

Elke Kügler

BUCHBESPRECHUNG: Van der Hart, Onno, Nijenhuis, Ellert R. S., Steele, Kathy
Das verfolgte Selbst, Junfermann, 2008
Zeitschrift für Sexualforschung 2/2008, 181 f.

Ein wichtiges englischsprachiges Fachbuch zur Psychotraumatologie mit Schwerpunkt Dissoziation und dissoziative Störungen ist auf Deutsch erschienen. Van der Hart ist Professor für Psychopathologie chronischer Traumatisierung und Psychotherapeut in Utrecht und Amsterdam, Nijenhuis arbeitet als Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Forscher und Dozent in Assen/Niederlande (beide als Dozenten auch in Deutschland), Kathy Steele leitet ein Zentrum für psychotherapeutische Ausbildung und Behandlung in Atlanta/USA. Die AutorInnen zählen zu den weltweit reputiertesten PsychotraumatologInnen. Grundlage des Buches ist das Psychotherapiekonzept des Franzosen Pierre Janet (1859 – 1947), Philosoph, Psychiater, Psychologe und Professor in Paris, einem Kommilitonen von Sigmund Freud bei Charcot an der Pariser Salpetriere. Janet entwickelte das Charcot'sche Hysteriekonzept weiter, hinterließ bei seinem Tod über 6000 Patientenakten und 500 theoretische Schriften. Sein Therapieansatz wurde während der Weltkriege aufgegriffen, im traumatisierten Europa nach 1947 verdrängt, in den USA für die Behandlung von Vietnam-Heimkehrern wiederentdeckt und durch Van der Hart in den 1980ern nach Europa zurückgeholt.

Van der Hart/Nijenhuis/Steele griffen das ursprüngliche Dissoziationskonzept von Janet auf. Sie entwickelten es zu ihrer THEORIE UND THERAPIE DER STRUKTURELLEN DISSOZIATION DER PERSÖNLICHKEIT weiter, indem sie eigene und moderne psychobiologische und neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse einflochten. „Strukturelle Dissoziation“ bedeutet eine Organisationsform der Persönlichkeit, die einen „Mangel an Kohärenz und Koordination innerhalb der Gesamtpersönlichkeit (Janet)“ aufweist, eine Unfähigkeit, einzelne Persönlichkeitsanteile zu integrieren. Aufgrund cerebraler Veränderungen nach Trauma haben sich „verschiedene psychobiologische Subsysteme“ entwickelt, die unverhältnismäßig starr und füreinander unzugänglich sind (also auch amnestisch füreinander sein können). Bei der Therapie handelt es sich um ein Drei-Phasen-Behandlungsmodell, „das sich auf die Identifikation und Behandlung der strukturellen Dissoziation und verwandter dysfunktionaler mentaler und behavioraler Handlungen konzentriert“ (S. 11).

Ein **Trauma** führt infolge hippocampaler Aktivität, vor allem des N. Amygdalae, zu cerebralen Veränderungen im Sinne von Fragmentierungen. Komplexe Traumatisierung ist etwa jahrelanger sexueller Kindesmissbrauch oder emotionale Vernachlässigung, Monotrauma eine Vergewaltigung. Monotraumata als weniger belastend führen zu weniger Fragmentierungen; Die Diagnose lautet „primäre strukturelle Dissoziation oder Posttraumatische Belastungsstörung“. Hier postulieren die AutorInnen eine Fragmentierung der Persönlichkeit in Anteile mit den Arbeitstiteln „**Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil**“, **ANP**, der den reibungslosen Ablauf des Alltags möglichst emotionslos sicherstellen soll, und einen „**Emotionalen Persönlichkeitsanteil**“, **EP**, als traumanahes Residuum. Die Existenz solcher Teile zeugt davon, dass ein Trauma nicht oder unvollständig integriert, d.h. verarbeitet wurde. - Die „sekundäre strukturelle Dissoziation“ entsteht nach schwerwiegenderen Traumatisierungen wie emotionaler Vernachlässigung und führt zur Fragmentierung in einen ANP und mehrere EPs. Die Diagnosen – die auch von Borderline -, psychotischen Störungen und anderen (Ko)Morbidityen unterschieden werden, lauten Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified, DESNOS, oder DDNOS, Disorder of Dissociations Not Otherwise Specified. - Die „tertiäre strukturelle Dissoziation“ führt zu den stärksten Fragmentierungen – bis zu mehreren Hundert sind bekannt – ,

