

ELKE KÜGLER

Strukturelle Dissoziation und sexuelle Störungen

Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Forschung und Praxis der Psychotherapie

»Und wo der Glaube im Spiel ist, hält die Vernunft das Maul.«

Halldor Laxness¹

Zusammenfassung

Anhand sexualtherapeutischer Fallvignetten soll gezeigt werden, dass eine Zusammenführung von tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer und sexualtherapeutischer mit traumatherapeutischer Perspektive einen Paradigmenwechsel bedeuten kann, der neue Wege und Ziele erschließt. Eine Übertragung auf andere, nicht-sexualtherapeutische Therapiesettings erscheint möglich. Die Theorie und Therapie der Strukturellen Dissoziation (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) wird kurz dargestellt. Am Beispiel einer Frau mit multiplen sexuellen Funktionsstörungen wird eine sexual- und traumatherapeutische Anamnese geschildert. An einem Patienten, der als transsexuell fehldiagnostiziert und entsprechend behandelt wurde, jedoch an einer Dissoziativen Identitätsstörung (ICD-10 F 44.81) leidet, wird die Relevanz traumatherapeutischer Differenzialdiagnostik demonstriert. Falldarstellungen zu Perversion, Rituellicher Gewalt, Gender Identity Disorders und »sexueller Sucht« aus sexualwis-

senschaftlichen Veröffentlichungen und aus meiner Praxis werden exemplarisch aus traumatherapeutischer Perspektive kommentiert.

Schlüsselbegriffe

Sexualtherapie, sexuelle Störungen, Trauma, Dissoziation, dissoziative Identitätsstörung, rituelle Gewalt, Transsexualismus

Einleitung

Die Erkenntnisse der modernen Traumaforschung werden in sexualwissenschaftlichen Publikationen bisher weitgehend außer Acht gelassen (stellv. Richter-Appelt, 2007; Sigusch, 2007). Das ist bedauerlich, stellt doch etwa die Theorie und Therapie der Strukturellen Dissoziation (Van der Hart et al., 2008) eine wahre Fundgrube nicht nur für die Traumarbeit, sondern auch für die Diagnostik und Therapie sexueller Störungen dar, weil sich hier Traumafolgestörungen verdichten können. Beispiel: Durch Traumasituationen konditioniert, zeigen Traumaüberlebende oft Panik vor Kontrollverlust, die im Kontext sexueller Erfahrungen reaktiviert wird und die Betroffenen retraumatisiert. Diese Panik oder ihre Meidung könnte zur Ausbildung sexueller Funktionsstörungen, »sexueller Süchte«, von Schmerzsyndromen, vielleicht auch Phänomenen der sexuellen Präferenz beitragen (Kügler,

¹ »Nichts kommt häufiger in der allgemeinen Psychologie vor, als dass jemand nicht an das glauben will, was er mit eigenen Augen sieht, sondern das zu sehen behauptet, was wahrhaftig nicht vorhanden ist. Und wo der Glaube im Spiel ist, hält die Vernunft das Maul« (Laxness, 1980,103f.).

Eingegangen: 30. 05. 2011
Angenommen: 15. 09. 2011

2011). Ein Loslassen der Decksymptomatik zugunsten der Therapie von Traumafolgestörungen ist möglich. Sorgsamer Differenzialdiagnostik kommt also zentrale Bedeutung zu, zumal die Inzidenz hilfesuchender Traumaüberlebender nach Expertenmeinung jährlich mehrere Tausend bei hoher Dunkelziffer beträgt (Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011). Oftmals wird nicht wegen Traumafolgestörungen Behandlung gesucht, sondern wegen Komorbiditäten, welche zahlreich sind (Gast et al., 2006), so dass entsprechendes Wissen von den professionellen HelferInnen gefragt ist.

Die Theorie der Strukturellen Dissoziation

Um die Relevanz der Theorie und Therapie der strukturellen Dissoziation (Van der Hart et al., 2008) er-messen zu können, erscheint ein Blick auf deren Vorläufer *Pierre Janet* (1859–1947) hilfreich (www.pierre-janet.com/berlin.htm; www.pierre-janet.com; fr.wikipedia.org/wiki/Pierre_Janet; Ellenberger, 1966; Van der Hart et al., 2008). Janet studierte Charcots Hysteriekonzept zeitgleich mit S. Freud in Paris und entwickelte dieses im Gegensatz zu Freud weiter. Nach seinem Tod wurde Janets Werk verdrängt, für die Behandlung von Vietnamheimkehrern in den USA wiederentdeckt, durch den niederländischen Psychologen Onno Van der Hart nach Europa zurückgeholt und zur Theorie und Therapie der strukturellen Dissoziation erweitert. Van der Hart et

al. (2008) definieren den **Begriff der strukturellen Dissoziation** in Anlehnung an Janet als »eine bestimmte Organisationsform, bei deren Vorliegen verschiedene psychobiologische Subsysteme der Persönlichkeit unverhältnismäßig starr und füreinander unzugänglich sind. Die Folge ist ein Mangel an Kohärenz und Koordination innerhalb der Gesamtpersönlichkeit von Traumatisierten« (Van der Hart et al., 2008, S. 9; Nijenhuis & Mattheß, 2007). Nach Traumatisierungen im frühen Kindesalter verbleiben dissoziative Bewusstseinspaltungen als hirnfunktionelle Traumafolgen auch im Erwachsenenalter (Hüther, 2002). Zur Definition des Begriffs **Trauma** verweise ich auf DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Ich möchte »Trauma« hier als das definieren, was der Nucleus Amygdalae dafür hält: einen Schock durch Bedrohung, Unfall, Schmerz etc., einen individuell als bedrohlich eingestuften Reiz, auf den der Mandelkern so reagiert, als hätte man einen Feuermelder eingeschlagen, um das Überleben der Persönlichkeit reflexhaft zu sichern. Die adäquate Reaktion auf Schock setzt die erst ab etwa acht Jahren abgeschlossene Myelinisierung im präfrontalen Cortex voraus; vorher kann ein Kind nicht differenzieren, und es wird teilweise mit archaischen Impulsen und Reflexen reagieren, welche sich durch Lernprozesse noch weiter verfestigen können. Je früher und anhaltender die Traumatisierung erfolgt, desto stärker ist der Einfluss auf die Entwicklung der beteiligten Hirnstrukturen und umso größer die Wahrscheinlichkeit, dass sich lebenslange Traumafolgestörungen ausbilden (Gast et al., 2006; Reinders et al., 2003; Nijenhuis, 2006).

Mit der **Therapie** der strukturellen Dissoziation werden entsprechende **Folgestörungen** behandelt, die zu Leidensdruck und Dysfunktionalität führen. Van der Hart et al. (2008; Nijenhuis & Mattheß, 2007) beschreiben drei ineinander übergehende **Therapiestufen**: zuerst die **Stabilisierung**, das heißt Psychoedukation, Arbeit an der inneren Organisation der Handlungssysteme mit den Zielen Alltagsbewältigung, Kontrolle über die dissoziative Symptomatik sowie über Persönlichkeits-Anteile und Subsysteme, auch aggressiver Natur, ferner Beziehungsaufbau und Bewältigung von Ängsten. Um sich auf die Therapie einlassen zu können, muss die Überlebende zunächst in der Lage sein, ihr **Aktivationsniveau** zu optimieren. Janina Fisher (2009) beschreibt ein so genanntes »Toleranzfenster« psychophysischer Erregung: Innerhalb dieses Fensters liegt das optimale Aktivationsniveau, das ein Mensch benötigt, um sich adäquat im Alltag zu verhalten. Außerhalb des Toleranzfensters ist es entweder zu hoch (Hyperarousal oder Hypervigilanz; Kampf-, Fluchtverhalten) oder zu niedrig (emotionslos funktionierender ANP [s. u.], Resignation, »Depression«). Die zweite Therapiestufe bringt mit der **Traumabearbeitung** die Konfrontation mit der Vergangenheit, gefolgt von einer weiteren **Stabilisierungsphase**.

