

Vom Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen

LYDIA HANTKE

Intention des Aufsatzes

Wie gehe ich damit um, wenn meine Klientin nicht mehr ansprechbar ist, sobald sie auf das Problem fokussiert? Was mache ich, wenn der Patient auf einmal zu würgen anfängt, plötzlich starke Schmerzen bekommt? Dissoziationen, Körpererinnerungen, immer wiederkehrende Flashbacks und spontan einsetzende körperliche Beschwerden oder Schmerzunempfindlichkeiten sind Alltag im Kontakt mit Menschen nach unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen, die den Ablauf im therapeutischen Alltag sehr belasten können – unterbrechen sie doch auch den Kontakt zur Behandlerin. In diesem Artikel soll es darum gehen: um die Herstellung der therapeutischen Arbeitsfähigkeit, das Funktionieren im Klinikalltag, die Möglichkeit der gemeinsamen Erarbeitung einer Behandlungsperspektive.

Vieles ist zum Phänomen Dissoziation in den letzten Jahren geschrieben worden, nicht alles macht die Arbeit für die Klinikerin, die sich rasch orientieren muss, einfacher. Das Spektrum der neueren Psychotraumatologie reicht von jenen Schulen, die einen analytischen oder tiefenpsychologischen Hintergrund haben, über körperorientierte Verfahren und verhaltenstherapeutische Ansätze bis zu Anwendungen aus NLP, Hypnotherapie und systemischen Ansätzen. In der Verwendung des Begriffs der Dissoziation spiegeln sich die unterschiedlichen Vorverständnisse. In den letzten Jahren ist durch vermehrte Veröffentlichungen im deutschsprachigen Raum der Grad der Differenziertheit, aber auch der Komplexität der Diskussion stark erhöht worden. Eine Bezugnahme unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen wie der Neuropsychologie, der Endokrinologie, der Psychiatrie und der Kognitionswissenschaften aufeinander überschreitet zunehmend auch hierzulande die Grenzen der ideologisch-therapeutischen Auseinandersetzung, kaum ein Gebiet der Therapie psychischer Störungen dürfte derzeit derart schnelllebig sein wie das der Theorie und Behandlung der Dissoziation.

Unter der Rubrik der neurotischen Störungen sind im Internationalen Diagnosehandbuch ICD-10 (DILLING u. a. 1993, S. 173–182) als dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) aufgenommen: dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, dissoziativer Stupor, Trance- und Besessenheitszustände, dissoziative Störungen der Bewe-

gung und der Sinnesempfindung, dissoziative Bewegungsstörungen, dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, gemischte dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), Ganser Syndrom, multiple Persönlichkeitsstörung (im DSM-IV und inzwischen gebräuchlicher: dissoziative Identitätsstörung, DIS), vorübergehende dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend sowie sonstige näher bezeichnete und nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (DDNOS) (zum differenzierten Weiterlesen s. ECKHARDT-HENN/HOFFMANN 2004).

Aber auch manches, was noch vor fünfzehn Jahren als Symptom einer schizoaffektiven Störung diagnostiziert worden wäre, ist heute mittels psychodiagnostischer Verfahren klar als Traumafolge einzuordnen, und selbst bei uns so geläufigen Diagnosen wie Angst, Depressionen oder Zwangsgedanken wird mittlerweile empfohlen, sie auch unter dem Aspekt der dissoziativen Störung als Folge von Traumatisierung zu betrachten (vgl. FIEDLER 2002; NIJENHUIS 2004). Zeit, sich mit den ganz alltäglichen kleinen und größeren dissoziativen Symptomen in Therapie und Stationsalltag systematischer zu beschäftigen.

Eine kurze Zusammenfassung der aus meiner Sicht wesentlichen und für das Verständnis notwendigen Thesen und Modelle soll in das Fachgebiet einführen. Die Darstellung unterschiedlicher Umgangsweisen mit Dissoziationen und deren Auswirkungen im therapeutischen/stationären Setting bildet den zweiten Teil des Artikels. Er soll anschaulich unterschiedliche Zugänge und Grundlagen vermitteln und eine Orientierung im Dickicht der Therapie- und Handlungsansätze bieten. Als Arbeitsgrundlage hierfür stelle ich Techniken aus der hypnosystemischen Arbeit vor, die einen ressourcenorientierten Kontakt mit dissoziierenden Klienten herstellen und eine verlässliche Handlungs- und Sicherheitsbasis für Kliniker und Klient bieten.

Eingrenzung des Begriffs

Kontext der Begriffsbestimmung

Der Begriff der Dissoziation geht auf den französischen Philosophen und Psychiater P. Janet zurück und reaktiviert ein im 19. Jahrhundert entstandenes Denkmodell, das mit der Vorherrschaft der freudschen Psychoanalyse bis in die 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts in Vergessenheit geraten war (vgl. HANTKE 1999). Im Gegensatz zu anderen Abwehrmodellen wie etwa der Verdrängung aus psychoanalytischer Sicht beschreibt der Begriff der Dissoziation die nicht erfolgte Integration von Erfahrung im Moment und als Folge traumatischer Erfahrung.

»Wenn der Aufmerksamkeitsfokus (im Zustand der Todesangst; L.H.) extrem verengt ist, können Menschen tiefgreifende Wahrnehmungsstörungen erfahren, einschließlich Schmerzunempfindlichkeit, Depersonalisation, Derealisation, Verlangsamung der Zeit und Gedächtnisverlust. Diesen Zustand nennen wir Dissoziation«, fasst HERMAN (1995, S. 8) unser Thema zusammen.

Gelingende Integration

Wie kann man sich das Misslingen der Integration und seine Auswirkungen nach der Traumatisierung vorstellen? Wenn Dissoziation auf einfachster Beschreibungsebene die nicht vollzogene Integration im Trauma ist, dann erhalten wir ein Schema für ihre Analyse aus der Betrachtung dessen, was wir die normale Verarbeitung nennen wollen. Dabei ist eine grundsätzliche Unterscheidung zu treffen: Trifft die Traumatisierung einen Erwachsenen, dessen psychische Strukturen bereits ausgeprägt und gefestigt sind, oder ein Kind, das in unterschiedlichen Entwicklungsstadien grundlegendere hirnpfysiologische und kognitiv-emotionale Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat? (Vgl. zur Entwicklungstraumatologie, die sich mit den Auswirkungen von Traumatisierungen auf sich entwickelnde Hirnstrukturen beschäftigt, RESCH/BRUNNER 2004; PERRY 2001; SCHORE 2001; HÜTHER 2002.)

Lassen Sie uns für ein besseres Verständnis dieses komplexen hirnpfysiologischen Vorgangs ein sehr vereinfachtes Schema der Verarbeitung erstellen. Wichtig sind in unserem Zusammenhang drei Hirnstrukturen (s. auch das Kapitel »Neurologische Hintergründe und ›neuropsychotherapeutische‹ Implikationen bei PTBS« in diesem Band):

- Die *Amygdala(e)* (die Mandelkerne, einer auf jeder Seite): Sie können als Eingangstor für alle wahrgenommenen Reize betrachtet werden und bewerten diese als willkommen, neutral oder lebensbedrohlich.
- Die *Hippocampusregion*, sie ist wie die Amygdalae Teil eines stammesgeschichtlich sehr alten Hirnteils, des limbischen Systems. Um den Mechanismus der Dissoziation zu verstehen, merken wir uns für diesen Teil des Gehirns die Funktion als Ordnungssystem, und zwar wesentlich der Einordnung wahrgenommener Reize in raumzeitliche Zusammenhänge.
- Der *Neocortex*, das entwicklungsgeschichtlich jüngste Gehirnteil, unsere »grauen Zellen« – von allen Funktionen, die diese Substanz für uns als denkende Wesen hat, seien hier die der sprachlichen Verarbeitung und der Selbstreflexion festgehalten.

