

DAS GANZE IST MEHR ALS DIE SUMME SEINER TEILE!

Der Kontaktprozess und das Traumakonzept der strukturellen Dissoziation
nach Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis & Kathy Steele

Abschlussarbeit im Rahmen der berufsbegleitenden Ausbildung
„Gestalttherapie für Kinder und Jugendliche“
am Symbolon-Institut, Nürnberg

von
Brit Mehler
Goethestr. 31 • 91054 Erlangen

Inhalt

1 EINLEITUNG	
1 ÜBER DIESE ARBEIT.....	1
2 GESELLSCHAFTLICHE ASPEKTE	
2 TRAUMATISIERUNGEN IN UNSERER GESELLSCHAFT.....	4
3 BEGRIFFSKLÄRUNGEN	
3 WANN WIRD EIN ERLEBNIS ZUM TRAUMA.....	8
3.1 TRIGGER & FLASHBACKS.....	11
3.2 DER BEGRIFF DER DISSOZIATION.....	12
3.2.1 <i>Der Dissoziationsbegriff in der Gestalttherapie</i>	13
3.2.2 <i>Der Dissoziationsbegriff nach Onno van der Hart et al.</i>	15
4 DAS MODELL DER STRUKTURELLEN DISSOZIATION	
4 DAS MODELL DER STRUKTURELLEN DISSOZIATION.....	16
4.1 SPEZIFISCHE MERKMALE VON ANP UND EP.....	19
4.2 PRIMÄRE, SEKUNDÄRE & TERTIÄRE STRUKTURELLE DISSOZIATION.....	20
4.2.1 <i>Die Primäre Strukturelle Dissoziation</i>	21
4.2.2 <i>Die Sekundäre Strukturelle Dissoziation</i>	22
4.2.3 <i>Die Tertiäre Strukturelle Dissoziation</i>	24
4.3 AUSWIRKUNGEN DER STRUKTURELLEN DISSOZIATION.....	25
4.3.1 <i>Bindungsorganisation bei chronisch traumatisierten Kindern</i>	26
4.3.2 <i>Verdrängung und aktive Vermeidung</i>	27
5 DAS SELBST IN DER GESTALT THERAPIE	
5 DAS SELBST IN DER GESTALT THERAPIE.....	28
5.1 DIE ICH-FUNKTIONEN.....	30
5.2 FUNKTIONSSTÖRUNGEN DES SELBST DURCH TRAUMATISIERUNGEN....	31
5.3 DAS VERFOLGTE SELBST.....	32
5.4 MÖGLICHE SPALTUNGEN NACH CHRONISCHER TRAUMATISIERUNG.....	33
6 DER KONTAKTPROZESS AN DER INTRAPSYCHISCHEN GRENZE	
6 DER KONTAKTPROZESS AN DER INTRAPSYCHISCHEN GRENZE	36
7 KONTAKTUNTERBRECHUNGEN	
7 KONTAKTUNTERBRECHUNGEN	40
7.1 DIE VERMEIDUNGSFORMEN NACH MARTINA GREMMLER-FUHR.....	44

8	KONTAKTUNTERBRECHUNGEN NACH TRAUMATISIERUNGEN	
8	KONTAKTUNTERBRECHUNGEN NACH CHRON. TRAUMATISIERUNGEN ..	45
8.1	INNERE KONFLUENZ.....	46
8.2	INTROJEKTION.....	47
8.3	PROJEKTION.....	49
8.4	RETROFLEKTION.....	52
9	GESTALT THERAPIE UND TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN	
9	GESTALT THERAPIE UND TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN	53
9.1	DIE WIRKFAKTOREN DER GESTALT THERAPIE.....	55
9.1.1	<i>Heilung Aus der Beziehung.....</i>	57
9.1.2	<i>Den Pränanzprozess unterstützen</i>	59
9.1.3	<i>Förderung der Organismischen Integration.....</i>	60
9.1.4	<i>Ausweitung von Bewusstheit.....</i>	61
9.1.5	<i>Problemlösung durch Kreativität</i>	63
9.1.6	<i>Regulation des Selbstwertgefühls.....</i>	64
9.1.7	<i>Im Hier & Jetzt arbeiten.....</i>	66
9.1.8	<i>Zum Ausdruck bringen</i>	68
9.1.9	<i>Entdecken und Erfahren lassen.....</i>	69

*"Trauma ist möglicherweise die am meisten angefochtene,
ignorierte, verharmloste, verleugnete, missverstandene
und nicht behandelte Ursache für menschliches Leiden"*

(Peter A. Levine: Healing Trauma Study Guide)

1 Über diese Arbeit

Diese Arbeit wird vermutlich dem ersten Eindruck nach keine ausschließlich „gestalttherapeutische Auseinandersetzung“ mit der komplexen Thematik von schweren Traumafolgestörungen sein. Denn es wird auf den ersten Seiten darum gehen, das Konzept der strukturellen Dissoziation, das die niederländische Forschergruppe um Onno van der Hart in ihrem Buch "das verfolgte Selbst" ausführlich darlegt und das eher verhaltenstherapeutisch orientiert ist, in aller Kürze vorzustellen und zu erklären.

Dieses Modell verbindet die Beobachtungen von Pierre Janet mit neuesten Erkenntnissen der Psychotraumatologie. Onno van der Hart und Ellert Nijenhuis gelten inzwischen als zwei der weltweit führenden Traumaforscher. Manch einem Gestalttherapeuten mag dieses Modell der strukturellen Dissoziation als zu „starr“ erscheinen, ein zu festes Schema aufweisen oder traumatisierte Menschen scheinbar diagnostisch „in Schubladen zu stecken“. Ich bin jedoch anderer Ansicht. Dieses Buch sollte meines Erachtens nach ein Therapieschulen übergreifendes Standardwerk werden, da es die weitreichenden und schweren Auswirkungen chronischer Traumatisierungen auf die Persönlichkeitsstruktur und die damit verbundene innere Dynamik schlüssig und gut verständlich darlegt. Bereits beim Lesen der ersten Seiten werden darüber hinaus viele Parallelen zu wesentlichen Ansätzen der Gestalttherapie deutlich.

Dieses Buch hat mir geholfen, die dissoziationsbedingte „innere Zerrissenheit“ und die damit verbundene intrapsychische Dynamik, in einem „traumatisierten Selbst“ oder wie van der Hart et al. es als „verfolgtes Selbst“ bezeichnen, zu verstehen. Dieser „tiefere Zugang“ sowie die in meinen Augen deutlichen Parallelen zu gestalttherapeutischen Ansätzen brachte mich auf die Idee, den „intrapsychischen Kontaktprozess“ zwischen einzelnen Persönlichkeitsanteilen bei struktureller Dissoziation nach chronischen Traumatisierungen in meiner Abschlussarbeit genauer zu untersuchen.

Gerade die Gestalttherapie verfügt über eine Vielzahl von Wirkfaktoren und Methoden, die sich für die Therapie von Traumafolgestörungen und struktureller Dissoziation hervorragend eignen, um das durch die Traumatisierung "zersplitterte Selbst", das die Verbindung zu manchen seiner Teile verloren hat, wieder zu einem Ganzen zusammenzufügen, das mehr als die Summe seiner Teile ist. Zu nennen sind unter anderem Awareness-Übungen sowie die integrative Arbeit mit Aspekten des Selbst, auf die ich noch eingehen möchte, indem ich das Spannungsfeld an der intrapsychischen Kontaktgrenze zwischen einzelnen Persönlichkeitsanteilen näher untersuche.

Meines Erachtens nach ist es gerade nach chronischen Traumatisierungen sehr wichtig dieses Spannungsfeld an der inneren Kontaktgrenze zu berücksichtigen, da die intrapsychische Dynamik den Kontakt an der Grenze zwischen Organismus und Umweltfeld unmittelbar beeinflusst. Aus diesem Grund möchte ich den Ansatz und das Modell der strukturellen Dissoziation nach Onno van der Hart et al. vorzustellen, da dieser wissenschaftliche Ansatz diese innere Dynamik hervorragend erklärt.

Auf Grund der Komplexität des Themas und der weitreichenden und schweren Folgen, die chronische Traumatisierungen hervorrufen, muss ich jedoch grundlegendes Wissen z.B. über Diagnosekriterien und Traumafolgen im Sinne einer PTBS voraussetzen. Willi Butolo, Marion Krüsmann & Maria Hagl widmen sich diesem Thema in ihren Büchern "Leben nach dem Trauma" sowie „Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung“ unter anderem ausführlich. Auch werde ich im Rahmen dieser Arbeit auf viele jedoch nicht weniger wichtige Aspekte, wie z.B. Bindungsstörungen, Stabilisierungsmethoden etc. leider nur am Rande eingehen können.

Des Weiteren werde ich mich darauf beschränken, mich mit den intrapsychischen Folgen nach chronischen Traumatisierungen, wie sie durch Gewalt oder sexuellen Missbrauch im sozialen Nahbereich entstehen, auseinanderzusetzen, da komplexe Traumatisierungen durch zwischenmenschliche Gewalt, weitreichendere und andere Folgen für die Persönlichkeit haben, als z.B. ein Unfall. Sie erschüttern die gesamte Persönlichkeit.

Nach dem Modell der strukturellen Dissoziation kann durch chronische Traumatisierung in der Kindheit in vielen Fällen eine sekundäre strukturelle Dissoziation entstehen. Ich werde mich daher in dieser Arbeit darauf konzentrieren den Kontaktprozess speziell bei dieser Form der strukturellen Dissoziation zu untersuchen. Die primäre und die tertiäre strukturelle Dissoziation möchte ich der Vollständigkeit halber aber am Rande erwähnen.

Auch kann das komplexe und in meinen Augen wirklich hervorragende und schlüssige Modell der strukturellen Dissoziation, das Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis und Kathy Steele ausgearbeitet haben, im Rahmen dieser Arbeit leider nur sehr verkürzt wiedergegeben werden.

Ich selbst verdanke diesem Konzept sehr viel. Dieses Buch war in meinem eigenen Prozess der entscheidende Schlüssel zu einem tieferen Verstehen dessen, was war und was ist, um die Splitter meines eigenen „verfolgten Selbst“ wieder zusammenzufügen zu können. Mir liegt dieses Konzept der strukturellen Dissoziation daher persönlich sehr am Herzen.

Entscheidend und heilsam war für mich jedoch genau diese wunderbare Verbindung von gestalttherapeutischen Methoden und einer für mich neuen, im „Hier & Jetzt“ orientierten, wertschätzenden und eigenverantwortlichen Einstellung zum Leben, die ich im Rahmen meiner Ausbildung kennen- und erlernen durfte, mit der konsequenten, verhaltenstherapeutisch orientierten Traumatherapie nach diesem Konzept.

Ich möchte daher allen, die mich auf diesem Weg begleitet haben, von ganzem Herzen danken. Meinen Ausbildern am Institut, die mich diesen „eigenen Weg“ neben der Ausbildung haben gehen lassen sowie allen Therapeuten, die mich zu Hause aber vor allem auch in Dresden die letzten Jahre bei der gezielten Aufarbeitung meiner Lebensgeschichte so liebevoll und geduldig unterstützt haben.

Vielleicht kann diese Arbeit ein paar kleine Teile der Summe dieser wunderbaren und heilsamen Verbindung von gestalttherapeutischen Ansätzen und Methoden mit dem therapeutischen Konzept der strukturellen Dissoziation abbilden.

Anmerkung:

Der besseren Lesbarkeit halber werde ich auf eine explizite Nennung beider Geschlechter verzichten, es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint

2 Traumatisierungen in unserer Gesellschaft

In den letzten Jahren hat das Bewusstsein über Traumatisierungen und die weitreichenden Folgen für die unmittelbar Betroffenen, aber auch das Wissen um die Auswirkungen in unserer Gesellschaft deutlich zugenommen. Die Psychotraumatologie entwickelt sich beständig weiter.

"von allen Menschen müssen zwischen 30 und ca. 60 Prozent in ihrem Leben eine unerträgliche, weil körperlich oder seelisch todesnahe Situation überstehen. Zwei drittel von ihnen schafft es glücklicherweise, das Ereignis ohne langfristige Schäden zu überleben."
(Michaela Huber, Trauma und die Folgen Teil I, 2005 S. 22)

Denn die Ursachen für Traumatisierungen können vielfältig sein.

- Direkte psychische oder körperliche Gewalteinwirkung
- Miterleben von Gewalttaten oder schweren Unfällen
- Tod eines geliebten Menschen
- Unfälle
- Naturkatastrophen
- Kriege
- Traumatisierung bei Berufsausübung: Notärzte, Polizei, Feuerwehr, Zugführer

Es entscheidet so eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren darüber, wie ein Mensch ein traumatisches Erlebnis verarbeiten kann und ob er es ohne langfristige Folgen im Sinne einer Posttraumatischen Belastungsstörung in die persönliche Lebensgeschichte integrieren kann, dass ich diese Faktoren in dieser Arbeit nur kurz erwähnen kann.

- Art des traumatischen Ereignisses/“man-made“ oder Umweltkatastrophe/ Unfall etc.
- Häufigkeit der traumatischen Ereignisse
- Alter des Opfers
- Bedingungen im Umfeld/“Hilfreiche Personen“
- Persönliche Voraussetzungen/Resilienz

Insbesondere Traumatisierungen durch unmittelbare Bezugs- und Vertrauenspersonen innerhalb des Familiensystems haben für Kinder katastrophale Folgen und beeinträchtigen das ganze Selbst in seiner Entwicklung, da es sich in diesen Fällen immer auch um schwere Bindungstraumatisierungen handelt.

Je früher und je häufiger die Traumatisierungen in der Entwicklung eines Kindes statt finden um so gravierender sind die Folgen. Eltern sind die allererste Quelle für das sich entwickelnde Selbst- und Fremdbild des Kindes. Wie wir unsere Welt wahrnehmen und wie wir uns in ihr als einen Teil der Welt wahrnehmen lernen wir von unseren Eltern. Das Selbstbild, aber auch das Weltbild des Kindes entwickelt sich somit im Spiegel der Eltern.

Es wird daher auch diskutiert in Zukunft im Katalog des ICD zwischen einer einfachen PTBS und der so genannten „komplexen PTBS“, wie Judith Hermann vorschlägt, zu unterscheiden. Da die Diagnose-Kriterien "Posttraumatische Belastungsstörung" wie sie im jetzigen ICD 10 geführt werden eher nur auf eng umschriebene traumatische Ereignisse zutreffen. Opfer von wiederholten Traumatisierungen durch unmittelbare Bezugspersonen wie bei langanhaltendem Missbrauch in der Kindheit, zeigen häufig eine viel komplexere Symptomatik, die sich auch in folgenden Bereichen zeigen kann:

- Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen
- Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins
- Störungen der Selbstwahrnehmung
- Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen
- Somatisierung
- Veränderung der Lebenseinstellungen

Leider ist Gewalt gegen Kinder und sexueller Missbrauch in unserer Gesellschaft nach wie vor ein großes Problem.

Die offiziell gemeldeten Zahlen der Opfer in der Kriminalstatistik für 2009 sind erschreckend.

Unter 6 Jahre:	1.593
6 bis unter 14 Jahre:	15.399
14 bis unter 16 Jahre:	11.257
16 bis unter 18 Jahre:	14.824
18 bis unter 21 Jahre:	26.059

Die Dunkelziffer betroffener Kinder ist hoch.

Leider kann ich mich in dieser Arbeit nicht gezielt auf das Erleben und die psychischen Manifestationen, die sich bereits im Kindesalter zeigen, beziehen, da die Psychotraumatologie bislang zum großen Teil nur in der Erforschung und Behandlung von Traumafolgestörungen im Erwachsenenalter fortgeschritten ist. Auch können sich die Folgen von Traumatisierungen im Kindesalter je nach Entwicklungsstufe sehr unterschiedlich zeigen und manifestieren.

Luise Reddemann schreibt hierzu:

"In Deutschland haben sich in den letzten Jahren erfreulicherweise einige Einrichtungen etabliert, die sich der Behandlung von (akut) traumatisierten Kindern widmen. Aufgabe der Initiatoren ist es nun, die zum Teil empirisch validierten Konzepte der Erwachsenentherapieschulen, die zumeist mehr oder weniger individualpsychologisch ausgerichtet sind und die Entwicklungspsychologie des Kindes sowie seine emotional-abhängige Eingebundenheit in eine soziale Umwelt außer Acht lassen, weiter zu entwickeln und an die Verhältnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen. Eigenständige experimentell evaluierte Traumatherapiekonzepte für chronische und komplexe Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter fehlen bisher." (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche: A.Krüger, L. Reddeman 2009, S. 16)

Ich halte es jedoch auch für Therapeuten, die ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, für sehr wertvoll, sich mit den neueren Forschungsergebnissen aus dem Bereich der Psychotraumatologie für Erwachsene auseinanderzusetzen.

Zum einen erhalten viele Kinder und Jugendliche leider nicht unmittelbar nach einem traumatischen Erlebnis therapeutische Unterstützung. Oft müssen sich die Folgen der Traumatisierungen erst manifestieren.

"Kindern, vor allem nach akuter seelischer Schwerverletzung, wurde bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Erst wenn sie dann Symptome entwickeln, ihre innere Not versuchen, mit verzweifelte Lösungsversuchen sichtbar (und damit meist für Erwachsene störend) zum Ausdruck zu bringen und so zu lindern, wenden wir uns ihnen zu, vorher schauen wir all zu oft weg."(Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche: A.Krüger, L. Reddeman 2009, S. 14)

Zum anderen kommen viele "traumatisierte Kinder" erst als Jugendliche bzw. im erwachsenen Alter in Therapie, wenn sich die Folgen der Traumatisierung, die oft nicht als Ursache erkannt wurde, chronifiziert oder bereits als strukturelle Störungen manifestiert haben. Achim Votsmeier befasst sich ausführlich mit dieser Thematik.

Hinzu kommt, dass wir in einer Gesellschaft leben, die in den letzten Jahrzehnten über mehrere Generationen hinweg traumatisiert wurde. Erwähnt seien hier beispielhaft nur die zwei Weltkriege und die damit einhergehende existenzielle Bedrohung und das Ohnmachtserleben für die Betroffenen.

"Die Theorien über die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen haben uns gelehrt, dass Leid unbewusst von Eltern auf Kinder "übertragen" wird. "Traumageister" beherrschen also Familien und erhalten die ungelöste Angst von damals am Leben" (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche: A.Krüger, L. Reddeman 2009, S. 15)

Wir können also davon ausgehen, in vielen Familiensystemen bei genauerer Betrachtung auch bei den Eltern auf einem „traumatischen Hintergrund“ zu stoßen. Es ist daher sinnvoll, dies auch in der Elternarbeit zu berücksichtigen. Meines Erachtens nach sollten wir versuchen betroffene Eltern dafür zu sensibilisieren, erkennen und verstehen zu können, in welchem Ausmaß die eigene Lebensgeschichte in einem Familiensystem wirkt und was für unmittelbaren Einfluss die eigene Kindheit auf die Beziehung zu ihren Kindern heute noch haben kann. Ich halte eine entsprechende Psychoedukation in der Elternarbeit daher für zwingend notwendig, um diese transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen zu stoppen und somit die Reinszenierungen innerhalb des Familiensystems zu reduzieren. Auch die Bindungsforschung geht heute davon aus, dass sich bei Kindern, deren Bindungspersonen selbst unter den Folgen eigener Psychotraumata leiden, eine desorganisierte/desorientierte Bindung entwickeln kann. Die traumatischen Erfahrungen zeigen sich den Kindern im verängstigten Verhalten ihrer Bindungspersonen. Die Angst, die sich im Gesicht einer Bindungsperson spiegelt, welche unter Intrusionen (hartnäckiges Eindringen von traumatischen Bildern und Gefühlen) leidet, ist für ein Kind erschreckend und aktiviert sein Bindungssystem, da die Quelle der Angst für das Kind nicht nachvollziehbar ist und die Bindungsperson in einer solchen Situation zumeist nicht adäquat auf die Versorgungsbedürfnisse ihres Kindes eingehen kann.

Bevor ich nun das Modell der strukturellen Dissoziation nach van der Hart et al. erläutern werde, ein paar grundlegende Begriffsklärungen aus dem Bereich der Psychotraumatologie.

3 Wann wird ein Erlebnis zu einem Trauma?

Die Grundlage eines Traumas ist in erster Linie physiologischer und nicht so sehr psychologischer Natur.

Wann also wird ein Erlebnis zum Trauma?

"Ausgangspunkt sind vielmehr tatsächliche, extrem stressreiche äußere Ereignisse. Damit ein Ereignis aber zum Trauma für einem Menschen werden kann, muss eine Dynamik in Gang kommen, die sein Gehirn buchstäblich "in die Klemme bringt" und es geradezu dazu nötigt, auf besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen.

(Trauma und die Folgen, Michaela Huber, 2005, S.38)

Michaela Huber nennt diese Klemme "Traumatische Zange"

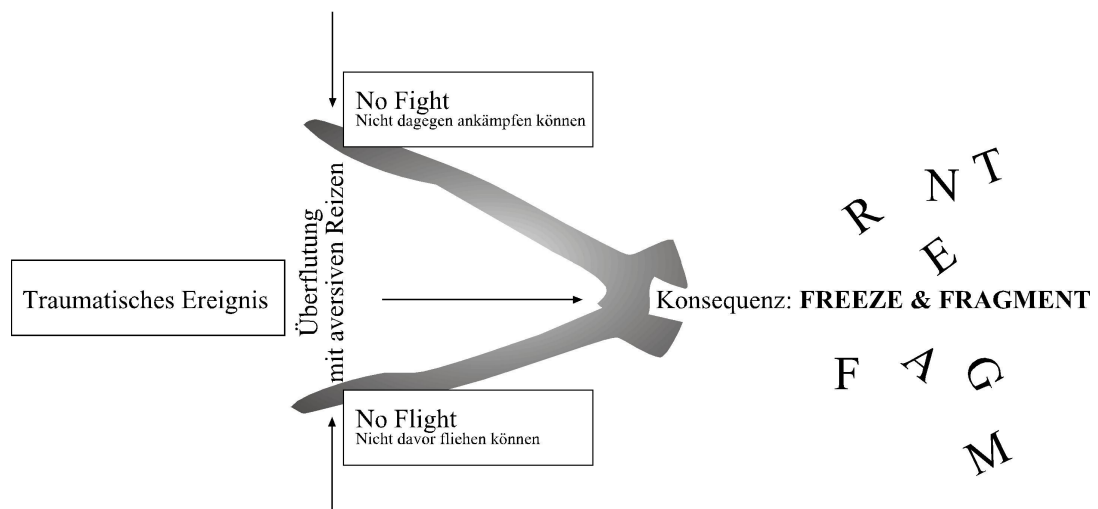


Abbildung 1

Unser Gehirn wird bei einer Traumatisierung durch aversive Reize auf Grund einer Extremsituation so überflutet, dass das Selbst sich in seiner Existenz bedroht fühlt. Unser Gehirn startet ein Notfallprogramm in dem Reflexe aus der Frühgeschichte der Menschheit unser Handeln bestimmen.

