

Mondrian Graf v. Lüttichau

**DISSOZIATION.
TRAUMA.
RITUELLE
GEWALT**

Hinweise für Betroffene
und HelferInnen

VERLAG
AUTONOMIE UND CHAOS
Leipzig – Berlin

© 2020 VERLAG AUTONOMIE UND CHAOS BERLIN

Mondrian W. Graf v. Lüttichau

Das © für die Bilder liegt bei den Künstlerinnen,
das © für die Textbeiträge bei ihren AutorInnen.

ISBN 978-3-945980-50-7

Diese Online-Publikation kann für den Privatgebrauch
sowie für die unentgeltliche Nutzung in Beratungsstellen u. dgl.
kostenfrei heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Erster Teil: Grundlagen

Trauma in Kindheit und Jugend 7

Was ist das eigentlich – Traumatherapie? 19

Strukturelle Dissoziation 25

Borderline-Syndrom 49

Dissoziative Identitätsstörung (DIS) 63

Persönlichkeitsanteile,
Dissoziation und Trauma:
Hintergründe und Zusammenhänge 82

Organisierte sexualisierte/rituelle Gewalt
und Mind Control 88

Literaturhinweise zum ersten Teil 121

Zweiter Teil: Probleme und Ausblicke

Traumatherapeutische Heilpädagogik
bei einer kognitiv schwer beeinträchtigten Frau 127

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt
keine Hilfe suchen 151

Psychose, Dissoziation und Trauma 162

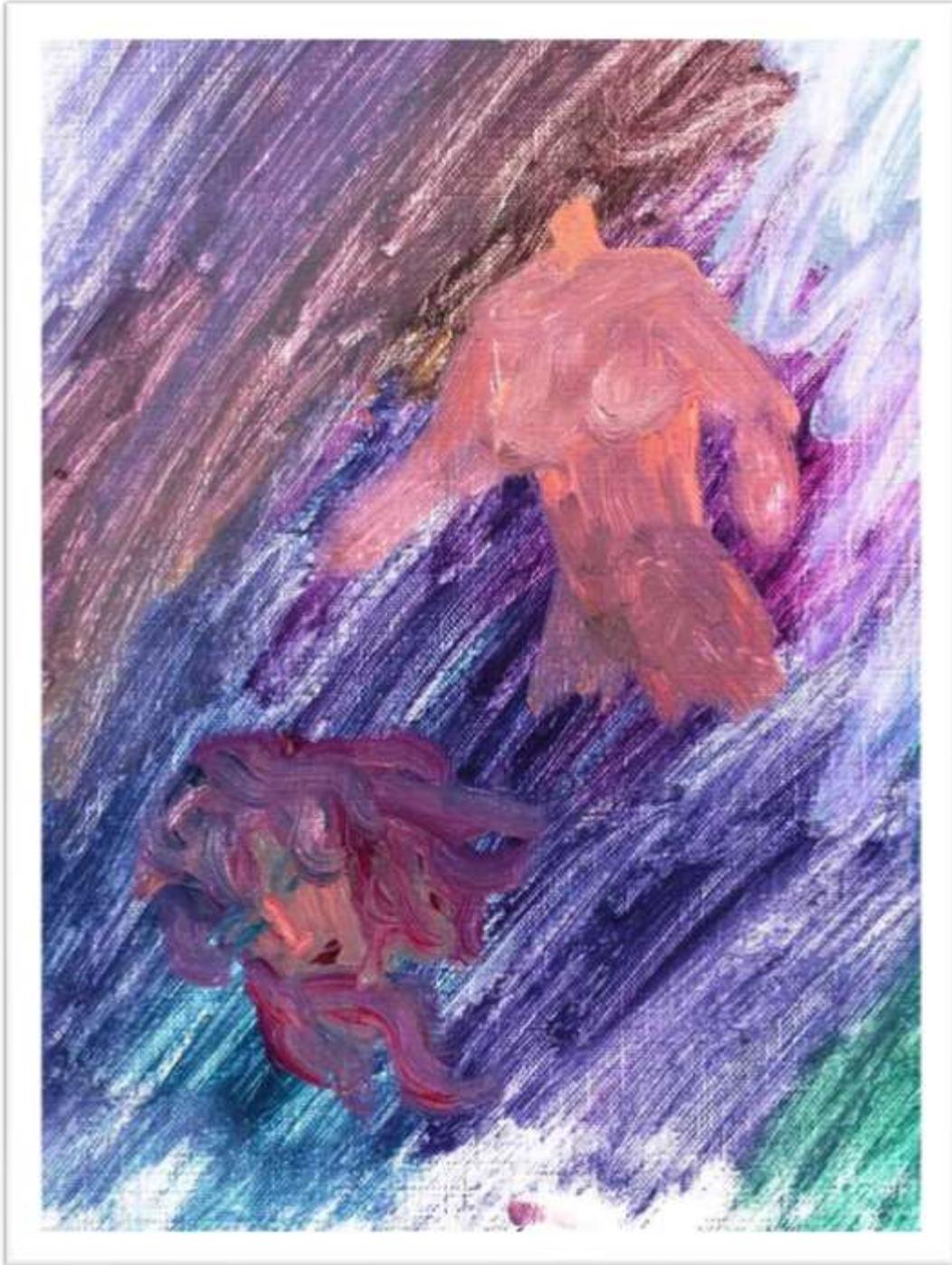
Mutismus als Traumafolge 186

Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt und
Mind Control 218

Sándor Ferenczi – ein früher Traumaforscher 243

Die Wurliblume. Kein Unterhaltungsroman 260

Johanna Herzog-Dürcks
Personale Psychotherapie
als Element integrativer Traumatherapie? 271



© 2000 Amanda

**Zum Gedenken an Sándor Ferenczi,
ungarischer Psychoanalytiker und
Mitbegründer der Psychotraumatologie
(1873–1933)**

VORWORT

Die Geschichte dieser praxisorientierten Einführung in das vielschichtige Thema der traumabedingten Dissoziation beginnt 1995 bei *Eva*, einer seit frühester Kindheit traumatisierten Frau mit kognitiver ("geistiger") Beeinträchtigung. Ich lernte sie kennen innerhalb eines heilpädagogischen Enthospitalisierungsprojektes im Wilhelm Griesinger-Krankenhaus Berlin-Hellersdorf/Marzahn und konnte sie drei Jahre lang dabei unterstützen, ihre rigorose Kontakt- und Beziehungsverweigerung immerhin teilweise zu überwinden.¹ Damals begann ich, mir zusammenzureimen, was "frühkindliches Trauma" bedeutet. Praxisorientierte Literatur dazu gab es in diesen Jahren noch kaum.² – Nach Abschluß des Enthospitalisierungsprojekts traf ich in der akutpsychiatrischen Station desselben Psychiatrischen Krankenhauses auf PatientInnen mit der Diagnose "Borderline-Persönlichkeitsstörung", meist nach Suizidversuchen, mit massiven Selbstverletzungen und lebensbedrohlicher Eßstörung (Anorexia nervosa). In dieser Zeit entstanden erste Informationstexte für PatientInnen (auch für einige interessierte Krankenschwestern), für die ich damals nur Passagen aus den wenigen mir zugänglichen Fachbüchern herausgeschrieben hatte. – Nach meinem Umzug nach Leipzig (im Jahr 2000) stolperte ich im sozialpsychiatrischen Umfeld³ bald wieder über "Borderliner". Ich bot eine angeleitete Borderline-Selbsthilfegruppe an; aus ihr ergab sich eine ABM mit Einzelberatungen, es entstanden längerfristige Begleitungen von traumaüberlebenden Menschen, zunächst noch oft unter der diagnostischen Schublade "Borderline". Immer deutlicher wurde mir, daß Betroffene mit entsprechenden Symptomen und (Verdachts-) Diagnosen im allgemeinen alleingelassen werden. In dieser Zeit bekamen fotokopierte Info-Texte zu verschiedenen traumabezogenen Schwerpunkten ein immer größeres Gewicht. Informationsveranstaltungen in der VHS und bei Freien Trägern kamen dazu. Mit einigen wenigen Betroffenen hatte sich aus längerfristiger Beratung und Krisenbegleitung therapeutische Begleitung entwickelt, – ehrenamtlich, unentgeltlich und im Wissen der KlientInnen, daß ich "nur" Sozialpädagoge bin. Diese Erfahrungen änderten den Schwerpunkt meiner Aufmerksamkeit: Nicht "Borderline", dieses schillernde Syndrom, war das eigentliche Thema (wie ich noch in der Arbeit mit *Eva* angenommen hatte), sondern frühe psychische Traumatisierung ist es, Entwicklungs- und Bindungstrauma! "Borderline" zeigte sich zumindest mir als Sonderfall komplexer dissoziativer Störungen. In diesen Jahren kam das Thema Psychotrauma (endlich) in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Immer mehr Publikationen galt es durchzuarbeiten und in Beziehung zu setzen zu den eigenen Erfahrungen mit Betroffenen. Entsprechend wurden die Infotexte über die Jahre verändert und erweitert.

Der Versuch, eine niederschwellige Borderline- bzw. Traumaberatungsstelle in Leipzig zu etablieren, schlug in mehreren Anläufen fehl. Als ich aber immer wieder von Traumabetroffenen erfuhr, daß sie im Internet vergebens nach ordentlichen Informationen

¹ vgl. MONDRIAN V. LÜTTICHAU: "Sie sehst doch, die will keinen Kontakt!" – Rehistorisierung und heilpädagogische Beziehung bei einem "hoffnungslosen Fall" (in: BEHINDERTENPÄDAGOGIK 2/1999; Verlag Jarick Oberbiel, Solms/Lahn); durchgesehene und erweiterte Version in dieser Veröffentlichung.

² Erst in den letzten Jahren wurde mir bewußt, daß der erste Impuls meiner Aufmerksamkeit für psychische Traumatisierungen weit früher liegt, nämlich in meiner Kindheit – gegenüber einer kriegstraumatisierten Mutter. Mein Versuch, psychische Seltsamkeiten bei mir selbst, bei meiner Mutter und bei bestimmten anderen Menschen zu verstehen, führte mich schon 1974 zu SANDOR FERENCZIS Arbeiten, vor allem zu dem Aufsatz: "Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kinde" von 1933 (in: Ferenczi: Schriften zur Psychoanalyse, Band II; Frankfurt/M. 1972, S.303-313). Zwanzig Jahre später fand ich seine Überlegungen wieder in dem neuen Fachgebiet der Psychotraumatologie (meist allerdings ohne Hinweis auf Ferenczi!).

³ Vor allem in der Psychiatriebetroffenen-Initiative DURCHBLICK e.V. (<http://www.durchblick-ev.de/>)

Vorwort

zu Trauma, Borderline oder DIS gesucht hatten, gab ich meine bisherige Ignoranz dem Web gegenüber auf. Seit 2008 gibt es das Informationsportal www.dissoziation-und-trauma.de (zunächst www.trauma-beratung-leipzig.de).

Verschiedene Formen der traumatischen Dissoziation stehen bei schwerwiegender Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter im Mittelpunkt des Geschehens – sowohl innerhalb der traumatischen Situationen als auch bei Lebensbeeinträchtigungen in der Folgezeit. Zur diagnostischen Beschreibung von Folgen nach Akuttraumatisierungen dient vorrangig das *Posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS)*. Auch bei den damit zusammengefaßten Symptomen handelt es sich größtenteils um Momente der zunehmend auch neurophysiologisch erklärbaren traumabedingten Dissoziation. –

Grundlage der hier zusammengestellten Texte sind in erster Linie konkrete Erfahrungen mit Traumabetroffenen, ergänzt durch Hinweise auf psychotraumatologische Erkenntnisse, sofern sie mit diesen Erfahrungen korrespondieren. Der zweite Teil sammelt Beiträge, die spezielle traumatherapeutische Probleme, Erfahrungen und Ausblicke beleuchten wollen.⁴

Intention dieses e-books (pdf) ist zweierlei. Zum einen scheint die **traumabedingte Dissoziation** derzeit in der öffentlichen Aufmerksamkeit unterzugehen in einer Fülle neuer traumatherapeutischer Methoden und Techniken. Sie ist aber etwas durchaus anderes, nämlich ein grundlegender, neurobiologisch fundierter Schlüssel zum Verständnis existentieller seelischer Krisen. Demgegenüber gibt es im Netz noch immer kaum praxisorientierte, fundierte und zugleich allgemeinverständliche Einführungen in das Thema. – Darüberhinaus sollte die Realität psychischer Traumatisierungen in Kindheit und Jugend enger verknüpft werden mit den in meinem Verlagsprojekt **AUTONOMIE UND CHAOS BERLIN** dokumentierten Arbeiten (*Stichworte: Vorgeschichte der NS-Zeit, Nazi-Terror, Progressive Entfremdung/Verdinglichung in unserer Zeit*). All diese menschheitlichen Erfahrungen gehören ja tatsächlich zusammen!

Das Gemälde auf der Seite zuvor stammt von Amanda. Als wir uns 1999 kennenlernten, war sie Patientin einer akutpsychiatrischen Station.⁵ In unseren Gesprächen vermittelte Amanda mir die Notwendigkeit niederschwelliger Traumaberatungsangebote. Das Bild war ihr erster Versuch, in Öl zu malen.

*Für Merle und
für alle andern*

Mondrian v. Lüttichau

⁴ Am Schluß des ersten Teils folgt eine summarische Literaturliste; die Aufsätze des zweiten Teils haben je eigene Literaturhinweise. – Die Inkonsistenz der Zitierweise erklärt sich durch die Zusammenfügung von Texten aus unterschiedlichen Zusammenhängen, die jedoch für diese Veröffentlichung ausnahmslos durchgesehen und ergänzt wurden.

⁵ Vgl. MONDRIAN V. LÜTTICHAU: *Leben oder Therapie?* (Leipzig 2006, erweiterte Neuauflage Berlin 2018: www.autonomie.und-chaos.de)

TRAUMA IN KINDHEIT UND JUGEND

"Traumatisierung" – was heißt das ?

Ein seelisches Trauma entsteht unter existenziell bedrohlichen Umständen, in denen wir unbedingt wirksam handeln müßten, jedoch sind wir aus äußeren oder/und psychischen Gründen dazu nicht in der Lage. Sofern diese existenziell überfordernde Erfahrung nicht zeitnah aufgearbeitet werden kann, bleiben wir seelisch in einer Art "unterbrochener Handlung" (G.FISCHER) stecken. Durch die traumatische Situation erlittene eigene Hilflosigkeit und panische Angst bleibt dann als existenzielles Grundgefühl bestehen. Ohne angemessene therapeutische Unterstützung können derartige traumatische Erinnerungen oft auch im späteren Leben kaum überwunden werden.

Vieles kann in der Kindheit traumatisierende Wirkung haben:

- Psychische Erkrankung oder Alkoholismus bei einem Elternteil
- Sexuelle oder andere Gewalt, Folter
- Dauerhafter seelischer Terror
- Tod eines nahestehenden Menschen
- Krieg, Heimatverlust
- Unzureichende oder häufig wechselnde Bezugspersonen
- Sehr frühe schwere Erkrankungen oder medizinische Eingriffe
- Transsexualität ohne angemessene Unterstützung
- Genitalverstümmelungen, auch Beschneidung bei Jungen
- Prostitution / Zwangsprostitution
- Naturkatastrophen, schwerwiegende Unfälle

Bei Traumatisierungen im Kindesalter (Entwicklungsstrauma) kommt dazu, daß Kinder belastende Situationen kognitiv/sprachlich nicht oder nur in geringem Maße bewältigen können. Sehr oft finden Kinder kein Gehör – oder das Sprechen darüber wird ihnen von Tätern verboten. Dem seelischen Überleben dient darüber hinaus gerade bei Traumatisierungen in der Kindheit das **Abspalten** der unerträglichen, aber nicht zu bewältigenden Erfahrungen. Obwohl diese dem Betroffenen nicht mehr bewußt sind, reagiert er oder sie auch im Erwachsenenalter affektiv (gefühlsmäßig) entsprechend auf sogenannte **Auslöser**, also Reize, die an die traumatische Situation erinnern.

Trauma in Kindheit und Jugend

Es gibt neurophysiologische/-psychologische Erkenntnisse, nach denen solche abgespaltenen (**dissoziierten**) traumatischen Erinnerungen im Gehirn auf besondere Weise gespeichert werden. Auch aus diesem Grund können sie nicht einfach "wieder gut gemacht werden" durch positive Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt.

Unter TraumatherapeutInnen besteht zunehmend Übereinstimmung darüber, daß bei vielen seelischen und psychosomatischen Erkrankungen traumatische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zu finden sind. In besonderem Maße gilt dies für die "Emotional Instabile Persönlichkeit, Typ Borderline" (Borderline-Syndrom) sowie dissoziative Störungen einschließlich der sogenannten "Multiplen Persönlichkeit" (DIS), für Eßstörungen, Suchterkrankungen und selbstverletzendes Verhalten. Auch Angststörungen, (selektiver oder totaler) Mutismus und besondere Schwierigkeiten im sexuellen Empfinden können mit Psychotrauma zusammenhängen. ADHS findet sich in überdurchschnittlicher Häufigkeit bei Personen mit traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit.

(Übrigens: Dies alles sind psychische und psychosomatische Reaktionsweisen, die dem Betroffenen ermöglicht haben, traumatische Lebensumstände bzw. deren Folgen auszuhalten. Es sind insofern eigentlich keine "Störungen" oder "Krankheiten", sondern belegen ursprünglich ein besonders hohes Maß an Überlebensfähigkeit! – Jenseits der traumatisierenden Umstände werden sie allerdings dysfunktional und bringen neues Leid.)

