

TRAUMA – DISSOZIATION UND INTEGRATION

LILLO TUTSCH, RENATE BUKOVSKI

Der Artikel beschreibt im ersten Teil die Dissoziation als Überlebensmechanismus der Person in traumatischen Erfahrungen. Das Erleben von Dissoziation, die Auswirkungen auf das Selbst- und Welterleben der Person, die Folgen in ihrer mannigfaltigen Symptomatik wie auch theoretische und geschichtliche Betrachtungen werden ausgeführt. Der zweite Teil befasst sich mit den Voraussetzungen und einigen Vorgangsweisen zur Integration von (teil-)dissoziierten Erfahrungen im psychotherapeutischen Prozess.

SCHLÜSSELWÖRTER: Trauma, Dissoziation, Integration, Stabilisierung, Selbstdistanzierung, Mitgefühl, Trost

TRAUMA – DISSOCIATION AND INTEGRATION

In the first part, the article describes dissociation as a survival mechanism of the person in traumatic experiences. The experience of dissociation, the effects on self- and world-perception of the person, the consequences in their manifold symptoms as well as theoretical and historical reflections are discussed. The second part deals with requirements and some approaches towards the integration of (partially) dissociated experiences in the psychotherapeutic process.

KEYWORDS: trauma, dissociation, integration, stabilization, self-distance, empathy, solace

DISSOZIATION ALS ÜBERLEBENS-MÖGLICHKEIT

Extrem erlebte Gefahr – „toxischer Stress“ – mobilisiert in Millisekunden über den rechten Mandelkern im limbischen System die Ausschüttung von Adrenalin, als „Kampf und Flucht-Reaktion“ bekannt. Gelingt diese nicht, „beschließt“ unser Gehirn als letzten Ausweg den „Totstellreflex“ durch Cortisol und Endorphine, es entstehen quasi „Opiate im Eigenbau“, welche die Person, ihren Körper und ihre Psyche vor unaushaltbaren Erfahrungen abschirmen. Die unerträglichen Erfahrungen werden so vom Erleben dissoziiert – und in Fragmenten im Mandelkern „eingefroren“. Die neurobiologische Basis der Dissoziation ist ein in der Phylogenese entwickelter, angeborener und schon früh reifer Schutzmechanismus für das Überleben des Individuums. So werden unerträgliche Erfahrungen entschärft, indem sie abgekapselt werden. Damit können dissoziierte Traumaerfahrungen zwar überlebt, oft aber nicht verarbeitet und integriert werden, d.h. sie können nicht als ein zusammengehöriges Ereignis wahrgenommen – synthetisiert – werden, nicht als zu sich gehörig empfunden – also personalisiert – werden und es wird gefühlsmäßig nicht realisiert, dass man es selbst erlebt hat (siehe dazu van der Kolk 2016, 65ff).

Jan Philipp Reemtsma, der nach einer Entführung 33 Tage in einem Keller angekettet wurde schildert in Reflexion seiner eigenen traumatisierten Erfahrung: In Folge „... bleibt der Traumatisierte an das traumatische Ereignis psychisch gefesselt, es sucht ihn heim in Albträumen, in plötzlichen Überwältigungen, sogenannten flash backs. Begleitet ist diese terroristische Präsenz der Vergangenheit von ihrer psychischen Exterritorialität, von der Unfähigkeit, das Ereignis zu verarbeiten, es in die eigene Biografie einzulassen, sich ihm verbal zu nähern.“ (Reemtsma 2008, 53f)

„Gelingene Dissoziation“ bewirkt daher oft, dass traumabedingte Erfahrungen dem Erleben nicht zugänglich sind – manchmal führen dann die traumatischen Erfahrungen sogar lange Zeit ein dem Bewusstsein verborgenes Eigenleben im „Untergrund“. Unter günstigen Lebensumständen bleiben sie über Jahrzehnte hinweg unbemerkt und produzieren keine auffallende Symptomatik. So können in der Kindheit erlebte Traumata erst im Erwachsenenalter ihre Wirkung zeigen. Bei belastenden Situationen oder in belasteten Lebenszeiten, in denen die Kraft und die Abwehr geschwächt werden, können sie jedoch überfallsartig und überschwemmend auftauchen, sie schwächen dann – bildlich gesprochen – die automatisch gebildeten „Schutzwände“ des Ichs. Es kommen fragmentierte Erinnerungen, Gefühle, Stimmungen, Ich-Zustände und körperliche Zustände aus der Zeit des Traumas auf (wie z. B. Bilder, Sätze, affektive Zustände, depressive Stimmungen, somatoforme und „psychosomatische“ Beschwerden wie Hyperalgesie, diverse Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden, kardiovaskuläre Symptome, Allergien etc.). Die Person fühlt sich einerseits überschwemmt von invasiven Traumafragmenten und gleichzeitig oder abwechselnd in einem Zustand der Abgetrenntheit von ihrem Erleben, ihrer Geschichte und dem Geschehen um sie herum (z. B. Amnesien für traumatische oder auch belastende Ereignisse oft für ganze Lebensphasen, Dissoziation von Umwelt und Beziehungen, die sich als Derealisation und Depersonalisation zeigen etc.).

Es ist als ob sich „Risse“ und „Brüche“ im Erleben von sich als Ganzheit, bis hinein ins Identitätserleben und die Ichbewusstheit bilden. Dies führt zu stark unterschiedlichen Zuständen im Selbsterleben bis hin zu völlig getrennten (oder so erlebten) Persönlichkeitszuständen.

Das **Ausmaß und die Tiefe der Dissoziation bzw. ihr Persistieren** beschreibt Ellert Nijenhuis (Nijenhuis 2004, 59, sowie in van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008) in einem Drei-Ebenen-Modell:

1. Die primäre strukturelle Dissoziation tritt während des Traumas als überlebensnotwendiger Schutzmechanismus auf und zeigt sich – falls persistierend und als Folge mangelnder Integration des Traumas – als einfache Posttraumatische Belastungsstörung. Auf der Ebene der Persönlichkeitsorganisation könnten wir hier von einer neurotischen Strukturebene sprechen.

Ein Beispiel aus der eigenen Praxis: Eine Patientin, die in einem öffentlichen Gebäude überfallen und verletzt wurde, ist infolge sehr tüchtig und kommt mit ihrem Leben gut zurecht. Lediglich manchmal verspürt sie eine starke vegetative Unruhe sowie panikartige Zustände. Sie kann keine Verbindung zwischen diesen Zuständen und dem Überfallsgehehen herstellen.

2. Die sekundäre strukturelle Dissoziation ist die Folge einer mehrfachen und komplexeren Dissoziation. Das traumatische Ereignis wird nicht „einfach“ und in sich geschlossen abgekapselt, sondern mehrfach zersplittert. Dies kann Folge einer extremen Heftigkeit oder Dauer des traumatischen Erlebens sein oder aber einer schon stark vorbelasteten Persönlichkeit und damit schwachen Ichstruktur bzw. Integrationsfähigkeit. Auf der strukturellen Ebene finden wir die sekundäre strukturelle Dissoziation am häufigsten bei Persönlichkeitsstörungen, die strukturell auf einem Borderlineniveau agieren (v.a. bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung) sowie auch bei der komplexen PTSD bzw. Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (NNBDS).

Ein Beispiel aus der eigenen Praxis: Patient leidet unter starken Schmerzen (in verschiedenen wechselnden Körperregionen) ohne ausreichende körperliche Ursache. Bei geringfügigen Anforderungen aus dem sozialen Umfeld erlebt der Patient immer wieder einen intensiven Erregungszustand, den er nicht versteht. Ähnlich ergeht es ihm, wenn er sich selbst mehrere Dinge an einem Tag vornimmt, obwohl er insgesamt in der vorübergehenden Pensionierung wenigen Belastungen ausgesetzt ist. Wird er unterwegs plötzlich und unerwartet von einem Bekannten angesprochen, erstarrt er und flüchtet so schnell er kann nach Hause, wo er sich den restlichen Tag über verbarrikiert, obwohl er nicht weiß, was ihn an diesen Situationen so belastet.

Erst nach eingehender Stabilisierung und biografischer Bearbeitung können seine Schmerzen, seine Fluchtreaktionen und Erregungszustände in einen Zusammenhang mit der heftigen und über längeren Zeitraum immer wiederkehrenden körperlich und psychisch erlittenen Gewalt aus der Kindheit gebracht werden. Dadurch werden sie dem Patienten verständlich und können einer Verarbeitung und Integration zugeführt werden.