Wird nun ein eintreffender Reiz als emotional ungefährlich oder sogar erwünscht bewertet, passiert er die Amygdala und wird in die Hippocampusregion und von dort zum Neocortex geleitet: Das Geschehen wird raumzeitlich ausgewertet und ein-

geteilt, erfährt eine kognitive Wertung, wird ins eigene Selbstbild integriert und versprachlicht: »Aha, der Chef hat heute mal wieder den Anzug an; wo er doch gestern noch so leger getan hat in der Cafeteria – mal sehen, was er heute wieder vorhat. Aber mir kann es ja eigentlich egal sein.«

Der Hippocampus wird in den ersten Lebensjahren ausgeprägt, erst mit drei Jahren ist er voll funktionsfähig – ein Säugling hat noch keine Möglichkeit der Einordnung von Ereignissen in Zeit und Raum: Wenn er Hunger hat, so ist das absolut und unaufschiebbar, wird er allein gelassen, so ist die Einsamkeit endlos. Erst mit viel Übung, Hilfe und Zeit lernt er, dass der Papa wiederkommt und man sich auf die Suche nach dem Feuerwehrauto machen könnte – weil es auch dann noch existiert, wenn man es nicht sehen kann.

1. Ebene der Integration:

Wir integrieren grundlegend (und entwicklungsgeschichtlich zuerst) die Informationen aus den unterschiedlichen Sinneskanälen:

- Hören,
- Schmecken,
- Riechen,
- Sehen,
- Fühlen.

2. Ebene der Integration:

Im Laufe der Zeit setzen wir uns zunehmend in Bezug zu:

- Raum,
- Zeit,
- dem Anderen,
- den Dingen,
- dem eigenen Körper,
- dem Sein (der ontologische Sinn-Bezug).

3. Ebene der Integration:

Wir weisen den einfließenden Informationen in unserem jeweiligen kulturellen Zusammenhang Bedeutungen zu:

- Sinn,
- Identität,
- Überzeugungen/Werte,
- Fähigkeiten,
- Selbstbild/Selbstbeschreibung (vgl. hierzu DILTS 1993).

Vielerlei brauchen wir, um diese Lernerfahrungen machen zu können: Die erlebten Situationen müssen durch *Ähnlichkeit* miteinander verbunden sein oder ein vertrauter Mensch muss diese *Übergänge* herstellen (vgl. KELLY 1955). Sind die Umstände zu

verschieden und leistet niemand Beziehungshilfe, dann bleiben die Erfahrungen getrennt. Das ist eine der Funktionen von Kinderspielen oder immer neu wiederholten Abläufen: Sicherheit zu gewinnen, Ähnlichkeiten herzustellen, *Erwartbarkeiten* zu konstruieren (vgl. z. B. DORNES 1993). Entwicklungspsychologen wie Psychotraumatologen beschreiben die zentrale Rolle der *Affektmodulation* für die Integration von Erfahrungen, und auch neuere endokrinologische Untersuchungen belegen, dass nur ein *mittleres Erregungsniveau* die Integration von Erfahrungen ermöglicht (vgl. STERN 1992; Putnam 1997 nach NIJENHUIS u. a. 2004). Die entscheidende Verbindung zwischen verschiedenen Situationen ist das (Körper-) *Gefühl* im Erleben. Zuletzt wird aus der Erfahrung ein Bestandteil der eigenen Persönlichkeit, wenn wir sie in eine Geschichte fassen können, eine implizite oder explizite Versprachlichung in der Ich-Erzählung leisten. Durch sie leisten wir die – kulturell sehr unterschiedlich ausgeprägte – Anforderung der Ausbildung einer Identität über Raum und Zeit.

Integrationsbedingungen:

- Vermittlung durch andere Menschen,
- Einordnung im eigenen Zeiterleben,
- Einordnung im Raumerleben,
- mittleres Erregungsniveau,
- Balance zwischen Unterschieden und Ähnlichkeiten in der neuen Erfahrung,
- Möglichkeit der Ausbildung und Erfüllung von Erwartungen (Kontingenzerfahrung/Kontrollierbarkeit),
- die Bezugsetzung der Erfahrung zur eigenen Person/Geschichte, zum eigenen »Ich«.

Dissoziation – ein Begriffsspektrum

In der frühen Kindheit ist Dissoziation folglich ein normaler Mechanismus der Reaktion auf Stress, da die kognitiven Muster und die dazugehörigen Hirnstrukturen der Hippocampusregion und des Neocortex noch nicht hinreichend ausgeprägt sind und die Ausbildung von Raum- und Objektkonstanz noch ebenso unfertig ist wie die Erfahrung zeitlicher Kontinuität.

Für das erwachsene Gehirn (und in der pathologischen Entwicklung des Kindes) kann derselbe Mechanismus als Schutz vor einer Überflutung von (noch) nicht zu verarbeitenden Informationen beschrieben werden. Ein Mensch, der extremen Stress erlebt, befindet sich in einem Zustand, in dem er das momentane Erleben nicht mit seiner sonstigen Erfahrung und seinem Selbstempfinden verknüpfen kann. Die folgenden Beispiele mögen die theoretische Ausführung jeweils verdeutlichen.

Der Wasserkocher voll mit heißem Wasser rutscht Ihnen aus der Hand und verfehlt knapp Ihr Kind, das auf dem Küchenboden sitzt.

Hirnphysiologisch sieht das (wieder extrem vereinfacht) so aus: Sobald die Amygdala einen Reiz als potenziell lebensbedrohlich bewertet, wird die Weiterleitung an die Hippocampusregion unterbrochen, die Noradrenalinproduktion hemmt den Hirnstoffwechsel in der Großhirnrinde. Die bewusste Überlegung wird – weil sie zu langsam und umständlich wäre – ausgesetzt und die jahrtausendlang erprobten Mechanismen der Tierwelt treten in Kraft: Alle Energie wird zum Zwecke der Flucht oder Verteidigung in Herz, Muskeln und Extremitäten geleitet, das mittlere Erregungsniveau ist weit überschritten.

Sie wissen nicht wie, aber irgendwie haben Sie gleichzeitig den Kocher zur Seite geschmissen, das Kind hochgerissen und sich abgewendet.

Die eintreffenden Informationen werden zwar wahrgenommen und zusammenhangslos gespeichert, aber nicht mehr raumzeitlich eingeordnet, nicht mehr zusammengesetzt, nicht mehr in das bewusste Ich integriert. Dies ist die Ebene der *primären Dissoziation*, wie van der Kolk sie nennt (VAN DER KOLK u. a. 2000). Sie betrifft die erste Ebene der Integration. Charakteristische Folgeerscheinungen sind die Symptome der PTBS, z. B. intrusive Erinnerungen, Alpträume und Flashbacks. Sie können als nachträglicher Versuch des Körpers verstanden werden, die Erfahrung doch noch zu integrieren, dem Hippocampus und Neocortex zur Verarbeitung zuzuführen, und klingen oft während der ersten Tage oder Wochen ab – vor allem, wenn eine integrierende Handlung vollzogen werden konnte. Es muss zu keiner Chronifizierung kommen:

Im Laufe des Tages, längst nachdem Sie Ihr Kind im Kinderladen abgeliefert haben und an Ihren Arbeitsplatz gefahren sind, fallen Ihnen immer wieder Versatzstücke des Erlebens ein: Sie sehen plötzlich wieder den Topf fallen, Ihr Herz fängt noch am Nachmittag plötzlich an zu rasen, Sie lassen das Geschehen immer wieder ablaufen, einmal träumen Sie sogar davon. Aber Sie reden viel darüber und nach ein paar Tagen ist das Geschehene integriert, die unangenehmen Begleiterscheinungen hören auf.

Traumatisches Erleben ist zusätzlich dadurch gekennzeichnet, dass Flucht oder Kampf verunmöglicht werden. Physiologisch passiert Folgendes: Die nach außen geleitete Energie und Erregung staut sich im Körper und erlebt keine Abfuhr. Überschreitet die Erregungskurve ohne Entladungsmöglichkeit einen bestimmten Punkt (vgl. PERRY 2001), fällt die Kurve der Erregung plötzlich steil ab: Der Organismus reagiert mit Dissoziation des Erlebens, kappt alle Verbindungen zur Körperempfindung, stellt sich tot. Im Tierreich ist dies die letzte Chance zu überleben, vielleicht ist es zusätzlich ein Schutzmechanismus vor den Schmerzen des Todes. Das Bewusstsein hat sich abgekoppelt, schaut aus anderer Warte zu.

Das Gefühl absoluter, nicht überwindbarer Hilflosigkeit ist der Kern traumatischen

Erlebens. Es geht einher mit der Unterbrechung der Beziehungen, in der Verarbeitung innerhalb des Körpers ebenso sehr wie in den Auswirkungen auf Selbstbezug und Außenkontakte. Zusammen mit der primären Dissoziation wird das Erleben zu einer Erfahrung, die sich außerhalb von Zeit und Raum bewegt, nicht einzuordnen ist, endlos oder nie passiert. Van der Kolk nennt diese »Spaltung« zwischen beobachtendem und erlebendem Ich während der primären Dissoziation im traumatischen Geschehen *sekundäre Dissoziation*.