Auswirkungen von Traumatisierungen in der Kindheit können sein:

- PTSD/PTBS
- Dissoziative Symptome/Störungen, auch Dissoziative Anfälle (PNEA)
- Fehlendes Körpergefühl
- Alkohol-/Drogenmißbrauch
- Suchtverhalten jeder Art
- Chronische Angst /Sozialangst
- Alpträume
- Borderline-Struktur der Persönlichkeit
- Kaum Erinnerungen an die Kindheit
- Eß-Störungen
- Selbstverletzungen
- Prostitution
- Extrem schwankende Gefühle
- Leid im Zusammenhang mit der eigenen Sexualität
- Selbstmordversuche/-gedanken

Trauma in Kindheit und Jugend

- Medizinisch nicht erklärbare körperliche Beschwerden
- Depressionen
- Kein Schmerzempfinden
- Zwänge
- Bindungsstörungen
- Unangemessene Wutausbrüche
- Sprechstörungen (Stottern, Mutismus)
- Täterverhalten jeder Art

Die Vielfalt der symptomatischen Folgen erklärt sich zunächst aus den konkreten Umständen, die für ein Kind (bzw. einen Erwachsenen) traumatisierende Wirkung hatten. Oft ist es eine psychische Erkrankung oder Alkoholismus bei einem Elternteil, sexuelle oder andere Gewalterfahrung, Heimunterbringung, Tod eines nahestehenden Menschen oder (heutzutage vorrangig bei Migranten aus Rußland, Afrika und Asien) Krieg, Heimatverlust, Folter bzw. sonstige schwerwiegende Formen staatlicher Gewalt (auch Opfer von NS, Vertreibung/Umsiedlung nach 1945 und DDR-Stalinismus). Auch Frühgeburt, körperliche Beeinträchtigungen oder schwere Erkrankungen in der Kindheit in Verbindung mit unzureichender Betreuung oder wechselnden Bezugspersonen können traumatisieren. Nicht selten kommt es zu Polytraumatisierungen, bei denen verschiedene schlimme Erfahrungen zusammentreffen oder im Laufe der Kindheit aufeinander folgen.

Darüberhinaus entwickelt sich jedes betroffene Kind individuell weiter. Es versucht im Laufe des Lebens auf vielfältige Weise, die traumatischen Empfindungen und Reaktionsmuster seelisch zu kompensieren (auszugleichen). Unterschiedliche günstige, stabilisierende Faktoren können dem Betroffenen helfen, sich in bestimmten Lebensbereichen dennoch relativ gesund zu entfalten, – oder aber neue schlimme Erfahrungen bestätigen und vertiefen die ursprünglichen Traumata.

Aus all diesen individuellen Umständen entstehen im Laufe des Lebens unterschiedlichste Gefühls- und Verhaltensmuster, die uns ermöglichen, trotz der schweren seelischen Verwundungen mehr oder weniger gut klarzukommen im Alltag, – sei es auch nur, bestimmten äußeren Anforderungen der sozialen Umgebung gerechtzuwerden.

Exkurs:

Professionelle Aufmerksamkeit für seelische Traumatisierungen, insbesondere in Kindheit und Jugend, entsteht erst in den letzten Jahrzehnten. Schon aus dem Ersten Weltkrieg gab es Erfahrungen mit traumatischen Kriegsneurosen; nach 1945 zeigten sich ähnliche psychische und psychosomatische Symptome bei KZ-Überlebenden. Etwa seit 1980 regte sich öffentliches und professionelles Interesse für seelische Folgen von Vergewaltigungen

Trauma in Kindheit und Jugend

sowie von Inzest, Rituelle Gewalt und anderen Gewalterfahrungen im Kindesalter (HERMAN, KAVEMANN/LOHSTÖTER, MASSON). Nächste Schübe der öffentlichen Aufmerksamkeit für diese Themen entstanden mit der Aufdeckung von sexualisierter Gewalt in der Odenwaldschule (ab 1998), in Einrichtungen der Kirche (ab 2010) und allgemein in der Heimunterbringung, im Zusammenhang mit der sogenannten Pädophilie-Debatte (2013). – Seit 1998 wird in Schweden Prostitution als Gewalt gegen Frauen definiert, was sich in einer entsprechenden Rechtslage niederschlug. Dies hatte Vorbildfunktion auch für Deutschland, einem Staat mit sehr prostitutionszugewandter Gesetzeslage. *Prostitution* (und nicht nur die explizite "Zwangsprostitution") als *Reinszenierung erlebter Traumata* wurde zur Leitlinie vieler Initiativen.⁶ Auch die Bewegung #MeToo, mit der sexualisierte Grenzüberschreitung und Gewalt gegen Frauen öffentlich gemacht wird, trägt inzwischen zum öffentlichen Bewußtsein über sexuell determinierte Traumatisierungen bei.

Obwohl sexualisierte Gewalt sowie dauerhafte Mißhandlung nach allen öffentlichen und fachlichen Erfahrungen Ursache der meisten Psychotraumatisierungen im Kindesalter darstellt, müssen im Einzelfall auch andere mögliche Ursachen (siehe hier zuvor) ins Auge gefaßt werden.

Für schwerste seelische Belastungen mit ihren ineinander verstrickten Reaktionen, Überlebensmustern, Ängsten, Schutzmechanismen und sonstigen Symptomen scheint sich der diagnostische Begriff "**Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**" durchzusetzen (HERMAN).

Besonders schwerwiegende Folgen von Psycho-Traumatisierung in Kindheit und Jugend

a) Das **Borderline-Syndrom** ist eine relativ häufig vorkommende sogenannte "Persönlichkeitsstörung" (*geschätzt 2 % der Bevölkerung; unter den KlientInnen von ambulanter Psychotherapie rund 10 %, bei stationären Psychiatrie-PatientInnen 20 %; Quelle: DSM IV*). Erste diagnostische Anhaltspunkte sind: Angst vor Verlassenheit; allgemeine Instabilität im Gefühlsleben und im Selbstbild; suizidale Handlungen; Selbstverletzungen; chronisches Gefühl von Leere; heftige Wut; dissoziative Symptome. (*Quelle: DSM IV; Zusammenfassung: M.v.L.*)

Die spezifische Persönlichkeitsstruktur kann jedoch erst innerhalb einer länger andauernden therapeutischen Beziehung zweifelsfrei diagnostiziert werden!

b) **Narzißtische Störungen** entstehen, wenn Überlebende von schlimmen Lebensbedingungen in der Kindheit gelernt haben, alle seelischen Kräfte in den Aufbau einer "Schutzmauer" zu investieren, die fast um jeden Preis aufrecht erhalten wird. Dabei können verschiedenste Mechanismen Schutzfunktion bekommen, z.B. perfektionistisches Funktionieren im Arbeitsleben bzw. im Haushalt – oder Verbalattacken und Wutausbrüche – oder eine besonders

⁶ <https://karlsruherappell.com/2014/04/07/prostitution-als-reinszenierung-erlebter-traumata/>

Trauma in Kindheit und Jugend

stilisierte Selbstdarstellung (Kleidung, Make-up, Sprache) – oder soziale Grenzüberschreitungen und unsoziales/egoistisches Verhalten – oder intellektuelle Besserwisserei – oder besonders unterdrückerische Formen des sogenannten "Helfer-Syndroms" (auch elterliche Überbehütung) – oder körperliche Gewalt – oder eine herausragende öffentliche Funktion.

c) Suchtverhalten jeder Art dient in der Regel der Kompensation seelischer Defizite. Es soll Ersatz bieten für nicht erlebte Geborgenheit, Zuwendung und Selbstbestätigung und soll ablenken von quälenden Empfindungen und Erinnerungen. (*"Sexueller Mißbrauch, körperliche und seelische Mißhandlungen verschiedenster Art, Vergewaltigungen und sexuelle Belästigungen ziehen sich durch das Leben der meisten Abhängigen wie ein roter Faden. Die Suchterkrankung ist lediglich ein Symptom. Oft ist der Drogenkonsum Überlebensstrategie und der Versuch, das erlebte Unrecht zu kompensieren oder zu bewältigen."* DAHM)⁷ –

Auch **EBstörungen, Selbstverletzungen, Arbeitssucht, übersteigerte sexuelle Aktivitäten, Helfersyndrom** und **Zwangsverhalten** (Kontrollzwänge, Perfektionismus, zwanghaftes Sauberkeitsbedürfnis, besondere Alltagsrituale, ritualisierte Augenbewegungen, zwanghaftes Gelenkeknacken und vieles mehr) stehen meist in Zusammenhang mit einer psychischen Suchtstruktur (im weiteren Sinne).

d) Angststörungen, Panikattacken, unangemessen wirkende **Wutausbrüche** sowie häufige **Alpträume** sind oft begründet in abgespaltenen traumatischen Erfahrungen.

e) Dissoziative Störungen (einschließlich der **Dissoziativen Identitätsstörung**, umgangssprachlich: "Multiple Persönlichkeit") sind zumeist Folgen schwerer physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt, in der Regel im Kindesalter. – Dissoziation (im hier gemeinten Sinne) ist eine natürliche, biologisch angelegte Fähigkeit der Psyche, durch die *bei uns allen* bestimmte eigene Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen, Handlungen oder Gedanken dem Bewußtsein unzugänglich bleiben: sie werden abgespalten. Wie bereits erwähnt, kann als Folge von Psychotraumatisierungen (vor allem in der Kindheit) Dissoziation zur vorrangigen seelischen Reaktions- und Verarbeitungsmöglichkeit werden. Bestimmte sehr belastende Aspekte der bedrohlichen Situation (Angst, Schmerz, Hilflosigkeit, extreme Verwirrung und Orientierungslosigkeit) werden dadurch mehr oder weniger vollständig vom Bewußtsein ferngehalten, damit das Leben weitergehen kann. (Verarbeitet sind sie dadurch allerdings nicht!)

⁷ Daniela DAHM (Lilith e.V., Verein für Unterstützung von Frauen mit Drogenproblematik, Nürnberg), in: STORCHENBEINE IM MINIROCK. Frauen, HIV und AIDS (hrsg. von Heidemarie Kremer) (Herdecke 2000)

Trauma in Kindheit und Jugend

Insbesondere nach komplexen Traumatisierungen über längere Zeit verselbständigt sich das Dissoziieren. Auf dieser Grundlage entstehen generelle Konfliktlösungsweisen, die auch im späteren Leben, unabhängig von traumatischen Erfahrungen, beibehalten werden:

Dissoziative Amnesie: Keine Erinnerungen haben an bestimmte Lebenszeiten oder Situationen (insbesondere in der Kindheit).

Derealisierung: Konfliktsituationen werden "wie ein Film" erlebt. Betroffene haben das Gefühl, "es ist ein Traum, gleich wache ich auf!" oder "das hat mit mir nichts zu tun!" – Es wird die Realität der Außenwelt abgespalten. Auch soziale Grenzüberschreitungen im späteren Leben werden dann oft nicht rechtzeitig wahrgenommen.

Depersonalisierung: Traumatische Gewalt an sich selbst haben Betroffene oft erlebt, "als ob ich von weit weg auf die Szene schaue". – Hierbei wird die eigene leibliche/körperliche Realität abgespalten. – Traumaüberlebende können sich auch im späteren Leben oft nicht mit dem eigenen Körper identifizieren; dies kann zu aufwendigem 'Schmücken' der äußeren Erscheinung führen (Make-up, Kleidung, Tätowierungen, Piercings).

Immobilitätsreaktion ("Totstellreflex"): Wenn Vergewaltigungsoffer sich nicht oder kaum wehren, liegt solcher Passivität im allgemeinen eine dissoziative Abspaltung sowohl der äußeren als auch der inneren (leiblichen) Realität zugrunde.

Dissoziative Fugue: Das plötzliche Weglaufen aus einer unerträglich belastenden Situation, verbunden mit Amnesie.

Flashbacks (Erinnerungsblitze): Abgespaltene traumatische Erinnerungen (Bilder, leibliche Empfindungen, Gefühle) werden in bestimmten Situationen (meist durch "Auslöser"/"Trigger", die an eine traumatische Erfahrung erinnern) plötzlich ans Bewußtsein freigegeben. – Schon die Angst vor solchen Flashbacks führt oft zu neuen dissoziativen Abspaltungen bzw. zu verstärkten sekundären Kompensationen (Sucht, Selbstverletzungen, Eßstörungen).

Somatoforme (körperbezogene) Dissoziation: Verlust der motorischen Kontrolle (z.B. Lähmungen, Krämpfe), Schmerzunempfindlichkeit u.a. (*Innerhalb der psychoanalytischen Tradition als "hysterische" oder "Konversionsstörungen" bezeichnet.*)

Strukturelle Dissoziation (Dissoziation der Persönlichkeit): Je nach dem Ausmaß der traumatischen Überforderung werden bestimmte dissoziative Reaktionsweisen als 'Ausweichmöglichkeiten' neuropsychologisch dauerhaft (also strukturell) etabliert, um traumatische Erfahrungen und Empfindungen abzuspalten und auf diese Weise (zunächst) 'unschädlich zu machen'. – Traumaüberlebende erkennen im späteren Leben oft, wie sie in bestimmten Situationen unweigerlich, ohne etwas daran ändern zu können, ganz bestimmten Empfindungen, Einschätzungen oder Verhaltensweisen unterliegen. Weder sich selbst noch anderen können sie

Trauma in Kindheit und Jugend

solche meist unangemessenen Reaktionen erklären. – Empfindungs-, Reaktions- und Verhaltensweisen sowie sekundäre Kompensationsformen [siehe hier unter c)] sind dabei bestimmten **Persönlichkeitsanteilen** fest zugeordnet, die in bestimmten Situationen unweigerlich aktiviert werden.

Umfassendste Form einer solchen Strukturellen Dissoziation ist die **Dissoziative Identitätsstörung (DIS/umgangssprachlich: "Multiple Persönlichkeit")**.

Therapeutische Möglichkeiten

Zunächst: Bewährte therapeutische Hilfe bei Traumatisierungen in Kindheit und Jugend gibt es durchaus! Es ist möglich, derartige seelische Verwundungen auch im Erwachsenenalter zu verarbeiten und entsprechend "heilezuwachsen". (Akuttraumatisierungen, bei denen Hilfe sofort bereitsteht, sowie Traumatisierungen im Erwachsenenalter lassen sich im allgemeinen mit therapeutischer Unterstützung leichter aufarbeiten. Diese Situationen können in der vorliegenden Veröffentlichung jedoch nicht dargestellt werden.)

Angemessene Unterstützung *zu finden*, ist allerdings nicht ganz einfach.

Oft steht am Anfang nur die Ahnung des Betroffenen, daß es sich bei den eigenen Empfindungen und Symptomen um Folgen schwerer seelischer Belastungen in Kindheit und Jugend handeln könnte. Wegen der häufig vorkommenden **Abspaltung** traumatischer Erinnerungen sollten wir eine derartige eigene Vermutung in jedem Fall ernstnehmen und uns weder von Angehörigen noch von Therapeuten oder Psychiatern ausreden lassen! Liegt tatsächlich eine Psycho-Traumatisierung vor, so wird sich die entsprechende Ahnung innerhalb einer qualifizierten Therapie Schritt für Schritt verdichten, - im selben Maße, in dem Vertrauen und therapeutische Beziehung sich entwickeln.

Im Gegensatz zu Behauptungen von Tätern und entsprechenden Darstellungen in den Medien ("*False Memory Syndrome*") ist es nicht möglich, Betroffenen die äußerst belastenden, aufwühlenden Erinnerungen an traumatische Erfahrungen (mit entsprechenden symptomatischen Beschwerden) nur "einzureden"; siehe hierzu: SCHALLECK.

*Die Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten setzt bei der Betroffenen ein hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit voraus. Sie oder er sollte sich informieren, eigene Ansprüche stellen an die Qualität der Therapie und – **nein sagen zu TherapeutInnen, zu denen sich kein Vertrauen einstellt.***

Leider gibt es noch immer TherapeutInnen und PsychiaterInnen, die (bewußt oder unbewußt) einen großen Bogen machen um das schwierige Thema der Psycho-Traumatisierung. In der eigenen Ausbildung kam es zumeist nicht vor; – die

Trauma in Kindheit und Jugend

angemessene therapeutische Betreuung setzt neben speziellen Kenntnissen wohl auch eine besondere Sensibilität voraus; – darüber hinaus rührt das Thema an tiefverwurzelte gesellschaftliche Tabus.

Aber auch TherapeutInnen, die grundsätzlich bereit sind, sich auf traumatisierte KlientInnen einzulassen, gehen – je nach der eigenen Ausbildung und Arbeitsweise – unterschiedlich um mit dieser Aufgabe.

Wenn möglich, sollten wir uns zunächst informieren über das Thema, um dann zu entscheiden, auf welche Form von Unterstützung wir uns zum jetzigen Zeitpunkt am ehesten vertrauensvoll einlassen könnten. Kontakt aufnehmen zu konkreten TherapeutInnen sollten wir im Bewußtsein, daß wir selbst am besten wissen, wie wir uns fühlen und in welchen Aspekten wir Hilfe brauchen!

Es gibt kaum Zweifel daran, daß gerade bei Betroffenen mit schwerwiegenden seelischen Verwundungen in Kindheit und Jugend **vertrauensvolle** (freundschaftliche wie therapeutische) **Beziehungen** Grundlage und Voraussetzung jeder befriedigenden Unterstützung sind (GAHLEITNER). Ein positives oder negatives Gefühl '*aus dem Bauch*' während der Probetermine mit einem Therapeuten/einer Therapeutin kann also als Anhaltspunkt für eine Entscheidung ernstgenommen werden. Darüberhinaus sollte die Therapeutin konkret und für die Klientin/den Klienten nachvollziehbar Auskunft geben können über ihren fachlichen Umgang mit Traumatisierungen, insbesondere im Bereich sexualisierter Gewalt.