3. Bei der tertiären strukturellen Dissoziation wird nun nicht nur das traumatische Erleben zersplittert abgespeichert sondern auch das Ich zerteilt in mehrere „Ich-Identitäten“. Strukturell würden wir hier von einer psychotischen Strukturebene sprechen, diagnostisch beobachtbar ist dies in den traumabedingten Psychosen (reaktive Psychose) und der dissoziativen Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeit), vermutlich aber auch im Phänomen der Fugue, denkbar auch im Phänomen der Besessenheit.

Ein Beispiel aus der eigenen Praxis: Frau B. ist nicht nur eine in ihren Begabungen, Interessen und Ambitionen vielseitige Frau, sondern auch in ihrer Persönlichkeit. Ihre verschiedenen Seiten muten beinahe wie eigenständige Persönlichkeiten an. Diesen verschiedenen „Gesichtern“ scheint oft und anhaltend der „Kapitän“ zu fehlen, jene innere Instanz, die Träger der Ichbewusstheit ist, die Kohärenz, Kontinuität und das Erleben, ein „eigener und ganzer Mensch“ trotz unterschiedlicher Anteile und Facetten zu sein, repräsentiert. Unterschiedliche Persönlichkeitszustände dominieren ihr Verhalten, ihr Befinden, ihr Erleben und ihr Selbstbild zu unterschiedlichen Zeiten, ohne dass ihr bewusst wird, dass es auch noch „andere“ in ihr gibt. Sie ist dann jeweils ganz die Vitale, ganz die Apathische, ganz die Bedürftige, ganz die Verängstigte, ganz die Selbstzerstörerische etc. Zusammenschaut wirkt Frau B. wie ein auseinandergefallener Blumenstrauß ohne eine Hand, die ihn wieder zusammenbinden kann. Ihre verschiedenen Identitäten können auch innerhalb einer Therapiestunde wechseln, oft reicht ein winziger Trigger, wie z. B. ein etwas zu konfrontatives therapeutisches Vorgehen, ein Blick der sie verunsichert oder auch ein intrusiver Gedanke, der in ihr aufkommt, und sie switcht in einen anderen Persönlichkeitsstate. Aufgrund einer katastrophalen Kindheit mit mannigfaltigen Traumata wie Gewalt (ihr Wille wurde immer wieder „gebrochen“), Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen bis in die Pubertät hinein konnte sie kein zusammenhängendes Ichgefühl entwickeln bzw. wurde dieses immer wieder „zerschlagen“.

DIE EXISTENZIELLE SICHT DER DISSOZIATION

Traumata oder auch viele schwere Belastungen erschüttern den Menschen – vorübergehend oder anhaltend – bis in die Grundfesten seines Seins. Leben ist dann „aus dem Gefüge geraten“.

Reemtsma schreibt dazu: „Alles ist wie es war, nur passt es mit mir nicht mehr zusammen. Als trüge ich eine Brille, die alles einen halben Zentimeter nach links oder rechts verschiebt. Ich kann nichts mehr greifen, der Tritt fasst die Stufe nicht mehr. Oder als seien die Oberflächen der Dinge leicht gebogen, als würde nichts mehr Halt finden, das ich hinstellen möchte. Welt und ich passen nicht mehr.“ (Reemtsma 2008, 220f)

Eine Erfahrung, die zumindest primär nicht ausgehalten und angenommen werden kann, erschüttert das Vertrauen ins Dasein zutiefst. Die Fähigkeit zum fühlenden Mitschwingen, das Sich-Zuwenden zu sich, zu Anderen und zur Welt ist eingengt, oft ist die Verbindung zu den Werten „gerissen“. Die Betroffenen erleben sich einerseits leblos, wie abgeschnitten von der Welt und von ihrem Inneren, andererseits immer wieder überflutet von Angst, Schmerz und schwächenden Selbstwahrnehmungen. So sind einerseits alle Gefühle zu viel und andererseits ist nichts mehr fühlbar. Durch die aktivierten Schutzmechanismen bleibt das Erlebte „draußen“, bindet jedoch Kraft und kann nicht zum Eigenen werden. Oder aber es fällt überfallsartig über den Betroffenen her und wird so wieder zur Gegenwart (Längle 2005).

Reemtsma weiter zu seinen Erfahrungen: „... Nervosität prägt den Tag; Unwilligkeit, fast Unfähigkeit auf irgendetwas zu warten ... plötzliche Geräusche erschrecken oder machen einen vor Wut fast unsinnig; man reagiert anders auf Gewohntes, ist außerordentlich leicht kränkbar ... Und dann? Die gewohnten Kontinuitäten stellen sich ein, die Extreme verschleifen sich. Man lebt sich ein. Aber manchmal, von einem Moment auf den anderen, kann das ganz andere wieder da sein, ist man selbst nicht mehr von dieser Welt.“ (Reemtsma 2008, 213)

So fällt es schwer, sich und anderen zu begegnen, sich im Wesentlichen gerecht zu werden, ist der Betroffene doch weiterhin mehr mit dem Überleben des Alltags beschäftigt. Sinnzusammenhänge gehen verloren, Gegenwärtiges und Zukünftiges scheint sinnlos.

„Welt und ich passen nicht mehr. Das kann die beschriebene Form von psychisch-physischer Lähmung in Verbindung mit extremer Nervosität annehmen, die sogar körperliche Schmerzen erzeugt. Es kann aber auch die Form gänzlicher Gleichgültigkeit annehmen. ... Aber wenn die Welt und ich nicht mehr zusammenpassen, dann bedeutet „unwichtig werden“ nichts mehr, das sich durch ein bloßes Gefühl grundieren ließe, sondern ist die bloße Tatsache, dass alles, was

wichtig ist, in der Welt ist, und ich eben nicht darin. So ist das also. So ist das. ... Er (der Keller Anm. der Verfasser) bleibt der zerstörerische Einbruch, die Vergewaltigung, die Exterritorialität, die plötzlich wieder da sein kann.“ (Reemtsma 2008, 221)

Widersprüchlich zu den vertrauenerweckenden Aussagen, man könne nicht aus der Welt fallen, fühlt sich der Traumatisierte doch aus der Welt gefallen (Reemtsma 2008, 72f). Hier ist wohl viel von der Verzweiflung der Betroffenen beheimatet.

BEOBACHTBARE PHÄNOMENE IM ZUSAMMENHANG MIT DISSOZIATION

Meist kann man eine – zumindest leidlich – funktionierende, emotional eingeschränkte, eher im Vermeidungsmodus lebende „Alltagsperson“ beobachten. Sie ist mehr oder weniger geschützt vor überflutenden Erinnerungen, aber in ihrem Existieren wie teilweise auch ihrem Handeln beeinträchtigt, in ihrem Lebensgefühl und ihrem Bezug zu sich selbst wie auch in ihrer Kraft reduziert und zeigt eine deutliche Minussymptomatik: Alexithymie, Anästhesie, Anhedonie, Abulie, Amnesie, Einengung der Wahrnehmung und des Bewusstseinsfeldes. Gepaart ist dieser Zustand mit einem allgemein erhöhten Stressniveau, bzw. mit erhöhter Vulnerabilität auf Stress allgemein und auf Trigger im Besonderen.

Mehr oder weniger dissoziiert vom Alltagsbewusstsein der Person kann man Zustände des Traumatisierten erkennen, die symptomatisch die Filme, Bilder, Gefühle, Gerüche, Gedanken, Überzeugungen, das Körpererleben und die Copingreaktionen der Traumafahrung zeigen und die von außen oft als „in ganz nachvollziehbarem Zusammenhang mit den Traumaspeicherungungen stehen, vom Betroffenen aber – für den Außenstehenden überraschend – keinerlei Zusammenhang mit dem Erlebten zeigen. Sie sind im impliziten Gedächtnis im Amygdalensystem apersonal, zeit- und kausalitätslos, unverarbeitet gespeichert und zeigen sich „nur“ in den mannigfaltigen psychischen, kognitiven und körperlichen Symptomen.

