaubare innere Systeme, Untersysteme, Hierarchien, Regeln, Verbote, Konsequenzen, amnestische Blockaden. Im Zusammenhang damit entstehen eine Vielzahl von teilweise naturwüchsigen, teilweise täterinduzierten dissoziativen Symptomen. Die Konzeption der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit dürfte jedoch auch hier nützlich sein zum grundlegenden therapeutischen Verständnis entwicklungspsychologischer Zusammenhänge.[13]

[11] Die vorliegende Darstellung wurde – in der Fassung VI.07 – von Prof. Dr. Onno van der HART durchgesehen (Brief v. 29.11.07).
[12] Siehe auch das Info RITUELLE GEWALT (D+T, kostenlos als pdf).
[13] Die Psychotherapeutin Alison MILLER bezieht sich in ihrer Arbeit mit Betroffenen von Ritueller Gewalt explizit auf den Ansatz der Strukturellen Dissoziation *(siehe in der Literaturliste).*

Strukturelle Dissoziation im späteren Leben

Eine Fülle von Möglichkeiten gibt es nicht nur beim *WIE* der traumabedingten Dissoziation, sondern auch darin, *WAS* jeweils *unschädlich gemacht*, also dissoziativ abgespalten wurde, – also welche Aspekte bestimmter Erfahrungen:

Erfahrungen setzen sich zusammen aus Bildern, Affekten/Emotionen, leiblichen Empfindungen, eigenem Verhalten und dem Wissen um situative Zusammenhänge (dem Sinn einer Situation). Solche Aspekte jeder Erfahrung werden bei uns allen in unterschiedlichen Bereichen des Hirns gespeichert und erinnert. Jedoch wird gewöhnlich ihr situativer Zusammenhang beibehalten; bedarfsweise kann die Erinnerung an die *Gesamtsituation* (mehr oder weniger nuanciert und fehlerbehaftet) reproduziert werden.

In Situationen, die individuell als existenzielle Bedrohung interpretiert werden, mobilisieren neurophysiologische Strukturen den Organismus zu **Kampf-** und/oder **Fluchtreaktionen**, die (grundsätzlich genauso wie bei Tieren) das Überleben sichern sollen. Zu diesen Reaktionsmustern gehört die **Fokussierung auf momentan bestehende Handlungsmöglichkeiten** und damit auch das dissoziative Abspalten von überfordernden Reizen, Bewußtseinsinhalten und Erfahrungsaspekten.

Konnte eine Bedrohungssituation nicht angemessen aufgelöst/verarbeitet werden (=Psychotraumatisierung), **bleiben diese Reaktionsmuster aktiviert; auch die Abspaltung von Gedächtnisinhalten bleibt im späteren (nicht traumatisierenden Leben) erhalten. Dabei können trauma-assoziierte Erfahrungsaspekte in ganz individueller Kombination abgespalten sein bzw. bewußt bleiben.** Es kommt dann nicht zur Integration solcher Erfahrungen, sie werden nicht Teil der einheitlichen Lebensgeschichte.

Auch hier beeinträchtigen vielfältige Mischungen das Verständnis der oder des Betroffenen für sich selbst meist erheblich.
Traumabedingte Abspaltung kann sich im späteren (nicht traumatisierenden) Leben dazuhin auch als **positive oder intrusive Dissoziation** äußern. Dies können neben den bereits erwähnten Flashbacks auch zwanghafte "fixe Ideen" oder leibliche Empfindungen sein, die direkt oder indirekt (kompensativ) mit Traumaerinnerungen in Zusammenhang stehen. Zwangs- und Angststörungen können ebenso in diesen Zusammenhang gehören wie situative paranoide Impulse (übersteigertes und unrealistisches Mißtrauen). Alle leiblich (körperlich) erfahrbaren Momente werden **Somatoforme Dissoziation** genannt. *(Siehe hier in der Folge.)*

Beim Versuch einer psychosozialen/therapeutischen Unterstützung zu einem späteren Zeitpunkt müssen auf der Grundlage von Empathie, Geduld, Beharrlichkeit, Überblick und fachlicher Erfahrung Erinnerungsfetzen, Symptome (in Relation zu auslösenden Situationen), Vermutungen und spontane (gegenwärtige) Assoziationen und Empfindungen zusammengesetzt werden zu einem *Mosaikbild* – nicht vorrangig um Schuldige zu entlarven,

sondern damit der Betroffenen ihre eigene Lebensgeschichte in zunehmendem Maße verfügbar wird – als Voraussetzung zum *Heilewachsen.*[14]
Grundlegende dissoziative Symptome, Varianten der Strukturellen Dissoziation, die Möglichkeiten, einzelne Aspekte von Erfahrungen zu erinnern oder aber abzuspalten sowie Somatoforme und Positivdissoziationen – dies alles (noch in Verbindung mit sekundären Kompensationsformen und nicht zuletzt der **kreativen, gegenwarts- und zukunftsorientierten individuellen Entwicklung**) ergaben bei jeder und jedem Betroffenen mit komplexen Traumafolgeschäden eine ganz individuelle Weise, mit traumatischen Erinnerungen bzw. mit Konflikten und Streß im weiteren Leben umzugehen!
Äußerste Achtsamkeit auf solche individuellen Nuancen und Lebensmöglichkeiten sind deshalb Voraussetzung für die therapeutische Arbeit mit Traumaüberlebenden.

Somatoforme Dissoziation

Viele Traumabetroffene suchen, oft über Jahre, Hilfe wegen somatischer Beschwerden, die sich jedoch trotz aller Bemühungen der Ärzte einer diagnostischen Klärung entziehen. Meist werden die PatientInnen dann entlassen mit dem Hinweis auf mutmaßlich "psychosomatische" Zusammenhänge. Es kann sich um traumabedingte Dissoziation im Bereich des Körpers handeln. Dabei können Aspekte der leiblichen Empfindung mehr oder weniger umfassend abgespalten werden (negative dissoziative Symptome) oder auch in verstärkter Weise ans Bewußtsein gehoben werden (positive dissoziative Symptome).[15]

Negative somatoforme Dissoziation

- Anästhesie (Minderung oder Ausfall von: Wahrnehmung der Körperhaltung im Raum, Kontrolle von Bewegungen, Schmerzwahrnehmung, Seh-/Hörfähigkeit, Geruchs-/Geschmackssinn). Massive Selbstverletzungen können unter anderem in einer traumabedingten Abspaltung von Schmerzen begründet sein: dem Bedürfnis, die seelischen Schmerzen tatsächlich zu spüren.[16]
- Organische Anästhesie (Körperteile werden situativ oder dauerhaft als nicht zu einem selbst gehörig empfunden). [17]

[14] Vgl. das Info: WAS HEISST DAS EIGENTLICH: "TRAUMATHERAPIE"? (D+T, kostenfrei als pdf)
[15] Es gibt erst wenige Veröffentlichungen zu traumatherapeutischen Erfahrungen mit Somatoformer Dissoziation. Ich beziehe mich hier vorrangig auf das Standardwerk von Ellert R. S. NIJENHUIS: SOMATOFORME DISSOZIATION. PHÄNOMENE, MESSUNG UND THEORETISCHE ASPEKTE (Paderborn 2006). Einige Fallbeispiele stammen aus eigenen Erfahrungen mit Betroffenen.
[16] Gabi LUMMAS: VERSCHLOSSENE SEELE. ERFAHRUNGEN MIT SELBSTVERLETZUNGEN (Frankfurt/M. 1999); dies.: WER BIN ICH? ODER: DAS UNGLAUBLICHE (Berlin 2012) *(Letzteres eine Veröffentlichung von D+T, kostenlos als pdf)*
[17] In der schamanischen Traumatherapie werden in diesem Zusammenhang "verlorene Gliedmaßen wieder eingefangen", vgl. Sandra INGERMAN: AUF DER SUCHE NACH DER VERLORENEN SEELE (München 1998).