Die **Therapieziele** nach Van der Hart et al. (2008) sind **Personifikation**: »Das Trauma ist *mir* als Gesamtpersönlichkeit passiert, und nicht meinem emotionalen Persönlichkeitsanteil X«; das Erlangen von Kobewusstsein möglichst vieler Persönlichkeitsanteile; die Beendigung der

Amnesien sowie *Präsentifikation*: »Ich lebe *jetzt*, und das Trauma ist vorbei.« Die Differenzierung von Vergangenheit und Gegenwart ist eine notwendige Voraussetzung für angemessenes Verhalten im Alltag und für die Traumaverarbeitung. Bevor sich Personifikation und Präsentifikation erzielen lassen, wird die Überlebende Vergangenheit und Gegenwart verwechseln und auf einen traumanahen Reiz immer gleich, nämlich retraumatisiert, reagieren. Im *Therapieprozess* sind drei *Phobien* zu bewältigen: vor den dissoziativen Spaltungen, den Traumaerinnerungen und der Therapie als Ort der Konfrontation. Die Meidung der traumanahen, phobisch besetzten Reize verhindert die Traumaverarbeitung (Kügler, 2009). Die *Therapiemethoden* umfassen tiefenpsychologische, lerntheoretische und hypnotherapeutische Elemente (Reddemann, Hofmann & Gast, 2003; Reddemann, 2001, 2007; Kluft, 2000) sowie körpertherapeutische Ansätze (Fisher, 2009; Ogden, Minton & Pain, 2006).

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit: Persönlichkeitsanteile

Die dissoziativen Bewusstseinsspaltungen gerieren sich als zwei oder mehr *relativ eigenständige* Persönlichkeitsanteile: Anteile, die den Anschein von Normalität nach außen aufrecht erhalten, die so genannten »*Anscheinend Normalen Persönlichkeitsanteile*«, ANP, welche die Traumaerinnerungen und die damit verbundenen Persönlichkeitsanteile phobisch meiden und in der Gegenwart agieren. Als Residuen verblei-

ben die an die Traumaereignisse gebundenen so genannten *emotionalen Persönlichkeitsanteile*, EP, die sich als Gefühl, Affekt, Erinnerung, Traum, Gedanke, Körpergefühl oder innere Stimme, als kindliche Persönlichkeitsanteile zeigen, ohne indes Kinder zu sein (Shusta-Hochberg, 2004). Sie können als Affektdurchbruch von Wut, Trauer, Schmerz, Panik erscheinen, auch als selbstverletzendes Verhalten. Im Gegensatz zu den EP zeigen die ANP wenig oder kein Gefühl; sie repräsentieren das Sichzusammenreißen, die Angst vor dem Kontrollverlust, »dem inneren Chaos/der inneren Leere«. Die Anteile bilden *Handlungssysteme*; ANP-Systeme sorgen für reibungsloses Funktionieren in Beruf, Elternschaft, in der Nachtgestaltung (Schlaflosigkeit!); EP-Systeme regulieren u. a. die Verteidigung. Die Meidung der Traumaerinnerungen durch die ANP kann als eine der Ursachen für die Amnesie oder Teilamnesie der Überlebenden gelten. Hier zeigt sich auch eine (sekundäre) Schutzfunktion dissoziativer Zustände vor dem Überflutetwerden durch Traumaerinnerungen im Beruf oder im Kontakt mit den eigenen Kindern. Gelingt die Abspaltung der Traumaerinnerungen unvollständig, entstehen Leidensdruck, Verhaltensstörungen, Krankheiten. Ohne dass der Persönlichkeit die Spaltungen bewusst sind, kann sich durch innere Stimmen, Gefühle oder Gedanken ein (diffuses) Pluralgefühl einstellen. Sophinette Becker, Psychoanalytikerin und Leiterin der Sexualmedizinischen Ambulanz der Universität Frankfurt, beschreibt in einem Artikel über weibliche Perversionen einen jungen Mann-zu-Frau-Transsexuellen wie folgt: »Der sehr intelligente, sehr elaboriert,

aber unlebendig und affektlos sprechende Sohn (die Tochter) sprach ausnahmslos von ›wir‹ und wirkte dabei wie eine Barbie-Puppe« (Becker, 2002, S. 291).

Exakt so könnte ein junger Mann mit Dissoziativer Identitätsstörung imponieren. Hohe Intelligenz und Leistungsfähigkeit zeigen sich im Falle hoch strukturierter und koordinierten Zusammenwirkens verschiedener Persönlichkeitsanteile: »Ich bin viele«; viele können mehr als eineR. In die Therapie kommt in der Regel der ANP, der emotionslos wirkt. Ein Wir-statt-Ich-Gefühl ist für ICD F 44.81 typisch; hier müsste differenzialdiagnostisch nachgefragt werden.

Die Merkwürdigkeit der Beziehung von Müttern zu ihrem »transsexuellen Kind« beschreibt S. Becker wie folgt: »...sind mir auch einige Mütter sehr junger Mann-zu-Frau-Transsexueller (10 bis 15 Jahre alt) eingefallen, die in für mich erschreckender Weise ›total einig‹ mit ihrem Sohn über dessen transsexuellen Wunsch waren. Erschreckend deshalb, weil die Beziehungen dieser Mütter zu ihren Söhnen zwar manifest konfliktfrei auf mich wirkten, aber überhaupt nicht im Sinne der »seligen Symbiose« (Stoller, 1979, S. 182). Der Sohn erschien vielmehr wie ein sehr wertvoller Gegenstand, eine phantastisch funktionierende Maschine, deren wunderbare Leistung die Mütter beschrieben« (Becker, 2002, S. 291).

Eine derartig emotionslose Beziehung zwischen Eltern und Kind, der angedeutete Warencharakter der Beziehung lässt an gravierende Trau-

matisierung des Kindes denken (Herman, 2003), und die Beziehung Elternteil/Kind kann dann eine Täter-Opfer-Beziehung sein, eine Mittäter-Opfer-Beziehung oder Opfer-Opfer-Beziehung. Da sexuelle Traumatisierungen vor allem bei Ritualueller Gewalt oft generationenübergreifend stattfinden, so genannte »Bloodline-Traumatisierungen« (Noblitt & Perskin, 2000), kommen mit Mutter und Sohn unter Umständen zwei ANP in die Behandlung. Konfliktfrei zu erscheinen, ist deren Aufgabe. Das Kind muss roboterhaft funktionieren, falls es als »wertvoller Gegenstand« lukrativ sexuell ausgebeutet wird. Emotionsferne ist in derartigen Ausbeutungssystemen erwünscht, und bei Dysfunktionalität werden die Kinder als »wertlose Gegenstände« entsorgt. »Einige Mütter«, schreibt S. Becker; es handelt sich in ihrer Ambulanz also nicht um einen Einzelfall. Umso wichtiger wäre traumatherapeutische Differenzialdiagnostik.