Diagnose: Dissoziative Identitätsstörung DIS (ICD F 44.81) nach komplexer Traumatisierung. DIS-PatientInnen haben mehrere ANPs, je für Beruf, Elternschaft, Alltag, und mehrere EPs. Das Gesamtsystem dient dem Überleben der Person. Die relativ selbständigen Anteile und ihre Wirkweise können einander und dem Individuum selbst unbekannt sein, sie können sich abwechseln (Switch oder Bewusstseinswechsel) oder ineinander hineinpreschen (Intrusion). Der ANP meidet das Trauma phobisch und lebt vorwiegend in der Gegenwart; er spaltet das Trauma ab: „Nicht ich habe das erlebt“ (wichtiges Therapieziel, Personifikation genannt, diese Spaltung aufzuheben). Unter Kontrolle des ANP erscheint die Person in Mimik und Gestik oft seltsam starr – als Beispiel wird gelegentlich der kriegstraumatisierte Ernest Hemingway genannt. „Beide Angeklagten nahmen das Urteil regungslos zur Kenntnis“, schreibt die FAZ (29.5.08) über den Fourniret-Prozess. Es wäre denkbar, dass ANP sich so gerieren. Auffällig oft wird in Berichten über Kapitalverbrechen von dieser seltsam anmutenden Fühllosigkeit berichtet, die auf einen ANP weisen könnte, da die TäterInnen ihre Tat nicht nachvollziehen können. Es könnte die Handlung des EP automatisch getriggert worden sein, die sich der Kontrolle der Person entzieht: „Ich weiß nicht warum, aber ich musste das tun.“

Die EPs funktionieren relativ festgelegt in verschiedenen **Aktionssystemen**: für Kampf (zum Beispiel verantwortlich für autoaggressive Handlungen wie Schneiden, suizidale Handlungen), Verteidigung (Freezing), Flucht (motorisch oder kognitiv, innerer Rückzug, etwa plötzliches Abreißen sexueller Lust), Ernährung (Essstörungen), Schlaf (Schlafstörungen), Spiel- und Neugierverhalten etc.. Amnesien und Zeitlücken sind bei diesen PatientInnen die Regel – eine in der Traumapraxis alltägliche Erfahrung, auf die auch für den sexualforscherischen und -therapeutischen Alltag nicht oft genug hingewiesen werden kann. Die EPs agieren stark emotional gefärbt und in festgelegten Rollen. Unkontrollierbare Wutattacken, „unerklärliche“ heftige Traurigkeit gehen auf ihr Konto, Beispiel: heftiges Weinen während des Geschlechtsverkehrs. Die durch einen traumanahen Stimulus getriggerte Reaktion imponiert als inadäquat für die Gegenwart, erscheint jedoch sinnvoll, sobald das dissoziierte Persönlichkeitssystem in der Therapie verstanden wird. Wurde die PatientIn im Alter von drei Jahren penetriert, kann während des Koitus ein dreijähriger traumanah verbliebener Anteil getriggert werden, der den zuvor aktiven Anteil verdrängt, die Kontrolle über das System erlangt und das tut, was er unter der Traumatisierung getan hat - er weint. Diese Wechsel werden von der Person selbst nicht oder als „Blitz aus heiterem Himmel“ beschrieben.

Die **Symptome** der strukturellen Dissoziation treten nur bei Traumatisierten auf und werden von den allgemeineren Symptomen der Bewusstseinsveränderung unterschieden. Diese Differenzierung ist trennschärfer als die – wie die AutorInnen kritisieren – inakkuraten gängigen Definitionen dissoziativer Symptome. Sie klassifizieren in negative dissoziative Symptome, bei denen ein Zuwenig entsteht: an Wünschen (sexuelle Inappetenz), Fantasien, Gedächtnis (Amnesien), Depersonalisationen, psychoform; oder somatoform: Analgesie, Taubheit, Fühllosigkeit, Verlust motorischer Fähigkeiten wie Steuerung der Kontraktionsfähigkeit (vaginistische Reaktion), einerseits, und andererseits: positive dissoziative Symptome, die mit einem Zuviel verbunden sind, psychoform: Schneider-Symptome Ersten Ranges, z.B. Wahrnehmungsveränderungen (Ekel vor Sperma), somatoform: Schmerzen (im Unterleib), absichtliche Handlungen (Selbstverletzungen), Tics, Zittern, Lähmungen, usw. Identitätswechsel imponieren als psychoform im Wiedererleben traumatisierender Ereignisse oder somatoform als Empfindungen (Schmerzen in der Vagina) etc. Zwei oder mehrere dieser Symptome, auch sich ausschließende, können bei verschiedenen ANPs oder EPs gleichzeitig auftreten und imponieren dann quälend als Entscheidungsunfähigkeit oder Gefühl innerer Leere.