Auch Anorexia nervosa oder sogar Nägelkauen könnten Ausdruck eines traumagenetischen leiblichen Fremdheitsgefühls sein, ebenso schwerwiegende Störungen des Körperbildes mit Amputationswünschen. Bei Überlebenden von Ritueller Gewalt kann die seit der frühen Kindheit erlittene Folter dazu führen, daß leibliche Empfindungen umfassend abgespalten werden. Manche Betroffene empfinden ihren Leib auch nach Ende der traumatischen Gewalt als nicht oder kaum zu sich selbst gehörig, sie sind dauerhaft nicht in der Lage zu sprechen oder sich ihrer Gliedmaßen zu bedienen und können ggf. nur mithilfe von Gestützter Kommunikation (FC) kommunizieren. Fehldiagnosen liegen hier nahe.[18]

Positive somatoforme Dissoziation

- Mit traumatischen Erfahrungen in Zusammenhang stehende *Fixe Ideen* mit somatischen Auswirkungen (*Fixe Ideen* werden verstanden als Gedanken oder mentale Bilder, die übertriebene Proportionen annehmen und mit einem starken Affekt verbunden sind). Dies können Wahrnehmungsveränderungen sein, Schmerzsymptome, Tics und andere motorische Störungen.

Derartige Symptome können die ehemals erlittene traumatische Gewalt abbilden, jedoch auch Ausdruck eines Kompensationsversuchs sein. So kann krampfhafter Würgereiz auf frühere orale Vergewaltigung hinweisen, er kann aber auch (ebenso wie langanhaltender Räusperzwang) in Zusammenhang stehen mit der Situation eines ungeborgen aufgewachsenen traumatisierten Kindes, das sich über Räuspern oder Würgen Aufmerksamkeit zu verschaffen gesucht hatte wie ein aus dem Nest gefallenes Vögelchen.

[18] RACHEL, KLAUS, MONI, LARS, HABIBA, BEN & LAURA: UNSER SIEG ÜBER DIE RITUELLE GEWALT (Berlin 2012) *(Veröffentlichung von D+T, kostenfrei als pdf)*

Multilaterale Symptomatik

Bei vielen Veröffentlichungen zum Thema dissoziative Störungen liegt die Aufmerksamkeit zu sehr auf DIS (der "Multiplen Persönlichkeit"). Dissoziative Subsysteme äußern sich bei Betroffenen mit DIS personifiziert, also relativ eindeutig, was das Auffinden, Wiedererkennen und (theoretische wie praktische) Reflektieren über die entsprechenden Empfindungs- und Verhaltensweisen in gewisser Hinsicht erleichtert. –

Demgegenüber gibt es wesentlich mehr Traumaüberlebende, die unter einer verwirrenden Vielfalt von individuell miteinander verflochtenen und interagierenden (jedoch nicht personifizierten) Traumafolgesymptomen leiden, was mit dem sogenannten *gesunden Menschenverstand* nicht mehr nachvollziehbar ist und von den Betroffenen meist kaum vermittelt werden kann. Hier angemessene therapeutische Aufmerksamkeit und Unterstützung für die nötige Klärung und schrittweise Aufarbeitung zu finden, ist noch immer schwer.

Einige, nach meinem Eindruck typische, Konstellationen dieser "multilateralen dissoziativen Symptomatik" (mein Begriff) möchte ich nachfolgend skizzieren.

Nicht selten haben Traumaüberlebende bis ins 30. oder 40. Lebensjahr allenfalls eine Ahnung von irgendwelchen schlimmen Vorkommnissen in der Kindheit. Wenn dann aber die eigenen Kinder aus dem Haus sind oder die Betroffenen arbeitslos werden, fehlt dem dominierenden ANP jede Orientierung – und plötzlich brechen in dem bislang weitgehend weggedrückten EP bewahrte Panikattacken, Alpträume, unerklärliche körperliche Beschwerden und andere traumabezogene Empfindungen und Erinnerungen hervor.

Andere Betroffene können detailliert von schlimmsten Lebensumständen in der Kindheit berichten, ohne daß es ihnen etwas auszumachen scheint. Dennoch suchen sie therapeutische Hilfe, eventuell wegen Alkohol-/Drogenproblemen, wegen beschämenden Überreaktionen in Beziehungskonflikten oder wegen einer chronischen Getriebenheit und Ruhelosigkeit, die sie sich nicht erklären können.

Ein ANP kann sich im Sinne einer fassadenhaften Souveränität und Brillanz in bestimmten Kompetenzen sowie in Alltagskontakten perfektionieren. Es entwickelt sich eine Art *Falsches Selbst (WINNICOTT, GRUEN, AMMON),* das in unserer sozialen Normalität meist problemlos Bestätigung finden wird. Sucht die oder der Betroffene später ernsthaft Hilfe wegen der parallel dazu vorhandenen quälenden Symptome (im EP), wird es ihr oder ihm auch im therapeutischen Kontakt (oder in Selbsthilfegruppen) kaum mehr möglich sein, auf den fassadenhaften Habitus zu verzichten. Versucht die Betroffene dennoch, über schlimme Empfindungen und andere Symptome zu sprechen, ist ihr der Mund wie versperrt. Es geht einfach nicht. –

Wenn sie Pech haben, werden Traumaüberlebende mit einem derart perfektionierten ANP irgendwann als *Schizoide Persönlichkeit* fehldiagnostiziert (falls sie durchgängig kaum affektive Regungen zeigen) oder als *Narzißtische Persönlichkeit* (falls ihre Priorität eher auf dem äußerlichen Glänzen und Funktionieren liegt).

Andererseits kann bei unzweifelbar vorhandenen schweren *narzißtischen Störungen* das Unterscheiden verschiedener dissoziativer Parts Ansatzpunkte liefern für die therapeutische Arbeit.[19]

Wieder andere Traumaüberlebende laufen wegen körperlichen Beschwerden (oft Kopfschmerzen, Unterleibs- und Rückenschmerzen oder chronische Schlaflosigkeit) von Arzt zu Arzt, ohne daß eine organische Ursache gefunden wird. *(Somatoforme Dissoziation!)*

"Der Konflikt zwischen Annäherung und Vermeidung, den ein [traumatisiertes] Kind in jedem Fall nicht lösen kann, bewirkt eine strukturelle Dissoziation im Bindungs- und im Verteidigungssystem. (...) Es ist (...) möglich, daß der ANP ein vermeidendes Bindungsverhalten zeigt und der EP sekundär dissoziiert ist in einen Anteil, der das Bindungssystem und einen Anteil, der das Verteidigungsssystem darstellt. Die dissoziierten Persönlichkeitsanteile, die Bindung vermeiden, zeigen eine *Bindungsphobie* und die Persönlichkeitsanteile, die das Bindungsbedürfnis befriedigen, eine *Phobie vor emotionalem Verlust*." (NIJENHUIS ET AL., S.58)
Kaum besser zu formulieren, beschreibt dies eine typische Beziehungsdynamik bei Betroffenen mit *Borderline-Syndrom*!