Traumatherapie: Diagnostik

Die folgende Fallvignette – **Frau A mit sexueller Multifunktionsstörung** – zeigt, wie aus einer Sexualanamnese unversehens eine **Traumanamnese** werden und wie phobische Meidung des ANP von Traumaerinnerungen aussehen kann.

Frau A kam mit Ängsten und Depressionen ihr unbekannter Genese in meine Behandlung. Im allgemeindiagnostischen Screening nach ihrer Sexualität befragt, äußerte Frau A, früher regelmäßig nur bei der Selbstbefriedigung zum Höhepunkt gekommen zu sein; mit einem Mann habe sie noch nie einen Orgasmus gehabt. Auf meine Standardfrage, ob sie sexuelle Traumatisierungen erlebt habe, antwor-

tete sie, solche seien ihr nicht bewusst, sie wolle sie jedoch nicht völlig ausschließen; in einer früheren tiefenpsychologischen Therapie sei dieser Frage ergebnislos nachgegangen worden. In einer von mir daraufhin vorgeschlagenen gründlichen Sexualanamnese erzählte Frau A, bei ihrem letzten Orgasmus bei der Masturbation vor zwei Jahren habe sie unvermittelt eine Art »Stromstoß im Gehirn« erlebt, und ihr Körper sei plötzlich in ihrer Wahrnehmung in zwei Hälften auseinandergefallen. Sie habe sich so darüber erschrocken, dass sie seither nicht mehr masturbiert habe und inappetent geworden sei. Ihren ersten Geschlechtsverkehr habe sie »wie ein Roboter« erlebt, und wie es dazu kam, wisse sie nicht mehr genau.

Soweit das Erleben der Patientin, respektive ihres ANP. Unter traumatheoretischer Betrachtung gibt Frau A mit ihren verwaschenen Aussagen Hinweise auf Amnesien. Der »Stromstoß« scheint so gravierend gewesen zu sein, dass er Frau A's Sexualverhalten nachhaltig beeinflusst hat; er könnte ebenso wie das Zerfallen in zwei Hälften einen Bewusstseinswechsel von einem Anteil zu einem anderen oder eine Depersonalisationserscheinung gewesen sein. »Roboterhaft« verhält sich ein ANP (zeigt wenig Gefühle). Frau A ist sich ihrer Emotionen und der Kontrolle über ihre körperlichen Reaktionen unsicher, meidet u. U. phobisch, beides *wahrzunehmen* und sich einem Trauma und dissoziativen Spaltungen zu nähern. Frau A sprach erst auf Nachfrage über ihre Sexualität und bezeichnete das Erlebte als unheimlich, unbekannt, beängstigend. Falls eine frühe Traumatisierung stattgefunden hat, reagierte sie auf dieselben Reize immer gleich, ohne es zu wissen oder zu verstehen. Sie geriet in einen Circulus vitiosus, der zu depressiven Reaktionen führen kann (Kügler, 2011). Das Grauenvolle – wenn es denn geschehen ist – darf nicht erinnert werden; es ist

weder verdrängt noch vergessen, sondern dissoziiert und *kann* daher nicht ohne weiteres erinnert werden. Es handelt sich um dissoziative Amnesie, während (nicht zuzuordnende) Ängste und Depressionen in die Therapie führten.

Nijenhuis (2006) und (Van der Hart et al., 2008; s. a. Gast, Oswald, Zündorf & Hofmann, 2000) klassifizieren **Traumafolgestörungen** phänomenologisch nach zuviel/zu wenig, psychoform/somatoform sowie nach Gruppen: *Identitätsstörungen*, die sich aus dissoziativen Bewusstseinspaltungen bzw. der Existenz von ANP oder EP ergeben: »Ich weiß nicht, wer ich bin, habe nur Chaos/Leere in mir/Wir sind viele«. Veränderungen in Körperhaltung, Gestik, Mimik, Stimme oder Augenfarbe, Affektdurchbrüche oder plötzliche Gefühlskälte (sog. Alexithymie; zur Kritik dieses Begriffs s. Ahrens, 1988), ebenso Trauer, Panik- oder Schmerzsyndrome können Bewusstseinswechsel begleiten, auch Gähnen, Stimmlage, motorische Auffälligkeiten wie Zucken und anderes. Die Wechsel sind von außen zu erkennen, auch wenn sie den Überlebenden nicht bewusst werden. Weitere Traumafolgestörungen sind *Amnesien*, die bei etwa einem Drittel der Traumaüberlebenden vermutet werden (Frau F: »Ich erinnere mich nicht an die Geburt meiner Kinder«, nach Kügler, 2007, S. 63), Gedächtnislücken in der Gegenwart: »Zeit fehlt« sowie Fuguen und Konzentrationsstörungen. Es gibt *Depersonalisationssymptome*: »Sobald mich ein Mann berührt, stehe ich neben mir... Ich sehe mich von außen... schwebe beim Geschlechtsverkehr

über dem Bett.« *Derealisationen* bezeichnen Probleme mit der Wirklichkeit; es kommt zu einer Verwechslung von Zeit und Ort: Ein Trigger, eine Erinnerung (Flashback) lassen die Frau beim Koitus im Sekundenbruchteil den Partner der Gegenwart mit dem sexuellen Aggressor der Vergangenheit verwechseln und mit Schocksymptomatik – etwa Freezing – reagieren; sie verbleibt »steif wie ein Brett«. Weitere *Intrusionen* sind Albträume, filmartige Reinszenierungen von Traumasituationen, Schlafwandeln (nach Nijenhuis eine (re-)inszenierte Flucht vor dem Aggressor). Störungen des Körperschemas, Schmerzen, Kopfschmerzen und Migräne, Brennen, Stechen oder Analgesien sind häufige Begleiterscheinungen dissoziativer Symptome. Zungenbrennen, Reflux, Knotengefühl im Hals oder Atemnot, oft mit Todesangst verbunden, können Körpererinnerungen an orale Vergewaltigung im frühen Kindesalter sein; das Restless-leg-Syndrom (Herr B), Tics oder das Tourette-Syndrom können Lähmungen gegenüberstehen.

Legt ein erster klinischer Eindruck Traumafolgestörungen nahe, ist **weiterführende Diagnostik** in Form von validierten *Fragebögen und Interviews* (z. B. Strukturiertes Klinisches Interview zu dissoziativen Störungen SKID-D, Gast et al., 2000; Gast et al., 2006) und vertiefter *klinischer Beobachtung*, etwa von äußeren Anzeichen innerer Kämpfe bei der PatientIn, Unruhe und anderem mehr, angezeigt. Eine solche (Differenzial-)Diagnostik folgt Hypothesen mit *ergebnisoffener* Überprüfung. Traumatheoretisches Wissen dient der Verhinderung iatrogen induzier-

ter Antworten und von Retraumatisierungen. Die *Diagnosen* unterscheiden sich nach Posttraumatischer Belastungsstörung PTBS mit je einem ANP und einem EP, der zum Beispiel die dissoziierte Panik vor dem Trauma erlebt; bei Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (DSM-IV 300.15; ICD F 44.9) lassen sich hingegen ein ANP und mehrere EP differenzieren. Die Dissoziative Identitätsstörung ICD F 44.81 (DIS) mit mehreren ANP und mehreren EP ist die tertiäre und schwerste dissoziative Störung (Van der Hart et al., 2008). Differenzialdiagnostisch sind neben somatischen Erkrankungen Psychosen, histrionische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung und imitierte Dissoziative Identitätsstörung auszuschließen (Boon, 2005).