Sind **sachkundige und flexible Kriseninterventions-Angebote** vorhanden (auch am Abend und Wochenende), bilden sie einen entscheidenden Rückhalt für Betroffene bei der Aufarbeitung von traumatischen Erinnerungen (im Rahmen einer Therapie, aber auch unabhängig davon).

Drei grundlegend verschiedene therapeutische Herangehensweisen sind zu unterscheiden:

a) Psychodynamisch oder psychoanalytisch orientierte Therapeuten interessieren sich vorrangig für innere seelische Konflikte und orientieren sich dabei an den entwicklungspsychologischen Kriterien ihrer Theorie.

Nachteil für KlientInnen mit Psycho-Traumatisierung:

Um die therapeutische Entfaltung solcher verborgener seelischer Konflikte möglichst wenig zu beeinflussen, nimmt sich der Therapeut/die Therapeutin *als Gegenüber* stark zurück. Für Menschen mit Traumatisierungen ist jedoch das "authentische emotionale Antworten" (HEIGL-EVERS), die vertrauensvolle

Trauma in Kindheit und Jugend

Realbeziehung mit der Therapeutin meist Voraussetzung, um leidvolle Erfahrungen aufarbeiten zu können (GAHLEITNER).

Dazu kommt, daß viele (jedoch nicht alle!) psychoanalytisch orientierte TherapeutInnen Erinnerungen an sexuelle Gewalterfahrungen und Grenzüberschreitungen (also auch die eher gewaltlose sogenannte "Verführung") gern als entwicklungspsychologisch bedingtes Phantasieprodukt interpretieren.

Besonders unangemessen für Betroffene mit Traumafolgestörungen ist die traditionelle psychoanalytische Therapie im Liegen ("*auf der Couch*").

b) Bei Verhaltenstherapeuten liegt die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Störungen im Verhalten und bei Empfindungen.

Nachteil für traumatisierte KlientInnen:

Dieser therapeutische Ansatz ist vorrangig orientiert am "Funktionieren" im sozialen Alltag. Erfahrungsgemäß reduziert sich dadurch kaum das (in der individuellen Vergangenheit begründete) gegenwärtige seelische Leid. Therapeutische Erfolge halten oft nur bis zur nächsten aktuellen psychischen Krisensituation an. Das Gefühl, wieder versagt zu haben und zunehmende Hoffnungslosigkeit sind Folgen. Zudem erschwert die einseitige Orientierung an den alltäglichen sozialen Normen das Verständnis für individuelle lebensgeschichtliche Umstände.

c) Psychotraumatologische Ansätze orientieren sich bei Betroffenen mit Entwicklungs Traumata vorrangig an den in der Vergangenheit entstandenen seelischen Verwundungen, die sich noch immer auswirken. Fachliche Grundlage von TraumatherapeutInnen ist im allgemeinen eine psychodynamische/-analytische oder verhaltenstherapeutische Ausbildung. Sie nutzen eine Fülle von neueren Erkenntnissen über die neurophysiologische/-psychologische Dynamik von Psycho-Traumatisierungen, Schlußfolgerungen aus der Säuglingsforschung sowie Erfahrungen aus der traumatherapeutischen Praxis selbst. Durch ihre Methodenvielfalt können sie nuanciert eingehen auf die individuell ganz unterschiedlichen Umstände und Folgen der Traumatisierung. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von zertifizierten psychotraumatologischen Aus- und Weiterbildungen für PsychotherapeutInnen, Ärzten und HelferInnen anderer Fachrichtungen, die allerdings in der Regel von den Interessierten selbst bezahlt werden müssen.

Nachteil für traumatisierte KlientInnen:

In entsprechend fokussierten Therapien besteht oft zu wenig Aufmerksamkeit für die gegenwärtige Lebenssituation (Beziehungen zu Angehörigen, die Frage der eigenen Lebensperspektive, Scham oder Haß, allgemeine Lebensunsicherheit).

Trauma in Kindheit und Jugend

Für **Schocktraumata**, also akute Traumatisierungen mit zeitnaher therapeutischer Unterstützung (Trauma Typ 1, A-Trauma), gelten in mancher Hinsicht andere Grundsätze und Methoden. (Siehe z.B. bei FISCHER.)

Zunehmende fachliche Erfahrungen in der sozialpädagogischen und nicht-therapeutischen Begleitung und Betreuung traumatisierter Kinder werden seit einigen Jahren diskutiert und zusammengetragen unter dem Begriff **Traumapädagogik**. (WEISS, BAUSUM U.A., GAHLEITNER)

Psychoanalytische/psychodynamische und verhaltenstherapeutische Methoden wurden erfolgreich integriert in traumatherapeutische Ansätze. Andersrum entdecken psychoanalytische bzw. verhaltenstherapeutische Profis in zunehmendem Maße traumatherapeutische Erkenntnisse und Erfahrungen als wertvolle Ergänzung für die eigene Arbeit. So besteht also durchaus Hoffnung, daß die professionelle Aufmerksamkeit für Realtraumatisierungen in Kindheit und Jugend in absehbarer Zeit zunehmen wird.

Leider werden etliche neuere therapeutische und therapieergänzende Methoden, die sich offenbar gerade in der Unterstützung traumatisierter Menschen bewähren, von den meisten Krankenkassen derzeit noch nicht bezahlt. Manche TherapeutInnen können stattdessen ihre *'anerkannten'* Therapieformen abrechnen. Gar nicht so selten entscheiden sich Betroffene notgedrungen dafür, eine nach dem eigenen Empfinden vertrauenswürdige und erfolgversprechende, jedoch *'nicht anerkannte'* therapeutische Unterstützung selbst zu bezahlen. – Besonders schwierig ist es für Menschen mit Dissoziativer Identitätsstruktur ("Multiple Persönlichkeit"), qualifizierte (und kassenfinanzierte) Therapiemöglichkeiten zu finden.⁸

Bedauerlicherweise gehören Traumafolgestörungen und ihre fachgerechte Betreuung bis heute nur am Rande zur Ausbildung von Fachärzten für Psychiatrie bzw. von PsychotherapeutInnen. Symptomatische Folgen seelischer Traumatisierungen werden noch immer vorschnell nach traditionellen psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Kriterien interpretiert bzw. "behandelt". Ohne differenziertes Verständnis für **die besondere psychische Entwicklung nach frühen Traumatisierungen (Stichwort: Dissoziation)** werden solche therapeutische Bemühungen allenfalls kurzfristig Entlastung bieten (dies vor allem durch den zugewandten Kontakt mit der Theapeutin/dem Therapeuten). Im allgemeinen verstärken die ungunstigen therapeutischen Erfahrungen bei den Betroffenen Selbstzweifel und das Gefühl, zu versagen und rundherum überflüssig zu sein auf der Welt. Durch unangemessene Anforderungen

⁸ Die unzureichende Finanzierung von psychotraumatologisch orientierter Psychotherapie für Traumaüberlebende ist ein Hauptthema der *INITIATIVE PHÖNIX - Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e. V.* (<http://www.initiative-phoenix.de/>)

Trauma in Kindheit und Jugend

("Sie sind doch eine erwachsene Frau!") oder andererseits durch Überinvolvierung des Therapeuten/des Therapeuten (*die Klientin "beschützen zu wollen vor der bösen Welt"*) können ursprüngliche traumatische Konstellationen reaktiviert werden.

Zur Situation von Angehörigen

Symptomatische Folgen von Psycho-Traumatisierungen sind eigentlich keine Krankheit. Sie waren im bisherigen Leben die einzigen Möglichkeiten, sich ein gewisses Maß an seelischer Stabilität zu erhalten; es sind Selbstheilungsversuche. Traumatisierte Menschen sind insofern nicht nur "Opfer", sondern sie sind "Überlebende", die bereits ein hohes Maß an Lebensmut und innerer Stärke bewiesen haben!

Angehörige, PartnerInnen und FreundInnen haben große Bedeutung bei der seelischen Weiterentwicklung der Betroffenen – über die kompensatorischen "Überlebens"-Formen hinaus, hin zu einem selbstbestimmten Leben in der Gegenwart und in die Zukunft hinein, demgegenüber die schlimmen Erfahrungen endlich *Vergangenheit werden können*.

Betroffene erleben in PartnerInnen und FreundInnen oft erstmalig im Leben vertrauenswürdige Mitmenschen, mit denen gewaltlose Zuwendung und Nähe vorstellbar wird. Entsprechend groß ist die Angst vor neuerlicher Verletzung und Zurückweisung, entsprechend schnell werden immer wieder die lebenslang entwickelten individuellen Schutzmechanismen aktiviert. – Dies alles sollten solidarische Angehörige situativ möglichst verständnisvoll beantworten, ohne jedoch die eigenen Empfindungen und Bedürfnisse oder ihre zeitweilige Überforderung zu verdrängen.

Sowohl für Betroffene als auch für PartnerInnen gibt es gute Ratgeber speziell zum Umgang mit den Folgen sexueller Traumatisierung. – Voraussetzung für solidarische Unterstützung eines in Kindheit und/oder Jugend traumatisierten Menschen ist jedoch vor allem die Bereitschaft, einen authentischen, liebevollen und ganz individuellen Austausch mitzutragen, in dem bei aller nötigen Rücksicht auf die besonderen Umstände beide oder alle Beteiligten **selbstverantwortlich bleiben** für ihre eigene Lebensgestaltung.



© 2008 Liane Michauck & Co

WAS IST DAS EIGENTLICH – TRAUMATHERAPIE ?

Zu Psycho-Traumatisierungen kommt es, wenn wir in seelisch sehr belastenden Lebenssituationen nicht in der Lage waren, uns angemessen zu wehren, zu schützen oder aber zu fliehen. Die während der schlimmen Situationen entstandenen Gefühle von Angst, Panik, Schmerz und Hilflosigkeit wurden nicht verarbeitet, sondern in bestimmten Bereichen des Gehirns unverändert gespeichert. Oft (und insbesondere bei Traumatisierungen in der Kindheit) sind entsprechende Erinnerungen wie auch Empfindungen dem Betroffenen teilweise (oder vollständig) nicht mehr bewußt; – sie sind **abgespalten**. Die *"steckengebliebene"* traumatische Situation nehmen wir mit allen dazugehörigen Emotionen, körperlichen Empfindungen und Reaktionsmustern ins weitere Leben mit. Nicht nur die schlimme Erfahrung selbst, sondern auch die blockierte emotionale und körperliche "Energie" (LEVINE) führt zu vielfältigen symptomatischen Folgen.

Frühe Psycho-Traumatisierungen setzen sich oft zusammen aus unterschiedlichen seelischen Verletzungen. Plötzlicher Verlust oder Wechsel von Bezugspersonen (Heimaufenthalt, Pflegefamilie, neuer Partner eines Elternteils), an sich schon belastend für jedes Kind, kann unterschiedlichste traumatische Umstände mit sich bringen. Allgemeine Vernachlässigung und Gewalttätigkeit im Elternhaus kann in Verbindung stehen mit Alkoholmißbrauch und speziellen psychischen Problemen bei nahen Angehörigen. **Dabei verstören und schädigen verschiedenartige traumatisierende Erfahrungen (zuma! in verschiedenen kindlichen Entwicklungsphasen) in jeweils unterschiedlicher Weise!** Zudem machen derartige Entwicklungsbedingungen Kinder besonders hilflos gegenüber sexuellen Grenzüberschreitungen und anderen Gewalthandlungen Dritter. Weil sie sich angemessene, liebevolle Beziehungen kaum vorstellen können, geraten sie im Jugendalter und auch später bei ihrer Suche nach neuen Bezugspersonen (FreundInnen, PartnerInnen) immer wieder an schädigende und gewalttätige Menschen. Viele Betroffene ziehen sich sozial stark zurück oder/und versuchen, mit Alkohol, Drogen und Aggression (gegen sich selbst oder gegen andere, z.B. Familienmitglieder) das innere Leid zu überdecken. Dies alles führt zu neuen psychischen Schäden und sozialen Belastungen.

Sämtliche nichtverarbeiteten traumatischen Erfahrungen, die Kinder machen, haben Auswirkungen auf grundlegende psychische Strukturen, also die Entwicklung der Persönlichkeit. Dies betrifft das Selbstwertgefühl genauso wie die Erwartungen an zwischenmenschliche Beziehungen, die Entwicklung und Bewertung von Gefühlen (eigenen wie denjenigen anderer), die Reaktionsweisen bei Konflikten und vieles mehr. – So entwickelt sich jeder frühtraumatisierte

Was ist das eigentlich – Traumatherapie?

Mensch in individueller Weise anders als Kinder, die keinen Traumatisierungen ausgesetzt waren.

Der komplex Geschädigte *"funktioniert"* vielleicht dennoch viele Jahre mehr oder weniger gut. Irgendwann ist das psychische System mit den Aufgaben der Erwachsenenwelt überfordert, der Betroffene verzweifelt angesichts seiner quälenden Empfindungen und/oder Reaktionsweisen, die er oder sie sich zumeist kaum erklären kann.

Dies ist in der Regel Ausgangspunkt einer Psychotherapie.

Sofern Zusammenhänge zu schweren seelischen Belastungen in Kindheit oder Jugend immerhin vermutet werden und eine entsprechend motivierte oder spezialisierte Psychotherapeutin gesucht und gefunden wurde, steht im Blickpunkt einer TRAUMATHERAPIE zunächst **das gegenwärtige Leid** des Betroffenen. Es geht um Schwierigkeiten, sich befriedigend ins Alltagsleben einzubringen, um Ängste und emotionale Labilität, seelische Leere sowie schwerwiegend schädigende Kompensationsformen (Alkohol/Drogen, Aggressionen, Eßstörungen, Rückzug u.a.).

Angemessene Therapie nach frühen Traumatisierungen erfordert zeitweilig den größten Teil der alltäglichen Lebenskraft. **Erschöpfung, Trauer, Tränen, zeitweiliger sozialer Rückzug** sind darin legitime und notwendige Phasen (*dann also keine krankheitswertige "Depression"*). Eine vorrangige Orientierung der Therapie am "normalen Funktionieren" in Arbeitsleben, Schule bzw. Familie würde dem Heilungsprozeß nicht gerecht.

Grundlegend befriedigendere Lebensmöglichkeiten sind langfristiges Therapieziel. Jedoch müssen von Anfang an und im weiteren Verlauf der Traumatherapie immer neu **Zwischenlösungen** gefunden werden, die dem Betroffenen genügend seelische Stabilität geben, um sich überhaupt auf therapeutische Arbeit an den frühen Traumatisierungen einlassen zu können. Möglich wird dies alles **nur in kleinen Schritten**, denn einerseits rühren emotionale Labilität, Ängste und Hilflosigkeit her von den traumatisierenden Schädigungen, andererseits aber ist eine therapeutische Aufarbeitung solcher Traumafolgeschäden möglich erst bei einem **Mindestmaß an seelischer Stabilität im Alltag**. – Aus diesem Grund haben traumatherapeutische Fortschritte meist die Form: *"Zwei Schritte vor und einer zurück!"*

Verlässliche soziale Kontakte und befriedigende Alltagserfahrungen vermitteln Hoffnung auf ein selbstbestimmtes Leben jenseits von quälenden Traumaempfindungen. Betroffene sollten lernen, **daß sie nicht mehr Opfer sind und jetzt Verantwortung übernehmen können für sich selbst**. Dazu gehört,

Was ist das eigentlich – Traumatherapie?

eigene Bedürfnisse und konkrete Hilfebedürftigkeit anzuerkennen, entsprechende Entscheidungen zu treffen und legitime Forderungen an die Gesellschaft zu richten. (Zu ressourcen- und selbstbestimmungsorientierter Unterstützung nach Trauma siehe SPANGENBERG, HANTKE/GÖRGES und AMERING/SCHMOLKE.)

Gerade sehr engagierte Therapeutinnen geraten Traumaüberlebenden gegenüber nicht selten in eine Ersatzmutter-Funktion. Stabilität auf dieser Grundlage bedeutet jedoch **Abhängigkeit von der Therapeutin**. Obwohl eine solche kompensatorische Bindung zunächst meist beruhigend und entlastend wirkt, beeinträchtigt sie auf längere Sicht das wirkliche Heilewachsen *von innen her*.

Das Gleichgewicht des Überlebens

Natürliche seelische Selbstheilungskräfte haben im Laufe der Jahre traumatische Kompensationsformen und Schutzmechanismen mit allen anderen Lebenserfahrungen zu einem ganz individuellen Persönlichkeitssystem verknüpft. Auf diese Weise ist **Sicherheit** entstanden, eine Form von "**labiler Stabilität**", die dem Betroffenen bis zu diesem Zeitpunkt immerhin das seelische Überleben ermöglicht hat.

Traumatherapie bedeutet nicht zuletzt, dieses labile **Gleichgewicht des Überlebens** verändern zu wollen, das wir uns vorstellen können wie ein *Mobile* (*jenes Gebilde aus Stäben, Fäden und Gewichten, die vielfältig ausbalanciert sich im Luftzug drehen*). Bei den meisten traumatherapeutischen Ansätzen werden seelische Kräfte (**Ressourcen**) geweckt und gestärkt, wodurch sich das aus der Not entstandene Persönlichkeitssystem *von innen her* umwandeln und weiterentwickeln kann. Wie bei einem realen *Mobile im Windhauch* hat dabei jede punktuelle Veränderung Auswirkungen auf das gesamte System, – jedesmal geht zunächst ein Moment der bisherigen Stabilität verloren oder wird zumindest unsicher! Eine solche Gefährdung der bisherigen Lebens-Sicherheit weckt bei traumatisierten Menschen existenzielle Ängste und seelischen Widerstand. Sofort verstärken sich bestimmte Kompensationsmuster (z.B. Eßstörungen oder Selbstverletzungen). Solche Auswirkungen (auch auf soziale Kontakte, Arbeitsfähigkeit und Alltagsorganisation) sollten in der Therapie umgehend geklärt werden; meist müssen auch hierfür **Übergangslösungen** gefunden werden. (*Nicht selten brechen Betroffene eine Therapie an dieser Stelle ab und versuchen, weiterhin mit dem bisherigen "Gleichgewicht des Überlebens" auszukommen.*)

Nur Schritt für Schritt also kann zwischen Betroffener und Therapeutin Verständnis wachsen für das individuelle Persönlichkeitssystem, für die bisherigen Selbstheilungsversuche (d.h. Kompensationsmuster und

Was ist das eigentlich – Traumatherapie?