Nicht untypisch ist wohl auch die folgende Reaktionskette: Eine belastende Situation im Arbeitsleben weckt im EP einer Betroffenen traumatische Ängste. Umgehend kommt es zur Derealisierung (das aktuell bedrohlich Scheinende wird nicht mehr wahrgenommen) sowie zur Depersonalisierung (die Betroffene fühlt sich selbst kaum noch anwesend in der Situation). Die Betroffene ist dadurch in der Lage, ihrer Arbeitsaufgabe weiterhin nachzukommen (ANP) – allerdings funktioniert sie weitgehend nur noch *wie ein Automat.* –
Nach Feierabend kippt das Verhältnis zwischen EP und ANP, plötzlich brechen unaufhaltsam traumatische Assoziationen und Ängste hervor, die Betroffene muß auf sekundäre Kompensationsformen zurückgreifen (Alkohol, Selbstverletzungen, Eßstörungen u.a.) und läßt sich unter einem Vorwand krankschreiben – denn die tatsächlichen Zusammenhänge versteht sie meist selbst nicht bzw. wie sollte sie sowas irgendjemandem erzählen?!
Eine derartige **zeitverschobene Aktivierung** des EP kann unter besonderen Umständen Tage oder Wochen auf sich warten lassen, – nämlich bis entsprechende soziale und psychische Rahmenbedingungen die innere Umgewichtung ermöglichen oder fordern.[20]
(Wenn die Betroffene Pech hat, denkt ein mit diesem Selbst-Erleben konfrontierter Psychiater oder Psychotherapeut an eine *"paranoid-halluzinatorische Episode bei Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis"*.)

Ein Persönlichkeitsanteil kann die Funktion haben, möglichst jede alltägliche Situation beobachtend wahrzunehmen – in der irrigen Vorstellung, die Umwelt dadurch unter Kontrolle zu haben. Hierbei überwiegt dissoziative Derealisierung/ Depersonalisierung. – Ein solcher Anteil ist manchmal (jedoch nicht immer) identisch mit dem *Inneren Beobachter*, der allen Anteilen gegenüber gleichermaßen neutral ist und vor allem bei Betroffenen mit DIS therapeutisch große Bedeutung haben kann.

[19] Siehe das Info zur NARZISSISCHEN PERSÖNLICHKEIT (D+T, kostenfrei als pdf).
[20] Dank an D.W. für diese Fallvignette!

Grundlage für *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen (K-PTBS)* und entsprechend umfassende dissoziative Symptomatik sind meist **Polytraumatisierungen in der Kindheit**. Das bedeutet, in verschiedenen kindlichen Entwicklungsstadien kam es – meist in unterschiedlicher Weise – zu traumatisierenden Umständen. (Beispielsweise schwere Erkrankung im Säuglingsalter ohne hinreichende Fürsorge von Bezugspersonen – nacheinander verschiedene Heimstationen und/oder Pflegefamilien mit unterschiedlichen Übergriffen – im Jugendalter eine Vergewaltigung. Oder auch Organisierte/Rituelle Gewalt.)
Es ist plausibel, wenn bei einem derartigen Schicksal einzelne Subsysteme des EP Traumaerinnerungen bewahren, **die einem bestimmten kindlichen Lebensalter zugeordnet sind**. In Subsystemen des ANP können die dazu komplementären Handlungsmuster ausgebildet sein, um jeweils alltägliche Normalität wiederherzustellen. Empfindungs- und Reaktionsweisen der oder des Betroffenen werden dann je nach situativem Auslöser ggf. wie diejenigen eines Kindes oder Jugendlichen ausfallen. Wenn Außenstehende ganz selbstverständlich *vernünftiges* Verhalten des *erwachsenen* Gegenübers voraussetzen und fordern bzw. *widersprüchliches* Verhalten kritisieren, führt das oft zu weiterer Orientierungslosigkeit, zu neuen Ängsten. – In besonderem Maße findet sich dieser Teufelskreis bei Menschen mit *Borderline-Syndrom*.

Es gibt Betroffene, die über Jahre an quälenden Alpträumen leiden, ohne diese in irgendeiner Weise mit der eigenen Lebensgeschichte in Verbindung bringen können.

Bindungen zu Bezugspersonen sind für Kinder überlebenswichtig. Werden jene durch traumatisierende Übergriffe zu Tätern, spaltet das betroffene Kind oft den Kontakt zur weiterhin unverzichtbaren Bezugsperson von der Wahrnehmung des Täters als Quelle von Angst und Leid. Es bilden sich entsprechende Subsysteme von EP und ANP, darunter oft auch täteridentifizierte Parts (die Handlungen und Urteile des Täters/der Täterin verinnerlicht haben, z.B.: *"Es geschieht mir ganz recht, ich bin ja nur Dreck!"*). (Siehe hierzu bei PEICHL.)
In späteren Beziehungskontakten nehmen solche Betroffenen auf der Grundlage dieser strukturell verankerten Subsysteme/Persönlichkeitsanteile oft durchgängig eine entsprechende **Opfer- oder Täterrolle** ein. Das abrupte *Kippen* von einer in die andere Rolle findet sich häufig bei Menschen mit *Narzißtischer Persönlichkeit* sowie *Borderline-Syndrom*. *(Vergleiche die gängige Zuschreibung bei Betreuungspersonal von psychiatrischen Stationen: "Borderliner wollen nur das Team spalten!")* –
Die Betroffenen verhalten sich in Konfliktsituationen so, wie es während der Zeit der Traumatisierung zweckmäßig erschien, um ihr Leid zu veringern, oder sie werden selbst zum Täter/zur Täterin (oft an eigenen Kindern). Sowohl Opfer- als auch Täteridentifizierung kann zu *Suizidgedanken und –handlungen* führen. (Innerhalb der psychoanalytischen Tradition kommt die *Opfer/Täter-Spaltung* vor unter den Begriffen *Identifikation mit dem Aggressor* bzw. *Wiederholungszwang*.)[21]
Im allgemeinen finden Menschen mit diesen dissoziativen Mustern leicht entsprechende BeziehungspartnerInnen, meist ebenfalls Traumaüberlebende, die dazu die komplementäre Rolle einnehmen. Dann entstehen komplizierte und destruktive *Haß-Liebe-Beziehungen*.

[21] Siehe schon bei Sándor FERENCZI.

Häufig leben Betroffene in Beziehungen, die von TherapeutInnen manchmal als *symbiotisch* bezeichnet werden. Wenn sie aufgrund ihrer umfassenden Dissoziation selbst keine oder kaum affektive Regungen in sich aktivieren können, haben sie auf diese Weise immerhin an den Gefühlen anderer teil. Diese Kompensationsform kann sich *konsumistisch* oder eher *voyeuristisch* äußern, aber auch als *Unterwerfung unter die Intentionen des Anderen* – oder als Mischung aus alledem.
In therapeutischen Beziehungen ist die Motivation von KlientInnen mit dissoziativen Störungen wohl nicht selten in besonders hohem Maße mitbestimmt vom natürlichen Bedürfnis nach realem beziehungsmäßigen Erleben. Von Dissoziation ist beim dann dominanten Subsystem natürlich nichts zu erkennen.