Störung der Geschlechtsidentität, der sexuellen Präferenz oder Dissoziative Identitätsstörung?

Bei dissoziativ gestörten Menschen mit Bewusstseinspaltungen kann es quasi automatisch zu den Phänomenen kommen, die in sexualtherapeutischen Behandlungen als **Gender Identity Disorders** (GID) diagnostiziert werden könnten.

Ich habe eine differenzialdiagnostische Differenzierung von »GID« und GID vorgeschlagen, um Phänomene dissoziativer Störungen, »GID«, die auf Traumafolgestörungen beruhen,

von solchen GID, die nicht auf Dissoziativen Störungen beruhen, zu trennen. Es gehört zum Wesen der Dissoziativen Identitätsstörung, dass Anteile einer Persönlichkeit subjektiv erlebt verschiedenem Sex oder Gender angehören können, unab-

Bei dissoziativ gestörten Menschen mit Bewusstseinspaltungen kann es quasi automatisch zu den Phänomenen kommen, die in sexualtherapeutischen Behandlungen als Gender Identity Disorders (GID) diagnostiziert werden könnten.

hängig von der somatischen Zuweisbarkeit des Körpers. Die Beziehung der Anteile zum Körper kann teilweise bestehen oder nicht vorhanden sein: »Dies ist nicht mein Körper. Ich weiß nicht, wer ich bin« (sic!). In *einem* Körper befinden sich weibliche, männliche und/oder androgyne Persönlichkeitsanteile mit homo-, bi- oder heterosexuellen Präferenzen, die wiederum diverse Paraphilien wie Sadomasochismus oder Pädosexualismus ausbilden können. »Der Körper« spricht abhängig von der Situation mit männlicher, weiblicher oder kindlicher Stimme. Eine meiner DIS-Patientinnen berichtete von Männerstimmen, die bei der Masturbation aus ihr heraus sprachen, wenn es zu Bewusstseinswechseln kam, während sie Flashbacks von Vergewaltigungen einer Fünfzehnjährigen durch mehrere Männer

hatte. Dem ANP fehlte die Kontrolle über diesen Ablauf; es handelte sich *nicht* um Fantasien (Kügler, 2008).

Die dissoziative Spaltung ist differenzialdiagnostisches Kriterium zwischen der Traumafolgestörung »GID« und anderen Gender-Störungen, nach deren Behebung die dissoziativen Spaltungen bestehen bleiben. – Die Spaltungen können sich bereits in der Kindheit als Traumafolgestörung zeigen. Phänomene des **Cross-Genderismus**, etwa Cross-dressing, können demnach Ausdruck einer dissoziativen Störung sein. »Nach meiner Ansicht«, schreibt der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker, »ist die frühe Feminität, also die mangelnde Geschlechtskonformität von später homosexuellen Männern, kein Zeichen einer Pathologie, sondern vielmehr Ausdruck der Integration weiblicher Anteile in eine ungestörte Männlichkeit« (Dannecker, 2010, S. 57). Korrekte Differenzialdiagnostik schliesse jedoch die Suche nach pathologischen Traumafolgestörungen ein. Der Sexualforscher Volkmar Sigusch nennt zahlreiche Ursachen für Cross-Genderismus unter Differenzialdiagnostik transsexueller Entwicklungen (Sigusch, 2007, S. 354); die dissoziativen Störungen fehlen als mögliche Ursache. Möller, Schreier, Li und Romer zitieren in ihrer Arbeit »Gender Identity Disorder in Children and Adolescents« immerhin zwei Untersuchungen zu Sekundärtraumatisierungen: »Coates and colleagues found that between 45 % and 78 % of mothers had experienced trauma or family dysfunction in the first 3 years of their child's life and were often emotionally unavailable or absent during that time« (Möller et al., 2009, S. 122). Die AutorInnen fin-

den bei einer beträchtlichen Anzahl untersuchter Kinder und jugendlicher Mütter, die traumatisiert und »emotionally unavailable«, d. h. emotional unerreichbar waren. Dannecker schreibt, dass der Geschlechtskörper uneindeutig sein kann und »dass keine chirurgische oder hormonelle Intervention eine andere Geschlechtsidentität herstellen kann« (Dannecker, 2010, S. 54) und propagiert das Aufgeben binärer Mann-Frau-Geschlechterrollen zugunsten eines Kontinuums zwischen zwei Polen M/F. Ergänzt man das Rollenmodell um eine dritte Dimension, die dissoziative (Gender-)Spaltung, wird ein Paradigmenwechsel vollzogen. Nach Dannecker werden die meisten Männer, welche als Kinder Zeichen einer Effeminierung aufweisen, später als Homosexuelle leben. Inwieweit die Präferenz einer Geschlechtsrolle eine dissoziierte Phobie vor einem Geschlecht oder einen dissoziierten männlichen Persönlichkeitsanteil darstellt, wäre differenzialdiagnostisch zu klären. Ich betone, dass es hier *nicht* – auch nicht implizit – um die Abschaffung von Homosexualität geht, sondern um die Heilung einer krankheitswertigen Traumafolgestörung. Einen solchen Prozess konnte ich bei einem meiner Patienten beobachten, der sich leidend nicht zwischen hetero- oder homosexueller Präferenz entscheiden konnte. Ein anderer Überlebender stellte fest, dass der pädosexuelle Druck, den er angesichts zwölfjähriger Mädchen bekommt, nicht vom (erwachsenen) ANP ausgeht, sondern zu einem zwölfjährigen EP gehört und einer Trauma-reinszenierung entspricht. Diese Differenzierung gelang erst nach rudimentärer Bearbeitung seiner Phobien.

Die Vergeblichkeit diverser traditioneller Therapieversuche in Richtung »Umerziehung« von Kindern mit Cross-Genderismus betonen Möller et al. (2009) und Sigusch (2007). Einen vergeblichen Therapieversuch schildert auch der Sexualtherapeut Bernd Meyenburg (2007) zum Thema **Transsexualismus**. Ich kontrastiere seine Falldarstellung mit einem traumatherapeutischen Behandlungskonzept.

Meyenburg beschreibt die Behandlung der zehnjährigen **Annette**, die an Enuresis leidet und außerdem ein Junge werden möchte und sich auch so verhält: »Als Mädchen auf die Welt gekommen sein, das ist gemein!« Am liebsten möchte sie »nicht da sein«; sie spreche am liebsten mit ihren Vögeln, »die tun nichts ausquasseln« (alle Zitate: Meyenburg, 2007, S. 337 f. und 343).

Traumatherapeutischer Kommentar: Warum es so schrecklich ist, ein Mädchen zu sein, muss offenbar geheim bleiben; nur bei den Vögeln ist das Geheimnis sicher; ein täterseitiges Schweigegebot kann hypostasiert werden. In dem Fall kann von (laufender) Traumatisierung ausgegangen werden. Man kann die Aussage des Mädchens als Hilferuf verstehen.

Annette kann sich nicht zwischen gelben und blauen Stiefeln entscheiden. Die Anmerkung Meyenburgs, gelb sei doch eher eine Mädchenfarbe als blau, wird von Annette voll Zorn zurückgewiesen; sie finde »diese Unterscheidung genauso »dämlich« wie die von blau und rosa für Jungen oder Mädchen«.