"Fight or Flight" - Kampf oder Flucht, diese Impulse sind zunächst nicht mit der Großhirnrinde verbunden, sie werden von unserem Stammhirn initiiert. Scheitern diese beide Überlebensstrategien und wir können uns aus dieser Situation weder durch Kampf noch durch Flucht befreien, schließt sich die "Trauma-Zange". In dieser äußersten Not, in der das Selbst von der Auflösung bedroht ist, findet im Gehirn ein Prozess statt, der mit dem Synonym "Freeze & Fragment" bezeichnet wird.

"Freeze bedeutet wörtlich "Einfrieren", gemeint ist aber auch eine Lähmungsreaktion. Es ist, als ob das Gehirn sich sagt: Ich bringe den Organismus nicht erfolgreich aus der Situation heraus und ich kann den aggressiven Reiz nicht äußerlich niederringen - also muss ich genau dies intern tun: Ich mache den aggressiven Reiz unschädlich und erlaube dem Organismus, sich innerlich davon zu distanzieren. Eine Flut von Endorphinen - schmerzbetäubenden körperlichen Opiaten - hilft bei diesem "geistigen Wegtreten" und der "Neutralisierung" akuter Todesangst. Auch das Noradrenalin aus der Nebennierenrinde, das zunächst zum "Tunnelblick" verhilft, kann, wenn viel davon durch den Körper rast, die normalerweise integrative Wahrnehmung blockieren. Der Mensch müsste jetzt eigentlich schreien, um Hilfe rufen, weinend zusammenbrechen - doch oft bedeutet die "Freeze-Reaktion" nichts anderes als eine Entfremdung vom Geschehen. (Trauma und die Folgen, Michaela Huber, 2005, S.43)

Die folgende Abbildung stellt dar, welche Auswirkung eine solche Situation der äußersten Bedrohung auf den Kontaktprozess haben kann.

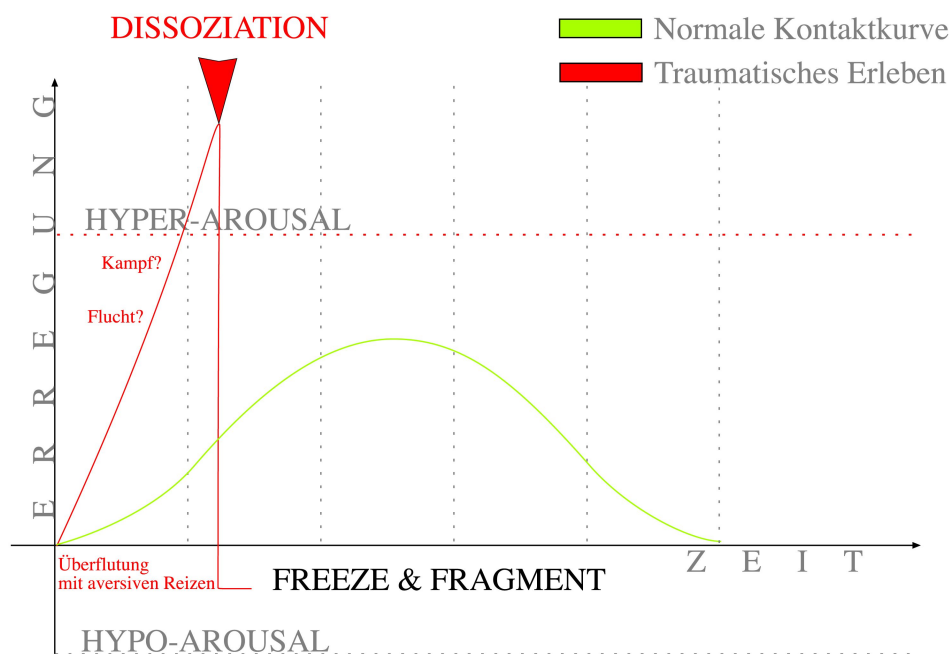


Abbildung 2

Die massive Überflutung durch aversive Reize hat ein extrem schnelles Ansteigen der Kontaktkurve zur Folge, unser Stammhirn gibt uns die Impulse zu fliehen oder zu kämpfen, ist beides nicht möglich gerät unser Organismus in extreme Übererregung, in Hyper-Arousal. An dem Punkt, an dem der Organismus jedes weitere Ansteigen der Kontaktkurve nicht mehr überleben würde, setzt die Dissoziation ein. Das Erregungsniveau der Kontaktkurve bricht abrupt ein, der Organismus gerät in eine Untererregung. Unser Gehirn rettet uns durch den Mechanismus des "Freeze & Fragment". Wahrnehmungen werden von diesem Zeitpunkt an fragmentiert, gewissermaßen in lauter kleinen Splittern in unserem Organismus gespeichert. Das Gehirn kann das Erlebte nicht mehr als eine in sich geschlossene Erinnerung mit Anfang und Ende sowie mit all den dazugehörigen Sinneseindrücken speichern und in die Lebensgeschichte integrieren.

Das traumatische Erlebnis bleibt eine offene Gestalt, da die Bedürfnisse nach Flucht oder Kampf, um den Organismus zu retten, nicht befriedigt werden konnten. Diese Impulse bleiben im Körper „eingefroren“ und der Organismus sucht verzweifelt nach Möglichkeiten diese „offene Gestalt“ durch ein Ausagieren zu schließen.

"Der Vergleich eines Spiegels, der im Augenblick des traumatischen Stressgipfels zerspringt, macht deutlich, dass die zurückbleibenden Spiegelsplitter nicht mehr erkennen lassen, was passiert ist, sondern nur noch dass etwas passiert ist." (Besser, 2002)

Das Zersplittern dieses „Spiegelbilds des Selbst“ kann als die schlimmstmögliche Kontaktunterbrechung überhaupt betrachtet werden. Das Ganze hat gewissermaßen auf Grund der Traumatisierung nicht nur den Kontakt zu einem ganzheitlichen Erleben verloren, es hat vielmehr den Kontakt zu einigen seiner Teile verloren, wie das Konzept der strukturellen Dissoziation nach van der Hart et al. noch schlüssig zeigen wird.

3.1 Trigger & Flashbacks

Trigger bedeutet übersetzt "Auslöser".

Wir alle kennen solche "Auslöser". Durch bestimmte Reize (z.B. optische Reize, Gerüche, Geräusche, bestimmte Sätze in Gesprächen, etc.) werden Erinnerungen an eine Situation aus der Vergangenheit aktiviert.

Bei Personen mit traumatischen Erfahrungen aktivieren ganz bestimmte Trauma assoziierte Reize (Trigger) Erinnerungen an das traumatische Ereignis. Das führt im schlimmsten Fall zu so genannten Flashbacks, in denen der Betroffene das Gefühl hat, Ausschnitte oder Teilaspekte der traumatischen Situation erneut und ganz real zu erleben. Das heißt der unabgeschlossene Kontaktprozess und die offene Gestalt des traumatischen Erlebnisses kann von einer Sekunde auf die andere aktiviert werden und in den Vordergrund treten, so dass der Betroffene sich erneut in der Ausweglosigkeit und Übererregung erlebt.

In diesem Zusammenhang sei noch kurz der Unterschied zwischen traumatischen Erinnerungen und autobiografischen Erinnerungen erwähnt:

Autobiografische, narrative Erinnerungen

- Können absichtlich abgerufen werden
- Können als zusammenhängende Geschichte erzählt werden
- Können dem jeweiligen Umfeld im „Erzählstil“ adäquat angepasst werden
- Sind in der Autobiographie zeitlich eingeordnet und „verankert“
- Rekonstruieren Erlebnisse
- Der Erzählende ist sich bewusst „das habe ich erlebt“

Traumatische Erinnerungen

- Treten unwillkürlich auf/sind intrusiv
- Wirken erschreckend
- Können das Wahrnehmungsfeld auf Grund der Intensität blockieren
- Können aus visuellen Bildern, starken Empfindungen und physischen Handlungen bestehen, die sich der Person aufdrängen
- Sind schwer zu kontrollieren

3.2 Der Begriff der Dissoziation

Ebenso möchte ich zunächst den zentralen Begriff der Dissoziation klären, da der Begriff "Dissoziation" auf sehr unterschiedliche Art und Weise eingesetzt wird.

So kann Dissoziation folgendes beschreiben:

- Einen Prozess des Erlebens und der Wahrnehmung
- Eine intrapsychische Struktur
- Einen psychischen Abwehrmechanismus

Auf die Wiedergabe der Dissoziativen Störungen, wie sie im ICD 10 gelistet sind, sei an dieser Stelle verzichtet.

Willi Butollo definiert Dissoziation wie folgt:

„Dissoziation kann beschrieben werden als eine strukturelle Aufspaltung mentaler Prozesse, bei der es zu einer Abspaltung von Wahrnehmungen, Bedeutungen, Gefühlen, Erinnerungen oder gar Teilen der Identität kommen kann.“

(Willi Butollo et al. Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung, 1999, S. 45)

Auch Pierre Janet beschrieb bereits 1907 das Konzept der Dissoziation:

“Es beschreibt den Prozess, durch den Erlebnisanteile wie Gedanken, Einstellungen, Empfindungen etc. ihre Relation zueinander und zur Persönlichkeit als Ganzes verlieren, sich abspalten und sich dem Bewusstsein entziehen, aber weiterhin aktiv bleiben.

(Freiberger & Spitzer, 1996, 309)

3.2.1 Der Dissoziationsbegriff in der Gestalttherapie

Auch Achim Votsmeier hat sich in seinem wissenschaftlichen Artikel "Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen" bereits intensiv mit dem Dissoziationsbegriff in der Gestalttherapie auseinandergesetzt, so dass ich mich darauf beschränken werde hier einige zentrale Zitate anzuführen.

“Die Dissoziative Verarbeitung sowie die daraus folgenden Defizite und Symptombildungen können Anpassungs- bzw. Bewältigungsversuche hervorrufen, die sich als protektiv bedingte Symptome und Störungen manifestieren. Es sind fixierte sich wiederholende Schutz- und Kompensationsmechanismen, um das verlorene Gleichgewicht wiederherzustellen bzw. die Homöostase und die Ich-Grenze aufrechtzuerhalten.”(Achim Votsmeier, Handbuch der Gestalttherapie, 2001, S.724)

Sie kann graduell unterschiedlich in Erscheinung treten: in milderer Form bei neurotischen Störungen, in der Unterbrechung des Bewußtheits-Kontinuums, um z.B. Dinge auszublenden, die nicht in das Selbstbild passen, oder in Konflikten zwischen Verschiedenen Persönlichkeitszuständen wie topdog und underdog (Perls, 1980,98). In schweren Formen manifestiert sie sich z.B. in schweren dissoziativen Reaktionen nach Traumatisierungen. Auch hier gibt es nochmals graduelle Unterschiede je nach der Bedeutung, die die Erschütterung für die Existenz der Person hatte und dadurch die Intensität der emotionalen Reaktion bestimmte (van der Kolk u.a., 1996, 309)

“Yalom bezeichnet das Phänomen der Dissoziation als “intrapersonale Isolation”, als einen Prozess, bei dem Teile von sich selbst abgespalten werden. Ziel der Therapie ist es, dem Patienten zu helfen, diese abgespaltenen Teile ihrer selbst wieder zu integrieren.”
(Achim Votsmeier, Handbuch der Gestalttherapie, 2001, S.716)

“Sullivan gab das Konzept der Verdrängung auf und gab der Dissoziation einen zentralen Platz in seinem psychopathologischen Modell”. Die Dissoziation ist eine komplexe Leistung, die einmal zur Gewohnheit geworden, aktiv als Regulationsfunktion aufrecht erhalten wird.”
(Sullivan, 1980,36, 397).

“Die Integration der Persönlichkeit ist von Beginn an ein wichtiges Ziel der Gestalttherapie gewesen (Perls, 1980, 27ff., 149ff.). F. Perls war selbst von der Washingtoner Schule um Sullivan beeinflusst. Der dissoziative Prozess, den Sullivan als “selektive Unaufmerksamkeit” (1980, 357) bezeichnet hatte, war auch für Perls von Bedeutung. Er machte die Arbeit an von außen offensichtlichen, den Klienten jedoch nicht bewussten Unterbrechungen des “Awareness-Kontinuums” im Kontaktprozess, mit der Folge der Entfremdung von ihrer Erfahrung und daraus resultierenden “Löchern” in der Persönlichkeit, zu einem zentralen Ansatzpunkt der Gestalttherapie.” (Achim Votsmeier, Handbuch der Gestalttherapie, 2001, S. 716)

Meiner Meinung nach veranschaulichen diese Zitate aus Sicht der Gestalttherapie sehr eindrücklich, was durch Dissoziation im Augenblick des „Freeze & Fragment“ bei schweren Traumatisierungen innerhalb des Selbst passieren kann.

Wie aber ist der Begriff der Dissoziation in dem Modell der strukturellen Dissoziation nach Onno van der Hart et al. definiert?

3.2.2 Der Dissoziationsbegriff nach Onno van der Hart et al.

"Der Begriff Dissoziation wurde ursprünglich als Bezeichnung für eine Spaltung der Persönlichkeit oder des Bewusstseins verwendet (Janet 1887/2005, McDougall 1926, Moreau de Tours 1845; siehe auch Van der Hart & Dorahy 2007). Pierre Janet erklärte weiterhin, eine Dissoziation beinhalte Spaltungen zwischen "Systemen von Ideen und Funktionen, welche die Persönlichkeit ausmachen" (Janet 1907, S. 332)

Er bezeichnete die Persönlichkeit als eine Struktur, die aus verschiedenen Systemen bestehe was auch neuere Definitionen bestätigen. Ein System ist eine Ansammlung aufeinander bezogener Elemente, die ein Ganzes bilden, wobei gewissermaßen jedes Element ein Teil des Ganzen ist. Demnach steht jedes Element zu anderen Elementen des Systems oder zum System als Ganzem in Beziehung. Man kann das System Persönlichkeit auch als aus verschiedenen psychobiologischen Zuständen oder Subsystemen bestehend verstehen, die auf kohäsive Weise und koordiniert ihre Funktion erfüllen. (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, S. 17)

Beim Lesen dieses Abschnitts zeigen sich deutliche Parallelen zu dem gestalttherapeutischen, übersummativen Verständnis "Das Ganze ist mehr und etwas anderes als die Summe seiner Teile" sowie ein ähnliches Verständnis des Dissoziationsbegriffs.

So lässt sich das Modell der strukturellen Dissoziation nach van der Hart, Nijenhuis und Steele, das im Folgenden vorgestellt wird, meiner Meinung nach ganz hervorragend mit den Methoden der Gestalttherapie verbinden. Dieses Modell der strukturellen Dissoziation erklärt die intrapsychische Dynamik, die durch chronische Traumatisierung entsteht schlüssig und stellt die komplexen Folgen innerhalb der Persönlichkeitsstruktur verständlich dar.

Es sei jedoch nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es im Rahmen dieser Arbeit leider nur möglich ist, dieses Konzept in sehr vereinfachter Weise darzustellen. Der Schwerpunkt liegt bei dieser verkürzten Darstellung auf dem Aspekt der Dissoziation innerhalb der Persönlichkeitsstruktur.

4 Das Modell der strukturellen Dissoziation

Nach Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis und Kathy Steele

Nach diesem therapeutischen Konzept gibt es zwei Kategorien von Handlungssystemen innerhalb der Persönlichkeit eines Menschen. Diese Handlungssysteme sind im Laufe der Evolution entstanden und wirken organisierend, sie sind funktional und innerhalb gewisser Grenzen auch flexibel.

KATEGORIE I

Annäherung an die Belohnungen und Pflichten des Alltagslebens

Diese Kategorie umfasst Handlungstendenzen die Menschen in ihrem Bemühen, ihr Alltagsleben zu bewältigen, unterstützen z.B.

- Erforschung (Arbeit, Studium)
- Energiemanagement (Essen, Trinken)
- Fortpflanzung
- Fürsorge
- Bindung
- sowie andere soziale Handlungstendenzen

KATEGORIE II

Vermeiden körperlicher Bedrohung sowie Flucht

zur zweiten Kategorie zählen Handlungstendenzen, die der Abwehr großer Gefahr sowie der Erholung dienen z.B.

- Hypervigilanz
- Flucht
- Kampf
- Erstarren
- Unterwerfen
- Erholung, Regeneration

Diese Handlungssysteme entscheiden darüber, was wir als attraktiv oder als aversiv erleben und erzeugen so bestimmte Handlungstendenzen der Annäherung oder des Vermeidens.

"Handlungstendenzen verkörpern (jedoch) nicht nur die Neigung auf eine bestimmte Weise zu handeln, sondern auch den gesamten Handlungszyklus, der die Phasen Latenz, Handlungsbereitschaft, Initiierung, Ausführung und Abschluss der Handlung umfasst." (Janet 1934)

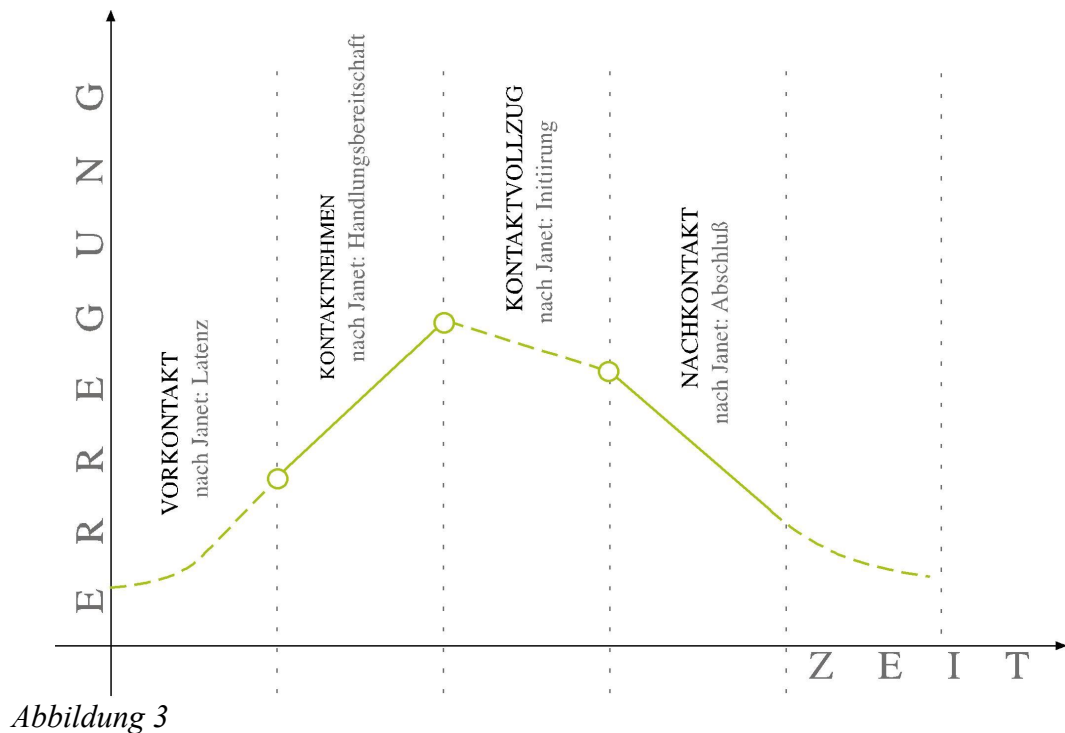


Abbildung 3

Schon hier werden weitere Parallelen dieses Konzepts zu dem gestalttherapeutischen Modell des Kontaktprozesses mehr als deutlich, wie Abbildung 3 veranschaulicht.

- Vorkontakt Latenz
- Kontaktnehmen Handlungsbereitschaft
- Kontaktvollzug Initiierung
- Nachkontakt Abschluss

Diese Systeme helfen uns, zwischen nützlichen und schädlichen Erlebnissen zu unterscheiden und so adaptiv wie möglich auf die aktuellen Lebensumstände zu reagieren. Dies schließt unsere interozeptive und unsere exterozeptive Welt ein, unsere innere und äußere Umgebung, so wie wir sie wahrnehmen." (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, S. 18)

Auch das ganzheitliche Verständnis der Gestalttherapie, betrachtet den Mensch nicht nur als Einheit von Körper, Geist und Seele (Organismus), sondern als das Individuum, das im Organismus-Umweltfeld im ständigen Kontakt zu seiner Umwelt steht.

Nach diesem Modell entsteht nun durch ein traumatisches Ereignis eine dissoziative Spaltung innerhalb der Persönlichkeitsstruktur zwischen diesen zwei zentralen Handlungssystemen. (siehe Abbildung 4)

"Nun hat uns die Evolution zwar sowohl auf die Bewältigung des Alltagslebens als auch auf die Sicherung des Überlebens in gefährlichen Situationen vorbereitet, doch können wir nicht ohne weiteres in beiden Bereichen gleichzeitig aktiv sein. Deshalb entwickeln einige Menschen, wenn sie beide Funktionen benötigen - insbesondere wenn dies über einen längeren Zeitraum erforderlich ist - eine ziemlich starre Aufteilung ihrer Persönlichkeit, mit deren Hilfe sie auf stark divergierende Zielsetzungen gleichzeitig eingehen können."