Jemand erlebt einen Autounfall, speichert (unbewusst) in Todesangst nur noch Versatzstücke ab (primäre Dissoziation) und sieht sich plötzlich ganz ruhig wie von oben zu (sekundäre Dissoziation).

Marmar hat für diese »während der Traumatisierung auftretende« Dissoziation den Begriff der *peritraumatischen Dissoziation* geprägt.

Peritraumatische Dissoziation (nach Bremner u. MARMAR 1998):

- Gefühle von Unwirklichkeit,
- Out-of-body-Erfahrungen,
- Losgelöstsein vom eigenen Körper,
- Tunnelblick,
- Unempfindlichkeit gegenüber Schmerzen usw.
- Bewegungsstörungen (nach NIJENHUIS u. a. 2004).

Wenn die oben beschriebene traumatische Erfahrung auf ein noch nicht ausgeprägtes Gehirn trifft und die Traumatisierung systematisch immer wieder denselben Bruch vollzieht, dieselben Verbindungen unterbricht, können sich daraus voneinander deutlich unterschiedene Ich-Zustände mit separaten kognitiven, affektiven und Verhaltensmustern ausprägen. Der Terminus *tertiäre Dissoziation* bezeichnet diese Strukturbildung. Die Erscheinungsformen der gravierenderen, auf frühe und anhaltende Traumatisierungen zurückzuführende Symptombilder wie die DDNOS oder die DIS sollen damit beschreibbar werden. Die dritte Ebene der Integration (s.o.) wird hier anders besetzt, Selbstbild und Sinnzusammenhänge teilen sich in unterschiedliche Wahrnehmungszentren auf.

Es wurde zunächst angenommen, das Vorliegen von Dissoziationen während der traumatischen Erfahrung sei ein Indikator für nachfolgende dissoziative Störungen. Diese These ist durch nachfolgende Studien ins Wanken geraten und umstritten.

Da die traumatische Erfahrung nur sehr subjektiv – durch die je individuelle Wertung der Amygdala und die Hilflosigkeitserfahrung – definiert ist, kann die Wahrscheinlichkeit von Dissoziationen nur über lebensgeschichtlich beeinflussende Faktoren gefasst werden. Die meisten Dissoziationen werden im Jugendalter beschrieben, was auf die noch unvollständige Ausbildung des Neocortex (er ist erst mit zwanzig Jahren ausgebildet) bei gleichzeitig voller Ausbildung des Hippocampus zurück-

zuführen sein könnte: »Ich habe es erlebt, aber ich kann es noch nicht in mein Ich einordnen.«

Darüber hinaus gilt auch hier ein multifaktorielles *biopsychosoziales Modell*, wie es auch in der Schizophrenietherapie Grundlage der Diskussion geworden ist. Das Auftreten der dissoziativen Verarbeitungsform (als Ausdruck der je individuellen Verarbeitungsmöglichkeit) hängt demnach von folgenden Kriterien ab:

- biologisch-genetischen Faktoren,
- biografischen, entwicklungspsychologischen Faktoren,
- der Dauer, Häufigkeit und Schwere der traumatischen Erlebnisse,
- dem Vorhandensein protektiver Faktoren,
- soziokulturellen Faktoren (ECKHARDT-HENN/HOFFMANN 2004 nach LUKAS 2003, S. 208 f.).

Körpererinnerungen: von der Konversion zur somatoformen Dissoziation

In der ICD-10 wird bei den dissoziativen Störungen zwar von Störungen des Bewusstseins gesprochen, die Konversionsstörungen als körperbetonte Symptomatiken werden aber hier mit aufgenommen, mit dem Verweis, der »unangenehme Affekt (werde; L.H.) in irgendeiner Weise in Symptome umgesetzt« (DILLING u. a. 1993, S. 174). Die Diskussion um die Unterscheidung der Bewusstseins- und körperlichen Symptome ist so alt wie die Auseinandersetzung zwischen Janet und Freud; möglicherweise begegnen sich hier nicht miteinander vereinbare Bewusstseinskonzepte (vgl. HANTKE 1999).

In einer neueren Interpretation der Ergebnisse aus hirnhypophysologischen und klinischen Untersuchungen stellen E. NIJENHUIS u. a. (2004) in der Tradition Janets die *psychoformen* neben die *somatoformen* Dissoziationen, wobei beide als Manifestationen desselben zugrunde liegenden Phänomens beschrieben werden, die sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigen. Die somatoformen Symptome teilt Nijenhuis ein in *negative*, in denen ein Erleben fehlt (wie in der Anästhesie: »Ich spüre mein Bein nicht!«), und *positive*, in denen ein zusätzliches, nicht anders einzuordnendes Erleben gegenwärtig ist (wie bei psychogenen Schmerzen). (Für einen primär körperlichen Zugang zu Symptomatik und Behandlung posttraumatischer Störungen s. LEVINE 1998, GALLO 2002.) Die somatoformen Dissoziationen können alle Formen psychosomatischer Symptomatik annehmen, d. h., viele Ausbildungen von Krankheitsbildern müssen als nicht in die Zeitlinie (s. u.) eingeordnete, chronifizierte Erinnerungen angesehen werden.

Eine ca. 30-jährige Klientin kommt mit chronischen, fast permanenten, den ganzen Körper betreffenden Schmerzen in hypnotherapeutische Behandlung:

Sie hat alle mir bekannten Behandlungsformen versucht; die Schmerzen sind oft kaum auszuhalten, allein ihr Sohn stellt einen Halt und Schutz gegen Suizid dar. Die Klientin ist zunächst für weite Strecken ihrer Kindheit und Jugend amnestisch, nach vorsichtigen Sondierungen über Sinn und Zweck des Schmerzes und ebenso vorsichtiger Ressourcensammlung treten bei leichter bilateraler Stimulierung starke Körpererinnerungen auf, die durch Nachfrage in der Familie auf ein Erlebnis im Alter von ca. zwei Monaten zurückgeführt werden können, als das Kind fast verbrannt wäre. Die Fragerichtung entstand aus dem Hinweis, dass Schmerzen für die Frau durchweg mit Hitzeempfinden verbunden waren, was sie nie hinterfragt hatte. Zusätzliche Traumatisierungen ähnlicher Natur habituierten die Schmerzreaktion.

Dissoziation und Erinnerung

Wenn wir im Alltag oder im Klientenkontakt mit Erinnerungen und lebensgeschichtlichen Erzählungen zu tun haben, so haben diese meist den Charakter von sich stetig verändernden Geschichten, die zusammenfassend ein Geschehen rekonstruieren, das im aktuellen Kontakt einen jeweils neuen Sinn erfährt. Sie sind Teil einer Lebensgeschichte, oder die Erzählung dient eben gerade dazu, die Erfahrung in die Narration des eigenen Ichs zu integrieren.

Was uns im klinischen Alltag verwirrt und den Kontakt zu manchen traumatisierten Klientinnen und Klienten erschwert oder gar verstellt, sind die einbrechenden Erinnerungen aus dissoziiertem Erleben. Die Intrusionen in Flashbacks, Körpersensationen, Alpträumen oder in reaktivem Beziehungsverhalten sind zusammenhanglos und ungewollt, überfallartig, durch das subjektive Empfinden von Unendlichkeit und Unveränderbarkeit geprägt. Sie erfüllen keine aktuelle soziale Funktion; der Kontakt zum Hier und Jetzt ist verloren gegangen. Eine Neuordnung des Geschehenen ist bisher nicht vollzogen, die Inhalte werden immer wieder neu als Gegenwart erlebt. Und auch für uns als Gegenüber bleiben sie bezugslos oder machen uns in ihrer Beziehungsdynamik zu Teilen einer Geschichte, die mit der therapeutischen Konsensrealität keinen Zusammenhang hat. Wir werden Teil einer Vergangenheit, die die Klientin vor unseren Augen erlebt, ohne sie uns verbal zugänglich machen zu können. Gleichzeitig ist der Klientin der Zugriff auf Wissen aus anderen Erfahrungsbereichen nicht mehr möglich, die Fähigkeiten und Handlungssicherheiten, die sie eben vorher noch hatte, sind nicht mehr verfügbar, weil in einem vollkommen anderen Teilbereich des Erlebens gespeichert. Das traumatische Erleben, das in der Verarbeitung der Klientin noch keine raumzeitliche und sprachliche Verarbeitung erfahren hat, bemächtigt sich unserer gemeinsamen Gegenwart.