Selbstschutzfunktionen). **Erst jetzt**, wenn gesündere, gegenwartsbezogene Empfindungs- und Verhaltensweisen vorstellbar geworden sind (und ansatzweise auch schon erprobt werden konnten), kommen verstärkt die realen Traumatisierungen in Kindheit und Jugend ins Blickfeld der Therapie. – Es liegt auf der Hand, daß eine **verlässliche, vertrauensvolle therapeutische Beziehung** (*die allerdings erst im Verlauf des gegenseitigen Kennenlernens entsteht*) Voraussetzung ist für eine derart umfassende psychische Weiterentwicklung und Verwandlung! (GAHLEITNER)

Während der **Traumakonfrontation** wird es innerhalb des therapeutischen Schutzraums möglich, abgespaltene traumatische Erinnerungen und Empfindungen ins Bewußtsein zu holen. Im Unterschied zur damaligen Lebenssituation gibt es jetzt mit der Therapeutin oder dem Therapeuten ein Gegenüber, dem das Schlimme vermittelt werden kann. Die Therapeutin wird zum **solidarischen Mitmenschen**, wird zur **Zeugin** der traumatischen Erfahrungen – und sie stellt über ihre authentische Präsenz und mithilfe ihrer therapeutischen Erfahrungen und Methoden einen **Zusammenhang** her zwischen traumatischer Vergangenheit und nichttraumatischer Gegenwart. Die traumatischen Empfindungen und Erinnerungen werden auf diese Weise **integriert** in die Kontinuität des individuellen Lebens, sie werden Teil der "alltäglichen" Erinnerung. Auf diese Weise wird es der oder dem Betroffenen möglich, die schrecklichen Umstände **als Vergangenheit zu erkennen**, die sie oder er überlebt hat.

Es gibt übereinstimmende Erfahrungen bedeutender TraumatherapeutInnen, daß bei frühen Traumatisierungen ein umfassendes Wiedererleben der traumatischen Empfindungen nicht zweckmäßig ist und sich sogar retraumatisierend auswirken kann. Meist genügen punktuelle Traumakonfrontationen (mit bestimmten therapeutischen Methoden, **wobei jedoch die Betroffene selbst die Kontrolle behält über Maß und Dauer der aufdeckenden Arbeit!**). Jeweils anschließend wird innerhalb der verlässlichen therapeutischen Beziehung die Brücke geschlagen zwischen der bislang abgespaltenen traumatischen Erinnerung und der Gegenwart. Auf der Grundlage von (in der Therapie) neu entstandenen gesünderen, realitätsgerechteren Empfindungs- und Verhaltensmustern können eigene Schuld-, Scham- und Versagensgefühle umgewandelt werden in berechnete **Wut und Empörung** über die Schuld von TäterInnen sowie in **Solidarität** mit dem Opfer, das wir damals waren. Durch die traumatischen Erfahrungen entstandene **Vorurteile**, also verallgemeinerte Einschätzungen von Personen, Verhaltensweisen anderer Menschen oder sonstiger Alltagssituationen können jetzt revidiert werden (*theory of mind*). Bei ganzheitlichen und eher körperorientierten Therapiemethoden liegt ein besonderes Gewicht darauf, "blockierte/erstarrte Lebensenergie wieder zum Fließen zu bringen" (vgl. LEVINE,

Was ist das eigentlich – Traumatherapie?

BESEMS/VAN VUGT oder auch Möglichkeiten zur Körper- und Selbstwahrnehmung wie Atemtherapie, Wen Do, Tanz, Massage, Imaginationsübungen, Anthroposophische Kunsttherapie, Chi Gong u.a.).

Trauer über ungelebte und zerstörte Lebenszeit, über den Verrat von Zuneigung und Liebe kann oft erstmalig innerhalb der therapeutischen Beziehung empfunden und zugelassen werden. Auch die Frage nach dem **Sinn** des schlimmen Schicksals und des zukünftigen Lebens erfordert meist die authentische mitmenschliche Präsenz der Therapeutin/des Therapeuten.

Beim "*Heilewachsen*" verbinden sich in zunehmendem Maße weiterentwickelte Persönlichkeitsstrukturen, neue Empfindungsmöglichkeiten und Verhaltensmuster miteinander und werden zur Grundlage von Selbstbestimmung und Lebensfreude. Aber auch dies nicht von alleine: Noch längere Zeit bleibt für neue schwierige Situationen im Alltag (und bei Mißerfolgen oder sogenannten "Rückfällen") die achtsame Vermittlung im therapeutischen Gespräch nötig. Die Gewißheit, auf den therapeutischen Schutzraum zurückgreifen zu können, macht Mut zu neuen sozialen Erfahrungen. –

Psychotherapie bei Traumatisierungen in Kindheit und Jugend bedeutet nicht zuletzt einen umfassenden **Nachreifungsprozeß**, da die oder der Betroffene aufgrund der schlimmen Sozialisationsumstände zwar das "*Überleben*" gelernt hat, nicht jedoch **ein selbstbestimmtes, gegenwartsbezogenes und der Zukunft zugewandtes Leben!**

Die Therapeutin findet ihre Aufgabe in diesem Prozeß als *aufmerksame, achtungsvolle Begleiterin* – wie es ja auch dem altgriechischen Wortsinn (*therapeutéon, therapeutés*) entspricht.



© 2008 Mandy

STRUKTURELLE DISSOZIATION

(Dissoziation der Persönlichkeit)

Dissoziation als Traumafolge

Die Begriffe *(Psycho-)Trauma* und *traumatisch* werden mit einiger Selbstverständlichkeit in zwei unterschiedlichen Bedeutungen zugleich benutzt. Zum einen sind damit konkrete ("traumatische") Situationen bzw. Erfahrungen gemeint, die aufgrund ihrer extremen, für menschliches Leben unangemessenen Natur seelisch nicht "verdaut" werden können. Andererseits meint der Begriff *Trauma* (und dies ist sein ursprünglicher Sinn) **eine extreme Verwundung, die mit einer Diskontinuität einhergeht, einen Riß zwischen Selbst und Realität bewirkt**. Dieses innerseelische, psychische Geschehen wird als "(traumatische) Dissoziation" bezeichnet.

Jedoch hat auch der Begriff **Dissoziation** (in unserem Sinne)⁹ weitere Bedeutungen. Zum einen werden darunter symptomatische Folgen einer solchen seelischen Diskontinuität verstanden. Grundlegend aber ist **Dissoziation** eine natürliche, biologisch (neurophysiologisch) angelegte Fähigkeit der Psyche, durch die bestimmte eigene Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen, Handlungen oder Gedanken dem Bewußtsein unzugänglich bleiben: sie werden **abgespalten**. Dissoziative Reaktionen verhindern (bei uns allen) eine Überflutung des Bewußtseins mit Reizen und verbessern dadurch die Reaktionsmöglichkeiten des Individuums in schwierigen Situationen. – Die meisten Menschen ignorieren im Alltag unwillkürlich Eindrücke, die sie als unwichtig, störend oder überfordernd empfinden. In Belastungssituationen kennen viele von uns das Gefühl, äußerlich zu funktionieren, sich selbst aber kaum zu spüren. Dies alles sind Momente der **gesunden Alltagsdissoziation**.

Hohe Alltagsdissoziation äußert sich oft als Zerstreuung oder Vergeßlichkeit oder indem Routinewege/-handlungen nicht mehr bewußt wahrgenommen werden. Manche Menschen neigen zu Tagträumen oder werden beim Anschauen von Filmen so stark in die Handlung hineingesogen, daß sie Mühe haben, im Anschluß wieder in die Realität zurückzufinden.

Bei anderen wiederum ist die gesunde Alltagsdissoziation nur gering ausgeprägt. Sie sind immer voll da, bekommen auch alle belanglosen Einzelheiten einer Situation mit (ob sie wollen oder nicht). Häufig leiden sie deshalb gelegentlich unter Reizüberflutung. Sie können Geräusche in der Umgebung nicht ausblenden (z.B. das Ticken des Weckers oder ihre spielenden Kinder), nach Feierabend können sie nicht abschalten.

Kinder können meist noch besonders gut dissoziieren. Ihre traumverlorene Geistesabwesenheit versuchen Erwachsene oft zu unterbinden; im Kindesalter ist sie jedoch vermutlich nötig zur inneren Verarbeitung von Erfahrungen. Auch der

⁹ Der Begriff wird auch in anderen Fachdisziplinen verwendet.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Tunnelblick ist eine dissoziative Reaktionsweise, die bei vielen Kindern und Jugendlichen der inneren Distanzierung vor allem gegenüber vorwurfsvollen oder aggressiven Monologen von Erwachsenen dient.

Unter existenziell bedrohlichen Umständen, in denen wir unbedingt wirksam handeln müßten, dazu jedoch aus äußeren und/oder inneren Gründen nicht in der Lage sind (**Psychotraumatisierung**), kann Dissoziation zur vorrangigen seelischen Reaktionsmöglichkeit werden. Dies gilt in besonders hohem Maße bei Traumatisierungen in der Kindheit.

Bestimmte sehr belastende Aspekte der bedrohlichen Situation (Angst, Schmerz, Hilflosigkeit, extreme Verwirrung und Orientierungslosigkeit) werden dann durch Dissoziation mehr oder weniger vollständig vom Bewußtsein ferngehalten, damit das Leben weitergehen kann. (Verarbeitet sind sie dadurch allerdings nicht!)

Der bedeutende französische Psychiater **Pierre JANET** (1859-1947) beschäftigte sich als erster umfassend und systematisch mit dem Wesen von dissoziativer Desintegration und Fragmentierung des Bewußtseins im Zusammenhang mit traumatisierenden Lebensumständen. Zwischen 1880 und 1920 waren dissoziative Störungen anerkannte und häufig diskutierte psychiatrische Krankheitsbilder. Im 20. Jahrhundert wurden diese Forschungen weitgehend verdrängt durch psychoanalytische Entwicklungs- und Störungsmodelle.¹⁰ Erst die zunehmende Aufmerksamkeit für traumatisierte Soldaten, KZ-Überlebende, Opfer von Naturkatastrophen und technischen Unfällen, für die Folgen von Vergewaltigungen sowie für Kindsmißhandlungen und Inzest sowie aktuell die Situation von Flüchtlingen aus Bürgerkriegsregionen sowie zwangsprostituierten Frauen hat den durch Traumata verursachten dissoziativen Reaktionen wieder zu einem steigenden Maß an öffentlicher und fachlicher Aufmerksamkeit verholfen.¹¹

Dissoziation aufgrund von Psychotraumatisierung ist jedoch eigentlich nichts Krankes, sondern eine biologisch angelegte (gesunde) Schutz-Reaktion auf gravierende Störungen von außen! Traumatische Lebensumstände überlebt zu haben, setzt ein besonders hohes Maß an seelischer Funktionsfähigkeit voraus. Zum Problem wird allerdings, daß diese dissoziativen Verhaltens- und Empfindungsmuster zum nicht-traumatischen Alltag nicht passen.

¹⁰ Nach Janet hat der ungarische Arzt und Psychoanalytiker Sándor FERENCZI (1873–1933) als lange Zeit einziger das Phänomen der dissoziativen Störungen bei in der Kindheit traumatisierten Menschen erkannt und Möglichkeiten der therapeutischen Aufarbeitung erkundet. Damit wurde er zum Begründer der psychotraumatologischen Traumatherapie. Siehe die bei D+T publizierte Zusammenstellung aller Arbeiten Ferenczis zu diesem Thema: Sándor FERENCZI: INFANTIL-ANGRIFFE! ÜBER SEXUELLE GEWALT, TRAUMA UND DISSOZIATION (Berlin 2014) (kostenlos als pdf).

¹¹ Siehe hierzu umfassend im Literaturverzeichnis bei HERMAN, PUTNAM sowie HANTKE (1999). HANTKE (1999) referiert ausführlich Pierre Janets Erkenntnisse und Schlußfolgerungen nach den französischen Originaltexten.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Grundlegende dissoziative Symptome

Auf welche Weise werden traumatische Erfahrungen/Erinnerungen mithilfe von Dissoziation vom Bewußtsein ferngehalten bzw. kompensiert?

Dissoziative Abspaltung von Gedächtnisinhalten bedient sich bestimmter neurophysiologisch festgelegter Muster. **Insbesondere nach komplexen Traumatisierungen über längere Zeit verselbständigen sich diese und werden zu generellen Konfliktlösungsmustern auch im späteren Leben.** Vor allem solche relativ eindeutig beschreibbare psychische und somatoforme Phänomene haben als dissoziative Symptome bislang Eingang gefunden in die aktuellen Diagnosekataloge ICD-10 und DSM IV:

■ **Dissoziative Amnesie:**

Wenn Betroffene an bestimmte Situationen oder Lebensphasen (insbesondere der Kindheit) keine oder kaum Erinnerungen haben, liegt der Verdacht nahe, daß hier traumatische Erinnerungen abgespalten werden. – Hiervon zu unterscheiden ist die natürliche Kindheitsamnesie als Unfähigkeit von uns allen, uns an Umstände und Situationen etwa vor dem 3. Lebensjahr zu erinnern. Dies hängt zusammen mit dem erst nach diesem Lebensalter voll ausgebildeten kognitiv-sprachlichen *Expliziten Gedächtnis*.

■ **Derealisierung:**

Im Bereich der gesunden Alltagsdissoziation kennen wir Derealisierung als Fähigkeit, *die Ohren auf Durchzug zu schalten*, als Erfahrung, *situativ wie weggetreten zu sein* oder als *Tunnelblick* bei Übermüdung/Überforderung.

Wurde dissoziative Derealisierung als Reaktionsmuster zur Traumakompensation etabliert, erleben viele Betroffene auch im späteren Leben Konfliktsituationen (die selbst keine traumatisierende Wirkung haben müssen) oft *wie einen Film*. Sie haben das Gefühl, *es ist ein Traum, gleich wache ich auf!* oder *Das hat mit mir nichts zu tun!* – Bei der dissoziativen Derealisierung wird die Realität der Außenwelt ausgeblendet.

■ **Depersonalisierung:**

Hierbei wird die eigene leibliche/körperliche Realität ausgeblendet (abgespalten). Traumaüberlebende können sich oft durchgängig nicht mit ihrem eigenen Körper identifizieren. Nicht selten erkennen sie sich affektiv nicht im Spiegel, obwohl ihnen kognitiv durchaus klar ist, daß sie ihr eigenes Gesicht sehen. Vor allem betroffenen Kindern fällt es gelegentlich schwer, sich als gemeint zu fühlen, wenn sie angesprochen werden.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Traumatische Gewalt an sich selbst haben Betroffene oft erlebt, *als ob ich von weit weg auf die Szene schaue*, etwa vom Schrank oben hinunter auf das Bett, in dem das Schreckliche (jemand anderem!) geschieht.

■ **Immobilitätsreaktion**

Vergewaltigungsoffer werden oft argwöhnisch gefragt (und fragen sich selbst), wieso sie sich nicht gewehrt haben. In vertrauensvollen Gesprächen mit Betroffenen (sowie in einigen autobiografischen Veröffentlichungen) wird deutlich, daß dieser Passivität meist eine dissoziative Abspaltung der äußeren Realität oder/und der Realität des eigenen Leibs zugrundelag. Hinzu kommen kann in solchen Situationen die neurophysiologisch vorgegebene Immobilitätsreaktion, der sogenannte **Totstellreflex**, wie er auch bei Tieren zu finden ist. Ob und inwieweit die Immobilitätsreaktion neurophysiologisch als dissoziatives Muster zu verstehen ist, ist noch nicht restlos geklärt.¹²

■ **Dissoziative Fugue:**

Das plötzliche Weglaufen aus einer unerträglich belastenden Situation, verbunden mit amnestischen Ausfällen (Erinnerungsverlust), findet sich manchmal nach traumatisierenden Verkehrsunfällen und wird dann ggf. als Unfallflucht eingeschätzt. (*Mittlerweile wird dissoziative Fugue aber auch auf Rat von Verteidigern vorgeschoben, um eine reale Fahrerflucht zu decken.*)

Bei Betroffenen mit komplexen Traumafolgeschäden kommt es vor allem nach plötzlichem Hervorbrechen von traumatischen Erinnerungen (Empfindungen, Bildern) ins Bewußtsein (*Flashback*) manchmal zur dissoziativen Fugue. Auch das subjektive Empfinden, gefangen zu sein oder bedrängt zu werden (z.B. durch starken Entscheidungsdruck), kann zu dieser unwillkürlichen Reaktion führen. Grundlage ist dann wohl eine *Affektbrücke* zu einer abgespaltenen (nicht bewußten) traumatischen Erfahrung. – In realen gegenwärtigen Gefahrensituationen, wenn die Fluchtreaktion angemessen wäre, kommt es bei Traumaüberlebenden demgegenüber eher zu Depersonalisierung/Derealisierung bzw. zur Immobilitätsreaktion.