Der systemische Familientherapeut *R.C. SCHWARTZ* beschreibt seine Erfahrung, daß Persönlichkeitsanteile ggf. intrapsychisch in ähnlicher Weise miteinander agieren, wie es reale Familienmitglieder tun. – Seine daraus entstandene therapeutische Methode wird bereits angewandt bei KlientInnen mit Eßstörungen und sexuellen Traumatisierungen.

Sekundäre Kompensationsformen wie *Sucht (im weitesten Sinne), Eßstörungen, Selbstverletzungen, Zwänge, dysfunktionale Beziehungsformen (u.a.)* sind bei Betroffenen mit komplexen posttraumatischen Störungen vermutlich als Subsysteme innerhalb der Strukturellen Dissoziation organisiert und lassen sich dann mit Sicherheit nicht auflösen durch symptomorientierte Therapie. – *Depressives Empfinden*, selbst langanhaltende depressive Phasen (oft als *endogene* Depression eingeschätzt) könnten, zumindest in Einzelfällen, generalisierte dissoziative Abspaltungen darstellen. Gar nicht so selten gibt es innerhalb des EP ein Subsystem, das auf stärkere seelische Belastungen im Alltag umgehend mit *Suizidgedanken oder -versuchen* reagiert.
Sekundäre Kompensationsformen dienen bei Traumaüberlebenden wohl größtenteils der Abwehr oder Kompensation von dissoziativen Symptomen. Von qualvollen traumatischen Erinnerungen/Empfindungen wird abgelenkt oder sie werden überdeckt. Auch die inhaltslose *Angst vor der Angst* kann ein konditionierter Reflex sein, um Erinnerungen an ängstigende Erfahrungen zu vermeiden. – Solche sekundären Kompensationsformen dienen oft auch zur Überwindung von dissoziativer Leere und Empfindungslosigkeit. Dann bedeuten sie den Versuch, sich selbst wahrzunehmen, den eigenen Körper zu spüren. Gerade Selbstverletzungen gelten als wirksamstes Mittel überhaupt, um dissoziative Depersonalisierung aufzulösen – und damit nicht selten einem akut suizidalen Menschen wieder ein Gefühl für sein Leben zu vermitteln *(SACHSSE)* !

Auch Sprechblockaden wie **Mutismus** oder **Stottern** können symptomatischer Ausdruck eines dissoziativen Subsystems sein. (Allerdings kann es auch andere Gründe dafür geben.) Gerade das nur situative Verstummen beim selektiven Mutismus wird in diesem Zusammenhang plausibel.[22]

[22] Siehe das Info MUTISMUS ALS TRAUMAFOLGE? (D+T, kostenfrei als pdf).

Problem Diagnosen

Mit angemessener fachlicher Unterstützung ist es möglich, auch im Erwachsenenalter die symptomatischen Folgen von Psychotraumatisierungen weitgehend zu überwinden, allerdings setzt die Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten bei den Betroffenen ein hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit voraus. – Noch immer gibt es TherapeutInnen und PsychiaterInnen, die (bewußt oder unbewußt) einen großen Bogen machen vor allem um die Realität von Psychotraumatisierungen im Kindesalter. In der eigenen Ausbildung kam Psychotraumatologie zumeist nicht vor; – die angemessene therapeutische Betreuung setzt neben speziellen Kenntnissen wohl auch eine besondere Sensibilität voraus; – darüber hinaus rührt gerade dieses Thema an tiefverwurzelte gesellschaftliche Tabus. *(Mit einer umfassenden Medienkampagne wird seit einiger Zeit versucht, wieder ins Bewußtsein tretende Erinnerungen an traumatische Erfahrungen grundsätzlich in Zweifel zu ziehen; - vgl. dagegen SCHALLECK.)* Aber auch TherapeutInnen, die grundsätzlich bereit sind, sich auf traumatisierte KlientInnen einzulassen, gehen – je nach der eigenen Ausbildung und Arbeitsweise und dem individuellen Menschenbild – unterschiedlich um mit dieser Aufgabe.

Zur Erklärung von dissoziativen Störungen wurden zunächst psychoanalytische Modelle herangezogen *(Hysterische Neurose, Konversionsstörung).* Auch die aktuellen psychiatrischen Diagnosekataloge ICD-10 und DSM IV sind – in unterschiedlicher Weise – mitbestimmt durch die traditionelle Orientierung auf ein "Entkoppeln von seelischen und körperlichen Funktionen" *(MÖLLER/LAUX/DEISTER).* Dadurch werden Symptome einer traumabedingten Dissoziation dort (und entsprechend in der diagnostischen und therapeutischen Praxis) teilweise nicht angemessen berücksichtigt bzw. unterschiedlichen Zusammenhängen zugeordnet. Auch die Vielzahl der sogenannten *Persönlichkeitsstörungen* bietet sich an, um dissoziative Symptome, die als solche nicht erkannt wurden, diagnostisch zu entsorgen. Nicht selten kommt es zu verhaltenstherapeutischen Interventionsversuchen (wegen *Soziophobie* oder *Agoraphobie*) oder zur Verabreichung von Antidepressiva (statt Psychotherapie). Bestimmte Formen dissoziativer Symptomatik werden häufig fehldiagnostiziert als psychotische Erkrankungen. –
(Es gibt Anlaß zur Hoffnung, daß es im Laufe des nächsten Jahrzehnts in dem erst jungen Fachbereich Psychotraumatologie zu einer gewissen begrifflichen und konzeptionellen Klärung und Vereinheitlichung kommen wird, die sich über kurz oder lang auch in den offiziellen Diagnosehandbüchern niederschlagen wird.)[23]

Eine ökonomisch bedingte gesundheitspolitische Problematik kommt hinzu. –
Es gibt bekanntlich (nicht nur im Gesundheitswesen) eine starke Tendenz, fachliche Leistungen möglichst detailliert zu erfassen, um sie damit kontrollierbarer und bewertbarer zu machen für den finanziellen Leistungsträger. In diesem Zusammenhang ist auch die zunehmende **Symptomorientiertheit** bei der Beschreibung von psychischen Störungen zu sehen, wie sie in den Diagnosekatalogen ICD-10 (in Deutschland obligatorisch) und DSM IV deutlich wird.

[23] Vgl. hierzu SACK/SACHSSE/SCHELLONG.

Psychiater und Psychotherapeuten müssen sich bei Diagnosestellung aus einer feststehenden Klassifikation diejenigen Störungsbilder heraussuchen, die am ehesten auf einen individuellen Klienten zutreffen. Die vorgegebenen diagnostischen Beschreibungen orientieren sich mittlerweile nahezu ausschließlich an phänomenologischen Kriterien: *Was macht oder kann der Patient, was nicht?* – Lebensgeschichtliche Ursachen und Zusammenhänge zu anderen Symptomen interessieren nur ausnahmsweise.
Ebenfalls ohne Bezug zur individuellen Lebensgeschichte, ausschließlich über ihre Klassifikationsnummer, wird diese Blütenlese aus dem ICD-10 für die Krankenkasse zur Grundlage ihrer finanziellen Leistung. Die diagnostische Festschreibung wird in Epikrisen und Arztbriefen dokumentiert und weitergegeben, - so lange, bis jemand sich für eine andere Klassifikation entscheidet, zumindest als *Verdachtsdiagnose*. Für umfassendere und individuellere Einschätzungen gibt es formal keine Notwendigkeit – und auch keine (bezahlte) Zeit.[24]
Es ist plausibel, daß bei einer derartigen Praxis *(die jedoch von nicht wenigen ÄrztInnen seit Jahren vehement kritisiert wird!)* das Augenmerk auf die **unteilbare Ganzheit des Individuums** nicht gefördert wird, wie sie im Verlauf des Lebens (aus Entwicklungsmöglichkeiten und -defiziten, inneren Ressourcen, Verlusten, persönlichen Werten und Zielen) entstanden ist.[25]
Unterstützung und Hilfe nach Psychotraumatisierungen ist ohne eine solche Achtsamkeit für die Komplexität der individuellen Entwicklung nicht möglich.