Diese Traumafragmente wirken wie potentielle Parallelexistenzen und kommen bei entsprechenden Triggern oder allgemein geschwächtem Zuständen als Intrusionen wie flash backs, Körperempfindungen, als unterschiedlichstes Selbsterleben etc. oft völlig, manchmal partiell zusammenhanglos für den Betroffenen ins Bewusstsein. Sie brechen dann quasi ins Alltagsbewusstsein ein und destabilisieren den Betroffenen. Verständlich ist, dass sich reaktiv darauf Vermeidung und Dissoziation verstärken – ein fragiler Versuch, Halt in der Welt zu behalten, was wir als Selbstentfremdung wahrnehmen können. Betroffene

schildern, dass sie sich nicht spüren, sich im Eigenen nicht finden. Bei Beziehungstraumata, die durch wichtige Menschen geschehen, finden wir fast immer auch Identifizierungen mit verletzenden Menschen. Das sind Aspekte des Täters oder Reaktionen darauf. Sie zeigen sich für die Patienten in negativen, selbstschädigenden und lebensverhindernden Überzeugungen von sich, als innere Stimmen die verbieten, gebieten, beschimpfen etc. und auch in Loyalität zu den Tätern – auch bekannt als Stockholm Syndrom.

EXKURS IN DIE GESCHICHTE DER THEORIEN DER DISSOZIATION

Der Blick zurück auf die Geschichte des Verständnisses von Störungen im Kontext von Trauma und Dissoziation zeigt, dass schon früh Wissen darüber vorhanden war, dies jedoch über einen längeren Zeitraum ziemlich in den Hintergrund geraten war. Dafür mag wohl das Verwerfen der Traumagenese bei der Hysterie durch Freud eine Rolle spielen, wie auch die zuvor gültige Radikalität der einseitigen Sicht der Hysterie als neurologische Erkrankung.

1845 führt Moreau de Tours den Begriff Dissoziation ein. 1859 beschreibt Paul Briquet in einer großen Fallstudie die Hysterie als eine Krankheit, die den gesamten Organismus verändert. Er beschreibt nicht erklärbare, oft chronische körperliche Beschwerden und bestimmte psychische Störungen im Briquet Syndrom und verweist auf sehr problematische Lebensbedingungen und Traumatisierungen der untersuchten PatientInnen. Das Briquet Syndrom ist der Vorläufer der heutigen diagnostischen Kategorie der Somatisierungsstörung im ICD 10.

1877 beschreibt Jean Marie Charcot die Hysterie als somatische Erkrankung, die aber durch emotionale Ursachen entstanden ist. Hysteriker leiden an intrusiven Phänomenen wie Schmerzen, die sich nicht physisch erklären lassen und sind nicht in der Lage, absichtlich und bewusst zu fühlen, zu sehen oder zu hören, was sie eigentlich wahrnehmen müssten.

1893 und 1901 schreibt Paul Janet über Hysterie als Störung psychischer und somatischer Funktionen und führt erstmals die Dissoziation als Ursache dieser Phänomene an. Ebenso wie Briquet und Charcot war auch Janet der Auffassung, dass bei der Hysterie zwar erblich bedingte Schwächen eine Rolle spielen, sie aber durch emotionale Ereignisse häufig traumatischer Art hervorgerufen, manifest wird. Seine Unterscheidung in und Beschreibung von Mentalen Stigmata und

Mentalen Akzidenzien sind im Grunde die Basis aller weiteren Ausführungen zu diesem Thema und daher hier ein wenig ausführlicher erläutert: *Mentale Stigmata* spiegeln dauerhafte Funktionsverluste des Empfindungsvermögens (Anästhesie), des Erinnerungsvermögens (Amnesie), der motorischen Kontrolle, des Willens (Abulie) und von Charakterzügen wieder. Hier finden wir die Parallele zum heutigen Verständnis der Erleben und Verhalten reduzierten Alltagspersönlichkeit. *Mentale Akzidenzien* sind Empfindungen durch Reaktivierung dissoziativer Sekundärexistenzen – das sind Speicherungen von traumatischen Inhalten, die intrusiv auftreten oder als Parallelexistenzen vorhanden sind – die oft gleichzeitig „Zuviel im Zuwenig“ bzw. auch aufeinanderfolgend einmal zu wenig, dann wieder zu viel Intensität im Erleben produzieren. Mentale Stigmata und mentale Akzidenzien basieren unmittelbar auf der Dissoziation und Emanzipation der Ideen- und Funktionssysteme, die normalerweise zu kohärenten mentalen Strukturen verbunden sind. (Nijenhuis 2006, 26f)

Hier knüpft die psychologisch-psychotherapeutische Forschung von Ellert Nijenhuis an: „Beispiele für nicht synthetisierte, also nicht kohärente Systeme, sind einzelne Bilder, Erinnerungen, Gedanken in Verbindung mit den zugehörigen Gefühlen, physische Manifestationen, instabiles Selbstgefühl bis hin zu komplexen dissoziativen Identitätszuständen. Bleibt ein Gedächtnissystem chronisch dissoziiert, kann es ein Eigenleben entwickeln und in das persönliche Bewusstsein eindringen, ohne dass wir Einfluss darauf haben.“ (Nijenhuis 2006, 30) Ab ca. 1970 wurden Janets Erkenntnisse über die Bedeutung der Dissoziation zwar wieder aufgegriffen, der Schwerpunkt der Forschung konzentrierte sich allerdings vorerst auf die psychoformen dissoziativen Phänomene. Durch Nijenhuis wie auch durch die zunehmende neurobiologische Forschung kam auch die somatoforme Dissoziation vermehrt in den Blick.

Interessant sind Überlegungen, Thesen und Erkenntnisse, die in der Entwicklung der Logotherapie und der daraus entwickelten Existenzanalyse – in der „vorneurobiologischen“ Zeit entwickelt wurden:

1947 „empfiehlt“ Viktor E. Frankl das autonome Nervensystem, das Vegetativum, als Organ für sich zu betrachten. „Eine besondere Bedeutung dieses Organs – des Vegetativums nämlich – für das gesamte Gebiet der Organneurosen ergibt sich nun aus dem einfachen Umstand, dass das autonome Nervensystem (die vegetativen Zwischenhirnzentren inbegriffen) schlechterdings die Brücke darstellt, die das Ufer des Seelischen mit dem des Organischen verbindet ...“ (Frankl 1982,

202) Traumatisierungen führen zu Notfallreaktionen. Sie verändern so „das Organ Nervensystem“ substantiell in Richtung vegetativer Labilität.

2002 finden wir auch bei Alfred Längle ein Wiederaufgreifen von Janets Sicht der Dissoziation und eine Differenzierung und Spezifizierung aus der Sicht der Existenzanalyse. „Die Totstellreflexe der Person sind Spaltung und Dissoziation. Sie bezwecken den Schutz des Ichs, das in äußerster Not geraten ist. ... Sie schützen die Person vor ihrer totalen Zerstörung“ (Längle 2002, 163). Längle bezeichnet als Spaltung die Dissoziation von Kognition und Emotion, wobei die Person innerlich wie gelähmt ist und nicht mehr registriert, was sie empfindet. Dissoziation ist in seinem Verständnis die Trennung zwischen Psyche und Körper (ebd.). „Dissoziationen können sich in den Außen-Bereichen und im Innen-Bezug der Person ereignen.“ (ebd. 164) Geschehen sie im Außenfeld, dann können sie sich z. B. auf andere Menschen beziehen und diesen dann als Verlust des Gedankenduktus, als Verwirrung bezüglich des Gehörten, als Verlust des Interesses, als Müdigkeit etc. gewahrt werden. „Produziert“ werden sie vom Betroffenen z. B. durch überspielen, übergehen, übersehen, „verstecken“ von Inhalten, oder auch durch „hüpfen“ im Text etc. (ebd.). Oder aber das dissoziative Potential wird wirksam durch die Spaltung zu und zwischen anderen Menschen (ebd.). Geschieht die Spaltung im Innenbezug der Person, so kommt es zum einen zur Dissoziation der körperlichen Integrität, was wir in den verschiedensten Konversionssymptomen beobachten können (ebd. 167). Reicht auch das Abschieben vom Ich-Kern in die Peripherie nicht mehr um den Schmerz aushaltbar zu machen bzw. „verschwinden“ zu lassen, so kommt es zur Spaltung der psychischen Integrität und damit zur Ausbildung einer Borderlinestörung (ebd. 168).