■ **Somatoforme Dissoziation:**

Störungen der Bewegung oder der Sinnesempfindungen ohne körperlich erkennbare Ursache, z.b. Lähmungen, Krämpfe, Schmerzunempfindlichkeit. (*Siehe das separate Kapitel hier weiter unten.*)

■ **Flashback (Erinnerungsblitz)**

Abgespaltene traumatische Erinnerungen (Bilder, Empfindungen) werden in bestimmten Situationen plötzlich ins Bewußtsein freigegeben. Solche *Positiv-*

¹² Siehe LEVINE, PEICHL.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Dissoziationen haben bei vielen Überlebenden von psychotraumatischen Erfahrungen einen hohen Stellenwert im Alltag. Insbesondere führt bereits **die Angst vor Flashbacks** zu weiteren dissoziativen Abspaltungen (*Negativ-Dissoziationen*) in Gegenwartssituationen bzw. zu verstärkten sekundären Kompensationen. (*Siehe auch im Folgenden.*)

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Identität ist nichts Statisches; sie ist ein Prozeß, der soziale Beziehungen und ihre Wahrnehmung beschreibt. Dies wird besonders relevant im Zusammenhang mit den Folgen von Psychotraumatisierungen. Als natürliche psychische Entwicklung können wir heutzutage verstehen, daß als Folge unterschiedlicher Entwicklungseinflüsse (darunter auch traumatisierender), individueller Erfahrungen und besonderer Neigungen *bei uns allen* verschiedene **Persönlichkeitsaspekte** entstanden sind, die bei günstigen Entwicklungsbedingungen weitgehend unauffällig miteinander kooperieren, die wir unter bestimmten Bedingungen jedoch als voneinander unterschiedene, widersprüchliche *Anteile* erleben.¹³

Traumaüberlebende erkennen im späteren Leben oft, wie sie in bestimmten Situationen unweigerlich, ohne etwas daran ändern zu können, ganz bestimmten Empfindungen, Einschätzungen oder Verhaltensweisen unterliegen. Weder sich selbst noch anderen können sie solche meist unangemessenen Reaktionen erklären. Psychoanalytisch orientierte Deutungen vermögen an ihrem scheinbar irrationalen Verhalten oder Empfinden meist ebensowenig zu ändern wie verhaltenstherapeutische Interventionen.

Hierbei wird es sich oft um Momente einer Strukturellen Dissoziation handeln, die entstehen können als Ausdifferenzierung und Manifestierung der natürlichen Persönlichkeitsaspekte. (*Hierbei handelt es sich zumeist noch nicht um selbständige Teilpersönlichkeiten im Sinne einer Multiplen Persönlichkeit; diese bedeutet erst die komplexeste Form der Strukturellen Dissoziation!*)

Zum Konzept der *Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit* liegen zum jetzigen Zeitpunkt erst wenige Forschungsergebnisse oder veröffentlichte Therapieerfahrungen vor; in den aktuellen psychiatrischen Diagnosekatalogen ist es noch nicht enthalten.¹⁴

¹³ Eine sehr empfehlenswerte Hilfestellung für Menschen ohne traumabedingte Schädigungen, aufmerksamer zu werden für ihre eigene innere Vielstimmigkeit, ist ein Buch des bekannten Kommunikationspsychologen Friedemann SCHULZ v. THUN: *Miteinander reden 3. Das "innere Team" und situationsgerechte Kommunikation* (Reinbek 1998)

¹⁴ Ich beziehe mich im folgenden vorrangig auf die grundlegenden Darstellungen der Psychotraumatologen Onno van der HART, Ellert R.S. NIJENHUIS und Kathy STEELE (2004, 2007, 2008, siehe in der Literaturliste) sowie eigene Erfahrungen mit Betroffenen.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Je nach dem Ausmaß der traumatischen Überforderung scheint das individuelle Bewußtseinssystem bestimmte dissoziative Reaktionsweisen als mehr oder weniger ausdifferenzierte Ausweichmöglichkeiten dauerhaft (also strukturell) zu etablieren, um traumatische Erfahrungen und Empfindungen isoliert, also nicht-integriert, zu speichern (d.h. abzuspalten) und sie auf diese Weise (zunächst) unschädlich zu machen.

NIJENHUIS ET AL. (2004) haben Forschungsergebnisse zusammengetragen, durch die ein erstes Verständnis für neurophysiologische Vorgänge beim Aufbau der entsprechenden dissoziierten Empfindungs- und Handlungsmuster möglich wird. Die kontinuierliche intrapsychische Interaktion mit den nicht-integrierten Traumaerinnerungen kann (in Form von **Konditionierungen**) zu ihrer weiteren Manifestierung beitragen.

Bereits 1919 beschreibt *Pierre JANET*, wie Betroffene ihre "*Fähigkeit (verlieren), neue Erfahrungen aufzunehmen, genau (...) als ob ihre Persönlichkeit endgültig an einer bestimmten Stelle angehalten hätte und sich nicht weiterentwickeln könnte, indem sie neue Elemente hinzufügt oder integriert*" (zit. nach *NIJENHUIS ET AL.*).

Aus Forschungen in anderem Zusammenhang ist bekannt, daß die neurophysiologische Organisation beim Menschen in vielen Bereichen abhängig ist von der individuellen Nutzung (*Neuronale Plastizität*). Auch dies macht plausibel, wenn eine im Zusammenhang mit psychotraumatischen Erfahrungen etablierte Strukturelle Dissoziation im späteren Leben grundlegendes Konfliktlösungsmuster bleibt und nicht einfach überwunden werden kann durch realitätsgerechtere Einschätzungen von Situationen.

Das von *Onno van der HART, Ellert R.S. NIJENHUIS* und *Kathy STEELE* entwickelte Modell der "Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit" ist – wie alle psychologisch-therapeutischen Konzeptionen – ein Modell, kein Abbild der Wirklichkeit. Es kann nützlich sein gerade im Anfangskontakt mit Betroffenen, jedoch können die hier vorgestellten Prinzipien von "ANP" und "EP" nicht die konkrete dialogische Erfahrung ersetzen. Die seelische Entwicklung nimmt auch bei Menschen mit traumatischer Dissoziation (inclusive DIS) individuelle Wege, ist kein Mechanismus.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Folgende Grade einer Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit lassen sich unterscheiden:

■ Bei der **Primären Strukturellen Dissoziation** entsteht die für die Strukturelle Dissoziation grundlegende Aufspaltung in zwei Persönlichkeitsaspekte (oder – anteile) mit grundsätzlich unterschiedlichen Aufgabenbereichen:

- 1.) Der **Emotionale Persönlichkeitsanteil** [EP] ist Träger von traumatischen Erinnerungen und Empfindungen. Innerhalb des [EP] werden im späteren Leben (durch bestimmte Auslöser/Trigger) entsprechende Empfindungen, Wahrnehmungen, Einschätzungen und Reaktionsweisen aktiviert, als ob die traumatische Realität Gegenwart wäre. Emotionale und leibliche Erinnerungsmomente aus anderen Situationen sowie Phantasieelemente können damit verbunden werden. Der Zugang zu realitätsgerechteren Erfahrungen, Einschätzungen und Handlungsmöglichkeiten ist bei dominantem [EP] oft versperrt.

- 2.) Der **Anscheinend Normale Persönlichkeitsanteil** [ANP] ist vor allem dadurch gekennzeichnet, daß er keine Erinnerung an Traumatisierungen hat (Amnesie) und nur in sehr beschränktem Ausmaß über ausdifferenzierte Empfindungen für sensorische, soziale und zwischenmenschliche Modalitäten verfügt.

Andererseits gelingt es Traumaüberlebenden mit sehr gut entwickeltem [ANP] oft über viele Jahre, ein sozial angepaßtes Leben zu führen, Kinder großzuziehen und im Berufsleben zu funktionieren.¹⁵

Der [ANP] darf nicht als gesunder Anteil mißverstanden werden! Es handelt sich auch hier um ein spezielles Überlebensmuster mit sehr eingeschränktem Handlungsspielraum, meist ohne authentische Spontaneität und Lebensfreude. Betroffene mit gut funktionierendem [ANP] empfinden ihren Alltag oft als durchgängig anstrengend; nicht selten klagen sie gewohnheitsmäßig: *"Das Leben ist hart"* oder: *"Der Sinn des Lebens scheint ja sowieso darin zu bestehen, es hinter sich zu bringen!"*

Wird der [ANP] von der Therapeutin/dem Therapeuten einseitig als Bündnispartner in Anspruch genommen, bedeutet das für diesen in jedemfall eine krasse Überforderung. Dies gilt in besonderem Maße für die Alltagspersönlichkeit (Gastgeberpersönlichkeit) bei Betroffenen mit DIS.

¹⁵ Siehe hierzu die Konzeptionen Günter AMMONS zum BORDERLINE-SYNDROM. Auch die Beschreibung einer "Als-Ob-Persönlichkeit" (H.DEUTSCH) bzw. des "blanden Borderline" (Ch. ROHDE-DACHSER) läßt sich auf dieser Grundlage gut erklären.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Je nach den individuellen Lebensumständen (Art der Trauma-Erfahrungen, amnestischen Barrieren, zeitnahen Kompensationsmöglichkeiten bzw. weiterer Lebensentwicklung) sind **EP** und **ANP** mehr oder weniger gut ausdifferenziert und verfügen über ein unterschiedliches Potential. Sie stehen in individuellem Verhältnis zueinander und werden im Lebensalltag in sehr verschiedener Weise aktiv. –

Überlebensfunktionen im Alltag einerseits und Schutz- und Verteidigungsreaktionen bei massiver Bedrohung andererseits sind natürliche, biologisch angelegte Systeme, die unter angemessenen Lebensbedingungen zweckmäßig miteinander kooperieren – beim Menschen wie beim Tier.

Auf Grundlage neurophysiologischer Forschungsergebnisse kommen *NIJENHUIS ET AL.* zu der Annahme, daß es diese beiden überlebenswichtigen *Aktionssysteme* sind, die sich als Folge von psychischen Traumatisierungen (insbesondere in der Kindheit) verselbständigen können:

Überlebensfunktionen im Alltag werden zum **ANP,**

Schutz- und Verteidigungsreaktionen bei massiver Bedrohung werden zum **EP.**

Durch die jetzt weitgehend voneinander isolierten (ehemaligen) *Aktionssysteme* (nunmehr: Persönlichkeitsanteile) ergeben sich im Laufe des späteren Lebens meist sehr unzuweckmäßige Mischungen von Empfindungen, Einschätzungen, Handlungen und Defiziten, die TherapeutInnen und PsychiaterInnen oft ebenso unverständlich bleiben wie den Betroffenen selbst. Diagnostisch werden Betroffene meist als *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* eingestuft. Auch *Angst- und Zwangsstörung* sowie *Depression* und *Bindungsstörung* sind typische Diagnosen.

Ist der traumatische Streß während der belastenden Lebenszeit weiter angestiegen (meist bei polytraumatischen Erfahrungen), bleibt es nicht bei dieser grundlegenden Form einer Strukturellen Dissoziation.

■ Bei der **Sekundären Strukturellen Dissoziation** differenziert sich der **EP** zu unterschiedlichen Empfindungs- und Verhaltensmustern, die in bestimmten Situationen dominant werden.

Häufig vorkommende funktionelle Anteile (Subsysteme/ Parts/ Ego States) sind:

***Besorgnis** – **Einfrieren/Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit)** –
Flucht – **Kampf** – **Unterwerfung.***

Möglich ist auch die Aufteilung des **EP**

in einen ***Erlebenden*** und einen ***Beobachtenden Anteil.***

Meiner Erfahrung nach ist daneben die Aufmerksamkeit für Parts in **unterschiedlichem Entwicklungsalter** zweckmäßig (deren Empfindungs- und

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Verhaltensrepertoire demjenigen von Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht).

Die Sekundäre Strukturelle Dissoziation findet sich vorrangig bei Betroffenen mit *K-PTBS (Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung/ DESNOS)* und *Borderline-Syndrom*. Vermutlich ließen sich (bei entsprechend nuancierter therapeutischer Unterstützung) die meisten individuell vorliegenden Symptome bei *K-PTBS* entsprechenden strukturell etablierten dissoziativen Parts zuordnen. (*Dissoziationsforscher schlagen seit langem vor, daß PTBS bzw. K-PTBS den dissoziativen Störungen zugeordnet wird.*)

Auch erleichtert es die therapeutische Unterstützung von Menschen mit der sogenannten *Borderline-Persönlichkeitsstörung* sowie den alltäglichen Kontakt mit ihnen im allgemeinen erheblich, wenn wir aufmerksam werden für derartige Persönlichkeitsanteile mit feststehendem Empfindungs- und Verhaltensrepertoire (sowie unterschiedlichem Entwicklungsalter).

■ Bei der **Tertiären Strukturellen Dissoziation** wird darüberhinaus auch der **ANP** ausdifferenziert (fragmentiert) im Hinblick auf einzelne Alltagsanforderungen (Alltagsfunktionen). – Dann besteht die Persönlichkeit der/des Betroffenen ausschließlich aus dissoziativen Persönlichkeitsanteilen (Ego States) mit relativ feststehenden Empfindungs-, Reaktions- und Verhaltensmustern.

Tertiäre Strukturelle Dissoziation findet sich bei *DIS (Multiple Persönlichkeit)* sowie bei den *Nicht Näher Bezeichneten Dissoziativen Störungen* (im englischen Original: *DDNOS*). Bei *DDNOS* handelt es sich in der Praxis wohl vorrangig um Menschen mit *Ego State Disorder (WATKINS, PEICHL; - auch dieses Konzept ist noch nicht übernommen worden in die Diagnosekataloge)*. Dabei liegen erkennbar verschiedene Persönlichkeitsanteile vor, doch werden sie nicht als völlig voneinander getrennt erlebt. Es existiert weiterhin eine Person mit relativ durchgängigem Ich-Bewußtsein. *Ego State Disorder* kommt wahrscheinlich häufig vor bei Trauma-Überlebenden, nur wird die Symptomatik bislang allermeist diagnostisch nicht erkannt bzw. auf andere Weise interpretiert. –

Bei Betroffenen mit **DIS** muß davon ausgegangen werden, daß sämtliche ausdifferenzierten Teilpersönlichkeiten, also auch die **Innenkinder**, dissoziative Parts im Sinne der Strukturellen Dissoziation sind. Bestimmte traumatische Erfahrungen, die in ihnen gespeichert sind, können erfahrungsgemäß nicht aufgearbeitet werden durch die (gewissermaßen stellvertretende) traumatherapeutische Arbeit mit einer vorgeblich erwachsenen Gastgeberpersönlichkeit, etwa im Sinne des bekannten *Inneres Kind*-Ansatzes.

Auch die grundlegenden dissoziativen Symptome (wie bereits erwähnt) bekommen bei Betroffenen mit **DIS** umfassendere Bedeutung. so können einzelne Teilpersönlichkeiten den "eigenen" Leib oder Verletzungen (die ihnen von Tätern zugefügt wurden) nicht erkennen oder nicht spüren.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Sarah, eine Betroffene mit DIS, beschreibt die alltägliche Realität des Dissoziierens folgendermaßen: "Ich springe zwischen den Welten, dem Innen und Außen. (...) Ich kann von Hoffnung sprechen, während im Innen die Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit mich bald aufgefressen zu haben scheint. (...) Dass nicht alle längst vor mir davon gelaufen sind, habe ich dem Spalten zu verdanken. Der Fähigkeit, von einer Minute auf die andere das Licht in mir ausknipsen zu lassen und nur noch als Abbild zu existieren, mit Gefühlen als Kopie, die ich abspulen lasse. (...)

Der Wunsch, mein Leben zu beenden, wird ohne Bruch abgelöst vom Gedanken an die Einkaufsliste für den Supermarkt." (Quelle und ©: DISS-TANZ Sonderausgabe 11/Okttober 2006)

Psychotraumatologie ist ein junges Forschungsgebiet, in dem die terminologischen Definitionen oft noch wenig trennscharf sind bzw. sich im Verlauf der letzten 10-20 Jahre im Zusammenhang mit neuen praktischen Erfahrungen oder theoretischen Erkenntnissen geändert haben. Bei neuen Veröffentlichungen beziehen AutorInnen sich ggf. auf unterschiedliche Grundlagen, ohne dies ausdrücklich zu vermerken. So kann es für LeserInnen zu Irritationen kommen. – Im Hinblick auf die Primäre, Sekundäre und Tertiäre Strukturelle Dissoziation beziehe ich mich ausdrücklich auf die in den Literaturhinweisen erwähnten grundlegenden Darstellungen von Onno van der HART, Ellert R.S. NIJENHUIS und Kathy STEELE.¹⁶

Strukturelle Dissoziation nach Rituellicher Gewalt / Mind Control

Nach schwerwiegenden Psychotraumatisierungen kann eine Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit entstehen als naturwüchsige Kompensation des psycho-somatischen Systems. Demgegenüber wird das Entstehen von dissoziativen Persönlichkeitsanteilen bei Opfern im Umkreis von *Organisierter/Rituellicher Gewalt* durch Folter und Täuschungen gezielt provoziert. Nicht selten zeigen sich dann verwirrend unüberschaubare innere Systeme, Untersysteme, Hierarchien, Regeln, Verbote, Konsequenzen, amnestische Blockaden. Im Zusammenhang damit entstehen eine Vielzahl von teilweise naturwüchsigen, teilweise täterinduzierten dissoziativen Symptomen. Das Überleben unter derart lebensfeindlichen Umständen erzwingt eine immer weitergehende neurophysiologische Ausdifferenzierung sowohl genuin (im Bemühen, sich besser an einzelne vorgegebene Situationen anzupassen) als auch in Auswirkung der täterinduzierten Konditionierung (inclusive Täterintrojekte). Hierbei werden auch die Grundformen von ANP und EP weiter ausdifferenziert,

¹⁶ Die vorliegende Darstellung des Aufsatzes wurde – in der Fassung VI.07 – von Prof. Dr. Onno van der HART durchgesehen (Brief v. 29.11.07).