(van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, S. 19)

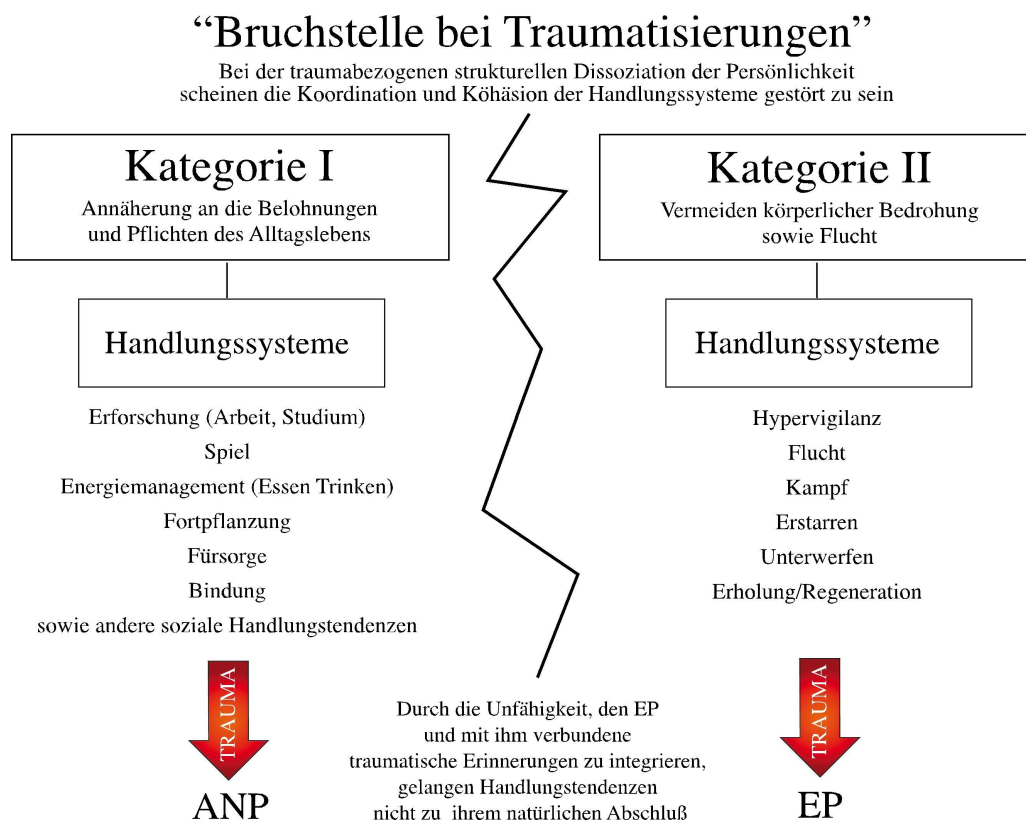


Abbildung 4

Durch das traumatische Ereignis entstehen zwei Persönlichkeitsanteile:

- Der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil im Folgenden ANP genannt
- Der Emotionale Persönlichkeitsanteil EP genannt

4.1 Spezifische Merkmale von ANP und EP

Auf Grund dieser „Bruchstelle“ zwischen den beiden Kategorien von Handlungssystemen lassen sich ANP und EP jeweils spezifische Charakteristika zuordnen.

ANP und EP unterscheiden sich Grundlegend in folgenden Bereichen.

ANP: ANSCHIEINEND NORMALER PERSÖNLICHKEITSANTEIL		EP: EMOTIONALER PERSÖNLICHKEITSANTEIL
Handlungstendenzen:		Handlungstendenzen:
Erforschung, Spiel, Energiemanagement, Fortpflanzung, Fürsorge, Bindung sowie andere soziale Handlungstendenzen		Hypervigilanz, Flucht Kampf, Erstarren, Unterwerfen, Erholung/Regeneration
Erinnerungen:		Erinnerungen:
bewahrt und integriert die meisten autobiographischen Erinnerungen		bewahrt traumatische Erinnerungen und ist darauf fixiert
Als ANP erinnern sich Traumatisierte meist zu wenig an das traumatische Ereignis und vermeiden dieses		Als EP erinnern sich Traumatisierte meist zu sehr und zu intensiv an das traumatische Ereignis
Die Erinnerung an das Trauma ist wenig personifiziert: „das ist mir nicht passiert“		Der EP dringt mit intrusiven Erinnerungen in den ANP ein
Gefühle:		Gefühle:
ANP vermeidet intrusive Gefühle, die mit traumatischen Erlebnissen verbunden sind		Der EP dringt mit an das Trauma assoziierten Gefühlen in den ANP ein z.B. existenzieller Angst, Scham, Ekel, Schuldgefühle etc.
Der ANP vermeidet somit den EP		

Tabelle1

4.2 Primäre, sekundäre & tertiäre strukturelle Dissoziation

Van der Hart et al. unterscheiden in ihrem Konzept der strukturellen Dissoziation drei unterschiedliche Schweregrade der strukturellen Dissoziation, die je nach Art, Dauer und Schwere der Traumatisierungen, sowie abhängig von den individuellen Bewältigungsmechanismen auftreten können.

Die primäre, die sekundäre und die tertiäre strukturelle Dissoziation, die in vielen Fällen folgendermaßen zugeordnet werden kann:

- Primäre strukturelle Dissoziation: Mono-Trauma, z.B. Unfall
- Sekundäre strukturelle Dissoziation: Chronische Traumatisierungen
- Tertiäre strukturelle Dissoziation: Dissoziative Identitätsstörung

Diese Zuordnung darf selbstverständlich nicht als „allgemeingültiges“ starres Diagnoseraster betrachtet und eingesetzt werden, da wie bereits erwähnt eine Vielzahl von Faktoren entscheidet, wie ein traumatisches Erlebnis verarbeitet werden kann. Diese erste Zuordnung kann vielmehr der diagnostischen Orientierung dienen und so dem Therapeuten helfen, die unter der Traumatisierung liegende intrapsychische Dynamik und die Persönlichkeitsstruktur des Klienten zu erfassen.

4.2.1 Die primäre strukturelle Dissoziation

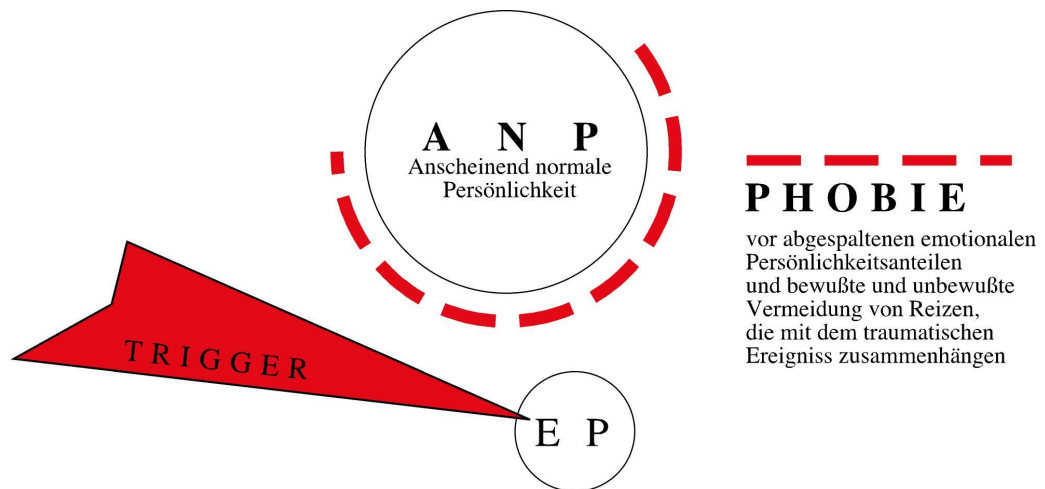


Abbildung 5

“Die einfachste dissoziative Teilung der Persönlichkeit, die bei traumatisierten Menschen auftreten kann, ist die primäre strukturelle Dissoziation. Durch sie entsteht ein einziger anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP) und ein einziger emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP). Zu dieser Teilung kommt es meist infolge eines einmaligen Traumatischen Ereignisses, sie kann aber auch auf Mißbrauchserlebnissen in der Kindheit beruhen, nämlich in Form des Phänomens, das “inneres Kind” genannt wird, oder als sogenannter “Ich-Zustand” oder “Ego-State”. Nach unserer Auffassung ist die primäre strukturelle Dissoziation charakteristisch für einfache traumabezogene Störungen, beispielsweise einfache Formen von PTBS.”

(van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, S. 65)

DER ANP:

- Der ANP macht den größten Anteil der Persönlichkeit aus
- Der ANP versucht eine Fassade der Normalität aufrechtzuerhalten
- Der ANP meidet den EP. Das heißt der Klient als ANP vermeidet bewusst und unbewusst Reize, die mit traumatischen Erinnerungen zusammenhängen, sogenannte Trigger
- Der ANP hat Schwierigkeiten mit der Regulation von Emotionen und schwankt häufig zwischen Hyper- und Hypoarousal

DER EP:

- Der Bereich des EP ist im Falle einer Primären strukturellen Dissoziation wesentlich kleiner als bei komplexeren Formen von Dissoziation
- Der EP ist starr in bestimmten Handlungstendenzen gefangen, z.B. Flucht, Kampf
- Der EP “schickt” dem ANP Intrusionen, Flashbacks, Körpererinnerungen, Alpträume etc.

4.2.2 Die sekundäre strukturelle Dissoziation

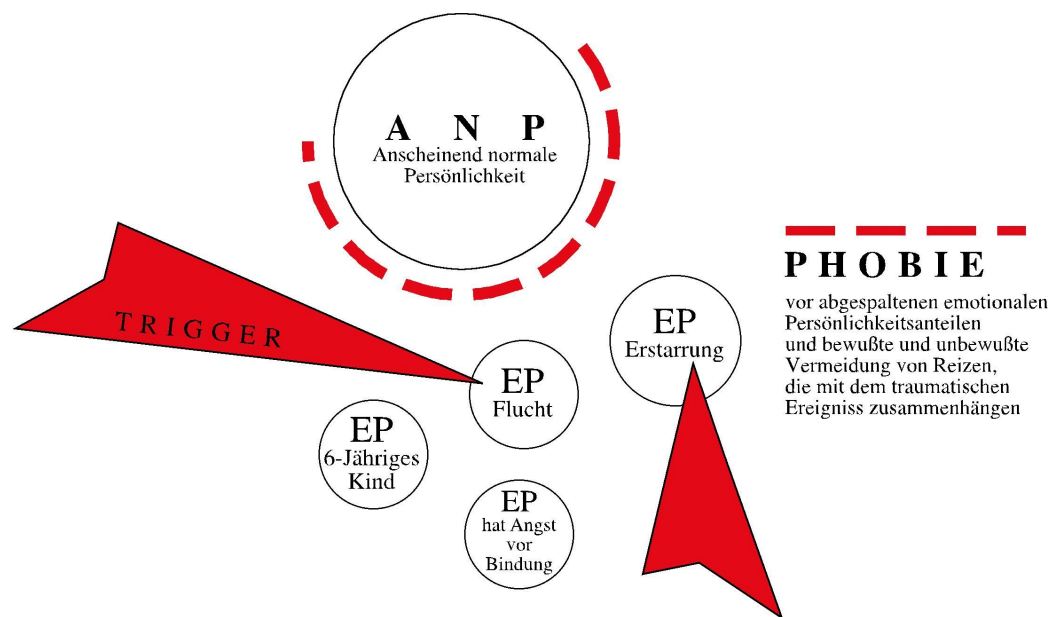


Abbildung 6

Bei chronisch traumatisierten Klienten kann die Persönlichkeitsstruktur wesentlich komplexer sein. Es entsteht ein ANP und mehrere EPs.

“Die sekundäre strukturelle Dissoziation ist ein äußerst komplexes Phänomen. In ihrer einfachsten Form besteht sie aus zwei EPs, gewöhnlich einem erlebenden und einem beobachtenden EP sowie einem ANP, der die meisten Aufgaben der Gesamtpersönlichkeit erfüllt. In anderen Fällen erfolgt eine stärkere Teilung, und es entstehen mehrere oder sogar viele EPs. Diese können in verschiedenen Formen und Sequenzen präsent sein und verschieden stark ausgeprägte Charakteristika wie beispielsweise einen Namen, ein Alter und ein Geschlecht haben.” (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, S. 81)

DER ANP:

- Chronische Traumatisierungen in der Kindheit können die Funktionsfähigkeit des ANP stark beeinträchtigen, weil ihre Wirkung die Bereiche verschiedener im Alltagsleben wichtiger Handlungssysteme betreffen, z. B. Bindung, Nahrungsaufnahme etc.
- Der ANP muss mit mehreren dissoziierten Persönlichkeitsanteilen fertig werden
- Der ANP vermeidet die intrusiven Gefühle, der EPs, die ihn überfluten können

DIE EPs:

- In der Kindheit entstandene EPs sind komplexer
- Durch ihre Autonomie dominieren sie manchmal Bewusstsein und Verhalten des ANP
- Können auf einen bestimmten unerträglichen Augenblick des Traumas fixiert sein
- EPs beeinflussen den ANP manchmal unterschwellig
- Das Verhalten dieser EPs ist in der Gegenwart generell dysfunktional
- Sie sind gelenkt durch defensives Verhalten wie Flucht, Kampf, Unterwerfung, Erstarren
- Sie können individuelle Bindungsmuster der Annäherung und des Vermeidens aufweisen

4.2.3 Die tertiäre strukturelle Dissoziation

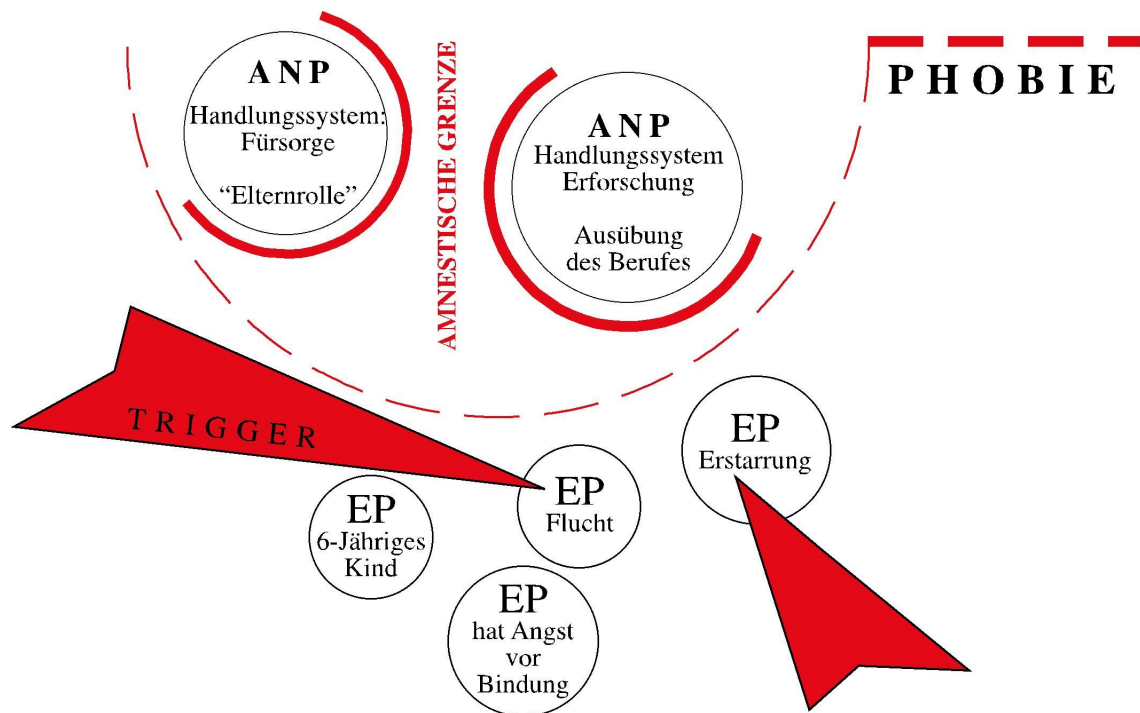


Abbildung 7

Im Falle einer tertiären strukturellen Dissoziation existieren nicht nur mehrere emotionale Persönlichkeitsanteile, sondern auch mehr als ein anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil. Zwischen diesen anscheinend normalen Persönlichkeitsanteilen muss eine Amnesie bestehen und ein Wechsel im Alltagsleben stattfinden. Das heißt die Handlungstendenzen des Alltagslebens sind auf mehrere ANPs aufgeteilt.

Die ANPs:

- Es bestehen mehrere im Alltagsleben aktive ANPs
- Zwischen den ANPs besteht eine Amnesie, das heißt die Alltagspersönlichkeiten "verlieren bei einem Wechsel zwischen den ANPs Zeit"
- Die unterschiedlichen ANPs haben spezifische Funktionen im Alltagsleben
z.B. ein ANP ist ausschließlich mit dem Beruf befasst, ein anderer mit der Elternrolle

Die EPs:

- Die EPs können komplexer und autonomer sein und sich im Alltagsleben manifestieren.
- Sind meist durch defensive Handlungen geprägt

4.3 Auswirkungen der strukturellen Dissoziation

Je länger eine strukturelle Dissoziation zum Schutz vor traumatischen Erinnerungen aufrechterhalten wird, um die Funktionsfähigkeit des ANP zu sichern, um so mehr verfestigt sie sich. Vielleicht erscheint manch einem Gestalttherapeuten dieses Modell der strukturellen Dissoziation auf den ersten Blick als zu starr. Auch mag sich die Formulierung „anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil“ nicht so recht in die Sprache der Gestalttherapie integrieren lassen. Meines Erachtens nach ist dieser Ausdruck jedoch durchaus mit dem gestalttherapeutischen Menschenbild vereinbar. Vielmehr halte ich diese Bezeichnung in Verbindung mit einer prozessorientierten Diagnostik sogar für sehr treffend.

Hans Peter Dreitzel schreibt in „Gestalt und Prozess:

„Jedenfalls sind aus gestalttherapeutischer Sicht feste Charakterzüge neurotisch. Sie sind die Summe der Reaktionsbildungen eines Menschen, die ihn bei der kreativen Anpassung an die immer neuen Situationen hemmen, die ihn also daran hindern zu lernen und dabei neue Kompetenzen zu entwickeln. (H.P. Dreitzel, Gestalt und Prozess, 2004, S. 28)

Das Selbst ist durch die Traumatisierungen in dieser kreativen Anpassungsfähigkeit massiv eingeschränkt worden. Es bleibt an der Kontaktgrenze des Organismus-Umweltfeldes eben nur der „anscheinend normale Persönlichkeitsanteil“ zurück, der zwar auf den ersten Blick sein Leben noch ganz gut zu meistern scheint, der aber nicht mehr über die Flexibilität und Lebendigkeit eines gesunden oder mehr oder weniger „normal neurotischen“ Selbst verfügt. Das Selbst ist massiv eingeschränkt, indem es sich verzweifelt durch aktive Vermeidung von Trauma assoziierten Reizen zu schützen versucht, um die Gefühle und Intrusionen der emotionalen Persönlichkeitsanteile zu verhindern.

In diesem Sinne kann die strukturelle Dissoziation gerade bei chronischen Traumatisierungen als eine schöpferische Anpassung verstanden werden, die dem Kind in der damaligen Situation das psychische aber auch das physische Überleben ermöglicht hat. Die Verdrängung des Geschehenen durch die strukturelle Dissoziation sichert dem Erwachsenen im „Hier & Jetzt“ seine Funktionsfähigkeit. Die strukturelle Dissoziation verfestigt sich jedoch zunehmend, je länger der Organismus traumatischen Situationen ausgesetzt ist und je länger die Verdrängung durch die Phobie vor diesen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen aufrechterhalten werden muss.

4.3.1 Bindungsorganisation bei chronisch traumatisierten Kindern

Von den vier unterschiedlichen Bindungstypen (sichere Bindung/Typ B, unsicher vermeidende Bindung/Typ A, unsicher ambivalente Bindung/Typ C sowie desorganisierte Bindung/Typ D) möchte ich vor dem Hintergrund dieses Konzepts der strukturellen Dissoziation nur kurz auf das Muster der desorganisierten Bindung vom Typ D eingehen, da wie zu Beginn erwähnt diese Form der Bindungsorganisation gehäuft in von Vernachlässigung, Gewalt oder Missbrauch geprägten Familiensystemen sowohl auf Seiten der Bindungspersonen als auch bei den Kindern vorkommt.

D-Typus: Unsicher desorganisierte/desorientierte Kinder

zeigen ein konfuses, desorientiertes Verhalten im Kontakt mit der Mutter: Bizarr anmutende antagonistische Bewegungsmuster kippen zwischen plötzlicher Bewegungslosigkeit, abwesendem Ausdrucksverhalten und heftiger Impulsivität. Sie kämpfen offensichtlich ständig mit Übererregung (Hyperarousal).

Onno van der Hart et al. schreiben hierzu:

„Das angeborene Bindungssystem kleiner Kinder evoziert behaviorale und mentale Annäherung, wenn sie von ihren Betreuungspersonen getrennt sind. Doch wenn sich ein Kind einer Bindungsfigur nähert, die es in anderen Situationen vernachlässigt, mißbraucht/ mißhandelt oder auf andere Weise ängstigt, entsteht ein zunehmendes Gefühl der Bedrohung, und defensive Subsysteme (Flucht, Erstarren, Kampf, Unterwerfung und völliger Zusammenbruch) werden aktiviert. Nach unserer Auffassung ist eine desorganisierte Bindung in Wahrheit nicht völlig desorganisiert. Der Konflikt zwischen Annäherung und Vermeiden, den das Kind nicht lösen kann, fördert die Entstehung einer strukturellen Dissoziation zwischen den verschiedenen Handlungstendenzen, die durch die unsichere Bindung und das angesichts der Bedrohung mobilisierte defensive Handlungssystem evoziert werden. Für sich genommen ist jeder Persönlichkeitsanteil gut organisiert und beinhaltet ganz bestimmte, wenn auch eingeschränkte Handlungstendenzen, die sich auf die Abwehr von Gefahren und auf bestimmte Arten unsicherer Bindung beschränken.“ (Van der Hart, et al., 2007, S.110)

4.3.2 Verdrängung und aktive Vermeidung

Hans Peter Dreitzel beschreibt nach Perls/Goodman den Begriff der Verdrängung wie folgt:

„Verdrängung ist eine Kombination aus absichtsvoller Unterdrückung und Vermeidung der Erinnerung und einfachem Vergessen sowie der spontanen Beschäftigung mit aktuellen Lebensproblemen.“ (H.P. Dreitzel, Gestalt und Prozess, 2004, S. 30)

Es gibt laut Dreitzel also zwei Verdrängungsmechanismen:

- Die Inanspruchnahme durch aktuellere Probleme
- Die aktive Vermeidung an die tödliche Bedrohung

Der ANP konzentriert sich auf die Bewältigung aktueller Probleme. Die Phobie vor emotionalen Persönlichkeitsanteilen sowie die Vermeidung von Reizen, die Erinnerungen an das traumatische Erlebnis auslösen, ist mit der aktiven Vermeidung der tödlichen Bedrohung gleichzusetzen. Nach traumatischen Erlebnissen greift der Organismus also auf beide Verdrängungsmechanismen zurück.