DISSOZIATION UND INTEGRATION VON TRAUMATISCHEN ERFAHRUNGEN

Bei prätraumatisch weitgehend gesunden Persönlichkeiten und posttraumatisch günstigen Bedingungen, können die Traumen verarbeitet und im „Archiv“ – dem Hippocampus – biografisch-episodisch-narrativ abgelegt werden, d.h. dass wir diese Erinnerungen dann als „zusammenhängend“, „zu mir gehörig“ und als „dort und damals“ erleben – also wieder ein ganzheitliches Identitätsgefühl herstellen können (Huber 2003, 44ff).

Die Folgen von Traumata auf die kindliche Struktur sind naturgemäß stärker als auf erwachsene, stabile Persönlichkeiten. Daher begünstigt frühe Traumatisierung in einer Zeit, wo die „Erfahrunginseln“ des Kindes ohnehin noch nicht zu einem stabilen, kohärentem

Selbstbild „zusammengewachsen“ sind und das „Ich“ in seinen Funktionen (Gegebenes aufzunehmen und Wesentliches wahrzunehmen, sich berühren zu lassen und ernst zu nehmen, sich gerecht zu werden und damit authentisch handlungsfähig zu werden) noch nicht ausgereift ist, das Entstehen von (schweren) Persönlichkeitsstörungen. Die während einer Traumatisierung überlebensnotwendige peritraumatische Dissoziation kann so eine „gespaltene“ Persönlichkeitsstruktur grundlegen bzw. durch nachfolgende – im Besonderen chronische – Traumatisierungen, in dieser strukturellen Spaltung persistieren bzw. in eine solche münden. Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie spricht in diesem Zusammenhang – rekurrierend auf Watkins & Watkins (2003, 45ff.) von Ego states. Gemeint sind damit unterschiedliche Selbstzustände als gespeicherte Interaktionserfahrungen.

EINIGE WESENTLICHE VORGANGSWEISEN IN DER THERAPIE MIT DISSOZIATIVEN TRAUMATISIERTEN MENSCHEN

Was können wir nun aus dem Verständnis der Dissoziation als einer Notfallreaktion der Person – einer traumaspezifischen Copingreaktion gegen die Bedrohung des Dasein-Könnens, die durch Situationen entsteht, die das Überleben der Person physisch, psychisch oder sozial bedrohen – für die Psychotherapie ableiten?

1. Stabilisierung und Stärkung des Ichs

a. Ich-Stabilisierung allgemein

Vor jeglicher Arbeit an den traumatischen Inhalten ist darauf Bedacht zu nehmen, dass das Ich möglichst stabil bleibt bzw. wird. Aufgrund der Gefahr der Überflutung geht es daher zuerst um Ich-Stützung, Ich-Stärkung und Ich-Nach-Entwicklung – aus existenzanalytischer Sicht um strukturelle Arbeit – damit die Betroffenen soviel Stabilität entwickeln können, dass sie sich überhaupt ihren Verletzungen zuwenden können. Auf der Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist die Vermittlung von Krisenmanagement, Psychoedukation – Information über das Zustandekommen von Symptomen und Zuständen sowie erste vorsichtige Erklärungen über mögliche ursächliche Verknüpfungen – die Förderung der Ressourcen und der Selbstwirksamkeit und die Entlastung von allem „zu viel“ angezeigt. Angesichts des meist hohen Maßes an Verzweiflung geht es darum, **Hoffnung** verstanden als Offenheit auf Linderung und Veränderung zu geben bzw. die Hoffnung zu stärken.

Existenzanalytisch geschieht diese Stabilisierung

überall dort, wo die Betroffenen zu guten Erfahrungen in den grundmotivationalen Themen angeregt werden. Die damit verbundene bzw. methodisch unterstützte Festigung der Ich-Struktur zielt auf eine erstmalige oder wiedererrungene Verankerung im Grund des Seins, in der Werterfahrung des Lebens, in der Eigenständigkeit des Selbstseins und in der Sinnerfahrung ab. Auf der Basis dieser strukturellen Stabilität wird Betroffenen eine personale Regulierung von Nähe und Distanz zu sich und dem Erлитenen anstatt der Copingreaktionen und des Selbstverlustes (wieder) möglich.

Dabei können auch heilsame **Imaginationen**, wie z. B. Gepäck abladen, Lichtimaginationen, sicherer Wohlfühlort, wie sie von Luise Reddemann beschrieben werden, hilfreich und wichtig sein. Mittlerweile sind solche Übungen zahlreich in der Literatur (Reddemann 2001, Huber 2006) zu finden und achtsam auf die Bereitschaft der Patienten ins therapeutische Vorgehen zu integrieren. Durch das Aufgreifen von bildhaften, symbolischen Ausdrücken von Patienten, die Ermunterung, diese zu positiven Vorstellungen auszuweiten und sich immer mehr auf solche heilsame Imaginationen einzulassen, statt nur auf schreckliche Bilder, kann die Stabilisierung unterstützt werden. Bei Imaginationen geht es nicht um Weltflucht, sondern um bewusste, entschiedene Vorstellungen von positiven Bildern, angereichert mit allen Sinneswahrnehmungen. Diese können sich auf das Erleben so auswirken, als ob diese wirklich wären und somit stärken. Existenzanalytisch beleuchtet kann z. B. ein traumatisierter Mensch in der Imagination eines sicheren Wohlfühl- und Geborgenheitsortes, durch die vorgestellten Voraussetzungen des Sein-Könnens und des Leben-Mögens, also Halt, Raum, Schutz und heilsame Beziehungen zu Natur, Tieren, Helferwesen – allem, was heilsam ist – ein bedingungsloses Angenommen-Sein sowie Geborgenheit erleben. Es geht dabei um Angebote, die von Patienten individuell aufgegriffen und ausgebaut werden, womit auch das Eigene geachtet und bestärkt wird, also die dritte personal-existenzielle Grundmotivation (Längle 2016, 82 ff) ihren Platz findet.

Ein Beispiel aus der eigenen Praxis: Hr. X. kommt nach einem schweren Herzinfarkt und daran anschließendem drei-monatigen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wegen hoher Suizidalität, diagnostizierter schwerer Depression und dem Hinweis „nicht therapiefähig zu sein“ in die ambulante Psychotherapie. Er hat zusätzlich seine Arbeit auf dem Hintergrund von schwerem Mobbing verloren. Herr X. findet in keinem Augenblick des Tages Ruhe. Schlaflosigkeit, Unruhe und Suizidgedanken beherrschen auch die Nacht. Er sehnt sich nach dem Glückszustand, den er bei seiner Nahtoderfahrung erlebte, bevor er durch Reanimation von den Sanitätern „zurück“ geholt wurde.

Er kann in dieser realen Welt nicht mehr sein. Erst an einem imaginierten, inneren Wohlfühlort in der Form eines Gartens findet er erstmals nach Wochen ein wenig Ruhe von den erlittenen Traumatisierungen. Er erlebt dabei erstmals seit Jahrzehnten nichts zu müssen und etwas von der Geborgenheit, die ihn an seine Nahtoderfahrung erinnert. Während der Imagination wird er nicht mehr heimgesucht von quälenden Erinnerungen an die Mobbing-situationen und ist auch entlastet von seinen körperlichen Einschränkungen infolge des Herzinfarkts. So kann er sich von den Anstrengungen und Belastungen der letzten Zeit vorerst distanzieren und nach und nach erholen. Durch Übung erlebt er für die Zeit der Imagination das Gefühl, wieder unbedroht sein zu können. Dieser innere Wohlfühlort begleitet ihn eineinhalb Jahre in der Therapie und im Alltag. Später kann Herr X. auch wieder in der realen Welt zum Sein-Können zurückfinden: „Jetzt erlebe ich auch im Alltag manchmal das Gefühl, einfach sein zu können, mich dabei sicher und wohl zu fühlen, das war mir die letzten eineinhalb Jahre nur im inneren Garten möglich.“

Imaginationen sind Vorstellungen – immer wieder stellen Menschen sich etwas vor und beeinflussen so ihr Sein und Werden. Schon V. Frankl beschrieb solche Interventionen in seinem Buch „Die Psychotherapie in der Praxis“ – auch wenn Imaginationen nicht unbedingt seinem philosophischen und deutlich kognitiv betonten Stil entsprachen: „In diesem Sinne empfehlen wir unseren Patienten, sich dem Gefühl der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit, eben der seelischen Entspantheit, ganz hinzugeben. ... Hierbei ist es ratsam, zur Vertiefung solcher Erlebnisse Phantasievorstellungen zu Hilfe zu rufen ... die Vorstellung, ein sturmbewegtes Meer zu sehen, dessen aufgepeitschter Wellengang sich allmählich verringert, bis schließlich ... die innere Schau eines geglätteten Meeresspiegels als grenzenloser horizontaler Fläche zu höchster sedativer Wirksamkeit gelangt ... empfiehlt sich, den Kranken ... zu freier Erfindung solcher Vorstellungen zu animieren ... Die selbstgewählte Vorstellung ist immer die wirksamste ... besonders bewährt ... die Erfindung einer Patientin ..., sie liege auf einer blumigen Sommerwiese und blickte zum tiefblauen Himmel hinauf, auf dem die Wolken stetig ihres Weges ziehen...“ (Frankl 1986, 207)

Weitere Methoden aus der Psychoimaginativen Traumatherapie, die die Autorinnen in dieser Phase gerne verwenden, sind z. B. das Ressourcenteam (Huber 2003), das Freude- oder Dankbarkeitstagebuch (Reddemann 2001), der innere Garten (Huber 2006) und die Arbeit mit der Inneren Weisheit (Reddemann 2001).