Diese Überfälle durch Erlebensfetzen und Alpträume, ebenso wie Depersonalisie-

rungen und Lähmungserscheinungen oder psychogene Schmerzanfälle, aber auch die intrusiven Beziehungsdynamiken sind Versatzstücke des traumatischen Erlebens, die sich auf den unterschiedlichen Ebenen von Erleben und Wahrnehmung ins Bewusstsein schieben – und mitunter mit Fehlwahrnehmungen vermengen: Dabei geht es nicht um die Anzweiflung der Richtigkeit traumatischer Erinnerung, sondern um eine nachträgliche Bearbeitung, die das Erleben erklärbar machen und so in die eigene Erfahrung einordnen will.

Zusammenfassung der Theorie

Die Integration von Erfahrung erfordert ein mittleres Erregungsniveau, auf dem die Interaktion zwischen den verschiedenen Hirnregionen gewährleistet ist. Erfahrungen werden mittels Vergleich von Ähnlichkeiten und Unterschieden assimiliert, wenn sie sich nicht zu extrem voneinander unterscheiden. Für die Integration in ein Ich-Bewusstsein bedarf es der Aufmerksamkeit, die im Hier und Jetzt verankert ist. Wesentlich ist dabei die Qualität des Gefühls.

Die wichtigste Erfahrung im traumatischen Erleben ist die Hilflosigkeit, verbunden mit der subjektiv erlebten Bedrohung der körperlichen und/oder psychischen Integrität. Sie bedeutet Kontrollverlust, Verlust der Beziehung zu sich selbst, aber auch zu Raum und Zeit.

Dissoziation ist nicht Verdrängung des Erlebten, sondern nicht erfolgte Integration (Janet), es ist die nicht vollzogene Verknüpfung unterschiedlicher Informationen durch Aufmerksamkeitslenkung. Die Verarbeitung, so sagt JANET (und viele Traumatisierte würden ihm nur allzu Recht geben), findet außerhalb des »Bewusstseinsfeldes« statt (1889/1919). Speicherung erfolgt, aber eben nicht im »episodischen« Gedächtnis, nicht als Narration, sondern »ikonisch« oder in irgendeinem anderen isolierten, unverbundenen Speicher. Die Distanzierung des wahrnehmenden Bewusstseins aus dem eigenen Körper ist die Folge sekundärer Dissoziation dort, wo Flucht oder Kampf nicht gelingen, wo keine sinnvolle Handlung einsetzen kann.

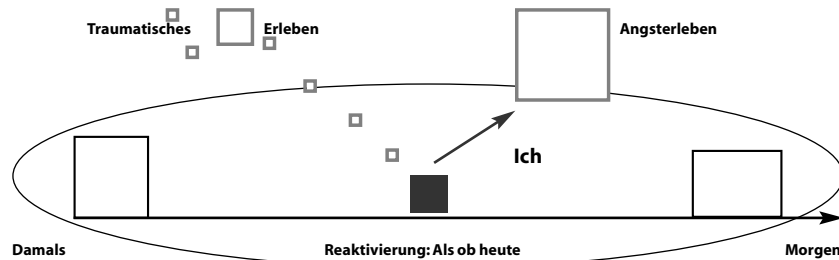
Umgang mit Dissoziationen, Intrusionen und Körpererinnerungen

Arbeitsgrundlage: die Zeitlinie

Zentrales Kriterium von dissoziierten Erfahrungen ist deren nicht erfolgte Einordnung in Raum und Zeit: Fehlt der reflektierte Bezug zum therapeutischen Hier und Jetzt, ist jedes Erleben von Intrusionen und Körpererinnerungen eine neue Erfahrung der Hilflosigkeit und eine potenzielle Retraumatisierung. Wir erinnern uns: Durch die Abkoppelung vom hippocampalen System wurde die raumzeitliche Ein-

ordnung nicht ausreichend vorgenommen, und auch die kognitive Bewertung des Erlebens als eigenes aus der Betrachterperspektive eines reflektierenden Individuums steht noch aus. Lassen Sie uns das an einer Zeitlinie veranschaulichen (Abb. 3):

ABBILDUNG 3 Reaktivierung des Traumas



Hier hat eine erwachsene Person eine Ich-Identität über Raum und Zeit ausgeprägt und erfährt nun ein Ereignis, das sie nicht spontan verarbeiten kann, weil es ihr Integrationssystem überfordert. Das Ereignis wird in unterschiedlichen sensomotorischen Qualitäten gespeichert, diese sind weder untereinander verbunden noch der erlebenden Person im Alltagserleben zugänglich. Beim Auftreten von (oft unterschwelligen) Reizen dissoziiert die Person in das nicht verarbeitete Erleben. Die traumatische Erfahrung wird bei einer Reaktivierung als Hier-und-jetzt-Erleben empfunden, weil die ursprüngliche Erfahrung nicht oder ungenügend raumzeitlich eingeordnet wurde. Das Trauma-Erleben bildet so den Inhalt der Gegenwartserfahrung und generiert Ängste vor der Zukunftsgestaltung.

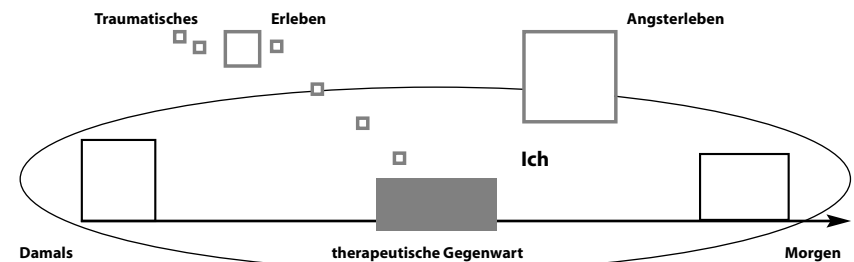
Die 43-jährige Frau S. hat vor zwei Jahren einen Autounfall überlebt, bei dem ihr Mann zu Tode kam. Sie selbst saß am Steuer, als ihr ein anderes Auto frontal entgegenkam, sie auszuweichen versuchte und der Wagen an einem Baum zerschellte. Der Mann war sofort tot, die Klientin überlebte mit schweren Verletzungen im Brustraum. Der Unfallhergang ist aus den Akten bekannt; die Klientin ist dazu nicht zu befragen. Sie reagiert sofort mit heftigem Zittern und Atembeklemmungen, die sich zur Hyperventilation steigern, sobald das Thema angeschnitten wird. Einige Notarzteinsätze waren schon erforderlich. Infolge des Unfalls hat sie eine generalisierte Angststörung entwickelt und verlässt das Haus nur selten.

Was ist passiert? Das traumatische Erleben ist in unterschiedlichen Subsystemen gespeichert, die keinen integrierten Bezug zur alltagstauglichen Hausfrau haben. Sobald bestimmte Auslösereize in die Wahrnehmung rücken, werden Versatzstücke aus

dem traumatischen Erleben aufgerufen, die sich bei Frau S. hauptsächlich in körperlicher Symptomatik äußern. Den stärksten Bezug zum Hier und Jetzt stellt die generalisierte Angst dar, auf die alle Konzentration verwandt wird. Das Trauma hat keinen Platz in der Zeitlinie gefunden, es ist noch nicht »vorbei«, sondern wird immer wieder neu erlebt.

Was tun? Das vorrangige Ziel jeder Stabilisierung muss sein, die *Orientierung in Zeit und Raum* wieder oder zum ersten Mal überhaupt zu ermöglichen. Es geht in jedem Moment des therapeutischen Kontaktes um eine gemeinsame Kontrolle des Gegenwartsbezugs und die Ermöglichung seiner Wiederherstellung, wenn neue Erinnerungen anstehen (Abb. 4).