Van der Hart/Nijenhuis/Steele übernehmen Janets Postulat von drei hierarchisch abgestuften **Handlungstendenzen**, „zielorientierten behavioralen und mentalen Anpassungen an von außen kommende Probleme“ (S. 206). Alle Persönlichkeitsanteile agieren mit verschiedenen differenzierten Handlungstendenzen. Die präsymbolische Ebene umfasst einfache Reiz-Reaktions-Muster im Pawlow'schen Sinne, UCS – UCR. Die Hierarchie steigt über erste Reflexionen und Verbalisierungen bis zur Fähigkeit, lange Handlungssequenzen mit langfristigen Zielen auszuführen. Um ihr Ziel zu erreichen, bedarf die Person zusätzlich eines angemessenen Quantum an **Energie**. Verspricht etwa ein Patient, eine als sinnvoll erachtete sexualtherapeutische Übung zu machen, kann sich jedoch dazu nicht aufrufen, handelt es sich um eine hohe Handlungstendenz bei geringer Energie. Es gilt zunächst die Energie zu erhöhen. Kann er das nicht, greift der Mensch nach Janet zu „**Ersatzhandlungen**“, die das Defizit der adäquaten Handlung verdecken, und entwickelt Symptome: Süchte, Paraphilien, zunächst sinnlos erscheinende Handlungen. Beispiel: Ein sexuell missbrauchter Jugendlicher verbringt täglich sechzehn Stunden mit Internet-Sex anstatt zu reflektieren, oder sich beim Jugendamt Hilfe zu holen. Ersatzhandlungen können aber auch lebensrettend sein. Dieser Ansatz bietet eine wichtige neue Möglichkeit für die Funktions- und Bedingungsanalyse eines Symptoms und seiner Therapie.

Basierend auf dieser Theorie entwickeln die AutorInnen ein **Drei-Phasenmodell der Therapie** der Strukturellen Dissoziation. Ziele sind die Integration des Traumas und der Persönlichkeitsanteile in die Gesamt-Persönlichkeit und die „Synthese, das Verbinden und Differenzieren eines Spektrums mentaler und behavioraler Handlungen“ (S. 312). Damit weist diese Therapieform über andere Konzepte hinaus.

Die erste Behandlungsphase dient der Stabilisierung im Alltag, dem Ausbau der vorhandenen Ressourcen. Psychoedukation und Diagnostik begleiten die gesamte Therapie, angepasst an die stufenweise Bewältigung der Phobien vor der Diagnose, dem Trauma, der Therapie und vor den inneren dissoziativen Zuständen. Die Phobien halten die Störungen durch Meidung bestimmter Stimuli aufrecht. - In der zweiten Phase wird eine Traumakonfrontation nach bestimmten Methoden vollzogen, um die Unterscheidung von Traumaerinnerung und biografischer Erinnerung zu installieren. Bei Traumaerinnerung, lokalisiert im Hirnstamm, fühlt sich die Überlebende im Heute überflutet (retraumatisiert), In der biografischen Erinnerung, im Thalamus, erlebt der Mensch sein Trauma als **vergangen** und vorbei, die EPs müssen die Zeitbegriffe Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft lernen, um sich anzupassen an die Gegenwart (Präsentifikation). Die Alltagsanteile ANP sollen das Trauma und die Fragmentierungen anerkennen (es ist **mir** passiert, Personifikation) und die Kontrolle über die Persönlichkeit und die dissoziativen Symptome erlangen. - Die Fragmentierungen werden geheilt, man kann mit ihnen leben: Die PatientIn versteht ihre Sexsucht: „Ich habe Sex, um unerträgliche Einsamkeit zu vermeiden“ (S. 360). Das dissoziative Symptom der Einsamkeit ist Hauptsymptom..- In der dritten Behandlungsphase lernt die PatientIn, sich mit der neuen Situation in ihrem Alltag einzurichten. Je nach Anzahl der inneren Persönlichkeitsanteile und dem Grad der inneren Strukturiertheit kann solch ein Therapieprozess lange dauern. Die Traumaforschung in den USA und in Europa zeigt eine auch gesundheitspolitisch bedeutsame Implikation: dass erst die vollzogene Traumaintegration die beste Heilung für die zahlreichen (Ko)Morbidityen - auch sexueller Art - und erfolgreichere Prophylaxe vor Symptomverschiebungen bedeutet.

Das Buch ist klar gegliedert, der schwierige Stoff ist übersichtlich und vor allem in den Therapiekapiteln mit vielen praktischen Beispielen angereichert dargeboten. Mit Recht mit Stolz erwähnen die VerfasserInnen im Vorwort, dass die englische Fassung *The Haunted Self* auch von Traumaüberlebenden gelesen und gelobt wird. Die Übersetzung durch Theo Kierdorf und Hildegard Höhr erscheint gelungen. Personen- und Sachregister sind vorhanden,

letzteres könnte ausführlicher sein. Ein Mangel, den das Buch mit vielen anderen Fachbüchern teilt: Manfrau wünscht sich stärkere Berücksichtigung der Alltags- und der dissoziativen Sexualität als besonders problematisch für Traumaüberlebende - einem übrigens interessanten und diagnostisch bedeutsamen Feld, berichtet die Rezensentin. „Extrem gefährlich und unheilbar“ zitiert die FAZ (29.5.2008) Fournirets Gutachter. Nach dem Studium von „Das verfolgte Selbst“ lässt sich diese Aussage so apodiktisch wohl nicht halten.

Elke Kügler ©
Hamburg, den 5. Juli 2008