Erschwerend kommt jedoch noch die Fragmentierung der Erinnerungen und Wahrnehmungen hinzu, die durch die massive Überflutung des Organismus mit aversiven Reizen ab dem Zeitpunkt des „Freeze & Fragment“ entsteht.

Was bedeutet dies nun konkret für den Organismus bzw. das Selbst?

5 Das Selbst in der Gestalttherapie

Wie definiert die Gestalttherapie den Begriff des Selbst?

Das Selbst ist in der Gestalttherapie ein phänomenologisches Selbst. Es ist definiert als „Funktion der schöpferischen Anpassung“ im Organismus-Umwelt-Feld und gleichbedeutend mit der Erfahrung an der Kontaktgrenze.“ (Otto Glanzer, Skript „Kontaktprozess“)

Das Selbst ist die Kontaktgrenze in Bewegung. Die Gestalttherapie begreift das Selbst also als dynamisch. Darüber hinaus ordnet die Gestalttherapie dem Selbst drei Hauptfunktionen zu:

- Die Ich-Funktionen
- Die Es-Funktionen
- Die Persönlichkeits-Funktionen

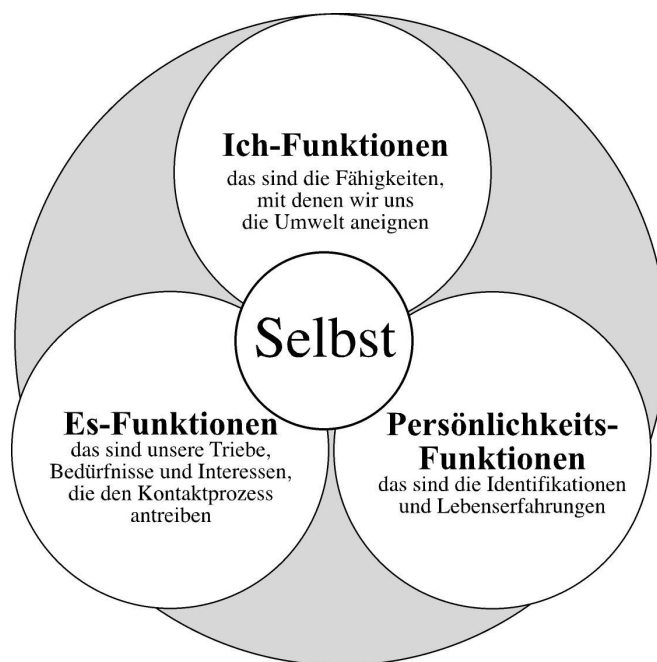


Abbildung 8

(vgl. Hans Peter Dreitzel, *Gestalt und Prozess*, 2004, S. 41)

In der therapeutischen Arbeit geht es immer um die Wiederbelebung der Ich-Funktionen. Die Es-Funktionen sowie die Persönlichkeits-Funktionen können jedoch der diagnostischen Orientierung dienen, da auch eine Störung dieser Funktionen auf eine Schwächung der Ich-Funktionen hinweist.

Diese drei Funktionen lassen sich dem Kontaktprozess im zeitlichen Ablauf zuordnen, wie die folgende Abbildung zeigt.

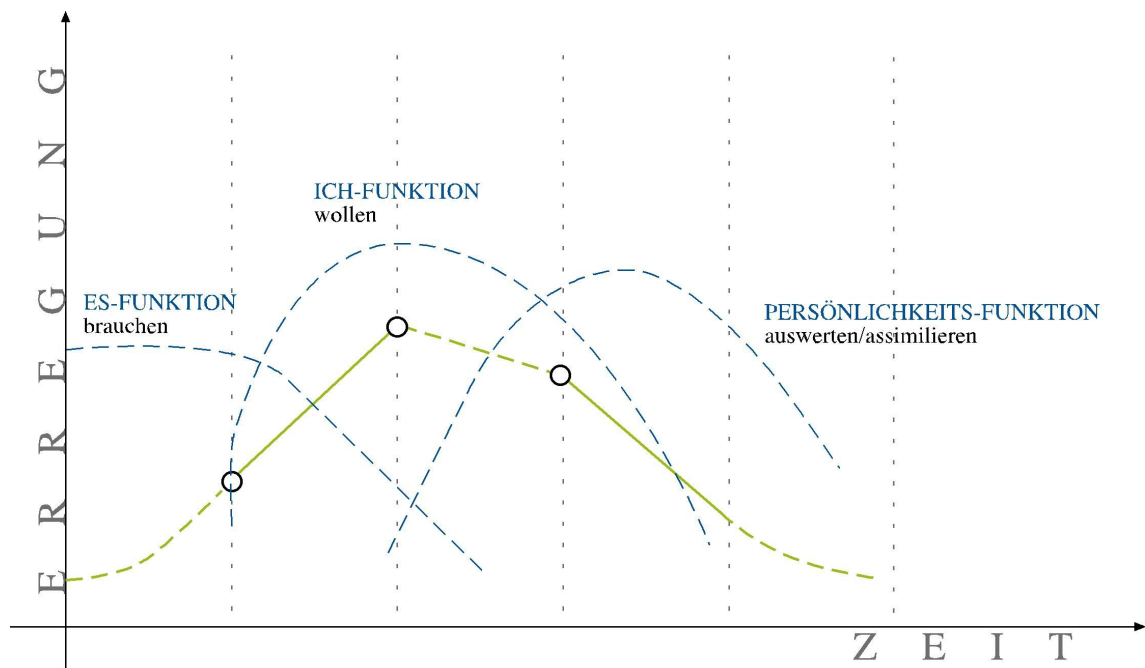


Abbildung 9

Vgl. Otto Glanzer, Skript „Kontaktprozess“

Es-Funktionen:

Der zentrale Ort der Es-Funktionen ist der Vorkontakt. Sie bezeichnen den Antrieb der Kontaktprozesse. Unsere Triebe, Bedürfnisse und Interessen.

Persönlichkeitsfunktionen:

Die Persönlichkeits-Funktionen haben ihren zentralen Ort eher im Nachkontakt. Diese Identifikationen sind das Ergebnis unserer Kontaktprozesse und bilden aus der Summe unserer Erfahrungen und dessen womit wir uns identifizieren auch den Grund auf dem jede neue Gestaltbildung statt findet.

Ich-Funktionen:

Die Ich Funktionen, des Spürens, Beachtung-Schenkens, Pflegens und insgesamt des Sich-auseinander-Setzens mit den existenziellen Gegebenheiten des Lebens halten die Es- und die Persönlichkeitsfunktionen aufrecht. (vgl. Hans Peter Dreitzel, Kontakt und Prozess)

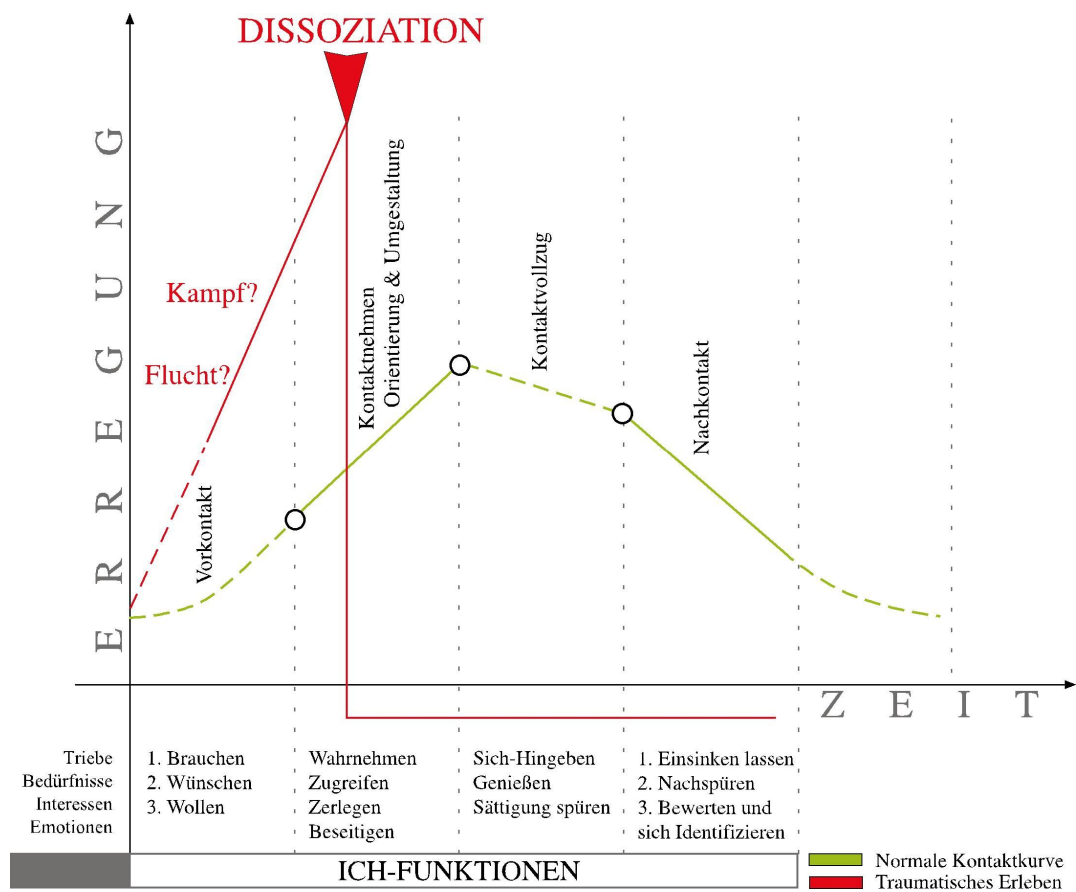
Auf die Ich-Funktionen möchte ich nun noch gesondert eingehen.

5.1 Die Ich-Funktionen

Hans Peter Dreitzel definiert die Ich-Funktionen wie folgt:

„Die Ich-Funktionen des Selbst sind die Fähigkeiten, mit denen der Organismus sich Teile der Umwelt zu eigen macht, um überleben und wachsen zu können.“ (Hans Peter Dreitzel, Gestalt und Prozess, 2004, S. 38)

Er ordnet die verschiedenen Ich-Funktionen darüber hinaus den einzelnen Kontaktphasen zu, wie die folgende Abbildung zeigt.



Wesentliche Elemente der Ich-Funktion sind Wahrnehmung, Denken, Phantasieren, Erinnern, der Trieb- und Bedürfnisaufschub zur Realitätsprüfung, das Zeiterleben, Identifikation, Entscheiden, Sprache, sowie die Motorik (vgl. Otto Glanzer, Skript Kontaktprozess).

5.2 Funktionsstörungen des Selbst durch Traumatisierungen

Betrachtet man die Kontaktkurve des traumatischen Erlebens in Abbildung 10 wird klar, dass bei chronischen Traumatisierungen Störungen in allen drei Funktionen des Selbst auftreten können, da der Kontaktprozess über seine gesamte Dauer gestört wird und somit alle drei Funktionen massiv beeinträchtigt werden. Die Folge ist die strukturelle Dissoziation und somit auch eine Störung der Funktionen des Selbst.

Kinder die unter Bedingungen aufwachsen, die als chronische Traumatisierungen betrachtet werden müssen, wie schwere Vernachlässigung, sexueller Missbrauch oder körperliche Gewalt werden also nicht nur in den Ich-Funktionen anhaltende Störungen entwickeln.

Meines Erachtens nach beschreibt die zu Beginn erwähnte komplexe Symptomatik von Judith Hermann die Vielfalt der schweren und anhaltenden Störungen der Funktionen des Selbst, wie sie durch anhaltende Traumatisierungen in der Kindheit entstehen, sehr gut.

„Ein kleines Kind kann anfangs noch nicht zwischen Selbst und Nicht-Selbst unterscheiden. Es weiß nicht, was innen und was außen, vorher und nachher, was getan und was erlitten ist. Die Erfahrung der Kontaktgrenze, also der Selbstprozess ist nicht stabil, sondern wie eine Membrane sehr durchlässig. Mit zunehmendem Alter entwickelt sich – gute Bedingungen vorausgesetzt - die Fähigkeit, während der Kontaktnahmephase die Identität zu wahren, um zwischen innen und außen klar unterscheiden zu können.“

(Otto Glanzer, Skript „Kontaktprozess“)

5.3 Das verfolgte Selbst

Wie könnte man nun das Selbst nach chronischer Traumatisierung in Analogie zu Abbildung 8 darstellen?

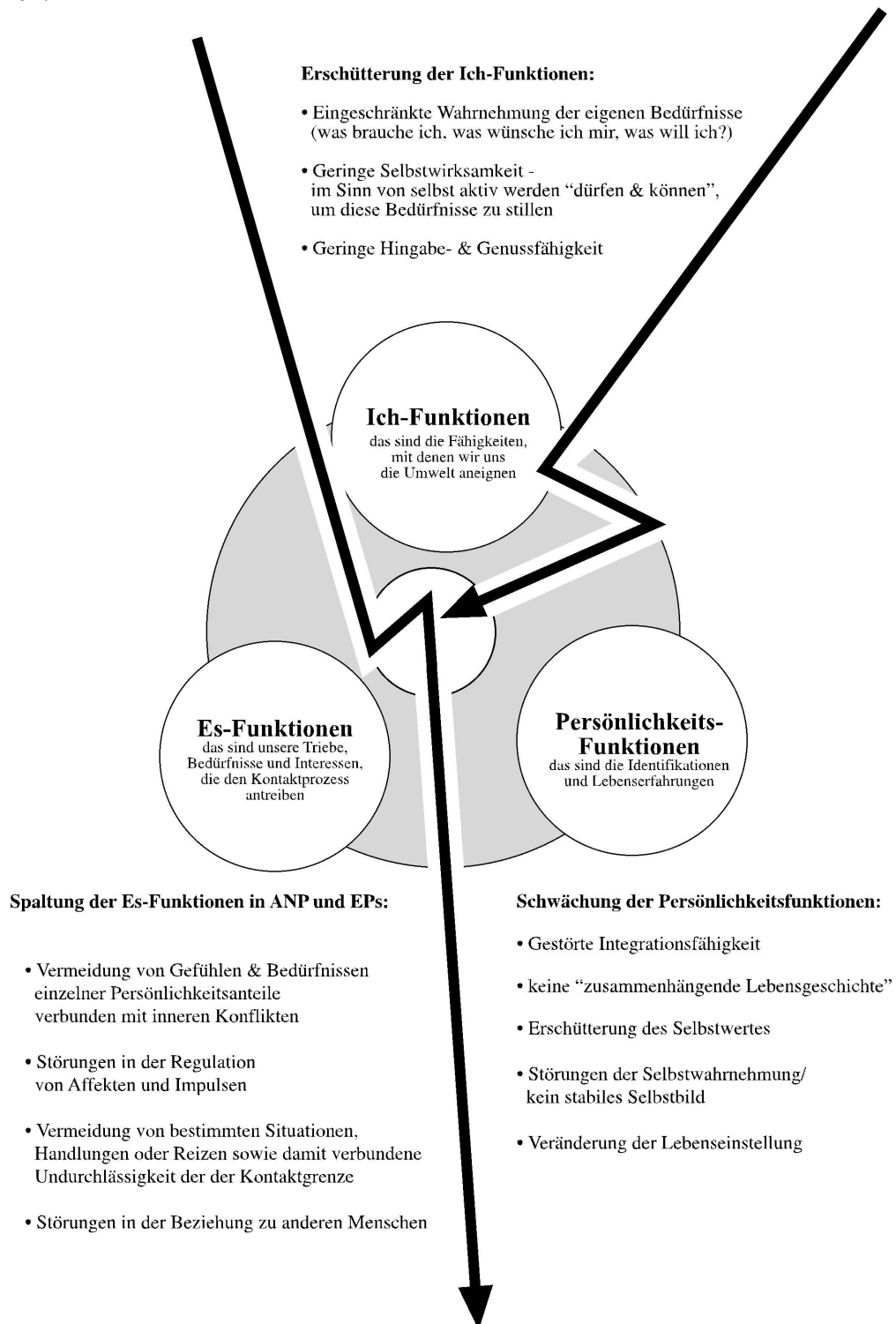


Abbildung 11

5.4 Mögliche Spaltung nach chronischen Traumatisierungen

Die Gefühle, Schmerzen, Wahrnehmungen und Handlungen während des Traumas, können sich zu emotionalen Persönlichkeitsanteilen entwickeln, die folgende Eigenschaften, Gefühle oder Handlungstendenzen in sich tragen können:

„Opfer-Anteile“

- Psychosomatischer Schmerz
- Opferidentität: „Ich bin selbst schuld“; „Ich bin so hilflos – hilf mir doch“
(Erlernte Hilflosigkeit)
- Süchte, um nichts mehr zu spüren
- Fühllosigkeit
- Depressivität
- Suizidalität

„Beobachter-Anteile“

Depersonalisierte, distanzierte Teile der Persönlichkeit können sich weiter teilen in:

- Einen neutralen, affektfernen, funktionierenden Anteil
- Wächter, der innerlich für Ordnung sorgt
- Liebevoller Helferanteil, „Engel“ etc.
- Täterloyalen Anteil, der dem Opfer gegenüber gleichgültig ist

„Täteridentifizierte Anteile“

Identifikation mit dem Aggressor, können zu folgenden Abspaltungen führen:

- Sadistisch-quälender Persönlichkeitsanteil
- Reiner Affektdurchbruch, Hass pur
- Ideologischer, die Täterseite vertretender Anteil
- Zynischer, aggressiver Anteil
- Aber unter Umständen auch ein beschützender Anteil

„Das unbeschwerte Kind“

- Persönlichkeitsanteil(e) ohne traumatische Erinnerungen

(vergleiche Michaela Huber, Wege der Traumabehandlung Teil II, 2004, S. 138)

Was bedeutet diese mögliche „Innere Vielfalt“ für den therapeutischen Prozess?

Gerade weil in der Kindheit chronisch traumatisierte Menschen durch strukturelle Dissoziation eine Vielzahl von unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen entwickeln mussten um überleben zu können, muss der Therapeut die innere Dynamik zwischen diesen unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen berücksichtigen und dem Klienten helfen, Verständnis für diese „innere Dynamik“ nach schweren Traumatisierungen zu entwickeln.

Es geht dabei nicht darum aktiv mit dem Klienten nach biografischen Zusammenhängen zu suchen oder Zusammenhänge zu konstruieren, auch wenn viele in der Kindheit traumatisierte Klienten nach einer Erklärung für ihre Symptome und nach einem Beweis für die Wahrheit der verdrängten Erfahrungen suchen werden.

Es geht vielmehr darum, den erwachsenen Klienten für seine eigenen inneren Prozesse zu sensibilisieren, denn zwischen diesen dissoziierten Anteilen und Gefühlen entwickelt sich eine innere Dynamik und ein starkes Spannungsfeld an der inneren Kontaktgrenze, die es zu verstehen gilt.

Findet schließlich eine Annäherung an abgespaltene Persönlichkeitsanteile statt, wird der Klient unter Umständen auch mehr Zugang zu seinen verdrängten Erinnerungen bekommen. Nähern sich ANP und EPs jedoch an, kann das innere Gleichgewicht, das über Vermeidung und Verdrängung die Funktionsfähigkeit des ANP aufrechterhält, ins Wanken geraten. Ein gutes Bild für dieses fragile Gleichgewicht ist ein Mobile. Gerät ein kleines Element in Bewegung oder wird „angestoßen“ so hat das Auswirkungen auf das Gleichgewicht des ganzen „Systems“.

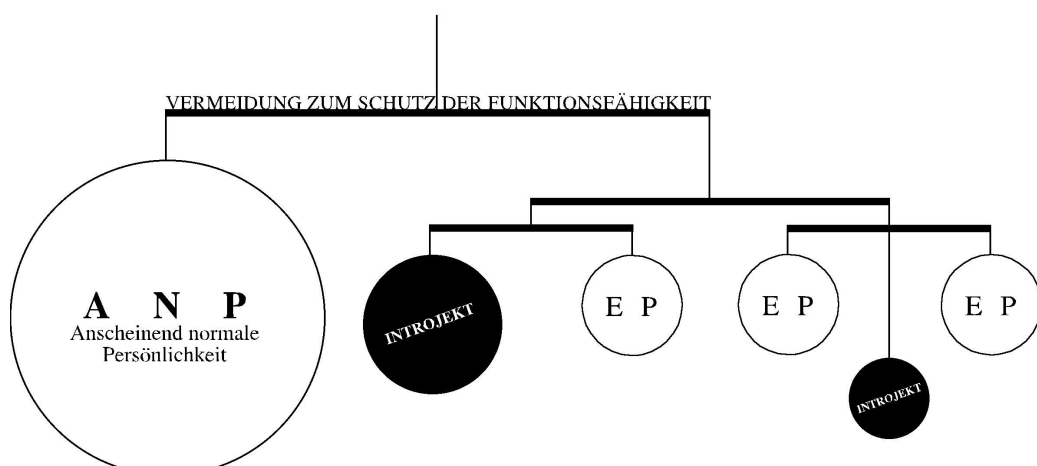


Abbildung 12

Es ist daher zwingend notwendig, dass eine ausreichende Stabilisierung im Sinne einer an drei Phasen orientierten Traumatherapie (Stabilisierung, Traumabearbeitung, Integration) stattfindet.

Der Klient sollte sich also in der Therapie bereits Fähigkeiten und Ressourcen zur Reorientierung und Stabilisierung sowie zur Regulation von Affekten erarbeitet haben und diese sicher anwenden können, bevor eine gezielte Arbeit mit dissoziierten Persönlichkeitsanteilen begonnen wird. Der Therapeut sollte auf den Prozess und die Selbstregulationsfähigkeit des Organismus vertrauen und die Widerstände und Verdrängungsmechanismen als wichtige Schutzfunktionen würdigen. Der Versuch diese Schutzmechanismen aktiv zu durchbrechen kann im schlimmsten Fall eine schwere Dekompensation zur Folge haben.

Ich halte es daher für wichtig sich dieses fragile Gleichgewicht und die inneren Dynamik bei komplex traumatisierten Menschen bewusst zu machen und das Kontaktprozessmodell noch genauer zu differenzieren, um den Kontaktprozess an der intrapsychischen Kontaktgrenze zwischen ANP und EPs zu verstehen.