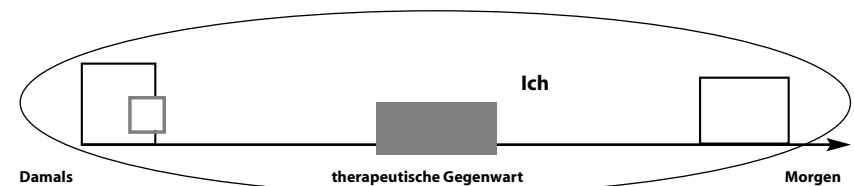
ABBILDUNG 4 Grundlage: Ressourcenorientierung im Hier und Jetzt



Um einen Umgang mit dem traumatischen Erleben zu ermöglichen, bedarf es der Etablierung eines positiv erlebten gemeinsamen Gegenwartsbezugs (grün). Dieser Konsens ermöglicht die Aktivierung der distanzierenden und reflektierenden Betrachtung des vergangenen Erlebens (und der dadurch ausgelösten Ängste).

Auf Dauer und erst als zweiter Schritt kann dann eine Einordnung des Geschehenen in die eigene Vergangenheit (z. B. durch Expositionstechniken) erfolgen und den Ängsten dadurch die Basis entzogen werden (Abb. 5).

ABBILDUNG 5 Raumzeitliche Einordnung der traumatischen Erfahrung



Durch einen sicheren Bezug zur Konsensrealität in der therapeutischen Gegenwart kann eine unterscheidende Einordnung des Traumas vorgenommen werden: Es wird Nicht-Jetzt und bekommt einen Platz in der Geschichte des Ich.

Grundsätze im Umgang mit dissoziierten Erinnerungen

Dissoziationen können entlang aller Integrationsebenen erfolgen, und genauso vielfältig sind die intrusiven Erinnerungen und Wiedererlebensfragmente. Alle Kanäle, alle Gewissheiten, alle Werte und alle Beziehungen können betroffen sein. Adäquater Umgang mit Dissoziation heißt, den Kanal zu finden, der am wenigsten betroffen ist, um einen Übergang herstellen zu können auf sicheres Terrain: Wo ist das Stück Boden im verminten Gelände, das sicher ist? Welche Elemente füge ich hinzu, um aufzubauen, statt erneut in den Sumpf zu stürzen? Wo genau lauern die Gefahren?

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

Ziele im Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen sind:

- Erhöhung der Kontrollerfahrung,
- Herstellung zusätzlicher (neuronaler und Sinn-)Verbindungen,
- Verringerung der Angst,
- Verringerung des Erlebens von »Verrücktheit« durch Information und Erlernen der Selbstwahrnehmung,
- Erweiterung der Beziehungsfähigkeit/-erfahrung,
- Vorbereitung der Bereitschaft zur Integration.

Dazu ist Folgendes zum Umgang zu beachten:

- Wiedererleben und -erinnern allein stellt keine Integration dar!
- Ein mittleres Erregungsniveau sichert die Integrationsmöglichkeit: Zu viel oder zu wenig ist potenziell retraumatisierend (dient als Trigger für Hyperarousal bzw. sekundäre Dissoziation) – Entspannungsverfahren sind oft kontraindiziert!
- (Körper-)Erinnerungen, die wirklich als Boten einer anderen Zeit betrachtet werden können, sind Teil der Integration.
- Den Körperbezug fördern, aber nicht forcieren: Weniger ist mehr.
- Die Bezugnahme zum Körper erfolgt von außen: Körperwahrnehmung mit Hilfe von Igelbällen, Abklopfen, Bodenkontakt.
- Auch Arousal, Schweißausbrüche, Zittern etc. sind Körpererinnerungen.

Sinnvolle Unterscheidungen und Interventionsformen

Als Grundlage unseres Handelns unterscheiden wir das dissoziative Erleben des Gegenübers nach:

1. *betroffenen psychischen und körperlichen Funktionen:* Wenn eine Patientin z. B. mit Hyperventilation reagiert, sind die Notfallhilfen angezeigt.
2. *Umfang/Grad der Dissoziation:* Ein Flashback unterscheidet sich von einem Persönlichkeitswechsel gewaltig und erfordert ein anderes Vorgehen.
3. *Unmittelbarkeit der Dissoziation:* Der Grad der subjektiv erlebten Kontrollmöglichkeit (durch die Klientin), des zeitlichen Ausmaßes und der subjektiv erlebten Erreichbarkeit (durch die Klinikerin) bestimmt, welche Ebene der Bearbeitung wir wählen werden.

Wenn die Dissoziationen schnell erfolgen, als wenig kontrollierbar erlebt werden und das Selbsterleben als sehr entfernt, dann sind zunächst wir Klinikerinnen und Kliniker gefragt: Durch die Art unserer Aufmerksamkeitslenkung verstärken oder vermindern wir das Risiko des Betretens »gefährlicher« Gründe wesentlich schon in der Gestaltung des Gesprächs, z. B. durch die Art der Annäherung an das Thema. In diesem Fall wenden wir Dissoziationsstopp, Reorientierungs- und Groundingtechniken an. Sie orientieren sich meist am Schema der Unterschiedsbildung, die Kontrollerfahrung liegt hier aber fast vollständig in der Hand der Therapeutin. Ziel sollte hierbei durchweg sein, der Klientin diese Techniken selbst an die Hand zu geben und sie ambulant einsetzbar zu machen.

Sind die Dissoziationen allmählicher und kündigen sich uns als Beobachterin an, so können wir sie nach einer einfachen Reorientierung dafür nutzen, die verschiedenen Parameter des Erlebens zu benennen und einen anderen Umgang damit zu erarbeiten. Diese Erfahrungen sind dann Ansatzpunkte, um die scheinbar unvermittelten Dissoziationen genauer unter die Lupe zu nehmen.

Die unterschiedlichen Interventionsformen bei dissoziativen Symptomatiken können also nach ihrer Funktion im Stabilisierungs- und Bearbeitungsprozess unterschieden werden. (Alle im Folgenden genannten und weitere Übungen finden Sie z. B. in LINEHAN 1996; HUBER 2004; FISCHER 2003; DOLAN 1998 und unter [www.institut-berlin.de] als Download. S. a. das Kapitel »Von der Anamnese zur Diagnose« in diesem Band.)

Zeit gewinnen: Notfallhilfen. Hierhin gehören alle Reorientierungstechniken wie Grounding und Dissoziationsstopp, aber auch die Containmenttechniken. Sie sind oft (vorübergehend) notwendig, um einen anderen Gegenwartsbezug überhaupt erst herzustellen und dem Menschen, mit dem wir arbeiten, mitzuteilen: Es ist vorbei, das Jetzt ist anders. Diese Techniken allein erhöhen aber die ohnehin vorhande-

ne Tendenz der Vermeidung und halten die Angst vor dem Erlebten aufrecht. Die Beziehung zum eigenen Erleben (in der Dissoziation) bleibt aversiv, »das Andere« wird weiterhin als fremd und übermächtig erfahren.

Trigger neu besetzen: also andere Verknüpfungen herstellen. Eine Möglichkeit ist die Erkundung der kognitiven Bewertungen, wie es die Verhaltenstherapie vorschlägt. Auch als fortgeschrittene NLP- oder Hypnotherapeutinnen und -therapeuten können Sie hier tätig werden: Voraussetzung ist aber, dass man den Trigger isolieren, also bestimmen kann. Das gelingt in den wenigsten Fällen, da viele Trigger unterhalb der Bewusstseinschwelle wahrgenommen werden – was im Sinne des Überlebens ja auch nur sinnvoll ist.

Unterschiede bilden: Ich nehme wahr. Hier finden Techniken zur Wahrnehmungsschulung ihren Platz. Voraussetzung des Betrachtens ist ein sicherer Platz in der Gegenwart, der durch diese Übungen hergestellt und aufrechterhalten werden kann. Dieses Vorgehen ist in vielen Fällen partieller (also nicht die gesamte Persönlichkeit betreffender) Dissoziation ein wesentlicher Schritt zur Integration: Dissoziative Symptome als Selbstheilungsversuch wahrzunehmen erhöht die Heilungschancen enorm. Beispiele für diese Kategorie sind Übungen wie 5-4-3-2-1 von Y. DOLAN (1998) oder die Flashback-Beobachtung von B. ROTHSCILD (2002).