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

zugleich entstehen Mischformen.¹⁷ – Die Konzeption der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit ist auch hier nützlich zum grundlegenden therapeutischen Verständnis entwicklungspsychologischer Zusammenhänge¹⁸, kommt jedoch an ihre Grenzen.

Strukturelle Dissoziation im späteren Leben

Eine Fülle von Möglichkeiten gibt es nicht nur beim WIE der traumabedingten Dissoziation, sondern auch darin, WAS jeweils *unschädlich gemacht*, also dissoziativ abgespalten wurde, – also welche Aspekte bestimmter Erfahrungen:

Erfahrungen setzen sich zusammen aus Bildern, Affekten/Emotionen, leiblichen Empfindungen, eigenem Verhalten und dem Wissen um situative Zusammenhänge (dem Sinn einer Situation). Solche Aspekte jeder Erfahrung werden bei uns allen in unterschiedlichen Bereichen des Hirns gespeichert und erinnert. Jedoch wird gewöhnlich ihr situativer Zusammenhang beibehalten; bedarfsweise kann die Erinnerung an die *Gesamtsituation* (mehr oder weniger nuanciert und fehlerbehaftet) reproduziert werden.

In Situationen, die individuell als existenzielle Bedrohung interpretiert werden, mobilisieren neurophysiologische Strukturen den Organismus zu **Kampf-** und/oder **Fluchtreaktionen**, die (grundsätzlich genauso wie bei Tieren) das Überleben sichern sollen. Zu diesen Reaktionsmustern gehört die **Fokussierung auf momentan bestehende Handlungsmöglichkeiten** und damit auch das dissoziative Abspalten von überfordernden Reizen, Bewußtseinsinhalten und Erfahrungsaspekten.

Konnte eine Bedrohungssituation nicht angemessen aufgelöst/verarbeitet werden (=Psychotraumatisierung), **bleiben diese Reaktionsmuster aktiviert; auch die Abspaltung von Gedächtnisinhalten bleibt im späteren (nicht traumatisierenden Leben) erhalten. Dabei können trauma-assoziierte Erfahrungsaspekte in ganz individueller Kombination abgespalten sein bzw.**

¹⁷ Bereits Frank W. Putnam beschrieb in seinem Standardwerk DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MULTIPLE PERSONALITY DISORDER (1989, deutsch Paderborn 2003) eine Vielzahl solcher Teilpersönlichkeiten (Anteile) unterschiedlicher Funktionen; – rituelle Gewalt und Mind Control war zu jener Zeit noch kein Therapiethema. – Durch "inverse Programmierung" (Gaby Breitenbach) entstehen Anteile, deren affektive Besetzung sich nur auf die Täterwelt bezieht.

¹⁸ Die Psychotherapeutin Alison MILLER bezieht sich in ihrer Arbeit mit Betroffenen von Rituellem Gewalt explizit auf den Ansatz der Strukturellen Dissoziation (*siehe in der Literaturliste*).

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

bewußt bleiben. Es kommt dann nicht zur Integration solcher Erfahrungen, sie werden nicht Teil der einheitlichen Lebensgeschichte.

Auch hier beeinträchtigen vielfältige Mischungen das Verständnis der oder des Betroffenen für sich selbst meist erheblich.

Traumabedingte Abspaltung kann sich im späteren (nicht traumatisierenden) Leben dazuhin auch als **positive oder intrusive Dissoziation** äußern. Dies können neben den bereits erwähnten Flashbacks auch zwanghafte "fixe Ideen" oder leibliche Empfindungen sein, die direkt oder indirekt (kompensativ) mit Traumaerinnerungen in Zusammenhang stehen. Zwangs- und Angststörungen können ebenso in diesen Zusammenhang gehören wie situative paranoide Impulse (übersteigertes und unrealistisches Mißtrauen). Alle leiblich (körperlich) erfahrbaren Momente werden **Somatoforme Dissoziation** genannt. (*Siehe hier in der Folge.*)

Beim Versuch einer psychosozialen/therapeutischen Unterstützung zu einem späteren Zeitpunkt müssen auf der Grundlage von Empathie, Geduld, Beharrlichkeit, Überblick und fachlicher Erfahrung Erinnerungsfetzen, Symptome (in Relation zu auslösenden Situationen), Vermutungen und spontane (gegenwärtige) Assoziationen und Empfindungen zusammengesetzt werden zu einem *Mosaikbild* – nicht vorrangig um Schuldige zu entlarven, sondern damit der Betroffenen ihre eigene Lebensgeschichte in zunehmendem Maße verfügbar wird – als Voraussetzung zum *Heilewachsen*.

Grundlegende dissoziative Symptome, Varianten der Strukturellen Dissoziation, die Möglichkeiten, einzelne Aspekte von Erfahrungen zu erinnern oder aber abzuspalten sowie Somatoforme und Positivdissoziationen – dies alles (noch in Verbindung mit sekundären Kompensationsformen und nicht zuletzt der **kreativen, gegenwarts- und zukunftsorientierten individuellen Entwicklung**) ergaben bei jeder und jedem Betroffenen mit komplexen Traumafolgeschäden eine ganz individuelle Weise, mit traumatischen Erinnerungen bzw. mit Konflikten und Streß im weiteren Leben umzugehen!

Äußerste Achtsamkeit auf solche individuellen Nuancen und Lebensmöglichkeiten sind deshalb Voraussetzung für die therapeutische Arbeit mit Traumaüberlebenden.

[Somatoforme Dissoziation](#)

Viele Traumabetroffene suchen, oft über Jahre, Hilfe wegen somatischer Beschwerden, die sich jedoch trotz aller Bemühungen der Ärzte einer diagnostischen Klärung entziehen. Meist werden die PatientInnen dann entlassen

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

mit dem Hinweis auf mutmaßlich "psychosomatische" Zusammenhänge. Es kann sich um traumabedingte Dissoziation im Bereich des Körpers handeln. Aspekte der leiblichen Empfindung können mehr oder weniger umfassend abgespalten werden (negative dissoziative Symptome) oder auch in verstärkter Weise ans Bewußtsein gehoben werden (positive dissoziative Symptome).¹⁹

■ Negative somatoforme Dissoziation

Anästhesie (Minderung oder Ausfall von: Wahrnehmung der Körperhaltung im Raum, Kontrolle von Bewegungen, Schmerzwahrnehmung, Seh-/Hörfähigkeit, Geruchs-/Geschmackssinn). Massive Selbstverletzungen können unter anderem in einer traumabedingten Abspaltung von Schmerzen begründet sein: dem Bedürfnis, die seelischen Schmerzen tatsächlich zu spüren.²⁰

Organische Anästhesie (Körperteile werden situativ oder dauerhaft als nicht zu einem selbst gehörig empfunden).²¹

Auch Anorexia nervosa oder sogar Nägelkauen könnten Ausdruck eines traumagenetischen leiblichen Fremdheitsgefühls sein, ebenso schwerwiegende Störungen des Körperbildes mit Amputationswünschen. Bei Überlebenden von Rituellicher Gewalt kann die seit der frühen Kindheit erlittene Folter dazu führen, daß leibliche Empfindungen umfassend abgespalten werden. Manche Betroffene empfinden ihren Leib auch nach Ende der traumatischen Gewalt als nicht oder kaum zu sich selbst gehörig, sie sind dauerhaft nicht in der Lage zu sprechen oder sich ihrer Gliedmaßen zu bedienen und können ggf. nur mithilfe von Gestützter Kommunikation (FC) kommunizieren. Fehldiagnosen liegen hier nahe.²²

■ Positive somatoforme Dissoziation

Mit traumatischen Erfahrungen in Zusammenhang stehende *Fixe Ideen* mit somatischen Auswirkungen (*Fixe Ideen* werden verstanden als Gedanken oder mentale Bilder, die übertriebene Proportionen annehmen und mit einem starken Affekt verbunden sind). Dies können Wahrnehmungsveränderungen sein, Schmerzsymptome, Tics und andere motorische Störungen.

¹⁹ Es gibt erst wenige Veröffentlichungen zu traumatherapeutischen Erfahrungen mit Somatoformer Dissoziation. Ich beziehe mich hier vorrangig auf das Standardwerk von Ellert R. S. NIJENHUIS: SOMATOFORME DISSOZIATION. PHÄNOMENE, MESSUNG UND THEORETISCHE ASPEKTE (Paderborn 2006). Einige Fallbeispiele stammen aus eigenen Erfahrungen mit Betroffenen.

²⁰ Gabi LUMMAS: VERSCHLOSSENE SEELE. ERFAHRUNGEN MIT SELBSTVERLETZUNGEN (Frankfurt/M. 1999); dies.: WER BIN ICH? ODER: DAS UNGLAUBLICHE (Berlin 2012) (*Letzteres eine Veröffentlichung von D+T, kostenlos als pdf*)

²¹ In der schamanischen Traumatherapie werden in diesem Zusammenhang "verlorene Gliedmaßen wieder eingefangen", vgl. Sandra INGERMAN: AUF DER SUCHE NACH DER VERLORENEN SEELE (München 1998).

²² RACHEL, KLAUS, MONI, LARS, HABIBA, BEN / LAURA: UNSER SIEG ÜBER DIE RITUELLE GEWALT (Berlin 2012) sowie die Folgeveröffentlichung RACHELS & BLUMEN / JANIK & FRANZI / LAURA & NURSE / ADELE ANTON: RITUELLE GEWALT, AUTISMUS UND MIND CONTROL – AUS UNSERER ERFAHRUNG (Berlin 2018) (*Veröffentlichung von D+T, kostenfrei als pdf*)

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Derartige Symptome können die ehemals erlittene traumatische Gewalt abbilden, jedoch auch Ausdruck eines Kompensationsversuchs sein. So kann krampfhafter Würgereiz auf frühere orale Vergewaltigung hinweisen, er kann aber auch (ebenso wie langanhaltender Räusperzwang) in Zusammenhang stehen mit der Situation eines ungeborgen aufgewachsenen traumatisierten Kindes, das sich noch im Erwachsenenalter über anhaltendes Räuspern, Husten oder Würgen Aufmerksamkeit zu verschaffen sucht wie ein aus dem Nest gefallenes Vögelchen.

Auch die Symptomatik von "Konversionsstörungen" einschließlich der dissoziativen Krampfanfälle läßt sich als somatoforme Dissoziation verstehen.

Multilaterale dissoziative Symptomatik

Bei vielen Veröffentlichungen zum Thema dissoziative Störungen liegt die Aufmerksamkeit zu sehr auf DIS (der "Multiplen Persönlichkeit"). Dissoziative Subsysteme äußern sich bei Betroffenen mit DIS personifiziert, also relativ eindeutig, was das Auffinden, Wiedererkennen und (theoretische wie praktische) Reflektieren über die entsprechenden Empfindungs- und Verhaltensweisen in gewisser Hinsicht erleichtert.

Demgegenüber gibt es wesentlich mehr Traumaüberlebende, die unter einer verwirrenden Vielfalt von individuell miteinander verflochtenen und interagierenden (jedoch nicht personifizierten) Traumafolgesymptomen leiden, was mit dem sogenannten *gesunden Menschenverstand* nicht mehr nachvollziehbar ist und von den Betroffenen meist kaum vermittelt werden kann. Hier angemessene therapeutische Aufmerksamkeit und Unterstützung für die nötige Klärung und schrittweise Aufarbeitung zu finden, ist noch immer schwer.

Einige, nach meinem Eindruck typische, Konstellationen dieser "multilateralen dissoziativen Symptomatik" (mein Begriff) möchte ich nachfolgend skizzieren.

■ Nicht selten haben Traumaüberlebende bis ins 30. oder 40. Lebensjahr allenfalls eine Ahnung von irgendwelchen schlimmen Vorkommnissen in der Kindheit. Wenn dann aber die eigenen Kinder aus dem Haus sind oder die Betroffenen arbeitslos werden, fehlt dem dominierenden ANP jede Orientierung – und plötzlich brechen in dem bislang weitgehend weggedrückten EP bewahrte

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Panikattacken, Alpträume, unerklärliche körperliche Beschwerden und andere traumabezogene Empfindungen und Erinnerungen hervor.

■ Andere Betroffene können detailliert von schlimmsten Lebensumständen in der Kindheit berichten, ohne daß es ihnen etwas auszumachen scheint. Dennoch suchen sie therapeutische Hilfe, eventuell wegen Alkohol-/Drogenproblemen, wegen beschämenden Überreaktionen in Beziehungskonflikten oder wegen einer chronischen Getriebenheit und Ruhelosigkeit, die sie sich nicht erklären können.

■ Ein **[ANP]** kann sich im Sinne einer fassadenhaften Souveränität und Brillanz in bestimmten Kompetenzen sowie in Alltagskontakten perfektionieren. Es entwickelt sich eine Art *Falsches Selbst* (WINNICOTT, GRUEN, AMMON), das in unserer sozialen Normalität meist problemlos Bestätigung finden wird. Sucht die oder der Betroffene später ernsthaft Hilfe wegen der parallel dazu vorhandenen quälenden Symptome (im **[EP]**), wird es ihr oder ihm auch im therapeutischen Kontakt (oder in Selbsthilfegruppen) kaum mehr möglich sein, auf den fassadenhaften Habitus zu verzichten. Versucht die Betroffene dennoch, über schlimme Empfindungen und andere Symptome zu sprechen, ist ihr der Mund wie versperrt. Es geht einfach nicht.

Wenn sie Pech haben, werden Traumaüberlebende mit einem derart perfektionierten **[ANP]** irgendwann als *Schizoide Persönlichkeit* fehldiagnostiziert (falls sie durchgängig kaum affektive Regungen zeigen) oder als *Narzißtische Persönlichkeit* (falls ihre Priorität eher auf dem äußerlichen Glänzen und Funktionieren liegt).

■ Andererseits kann bei unzweifelbar vorhandenen schweren *narzißtischen Störungen* das Unterscheiden verschiedener dissoziativer Parts Ansatzpunkte liefern für die therapeutische Arbeit.

■ Wieder andere Traumaüberlebende laufen wegen körperlichen Beschwerden (oft Kopfschmerzen, Unterleibs- und Rückenschmerzen oder chronische Schlaflosigkeit) von Arzt zu Arzt, ohne daß eine organische Ursache gefunden wird. (*Somatoforme Dissoziation!*)

■ "Der Konflikt zwischen Annäherung und Vermeidung, den ein [traumatisiertes] Kind in jedem Fall nicht lösen kann, bewirkt eine strukturelle Dissoziation im Bindungs- und im Verteidigungssystem. (...) Es ist (...) möglich, daß der **[ANP]** ein vermeidendes Bindungsverhalten zeigt und der **[EP]** sekundär dissoziiert ist in einen Anteil, der das Bindungssystem und einen Anteil, der das Verteidigungssystem darstellt. Die dissoziierten Persönlichkeitsanteile, die

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Bindung vermeiden, zeigen eine *Bindungsphobie* und die Persönlichkeitsanteile, die das Bindungsbedürfnis befriedigen, eine *Phobie vor emotionalem Verlust*." (NIJENHUIS ET AL., S.58)

Kaum besser zu formulieren, beschreibt dies eine typische Beziehungsdynamik bei Betroffenen mit *Borderline-Syndrom*!

■ Nicht untypisch ist wohl auch die folgende Reaktionskette: Eine belastende Situation im Arbeitsleben weckt im **EP** einer Betroffenen traumatische Ängste. Umgehend kommt es zur Derealisation (das aktuell bedrohlich Scheinende wird nicht mehr wahrgenommen) sowie zur Depersonalisierung (die Betroffene fühlt sich selbst kaum noch anwesend in der Situation). Die Betroffene ist dadurch in der Lage, ihrer Arbeitsaufgabe weiterhin nachzukommen (**ANP**) – allerdings funktioniert sie weitgehend nur noch *wie ein Automat*. –

Nach Feierabend kippt das Verhältnis zwischen **EP** und **ANP**, plötzlich brechen unaufhaltsam traumatische Assoziationen und Ängste hervor, die Betroffene muß auf sekundäre Kompensationsformen zurückgreifen (Alkohol, Selbstverletzungen, Eßstörungen u.a.) und läßt sich unter einem Vorwand krankschreiben – denn die tatsächlichen Zusammenhänge versteht sie meist selbst nicht bzw. wie sollte sie sowas irgendjemandem erzählen?!

Eine derartige **zeitverschobene Aktivierung** des **EP** kann unter besonderen Umständen Tage oder Wochen auf sich warten lassen, – nämlich bis entsprechende soziale und psychische Rahmenbedingungen die innere Umgewichtung ermöglichen oder fordern.²³

(Wenn die Betroffene Pech hat, denkt ein mit diesem Selbst-Erleben konfrontierter Psychiater oder Psychotherapeut an eine "*paranoid-halluzinatorische Episode bei Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis*".)

■ Ein Persönlichkeitsanteil kann die Funktion haben, möglichst jede alltägliche Situation beobachtend wahrzunehmen – in der irrigen Vorstellung, die Umwelt dadurch unter Kontrolle zu haben. Hierbei überwiegt dissoziative Derealisation/Depersonalisierung. – Ein solcher Anteil ist manchmal (jedoch nicht immer) identisch mit dem *Inneren Beobachter*, der allen Anteilen gegenüber gleichermaßen neutral ist und vor allem bei Betroffenen mit DIS therapeutisch große Bedeutung haben kann.