Kommentar: Entscheidungsprobleme sind im Falle dissoziativer Spaltungen an der Tagesordnung: Persönlichkeitsanteil 1 möchte die gelben Stiefel, Anteil 2 möchte gleichzeitig die blauen Stiefel; der

ANP ist überfordert. – Falls Annette dissoziativ gestört ist, geht Meyenburgs Kommentar, mit dem er bei der Farbbedeutung bleibt, tatsächlich ins Aus, was Annette »voll Zorn« ja wohl auch zeigt.

Eine traumatherapeutische Intervention könnte sein: Gibt es vielleicht in dir zwei Wünsche gleichzeitig, nämlich gelbe und blaue Stiefel zu tragen? Sofern es dissoziative Spaltungen gibt, käme diese Frage einer Wahrnehmung derselben gleich, und Annette hätte vielleicht überrascht, erleichtert, verschreckt oder auffällig unauffällig reagiert, vielleicht mit ja geantwortet. Entgegen einem Vorurteil sind dissoziative Spaltungen nicht durch eine solche Frage iatrogen »herzustellen«. Wenn es keine Spaltungen gibt, wird die Frage nicht verstanden oder ignoriert – was allerdings wegen Ängsten oder Amnesien noch kein schlüssiger Beweis für Nichtvorhandensein von Spaltungen ist. Die Spaltungen oder EPs müssten zur Kompromissfindung durch die Therapie Kontakt bekommen.

Die Eltern möchten, dass Annette nur wegen ihrer Enuresis behandelt werden soll. Sie sind hinsichtlich des Transsexualismus unkooperativ. Annette findet die Therapie über zwei Jahre nicht förderlich. »Sie ist mittlerweile 15 Jahre alt. Ihre Probleme bestehen weiterhin«, schreibt Meyenburg.

Kommentar: Das seltsame Verhalten der Eltern in puncto Transsexualismus könnte auf Täterschaft oder Mittäterschaft hinweisen: Die Eltern möchten nicht in die Tiefe gehen; das transsexuelle Verhalten stört sie nicht, es könnte vielleicht sogar zum sogenannten »Warencharakter« eines »verkauften« Kindes gehören. Vielleicht bleibt Annette in den Nächten, in denen sie einnässt, sexuell unbehelligt; sie müsste dann aus Selbstschutz dafür sorgen, dass dieses Symptom bestehen bleibt, während die Eltern es »weghaben« möchten. Wie es ihrem Kind geht, spielt eigentlich keine Rolle, ähnlich wie bei dem von Sophinette Becker (s.o.) beschriebenen Fall. Die Therapie stagniert. Traumatherapeutische Bearbeitung der Amnesien könnte den Missbrauch Annettes z.B. durch ihre Herausnahme aus der Familie beenden, und die Symptomatik verlöre ihre Funktion.

Auf eine dissoziative Störung – und damit auf Traumatisierung – weisen weitere auffällige Verhaltensweisen hin wie stark sexualisiertes Verhalten des Kindes, Einführung von Gegenständen in den Anus, Einnässen, Suizidversuch, Angst vor Ermordung der Eltern und vieles mehr (Literatur auf Anfrage). Das effeminierte Verhalten eines Jungen oder das maskulinisierte Verhalten eines Mädchens kann Ausdruck eines Hilferufes sein, wenn das Kind sexuell missbraucht wird. Das eigene Genitale, mit dem das Kind so schmerzhaft Erfahrungen macht, und damit das eigene Geschlecht sollen weg, sobald das Bewusstsein für solche Zusammenhänge entwickelt ist. Die Erfahrung zeigt, dass Kinder, die sexuellem Terror ausgesetzt sind, bis zu siebenmal vergeblich um Hilfe rufen (u. a. Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011).

Bei einer dissoziativen Identitätsstörung existieren querschnittartig mehrere, auch männliche und weibliche Persönlichkeitsanteile gleichzeitig nebeneinander, die in der Regel ihre Identität gar nicht wechseln möchten, während der/die Transsexuelle eine konsekutive, längsschnittartige Entwicklung von Frau zu Mann oder Mann zu Frau vollzieht. Die therapeutisch differierenden Konsequenzen liegen auf der Hand, wie die folgende Falldarstellung zu **Transsexualismus und Dissoziativer Identitätsstörung** zeigt.

Eine süddeutsche Klinik überwies mir 2010 Herrn B zur Behandlung einer dort diagnostizierten ICDF 44.81:

Vor etwa fünfzehn Jahren war bei Herrn B ICD F 64, Transsexualismus (TS), diagnostiziert worden. Er erhielt die erforderlichen beiden Gutachten, ließ Brüste und innere weibliche Geschlechtsmerkmale wegoperieren und seinen Personenstand ändern. Er nahm über mehrere Jahre Testosteron, so dass seine Erscheinung nun männlich ist. Er ließ die Geschlechtsumwandlung nicht komplett durchführen, weil ihn Zweifel befielen. Er stellte zum Beispiel fest, dass er Dinge tat, an die getan zu haben er sich nicht erinnern konnte, ohne von Amnesien zu wissen. Es passierte ihm etwa, dass er ein rosafarbenes Kinderspielzeug bei sich zu Hause fand und nicht wusste, wie und weshalb es in seinen Besitz gelangt war. Er vertraute sich niemandem an aus Angst, »verrückt zu sein«. Er selbst konnte sich auch andere dissoziative Symptome wie Intrusionen, innere Stimmen, Zeitverluste oder Konzentrationsstörungen, die bereits seit Kindheit bestanden, nicht erklären, teilweise hielt er die Symptome für normal, und sie waren während seiner TS-Behandlungen nicht als dissoziativ erkannt worden. Er war sich selbst unheimlich. Als ihn Zweifel an der Richtigkeit der TS-Diagnose befielen, verzichtete Herr B zunächst auf die anstehende Penisplastik-Operation. Als er an seinem Arbeitsplatz dekompenzierte, ließ er sich einweisen. Die richtige Diagnose und entsprechende Psychoedukation führten in der Klinik zu einem ersten Verstehen der Vorgänge.

Ein erwachsener männlicher Persönlichkeitsanteil, ein homosexueller ANP, hatte vor fünfzehn Jahren die Umwandlung von Frau zu Mann betrieben. Er wollte mit Weiblichkeit nichts mehr zu tun haben. Er wurde von einem weiblichen jugendlichen EP unterstützt, der sein weibliches Genitale als Quelle unsäglicher Schmerzen hasste. Die Persönlichkeitsanteile von Herrn B, die einen Wechsel des Sex oder Gender anstrebten, waren von Phobien geletzt. 2010 musste ein ANP zu seiner Verzweiflung erkennen, dass es in ihm weibliche EP gab, die ihn wegen der Operationen umbringen oder sich selbst töten wollten. Neben Suizidalität machten ihm Verzerrun-

gen von Zeit und Realität zu schaffen, die zu Desorientierung und zur Desorganisation der Persönlichkeit mit Verwirrung von Gedanken und Erleben führten. Das geschieht bei Herrn B in Gestalt von Intrusionen, die täglich wiederkehren und ihm den sexuellen Terror seiner Kindheit quälend präsent erscheinen lassen. Die Konsequenzen der TS-Behandlung stellen nun eine zusätzliche Traumatisierung dar.