Ein Beispiel aus der eigenen Praxis: Frau B., eine

komplex traumatisierte Patientin, hatte immer wieder höchste Probleme, in belastenden Situationen nicht von ihren Affekten überschwemmt zu werden. Sie konnte dann keinen klaren Gedanken fassen und keine Entscheidungen treffen, fühlte sich klein und unfähig. Eine äußerst hilfreiche Methode für sie war das Bergen und Zu-Hilfe-Nehmen ihres „weisen Persönlichkeitsanteiles“. Es wurde besprochen, dass es in jedem Menschen so etwas wie ein tiefes Wissen um das Leben und wie man es bewältigt gäbe, eine innere „weise Stimme“, der man im Alltag meist zu wenig Gehör schenkt, weshalb man dann auch oft nicht über den Tellerrand der versalzenen Suppe blicken könne. Es ist so etwas wie ein über den Problemen stehender, überindividueller, überzeitlicher Ichanteil. Dieser kann aktiviert werden, indem dieser inneren Weisheit eine Gestalt gegeben wird. Man kann sich auch vorstellen, wie man selber in reiferen Jahren, in denen die jetzigen Probleme schon überstanden und gelöst sind, sein wird. Frau B. konnte diese innere Weisheit in einem Bild von sich als älterer Frau fassen: weißes Haar, gelassen, mütterlich, in einem Haus am Waldesrand wohnend, naturverbunden und gemütlich, ihr Archetypus der Heilerin. Zu dieser „reiste“ sie nun in den Therapiestunden um Hilfe für Probleme. Frau B. brauchte am Beginn Unterstützung im Fragen, daher übernahm die Therapeutin ihren Part und „lehrte“ Frau B. auch gleich per effectum hilfreiche Fragen zu stellen. Frau B. übernahm den Part der Weisen. Es war überraschend zu erleben, welche immense Kompetenz Frau B. hatte, wenn sie nicht in ihrer Psychodynamik verhaftet war. So wurde die Frage der Therapeutin: „Möchten Sie zur weisen Frau B. reisen und sie fragen, was sie dazu meint?“ bald ein fester Bestandteil der therapeutischen Arbeit.

Immer häufiger konnte die Patientin durch die strukturelle Etablierung dieses Anteils auch ohne Unterstützung der Therapeutin Zugriff auf ihre Kompetenzen und ihr Wissen um das Leben finden. Die weise Frau B. war zudem äußerst hilfreich bei der Strukturarbeit in allen Grundmotivationen: sie gab Halt, Raum, Schutz, um Probleme annehmen und anschauen zu können, Zeit, Beziehung, Nähe, um sich einzulassen, sie schaute gut auf Frau B. und ihre Fähigkeiten, damit sie auf ihre Fragen eine passende Lösung finden konnte und sie war weitblickend in eine sinnvolle Zukunft.

Wenn die Autorinnen als Existenzanalytikerinnen in der Traumatherapie von „Innerer Weisheit“ sprechen – so verstehen sie es rein phänomenologisch betrachtet als eine beobachtbare menschliche Potentialität, auf „tieferes“ Wissen in sich zurückgreifen zu können, sich im Sinne der Integration von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft voraus sein zu können. Betrachten wir es anthropologisch aus der Sicht der Existenzanalyse, dann zeigen sich darin das Gewissen

und die Tiefenperson, also jene personalen Fähigkeiten, die aus einer größeren Tiefe, als ein individuelles Leben an Erfahrungen ermöglicht, schöpfen und dies in ein sinnvolles, sich selbst gerecht werdendes und zugleich mit der jeweiligen Situation abgestimmtes, richtungsgebendes Handeln einbetten können. Methodisch repräsentiert die Aktivierung der inneren Weisheit die Kreativität der Person und die „Reparaturfähigkeit“ der Psyche. Eine Visualisierung der Tiefenperson und des „Wissens des Gewissens“, liefert daher nach Meinung der Autorinnen einen gewichtigen Beitrag zur Stimulation des Personseins und zur Stärkung der Ichfunktionen wie auch zur Integration von geschwächten und abgelehnten Selbstanteilen bietet.

b. Umgang mit akuten dissoziativen Zuständen

Therapeutinnen können bemerken, dass Patienten dissoziieren wenn sie z. B. aus dem Kontakt gehen, verstummen, starr vor sich hinblicken, verloren und unerreichbar oder auch fremd wirken, so als ob sie „nicht da“ wären. In solchen Zuständen sind sie meist mit inneren bedrohlichen Vorgängen beschäftigt und befinden sich in einer „anderen Welt, einem anderen Film oder einem anderen State“ – also im Traumamaterial, in Traumazuständen – oft aber auch „nur“ in einem Nebel, einer Leere, „im Nichts“ – also in einer Copingreaktion. Dies kommt häufig einer Retraumatisierung gleich und ist daher schädlich.

Es ist wichtig, dass Patienten möglichst früh lernen, die Kontrolle über ihre dissoziativen Zustände zu bekommen. Ein Formulierungsbeispiel: „Wir müssen jetzt erarbeiten, wie Sie da selber herauskommen, bzw. wie Sie bemerken können, dass Sie in dissoziative Zustände hineinkommen. Ich nehme an, dass Sie sich aufgrund belastender Ereignisse angewöhnt haben ‚zu verschwinden‘ – aber dieses Verschwinden ist schädlich. Sie können lernen, es zu kontrollieren.“

Welche Maßnahmen sind hilfreich, wenn sich die Patientin im dissoziierten Zustand befindet?

Aus dem Blickwinkel einer personalen Anthropologie schreibt A. Längle, dass das Du (bzw. Sie) den anderen als Person in seiner Unverwechselbarkeit und seiner Autonomie anspricht. Besonders der Name bezeichnet die Unverwechselbarkeit der Person und ihr gleichzeitiges Eingebundensein in ihren sozialen Kontext (Längle 2011, 51f).

Sprechen wir daher eine Person mit ihrem Namen an, dann sprechen wir nicht mit irgendwem (auch nicht mit der Person im Traumastate), sondern meinen die Person, die uns „jetzt“ gegenüber ist.

Für einen Umgang mit akuten dissoziativen Zuständen leitet sich daraus ab, dass wir die Patientin laut mit

ihrem Namen ansprechen und zum Augenkontakt auffordern. „Frau B, sind Sie noch in Kontakt mit mir?“ Falsch wäre es zu fragen: „Frau B, wo sind Sie denn gerade?“, denn dort ist oft das Schreckliche (Reddemann 2008, 199ff). Die Empfehlung, den Patienten mit dem falschen Namen anzusprechen, mutet zwar fürs erste recht „unpersönlich“ und nicht auf ein Du gerichtet an – kann aber bei näherem Hinsehen als paradoxe personale Intervention wahrgenommen werden. Denn es rüttelt die Person aus ihrer Versunkenheit im Traumamaterial auf und bringt sie zurück ins Hier und Jetzt.