■ Grundlage für *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen (K-PTBS)* und entsprechend umfassende dissoziative Symptomatik sind meist **Polytraumatisierungen in der Kindheit**. Das bedeutet, in verschiedenen kindlichen Entwicklungsstadien kam es – meist in unterschiedlicher Weise – zu

²³ Dank an D.W. für diese Fallvignette!

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

traumatisierenden Umständen. (Beispielsweise schwere Erkrankung im Säuglingsalter ohne hinreichende Fürsorge von Bezugspersonen – nacheinander verschiedene Heimstationen und/oder Pflegefamilien mit unterschiedlichen Übergriffen – im Jugendalter eine Vergewaltigung. Oder auch Organisierte/Rituelle Gewalt.)

Es ist plausibel, wenn bei einem derartigen Schicksal einzelne Subsysteme des **EP** Traumaerinnerungen bewahren, **die einem bestimmten kindlichen Lebensalter zugeordnet sind**. In Subsystemen des **ANP** können die dazu komplementären Handlungsmuster ausgebildet sein, um jeweils alltägliche Normalität wiederherzustellen. Empfindungs- und Reaktionsweisen der oder des Betroffenen werden dann je nach situativem Auslöser ggf. wie diejenigen eines Kindes oder Jugendlichen ausfallen. Wenn Außenstehende ganz selbstverständlich *vernünftiges* Verhalten des *erwachsenen* Gegenübers voraussetzen und fordern bzw. *widersprüchliches* Verhalten kritisieren, führt das oft zu weiterer Orientierungslosigkeit, zu neuen Ängsten. – In besonderem Maße findet sich dieser Teufelskreis bei Menschen mit *Borderline-Syndrom*.

■ Es gibt Betroffene, die über Jahre an quälenden Alpträumen leiden, ohne diese in irgendeiner Weise mit der eigenen Lebensgeschichte in Verbindung bringen können.

■ Bindungen zu Bezugspersonen sind für Kinder überlebenswichtig. Werden jene durch traumatisierende Übergriffe zu Tätern, spaltet das betroffene Kind oft den Kontakt zur weiterhin unverzichtbaren Bezugsperson von der Wahrnehmung des Täters als Quelle von Angst und Leid. Es bilden sich entsprechende Subsysteme von **EP** und **ANP**, darunter oft auch täteridentifizierte Parts (die Handlungen und Urteile des Täters/der Täterin verinnerlicht haben, z.B.: "*Es geschieht mir ganz recht, ich bin ja nur Dreck!*"). (Siehe hierzu bei PEICHL.)

In späteren Beziehungskontakten nehmen solche Betroffenen auf der Grundlage dieser strukturell verankerten Subsysteme/Persönlichkeitsanteile oft durchgängig eine entsprechende **Opfer- oder Täterrolle** ein. Das abrupte *Kippen* von einer in die andere Rolle findet sich häufig bei Menschen mit *Narzißtischer Persönlichkeit* sowie *Borderline-Syndrom*. (*Vergleiche die gängige Zuschreibung bei Betreuungspersonal von psychiatrischen Stationen: "Borderliner wollen nur das Team spalten!"*) –

Die Betroffenen verhalten sich in Konfliktsituationen so, wie es während der Zeit der Traumatisierung zweckmäßig erschien, um ihr Leid zu verringern, oder sie werden selbst zum Täter/zur Täterin (oft an eigenen Kindern). Sowohl Opfer- als auch Täteridentifizierung kann zu *Suizidgedanken und -handlungen* führen.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

(Innerhalb der psychoanalytischen Tradition kommt die *Opfer/Täter-Spaltung* vor unter den Begriffen *Identifikation mit dem Aggressor* bzw. *Wiederholungszwang*.)²⁴

Im allgemeinen finden Menschen mit diesen dissoziativen Mustern leicht entsprechende BeziehungspartnerInnen, meist ebenfalls Traumaüberlebende, die dazu die komplementäre Rolle einnehmen. Dann entstehen komplizierte und destruktive *Haß-Liebe-Beziehungen*.

■ Häufig leben Betroffene in Beziehungen, die von TherapeutInnen manchmal als *symbiotisch* bezeichnet werden. Wenn sie aufgrund ihrer umfassenden Dissoziation selbst keine oder kaum affektive Regungen in sich aktivieren können, haben sie auf diese Weise immerhin an den Gefühlen anderer teil. Diese Kompensationsform kann sich *konsumistisch* oder eher *voyeuristisch* äußern, aber auch als *Unterwerfung unter die Intentionen des Anderen* – oder als Mischung aus alledem.

In therapeutischen Beziehungen ist die Motivation von KlientInnen mit dissoziativen Störungen wohl nicht selten in besonders hohem Maße mitbestimmt vom natürlichen Bedürfnis nach realem beziehungsmaßigem Erleben. Von Dissoziation ist beim dann dominanten Subsystem natürlich nichts zu erkennen.

■ Der systemische Familientherapeut *R.C. SCHWARTZ* beschreibt seine Erfahrung, daß Persönlichkeitsanteile ggf. intrapsychisch in ähnlicher Weise miteinander agieren, wie es reale Familienmitglieder tun. – Seine daraus entstandene therapeutische Methode wird bereits angewandt bei KlientInnen mit Eßstörungen und sexuellen Traumatisierungen.

■ **Sekundäre Kompensationsformen** wie *Sucht (im weitesten Sinne), Eßstörungen, Selbstverletzungen, Zwänge, dysfunktionale Beziehungsformen (u.a.)* sind bei Betroffenen mit komplexen posttraumatischen Störungen vermutlich als Subsysteme innerhalb der Strukturellen Dissoziation organisiert und lassen sich dann mit Sicherheit nicht auflösen durch symptomorientierte Therapie. – *Depressive Empfinden*, selbst langanhaltende depressive Phasen (oft als *endogene Depression* eingeschätzt) könnten, zumindest in Einzelfällen, generalisierte dissoziative Abspaltungen darstellen. Gar nicht so selten gibt es innerhalb des **EP** ein Subsystem, das auf stärkere seelische Belastungen im Alltag umgehend mit *Suizidgedanken oder -versuchen* reagiert.

Sekundäre Kompensationsformen dienen bei Traumaüberlebenden wohl größtenteils der Abwehr oder Kompensation von dissoziativen Symptomen. Von qualvollen traumatischen Erinnerungen/Empfindungen wird abgelenkt oder sie werden überdeckt. Auch die inhaltslose *Angst vor der Angst* kann ein konditionierter Reflex sein, um Erinnerungen an ängstigende Erfahrungen zu vermeiden. – Solche sekundären Kompensationsformen dienen oft auch zur Überwindung von dissoziativer Leere und Empfindungslosigkeit. Dann bedeuten sie den Versuch, sich selbst wahrzunehmen, den eigenen Körper zu spüren. Gerade Selbstverletzungen gelten als

²⁴ Siehe schon bei Sándor FERENCZI.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

wirksamstes Mittel überhaupt, um dissoziative Depersonalisierung aufzulösen – und damit nicht selten einem akut suizidalen Menschen wieder ein Gefühl für sein Leben zu vermitteln (*SACHSSE*) !

■ Auch Sprechblockaden wie **Mutismus** oder **Stottern** können symptomatischer Ausdruck eines dissoziativen Subsystems sein. (Allerdings kann es auch andere Gründe dafür geben.) Gerade das nur situative Verstummen beim selektiven Mutismus wird in diesem Zusammenhang plausibel. (Siehe den Text "Mutismus als Traumafolge" hier im zweiten Teil.)

Problem Diagnosen

Mit angemessener fachlicher Unterstützung ist es möglich, auch im Erwachsenenalter die symptomatischen Folgen von Psychotraumatisierungen weitgehend zu überwinden, allerdings setzt die Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten bei den Betroffenen ein hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit voraus. – Noch immer gibt es TherapeutInnen und PsychiaterInnen, die (bewußt oder unbewußt) einen großen Bogen machen vor allem um die Realität von Psychotraumatisierungen im Kindesalter. In der eigenen Ausbildung kam Psychotraumatologie zumeist nicht vor; – die angemessene therapeutische Betreuung setzt neben speziellen Kenntnissen wohl auch eine besondere Sensibilität voraus; – darüber hinaus rührt gerade dieses Thema an tiefverwurzelte gesellschaftliche Tabus. (*Mit einer umfassenden Medienkampagne wird seit einiger Zeit versucht, wieder ins Bewußtsein tretende Erinnerungen an traumatische Erfahrungen grundsätzlich in Zweifel zu ziehen; - vgl. dagegen SCHALLECK.*) Aber auch TherapeutInnen, die grundsätzlich bereit sind, sich auf traumatisierte KlientInnen einzulassen, gehen – je nach der eigenen Ausbildung und Arbeitsweise und dem individuellen Menschenbild – unterschiedlich um mit dieser Aufgabe.

Zur Erklärung von dissoziativen Störungen wurden zunächst psychoanalytische Modelle herangezogen (*Hysterische Neurose, Konversionsstörung*). Auch die aktuellen psychiatrischen Diagnosekataloge ICD-10 und DSM IV sind – in unterschiedlicher Weise – mitbestimmt durch die traditionelle Orientierung auf ein "Entkoppeln von seelischen und körperlichen Funktionen" (*MÖLLER/LAUX/DEISTER*). Dadurch werden Symptome einer traumabedingten Dissoziation dort (und entsprechend in der diagnostischen und therapeutischen Praxis) teilweise nicht angemessen berücksichtigt bzw. unterschiedlichen Zusammenhängen zugeordnet. Auch die Vielzahl der sogenannten *Persönlichkeitsstörungen* bietet sich an, um dissoziative Symptome, die als solche nicht erkannt wurden, diagnostisch zu entsorgen. Nicht selten

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

kommt es zu verhaltenstherapeutischen Interventionsversuchen (wegen *Soziophobie* oder *Agoraphobie*) oder zur Verabreichung von Antidepressiva (statt Psychotherapie). Bestimmte Formen dissoziativer Symptomatik werden häufig fehldiagnostiziert als psychotische Erkrankungen. –

*(Es gibt Anlaß zur Hoffnung, daß es im Laufe des nächsten Jahrzehnts in dem erst jungen Fachbereich Psychotraumatologie zu einer gewissen begrifflichen und konzeptionellen Klärung und Vereinheitlichung kommen wird, die sich über kurz oder lang auch in den offiziellen Diagnosehandbüchern niederschlagen wird.)*²⁵

Eine ökonomisch bedingte gesundheitspolitische Problematik kommt hinzu. –

Es gibt bekanntlich (nicht nur im Gesundheitswesen) eine starke Tendenz, fachliche Leistungen möglichst detailliert zu erfassen, um sie damit kontrollierbarer und bewertbarer zu machen für den finanziellen Leistungsträger. In diesem Zusammenhang ist auch die zunehmende **Symptomorientiertheit** bei der Beschreibung von psychischen Störungen zu sehen, wie sie in den Diagnosekatalogen ICD-10 (in Deutschland obligatorisch) und DSM IV deutlich wird.

Psychiater und Psychotherapeuten müssen sich bei Diagnosestellung aus einer feststehenden Klassifikation diejenigen Störungsbilder herausuchen, die am ehesten auf einen individuellen Klienten zutreffen. Die vorgegebenen diagnostischen Beschreibungen orientieren sich mittlerweile nahezu ausschließlich an phänomenologischen Kriterien: *Was macht oder kann der Patient, was nicht?* – Lebensgeschichtliche Ursachen und Zusammenhänge zu anderen Symptomen interessieren nur ausnahmsweise.

Ebenfalls ohne Bezug zur individuellen Lebensgeschichte, ausschließlich über ihre Klassifikationsnummer, wird diese Blütenlese aus dem ICD-10 für die Krankenkasse zur Grundlage ihrer finanziellen Leistung. Die diagnostische Festschreibung wird in Epikrisen und Arztbriefen dokumentiert und weitergegeben, - so lange, bis jemand sich für eine andere Klassifikation entscheidet, zumindest als *Verdachtsdiagnose*. Für umfassendere und individuellere Einschätzungen gibt es formal keine Notwendigkeit – und auch keine (bezahlte) Zeit.²⁶

Es ist plausibel, daß bei einer derartigen Praxis (*die jedoch von nicht wenigen ÄrztInnen seit Jahren vehement kritisiert wird!*) das Augenmerk auf die **unteilbare Ganzheit des Individuums** nicht gefördert wird, wie sie im Verlauf

²⁵ Vgl. hierzu SACK/SACHSSE/SHELLONG.

²⁶ Dazu kommt eine taktische Überlegung: Zeigt sich die *Änderung* einer Diagnose später als irrig, kann der betreffende Arzt leichter haftbar gemacht werden als derjenige, der die Erstdiagnose gestellt hat: es lag ja eine zutreffende(re) Diagnose bereits vor. Schon aus diesem Grund ist es schwer, als Patient die Revidierung einer Diagnosestellung durchzusetzen.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

des Lebens (aus Entwicklungsmöglichkeiten und -defiziten, inneren Ressourcen, Verlusten, persönlichen Werten und Zielen) entstanden ist.²⁷

Unterstützung und Hilfe nach Psychotraumatisierungen ist ohne eine solche Achtsamkeit für die Komplexität der individuellen Entwicklung nicht möglich.

Dissoziative Störungen sind tatsächlich nicht leicht zu erkennen!

Dafür gibt es verschiedene Gründe:

- > Traumaüberlebende sind sich ihrer dissoziativen Symptomatik manchmal kaum bewußt, insbesondere, wenn sie sich selbst nie anders erlebt haben.
- > Oft leiden KlientInnen vorrangig unter den Folgen von sekundären Kompensationsformen und suchen ausdrücklich deswegen Hilfe.
- > Betroffene schämen sich wegen ihrer irrational anmutenden Empfindungen und Reaktionsweisen; es fällt ihnen schwer, diese sprachlich zu vermitteln. Oft haben sie Angst, *verrückt zu werden*. (TherapeutInnen sollten dissoziative Symptome gezielt erfragen.)
- > Traumaüberlebende haben fast ausnahmslos erhebliche Schwierigkeiten, sich anderen Menschen anzuvertrauen. Meist versuchen sie, in sozialen Situationen unbedingt die Kontrolle zu behalten. Dazu paßt es nicht, sich zu derart diffusen Problemen zu bekennen.
- > Es ist vom bloßen Augenschein her oft keineswegs zu erkennen, daß jemand in einer bestimmten Situation dissoziiert (ist). Menschen mit Struktureller Dissoziation verfügen meist zumindest über einen Persönlichkeitsanteil (ANP) mit einem gewissen Spektrum an üblichen kommunikativen, beziehungsorientierten Signalen. Wer dann nach dem fast schon sprichwörtlichen *Tunnelblick* Ausschau hält, kann lange suchen! (Jedoch bedeutet die Aktivität dieses Parts nicht etwa *Therapieverweigerung*. Die/der Betroffene ist – therapeutische Auflösung vorbehalten – dem Vorgang ebenso unterworfen wie allen anderen dissoziativen Symptomen!)
- > Auch wenn ein entsprechender Part bei den Gefühlen anderer (oder bei der therapeutischen Motivation der Therapeutin!) mitlebt (wie bereits beschrieben), läßt sich die dissoziative Funktion für das Gegenüber zunächst kaum wahrnehmen.
- > Noch immer gehören selbst die grundlegenden Erkenntnisse der Psychotraumatologie nicht zum Curriculum der psychiatrischen Facharztausbildung (*siehe z.B. in dem anerkannten und didaktisch gut gemachten Lehrbuch von MÖLLER/LAUX/DEISTER*) bzw. konventioneller psycho-

²⁷ Bei den konzeptionellen Vorarbeiten zum neuen ICD 11 ist erfreulicherweise zunehmende Aufmerksamkeit für integrative Diagnose-Modelle zu erkennen! (Vgl. AMERING/SCHMOLKE). Siehe auch die Arbeiten des schweizer Psychiaters Daniel HELL sowie Johanna HERZOG-DÜRCKs "Personale Psychotherapie" (Auswahlveröffentlichung bei A+C, siehe Aufsatz hier im zweiten Teil).

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

therapeutischer Ausbildungsgänge. Psychotraumatologische Weiter- und Fortbildung wird jedoch von etlichen darauf spezialisierten Instituten angeboten.

Dissoziationsstop und Therapie

Besonders zu schaffen macht Traumaüberlebenden im Alltag, wenn durch oft harmlose **Auslöser** (z.B. Geruch, Musik, Gegenstände, dunkler Weg, Aufzugkabine, CT-Röhre, Aussehen/Blicke/Verhaltensweisen anderer Menschen) abgespaltene traumatische Empfindungen wie Panik und existenzielle Hilflosigkeit, manchmal in Verbindung mit konkreten Erinnerungen, plötzlich aktiviert werden (**Flashback**). Grundsätzlich kann jedes Gefühl traumatische Ängste oder Erinnerungen auslösen; häufige Anlässe sind auch Anfang oder Ende einer Beziehung, Tod eines Angehörigen, aktuelle (sexuelle) Gewalt/Grenzüberschreitung, zwischenmenschliche Konflikte, unübersichtliche Menschenansammlungen, bestimmte Fernsehsendungen sowie jede andere Form von Streß.

Die oder der Betroffene steckt dann emotional in der damaligen Situation fest (**EP**) und kann sich aus diesem Empfinden oft nicht aus eigenem Willen befreien.

Hier können andere Menschen Ersthilfe leisten, indem sie versuchen, den **ANP der oder des Betroffenen zu aktivieren.** Sie können:

- > von den inneren Vorgängen ablenken,
- > hinlenken auf die Wahrnehmung der Gegenwart (Ort, Uhrzeit, Gegenstände im Raum),
- > dem Betroffenen vorschlagen, sich zu bewegen oder sich in den Arm zu kneifen,
- > ihn eventuell halten (*aber zuerst fragen!*),
- > nach alltäglichen Umständen erkundigen,
- > vorschlagen, die belastenden Empfindungen/Erinnerungen "*erstmal wegzupacken wie in einen Tresor*" – um ihn baldmöglichst mit der Therapeutin (so vorhanden) zu besprechen,
- > die Betroffene ermuntern, laut zu sagen: "Ich bin jetzt in Sicherheit!"