Externalisieren der dissoziativen Symptome: Wenn die Betrachtung gelingt und damit sie gelingen kann, wird mit Hilfe der Distanzierungstechniken ein Abstand zur Betrachtlerin dadurch hergestellt, dass das Symptom nach außen »verlagert« wird. In der Arbeit mit dem Bildschirm kann der Affekt (und damit die Bedrohung) auf Distanz gebracht und der Film »weggepackt« werden. Die Teilarbeit, wie sie in unterschiedlichen Schulen und Formen angewandt wird, geht von dem Prinzip aus, innere Tendenzen, unterschiedliche Meinungen und Bestrebungen als »Teile« der Persönlichkeit zu externalisieren, um deren Beschaffenheit und Konflikte, die durch ihre Interaktion entstehen, genauer beleuchten und modellhaft ändern zu können (HESSE 2000; WATKINS/WATKINS 2003). Dissoziierte Erfahrungen können als Erlebnisanteile betrachtet werden, die um Wahrnehmung »ringen«, integriert werden »wollen«. Die Anerkennung ihrer Existenz führt so zu einem Nachlassen der Kampf-bewegung. Wenn die Alternative zum Kampf nicht Niederlage sein muss, sondern Beobachten sein kann, dann ergibt sich eine neue Möglichkeit der Begegnung. Das Hinsehen lässt die Angst schwinden, das Aushalten gibt Kraft.

Neue Wege bauen: Die Wege in die Dissoziation erkunden und neue bauen. Klient und Therapeut beobachten und analysieren gemeinsam den Weg in die Dissoziation, die langsame Vorbereitung dessen, was vollständig unkontrollierbar scheint, und etablieren neue Wege zu angenehmeren Erlebnisqualitäten. Das erfordert zwingend ein Arbeiten in ständiger Orientierung an Ressourcensituation, -haltung und -ge-

fühl, um die schleichenden Unterschiede erkennbar zu machen. Es ist ein Ausbauen des Hier und Jetzt in gemeinsamem Vorgehen von Patientin und Therapeutin und ermöglicht einen immensen Zuwachs an Kontrollerfahrung auf Seiten der Klientin.

Weitere Arbeitsgrundlagen

Der Kliniker

Lassen Sie uns einen Moment bei dem wichtigsten Hilfsmittel verweilen, mit dem Sie arbeiten: Sie selbst, Ihre Wahrnehmung, Ihr eigener Körper und Ihr Gegenwartsbezug. Dies einzubeziehen ist gerade im Kontakt mit traumatisierten, dissoziierenden Menschen unabdingbar. Zum einen sind Menschen, die damit beschäftigt sind, Unzusammenhängendes zu integrieren, oft extrem geschult in der Wahrnehmung von Ungereimtheiten und Brüchen in der Kongruenz des Gegenübers. Zum anderen sind Sie selbst die wichtigste und am einfachsten zu handhabende Einladung zur Gegenwartsorientierung. Im Kontakterleben sind Sie als Gesamtheit bestimmender Faktor, und mindestens 75 Prozent dessen, was Ihr Gegenüber wahrnimmt, machen Ihre nonverbalen »Äußerungen« aus. Es lohnt also, einen Blick auf Ihre eigene Verfassung und Beschaffenheit zu werfen, wenn Sie die Grundlagen Ihres Umgangs mit dissoziativen Menschen verbessern wollen.

Was hilft?

Wissen um Ihre Schwächen, Ihre eigenen Verletzlichkeiten: Wenn dann ein Thema auftaucht, das Sie kennen, können Sie Ihre eigenen Reaktionen besser einordnen.

Wissen um Ihre Orientierung im Hier und Jetzt: Sind Sie wirklich »da«? Fühlen Sie Ihren Körper? Wo ist das angenehme Gefühl, das Ihnen als Orientierung dienen kann?

Wissen um Ihre eigenen Grenzen: Wie gehen Sie mit Grenzüberschreitungen um? Haben Sie Pufferzonen eingebaut?

Struktur, Klarheit und Transparenz im Vorgehen: Erläutern Sie Ihr Tun, beschreiben Sie Ihre Überlegungen, beziehen Sie die Klientin mit ein. Es geht um deren Kontrollerfahrung!

Beobachtung der eigenen Befindlichkeitsveränderungen und angemessener Umgang damit: Wenn Sie gerade Streit mit Ihrer Freundin hatten, wirkt sich das sicher auf Ihren Gegenwartsbezug aus – bessern Sie nach oder nehmen Sie einfach wahr, dass es so ist, wie es ist.

Auftragsorientierung: Fragen Sie die Klientin, was Ziel Ihrer jeweiligen Kontakte sein soll, helfen Sie Ihr, das zu erarbeiten und Ihre Interventionen daran zu messen. Die Allmacht des Therapeuten ist oft die Ergänzung zur Hilflosigkeit der Klientin. Machen Sie einen Unterschied!

Akzeptanz und Wertschätzung: Dies heißt auch, das Leiden ernst zu nehmen und manchmal nur: auszuhalten.

Als einfaches Hilfsmittel zur Kontrolle meines Verhaltens habe ich mir den Satz »Zeit macht Beziehung« geprägt. Er erinnert an die wesentlichen Komponenten im Umgang mit traumatisierten Menschen:

Zeit

- ▣ Wo auf der Zeitachse befindet sich die (Aufmerksamkeit der) Klientin im fraglichen Moment?
- ▣ Welche Orientierung wäre hilfreich?
- ▣ Welche Technik ist dafür sinnvoll?

Macht

- ▣ Wer macht?
- ▣ Wer kontrolliert die Technik?
- ▣ Wer kontrolliert die Verarbeitungsgeschwindigkeit?
- ▣ Wer kontrolliert die Beziehungsgestaltung?
- ▣ Wer kontrolliert die Befindlichkeitsveränderungen?
- ▣ Was wäre hilfreich?
- ▣ Welche Technik entspricht den erwünschten Kriterien?

Beziehung

- ▣ Wie ist die Beziehung zwischen Klient und Behandler gestaltet?
- ▣ Wie ist die Beziehung zum Symptom/Vergangenen gestaltet?
- ▣ Was wäre hilfreich?
- ▣ Welche Technik entspricht den erwünschten Kriterien?

Behalten Sie diese Grundsätze im Blick, so haben Sie auch ein basales Hilfsmittel, um die Reaktivierungen traumatischer Erinnerungsfetzen im Kontakt erkennen zu können. Denn die Erinnerungen sind oft ja an Interaktionen gekoppelt und stellen dann attraktive Einladungen dar, gemeinsam in die Traumadynamik einzusteigen: Oder ist es Ihnen noch nie passiert, dass die fordernde Klientin, die Sie barsch anfährt, weil Sie keinen Termin mehr frei haben, zuallererst Wut in Ihnen auslöst? Natürlich nur kurze Zeit, weil Ihnen dann wieder klar wird, wie hilflos sie sich fühlen muss, wenn sie zu so harschen Mitteln greift, die fast ja Ihre Beziehung gefährden ... Die »aggressiven«, »fordernden«, »spaltenden« Verhaltensweisen sind die eine Seite der Traumatisierung – vielleicht sind es Reaktivierungen des letzten Versuchs der Gegenwehr im Trauma.

Noch einladender und (von uns oft) weniger reflektiert sind die Hilfe suchenden Anteile Ihrer Klientinnen und Klienten. Da sind wir doch gerne Retterin, Galan und »der Einzige, dem sie vertraut«. Aber gerade hier zementieren wir eine Rolle, die zentrales Ergebnis und Inhalt der Traumatisierung ist: Nach der Hilflosigkeit und der Dissoziation folgte das Überleben – es liegt nahe, dass das »System Klient« die Hilflosigkeit als Vorbedingung des Überlebens begreift. Solange nichts anderes sicher ist,

würden Sie diese Sicherheit aufgeben wollen? Die dissoziative Symptomatik und das Hilflosigkeitserleben sind zur stärksten positiven Erfahrung geworden und bestimmen spätere Erwartungshaltungen!

Arbeiten im Ressourcenzustand

Wie kann ich zusammen mit meinem Klienten in der gemeinsamen Gegenwart bleiben und vermeide das Abrutschen in die dissoziierte Erinnerung, sobald wir auf die schmerzhaften Erinnerungen zu sprechen kommen? – Unter welchen Umständen sind *Sie* denn gerne »anwesend«? Wann freuen Sie sich auf eine Situation? Angenehm soll sie sein, nehme ich an, klar beschreibbar und abgehoben von dem sonstigen Alltagsbrei – alles in allem eine Situation, in der Sie im Kontakt mit Ihren Ressourcen sind.