Traumatherapeutisch steht bei Herrn B die Stabilisierung im Fokus – besonders im Hinblick auf die Suizidgefährdung –, und zwar durch Herstellung von Kobewusstsein durch Kontaktaufnahme mit den inneren Kampfanteilen. Ein ANP kannte zunächst nur einen anderen Persönlichkeitsanteil, nach einem halben Jahr kannte er etwa dreißig. Die ANP sollen lernen, dass sie im Körper nicht allein sind, und die EP sollen die Zeiten unterscheiden und

werden gebildet. Zentral ist Alltagsbewältigung durch Strukturierung des Innenlebens, auch mithilfe ergotherapeutischer, medizinischer und sozialpsychiatrischer Maßnahmen. Traumata aufzudecken oder zu bearbeiten spielt nur insofern eine Rolle, als Psychoedukation dies erfordert. Herr B kommentierte diesen Text mit den Worten: »Wir sind zufrieden, weil, es soll anderen nicht auch so passieren.«.

Perversion und dissoziative Folgestörungen extremer Gewalt

Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung sind immer Überlebende extremer Gewalt in allen möglichen sozialen Zusammenhängen, welche leider oft »übersehen«, gelegnet, ignoriert werden.

Nach Expertenschätzungen sind 10 bis 25 % der sexuell terrorisierten Menschen, die Behandlung suchen, Überlebende Ritueller Gewalt (Definition s. Becker & Fröhling in Becker, 2008b; Noblitt & Perskin 2000). Die therapeutische Arbeit mit den Überlebenden erfordert Kenntnis der Traumafolgestörungen und darüber hinaus der Vorgehensweisen von Tätern, und zwar – was auf der Hand

liegt – vor allem im Fall von Perversionen.

S. Becker (2002, S. 293) berichtet von dem Fall einer multimorbiden Frau, »bei dem nicht nur eindrucksvoll deutlich wird, wie einst passiv erlittene Gewalt in perverse Manipulation und Zerstörung des eigenen Körpers umgesetzt wird, sondern auch, wie Ärzte zu Komplizen

Nach Expertenschätzungen sind 10 bis 25 % der sexuell terrorisierten Menschen, die Behandlung suchen, Überlebende Ritueller Gewalt.

sich durch Distanzierung vom Traumaschehen in der Gegenwart einigermaßen sicher fühlen können. Ein inneres Helfersystem und erste »Kleingruppen« (wer geht mit einkaufen, wer bestimmt wann den Einkaufszettel, denn die »Kinder« kaufen nur Pudding und Spielzeug)

Trauma-Institut-Leipzig



Das SPIM-20-KT-Modell u.a. Fortbildungen im Bereich Komplextrauma / Dissoziation bei men-made-desasters bspw. als Spätfolgen von Krieg, sexueller Gewalt, körperlichen Züchtigungen in der Familie, sadistischen oder rituellen Gewaltqualen
Sonderseminare zu o. g.

Thematiken:

Dr. Alison Miller (Kanada)

sexuelle und rituelle Gewalt,
mind control
07.-08. September 2012

Dr. Suzette Boon (NL)

Diagnostik und Trainingsmodell für
traumatisierte / dissoziative Patienten
14.-15. Dezember 2012

DP Irina u. Dr. Ralf Vogt (BRD)

Einführung Komplextrauma und
dissoziative Störungen (SPIM-Modell)
- auch als Schnupperkurs -
für Fortbildungszyklen nutzbar
24.-25. November 2012

Dr. Colin Ross (USA)

TMT-Modell bei programmierten /
dissoziativen Patienten
15.-16. März 2013



o.g. Traumasymposium u. a. mit:
Prof. J. Freyd (USA), F. Waters (USA),
E. Nijenhuis (NL), E. Somer (IL)
u.v.a.

www.traumapotenziale.de

Alle Abstracts, Vitas, Infos:
www.traumainstitutleipzig.de
www.traumapotenziale.de

Anfragen:
info@traumainstitutleipzig.de

im perversen Szenario werden können«. Die Patientin sorgte nicht nur dafür, dass ein Abszess an der rechten Hand, mit der sie als Kind ihren Onkel sexuell befriedigen musste, nicht heilen konnte...

Traumatherapeutischer Kommentar: Weil vielleicht niemand den EP wahrgenommen hat, der den Abszess als Selbstschutz vor dem Masturbieren des Onkels brauchte? Könnte es sich um eine somatoforme Traumafolgestörung handeln?

...einigen weiteren Traumatisierungen ausgesetzt, begann sie plötzlich auch noch, sich Blut abzuzapfen. »Diese Manipulationen hätten, betont die Patientin, nichts mit Sexualität zu tun, es sei mehr wie eine Sucht, wenn sie es gemacht habe, fühle sie sich entspannt« (Borens, 1998, S. 161; bei Becker, 2002, S. 294).

Kommentar: Sich Blut abzuzapfen ist in bestimmten satanistischen Kreisen üblich, wo Teilnehmer rituellen, meist auch sadistisch-sexuellen oder kinderpornografischer Veranstaltungen ihnen selbst oder anderen Menschen oder Tieren abgezapft Blut oder Blut von Schlachtopfern trinken (Fröhling, 1996/2008; Noblitt & Perskin, 2000; Ross, 1995). Es handelt sich um die Instrumentalisierung der Kinder zum Zweck der Befriedigung perverser Neigungen der GewalttäterInnen.

Überlebende wie die oben geschilderte Patientin haben ANPs, die einem amnestisch abgespaltenen, traumanahen EP ausgeliefert sind. Der EP zapft sich auf bestimmte Trigger hin Blut ab, Trigger, die auf der Verwechslung von Vergangenheit und Gegenwart beruhen – oft sind es Versagensängste mit Schuldgefühlen und Angst vor Strafe, die zu einem Bewusstseinswechsel führen können: »Wenn ich versage, werde ich

getötet«. Um nicht bestraft zu werden, erfolgt der Wechsel zum Blut abzapfenden EP, der als Teil des Verteidigungssystems aktiviert wird: »Ich muss meine Aufgabe erfüllen, und meine Aufgabe ist das Blutabzapfen.« Auch Kultgegenstände wie rote Rosen, manchmal nur bestimmte, mit Trauma verbundene Farben können Trigger sein (s. auch Frau F in Kügler, 2007, S. 63: Vollmondnächte als Trigger). Die Auslöser und die Wechsel können für den ANP (für die Patientin) der Amnesie unterliegen. Der EP wird auf den Auslöser hin wie ein Automat tätig, was die betroffene Person, wie hier vorgestellt, als Sucht empfinden kann, weil ihr die Selbstkontrolle fehlt. Der EP verschwindet nach Beendigung der Tat; ein Bewusstseinswechsel befördert einen entspannten Anteil nach vorn; Unheil erscheint abgewendet. Es könnte sich beim Blutabzapfen also um ein Produkt einer Verwechslung von Situationen, von Vergangenheit und Gegenwart handeln. Blut hat im rituellen Kontext eine kultische Bedeutung. Das Abzapfen muss also, wie die Patientin sagt, tatsächlich nichts mit Sexualität zu tun haben, oder der Zusammenhang fehlt dem ANP. Ob diese Handlung in traditionellem Sinn als Perversion diagnostiziert werden kann, ist fraglich. In der Traumasituation wurde das Blutabzapfen durch die perversen Täter vom Überlebenden verlangt, und dort/damals hätte die Lebensgefahr in der Handlungsverweigerung bestanden. Die Gefährdung in der Gegenwart ist die Anämie. Der ANP muss zwecks Kontrolle Ko-Bewusstsein herstellen und die Amnesien überwinden. Wirksame Verhaltensänderung wird möglicherweise nur durch traumatherapeutische Arbeit erreicht.