Cave: *Dissoziative Symptome sind ausnahmslos unspezifisch und können auch nichttraumatische Ursachen haben.*

[24] Dazu kommt eine taktische Überlegung: Zeigt sich die *Änderung* einer Diagnose später als irrig, kann der betreffende Arzt leichter haftbar gemacht werden als derjenige, der die Erstdiagnose gestellt hat: es lag ja eine zutreffende(re) Diagnose bereits vor. Schon aus diesem Grund ist es schwer, als Patient die Revidierung einer Diagnosestellung durchzusetzen.
[25] Bei den konzeptionellen Vorarbeiten zum neuen ICD 11 ist erfreulicherweise zunehmende Aufmerksamkeit für integrative Diagnose-Modelle zu erkennen! (Vgl. AMERING/SCHMOLKE). Siehe auch die Arbeiten des schweizer Psychiaters Daniel HELL

Dissoziative Störungen sind tatsächlich nicht leicht zu erkennen!
Dafür gibt es verschiedene Gründe:

> Traumaüberlebende sind sich ihrer dissoziativen Symptomatik manchmal kaum bewußt, insbesondere, wenn sie sich selbst nie anders erlebt haben.
> Oft leiden KlientInnen vorrangig unter den Folgen von sekundären Kompensationsformen und suchen ausdrücklich deswegen Hilfe.
> Betroffene schämen sich wegen ihrer irrational anmutenden Empfindungen und Reaktionsweisen; es fällt ihnen schwer, diese sprachlich zu vermitteln. Oft haben sie Angst, *verrückt zu werden*. (TherapeutInnen sollten dissoziative Symptome gezielt erfragen.)
> Traumaüberlebende haben fast ausnahmslos erhebliche Schwierigkeiten, sich anderen Menschen anzuvertrauen. Meist versuchen sie, in sozialen Situationen unbedingt die Kontrolle zu behalten. Dazu paßt es nicht, sich zu derart diffusen Problemen zu bekennen.
> Es ist vom bloßen Augenschein her oft keineswegs zu erkennen, daß jemand in einer bestimmten Situation dissoziiert (ist). Menschen mit Struktureller Dissoziation verfügen meist zumindest über einen Persönlichkeitsanteil (ANP) mit einem gewissen Spektrum an üblichen kommunikativen, beziehungsorientierten Signalen. Wer dann nach dem fast schon sprichwörtlichen *Tunnelblick* Ausschau hält, kann lange suchen! (Jedoch bedeutet die Aktivität dieses Parts nicht etwa *Therapieverweigerung*. Die/der Betroffene ist – therapeutische Auflösung vorbehalten – dem Vorgang ebenso unterworfen wie allen anderen dissoziativen Symptomen!)
> Auch wenn ein entsprechender Part bei den Gefühlen anderer (oder bei der therapeutischen Motivation der Therapeutin!) mitlebt (wie bereits beschrieben), läßt sich die dissoziative Funktion für das Gegenüber zunächst kaum wahrnehmen.
> Noch immer gehören selbst die grundlegenden Erkenntnisse der Psychotraumatologie nicht zum Curriculum der psychiatrischen Facharztausbildung *(siehe z.B. in dem anerkannten und didaktisch gut gemachten Lehrbuch von MÖLLER/LAUX/DEISTER)* bzw. konventioneller psychotherapeutischer Ausbildungsgänge. Psychotraumatologische Weiter- und Fortbildung wird jedoch von etlichen darauf spezialisierten Instituten angeboten. Hinweise siehe auf der online-Linkliste von DISSOZIATION UND TRAUMA.

Dissoziationsstop und Therapie

Besonders zu schaffen macht Traumaüberlebenden im Alltag, wenn durch oft harmlose **Auslöser** (z.B. Geruch, Musik, Gegenstände, dunkler Weg, Aufzugkabine, CT-Röhre, Aussehen/Blicke/Verhaltensweisen anderer Menschen) abgespaltene traumatische Empfindungen wie Panik und existenzielle Hilflosigkeit, manchmal in Verbindung mit konkreten Erinnerungen, plötzlich aktiviert werden (**Flashback**). Grundsätzlich kann jedes Gefühl traumatische Ängste oder Erinnerungen auslösen; häufige Anlässe sind auch Anfang oder Ende einer Beziehung, Tod eines Angehörigen, aktuelle (sexuelle) Gewalt/Grenzüberschreitung, zwischenmenschliche Konflike, unübersichtliche Menschenansammlungen, bestimmte Fernsehsendungen sowie jede andere Form von Streß.
Die oder der Betroffene steckt dann emotional in der damaligen Situation fest (EP) und kann sich aus diesem Empfinden oft nicht aus eigenem Willen befreien.

Hier können andere Menschen Ersthilfe leisten, indem sie versuchen, den ANP der oder des Betroffenen zu aktivieren. Sie können:
> von den inneren Vorgängen ablenken,
> hinlenken auf die Wahrnehmung der Gegenwart (Ort, Uhrzeit, Gegenstände im Raum),
> dem Betroffenen vorschlagen, sich zu bewegen oder sich in den Arm zu kneifen,
> ihn eventuell halten *(aber zuerst fragen!),*
> nach alltäglichen Umständen erkundigen,
> vorschlagen, die belastenden Empfindungen/Erinnerungen *"erstmal wegzupacken wie in einen Tresor"* – um ihn baldmöglichst mit der Therapeutin (so vorhanden) zu besprechen,
> die Betroffene ermuntern, laut zu sagen: "Ich bin jetzt in Sicherheit!"

Voraussetzung für jede Form von Unterstützung (ob beziehungsorientierte Ersthilfe durch FreundInnen bzw. SozialarbeiterInnen, verhaltenstherapeutisches Skill-Training oder Traumatherapie) ist, daß die augenblicklichen schlimmen Empfindungen auch von der Helferin vorbehaltlos ernstgenommen werden. – Methoden zum Dissoziationsstop (wie die hier genannten) sind also keine beschwichtigende *Ablenkungsmanöver.* (Im übrigen kommt es bei Flashback nicht selten zu einer zeitverschobenen Aktivierung im Bereich des EP, wie weiter vorne beschrieben.)
Auch zuverlässige situative Ersthilfe über längere Zeiträume ersetzt keine Traumatherapie!

Dissoziative Symptomatik (im hier gemeinten Sinne) ist Bestandteil *Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS).* Der angemessene therapeutische Umgang mit ihnen setzt theoretische und praktische Erfahrungen mit grundlegenden traumatherapeutischen Prinzipien voraus. Er sollte eingebunden sein in ein entsprechendes psychotraumatologisch orientiertes Therapiekonzept.
Jedoch nur aus den individuellen lebensgeschichtlichen Umständen heraus lassen sich im Verlauf einer kontinuierlichen, zunehmend vertrauensvollen therapeutischen Beziehung symptomatische Folgen nachvollziehen und Schritt für Schritt überwinden.[26]

[26] Siehe auch JANTZEN / LANWER-KOPPELIN.