Die Arbeit im Ressourcenzustand ist auf die Hypnotherapie nach M. Erickson zurückzuführen und auf die besondere Ausprägung hypnosystemischen Arbeitens nach G. Schmidt. Sie geht davon aus, dass Unterschiedsbildungen für den therapeutischen Erfolg wichtig sind und die Art der Aufmerksamkeitslenkung zentral für das Erleben ist (vgl. SCHMIDT 2004, 2005). Da eine gemeinsame Überprüfung der Zielerreichung nur in einer gemeinsamen Gegenwart erfolgen kann, benötigen wir eine sicht- bzw. fühlbare Referenzerfahrung, an der wir abgleichen können, ob eine Intervention hilfreich ist.

Frau M., 23 Jahre, kommt wegen einer Reihe von Problemen zu mir in die Praxis: Da sind ein unverarbeiteter Auslandsaufenthalt, nachfolgende Schlafstörungen und eine schon lange andauernde Selbstwertproblematik. Sie möchte endlich wieder eine Beziehung eingehen und kann es nicht. Gegen Ende des Interviews erzählt sie mir noch von einer Essstörung, die sie am meisten quält. Sobald sie über ihren Körper spricht, meine ich fast zu sehen, wie sie aus dem Selbstkontakt geht. Darauf angesprochen, berichtet sie über häufige Depersonalisierungserscheinungen. Nach ca. einer Viertelstunde, in der ich die Klientin erzählen lasse, orientiere ich sie auf einen Ressourcenzustand, den wir beide als Ziel im Auge (und im Körper) behalten können: Sie erinnert sich an ein Projekt, das sie vor einiger Zeit an ihrem Arbeitsplatz durchgeführt hat – sie fühlte sich kraftvoll, ihr Körper war »okay«, sie wirbelte von einer Stelle zur anderen im Büro, immer in freudiger Erwartung neuen Erfolgs. Wir erarbeiten diesen Ressourcenzustand gemeinsam und ich erinnere sie im weiteren Erzählen zwischendurch immer wieder an die Parameter, die wir dafür als bezeichnend herausgearbeitet haben: Ein kraftvolles Gefühl hatte sie vor allem im Schulterbereich als Beweglichkeit erfahren, der sie die Farbe Blau zugeordnet hatte. Wichtig waren auch die schräg einfallende Sonne im Raum und die freu-

digen Gesichter der Kolleginnen gewesen. So erlebt Frau M. während der gesamten Stunde immer wieder den Unterschied zwischen der probleminduzierten und der Ressourcenhaltung, das konkret erfüllte Ziel wird zur Orientierung für die gemeinsame Arbeit. Sobald sie in die Problemhaltung rutscht, frage ich nach den ursprünglich erarbeiteten Parametern. Dadurch bleiben wir auf der sicheren Seite.

Die Arbeit im Ressourcenzustand bietet:

- ein Maß für hilfreiche Interventionen,
- (einen Anker für) die Zielvorstellung,
- ein Korrektiv bei Annäherung an das Traumaerleben,
- ein Korrektiv bei Dissoziationen,
- die Bewusstmachung der Übergänge in die dissoziierte Erinnerung,
- ein Zielbild zum bewussten Zustandwechsel,
- eine Ressource in unangenehmen Situationen.

Vorgehensweise

Wenn der Patient – wie üblicherweise erwartet – sein Problem schildert, können Sie Fragen stellen, die nach dem erwünschten Zustand suchen. Denn Sie gehen davon aus, dass jemand nur dann unzufrieden mit einer Situation/einem Gefühl ist, wenn er einen anderen Zustand kennt:

- Wie wäre es denn besser, wie würde sich das anfühlen?
- Wie ist es denn hier bei mir im Zimmer auf diesem bequemen Sessel?
- Gab es schon mal Ausnahmen? Wie hat sich das angefühlt?
- Wenn Sie sich nicht erinnern können, was meinen Sie, wie es sich anfühlen könnte?

Anhaltspunkte für die Auswahl des Ressourcenzustandes können sein:

- a) angenehmes Gefühl im Therapiekontakt (Jetzt),
- b) Ziel/Vision als Auslöser für angenehmes Gefühl (Jetzt),
- c) früheres positives Erleben, das im Hier und Jetzt hergestellt und als Gegenwart erlebt werden soll.

Wenn Sie einen erwünschten Gefühlszustand gefunden haben – Sie merken das auch an der körperlichen Reaktion –, bleiben Sie dabei und fragen ganz interessiert nach allen Modalitäten des Erlebens:

- Was genau fühlen Sie?
- Wo genau fühlen Sie das im Körper?
- Wenn das Gefühl eine Farbe hätte, eine Konsistenz, eine Ausdehnung, wie genau sähe das aus? Eher so oder vielleicht so? Hat es scharfe Ränder oder eher verschwimmende? (Machen Sie Angebote, versuchen Sie, das Gefühl zu erspüren, lassen Sie Ihre Phantasie spielen.) 🍏🍏🍏🍏🍏 - 1 Zeile

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

Beschreibungsmöglichkeiten des Ressourcenzustands:

- Lage im Körper
- Art der Spannung/Entspannung
- Konsistenz und Kontur: weich/fest/abgegrenzt/fließend ...
- Farbe
- Körperhaltung
- Atmung
- Selbstüberzeugung

Folgendes gilt es zu beachten:

1. Es ist nicht erforderlich, alle Punkte »abzuhaken«, Sie können auch andere hinzufügen. Bauen Sie die Punkte aus, wo das positive Gefühl am stärksten ist.
2. Positive Gefühle beschränken sich – gerade bei traumatisierten Klientinnen und Klienten – manchmal auf sehr eingeeengte Partien des Körpers, wie z. B. die Stirn, die Augen, die Hände. Forcieren Sie bitte kein »Körpergefühl« – die Analgesie hat gute Gründe!
3. Nehmen Sie die Beschreibung des Zustandes vom Patienten auf und wiederholen Sie diese, schreiben Sie zentrale Begriffe auf. Bleiben Sie immer in den Worten des Patienten, formulieren Sie nicht um! Genauso, wie eine bestimmte Farbe, eine Körperhaltung oder ein Klang zu dem Gefühl gehört, ist es die spezifische Art der Beschreibung, die einen Zugang ermöglicht. Auch wenn es sich anders »schöner«, »besser«, »griffiger« anhören mag, bleiben Sie bei der Wortwahl des Patienten!
4. Beobachten Sie Mimik und Körperhaltung, auch die Atmung genau. Sie sind Ihnen (neben der Aussage des Patienten) das wichtigste Indiz, ob der Zustand gefunden ist. Und gehen Sie selbst mit, versuchen Sie, Ihren Körper zu lockern, trauen Sie sich ruhig, die innere Distanz aufzugeben. Oder können Sie sich entspannen, wenn Ihr Gegenüber steif dasitzt und keine Gefühlsregung zeigt?

Zentrale Funktionen der Ressourcenhaltung:

- des eigenen Körpers gewahr werden,
- Übergänge wahrnehmen,
- Unterbrechungen einführen.

Dies bedeutet, das sichere Hier und Jetzt kennen, unterscheiden und etablieren lernen.

Abschluss

Fragen Sie jetzt nach, was der stärkste Eindruck ist, der dem Patienten helfen kann, das Gefühl wiederzufinden: die spezifische Atmung, die Haltung, der Satz, die Farbe ... Üben Sie, in das Gefühl ein- und aus dem Gefühl auszusteigen, indem Sie den Patienten während des weiteren Gesprächs immer wieder fragen, ob er noch Bezug zu seinem guten Zustand hat. Sobald er sich an eine unangenehmere Situation erinnert, wird er in eine andere Haltung, Mimik, Atmung etc. gehen. Erinnerungen sind eben auch Körpererinnerungen, wir reagieren als Gesamtheit. Dann können Sie den Patienten auffordern, wieder in den angenehmen Zustand »umzusteigen«, und beobachten, welche Einstiegsmöglichkeit am einfachsten ist. Ihre Aufgabe ist es dann, die anderen Parameter (in den Worten des Patienten) mit einzuführen, damit der Zustand auch voll erlebt werden kann.

Machen Sie diese Übung zuerst für sich selbst oder mit Kollegen, es macht Spaß!