Vergleichbares gilt für die bei S. Becker (2002, S. 296f) zitierte Patientin von Wolfgang Berner, Psychoanalytiker und emeritierter Leiter des Instituts für Sexualforschung und forensische Psychiatrie in Hamburg, »die Katzen und Vögel tötete, dabei sexuell erregt war und anschließend masturbierte und gelegentlich auch das Blut der sterbenden Tiere trank«, und weitere bei Becker zitierte Fälle weiblicher Perversion. Die Tötung von Tieren und Menschen, auch dazu eigens gezeugten Säuglingen, kommt aus kultischen Gründen vor, und die Kinder, die diese Taten vollziehen müssen, bilden entsprechende Persönlichkeitsanteile heraus, die lebenslang getriggert werden können (Becker, 2008 b; Ross, 1995; Noblitt & Perskin, 2000). Die Traumanähe ist den ANP der Überlebenden nicht bewusst, so dass sie ihre Handlungen selbst weder verstehen noch kontrollieren können. Auch bei PatientInnen mit Selbstbeschädigungen wie Schneiden, Verbrennen, Verätzen (Becker, 2002, S. 293) verhindert der Paradigmenwechsel zur Strukturellen Traumatherapie, dass Ärzte, wenn auch unwissentlich, zu »Komplizen im perversen Szenario werden« (Becker, 2002, S. 293).

»Sexuelle Sucht« und dissoziative Störungen

»Sexuelle Sucht« oder Obsessionen bezüglich Koitusfrequenz, Masturbation oder Pornografiekonsum hat sich in meiner Praxis wiederholt als das roboterhafte Verhalten von Überlebenden herausgestellt, die an dissoziativen Störungen litten, die

nicht aufscheinen durften (zur Definition und Fragwürdigkeit der Diagnose »sexuelle Sucht«: Wörmann, 2010). Die »Sucht« als Ausdruck fehlangepassten Aktivationsniveaus maskiert die Traumafolgestörungen, und wenn diese im Schutz der Therapie zunehmend *wahrgenommen* werden können, verliert das sexuelle Symptom an Bedeutung. Ein – homosexueller – Überlebender **Herr C** mit der Diagnose DDNOS/ICD F 44.81-V konnte aufhören, sich nach seiner Aussage »suchtartig« in gefährlicher Weise an Autobahnen zu prostituieren, nachdem eine der Amnesie unterliegende Traumatisierung und ein damit verbundener traumanaher Persönlichkeitsanteil deutlich und weniger bedrohlich wurde. Herr C beendete die Therapie, als es ihm besser ging, ohne dass meine Verdachtsdiagnose verifiziert oder seine Traumata weiter bearbeitet werden mussten. Vor der Therapie stark beziehungsgestört, traf Herr C während der Therapie einen Partner, den er sogar heiratete. Er kam beruflich und privat auch mehrere Jahre später noch gut zu recht. Eine weitere Patientin behielt lieber ihre »Sextsucht«, wie sie es nannte – täglich mehrmals Geschlechtsverkehr auszuüben –, als sich mit ihrem durch EMDR (Hofmann, 2004) aus der Amnesie auftauchenden sexuellen Missbrauchserleben zu befassen. Der ANP handelt zwecks Abwehr von Taumerinnerungen; der Gesamtpersönlichkeit hingegen fehlt die Kontrolle. Einer meiner Patienten hat »Zeitlücken«, während er »wie süchtig« bei Pornofilmen masturbiert. Auch hier entpuppt sich die »Sucht« allmählich als Decksymptom für erhebliche dissoziative Persönlichkeitsspaltungen.

Schlussbemerkungen

Die Effizienz der Traumaforschung kann nicht mehr ignoriert werden (Ellason & Ross, 1997; Nijenhuis, 2006; Van der Hart et al., 2008; Matthes et al., 2006; Reinders et al., 2003; Gast et al., 2006; Nijenhuis, Ehling & Krikke 2002). Die Theorie der Strukturellen Dissoziation erscheint nicht nur hinsichtlich Diagnostik und Therapie, sondern auch für Prophylaxe indiziert, etwa Therapie und Rückfallprophylaxe bei Sexualstraftätern und Pädosexuellen! Beratungseinrichtungen können z. B. Frauen mit Mehrfachabtreibungen auf Traumafolgestörungen screenen, um adäquate Behandlung einzuleiten. Die als Kind sexuell terrorisierte Marilyn Monroe etwa hatte siebzehn Schwangerschaftsabbrüche – keinen Kinderwunsch, vielleicht aber dissoziative Störungen.

Ein integrativer, Traumafolgestörungen erfassender Ansatz ist auch für die Behandlung nicht-sexueller Symptome erforderlich. Dissoziative Störungen sind keine Glaubensfrage. Erst ihre *Wahrnehmung* ermöglicht eine neue Sichtweise, einen Paradigmenwechsel zur Überprüfung der Kriterien für Diagnose, Indikationsstellung, Planung und Durchführung von Therapie und Beratung, des Methodeninventars und der Effizienz. Forschung ist erforderlich, um den ethischen und ökonomischen Zielvorstellungen von Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

Systemische Traumapädagogik und Traumafachberatung
Zertifizierte Weiterbildung ab April 2013
Leitung:
Renate Jegodtka
Peter Luitjens
Cornelia Götz-Kühne
Im Erziehungsalltag treffen Sie immer wieder auf Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, die traumatische Erfahrungen gemacht haben. Hier soll diese 16 monatige Fortbildung unter dem Themenkomplex "Traumapädagogik" gezielt für Unterstützung sorgen, so dass der alltägliche Umgang mit traumatisierten Menschen besser gelingen kann.
Start:
22. - 24. April 2013
5 x 3 Tage und 1 x 2 Tage
Kosten:
2.124,- Euro
zahlbar in 18 monatlichen Raten à € 118,-
Ausführlich informiert Sie unsere Homepage:
www.kasselerinstitut.de
Gern stehen wir Ihnen auch persönlich für ein Orientierungsgespräch und Ihre Fragen zur Verfügung
Kasseler Institut für Systemische Therapie und Beratung e.V.
Goethestraße 76, 34119 Kassel
Tel.: 0561 816 56 00
info@kasselerinstitut.de

www.klett-cotta.de/lebenlernen



NEU

Stefanie Weimer, Maureen Pöll
Burnout – ein Behandlungsmanual
Baukastenmodell für Einzeltherapie und Gruppen, Klinik und Praxis
139 S., inkl. CD mit Arbeitsblätter
€ 22,95 (D) · ISBN 978-3-608-89123-2

Stefanie Weimer, Maureen Pöll
Burnout – ein Behandlungsmanual
Baukastenmodell für Einzeltherapie und Gruppen, Klinik und Praxis

Burnout: Innere Erschöpfung überwinden

Leben 
LERNEN
Klett-Cotta

Bestellen Sie bei www.klett-cotta.de
Wir liefern portofrei nach D, A, CH

Structural Dissociation and Sexual Disorders – A plea for Shifting Paradigms in Practice Research of Psychotherapy

Summary

Integrating elements of trauma therapy into treatments of depth psychology, behavior and sex therapy may lead to a paradigm shift valid to new pathways in psychotherapy in general as is exemplarily shown by case studies of sex therapy. The Theory and Therapy of Structural Dissociation (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) is described briefly. The integration of a sex- and traumatherapeutic anamnesis is illustrated by the case of a female patient with multiple sexual dysfunctions. The Traumatherapeutic differential diagnosis can be existentially important which is demonstrated by a survivor's case suffering from DID (ICDF 44.81) who had previously been misdiagnosed and treated as female-to-male transsexual. Further case studies of patients suffering from perversion, gender identity disorders and »sex addiction« as well as survivors of ritual abuse, taken either from sexologic publications or the author's own practice, are revised from a trauma therapeutic point of view.