6 Der Kontaktprozess an der intrapsychischen Kontaktgrenze

Das Modell der strukturellen Dissoziation mit der Unterscheidung der Persönlichkeitsanteile in ANP und EPs veranschaulicht bereits sehr deutlich, diese intrapsychische Kontaktunterbrechung, durch die das Ganze, also die ganze Persönlichkeit, den Kontakt zu einigen seiner Teile verloren hat. Das Selbst ist fragmentiert, die folgende Grafik stellt das innerpsychische System bei einer sekundären strukturellen Dissoziation dar.

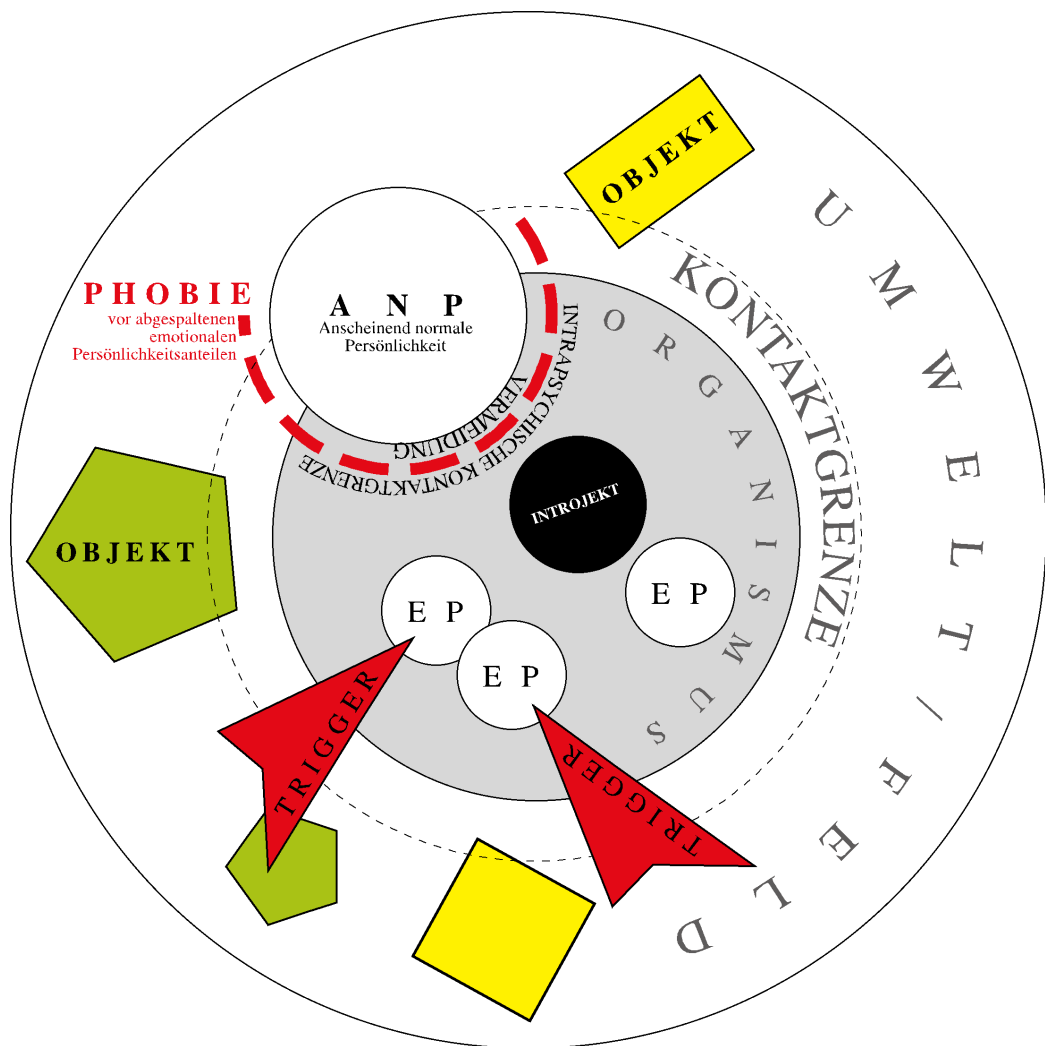


Abbildung 13

Diese Abbildung verdeutlicht, dass es nötig ist, konkret zwischen dem intrapsychischen Feld im Organismus und dem Organismus-Umweltfeld zu unterscheiden. Nach chronischen Traumatisierungen kann sich ein starkes Spannungsfeld zwischen diesen beiden Bereichen entwickeln, da die einzelnen Persönlichkeitsanteile unterschiedliche Wahrnehmungen und Bedürfnisse haben. Sich dieser Dynamik bewusst zu sein ist entscheidend für den therapeutischen Prozess.

Viele Kontaktprozesse beginnen mit körperlichen oder emotionalen Bedürfnissen, was bedeutet dass die Kontaktgrenze zu Beginn des Kontaktprozesses häufig innerhalb des Körpers liegt.

Die zwei wesentlichen Qualitäten der Kontaktgrenze sind:

- Die energetische Aufladung
- Die relative Durchlässigkeit

Diese beiden Qualitäten sind dynamisch und ändern sich im Laufe des Kontaktprozesses von alleine, sofern sie nicht gestört sind. (Vgl. Hans Peter Dreitzel 2004)

Eine Traumatisierung, insbesondere aber chronische Traumatisierungen, bewirken massive Störungen dieser beiden Eigenschaften.

Störungen der energetischen Aufladung:

Zum einen ist die energetische Aufladung durch das traumatische Ereignis schwer gestört und aus ihrem dynamischen Gleichgewicht geraten. Sie bewegt sich häufig im Bereich der Übererregung, des Hyper-Arousals, ausgelöst z.B. durch Trauma assoziierte Reize, die das Ereignis im „Hier & Jetzt“ aktualisieren und zum Vordergrund werden lassen. Somit werden aktuelle Bedürfnisse von vergangenem traumatischen Erleben in den Hintergrund gedrängt und können keine Gestalt ausbilden.

Zum anderen kann sie sich in einer zu geringen energetischen Aufladung bewegen, wenn ein Zustand, der dem Zustand des „Freeze“ zuzuorden ist, aktualisiert wird. In dieser Erstarrung sind die Bedürfnisse des Organismus nur sehr schwach oder gar nicht mehr spürbar. Die Folge ist, die Gestalt an der Kontaktgrenze ist nur sehr schwach ausgebildet und die Befriedung der Bedürfnisse wird unzureichend sein.

Störungen der relativen Durchlässigkeit:

Ein Organismus, der sich auf dem Funktionsniveau des ANP bewegt versucht dieses Funktionsniveau zu schützen und aufrecht zu erhalten, indem er die Bedürfnisse der emotionalen Persönlichkeitsanteile, der EPs, vermeidet und ignoriert. Das heißt, der von dem ANP gesteuerte Organismus versucht die intrapsychische Kontaktgrenze möglichst undurchlässig zu machen, es entwickelt sich eine Phobie vor Gefühlen und Bedürfnissen, die den EPs zugeordnet sind. Darüber hinaus versucht der ANP jedoch den Organismus vor allen Trauma assoziierten Reizen zu schützen und macht somit auch die äußere Kontaktgrenze undurchlässig.

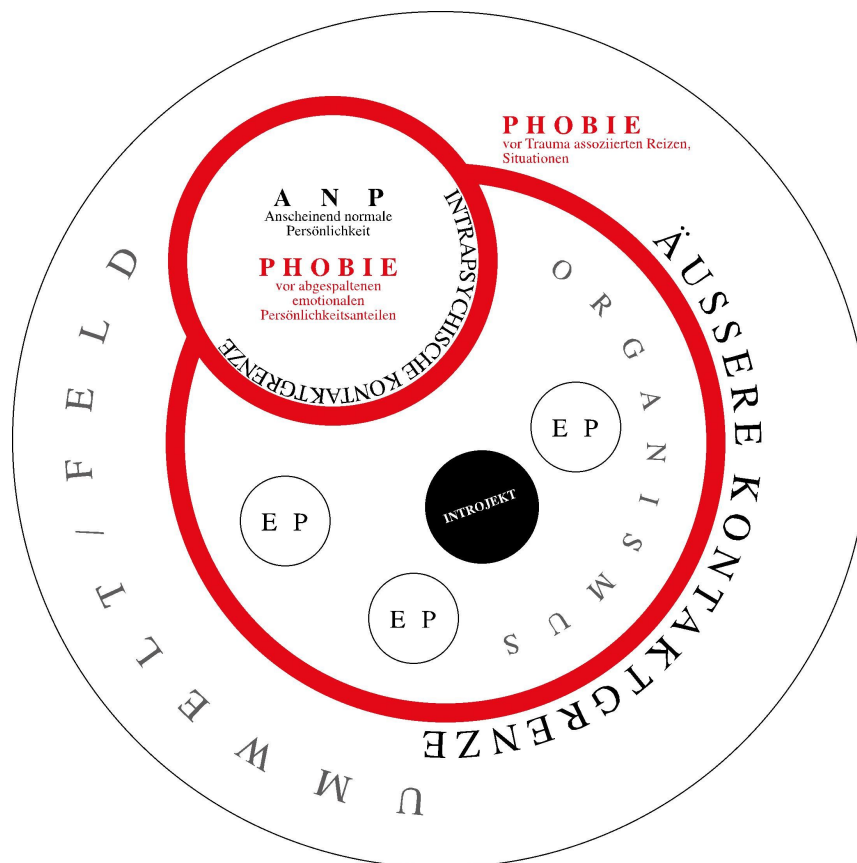


Abbildung 14

Bestimmte Situationen werden gemieden, zwischenmenschliche Kontakte eingeschränkt. Der Organismus versucht sich durch Isolation zu schützen, in dem er gewissermaßen entlang der äußeren und inneren Kontaktgrenze aus Angst eine Mauer errichtet.

Häufig bildet sich so ein ganz individuelles Muster aus Vermeidung an der intrapsychischen Kontaktgrenze und unterschiedlichen Kontaktunterbrechungen an der äußeren Kontaktgrenze aus, das wenn es überdauert, die strukturelle Dissoziation aufrechterhält.

Ich schließe mich daher Georg Meiers Meinung an:

„(...) der Begriff der Kontaktunterbrechung ist problematisch, weil „Kontakt“ immer die Vorstellung von einer Beziehung zu einem anderen Menschen weckt, was aber nur eine Dimension, der Gestaltarbeit ausmacht. Die mindestens ebenso wichtige intrapsychische Dimension, also der innerpsychische Bereich des Einzelnen, wäre dabei unberücksichtigt, was eine nicht hinnehmbare Reduktion bedeuten würde.“

(Georg Meier, Vermeidungsformen, Symbolon Institut, 2008, S.2)

So könnte man folgende Unterscheidung treffen:

- An der intrapsychischen Kontaktgrenze, also der Grenze zwischen ANP und EPs, die für die strukturelle Dissoziation charakteristisch ist, findet vor allem Vermeidung statt.
- An der Kontaktgrenze des Organismus/Umweltfeldes finden Kontaktunterbrechungen statt.

In jedem Fall müssen beide Dimensionen bei Traumafolgestörungen berücksichtigt werden.

Des weiteren halte ich es für außerordentlich wichtig, diese intrapsychischen Vermeidungsmechanismen der strukturellen Dissoziation situationsbezogen und wertneutral zu betrachten, da sie die einzig mögliche Lösung für den Organismus war, die chronischen Traumatisierungen zu überleben. Die strukturelle Dissoziation ermöglicht es dem ANP die Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten und hält das innere System zwischen den einzelnen Persönlichkeitsanteilen in einem einigermaßen ausreichenden Gleichgewicht.

In keinem Fall dürfen diese Schutzmechanismen ohne vorherige, ausreichende Stabilisierung und gegen den Willen des Klienten eingerissen werden oder der Therapieprozess beschleunigt oder forciert werden.

- Der Klient bestimmt den Weg
- Der Organismus bestimmt das Tempo

Das heißt, es ist auch zu respektieren, wenn sich der Klient gegen den langen und sehr schmerzhaften Prozess einer gezielten Aufarbeitung und Integration der abgespaltenen Persönlichkeitsanteile entscheidet.

7 Kontaktunterbrechungen

Über Anzahl und Art von möglichen Kontaktunterbrechungen gehen die Meinungen in der Gestalttherapie auseinander. Otto Glanzer, auf den ich mich hier beziehen möchte, spricht von acht möglichen Kontaktunterbrechungen:

Konfluenz erster Ordnung

- 2) Introjektion
- 3) Projektion
- 4) Retrofektion
- 5) Deflektion
- 6) Egotismus
- 7) Konfluenz 2. Ordnung
- 8) Akzeleration

Diese Kontaktunterbrechungen sind dem zeitlichen Ablauf der Kontaktkurve zuzuordnen.

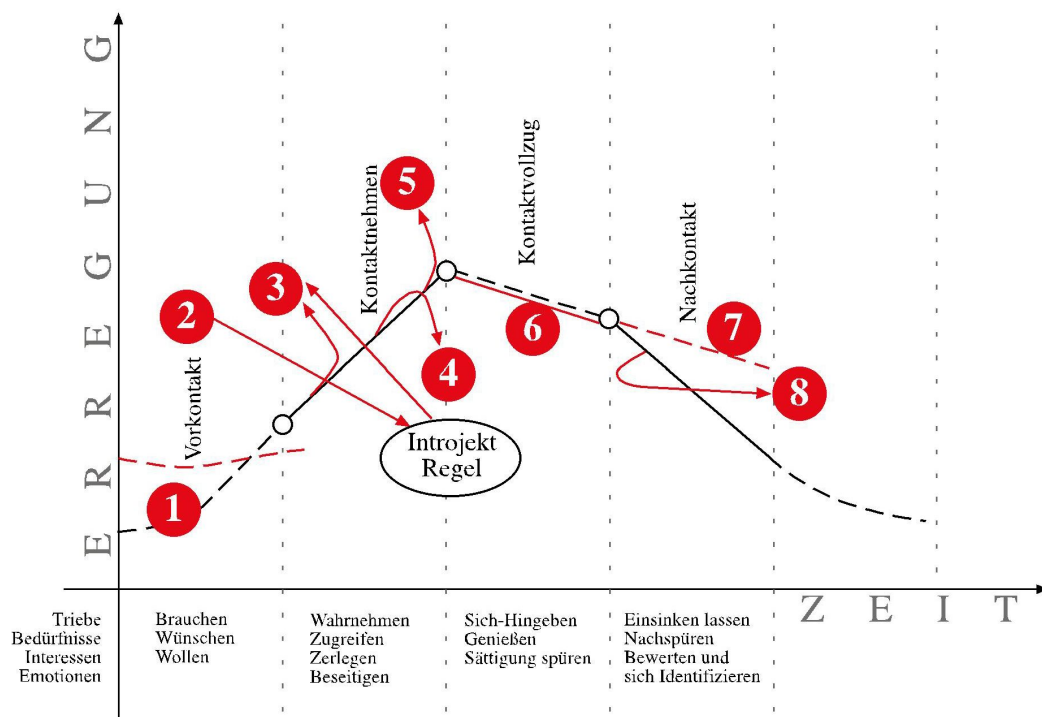


Abbildung 15

Otto Glanzer beschreibt diese Kontaktunterbrechungen wie folgt:

KONFLUENZ:

Konfluenz erster Ordnung bzw. die „Innere Konfluenz“ ist in der Kontaktkurve im zeitlichen Ablauf dem Vorkontakt zuzuordnen.

„Die Person verharrt in einem Zustand geringster Erregung, schon das Auftauchen eines Bedürfnisses oder Gefühls wird vermieden“

Konfluenz 2. Ordnung bzw. „Äussere Konfluenz“ beginnt im Kontaktvollzug und verlängert diesen unnatürlich.

„Die Person verharrt im vollen Kontakt, beendet nicht, verschmilzt mit dem Gegenüber, ohne stabile Ich-Grenzen zu ziehen.“

INTROJEKTION:

Introjektionen können auf zwei unterschiedliche Arten den Kontaktprozess unterbrechen. Durch die unmittelbare Übernahme einer Anordnung im „Hier & Jetzt“ wird der eigene Impuls gestoppt und die eigene Absicht ist nicht mehr spürbar.

Oder

Ein früher bereits „einverleibtes Introjekt“ (verinnerlichtes Gebot/Verbot) wird aktiviert und stoppt die ursprünglich eigene Absicht.

DEFLEKTION:

Durch Verniedlichung, Bagatellisieren, teilweises Abwenden, Abstrahieren, Theoretisieren, ins Lächerliche ziehen, „Ja-aber-Denken“ wird das Maß der Erregung abgeschwächt, so dass es nicht zum vollen Kontakt kommt.

PROJEKTION:

Durch das Verlegen von Bedürfnissen, Absichten, Gefühlen, Impulsen und Reaktionsbereitschaften in die Aussenwelt, werden die eigene Erregung und die eigene Absicht unterbrochen. Das heißt, ich erlebe etwas außen als einen Teil meiner Umwelt, das nach innen als ein Teil von mir selbst gehört. Eine Projektion erfordert ein gemeinsames Merkmal zwischen mir selbst und dem Objekt außerhalb von mir. Durch den Projektionsvorgang entsteht also eine Realitätsverzerrung. Die Entstehung von Projektionen kann auf die Wirksamkeit von Introjekten zurückgeführt werden.

Wichtige Untergruppierungen von Projektionen sind:

- Übertragungen
- Katastrophenphantasien

RETROFLEKTION:

Retrofektion ist der psychische Mechanismus, durch den der leib-seelische Organismus seine auf die Umwelt gerichtete Energie umlenkt und auf sich selbst zurückführt.

Retrofektion kann sich in folgenden Ausprägungen zeigen:

- Selbstliebe:
Was man sich von anderen wünscht, führt man sich selbst zu (z.B. Masturbation)
- Selbstkontrolle:
Was man anderen antun will, tut man sich selbst an. Der bewusste Impuls oder die Absicht werden kurz vor der Ausführung gestoppt und via Muskelkraft gegen sich selbst gerichtet (z.B. Zähneknirschen, Fäuste ballen, Spannungskopfschmerzen)
- Selbsthass:
z.B. Selbstverletzungen

EGOTISMUS:

Während des Kontaktvollzugs werden die Ich-Grenzen nicht aufgelöst, gesunde Konfluenz wird nicht zugelassen, sondern weiterhin planend, reflektierend, oft im Sinn der eigenen Bestätigung, gehandelt. Dahinter stehen Introjekte und Angst vor Hingabe bzw. Angst vor Autonomieverlust.

AKZELERATION:

Dem Erlebten wird nicht mit Zeit und Muße nachgespürt, so wird das Erlebte nicht gewertet und nicht gewürdigt. Der Kontaktprozess wird beschleunigt und zu schnell beendet, um möglichst schnell die nächste Aktivität beginnen zu können.

7.1 Vermeidungsformen nach Martina Gremmler-Fuhr

Betrachtet man das Schema der Vermeidungsformen von Martina Gremmler-Fuhr vor dem Hintergrund chronischer Traumatisierungen sind meiner Meinung nach folgende Tendenzen zu einem bestimmten Pol hin zu erwarten:

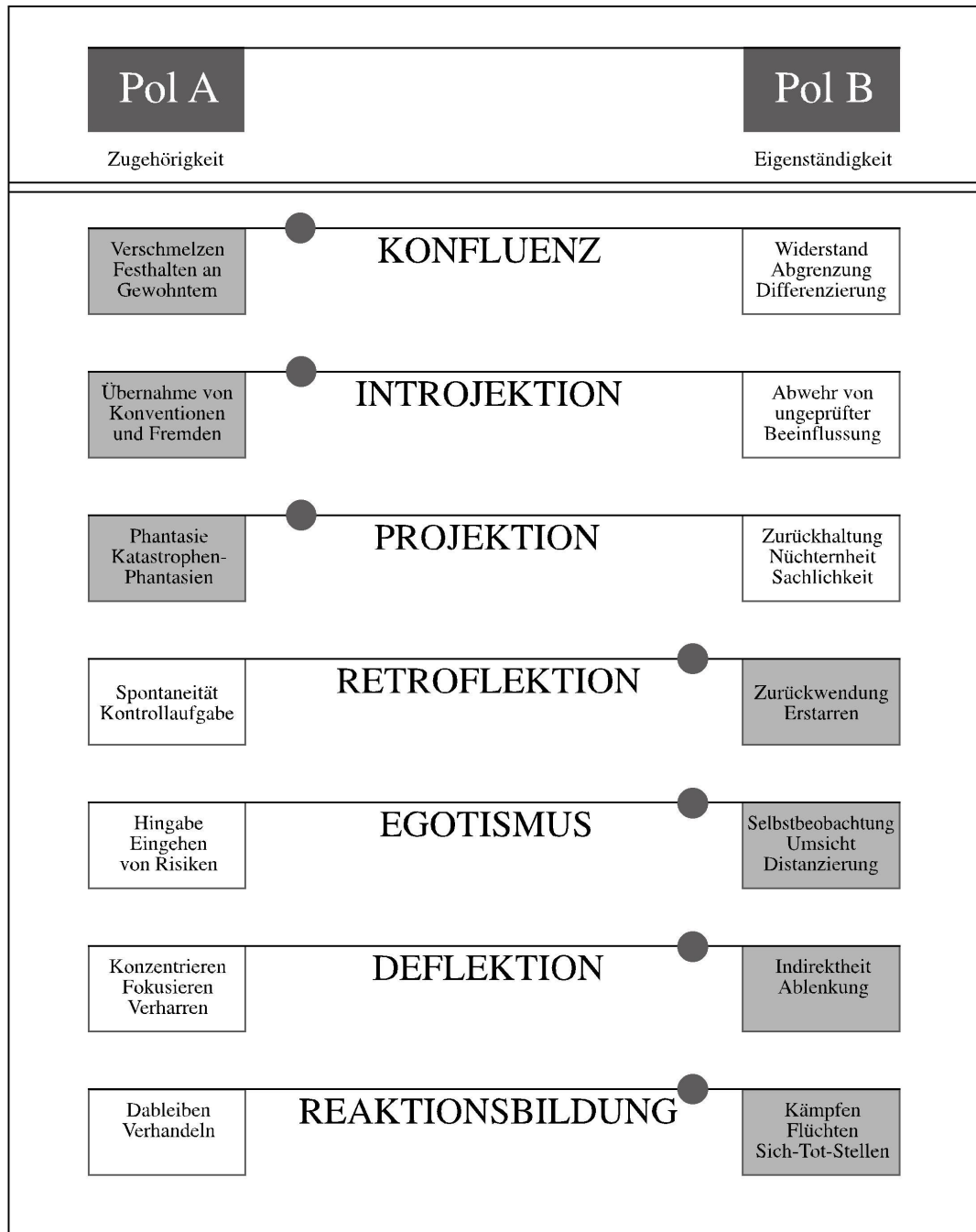


Abbildung 16

Ich möchte daher im folgenden einzelne dieser Vermeidungsmechanismen, die ich für wesentlich halte, näher betrachten und die Tendenzen zu den jeweiligen Polen begründen.