Einige Beispiele für weitere hilfreiche Interventionen zum Thema (Reddemann 2008 und 2011):

- Zur Achtsamkeit anregen – „Dasein“ in Hier und Jetzt, Gegenwärtig-Sein, also z. B. die Füße auf den Boden stellen – dabei bewusst Bodenkontakt aufnehmen, den Boden spüren. Sich zeitlich, örtlich und beziehungsartig orientieren und dies auch laut kommentieren: „Ich bin jetzt in... Heute ist... Ich bin mit... zusammen... Ich tue gerade...“
- Aufstehen und z. B. das Fenster öffnen oder zumachen etc., der Patientin etwas zu trinken geben.
- Die Dissoziation ansprechen: „Ich habe den Eindruck, Sie sind jetzt im falschen Film. Sie stecken im Traumafilm und retraumatisieren sich permanent weiter – sie können das stoppen!“ Ist die PatientIn zurückgekehrt ins Hier und Jetzt der Therapiestunde ist es wichtig mit ihr über diese Zustände zu sprechen: „Passiert Ihnen das öfter? Hat man Ihnen schon gesagt, dass das passiert?“
- Handelt es sich um eine dissoziative Identitätsstörung, dann kann der Persönlichkeitsstate auch direkt angesprochen werden: „Wer ist da jetzt eigentlich? (z. B. eine 14-jährige, die Schlimmes erlebt hat). Ich würde gerne mit diesem Teil von Ihnen, der das Schlimme erlebt hat, reden.“ Wenn eine Bereitschaft der Person dazu besteht und der Anteil offen dafür ist mit der Therapeutin zu sprechen, soll die Therapeutin diesem Anteil sagen, wer sie ist. Im Weiteren kann die PatientIn angeleitet durch die Therapeutin dem Persönlichkeitsstate sagen, dass er in Sicherheit ist und ihn dann z. B. an den sicheren Ort bringen bzw. schicken. Dies erfordert selbstverständlich bereits eine Vorarbeit in der allgemeinen Stabilisierungsphase.

2. Voraussetzungen für die Auseinandersetzung mit dem dissoziierten „Material“

- **Selbstdistanzierung als Angelpunkt der Ich-Stabilisierung**
Die Mobilisierung dieser personalen Fähigkeit ermöglicht den Dialog mit sich und eine aushaltbare Be-

gegnung mit den Verletzungen sowie den schädlichen, lebensverhindernden Identifizierungen, ohne von Traumaeindrücken überflutet zu werden (Tutsch 2010). So können regressives Wiedererleben des Leidvollen und Retraumatisierungen verhindert werden. Auch Zuwendung zu sich und Selbstmitgefühl, sowie der Zugang zum tief innerlich Gefühlten und zur personalen Stellungnahme und die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen sind ohne Selbstdistanzierung kaum möglich.

Methodisch sind für die Aktivierung der Selbstdistanzierung folgende Vorgangsweisen aus der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (Reddemann 2006) hilfreich: Das Erzählen von Erlebtem in der 3. Person, Anleiten zur aktiven, bewussten Selbstbeobachtung. Viele Patienten praktizieren Selbstbeobachtung bereits, jedoch unbewusst und als Depersonalisation, was sie aber als störend und krankhaft erleben. Sie sind sich nicht bewusst, dass man dies als Ressource verwenden kann. Achtsame, entschiedene Selbstbeobachtung hat andere Auswirkungen, als wenn der Patient „neben sich“ steht. Er erlebt sich so als selbstwirksam, statt in der Dissoziation hilflos und ausgeliefert. Überdies kann die Bewusstmachung der personalen Fähigkeit einer beobachtenden Instanz („Ich kann beobachten, was ich tue, denke, fühle, empfinde, also bin ich mehr als das alles“) angeregt und eingeübt werden. Der innere Beobachter hat einen größeren Überblick über innere und äußere Prozesse als den, den wir im Wachbewusstsein normalerweise haben. Zudem ist er weniger bis gar nicht emotional involviert (besonders wenn es sich um dissoziiertes Material handelt). In seiner nüchternen Sicht vermittelt er Ruhe, Sicherheit und Gelassenheit und hat (ev. auch in Gestalt verkörpert vorgestellt) einen klaren Bezug zur ersten personal-existenziellen Grundmotivation. Er kann bei guter Übung als innerer Zeuge von biografischen Erfahrungen wertvolles, eventuell vorher dem Bewusstsein nicht zugängliches Wissen zur Verfügung stellen.

- **Zuwendung zu und Mitgefühl mit sich**

Bei ausreichender Stabilisierung des Ichs von heute und gelingender Selbstdistanzierung vom Erlebten damals kann sich über eine annehmende Zuwendung zu sich Selbstmitgefühl als tragende Voraussetzung für einen inneren Dialog und damit für die Verarbeitung mit dem Verletzten und Verletzenden in sich ereignen (Tutsch 2002). Mitgefühl aktiviert ein Patient für sich selbst natürlich auch und vor allem durch entgegengebrachtes Mitgefühl der Therapeutin. Silvia Wetzel führt aus, dass Mitgefühl mehr meint als Empathie oder Einfühlung. Einfühl-

lung ist ein Teil von Mitgefühl, ein Resonanzphänomen. Es muss von der erwachsenen Perspektive aus erfolgen und bedeutet, dass die Therapeutin das Leiden des Patienten spüren kann. Sie kann es aber nur dann spüren, wenn sie auch ihr entsprechendes Leiden fühlt. Sonst gerät die Therapeutin in eine zu große Distanz, in die Falle eines vermeintlich „heilen“ Menschen, der dem „armen“ Patienten hilft. Zusätzlich braucht Mitgefühl die Unterscheidung zwischen dem Leiden des Patienten und dem eigenen Leiden, um nicht in eine Identifikation mit dem Leiden des Hilfsbedürftigen zu kommen, im schlimmsten Fall in ein Mitleid. Mitgefühl ist zusätzlich noch verbunden mit der Intention, Leiden und seine Ursachen zu erkennen und lindern zu wollen. Es weist also in Richtung einer Veränderung, birgt die Intention einer Hilfe angesichts des Schmerzes in sich. Überdies braucht Mitgefühl eine grundsätzliche Bereitschaft, auch Glück und seine Ursachen zu erkennen, diese zu vermehren, zu intensivieren, oder anders ausgedrückt, ein Engagement für heilsame, heilende, gehobene Emotionen. Sonst bleibt es ein Leiden an der Zumutung und Unfassbarkeit des Lebens ohne Richtungsweisung, wie diese auch zu bewältigen ist, wie angesichts dieser ein gutes Leben möglich werden kann. Der Weg zu einem allumfassenden Mitgefühl ist nach Luise Reddemann ein Weg der zärtlichen Achtsamkeit. Achtsam sein bedeutet, zu bemerken, was ist und zu erinnern, was heilt – mich und andere (zitiert aus Wetzel 2014, 76–78).

Auf der Basis des erlebten Mitgefühls der Therapeutin soll der Patient lernen, sich selbst und seinen verletzten Anteilen mitfühlend zu begegnen, um Veränderung und Befriedung für sich zu erlangen.

- **Trauer und Wut als verarbeitende Gefühle für den Integrationsprozess**

Der Verarbeitungsprozess braucht Emotion, aber nicht im Sinne der regressiven Wiederholung und dem Erleben von traumaassoziierten Gefühlen, wie Ohnmacht, Verzweiflung, Entsetzen, sondern im Sinne personaler Gefühle über das Erlittene, sogenannter traumaverarbeitender Gefühle. Diese sind uns in der Existenzanalyse in der Wut und Trauer vertraut. Wut und Trauer über ein Geschehen müssen auch auf ausreichender Selbstdistanzierung beruhen und im Selbstmitgefühl geborgen sein. Ansonsten läuft die Person Gefahr, dabei emotional neuerlich in das traumatische Geschehen zu rutschen (Tutsch 2010).

- **Stellungnahme der Person zum vormalig Erлittene und Vergegenwärtigen bzw. emotionales Begreifen, dass die traumatische Situation vorbei ist**

Die Stellungnahme zu den Verletzungen, anders gesagt eine „Richtigstellung“, in der bewusst gemacht und ausgesprochen wird, was Unrecht war, sich die Person also ganz auf sich und ihr Ureigenstes bezieht und Stellung nimmt, ist ein weiterer Schritt auf dem Weg der Verarbeitung eines Traumas. Patienten relativieren sehr häufig ihre Verletzungen indem sie sich täterloyal verhalten, d.h. indem sie das Verständnis des verletzenden Anderen wichtiger nehmen als die Stellungnahme zur begangenen „Tat“. Sie verwechseln eine Verurteilung der Tat mit der Verurteilung der Person des Täters und scheuen daher erstere aufgrund der oftmals auch vorhandenen guten Seiten und Eigenschaften dieses Menschen. Der liebevoll gehaltene Blick auf sich selbst und das erlittene Unrecht sowie substituierende Stellungnahmen des Therapeuten sind hilfreich auf diesem Weg.