Anhang: Möglichkeiten, Mensch zu sein

DAS ICH * PERSÖNLICHKEITSANTEILE * DISSOZIATION

Das einheitliche, widerspruchslose **Ich** war bereits in der Antike, spätestens seit der Renaissance kulturelles Leitbild in Europa. Noch *Sigmund FREUD* orientiert sich an dieser Vorstellung und versteht innerseelische Konflikte entweder als Ausdruck organisch festgelegter psychischer Entwicklungsprozesse oder aber als krankhafte (und meist therapiebedürftige) Abweichungen.
In den letzten Jahrzehnten wird diese Annahme in zunehmendem Maße revidiert. Unsere Psyche entwickelt sich offenbar nicht ausschließlich linear, in lebenszeitlich festgelegten Phasen *(siehe insbesondere bei M. MAHLER u.a.),* sondern lebenslang synchron in unterschiedlichen **"sensiblen Bereichen"**. Zu dieser Schlußfolgerung kommen insbesondere neuere Erkenntnisse der praktischen Säuglingsforschung *(D. N. STERN).* Darüberhinaus passen sich neurophysiologische Strukturen in hohem Maße an die individuelle Nutzung an. *(Zu dieser **neuronalen Plastizität** siehe u.a. WIENBURG, CIOMPI, GREENSPAN, PEICHL.)*
Eine Fülle von Erfahrungen aus unterschiedlichen Fachgebieten belegt, daß die Entwicklungsfähigkeit der menschlichen Psyche wesentlich umfassender ist, als traditionelle psychologisch-therapeutische Theorien angenommen haben.
Insbesondere das Phänomen der **natürlichen Persönlichkeitsanteile** (Parts, Ego States) hat in den letzten Jahrzehnten hohen Stellenwert bekommen in verschiedenen therapeutischen Ansätzen: *C. G. JUNG, Ernst und Paul FEDERN, Gestalttherapie, Psychosynthese, Focusing, Transaktionsanalyse, Hakomi, NLPt/Core-Transformation nach ANDREAS, J. G. + H. WATKINS/ Hypotherapie, L. REDDEMANN, F. W. PUTNAM, M. HUBER, R.C. SCHWARTZ, H. + S. STONE, F. SCHULZ v. THUN, PEICHL.*
*Unter traumatisierenden Umständen können solche Parts sich weiterentwickeln im Sinne der weiter oben dargestellten **Strukturellen Dissoziation**.*

Ein ziemlich selbstverständlicher Umgang mit inneren Stimmen *(JAYNES),* mit alternativen Persönlichkeiten und Persönlichkeits-Wechsel läßt sich schon aus kulturellen Zeugnissen aller Zeiten herauslesen. Er findet sich in schamanischen Transformationen wie in den vier Charakteren von Devi, der Gefährtin des hinduistischen Gottes Shiva: Annapurna, Durga, Kali und Parvati, in europäischen Märchen wie in dem traumatherapeutisch relevanten Buch von *C. PINKOLA ESTÉS: DIE WOLFSFRAU sowie in der Schamanische Traumatherapie: INGERMAN.* – Seit ihrer ersten konkreten Darstellung bei *PARACELSUS (1646)* muß auch die Multiple Persönlichkeit, so schrecklich ihre Entstehungsgeschichte ist, zu den Zeugnissen einer für den Menschen natürlichen neuro-psychologischen Anlage gezählt werden *(vgl. JENNY & CO.).*

Die neuen Erkenntnisse über neurophysiologische Vorgänge bei der *Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (NIJENHUIS ET AL., PEICHL)* ermöglichen weitergehende Rückschlüsse auf dieses natürliche Entwicklungspotential des menschlichen Bewußtseins sowie **eine in gewissem Sinne pathologische (anthropozentrische, ideologische) Tendenz zur Abspaltung immer neuer Momente des Lebens von einem zunehmend enger definierten normativen Ich.** *(Siehe hierzu u.a. von N. ELIAS: ZUM PROZESS DER ZIVILISATION, M. HORKHEIMER/ Th. W. ADORNO: DIALEKTIK DER AUFKLÄRUNG, M. HORKHEIMER: KRITIK DER INSTRUMENTELLEN VERNUNFT sowie H. E. RICHTER: DER GOTTESKOMPLEX und A. GRUEN: DER WAHNSINN DER NORMALITÄT.)*

Instrumentelles, verdinglichtes gesellschaftliches *Rollenverhalten und -empfinden* läßt möglicherweise sich verstehen als Aspekt einer Strukturellen Dissoziation aufgrund der massiv entwicklungsschädigenden gesellschaftlichen Normalpathologie.

Die Menschheitsgeschichte zeigt eine klare Tendenz zur fortschreitenden Ausdifferenzierung des Bewußtseins in allen Bereichen, – auch innerhalb der individuellen Psyche. Dies führt einerseits zu dem erwähnten lebensfeindlichen Verlust von Zusammenhängen *(Stichwörter hierfür sind Entfremdung/Verdinglichung, Instrumentelle Vernunft, Symptomorientiertheit)*, andererseits synchron dazu auch zu komplexeren Formen von Kooperation, Vernetzung, Erkenntnis und Kreativität *(vgl. COLGRAVE, CAPRA).*
Die bei uns allen bestehenden Persönlichkeitsanteile, unser *"Inneres Team" (SCHULZ V. THUN),* lassen sich möglicherweise als nächster Schritt einer weiteren (nichtpathologischen, evolutionären) Ausdifferenzierung der menschlichen Psyche verstehen, die bislang erst bei Überlebenden schwerwiegendster traumatischer Erfahrungen verwirklicht wird. – Falls es bis dahin noch Menschen gibt, ist also eventuell in 1000 Jahren tatsächlich normal, Viele zu sein.

Weltweit gibt es Impulse und Initiativen zur Konzeption eines ganzheitlichen Paradigmas auf dem Weg zu einem wirklichkeitsgerechteren Menschen- und Weltbild. Dazu gehören bisher vor allem tiefenökologische (ökosophische) Erkenntnisse *(z.B. bei E. JANTSCH, F. CAPRA, G. ALTNER, R. BAHRO, D. LACHAPELLE, M. BERMAN, S. ELWORTHY U.A.)* und Ansätze der transpersonalen und buddhistischen Psychologie *(bei J. KABAT-ZINN, THICH NHAT HANH, DALAI LAMA, R. LEISNER, K. WILBER, OSHO, S. GAWAIN, P. KRYSTAL, G.G. JAMPOLSKY u.a.).*
Bei den meisten dieser Konzeptionen zeigt sich sehr plausibel die Notwendigkeit, die anthropozentrische Idealkonzeption des einheitlichen, widerspruchslosen **Ich** (oder **Ego**) aufzugeben, weil sie in keiner Weise dem Wesen der Wirklichkeit (des Menschen wie der Welt insgesamt) zu entsprechen scheint. –
"Die Einheit, die wir Psyche nennen, können wir am besten verstehen als Muster im Fluß von Energie und Information", schreibt die Psychotraumatologin Michaela HUBER (S.96).
Forschungsergebnisse und praktisch-therapeutische Erfahrungen im Zusammenhang mit Persönlichkeitsanteilen (Ego States) und Dissoziation könnten als bedeutsame Elemente zu einem wirklichkeitsgerechteren Menschen- und Weltbild beitragen.