8 Vermeidungsformen/Kontaktunterbrechungen nach chronischen Traumatisierungen

Grundsätzlich können sich bei chronischen Traumatisierungen alle Arten von Kontaktunterbrechungen zeigen. Meines Erachtens nach treten jedoch die folgenden vier Formen gehäuft auf.

- Innere Konfluenz
- Introjektionen
- Projektionen, Übertragungen und Katastrophenphantasien
- Retrofektion

Ich möchte sie daher noch differenzierter betrachten. Deflektion, Egotismus und Akzeleration können jedoch ebenfalls mit folgenden Besonderheiten vorkommen, auf die ich jedoch nur kurz eingehen möchte.

DEFLEKTION:

Deflektionen können sich vor allem im Sinn von Verharmlosung des Geschehenen durch den ANP, der verzweifelt versucht seine Funktionsfähigkeit zu schützen, oder durch täterloyale Anteile, die alles leugnen, zeigen. In der Kindheit schwer traumatisierte Menschen trauen ihrer eigenen Wahrnehmung nicht und stellen so ihre schmerzhaften und oft lange verdrängten Erinnerungen häufig immer wieder in Frage.

EGOTISMUS:

Egotismus wird meiner Meinung nach eher im Sinn von mangelnder Hingabefähigkeit aus Angst vor Autonomie- bzw. Kontrollverlust auftreten.

AKZELERATION:

Akzeleration hingegen kann auf Grund der ständigen Übererregung des Organismus, der sich fortwährend in „Hab-Acht-Stellung“ befindet, als eine feste Begleiterscheinung bei schweren Traumafolgestörungen betrachtet werden

8.1 Innere Konfluenz

Die Grenzen und Bedürfnisse chronisch traumatisierter Menschen wurden fortwährend und konsequent übergangen und missachtet. Wird ein Kind von einer unmittelbaren Bezugsperson traumatisiert, wird es das „gute Bild dieser Bezugsperson“ schützen. Das Kind kann und darf dann das Handeln dieser Person nicht in Frage stellen, der Umkehrschluss wird nur all zu oft sein, „meine eigenen Wünsche und Bedürfnisse sind falsch“. Ein missbrauchtes oder vernachlässigtes Kind lernt so, dass es keine eigenen Wünsche oder Bedürfnisse haben darf, bzw. dass es sinnlos oder sogar gefährlich ist, diese Bedürfnisse wahrzunehmen oder zu äußern. Hinzu kommt, dass sich der Organismus durch Dissoziation im Sinn von einer „eingeschränkter Wahrnehmung“ häufig in der Untererregung befinden kann. Das energetische Niveau der Kontaktkurve ist dann entsprechend sehr niedrig.

Umgekehrt kann der ANP durchaus Bedürfnisse wahrnehmen, z.B. das Bedürfnis nach Nähe verspüren, aber ein EP hat panische Angst vor jeder Art von körperlicher Nähe und dringt mit Intrusionen wie z.B. Panik in den ANP ein. Durch diesen inneren Konflikt werden traumatische Erinnerungen und Gefühle aktiviert. Die Folge kann sein, dass der ANP versucht sich vor diesen Intrusionen zu schützen und in Zukunft das Bedürfnis nach Nähe auszublenden oder es, sollte es aufkommen, zu unterdrücken. Alles, was dem ANP oder einen EP als gefährlich erscheint und Konflikte im Innen oder im Außen auslösen kann, wird so gemieden.

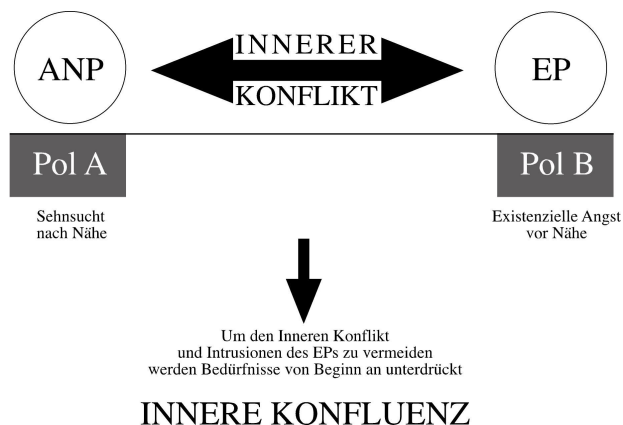


Abbildung 17

Innere Konfluenz kann daher meiner Meinung nach hervorgerufen werden durch:

- Konfliktvermeidung im Außen mit Überanpassung
- Ein niedriges energetisches Niveau auf Grund von Dissoziation
- Konfliktvermeidung im Inneren

8.2 Introjektion

Introjektion ist im Grunde ein normaler psychischer Vorgang. Gefühle, Gedanken oder Verhalten einer anderen Person werden ins Selbst hineingenommen. Normalerweise erfolgt eine Assimilation, so dass aus Introjekten Selbstanteile werden, die nicht als fremd erlebt werden. Die neuere Hirnforschung geht davon aus, dass Menschen auf Grund ihrer Spiegelneuronen gar nicht anders können als das, was ein anderer vormacht oder vorlebt ebenfalls zu tun.

„Für ein Kind, das noch keine ausreichenden Steuerungsmöglichkeiten hat, um Spiegelphänomene zu kontrollieren, ist es daher also auch aus biologischen Gründen nicht zu umgehen, dass es handelt, fühlt und denkt wie der Täter. Täterintrojektion kann als ein Schutzvorgang verstanden werden, der während der traumatischen Situation hilft, sich vor überwältigender Ohnmacht zu schützen. Lebt der Täter im Selbst, ist die Tat richtig, und damit gibt es quasi keine Ohnmacht. Täterintrojektion im Kindesalter schützt das Kind außerdem vor Objektverlust.“ (A. Krüger, L. Reddemann, Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, 2009, S. 190)

Meines Erachtens nach ist es sehr wichtig bei chronisch traumatisierten Klienten, zwischen Introjekten im Sinn von „verinnerlichten Botschaften“ und Täterintrojekten, also Introjekten die während einer akuten, existenziellen Bedrohung/einer Traumatisierung entstanden sind, zu unterscheiden.

Beiden Formen der Introjektion ist Folgendes gemein:

- Sie „arbeiten“ mit sich wiederholenden „selbstversklavenden inneren Botschaften“
- Sie laufen unbewusst und automatisch ab
- Sie schränken die Flexibilität ein

Täterintrojekte im Sinn einer strukturellen Dissoziation unterscheiden sich jedoch von „normalen Introjekten“ durch folgende Kennzeichen:

- Sie waren in der Vergangenheit ein existenzieller Schutzmechanismus
- Sie hatten und haben eine wichtige Funktion im intrapsychischen System
- Der Grad der Identifikation ist im allgemeinen höher
- Sie sind komplexer und autonomer

Bei komplex traumatisierten Menschen ist also mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Introjekten zu rechnen. Introjekte beeinflussen die innere Dynamik maßgeblich oder blockieren den therapeutischen Prozess. Ich halte es daher für sehr hilfreich, die Funktionen dieser Introjekte innerhalb der intrapsychischen Struktur möglichst gut zu erfassen.

Introjekte stehen häufig in einem Systemverbund (vgl. Georg Meier, Vermeidungsformen, 2008, S.11), daher kann sich ein Täterintrojekt bereits durch die Auflösung von vorgelagerten Introjekten bedroht fühlen. Fühlen sich Täterintrojekte durch die Therapie in die Enge getrieben, kann es zu inneren Reinszenierungen zwischen einzelnen Persönlichkeitsanteilen kommen, was zu einer Destabilisierung oder im schlimmsten Fall zu einer Dekompensation führen kann. Das kann bedeuten, ein täteridentifizierter Anteil/EP initiiert vielleicht nicht mehr nur beständig Selbstabwertungen oder beschuldigt das Opfer selbst schuld zu sein, sondern reagiert nun unter Umständen mit gezielter Manipulation oder gar mit akuter Suizidalität.

Darüber hinaus können Täterintrojekte im Hier und Jetzt auf der Beziehungsebene aktiv werden. Ein Täterintrojekt kann so z.B. versuchen den Klienten dahingehend zu manipulieren die Therapie abubrechen.

Die Arbeit an Introjekten nach chronischen Traumatisierungen sollte daher sehr achtsam und differenziert erfolgen. Handelt es sich nicht nur um „verinnerlichte Sätze“ sondern hat eine starke Identifikation von Teilen der Persönlichkeit mit Aspekten dieses Täterintrojekts stattgefunden kann und darf ein solches Introjekt nicht „ausgetrieben“ oder vernichtet werden. Es muss als ein Teilaspekt der Gesamtpersönlichkeit verstanden und in seiner Funktion zunächst gewürdigt werden, bevor ihm durch behutsame und geduldige Arbeit „neue Aufgaben“ zugewiesen werden können.

8.3 Projektion

Schwer traumatisierte Kinder haben gelernt, sich den Wünschen und Erwartungen der Bezugspersonen in ihrem Umfeld anzupassen. Sie mussten häufig ein hochsensibles Gespür dafür entwickeln, was von ihnen von wem und in welcher Situation erwartet wird. Sie sind gewissermaßen „Meister“ darin, Situationen oder Umstände zu überprüfen und Wünsche und Erwartungen anderer zu errahnen, um sich ohne Rücksichtnahme auf eigene Bedürfnisse den Bedingungen möglichst optimal anpassen zu können. Diese Fähigkeiten zu entwickeln und zu perfektionieren war in einem von Gewalt oder Missbrauch geprägten Umfeld gewissermaßen sogar überlebensnotwendig. Das Kind schafft sich ein an Wünschen und Bedürfnissen anderer orientiertes Idealbild von sich selbst, wie es zu sein hat und versucht dieses verzweifelt zu erfüllen.

In der Folge kann sich jedoch häufig ein starres Denkmuster, im Sinne von beständigen Vorwegnahmen entwickeln.

„Ich denke, dass Du denkst“

„Ich denke dass Du erwartest“

„Ich denke, dass ich (...) sein oder (...) tun sollte“

Die Folge ist eine Überanpassung, bei der kein Raum für eigene Bedürfnisse ist. Die Angst vor Bestrafung oder den Folgen eines „falschen Verhaltens“ sowie die Wirksamkeit von Introjekten beeinträchtigt und verfälscht die Wahrnehmung der realen Erwartungen im Außen. Ich würde diesen Vorgang ebenfalls den Projektionen zuordnen.

IDEALISIERUNG:

Projektionen im Sinn einer Idealisierung können sich nach chronischer Traumatisierung eher in der Idealisierung der Eltern zeigen. Es dauert lange bis ein von Kindheit an schwer traumatisierter Klient diese Idealisierung auflösen kann, da diese Projektion durch die eigene „Identifikation mit dem Aggressor“ an das Täterintrojekt gekoppelt ist.

PROJEKTION DES NEGATIVEN SELBST:

Kinder, die in einer Umgebung von Gewalt und Missbrauch aufwachsen, lernen häufig Gefühle in „gut/erlaubt“ und „schlecht/verboten“ einzuteilen. So können die eigenen „verbotenen Gefühle“, die unterdrückt werden müssen, als Schattenprojektion ins Außen verlegt werden.

Auch die beiden Untergruppierungen der Projektion, Übertragung und Katastrophenphantasien werden bei chronisch Traumatisierten Menschen eine recht häufig anzutreffende Kontaktunterbrechung sein.

ÜBERTRAGUNGEN:

Schon geringe, oft zu Beginn noch unbewusste Ähnlichkeiten von Personen mit dem Täter können zu Übertragungen führen und den Kontakt zwischen zwei Menschen beeinflussen, unterbrechen oder gar verhindern. Übertragungen können durch rein äußerliche Ähnlichkeiten und Verhaltensweisen, die an eine bestimmte Person erinnern, oder auch durch einen „ähnliche Wortwahl“ bestimmter Schlüsselsätze aus der Kindheit, ausgelöst werden. Solche Übertragungen aufzulösen ist schwierig. Die Zusammenhänge mit dem biografischen Hintergrund sind oft nicht, oder noch nicht bewusst und die Gefühle, die durch eine solche Übertragung aktiviert werden können, können sehr intensiv sein, da sie mit existenziell bedrohlichen Erlebnissen in der Vergangenheit verknüpft sind.

KATASTROPHENPHANTASIEN:

Katastrophenphantasien sind geprägt durch „Wenn-Dann-Denken“. Auch dieses feste Denkmuster kann sich durch chronische Traumatisierungen manifestieren, es wird häufig sogar von dem Täter forciert:

„Wenn Du etwas erzählst, dann wird (...) passieren“

„Wenn Du nicht brav bist, dann...“

Mehr und genauere Wahrnehmung und die Überprüfung eigener Denkmuster ist daher der erste Schritt in der Therapie bei Projektionen und Übertragungen. Ein differenzierteres Bild kann sich so mit der Zeit entwickeln und Automatismen können durchbrochen werden.

PROJEKTIONEN IM „DRAMA-DREIECK“:

Das "Dramadreiseck" beschreibt ein Beziehungsmuster zwischen mindestens zwei Personen, die darin drei unterschiedlichen Rollen einnehmen können:

- Opfer
- Verfolger
- Retter

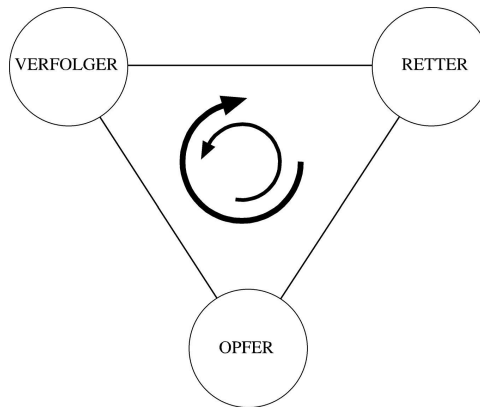


Abbildung 18

Zwischen den „Spielern“ gelten „Regeln“, die durch die an die jeweilige Rolle gebundenen Erwartungen bestimmt werden. Die Muster des Dramadreiseckes paaren sich oder konkurrieren gleichzeitig mit persönlichen Mustern der Beteiligten. Die Muster können teilweise, ob bewusst oder unbewusst, auch gezielt manipulativ „eingesetzt“ werden. Dies geschieht zum Beispiel häufig auch in durch Gewalt oder Missbrauch geprägten Familiensystemen. Im Dramadreiseck gibt es keinen festen Anfang oder Einstieg und auch kein feststehendes Ende. Die eingenommenen Positionen können sich schnell verändern und es kann zu plötzlichen Rollenwechseln kommen.

Chronisch traumatisierte Menschen haben oft eine „Opferidentität“ entwickelt, die von erlernter Hilflosigkeit bestimmt sein kann. Häufig ist diese Rolle die Ausgangsposition. Ein Klient, der die Rolle des Opfers übernimmt, weil er durch das Muster der erlernten Hilflosigkeit geprägt ist, wird dazu neigen im Außen nach einem „Retter“ zu suchen, der ihn aus dieser Ohnmacht „befreit“. Hält der Therapeut den Klienten zur Eigenverantwortung an und ermutigt ihn, sich durch eigene Kraft zu „befreien“, frustriert er die häufig kindlichen Erwartungen des Klienten. Der Klient kann enttäuscht reagieren, geht vielleicht aus dem Kontakt oder weist dem Therapeuten nunmehr die Rolle des „Verfolgers“ zu, da er sich nicht verstanden oder gesehen fühlt. Der Klient kann sich weiterhin als „Opfer“ fühlen obwohl er sich durch diese Zuweisung in die Rolle eines „Verfolgers“ begibt.

Es kann schwierig sein diesen Kreislauf zu durchbrechen. Meines Erachtens nach ist die beste Methode eine gezielte Psychoedukation, die diesen „Teufelskreis“ schlüssig erklären sollte.

8.4 Retroflection

Hans Peter Dritzell vertritt die Ansicht:

„Alle Formen der Retroflection beruhen auf der eigentümlichen Doppelnatur des Menschen, der sowohl Körper ist, als auch seinen Körper hat, der sich quasi hinter sich selbst stellen kann, um sich selbst zu beurteilen und zu zügeln. Bei der Selbstkontrolle spaltet der Mensch sich in einen kontrollierenden und einen kontrollierten Teil.“

(Hans Peter Dritzell, Gestalt und Prozess, 2004, S.60)

Chronische Traumatisierungen könnten demnach geradezu das Entstehen von Retroflectionen begünstigen, da sich durch die dissoziationsbedingte Entfremdung von dem existenziell bedrohlichen Erlebnis ein sehr ausgeprägter beobachtender Anteil entwickeln kann.

Retroflection kann meiner Ansicht nach, bei komplex traumatisierten Klienten vor allem in der Funktion von Selbstkontrolle aber auch in der Funktion von Selbstbestrafung, auftreten.

Selbstverletzendes Verhalten wie Ritzen, Essstörungen etc. sollte daher gerade nach chronischen Traumatisierungen sehr differenziert betrachtet werden, da dieses selbstzerstörerische Verhalten unter anderem folgende Funktionen im inneren System haben kann:

- Gefühlsregulation, um sich das Gefühl der Kontrolle und der Autonomie zu erhalten und sich so weniger ausgeliefert zu fühlen, z.B. bei Anorexie
- Druckabbau oder Vermeidung unerträglicher Gefühle
- Hilferuf, wo Worte fehlen oder ein Redeverbot auferlegt wurde
- Beendigung, der „Gefühllosigkeit“ und des „sich-nicht-spüren-könnens“
- Bestrafung durch einen Täteridentifizierten Anteil

9 Gestalttherapie und Traumafolgestörungen

Hans Peter Dritzels fasst in seinem Buch *Gestalt und Prozess* die vier Säulen der Gestalttherapie wie folgt zusammen:

- Die Konzentration auf die Ich-Du-Beziehung
- Die Konzentration auf eigene Erfahrung
- Die Konzentration auf das Hier und Jetzt
- Die Konzentration auf das Gewahrsein

Meines Erachtens nach ist gerade die Gestalttherapie, wenn wir vor dem Hintergrundwissen über strukturelle Dissoziation anwenden, bei komplex traumatisierten Menschen sehr wirkungsvoll und auf vielen Ebenen heilsam.

Die Konzentration auf die Ich-Du-Beziehung:

Die Konzentration auf die direkte Interaktion von Therapeut und Klient ist der Rahmen für echte Begegnung. Da komplexe Traumatisierungen durch unmittelbare Bezugspersonen immer schwerwiegende Bindungsstörungen zur Folge haben bietet die Gestalttherapie durch die Konzentration auf die Ich-Du-Beziehung den traumatisierten Klienten die Möglichkeit neue und heilsame Erfahrungen zu sammeln.

Die Konzentration auf die eigene Erfahrung:

Schwer traumatisierte Menschen sind häufig noch in der Ausweg- und Hoffnungslosigkeit des traumatischen Erlebens gefangen. Selbstwert, Selbstwirksamkeit sowie die Fähigkeiten zur Selbstregulation sind schwer erschüttert.

Der Verlust der Selbstwirksamkeit entwickelt sich im schlimmsten Fall zu einem festen Muster von „erlernter Hilflosigkeit“. Bei den Experimenten, die in dem sicheren Rahmen der Therapie stattfinden, liegt der Schwerpunkt auf dem eigenen, unmittelbaren Erleben des Klienten. Der Klient kann so im „Hier & Jetzt“ die heilsamen Erfahrungen machen, dass er heute handlungsfähig und nicht mehr ausgeliefert ist. Selbstwirksamkeit, Selbstwert und somit auch die Fähigkeit zur Selbstregulation werden gefördert.

Die Konzentration auf das Hier & Jetzt:

Die bei Traumatisierten häufigste Zeitverzerrung ist das Wiedererleben der Vergangenheit im „Hier & Jetzt“. Gerade nach chronischen Traumatisierungen ist es für Betroffene schwer die aktuelle Gegenwart mit allen Sinnen wahrzunehmen. Die bewusste und gezielte Konzentration auf das „Hier & Jetzt“ dient der Reorientierung und ist ein wichtiges Ziel in der Stabilisierungsphase, die am Anfang jeder Traumatherapie stehen muss.

Die Konzentration auf das Gewahrsein als heilender Faktor:

Wie das Modell der strukturellen Dissoziation deutlich macht, sind chronisch traumatisierte Menschen häufig von einem ganzheitlichen emotionalen Erleben abgeschnitten. Die Phobie vor den mit dem traumatischen Ereignis verbundenen Gefühlen hält die Spaltung der Persönlichkeit aufrecht. Gefühle werden häufig aktiv vermieden. Lernen die Betroffenen ihre Bewusstheit dahingehend auszuweiten, die abgespaltenen Persönlichkeitsanteile wahrzunehmen, entwickeln sie ein tieferes Verständnis für sich selbst. Eine Arbeit innerhalb des „Inneren Systems“ wird möglich. Dieses Gewahrsein vermindert bereits die strukturelle Dissoziation, so dass gute Voraussetzungen für eine Integration der abgespaltenen Persönlichkeitsanteile geschaffen werden.

9.1 Die Wirkfaktoren der Gestalttherapie

Mittlerweile gibt es einige Studien, die die Wirksamkeit von gestalttherapeutischen Ansätzen und Methoden belegen, so dass zu hoffen ist, dass die Gestalttherapie auch in Deutschland einmal die Anerkennung finden wird, die sie verdient.

Auch Georg Meier hat sich intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt. Er spricht von einem System von neun Wirkfaktoren.