Das Sammeln von Ressourcen

Zusätzlich zur Arbeit im Ressourcenzustand, den Sie immer wieder als Richtschnur nehmen, kann das Sammeln von Fähigkeiten aus den Vorerfahrungen der Klientin oder des Klienten ein wichtiges Hilfsmittel für die Reorientierung und Stabilisierung im Hier und Jetzt sein.

Die Ressourcensammlung kann schöpfen aus:

- a) der »vortraumatischen Vergangenheit«,
- b) dem Überleben,
- c) der Gegenwart, den aktuellen Beziehungen etc.,
- d) den Zukunftsvorstellungen.

Hilfreich für das Aufspüren von Ressourcen sind z. B. Fragen aus der systemisch-lösungsorientierten Therapie, Copingfragen wie:

- Wie haben Sie es geschafft, das auszuhalten?
- Was hat Ihnen die Kraft gegeben weiterzumachen?
- Was haben Sie für sich daraus gelernt?

Aber auch die lösungsorientierten Wunder- und Zielerreichungsfragen können sehr stabilisierend wirken, wenn sie nicht zu einem Ausschluss der Betrachtung des Problems benutzt werden (vgl. BAMBACH 2005): »Wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben, woran werden Sie das merken? – Wann war es schon ein wenig so? – Was wäre der erste Schritt?«

Nachdem Frau S. (vgl. Abschn. 3.1) eine Weile erzählt hat und relativ leicht immer wieder in ihren Ressourcenzustand zurückfindet, frage ich sie in der nächsten Stunde, was sie aus all den unangenehmen Erfahrungen mitnehmen möchte. Sie runzelt die Stirn und ich erläutere ihr, was ich meine: dass sie ja si-

cher, da sie jetzt vor mir sitzt, ganz wichtige Erkenntnisse und Erfahrungen gemacht hat, die mit dem Erlebten zusammenhängen und die sie nicht missen möchte – auch wenn das Erleben gut verarbeitet sein wird. Nach weiteren Erklärungen und einigem Zögern erzählt sie, dass der Autounfall in ihrem Erleben dazu geführt hat, dass sie vorsichtiger ist und einzelne Erfahrungen bewusster wahrnimmt. Und eigentlich auch, fügt sie hinzu, dass sie sich mehr bewegt: Sie fährt viel mehr Rad seitdem. Auch die Depersonalisierungen möchte sie nicht ganz missen: Es tut gut, sich so weit zurückziehen zu können, dass sie sich sicher fühlt.

Psychoedukation

So verbreitet Traumatisierungen sind, so wenig sind die Mechanismen der Verarbeitung Allgemeintut. Unser Denken ist – was Psychodynamik und Therapie angeht – so weitgehend vom psychoanalytischen Denkstil geprägt, dass es auch in anderen Diskursen schwer fällt, sich z. B. von den Denkmodellen des Konflikts, der Verdrängung und des sekundären Krankheitsgewinns loszumachen. So sinnvoll sie in vielen Zusammenhängen sein mögen, so wenig helfen sie uns bei der Beschreibung der Dynamiken traumatischer Verarbeitung – nicht zuletzt deshalb ist der Rückgriff auf die janetschen Denkmodelle in der Theorieentwicklung erfolgt und spielt die Hypnotherapie und mit ihr die Untersuchung von Bewusstseinszuständen im Rahmen der Traumatherapie und -theorie eine wichtige Rolle.

Selbst wir als Klinikerinnen und Kliniker haben ja reichlich Schwierigkeiten, uns die Dynamik einer Ausprägung verschiedener Wahrnehmungszentren in einem Körper begreiflich zu machen; dieses Erleben ist in unseren gewohnten Denkmustern schwer beschreibbar, es erscheint »verrückt«. Wie viel mehr müssen unsere Klientinnen und Klienten sich als entgleisend, nicht mehr kontrollierbar, verrückt werdend begreifen, wenn in der Folge einer traumatischen Erfahrung kein Stein mehr auf dem anderen steht. Wenn neben der Grenzerfahrung auch die Wahrnehmung aus den Fugen gerät, das Denken und die Eigenwahrnehmung unterbrochen werden, die Erinnerung entweder nicht einsetzt oder nicht mehr zu unterbrechen ist. Weil dissoziative Symptomatik als Teil normalen Erlebens nach extremen Erfahrungen wenig bekannt ist, werden die Erlebensformen oft verheimlicht und verschwiegen. Aus Angst, der Arzt oder die Therapeutin könnte diesen gewissen Blick zeigen, der den Verdacht bestätigt: »Ich bin verrückt geworden!«

Ich möchte Sie deshalb ermuntern, schon im ersten Kontakt – sobald Ihnen klar wird, dass es sich um eine Traumatisierung handelt – den oben dargestellten Mechanismus zu beschreiben und die möglichen Symptome und Auswirkungen zu benennen. Sie werden sehen, wie erleichtert die Klientinnen und Klienten auf einmal ihre

Beschwerden berichten. Und: Im Zustand der Krise – sei es direkt nach der Traumatisierung oder bei ihrer Reaktivierung – sind Menschen hochsuggestibel. Alles, was Sie jetzt sagen, ist ein Anker, der die Einordnung des Geschehenen und der Symptomatik in ein gemeinsames Wertesystem erleichtert. Wenn Sie jetzt fallen lassen, dass sich an dem Zustand wohl kaum etwas ändern wird, dann hat das ebenso viel Bedeutung wie Ihre Beschreibung der Symptomatik als normale Folge unverarbeiteter Erfahrung und als autonomen Integrationsversuch des Körpers – was wirkt wohl heilsamer? Es liegt also in unserer Verantwortung, den Prozess durch positive Vorstellungen zu erleichtern.

Psychoedukation bedeutet:

- eine Normalisierung des Erlebten durch Erklärung der eventuell auftretenden Symptomatik,
- die Beschreibung der physiologischen Reaktion,
- die Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper,
- die Vermittlung von Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses,
- auch bei länger andauernder Symptomatik Ruhe zu bewahren und auf die erfolgreiche Integration bei erfolgreicher Hilfestellung zu verweisen.

Schlussbemerkung

Dieser Beitrag zum Thema »Umgang mit Dissoziationen« möchte eine Einladung an Sie als Klinikerin oder Kliniker sein. Eine Einladung zum Verständnis scheinbar unverständlichen Geschehens und oft »schwieriger« Klientinnen und Klienten. Eine Einladung aber auch zur gemeinsamen Konstruktion eines angenehmen, stützenden Hier und Jetzt als Basis einer Integration der überwältigenden Erfahrung unter Kontrolle der Klientin. Sie könnten erleben, wie sich die Arbeit mit Traumatisierten in eine Quelle von Kraft, Energie und Mut für alle Beteiligten verwandelt.

Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen

KONSTANTIN PASSAMERAS

Zur medikamentösen Behandlung bei Posttraumatischen Belastungsstörungen gibt es überwiegend aus dem englischen Sprachraum stammende Handlungsempfehlungen (DAVIDSON/VAN DER KOLK 1996; STEIN u. a. 2000). Eine deutschsprachige Abhandlung findet sich bei HOFER (2002) anlässlich einer Fachtagung zum Thema Trauma und Dissoziation.

Bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen gilt eine alleinige Pharmakotherapie als obsolet. Medikamente haben positive Wirkungen auf bestimmte Symptome oder Syndrome, bleiben aber in ihrer Wirkungsweise unspezifisch. Nach einer von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellten Leitlinie zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen (FLATTEN u. a. 2001) ist es sinnvoll, die medikamentöse Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren.

Das Risiko für sekundäre Suchterkrankungen (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) ist bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen erhöht. Fehlende Informationen über Indikationen und Wirkungsweise von Medikamenten sowie daraus resultierend falsche Erwartungen an eine medikamentöse Therapie können Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Resignation verstärken. Sofern die Patienten dazu in der Lage sind, wird daher empfohlen, sie nicht nur über mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, sondern vor allem auch über die Indikation und den vorgesehenen Zeitraum einer medikamentösen Behandlung aufzuklären. Wie bei jeder Behandlung sollten Vorteile und Risiken einer medikamentösen Therapie gemeinsam mit den Patienten abgewogen werden.

Mögliche Indikationen zur Pharmakotherapie bei PTBS

- Therapie einer vorbestandenen Störung (z. B. psychotische Störung),
- adjuvante, symptomorientierte Behandlung (z. B. Schlafstörungen, innere Unruhe),
- Behandlung von Folgeerkrankungen (z. B. depressive Störung, Angststörung).