DISSOZIATION & ASSOZIATION

Nicht selten werden Traumaüberlebende mit *Multipler Persönlichkeit*, also Dissoziativer Identitäts-Struktur (DIS), als schizophren oder schizoaffektiv fehldiagnostiziert, medikamentös behandelt und im schlimmsten Fall sogar stationär psychiatrisiert. Solche Interventionen wirken sich schädlich, ggf. sogar retraumatisierend aus, denn DIS hat mit **Psychosen** nichts zu tun. – Einerseits.
Aber gibt es nicht doch Zusammenhänge?

> Beispielsweise hören auch Menschen in akuten schizophrenen Psychosen nicht selten Stimmen, die nach weitgehendem Konsens innerhalb der eigenen Psyche entstehen, wenngleich sie, im Gegensatz zu den Stimmen von multiplen Teilpersönlichkeiten, meist als von außen kommend erlebt werden.
Vereinigungen (Netzwerke) von Stimmenhörern gibt es mittlerweile in verschiedenen Staaten, es existieren Weiterbildungsveranstaltungen und etliche Veröffentlichungen, teils explizit zu diesem Thema *(z.B. STRATENWERTH/BOCK, GEHRKE, AUEN)*, teils in Sammelbänden mit Selbstdarstellungen von Psychiatrie-Betroffenen *(BOCK/DERANDERS/ESTERER, BOCK 1997)*, in denen die vielfältige individuelle Funktion imaginärer Stimmen deutlich wird. *Hans Jürgen CLAUSSEN* referierte beim XIV. Weltkongreß der Sozialen Psychiatrie über

seine Psychose und sagte dort: "Ich spaltete Gedanken- und Gefühlsbündel von mir ab, und diese traten mir als Personen in Form von fremden Gedanken und Impulsen gegenüber." *(BOCK 1995, S. 181)* –
Es gibt meines Erachtens gute Gründe, sich auch unter dem Blickwinkel der Strukturellen Dissoziation mit dem individuellen lebensgeschichtlichen Sinngehalt von *psychotischen Wahnvorstellungen* (inclusive *Stimmenhören*) zu beschäftigen.
> Auch der bei Betroffenen häufig hergestellte Zusammenhang ihrer akuten Psychose mit Träumen erinnert an die Funktion von Alpträumen bei traumabedingter Dissoziation.
> Denken wir daneben an dokumentierte Erfahrungen mit Psychotherapie bei Psychosen *(z.B. FOUDRAINE, SIIRALA, AMMON)*, bei denen sich fast regelhaft traumatisierende Lebensumstände im Kindesalter abzeichnen.[27]

"Das Bedürfnis des Kindes ist es, die Welt kennenzulernen, ganz viele Stützpunkte, Beziehungspunkte und so viele Gesprächspartner wie möglich zu haben. Gesprächspartner im ganz komplexen Sinne: Die Mutter, den Vater, die Dinge der Umwelt, die Räume, das Licht.. Das Kind muß das Gefühl haben können, daß es zu allem in Beziehung steht. Es spricht mit dem Gras, den Bäumen, den Wolken… Das Kind findet seine Identität, indem es in der Welt lebt, und indem es mit allen Menschen seiner Umgebung im Kontakt ist."[28] – Das ist der Anfang: eine beim Menschen biologisch angelegte nahezu unbegrenzte Bereitschaft zur Interaktion mit der Welt. Spirituelle Lehrer *(BUDDHA, LAO TSE, HERAKLIT, RAMANA MAHARSHI, OSHO, aber auch der junge F. D. E. SCHLEIERMACHER, R. W. EMERSON, H. D. THOREAU und viele andere)* verweisen auf unsere grundlegende Ungetrenntheit von der Welt als Ganzem, die uns aufgrund unserer anthropozentrischen Abspaltungen (!) nur meist nicht bewußt ist. In dieselbe Richtung gehen heutige, eher naturwissenschaftlich-tiefenökologisch orientierte Erkenntnisse und Konzeptionen *(F. CAPRA, J. LOVELOCK + L. MARGULIS* u.a.).

Das natürliche menschliche Potential entfaltet sich zwischen ASSOZIIEREN (zusammenfügen/ Integration) und DISSOZIIEREN (unterscheiden oder voneinander trennen/ Differenzierung); diese Polarität begleitet unseren Alltag. Ist die polare, ambivalente oder mehrdeutige (polyvalente) Dynamik besonders stark ausgeprägt, wird sie oft zur Grundlage künstlerischer Kreativität. –
Es könnte zweckmäßig sein, das Augenmerk zu richten auf die Frage, in welchen unterschiedlichen Konstellationen assoziative und dissoziative Elemente des Bewußtseins beteiligt sind an psychischen, psychosomatischen und kreativen Prozessen und Strukturen bzw. welche Muster (Empfindungen, Eigenschaften, Lebensweisen, Symptome) sich daraus jeweils ergeben könnten.

© 2016 Mondrian W. Graf v. Lüttichau (Berlin)

[27] Siehe hierzu das Info TRAUMA UND PSYCHOSE (D+T, kostenfrei als pdf).
[28] L. MALAGUZZI in: WENN DAS AUGE ÜBER DIE MAUER SPRINGT (Hrsg. Projektgruppe REGGIO, Hamburg 1990)

Literaturhinweise *(Auswahl)*

Michaela AMERING/ Margit SCHMOLKE: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit (Bonn 2007)
Günter AMMON: Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit (Berlin 1998)
Ders.: Dynamische Psychiatrie (Eschborn [3]1998)
Agnes AUEN: Die Jungfrau, die heiraten wollte (Freiburg i.Br. 2006)
David BECKER/ Margareta DIAZ: Extremtraumatisierte Jugendliche. Brüchige Identitäten als Überlebensform im nachdiktatorialen gesellschaftlichen Kontext
in: Stephan BECKER (Hrsg.): Helfen statt Heilen (Giessen 1996)
Thomas BOCK: Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie – Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen (Bonn 1997)
Thomas BOCK u.a. (Hrsg.): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn (Bonn 1992)
Dies.: Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn (Bonn [2]1998)
Thomas BOCK u.a. (Hrsg.): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie (Bonn 1995)
Martin BUBER (Hrsg.): Ekstatische Konfessionen (Heidelberg 1984)
Fritjof CAPRA: Lebensnetz. Ein neues Verständnis der lebendigen Welt (Bern [2]1996)
Luc CIOMPI: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik (Göttingen 1997)
Sukie COLGRAVE: Yin und Yang. Die Kräfte des Weiblichen und des Männlichen (Frankfurt/M. 1992)
Norbert ELIAS: Über den Prozeß der Zivilisation (Frankfurt/M. [3]1977)
Sándor FERENCZI: Infantil-Angriffe! Über sexuelle Gewalt, Trauma und Dissoziation (Berlin 2014) *(Eine Veröffentlichung von D+T, kostenfrei als pdf)*
Claudia FLISS/ Claudia IGNEY (Hrsg.): Handbuch Trauma und Dissoziation (Lengerich 2008)
Claudia FLISS/ Claudia IGNEY (Hrsg.): Handbuch Rituelle Gewalt. Erkennen – Hilfe für Betroffene – Interdisziplinäre Kooperation (Lengerich 2010)
Jan FOUDRAINE: Wer ist aus Holz? (München 1973 und später)
Andreas GEHRKE: Ausbruch aus dem Angstkäfig. Ein Stimmenhörer berichtet (Neumünster 2003)
Eugene T. GENDLIN: Focusing in der Praxis (Stuttgart 1999)
Stanley I. GREENSPAN: Die bedrohte Intelligenz *(Originaltitel: 'The Growth of the Mind and the Endangered Origins of Intelligence')* (München 1999)
Arno GRUEN: Der Wahnsinn der Normalität (München 1989)
Onno van der HART: Die Phobie vor dem Trauma überwinden (TRAUMA & GEWALT Heft 01, Februar 2007, Seite 58-61)
Onno van der HART/ Ellert R.S. NIJENHUIS/ Kathy STEELE: Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung (Paderborn 2008)
Judith L. HERMAN: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden (Paderborn 2003)
Max HORKHEIMER: Zur Kritik der instrumentellen Vernunft (Gesammelte Schriften Band 6) (Frankfurt/M. 1991)
Max HORKHEIMER/ Theodor W. ADORNO: Dialektik der Aufklärung
(in: Horkheimer: Gesammelte Schriften Band 5; Frankfurt/M. 1991) sowie
(in: Adorno: Gesammelte Schriften Band 3; Frankfurt/M. 1986)