Diese sind im Einzelnen:

- Heilung aus der Beziehung
- Den Pränanzprozess unterstützen
- Heilung durch Förderung der organismischen Integration
- Ausweitung von Bewusstheit (Awarenessarbeit, Gewahrsein)
- Problemlösung durch Kreativität
- Regulation des Selbstwertgefühls
- Im „Hier & Jetzt“ arbeiten
- Zum Ausdruck bringen (Gestalttransponierungs-Effekt)
- Entdecken und erfahren lassen, Lernen

Im folgenden möchte ich auf diese Wirkfaktoren der Gestalttherapie vor dem Hintergrund chronischer Traumatisierungen und Traumafolgestörungen noch in aller kürze eingehen. Die von Georg Meier in seinem Skript „Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien“ zusammengetragene Vielfalt von Methoden ist jedoch so umfangreich, dass ich im Rahmen dieser Arbeit leider nicht darauf eingehen kann. Eine reine Aufzählung oder Verkürzung würde dieser wertvollen Sammlung von Interventionsprinzipien auch nicht gerecht werden.

Abbildung 19 stellt die wichtigsten heilsamen Aspekte dieser neun Wirkfaktoren bei der Behandlung von Traumafolgestörungen mit struktureller Dissoziation dar.

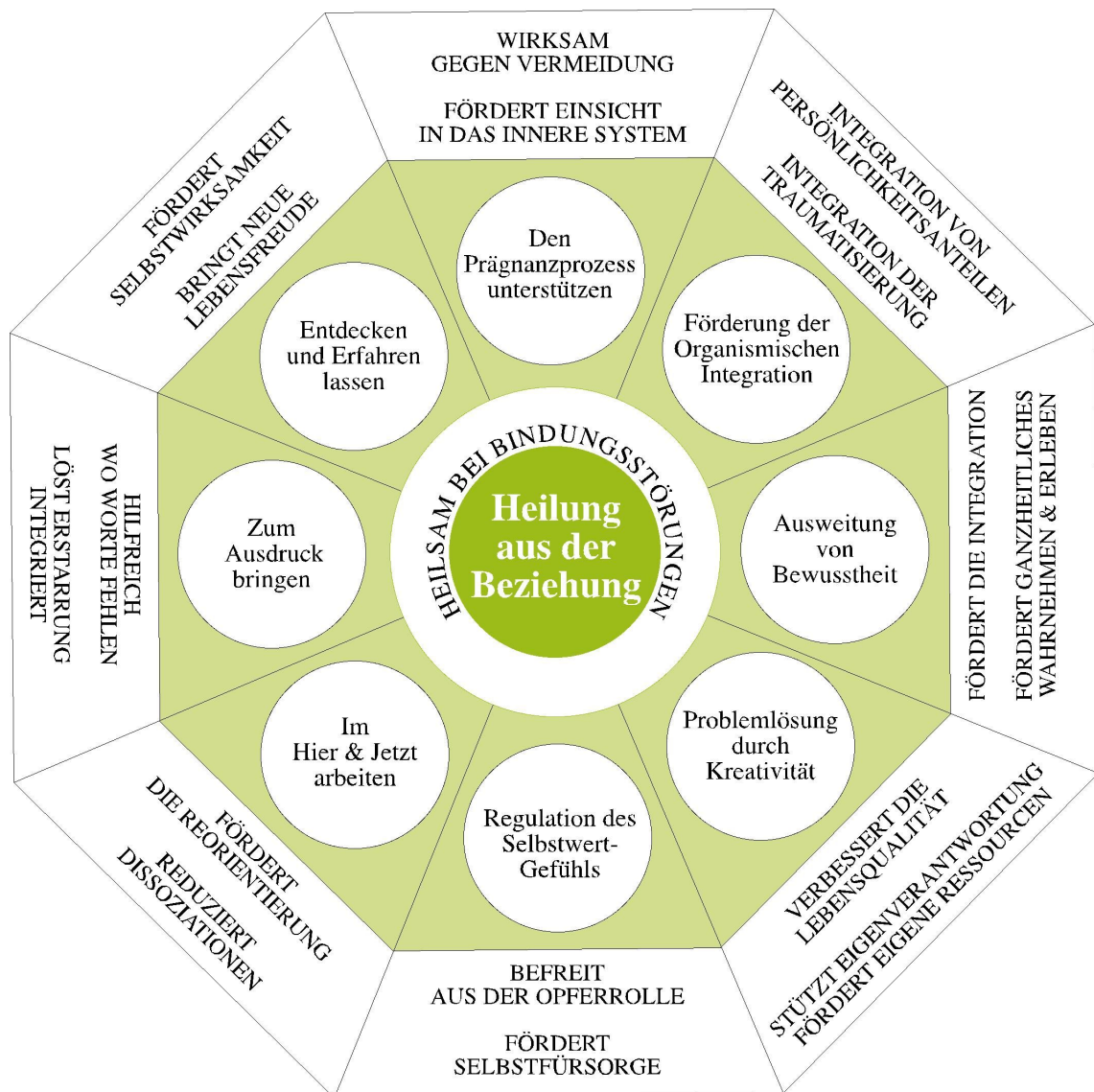


Abbildung 19

Was aber sind die heilsamen Aspekte dieser neun Wirkfaktoren, wenn wir sie vor dem Hintergrund der strukturellen Dissoziation nach chronischer Traumatisierung näher betrachten.

9.1.1 Heilung aus der Beziehung

„Heilende Wirkung hat die Erfahrung der Ich-Du-Beziehungsqualität, im Unterschied zur Ich-Es-Beziehung; zur Therapie gehört Transparentmachen und Aufheben jeglicher Form von Ausbeutung, von Gebrauchen, von Besitzansprüchen, von Manipulation, von partieller und reduzierter Sicht des anderen.“

(Georg Meier, Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien, 2009, S. 10)

Bedingungslose Annahme:

Die Beziehung zum Anderen hat ihren Wert in sich, ich freue mich ihn zu treffen und verfolge keinen Zweck. Das bedeutet die Beziehung und Bindung zwischen Klient und Therapeut ist nicht an Bedingungen geknüpft.

Komplex Traumatisierte Menschen, haben häufig von frühester Kindheit an lernen müssen, dass das Gefühl der Liebe und des „Angenommenseins“ an Bedingungen und Erwartungen gebunden wird. Ein Kind das geschlagen wird, wird immer versuchen sich „richtig“ zu verhalten und zu errahnen, was von ihm erwartet wird. Dennoch wird es all zu oft der Gewalt nicht entgehen können. Ein Kind das unter solchen Bedingungen aufwächst, wird sich selbst oder gar sein Recht zu leben, also seine Existenz in Frage stellen. Es wird das Gefühl haben „nicht gut genug“ zu sein, „wertlos“ zu sein oder alles falsch zu machen. Es wird sich nur geduldet fühlen, wenn es alle Bedingungen die an es gestellt werden erfüllt.

Eine überlebensnotwendige Anpassungsleistung in einem Klima von Gewalt und Missbrauch, in dem kein Kind das Gefühl entwickeln kann, geschätzt oder bedingungslos geliebt zu sein. Allein aus diesem Grund kann eine Ich-Du Beziehung im Sinne Bubers bei chronischer Traumatisierung als äußerst heilsam betrachtet werden.

Berührung von Herz zu Herz:

„Ich öffne mich, lasse mich ein und lasse mich berühren“. Alle Gefühle sind erlaubt und erwünscht, es gibt keine „verbotenen“ oder „schlechten Gefühle“. Es kann sich eine Beziehung mit Botschaftscharakter entwickeln, die ganzheitlicher und zentraler als äußerer Kontakt wirkt, und somit heilsam ist.

„Durch Verlässlichkeit und echte Wärme in der therapeutischen Beziehung kann sich Urvertrauen bilden und eine Urbeziehung entstehen.“

(Georg Meier, Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien, 2009, S. 14)

Dazu gehört auch dass der Therapeut sich von dem Schicksal des Klienten berühren lässt. Anteilnahme und das Gefühl verstanden zu werden ist für chronisch Traumatisierte oft eine ganz neue und sehr heilsame Erfahrung. Oft ermöglicht erst die Anteilnahme und die Bestätigung des Therapeuten „ja es war schlimm“, einen ersten Zugang zu den tief vergrabenen eigenen Gefühlen des Klienten.

Der Therapeut bestätigt den Klienten also in seinem Sein, in seiner Wahrnehmung und in allen seinen Gefühlen. Diese uneingeschränkte Bestätigung, das „so seien dürfen“, halte ich für sehr wichtig. Komplex traumatisierte Menschen haben „gelernt“ Gefühle in „gut“ oder „schlecht“ einzuteilen. So war es vielleicht verboten oder „gefährlich“ wütend zu sein oder zu weinen. Vielleicht waren die Bezugspersonen nicht in der Lage eigene Gefühle zu zeigen und das Kind in seinem emotionalen Erleben zu spiegeln und zu bestätigen. Gefühle offen in dem sicheren Rahmen der Therapie zulassen und zeigen zu dürfen, und sich auf einer tieferen Ebene zu begegnen und berühren zu lassen ist eine neue, heilsame Erfahrung für traumatisierte Menschen.

Begegnung auf gleicher Augenhöhe:

Der Therapeut gibt dem Klienten Raum Eigeninitiative zu entwickeln, Bedürfnisse zu äußern und die Richtung und das Tempo vorzugeben.

Wie bereits erwähnt entwickeln viele komplex traumatisierte Menschen auf Grund der ständigen Ausweglosigkeit ihrer Situation, ein Muster der „Erlernen Hilflosigkeit“. Es fällt ihnen schwer sich aus der Opferrolle zu befreien, es ist daher sehr wichtig, die Eigenverantwortlichkeit sowie die Selbstwirksamkeit des Klienten gezielt zu fördern.

Beziehungsstörungen sind erlaubt und können geklärt werden:

Schwere Traumatisierungen in der Kindheit haben meistens auch schwere Bindungsstörungen zur Folge. Der Therapeut sollte daher auf Hinweise für Beziehungsstörungen achten, da komplex traumatisierte Menschen auf der Kind-Ebene oder der Ebene eines EPs sehr leicht zu irritieren sind, die Beziehung sehr schnell in Frage stellen und es zu Reinszenierungen kommen kann. Häufig ist es dem Klienten zu Beginn der Therapie aber noch nicht möglich, von sich aus die Störung anzusprechen und um eine Klärung zu bitten. Die Fähigkeit und das dazu nötige Vertrauen, dass es erlaubt und erwünscht ist solche Irritationen anzusprechen, müssen erst erlernt werden. Steht die therapeutische Beziehung noch am Anfang, kann es daher nötig sein, dass der Therapeut den Klienten immer wieder gezielt ermutigt, Störungen offen anzusprechen, Wünsche oder eine eigene Meinung zu äußern und dazu zu stehen. Jede erfolgreiche Klärung ist heilsam, macht die Beziehung tragfähiger und fördert so auch die Bindungsfähigkeit.

9.1.2 Den Prägnanzprozess unterstützen

„Prägnanztendenz zeigt sich zu Beginn und auch während der Therapie-Sitzung immer wieder in der auftretenden Figurbildung; ein Gefühlsimpuls kommt auf, er gewinnt Gestalt, etwa im Sprechen, als imaginatives Bild, als Bewegungsimpuls, als Körperhaltung,...). Diese Figurbildung kann zunächst schwach, verschwommen, verworren, aber auch stark und einheitlich sein.“ (Georg Meier, Prozessmodelle in der Gestalttherapie, 2007, S. 10)

Prägnanztendenz drängt auf Lösung und Ausgleich:

Schwer traumatisierte Klienten können dazu neigen die Prägnanztendenz von Gefühlen, die für den ANP bedrohlich wirken, zu vermeiden oder aktiv zu unterdrücken. Diese beständige Vermeidung von Trauma assoziierten Gefühlen oder Reizen hält nicht nur die strukturelle Dissoziation und somit die Spaltung der Persönlichkeit aufrecht, sie kostet auch viel Kraft und Lebensenergie, die dem Organismus dann nicht mehr zur Verfügung steht. Hinzu kommt das durch schwere Traumatisierungen häufig auch die Körperwahrnehmung eingeschränkt ist oder in der Therapie dissoziative Zustände die Wahrnehmung trüben können.

Ich halte es daher neben der vorherigen Erarbeitung von Stabilisierungstechniken auch bei einer gestalttherapeutisch orientierten Therapie von Traumafolgestörungen für sehr sinnvoll und wichtig, vorab eine ausführliche Psychoedukation durchzuführen, die durch vorsichtiges Spiegeln des Prozesses, der Vermeidungsmechanismen sowie der Gefühle unterstützt werden kann. Diese Kombination halte ich für ein wichtiges Fundament auf dem der Prägnanzprozess weiter gefördert werden kann. Die Vermeidung kann so schrittweise abgebaut werden und der Klient gewinnt zunehmend neue Lebenskraft.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch folgendes Zitat anführen:

In der Gestalttherapie vielleicht noch bekannter als die „Prägnanztendenz“ ist „die Fähigkeit zur Selbstunterstützung (Laura Perls) oder die „Fähigkeit zur organismischen Selbstregulierung“ (Fritz Perls). Doch hinter den verschiedenen Bezeichnungen findet sich offenbar ein und die selbe drängende, gestaltende, regulierende und heilende Kraft, die Fritz Perls in anderem Zusammenhang auch als „Lebenskraft“ bezeichnet.“

(Georg Meier, Prozessmodelle in der Gestalttherapie, 2007, S. 8)

9.1.3 Förderung der Organismischen Integration

„In der Gestalttherapie von Fritz Perls nimmt die Arbeit an der innerpsychischen Integration einen weiten Raum ein (...). Es geht hier darum, dass alles Seiende einer Persönlichkeit, alle ihre Aspekte mit allen anderen in Beziehung stehen. Diese vielfältige innerpsychische Bezogenheit wird gefördert durch bewusstes Gewahrwerden und durch innerpsychischen Dialog. Wenn bei dieser Bezogenheit eine zentrierende Ordnung entsteht, fühlt sich der Mensch in sich gelöst, sicher und zielbezogen. Er hat eine Mitte, die durch Überkreuzung seiner vielfältigen Polaritäten entsteht.“

(Georg Meier, Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien, 2009, S. 15)

Dieses Zitat beschreibt meiner Ansicht nach das „idealtypische Ziel“ der Therapie von strukturellen Dissoziationen: die Integration, die „Ganzwerdung“ des „verfolgten Selbst“. Das durch das Trauma zersplitterte Selbst, hat wieder eine Verbindung zu seinen Teilen gefunden und ist nun wieder mehr und etwas anderes als die Summe seiner Teile.

Gerade die Gestalttherapie verfügt über eine Vielzahl von Interventionsprinzipien und Methoden (z.B. Identifikation), die die Annäherung sowie den innerpsychischen Dialog zwischen ANP und EPs unterstützen können. Die Arbeit mit dem „Innere-Kind“ ist in diesem Zusammenhang ein schönes Beispiel:

„Durch die Identifizierung erhalten Funktionen und Eigenschaften Person-Charakter. Z.B. das „Innere Kind“ als Personifizierung früher und kindlicher Gefühlsqualitäten. Dadurch werden diese zum personalen Dialog befähigt. Darauf hat schon C.G. Jung hingewiesen.“

(Georg Meier, Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien, 2009, S. 14)

Durch die Identifikation mit abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen, wird die strukturelle Dissoziation und die starre Trennung zwischen ANP und EPs vermindert und so die organismische Integration gefördert. Der Organismus muss nicht mehr so viel Kraft für die Aufrechterhaltung der Dissoziation aufwenden und bekommt Lebensenergie zurück.

Auch Fritz Perls schreibt:

„Die Lebenskraft fließt nur in die Teile, mit denen wir uns identifizieren.“

9.1.4 Ausweitung von Bewusstheit

„Bewusstsein ist die Gesamtheit all dessen, was ich als zu mir gehörig ansehe, seien dies Wahrnehmungen, Gedanken, Körperteile, Körperfunktionen, Gefühle, Bedürfnisse, Erinnerungen usw. Es ist die Voraussetzung überhaupt „Ich“ sagen zu können. Die Aufgaben des Bewusstseins liegen darin, den Zusammenhang und die Kontinuität des Ich herzustellen sowie gesteuertes Handeln und Erfahrungen zu ermöglichen“

(vgl. Eckhard Budde, Bewusstheit ausweiten, 2007, S.1)

„Bewusstheit ist also das ganzheitliche, subjektive Wahrnehmen-Erleben eines Menschen von Figuren in seinem gegenwärtigen Organismus-Umwelt-Feld.“ (Definition: Staemmler & Bock)

Chronische Traumatisierungen können jedoch durch die strukturelle Dissoziation in vielen dieser Bereiche dauerhafte und schwere Störungen verursachen, z.B.:

- Eine eingeschränkte Wahrnehmung des Körpers
- Ein gestörtes Körperbild oder Körperschemastörungen
- Angst den Körper zu spüren/Gefühle der Depersonalisation
- Emotionale Betäubung oder Ausklammern von „verbotenen Gefühlen“
- Eingeschränkte Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen
- Amnesien

Das heißt die Bewusstheit kann in vielen Bereichen eingeschränkt sein:

In der Perzeption:

Die fünf nach außen gerichteten Sinne - Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tasten können durch Dissoziation eingeschränkt sein.

In der Propriozeption:

Also der Wahrnehmung des eigenen Körpers sowie der im Körper entstehenden Reize.

In der subjektiven Erlebensweise:

Durch die strukturelle Dissoziation ist die Ganzheitlichkeit des Organismus in unterschiedliche Persönlichkeitsanteile wie ANP und EPs geteilt. So ist die Wahrnehmung des ANP durch Angst und Vermeidung vor der in den EPs gespeicherten Gefühlen und Erinnerungen erheblich eingeschränkt. Ein emotionaler Persönlichkeitsanteil hingegen ist meist auf ein bestimmtes Erleben fixiert und noch in der Vergangenheit gefangen. Zusätzlich können dissoziative Phänomene, wie emotionale Betäubung, die Wahrnehmung trüben.

Chronische Traumatisierungen beeinflussen daher auch die Figur-Grund-Bildung. Eine sich herausbildende Figur kann nach schweren Traumatisierungen immer von Erinnerungen und Erfahrungen aus der Vergangenheit überlagert werden und somit „unscharf“ werden. Die Wahrnehmungen im „Hier & Jetzt“ können sich also mit der Vergangenheit mischen.

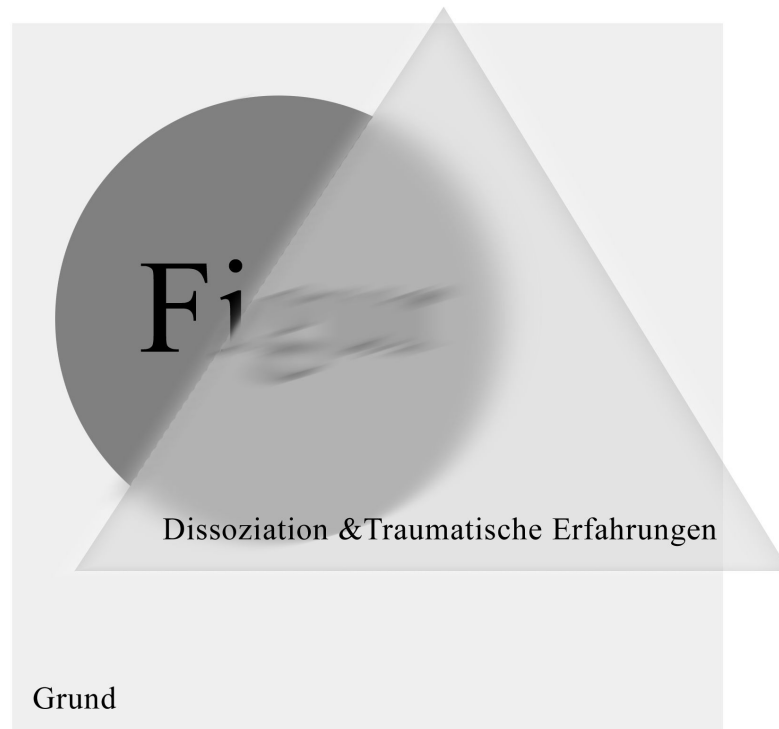


Abbildung 20

Das heißt, Wahrnehmen und Erleben sind durch die Traumatisierungen getrübt, die Bewusstheit ist durch die strukturelle Dissoziation geteilt.

Eckkehard Budde schreibt:

„In der therapeutischen Praxis ist es also unser vorderdringlichstes Anliegen, den Klienten in seiner Bewusstheit zu unterstützen, denn wann immer Bewusstheit im Menschen entsteht, überwindet er die zuvor möglicherweise in ihm vorhanden gewesenen Trennungen zwischen verschiedenen Teilen seines Organismus.“

Der Wirkfaktor „Bewusstheit ausweiten“ unterstützt somit auch die Reintegration von durch strukturelle Dissoziation abgespaltenen emotionalen Persönlichkeitsanteilen.

9.1.5 Problemlösung durch Kreativität

Chronische Traumatisierungen schränken das Selbst massiv in seiner „realen Kreativität“ ein. Ein schwer traumatisiertes Kind verspürt nicht die Freiheit, sich und das Leben mit all seinen vielfältigen Möglichkeiten zu entdecken. Ein Kind, das in einem Klima von Gewalt und Missbrauch aufwächst, ist darauf fixiert alles „richtig zu machen“, es orientiert sich an fremden Bedürfnissen und versucht diese zu erfüllen. In einem solchen Umfeld ist kein Raum für Experimente, Neugierde und für ein kreatives „sich ausprobieren“.

Dennoch verfügen viele komplex traumatisierte Menschen über ein hohes Maß an „innerer Kreativität“, die sich durch eine reiche Phantasie ausdrücken kann. Sich „wegzuträumen“ in eine Phantasiewelt kann manches mal der einzige Schutzmechanismus und eine hilfreiche Überlebensstrategie für ein schwer traumatisiertes Kind sein.

Diese „innere Kreativität“ auch im Außen erfahrbar zu machen, kann als ein wichtiges Therapieziel betrachtet werden, da der Klient dadurch ungeahnte Möglichkeiten für sich entdecken kann, die ihm helfen sich aus eigener Kraft aus der Opferrolle zu befreien.

Kreativität leben zu können bringt ein hohes Maß an Lebensqualität und Lebendigkeit mit sich. Es wird jedoch in vielen Fällen nicht leicht sein, einen schwer traumatisierten Klienten dazu zu ermutigen, diese „Innere Kreativität“ auch im Außen zu leben. Zu groß ist oft die Angst vor möglichen negativen Konsequenzen oder gar Bestrafung, wenn man sich vielleicht über bestimmte Normen hinwegsetzt.