- **Trost**

Die vollständige Integration und Befriedung der traumatischen Lebensereignisse braucht letztlich noch den Trost der Person, der etwas Unfassbares, Entsetzliches geschehen ist. Erst damit kann das Geschehene zur Ruhe kommen und seinen Platz im Lebenszusammenhang des Betroffenen finden, die Person von ihren Umklammerungen, Fixierungen und Blockaden befreit werden. Das Wort *Trost* hängt etymologisch mit dem indogermanischen Wortstamm *treu* zusammen und bedeutet *innere Festigkeit*. Das griechische Wort für „Trost“ – griech. *paráklētos* (Παράκλητος) – bedeutet auch „Ermutigung“. Trost kann im Alltag durch Worte, Gesten, Berührung, mitmenschliche Zuwendung geschehen. In der besonderen therapeutischen Situation und hinsichtlich des Trostes für vergangene Traumatisierungen mag es wichtig erscheinen, dass der Betroffene überhaupt einmal aussprechen kann, was er erlebt hat und dass jemand, der Therapeut, das Schreckliche mit ihm aushält – DA-Sein und MIT-Sein ist gefordert – und dabei das Erleben des Patienten mitfühlend ernst nimmt. Der Therapeut wird zum Zeugen des Geschehenen und das Bezeugen einer Traumatisierung und des subjektiven Erlebens wird meist schon tröstend erlebt. Dem Patienten kann auf der Basis des Mitgefühls des Therapeuten auch dabei geholfen werden, die verletzten kindlichen, bzw. auch die erwachsenen traumatisierten Anteile in einem inneren Dialog zu trösten. Hier sind auch vorgestellte Berührungen, Umarmungen, wenn der Betroffene dies möchte, tröstend. Trost kann man nicht machen, alle Worte sind

achtsam zu wählen und vor einem vermeintlich raschen Trost ist Vorsicht geboten. Unter guten Bedingungen kann sich Tröstendes ereignen, so dass etwas Schweres, Schmerzhaftes leichter wird, weniger belastet, ein wenig die Macht verliert über das Leben.

3. Integration der dissoziierten „Anteile“

Wenn wir als Existenzanalytikerinnen hier und auch zuvor bereits von „Anteilen“ sprechen, möchten wir klären, was damit in unserem Verständnis gemeint ist:

Wenn wir im Alltag von Anteilen in uns sprechen, meinen wir unterschiedliche Facetten und Seiten unserer Persönlichkeit, die wir mehr oder weniger gut kennen und mögen und die wir aber als „zu uns gehörig“ erleben. Im Kontext von Traumatisierungen jedoch können die Ich-Zustände und das Selbsterleben in denen sich die Person während eines Traumas befindet „eingefroren“ werden und oft in Folge dissoziiert bleiben. Sie repräsentieren dann das Erleben der Person im Trauma wie z. B. die entsetzte, sprachlose Person, oder die sich verzweifelt Wehrende, die verletzte Person und oft auch die mit den verinnerlichten Botschaften von traumatisierenden Menschen, sich in Folge selbst verletzende Person. „Angeeignet“ in traumatischen Interaktionserfahrungen entstehen so verletzte oder verletzende States, in denen sich die Person so erlebt und zum Teil auch so verhält als wäre sie die Person von damals als das Entsetzliche geschah. Diese Speicherungen bezeichnen wir als verletzten oder verletzenden „Anteil“.

Ist die Spaltung durch ein Trauma sehr intensiv oder kumulativ – wie bei Komplextraumata in der Kindheit – können sogar „unterschiedliche Persönlichkeiten“ in Erscheinung treten. Die Person erlebt sich hier nicht mehr als Ganzheit mit unterschiedlichen Zuständlichkeiten sondern vermeint sich ganz als der eine oder andere „Anteil“.

a. Die Versorgung verletzter Anteile

Hierbei geht es um die prozesshafte Integration erlittener Verletzungen durch eine methodisch „Ich schützende“ Bearbeitung. Die Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (Reddemann 2011) bietet hier wertvolle methodische Unterstützung an, die die biografische Vorgangsweise in der Existenzanalyse nach Tutsch und Luss (Tutsch, Luss 2000) um die Betonung der Selbstdistanzierung und Imagination eines sicheren Ortes für den verletzten Anteil anreichert.

Ein Beispiel aus der eigenen Praxis: Frau H. berichtet von einer extremen körperlichen Schwäche, von Herzrasen und von ganzkörperlichem Zittern bei den geringsten Anforderungen. Sie fühle sich hochgradig erschöpft

und leblos: „Ich funktioniere, aber ich lebe nicht mehr.“ Vor drei Wochen erlitt sie aus heiterem Himmel eine Panikattacke. Seither begleite sie ein diffuses Angstgefühl, das sich immer wieder zu panikartigen Anfällen steigere, sie fürchte dann die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden, in ein schwarzes Loch gezogen zu werden, in das sie fallen würde ohne Ende. Sie sei sich verloren gegangen, habe keinen Zugang mehr zu sich, eine Wand sei zwischen ihr und ihrem Innersten. Sie habe eine Sehnsucht, zu sich zu kommen, erlebe aber gleichzeitig eine Angst davor, weil sie einen tiefen Schmerz ahne, der sie zu überwältigen drohe. Erklären könne sie sich diese Gefühle nicht.

Nach einer ersten Stabilisierungsphase in der Therapie fühlt sie sich stark genug, der dunklen Ahnung von diesem großen Schmerz nachzufühlen. Angestoßen durch das genaue Wahrnehmen der Körperempfindungen ihrer somatoformen Schmerzen, durch das Betrachten ihrer eigenen Kinderfotos und v.a. auch durch Erfahrungen und Trigger, ausgelöst durch die eigenen Kinder, erinnert sie in der Therapie eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit. Diese stark aufgeladenen Erinnerungen kann die Patientin mit Hilfe der Selbstdistanzierung wahrnehmen und dadurch von dem Mädchen, das sie zur Zeit der Traumatisierung war, in der dritten Person erzählen. So ist sie nicht mit den traumaassoziierten Gefühlen identifiziert. Die verletzten Anteile können nun versorgt werden. Das heißt: Mit Hilfe von imaginiertem Zugang zu diesem Mädchen von damals wird das geschehene Unrecht erstmals nicht nur gesehen, sondern auch in seinem Ausmaß begriffen. Durch Mitgefühl der Erwachsenen mit sich selbst, das Zulassen der Trauer und Wut über das Widerfahrene, die Stellungnahme der Person von heute zum erlittenen Unrecht und durch Trost, der bei Frau H. durch imaginierte Helferwesen unterstützt wird, wird der kindlich gebliebene Anteil nachbeulert und befriedet. Wichtig ist dabei auch die Realisierung und Feststellung, dass das alles schon vorbei ist, das Mädchen alles getan hatte, was es konnte, um die Situation zu bewältigen und die Person heute in Sicherheit ist. Durch die Verarbeitung der Verletzungen erfährt die Patientin einen Zugewinn an Kraft und erlebt wieder eine größere emotionale Bandbreite als in der traumabedingten Einengung.

b. Die Anerkennung und Würdigung des Sinns der destruktiven „Anteile“ für das Überleben der Person in der Vergangenheit („Wandlung verletzender Selbstanteile“)

Man made Traumata generieren – wie schon erwähnt – nicht nur verletzte Anteile. Durch Introjektion bzw. Identifizierung mit verletzenden, traumatisierenden Menschen werden Selbstabwertungen

hervorgerufen und kompensatorische Verhaltensweisen entwickelt. Diese minimieren bzw. verhindern den Schmerz, der durch diese Abwertungen ausgelöst wurde. Die Beziehung zu den überlebenswichtigen Personen wird damit stabilisiert und bleibt erhalten. Diese übernommenen, von traumatisierenden Menschen „angeeigneten“ Selbst- oder Ichanteile, haben ebenso wie die verletzten Anteile keinen Gegenwartsbezug, sie setzen fort was früher für den Erhalt dieser wichtigen Beziehungen hilfreich war. Prozessorientiert können wir diese Anteile teilweise mit dem phänomenalen Gehalt aus der traumatisierenden Situation und den daraus abgeleiteten reaktiven Überlebensstrategien vergleichen. Angeeignet sind sie deshalb, weil in einer Zeit der Abhängigkeit von verletzenden Menschen der Betroffene deren Botschaften glaubt, sie also „bejaht“ und im weiteren Leben oft sogar verteidigt. Solche inneren Überzeugungen stellen sich als Verhinderungen auf dem Weg zum Ende des Leidens bzw. zur Wiedererlangung der vollen Lebendigkeit heraus.