Michaela HUBER: Trauma und die Folgen (= Trauma und Traumabehandlung Teil 1) (Paderborn 2003)
Gerald G. JAMPOLSKY: Was heilt ist die Liebe (Darmstadt 2006)
Wolfgang JANTZEN/ Willehad LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung (Berlin 1996)
Julian JAYNES: Die Entstehung des Bewußtseins durch den Zusammenbruch der bikameralen Psyche (Reinbek 1988)
JENNY & Co: Multiple Persönlichkeit – ein Lebenskonzept
in: SOZIALE PSYCHIATRIE Heft 2/2002
Jon KABAT-ZINN: Gesund durch Meditation *(Originaltitel: ‚Full Catastrophe Living')* **(Bern ³1995)**
Phyllis KRYSTAL: Die inneren Fesseln sprengen (Berlin 2004)
Elke KÜGLER: Chronisch Traumatisierte, strukturelle Dissoziation und Sexualität
in: 'TRAUMA UND GEWALT' 2/2007 (S. 62-69) und 3/2007 (S. 2-11)
Regine LEISNER: An Krisen reifen (Berlin 2000)
Peter A. LEVINE: Trauma-Heilung. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren (Essen 1998)
Mondrian W. v.LÜTTICHAU: Zwischen Anthroposophie und Selbstorganisation – Wege zu einer Sozialarbeit gegen Entfremdung (Diplomarbeit: ASFH Berlin 1993; *unveröffentlicht*) *(Veränderte Neuausgabe unter dem Titel: GEGEN ENTFREMDUNG, download: www.autonomie-und-chaos.de)*
Gabi LUMMAS: Verschlossene Seele. Erfahrungen mit Selbstverletzungen (Frankfurt/M. 1999)
Dies.: Wer bin ich? oder: Das Unglaubliche (Berlin 2012) *(Veröffentlichung von D+T: kostenlos als pdf)*
Dies.: Wundersame Wege (Berlin 2015) *(Veröffentlichung von D+T: kostenlos als pdf)*
Margaret S. MAHLER et al.: Die psychische Geburt des Menschen (Frankfurt/M. 1980)
Alison MILLER: Jenseits des Vorstellbaren. Therapie bei Ritueller Gewalt und Mind-Control (Kröning 2014)
Hans-Jürgen MÖLLER/ Gerd LAUX/ Arno DEISTER: Psychiatrie und Psychotherapie (Stuttgart ²2001)
Ellert R.S. NIJENHUIS: Somatoforme Dissoziation (Paderborn 2007)
Ellert NIJENHUIS/ Onno van der HART/ Kathy STEELE: Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen
in: REDDEMANN/HOFMANN/GAST (2004)
Chrystine OKSANA: Safe Passage to Healing (New York 1994: HarperPerennial)
(Unautorisierte Teilübersetzung erhältlich bei: VIELFALT e.V. – siehe hier bei Adressen)
Jochen PEICHL: Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline, EgoState, Täter-Introjekt (Stuttgart 2007)
Clarissa PINKOLA ESTÉS: Die Wolfsfrau. Die Kraft der weiblichen Ur-Instinkte (München 1993)
PROJEKTGRUPPE REGGIO (Hrsg.): Wenn das Auge über die Mauer springt (Hamburg 1990)
Frank W. PUTNAM: Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Paderborn 2003)
RACHEL, KLAUS, MONI, LARS, HABIBA, BEN & LAURA: Unser Sieg über die Rituelle Gewalt (Berlin 2012) *(Veröffentlichung von D+T, kostenfrei als pdf)*
Luise REDDEMANN: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) – Das Manual (Stuttgart 2004)
Luise REDDEMANN/ Arne HOFMANN/ Ursula GAST (Hrsg.) : Psychotherapie der dissoziativen Störungen (Stuttgart 2004)
Horst Eberhard RICHTER: Der Gotteskomplex (Reinbek 1979)

Ulrich SACHSSE: Selbstverletzendes Verhalten. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung (Göttingen 1994)
Martin SACK/ Ulrich SACHSSE/Julia SCHELLONG (Hrsg.): Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung (Stuttgart 2013)
Martha SCHALLECK: Rotkäppchens Schweigen. Die Tricks der Kindesmissbraucher und ihrer Helfer (Freiburg i.Br. 2006)
Friedemann SCHULZ v. THUN: Miteinander reden 3: Das „innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation (Reinbek 1998)
Richard C. SCHWARTZ: Systemische Therapie mit der inneren Familie (Stuttgart 1997)
Martti SIIRALA: Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit (Göttingen 1961; Neuauflage Eschborn 2000)
SOZIALE PSYCHIATRIE Heft 2/2000: Psychiatrie, Psychose und Religion
(Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.)
Daniel N. STERN: Die Lebenserfahrung des Säuglings (Stuttgart 1992)
Hal und Sidra STONE: Du bist viele (Voice Dialogue-Methode) (München 2000)
Annegret STOPCZYK: Sophias Leib (Heidelberg 1998)
Irene STRATENWERTH/ Thomas BOCK: Stimmen hören. Botschaften aus der inneren Welt (München 1999)
J.G. WATKINS: Ego States, Theorie und Therapie (Heidelberg 2003)
Günther WIENBERG (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen (Bonn ²1997)

Informationsmöglichkeiten zur traumabedingten Dissoziation

VIELFALT e.V. – Information Trauma und Dissoziation
(Postfach 100602, 28006 Bremen) (www.vielfalt-info.de)
Bietet Informationen, Beratung, Unterstützung für Betroffene, Angehörige und Profis. Listen mit stationären Therapieangebote und zu Supervision und kollegialem Austausch für HelferInnen, eigene Weiterbildungsangebote, Information über Forbildungsangebote anderer Anbieter.

www.psychotraumatology-institute-europe.com oder www.pi-europe.eu
Psychotraumatologische Forschung (Schwerpunkt Dissoziative Störungen), Weiterbildungen. (Federführend beteiligt: Ellert Nijenhuis)

Weitere aktuelle Angaben siehe im Web
oder auf den Linklisten von: www.dissoziation-und-trauma.de.

Stand: Januar 2016