Ich halte es jedoch für sehr wichtig und lohnend, den Klienten immer wieder geduldig und liebevoll zu kleinen „kreativen Experimenten“ und „Neuentdeckungen“ einzuladen, da Kreativität als eine sehr wichtige Ressource betrachtet werden kann, die die Selbstwirksamkeit fördert und die Lebensqualität verbessert.

9.1.6 Regulation des Selbstwertgefühls

Komplexe Traumatisierungen haben eine schwere Erschütterung des Selbstwertgefühls zur Folge. Häufig sind Betroffene in der Opferrolle gefangen, und sind von einem ganzen Cluster an selbstentwertenden Gefühlen, Gedanken und Introjektbotschaften geprägt.

Diese können im einzelnen sein:

- Das Gefühl wertlos zu sein

Gedanken wie: *„ich tauge zu nichts, bin zu nichts nutze“, „mich mag, erträgt eh niemand“*

- Ängste und Phobien

Gedanken wie: *„das darf ich nicht“, „ich traue mich nicht (...) zu tun“, „ich kann nicht“*

- Gefühle der Scham

Gedanken wie: *„irgend etwas stimmt mit mir nicht“, „ich bin eine Zumutung“*

- Das Gefühl selbst schuld und nicht liebenswert zu sein

Gedanken wie: *„Du musst schlecht und böse sein sonst wäre Dir das nicht passiert“*

- Das Gefühl verrückt oder „anders“ zu sein

Gedanken wie: *„ich bilde mir das alles nur ein“, „ich muss verrückt sein“*

- Das Gefühl „schmutzig“ zu sein verbunden mit Ekel vor sich selbst oder dem Körper

Gedanken wie: *„ich bin widerlich, hässlich, ekelhaft...“*

- Selbsthass

Gedanken wie: *„ich ertrage mich selbst nicht mehr“, „Ich hasse mich, meinen Körper, ...“*

- Das Gefühl kein Recht zu leben zu haben

Gedanken wie: *„es wäre besser wenn ich nicht da wäre“, „ich wäre lieber tot“*

Zusätzlich können viele „innere Verbote“, teilweise gezielt von den Tätern durch Manipulation oder Androhung von Strafen „eingepflanzt“, wirksam sein. So besteht z.B. häufig ein Redeverbot. Diese negativen Gefühle, Gedanken und Introjektbotschaften umzuwandeln, ist eine wichtige Voraussetzung, damit schwer traumatisierte Menschen sich aus der Opferrolle befreien können, um ein selbstbestimmtes Leben mit eigenen Bedürfnissen führen zu können.

Häufig ist der Selbstwert so tief erschüttert, dass Betroffene ihre Existenz generell in Frage stellen. So ist die Konzentration auf die Ich-Du-Beziehung auf der die Gestalttherapie aufbaut, das Fundament auf dem der Selbstwert wachsen kann. Liebevoller Bestätigung und beharrliche Ressourcenaktivierung können so den Selbstwerttopf füllen.

Bestätigen:

„Das Bezogensein auf den Anderen, ihm Resonanz zu geben auf sein Verhalten, bestätigt ihn in seiner Existenz. Nur an diesem bestätigenden Du kann das Ich wachsen. Diese existenzielle Bestätigung bildet die Grundlage für den Aufbau des Selbstwertgefühls.“

Ressourcenaktivierung:

„Du sollst den anderen träumen, wie er jetzt nicht ist - jeder wächst nur, wenn er geträumt wird“ (Danilo Dolce)

Das heißt ich bestätige den anderen nicht nur in seinem gegenwärtigen sein, sondern auch in seinen zukünftigen Möglichkeiten, in seinen Potentialen und Ressourcen. (vgl. Georg Meier) Komplex traumatisierte Menschen sind sich ihrer eigenen Fähigkeiten oft gar nicht bewusst. Erfolge können bzw. dürfen oft gar nicht „gefeiert“ werden oder es herrscht das grundlegende Gefühl „egal was ich tue, es ist nie genug, nie gut genug“ vor. So können Erfolgserlebnisse auf Grund von Akzeleration oft nicht integriert werden, sie sind somit nicht präsent und abrufbar.

Self-Support:

Hilfe zur Selbsthilfe - jeder Schritt, den der Klient aus eigener Kraft in eine neue Richtung geht, ist ein Schritt aus der Hilflosigkeit und der Opferrolle heraus, bestärkt, macht Mut und füllt so den „Selbstwerttopf“ mit neuen stärkenden Erfahrungen.

9.1.7 Im Hier & Jetzt arbeiten

Die bei Traumatisierten häufigste Zeitverzerrung ist das Wiedererleben der Vergangenheit im „Hier & Jetzt“. Gerade nach chronischen Traumatisierungen ist es für Betroffene schwer die aktuelle Gegenwart mit allen Sinnen und Eindrücken bewusst zu erleben. „Das Hier & Jetzt“ mischt sich mit der unverarbeiteten Vergangenheit des traumatischen Erlebnisses. Dies kann in der schlimmsten Form durch Flashbacks passieren, bei denen das Traumatische Erlebnis in einer solchen Intensität reaktiviert werden kann, dass es sich erneut in diesem Augenblick zu ereignen scheint. In einem solchen Fall wird ein EP durch einen spezifischen Auslösereiz aktiviert und dringt mit seinem Erleben gewissermaßen in den ANP ein. Solange das Trauma nicht verarbeitet wurde, gibt es für den EP kein anderes „Hier & Jetzt“ als das traumatische Erlebnis.

Während EPs also die Vergangenheit als zu real erleben, erscheint sie dem ANP als nicht real genug, da er sich verzweifelt darum bemüht, sich durch Vermeidung vor Intrusionen zu schützen. Der ANP meidet somit auch heute im „Hier & Jetzt“ alle inneren und äußeren Reize, die ihn an das erlebte Trauma erinnern könnten.

Onno van der Hart et al. sprechen von der sogenannten Präsentifikation:

Präsentifikation ist das komplexe menschliche Bemühen, auf stark reflektierende Weise im Augenblick gleichzeitig zu sein und zu handeln. Außerdem haben wir, wenn wir uns als präsent erleben, unsere Vergangenheit und unsere Zukunft mit dem Hier und Jetzt verbunden. Die Präsentifikation ist mehr als das Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks. Sie beinhaltet, dass wir den gegenwärtigen Augenblick aufgrund einer Synthese personifizierter Erlebnisse im Zeitkontinuum und in vielfältigen Situationen der Vergangenheit, der Gegenwart und der projizierten Zukunft erzeugen. (van der Hart et al., 2007, S. 192)

“Damit wir uns anpassen können, müssen wir unser Erleben so organisieren, dass wir der aktuellen Gegenwart im jeweiligen Augenblick den höchsten Wirklichkeitsgrad zusprechen und sie als das Wichtigste empfinden und dass die nähere Vergangenheit und die Zukunft uns als etwas weniger real” erscheinen (Janet 1919/1925, 1928a, 1932a; Van der Hart & Steele 1997). Diese Wahrnehmung ist deshalb besonders adaptiv, weil wir nur in der tatsächlichen Gegenwart handeln können. Janet (1928a, 1932a) hat diese Organisation als Hierarchie der Wirklichkeitsgrade bezeichnet. Er hat beobachtet, dass viele Schwierigkeiten bei unserem Bemühen, uns an das Leben anzupassen, auftreten, wenn wir unser Realitätsempfinden nicht adäquat zeitlich und räumlich zuordnen können.” (Van der Hart, et al., 2007, S.198)

Bei der Arbeit im „Hier & Jetzt“ können traumatisierte Menschen, auch wenn traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit aktualisiert werden, durch Unterschiedsbildung und neue Erfahrungen lernen, dass es heute, hier und jetzt anders ist, dass sie andere Möglichkeiten des Handelns haben.

Um diese Unterschiedsbildung jedoch bewusst erleben zu können muss der Klient Dissoziationen stoppen können und sich immer auf einem moderaten Erregungsniveau befinden, also weder im Hyperarousal noch im Hypoarousal, ansonsten wird das Erleben im „Hier & Jetzt“ immer durch Dissoziation getrübt sein. Das vorherige Einüben und sichere Beherrschen von Reorientierungs-, Distanzierungs- sowie Stabilisierungstechniken ist daher eine Grundvoraussetzung, um mit komplex traumatisierten Menschen erfolgreich im „Hier & jetzt“ arbeiten zu können.

9.1.8 Zum Ausdruck bringen

Die Gestalttherapie verfügt über eine Vielzahl von wirkungsvollen und kreativen Methoden der Gestalttransponierung.

„Dieses Hinausverlegen der innerpsychischen Vorgänge ermöglicht es, auf diese Einfluss zu nehmen, gestaltend mit ihnen umzugehen und im Außen zu verarbeiten. So sind Selbstgestaltung und Selbstbefreiung möglich“

(Georg Meier, Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien, 2009, S. 26)

Der Mensch möchte seine Gefühle, Körperwahrnehmungen und Gedanken Anderen mitteilen und zum Ausdruck bringen. Durch neurobiologische Vorgänge während eines traumatischen Erlebnisses wird im Gehirn jedoch häufig das Sprachzentrum blockiert. Betroffenen fehlen daher häufig die Worte für die Schrecken des Erlebten, oder ihnen wurde ein Redeverbot auferlegt. Hinzu kommt, dass Wahrnehmungen und Erinnerungen fragmentiert gespeichert sind. Wird oder muss die strukturelle Dissoziation aus Angst und Vermeidung über Jahre hinweg aufrechterhalten, können psychosomatische Beschwerden oder Krankheiten der einzig mögliche Ausdruck sein.

Eine Gestalttransponierung ermöglicht somit einen neuen, heilsamen Ausdruck wo Worte und konkrete Erinnerungen fehlen und fördert die organismische Integration.

Darüber hinaus kann der Klient durch Gestalttransponierung eine „gesunde Distanz“ zu dem „traumatischen Material“ wahren.

9.1.9 Entdecken und Erfahren lassen

Der Klient wird ermutigt und dazu eingeladen selbst aktiv zu werden. Er kann selbst herausfinden, was ihm gut tut. Mit Experimenten kann dieser „Erkundungsprozess der eigenen Fähigkeiten“ fortgeführt und vertieft werden.

*„Da Gestalttherapie Hilfe zur Selbsthilfe ist, hat die Therapie vor allem den Klienten zu ermutigen und anzuleiten, dass er selbst eine experimentierende Lebenshaltung entwickelt.“
(Georg Meier, Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien, 2009, S. 10)*

Die Selbstwirksamkeit, aber auch der Selbstwert von komplex traumatisierten Menschen wird so durch eigene Aktivität gestärkt. Eine wichtige Voraussetzung für jeden weitere Schritt aus der Opferrolle und dem Muster der „erlernten Hilflosigkeit“ heraus.

10 Ausblick

Meines Erachtens nach kann sich das „innere Bild“ einer strukturellen Dissoziation in jedem Alter entwickeln. Das heißt, wir können auch davon ausgehen, dass die Störungen, die sich bei traumatisierten Kindern unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis zeigen, vor dem Hintergrund einer strukturellen Dissoziation entstehen.

Manche Kinder zeigen nach einem traumatischen Erlebnis plötzlich ein aggressives Verhalten. Diese Wut kann einem EP zugeordnet werden, der in sich die Handlungstendenz des Kampfes trägt. Ein anderes Kind wird vielleicht plötzlich ängstlich reagieren oder sich nur noch verstecken wollen. Die Symptome können sehr vielfältig sein. Verstehen wir den Prozess der strukturellen Dissoziation und die damit verbundene innere Dynamik wird es uns leichter fallen, bestimmte Reaktionen zu zuordnen und angemessen darauf zu reagieren.

Meines Erachtens nach kann sich bei chronischen Traumatisierungen die strukturelle Dissoziation bereits im Kindesalter so verfestigen, dass das Kind den Zugang zu einem „jüngeren traumatisierten Ich“ verlieren oder bestimmte Emotionen ganz abspalten kann. Die Erlebnisse und Gefühle sind dann in einem EP gespeichert, dem ein bestimmtes Alter zugeordnet werden kann. Ein schönes Beispiel für die Arbeit mit einem „Jüngern-Ich“, einem EP, ist die bekannte Arbeit von Violet Oaklander mit Carlos, einem schwer traumatisierten Jungen. Auch Violet Oaklander leitet Carlos direkt an, mit diesen abgespaltenen Aspekten seines Selbst wieder in Kontakt zu treten.

Je früher traumatisierte Kinder jedoch professionelle, therapeutische Hilfe erhalten, desto größer ist die Chance, dass sich die strukturelle Dissoziation nicht zu einer von Angst und Vermeidung geprägten und in der Vergangenheit gefangenen Persönlichkeitsstruktur verfestigt.

Traumatisierte Kinder, die sich an das Erlebte noch erinnern und schnell therapeutische Unterstützung erhalten, werden unter Umständen von sich aus die Traumatisierung im Spiel reinszenieren. Diese Reinszenierungen auf der Spielebene können als heilsamer Lösungsversuch des Kindes betrachtet werden, die traumatische Situation im „Hier & Jetzt“ zu verarbeiten und zu überwinden. Die traumatische Situation wird unter Umständen wieder und wieder gespielt werden und scheint sich dabei manchmal nur geringfügig zu verändern oder im Spiel abzuwandeln. Dieses Spiel sollte meiner Meinung nach jedoch nicht unterbrochen werden. Das Kind sollte die Möglichkeit haben für das Erlebte seinen ihm ganz eigenen Ausdruck zu finden, um diesen heilsamen Prozess in seinem eigenen Tempo gehen zu können.

Als Therapeut kann man das Kind bei diesem Prozess aktiv unterstützen, indem man ihm hilft seine Ressourcen zu entdecken und zu stärken, ihm im Spiel eine hilfreiche Person sein, die es in der Realität nicht hatte oder einem hilfreichen Wesen die Stimme leihen, solange das Kind noch keine eigenen Worte für diesen Helfer findet. Verständnis und fundiertes Wissen über das Ausmaß und die intrapsychischen Folgen von schweren Traumatisierungen sind meines Erachtens nach jedoch eine wichtige Voraussetzung, um traumatisierte Kinder therapeutisch begleiten zu können.

Ein Therapeut der mit traumatisierten Kindern arbeiten möchte, muss sich sicher sein, dass er den Schmerz und die Gefühle, die er mit dem betroffenen Kind in der Therapie teilen wird, aushält. Das Kind darf nicht das Gefühl bekommen, dass diese Gefühle nicht erwünscht sind oder dass es sich dem Therapeuten mit diesen Gefühlen nicht zumuten darf. Das würde das Kind zu tiefst weiter verunsichern und käme einer Retraumatisierung gleich.

Schwerst traumatisierte Kinder und Jugendliche, bei denen sich die strukturelle Dissoziation bereits verfestigt hat, sollten meiner Meinung nach jedoch nur durch sehr erfahrene Therapeuten begleitet werden. Zu komplex sind die intrapsychischen Folgen sowie die innere Dynamik zwischen den abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen.

So ist zu hoffen, dass sich das Bewusstsein in unserer Gesellschaft für die gravierenden Folgen, die durch Traumatisierungen für die unmittelbar Betroffenen aber auch für unsere Gesellschaft entstehen, weiter ausweitet, damit traumatisierte Kinder in Zukunft früher Hilfe bekommen. So kann das Erlebte schneller integriert werden und die Schrecken der Vergangenheit verfolgen das Selbst nicht über Jahre oder gar Jahrzehnte hinweg.

Denn das Ganze ist mehr und etwas anderes als die Summe seiner Teile.

11 Über die Autoren des „Verfolgten Selbst“

ONNO VAN DER HART

Professor Onno van der Hart ist einer von Europas führenden Traumaforschern mit internationalem Renommee. Er war unter anderem 2002-2003 Präsident der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) und in früheren Jahren bereits Vizepräsident der International Society for the Study of Dissociation (ISSD). Der psychologische Psychotherapeut und Forscher ist Professor für Psychopathologie Chronischer Traumatisierungen an der Abteilung für Klinische Psychologie der Universität Utrecht in den Niederlanden und arbeitet in eigener Praxis sowie als Psychotherapeut am Sinai Center for Mental Health in Amsterdam. Bis vor kurzem war er Leiter der Forschungsabteilung des Cats-Polm Institute in Zeist - eines Forschungsinstitutes für den Bereich sexuelle Ausbeutung und Vernachlässigung im Kindesalter - sowie leitender Psychotherapeut, spezialisiert auf die Behandlung von komplexen Traumastörungen am Mental Health Center Buitenamstel in Amsterdam. Der Autor zahlreicher Fachartikel und Bücher über Trauma, dissoziative Störungen, Trauer und die Behandlung von Traumafolgestörungen hat zweimal die Auszeichnung Milton Erickson Award for Excellence für wissenschaftliche Veröffentlichungen der American Society of Clinical Hypnosis erhalten wie auch zweimal den Pierre Janet Writing Award für beste Veröffentlichung der International Society for the Study of Dissociation (ISSD).

Er war und ist Mitherausgeber verschiedener wissenschaftlicher Zeitschriften, einschließlich des Journal of Traumatic Stress and Dissociation. Außerdem ist er "Fellow" der American Society of Clinical Hypnosis (ASCH).

Seit etlichen Jahren arbeitet er zusammen mit den Kollegen Dr. Ellert Nijenhuis und Kathy Steele an einem theoretischen Ansatz für die Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit und für ein Traumabehandlungsmodell. Die Übersetzung des Buches, das diese Theorie zusammenfasst („The haunted Self“) erscheint 2007 beim Junfermann Verlag in Paderborn.

(Michaela Huber)

ELLERT NIJENHUIS

"Ellert Nijenhuis ist an der Seite von Onno van der Hart inzwischen einer der weltweit führenden Traumaforscher, und so ist diesem Buch über somatische Dissoziation zu wünschen, daß viele KollegInnen daraus lernen, Körpersymptoma bei ihren PatientInnen als Ausdruck einer Desintegration der gesamten Persönlichkeit zu betrachten." (Bessel A. van der Kolk)

Ellert Nijenhuis ist Psychologe, Psychotherapeut und vielfach hoch ausgezeichnete Forscher und Autor. Er arbeitet am Top Referent Trauma Center of Mental Health Care in Assen, Drenthe, in den Niederlanden, wo er sich mit der Diagnostik und Behandlung schwer traumatisierter Patienten beschäftigt. Seine empirische und experimentelle Forschung konzentriert sich auf die Psychologie und Psychobiologie chronischer Traumatisierung und Dissoziation.

Ellert Nijenhuis war Direktor des geschäftsführenden Vorstands der Internationalen Gesellschaft für traumatische Stressforschung (ISSTD). 2005 gründete er gemeinsam mit Helga Matthess das Europäische Institut für Psychotraumatologie (PIE), das Workshops und Kurse mit führenden Fachleuten organisiert zur Beurteilung und Behandlung chronischer Traumatisierung. Ellert Nijenhuis hat viele wissenschaftliche Artikel und Buchbeiträge sowie einige Bücher geschrieben, ist Rezensent verschiedener Fachzeitschriften und beteiligt sich an vielen internationalen Konferenzen. (Quelle: Akademie für Verhaltenstherapie, Köln)

KATHY STEELE

Kathy Steele ist klinische Leiterin des Metropolitan Counseling Services, eines Zentrums für psychotherapeutische Ausbildung und Behandlung in Atlanta, Georgia. Sie hat zahlreiche internationale Auszeichnungen für ihre Tätigkeit erhalten, u.a. den Alumnia Preis der Emory Universität 2006. Sie ist Mitglied in internationalen Arbeitsgruppen sowie (Co-)Autorin zahlreicher Veröffentlichungen auf dem Gebiet von Trauma und Dissoziation.

(Quelle: Wieslocher Institut für Systemische Lösungen)

12 Pierre Janet



Pierre Janet

eigentlich Pierre-Marie-Felix Janet,
geboren am 30. Mai 1859 in Paris;
gestorben am 24. Februar 1947 in Paris
war französischer Philosoph, Psychiater
und Psychotherapeut des 19. Jahrhunderts.
Er ist der Begründer der modernen
dynamischen Psychiatrie. In seinen
therapeutischen Ansätzen kann er als
Wegbereiter der modernen Psychotherapie
betrachtet werden.

Janet stand am Anfang der modernen dynamischen Psychiatrie. Sein Werk war eine der Hauptquellen für Freud, Adler und Jung. Er hat das Wort „unterbewusst“ geprägt, seine Konzepte finden sich wieder in Bleulers Schizophrenie und Autismus, in Jungs Komplex, in Adlers Minderwertigkeitsgefühl und in Freuds Studien über die Hysterie (1895).

Seine Gedanken sind so weit verbreitet, dass ihr Ursprung meist nicht erkannt und deshalb auf andere zurückgeführt wird. Das moderne Verständnis der Dissoziation, ein wichtiger Begriff aus der Psychotraumatologie, ist in wesentlichen Teilen durch ihn vorweggenommen worden.

13 Literaturverzeichnis

Primärquellen

Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis, Kathy Steele, 2008

Das Verfolgte Selbst

Junfermann, Paderborn

Michaela Huber, 2005

Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung, Teil 1

Junfermann, Paderborn

Michaela Huber, 2005

Wege der Traumabehandlung, Trauma und Traumabehandlung, Teil 2

Junfermann, Paderborn

Hans Peter Dreitzel, 2004

Gestalt und Prozess

EHP, Bergisch Gladbach

Andreas Krüger, Luise Reddemann, 2009

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche

Klett-Cotta, Krugzell

Otto Glanzer, 2010

Skript des Seminars „Kontaktprozess“

Symbolon Institut, Nürnberg

Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic, Martina Gremmler-Fuhr, 2001

Handbuch der Gestalttherapie

Hogrefe, Göttingen

Georg Meier, 2007
Prozessmodelle in der Gestalttherapie
Symbolon Institut, Nürnberg

Georg Meier, 2008
Vermeidungsformen
Symbolon Institut, Nürnberg

Georg Meier, 2009
Therapeutische Wirkfaktoren und Interventionsprinzipien
Symbolon Institut, Nürnberg

Eckhard Budde, 2007
Bewusstheit ausweiten
Symbolon Institut, Nürnberg

Sekundärquellen

Willi Butollo, Marion Krüsmann, Maria Hagl, 1998

Leben nach dem Trauma,
Pfeiffer, München

Judith Hermann, 2003

Die Narben der Gewalt
Junfermann, Paderborn

Babette Rothschild, 2002

Der Körper erinnert sich
Synthesis, Essen

14 Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Erlangen, den 14.10.2010

Brit Mehler