Weiter im Beispiel von Frau H.: Sie äußert schon früh im Therapieverlauf auch eine lebensverhindernde, selbstverletzende Haltung, nämlich: Kein Recht darauf zu haben, sich um Eigenes zu kümmern, ja, Eigenes nicht einmal äußern zu dürfen. Auf die Frage: „Wieso glauben Sie, kein Recht darauf zu haben, sich auch eigener Bedürfnisse anzunehmen?“, meint sie: „Weil ich irgendwie schlecht bin, schlechter als andere.“ Hier wird eine angeeignete Botschaft aus ihrer Beziehungsgeschichte sichtbar (so kommt man ja nicht auf die Welt!), die in unterschiedlicher Ausprägung die Lebendigkeit der Patientin unterdrückt und diese sogar massiv abwertet: „sei nicht so aufreizend“, „das ist zum Schämen“, „spiel dich nicht so in den Vordergrund“, „sei nicht so laut“, „halt dich zurück“, in der massivsten Form: „Du bist Abschaum!“ Im Wahrnehmen, Benennen und dieser verletzenden inneren Stimme Eine-Gestalt-Verleihen, kann die Patientin zu dieser Selbstrepräsentanz eine Beziehung aufnehmen. Sie erkennt, dass diese Haltungen subjektiv verstandene „Botschaften“ kindlicher Anteile sind, die in Interaktionen mit ihrem oft ungeduldigen Vater, ihrer erschöpften Mutter, letztlich und vor allem mit ihrem sexuell übergriffigen Cousin entstanden sind. Aufgrund ihrer naturegegebenen Abhängigkeit von den Eltern und einer Verbundenheit mit dem Cousin hatte sie diese ins eigene Selbstbild übernommen. Als Reaktion auf diese Botschaften folgten Anpassung, Selbstaufgabe, Unterdrückung eigener Gefühle und Verbergen eigener Bedürfnisse, um die Zuneigung der wichtigen Anderen dennoch zu erhalten. In der sexuellen Traumatisierung ist dies ja sogar ein überlebenswichtiger Mechanismus. Eine gewisse Zeit halfen diese fixierten

Haltungen (also sich zurückzunehmen, brav zu sein, sich nicht zu rühren – weil ja zu laut, zu aufreizend, Abschaum seiend), schwierige Lebenssituationen zu bewältigen und neuen Schmerz durch mögliche weitere Ablehnung oder Abwertung zu vermeiden. Im Erwachsenenalter werden diese Strategien jedoch dysfunktional und führen in der Kombination mit den zu bewältigenden Lebensaufgaben der Erwachsenen, weil sie ja sehr anstrengend und Kräfte raubend sind, zur Erschöpfung und zum Zusammenbruch. Die selbstdestruktiven Überlebensmechanismen gilt es nun in der Therapie anzuerkennen und zu würdigen – früher einmal waren sie hilfreich und wichtig für ihr Überleben. Im Weiteren gelingt es, sie in einen Gegenwartsbezug zu bringen, um eine Veränderung zu ermöglichen. Die vorerst destruktiven Haltungen lassen sich so mit Hilfe der Methodik der „Wandlung verletzender Anteile“ aus dem Manual der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie nach Luise Reddemann in, dem jetzigen Leben dienliche, Haltungen verwandeln. Manchmal können solche Repräsentanzen auch gänzlich verabschiedet werden.

c. Zur Frage der Traumakonfrontation

Traumakonfrontation wird in der psychotherapeutischen Szene äußerst kontroversiell diskutiert. Es gibt Kollegen, die meinen, dass man all die Stabilisierungsarbeit überspringen könnte und gleich konfrontieren sollte (Neuner 2008). Dieser Meinung können sich die Autorinnen nicht anschließen. Nur ein (einigermaßen) stabiles Ich kann verarbeiten, daher sehen die Autorinnen den Schwerpunkt der Therapie in der Stärkung und Stützung des Ichs um einen Dialog mit sich führen zu können – ein Vorgang, der ja bereits zumindest eine Teil-Integration bedeutet. Gemeint ist jener therapeutische Prozess, der viele Auswirkungen der Traumatisierungen dadurch bereits verändert und verarbeitet, Verletzungen integriert und die Lebensqualität sowie das Gefühl für das Eigene, also dafür, wer man ist und was einen ausmacht, hochgradig verändern kann. Für viele früh, komplex und schwer traumatisierten Patienten ist nach der Erfahrung vieler TraumatherapeutInnen (Reddemann 2011, Huber 2003) wie auch der Autorinnen Traumakonfrontation eine Überforderung, für andere relativ stabile Menschen teilweise überflüssig, weil sie auch ohne ihr verarbeiten und somit unerschrockener auf das Geschehene schauen können. Dennoch, wenn möglich ist die Konfrontation ein guter und auch wichtiger Abschluss einer Traumatherapie.

Erich Friedrückt den Verarbeitungsprozess in knappen, treffenden Worten wie folgt aus:

Aufhebung

Sein Unglück
ausatmen können

tief ausatmen
so daß man wieder
einatmen kann

Und vielleicht auch sein Unglück
sagen können
in Worten
in wirklichen Worten
die zusammenhängen
und Sinn haben
und die man selbst noch
verstehen kann
und die vielleicht sogar
irgendwer sonst versteht
oder verstehen könnte

Und weinen können

Das wäre schon
fast wieder
Glück

Erich Fried

Literatur

- Frankl V E (1986) Die Psychotherapie in der Praxis.. München: Piper
 Frankl V E (1982/1947) Die Psychotherapie in der Praxis. Wien: Franz Deuticke
 Fried E (1997) Aufhebung: In Beunruhigungen. Berlin: Wagenbach
 Huber M (2003) Trauma und die Folgen. Paderborn: Junfermann
 Huber M (2006) Der innere Garten. Paderborn: Junfermann
 Längle A (2002) Das Selbst als Prädilektionsstelle von Dissoziation und Spaltung. In: Längle A (Hg) Hysterie. Wien: Facultas
 Längle A (2005) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. In Existenzanalyse 22,2, 10
 Längle A (2011) Person. Unveröffentlichte Unterlagen für Ausbilder, 11. Überarbeitung.
 Längle A (2016) Existenzanalyse. Existenzielle Zugänge in der Psychotherapie, Facultas: Wien
 Neuner F (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie 18, 109–118
 Nijenhuis E R S (2004) In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U. Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart, New York: Thieme Verlag
 Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta
 Reddemann L (2006) Achtsamkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Traumatherapie. In: Thieme Themenheft 3, 297–301
 Reddemann L (2008) Psychodynamisch imaginative Traumatherapie PITT Das Manual. Stuttgart: Klett Cotta, 5°
 Reddemann L (2011) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta, 6°
 Reemtsma J P (2008) Im Keller. Hamburg: Rororo, 5°
 Tutsch L, Luss K (2000) Anleitung für die biographische Arbeit in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 17,1, 31–35
 Tutsch L (2002) „Wotan trifft Parsifal“ Zur Phänomenologie und Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Existenzanalyse 19,2+3, 25–33
 Tutsch L (2010) Emotionen im psychotherapeutischen Verarbeitungsprozess: aktivieren oder managen? Existenzanalyse 27,2, 4–11
 van der Hart O, Nijenhuis E R S, Steele K (2008) Das verfolgte Selbst. Paderborn: Junfermann
 van der Kolk B (2016) Verkörperter Schrecken. G.P.Probst Verlag: Lichtenau/Westfalen
 Watkins JG, Watkins H (2003) Ego states – Theorie und –Therapie. Heidelberg: Karl Auer Verlag
 Wetzel S (2014) Achtsamkeit und Mitgefühl. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift der Verfasserinnen:

DR. LISELOTTE TUTSCH
Klostergasse 19/12
A–1140 Wien

MAG. RENATE BUKOVSKI, MSc
Aubach 5
A–4873 Redleiten
renate.bukovski@existenzanalyse.at