Keywords

Sex Therapy, Sexual Disorders, Transsexualism, Trauma, Dissociation, Dissociative Identity Disorder, Ritual Abuse

Zur Person



*Dipl.-Psych. Elke Kügler
Psychologische Psychotherapeutin
VT
Psychotraumatologie DeGPT,
EMDR- EMDRIA, Sexualtherapie
DGfS, Hypnotherapie, Spezialisierung
auf dissoziative Störungen*

Kontaktadresse

*Dipl.-Psych. Elke Kügler
Klopstockplatz 1
22765 Hamburg-Ottensen/Ecke
Elbchaussee 2
Tel.: +49(0)40 43 18 04 11
kuegler@traumanord.de*

Literatur

- Ahrens, S. (1988). Die instrumentelle Forschung am instrumentellen Objekt. Zur Kritik der »Alexithymie«-Forschung. *Psyche*, 42(3), 225–241.
- Becker, S. (2002). Weibliche Perversion. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 15, 281–301.
- Becker, T. (2008a). Organisierte und rituelle Gewalt. In C. Fliß & C. Igney (Hrsg.), *Handbuch Trauma und Dissoziation. Interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen*. Lengerich: Pabst.
- Becker, T. (2008b). Re-Searching for New Perspectives: Ritual Abuse/Ritual Violence as Ideologically Motivated Crime. In R. Noblitt & P. Perskin: *Ritual Abuse in the 21st Century – Psychological, Forensic, Social, and Political Consequences* (pp. 237–260). Banden, Oregon: Reed Publishers.
- Boon, S. (2005). Unterschiede zwischen Patienten mit DIS, DDNOS, PTBS, BPS, Histrionischer Persönlichkeit und Patienten, die eine DIS imitieren. SKID-D. Symptom-Profile und Begleitsymptomatik. Unveröffentlichtes Manual. Psychotraumatology Institute Europe, Duisburg.
- Dannecker, M. (2010). Geschlechtsidentität und Geschlechtsidentitätsstörungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 1, 53–62.
- Ellason, J. W. & Ross, C. A. (1997). Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 832–39.
- Ellenberger, H. F. (1996). *Die Entdeckung des Unbewussten*. Bern: Huber.
- Fisher, J. (2009). Trauma und Körper. Eine Einführung in die körpertherapeutische Arbeit mit komplex-traumatisierten PatientInnen. Unveröffentlichtes Manual. Psychotraumatology Institute Europe, Duisburg.
- Fröhling, U. (1996/2008). *Vater unser in der Hölle: durch Inzest und den Missbrauch in einer satanischen Sekte zerbrach Angelas Seele* (überarb. u. aktualis. Neuauf., Bd. 61 625: Erfahrungen). Bergisch-Gladbach: Bastei-Lübbe-Taschenbuch.
- Gast, U., Oswald, T., Zündorf, F. & Hofmann, A. (2000). SKID-D. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Dissoziative Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E. R. S., Reddemann, L. & Emrich, H. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), 3193 ff.
- Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.). (2011). *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs*, Dr. Christine Bergmann. Zugriff am 19. 5. 2012. Verfügbar unter http://beauftragter-missbrauch.de/file.php/136/Abschlussbericht_UBSKM.pdf
- Herman, J. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Hofmann, A. (2004). EMDR bei schweren dissoziativen Störungen. In: L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme.

- Hüther, G. (2002). Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Zugriff am 19. 5. 2012 unter www.agsp.de/UB_Veroeffentlichungen/Aufsätze/Aufsatz_34/hauptteil_aufsatz_34.html
- Kluft, R. (2000). The Psychoanalytic Psychotherapy of Dissociative Identity Disorder in the Context of Trauma Therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 259–286.
- Kügler, E. (2007). Chronisch Traumatisierte, Strukturelle Dissoziation und Sexualität. Praxisbericht über integrierte Traumatherapie, Verhaltens- und Sexualtherapie. *Trauma&Gewalt*, 1(2).
- Kügler, E. (2008, April). Handout zum Vortrag beim Ersten Internationalen Kongress der European Society for Trauma and Dissociation (ESTD), »Chronic Traumatization: Disrupted Attachment and the Dissociative Mind«, 17.–19. April 2008. Unveröffentlichtes Manuskript, Amsterdam. Verfügbar unter kuegler@traumanord.de
- Kügler, E. (2009). Die Phobie vor dem Trauma. Ein traumatherapeutisches Dialogbeispiel. *Trauma&Gewalt*, 3(1), 78–80.
- Kügler, E. (2011). Zur Phobie vor den inneren Spaltungen. Entscheidungshilfen in der Traumatherapie. *Trauma & Gewalt*, 5(1), 79–81.
- Laxness, H. (1980). Zeit zu schreiben. Frankfurt am Main: Fischer TB, 103 f.
- Matthess, H., Hummel, H., Hofmann, A. & Dörr R. (2006). The Concepts of Trauma and Dissociation in the German Language Area. Routledge: The Haworth Press. Verfügbar unter <http://www.haworthpress.com/web/JTP>
- Meyenburg, B. (2007). Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In V. Sigusch (Hrsg.), *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Möller, B., Schreier, H., Li, A. & Romer, G. (2009). Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric Health Care*, 39, 117–143.
- Nijenhuis, E. R. S. (2006). Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. Paderborn: Junfermann.
- Nijenhuis, E. R. S., Ehling, T. & Krikke, A. (2002, 2, 2–11 u. 2, 62–69). Hippocampal volume in florid and recovered cases of DID, DDNOS, and healthy controls: Three MRI studies. *Proceedings of the 19th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation*, Baltimore, USA. November 9–12, p. 43.
- Nijenhuis, E. R. S. & Mattheß, H. (2007). Traumabezogene Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit, *Psychotherapie im Dialog*, 7(4), 393–398.
- Noblitt, J. R. & Perskin, P. S. (2000). *Cult and Ritual Abuse. Its History, Anthropology And Recent Discovery In Contemporary America*. New York: Praeger.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2007). *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren (Leben lernen, 141). Stuttgart: Pfeiffer.
- Reddemann, L. (2007). Traumafolgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart: Trias.
- Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.). (2003). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Paans, A. M. J., Korf, J., Willemsen, A. T. M. & den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *NeuroImage*, 20(4), 2119–2125. Verfügbar unter www.sciencedirect.com
- Richter-Appelt, H. (2007). Psychotherapie nach sexueller Traumatisierung. In V. Sigusch (Hrsg.), *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Ross, C. (1995). *Satanic Ritual Abuse. Principles of Treatment*. Toronto: University of Toronto Press.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV*. Übersetzung und Bearbeitung der 4. Aufl. des DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Shusta-Hochberg, S. R. (2004). Therapeutic Hazards of Treating Child Alters as Real Children in Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(1), 13–27. Zugriff am 19. 5. 12 unter <http://www.haworthpress.com/store/product.asp?sku=J229>
- Sigusch, V. (2007). Transsexuelle Entwicklungen. In V. Sigusch (Hrsg.), *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008). Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.
- Wörmann, V. (2010). Impulsivität und »sexuelle Sucht«. Ein empirischer Vergleich der sogenannten »Sexsucht« mit Störungen der Impulskontrolle und Alkoholabhängigkeit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 1, 36–52.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Margret Hauch für ihre solidarische Unterstützung.