Voraussetzung für jede Form von Unterstützung (ob beziehungsorientierte Ersthilfe durch FreundInnen bzw. SozialarbeiterInnen, verhaltenstherapeutisches Skill-Training oder Traumatherapie) ist, daß die augenblicklichen schlimmen Empfindungen auch von der HelferIn vorbehaltlos ernstgenommen werden. – Methoden zum Dissoziationsstop (wie die hier genannten) sind also keine beschwichtigende *Ablenkungsmanöver*. (Im übrigen kommt es bei Flashback nicht

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

selten zu einer zeitverschobenen Aktivierung im Bereich des EP, wie weiter vorne beschrieben.)

Auch zuverlässige situative Ersthilfe über längere Zeiträume ersetzt keine Traumatherapie!

Dissoziative Symptomatik (im hier gemeinten Sinne) ist Bestandteil *Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS)*. Der angemessene therapeutische Umgang mit ihnen setzt theoretische und praktische Erfahrungen mit grundlegenden traumatherapeutischen Prinzipien voraus. Er sollte eingebunden sein in ein entsprechendes psychotraumatologisch orientiertes Therapiekonzept.

Jedoch nur aus den individuellen lebensgeschichtlichen Umständen heraus lassen sich im Verlauf einer kontinuierlichen, zunehmend vertrauensvollen therapeutischen Beziehung symptomatische Folgen nachvollziehen und Schritt für Schritt überwinden.²⁸

²⁸ Siehe auch JANTZEN / LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. (Berlin 1996)



"Magersucht – Bulimie" © Mandy

BORDERLINE-SYNDROM

(Borderline-Persönlichkeitsstörung,

Emotional instabile Persönlichkeit - Typ Borderline)

Wie entsteht das Borderline-Syndrom ?

Zu unseren natürlichen Entwicklungsschritten gehört es, als Kleinkind auch mit unangenehmen Situationen und Empfindungen umgehen zu lernen. Dies gelingt umso besser, je **verlässlicher** unsere Orientierung an erwachsenen Bezugspersonen und im täglichen Leben ist. In diesem Fall entwickelt sich beim Kleinkind ein grundsätzliches **Vertrauen**, daß auch schlimme Gefühle sich verändern, - "*daß alles wieder gut werden kann*".

Es ist aber möglich, aufgrund unterschiedlichster Umstände, daß ein kleines Kind ein derartiges **Urvertrauen** wenig oder kaum entwickeln konnte. Gründe hierfür können in der Persönlichkeit der Mutter oder des Vaters liegen, in bestimmten sehr ungünstigen Alltagsumständen oder in konkreten sehr schlimmen Lebenserfahrungen des Kindes.

Solche **traumatisierenden** Entwicklungsbedingungen können dazu führen, daß das Kind nur schwer ein **Gleichgewicht herstellen** kann zwischen *guten* und *schlechten* Gefühlen und Erfahrungen. Es neigt dann im Laufe der Zeit dazu, konkrete Situationen immer entweder ganz und gar als *gut* oder als *schlecht* zu empfinden, wobei dieses Gefühl von einem Moment zum nächsten wechseln kann.

Eine konkrete Situation wird vielleicht zunächst spontan mit optimistischen, hoffnungsvollen, liebevollen Gefühlen angenommen. Sobald irgendwas an der Situation nicht mehr ganz genau *stimmt*, entstehen tiefe Ängste, die emotionale und kognitive Einschätzung kippt ins Gegenteil um – und dieselbe Situation (oder derselbe Mensch) kann nun nur noch als beängstigend, widerwärtig, böseartig empfunden werden.

Wer es nicht lernen konnte, befriedigende und unangenehme Momente eines mitmenschlichen Kontakts oder einer sozialen Situation als **zusammengehörend** zu akzeptieren, der oder die wird immer wieder hin- und hergeworfen werden zwischen der tiefen (und unbefriedigend bleibenden) Sehnsucht nach harmonischen, liebevollen Situationen einerseits und panischen Ängsten, tiefer Hilflosigkeit und Verlassenheitsgefühlen auf der anderen Seite.

In einer derartigen kindlichen Entwicklungsdynamik liegt die Grundlage des Borderline-Syndroms, auch als *Borderline-Persönlichkeitsstörung* bezeichnet oder, gemäß dem in Deutschland obligatorischen Diagnosekatalog ICD 10, *Emotional instabile Persönlichkeit, Typ Borderline*.

Borderline-Syndrom

Zur natürlichen Entwicklung im Kindesalter gehört, daß wir uns mehr und mehr als Individuum erleben und empfinden (als *Ich*) und uns zugleich aus der engen Bindung mit der Mutter (und aus dem Elternhaus) lösen. Versuchsweise gehen wir auf andere Menschen und auf die Welt zu – aber noch lange Zeit im Vertrauen, daß wir zurück zur Mutter bzw. zu den Eltern können, falls wir überfordert sind, ängstlich werden und uns verlassen fühlen.

Auch Kinder mit sehr ungünstigen Lebenserfahrungen entwickeln sich weiter, aber ohne diese Gewißheit im Herzen. Wo andere bereits im frühen Kindesalter die Erfahrung gemacht haben, daß alles wieder gut werden kann, ist bei ihnen *ein Loch im Ich*. Jeder an sich harmlose Schritt der Loslösung und des Selbständigwerdens ruft unweigerlich Ängste und Verlassenheitsgefühle hervor. In ihnen kommen Depressionen, Wut, Angst, Schuld- und Versagensgefühle, Passivität und Hilflosigkeit sowie innere Leere zusammen. Im Mittelpunkt des Lebens stehen weiterhin die ambivalenten Empfindungen aus der frühen Kindheit: Sehnsucht nach dem verlässlichen Kontakt mit anderen Menschen und der Welt – bzw. bei jedem Kontakt, bei jeder Bindung die Angst, doch wieder verlassen zu werden oder aber, sich als eigenständiges Ich zu verlieren in der Situation oder im Gegenüber (**Bindungsstörung**).

Manchmal kommt die im Kleinkindalter entstandene labile Persönlichkeitsstruktur allerdings erst durch schlimme Lebenserfahrungen im späteren Kindes- bzw. im Jugendalter deutlich zum Ausdruck.

Aufgrund des unsicheren Ich-Gefühls und der inneren Zerrissenheit haben junge Menschen mit Borderline-Syndrom große Schwierigkeiten, zu einem selbstbestimmten Leben zu finden und einen eigenen Platz in der Erwachsenenwelt auszufüllen. Auch die ehrliche Zuwendung von Angehörigen und Freunden kann solche tief verwurzelten extremen Empfindungen des Borderline-Menschen nicht auflösen. Hier wird psychotherapeutische Hilfe nötig.

Obwohl die Borderline-Persönlichkeitsstruktur also in der Kindheit entsteht, soll eine entsprechende Diagnose bei Kindern und Jugendlichen nicht gestellt werden, da in diesem Alter noch nicht klar unterschieden werden kann zu anderen (auch vorübergehenden) Entwicklungs-Varianten. Demgegenüber gibt es leider eine Neigung bei Eltern und Erziehern, *schwierige* Kinder und Jugendliche als mutmaßliche Borderliner an psychiatrische Profis abzuschieben.

Borderline-Syndrom

Weiterleben mit seelischen Verletzungen

Fachveröffentlichungen weisen übereinstimmend darauf hin, daß die Anzahl von Borderline-KlientInnen sowohl in psychotherapeutischen Praxen als auch in Kliniken stetig zunimmt. Die Angaben bewegen sich im Bereich von 15-40 % (bei stationär aufgenommenen psychiatrischen PatientInnen). 50-80 % der Betroffenen machen Suizidversuche; rund 10 % der diagnostizierten Borderline-Menschen nehmen sich früher oder später das Leben. (Nach DULZ/SCHNEIDER 21999) –

Immer neue komplizierte Analysen und Darstellungen zum Thema *Borderline* werden konzipiert. Die nuancierte Beschreibung diagnostischer Symptome führt allerdings bei Professionellen ebenso wie bei Borderline-Menschen ein gefährliches Eigenleben: Betroffene werden von Profis oft nur über theoriegeleitete Kriterien wahrgenommen. Und Borderliner, die in der entsprechenden Fachliteratur Rat und Hilfe suchen, identifizieren sich selbst vor allem mit ihren fachlich abgesegneten Symptomen. –

Aufmerksamkeit dafür, daß die allermeisten Borderline-Menschen in ihrer Kindheit und/oder Jugend besonders schlimmen seelischen Belastungen ausgesetzt waren, entsteht demgegenüber erst in den letzten Jahren.

Die Vermutung liegt nahe, daß das Leid von Menschen mit Borderline-Syndrom oftmals unterschätzt und nicht ausreichend gewürdigt wird.

Jahrelange unangemessene psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung mündet bei vielen Betroffenen in grundlegende Hoffnungslosigkeit:

"Es ist eben so. Wahrscheinlich bin ich zu krank. Aber im Grund wollte auch nie jemand wissen, wie es mir wirklich geht. Die Angst. Die schlimmen Gefühle. Aber auch all das andere, was zu mir gehört. Und wie es als Kind war. Aber ist Borderline wirklich eine Krankheit? Manchmal fühle ich mich so sensibel und lebendig, - aber das hat wohl keinen Wert für die anderen. Eigentlich hat sich auch keiner dafür interessiert – für mich interessiert. Ich bin aber doch nicht nur das Kranke! Oder doch? Ist alles falsch bei mir?"

Es gibt eine Wahrheit bei Borderline-Menschen, die sich in diagnostischen Gesprächen mit einem Fremden kaum zeigen wird – und mit Sicherheit nicht über formalisierte Fragebögen zur Anamnese. Solche Situationen aber entscheiden oft über einen Therapieplatz.

Es gibt eine Wahrheit bei Borderline-Menschen, die sich kaum innerhalb von routinemäßigen Gruppengesprächen zeigt oder über aufgedrängtes Interpretieren

Borderline-Syndrom

von Bildern in der Maltherapie. Auch nicht aufgrund von Ermahnungen, endlich erwachsen zu werden.

Das ist eine Wahrheit, die sich zeigt allenfalls auf der Grundlage von authentischem Interesse an diesem individuellen Mitmenschen, zu dessen Ganzheit neben vielem andern auch seine Borderline-Persönlichkeitsstruktur gehört.

Zur Entwicklung von Borderline-Menschen gehörten tiefgreifende, traumatische Erfahrungen von Mißachtung, Grenzüberschreitung, Gewalt und Demütigung in vielerlei Form. Es ist wohl nachvollziehbar, daß kein therapeutischer Ansatz die **seelischen Selbstheilungskräfte** eines Betroffenen unterstützen kann, ohne daß die Therapeutin oder der Therapeut in jedem Augenblick konkret ausgeht von solchen grundlegenden seelischen Verwundungen.

Heutzutage kommen in der therapeutischen und psychiatrischen Praxis wie in der öffentlichen Meinung verschiedene grundlegende Vorstellungen über Borderline nebeneinander vor, die sich im Laufe der letzten 60 Jahre entwickelt haben:

- a) Borderline als nicht verstehbarer Schicksalsschlag, eine (möglicherweise unheilbare?) psychische Krankheit, der die Betroffenen ziemlich hilflos ausgeliefert sind, –
- b) Borderline als ich-strukturelle Störung (Persönlichkeitsstörung), die durch innere (strukturelle) Konflikte der Psyche gekennzeichnet ist und für die eine spezielle psychodynamische Therapie entwickelt wurde, –
- c) Borderline als komplizierte Verhaltensstörung mit besonderen Schwierigkeiten im emotionalen (affektiven), zwischenmenschlichen und sozialen Bereich, die vorrangig mit einer für Borderline konzipierten Verhaltenstherapie (DBT) überwunden werden sollen, –
- d) Borderline als Kompensations- und Überlebensform nach Psycho-Traumatisierungen in der Kindheit. Unterstützung und Therapie orientiert sich unter diesem Blickwinkel vorrangig an den damals entstandenen seelischen Verwundungen, die sich noch immer auswirken.

Unter Traumapsychologen besteht zunehmend Übereinstimmung, daß es sich bei der Borderline-Symptomatik allermeist um Folgen von Psycho-Traumatisierungen im Kindesalter handelt. (Vgl. B.A. VAN DER KOLK: ‚Traumata und die Entwicklung der Borderline-Störung‘, in: ‚Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung‘, in: B.A. VAN DER KOLK u.a.: ‚Traumatic Stress‘, Paderborn 2000)

Borderline-Syndrom

Was war das nochmal: TRAUMATISIERUNG ?

Ein seelisches Trauma entsteht unter existenziell bedrohlichen Umständen, in denen wir unbedingt wirksam handeln müßten, jedoch sind wir aus äußeren und/oder seelischen Gründen dazu nicht in der Lage. In dieser *unterbrochenen Handlung* bleibt die/der Betroffene stecken. Durch die traumatische Situation erfahrene eigene Hilflosigkeit und panische Angst kann nicht aufgelöst werden, - sie bleibt als existenzielles Grundgefühl bestehen. Ohne besondere therapeutische Unterstützung können derartige traumatische Erinnerungen auch im späteren Leben kaum überwunden werden.

Bei Traumatisierungen im Kindesalter kommt dazu, daß Kinder belastende Situationen kognitiv/sprachlich nicht oder nur in geringem Maße bewältigen können. Panik und Hilflosigkeit werden dann als körperliche/psychosomatische Muster verinnerlicht. Als grundlegendes Überlebensmuster dient darüber hinaus gerade bei Traumatisierungen in der Kindheit das **Abspalten** der unerträglichen, aber nicht zu bewältigenden Erfahrungen (Dissoziation). Obwohl diese dem Betroffenen nicht mehr bewußt sind, reagiert er auch noch im Erwachsenenalter affektiv (emotional) entsprechend auf sogenannte *Auslöser*, also Reize, die an die traumatische Situation erinnern.

Das Abspalten (**Dissoziieren**) wird nicht selten zum generalisierten Konfliktlösungsmuster. In Streß-Situationen werden entsprechend belastende Erfahrungsmomente immer leichter abgespalten. Die Wahrnehmung der Realität wird dadurch in vielen Bereichen erheblich eingeschränkt (Körpergefühl, zwischenmenschliche Signale, Empathie, Einschätzung eigener Empfindungen). Bei früher und langjähriger Traumatisierung entstehen häufig voneinander mehr oder weniger unabhängig agierende **Persönlichkeitsanteile** ("**Ego States**") mit feststehendem Empfindungs- und Verhaltensrepertoire ("**Strukturelle Dissoziation**"). So läßt sich auch das "widersprüchliche" Verhalten von Betroffenen mit Borderline-Syndrom verstehen.

Mittlerweile gibt es **neurophysiologische/-psychologische Erkenntnisse**, nach denen traumatische Erinnerungen auf besondere Weise im Hirn gespeichert werden. Psychotraumatisierungen in der frühen Kindheit beeinflussen außerdem die Entwicklung der neurobiologischen Gehirnstruktur. Auch das Entstehen dissoziativer Persönlichkeitsanteile läßt sich mittlerweile zumindest ansatzweise neurophysiologisch nachvollziehen. Derart gravierende Folgen von seelischer Traumatisierung können nicht einfach *wieder gut gemacht* werden durch positive Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt, sondern bedürfen einer fachgerechten traumatherapeutischen Betreuung.

Borderline-Syndrom

Alltag mit Borderline

Wir Menschen haben etliche Möglichkeiten, uns vor seelischer Überforderung zu schützen. Erfahrungen, die zu schlimm sind, werden z.B. verleugnet, verdrängt oder abgespalten. Auch sogenannte *neurotische* Verhaltensweisen sind solche natürlichen Methoden, mit psychischer Überforderung umzugehen, - es sind **Selbstheilungsversuche**. Jeder von uns greift in bestimmten Situationen auf derartige Schutzmechanismen zurück.

Eine Möglichkeit, aus der quälenden Lebensungewißheit zu flüchten, ist im Jugendalter oft der Rückzug in Phantasiewelten. Auch führt das im Kindesalter nicht befriedigte natürliche Bedürfnis nach vorbehaltloser Bindung und Verlässlichkeit zu entsprechenden Erwartungen in Partnerbeziehungen. Ersatz für Bestätigung, Verlässlichkeit und/oder Geborgenheit wird gefunden in der Wirkung von Drogen/Alkohol oder Sex, aber auch in Eßstörungen und anderen Zwangshandlungen. Die Vielfalt individueller Selbstheilungsversuche reicht vom Unterdrücken eigener Bedürfnisse bis zum intensiven Ausleben von Gefühlsimpulsen, von Selbstverletzungen bis zu fremdaggressiven Momenten, von zwanghafter Orientierung an der gesellschaftlichen Normalität über den Versuch, immer nur für andere zu sorgen bis zum künstlerischen Ausleben der inneren Extreme.

Bei Borderline-Menschen steckt hinter all diesen Beziehungs- oder Verhaltensproblemen die Sehnsucht, endlich zu erleben, daß alles Schlimme wieder gut werden kann, daß die Welt und das Leben **vertrauenswürdig** ist, - eine für die kindliche Entwicklung notwendige Erfahrung, die aber so einfach nicht nachgeholt werden kann im Jugend- und Erwachsenenalter.

Selbstverletzungen haben nicht selten die Funktion, in einer Krisensituation besonders starke Dissoziation aufzulösen, - sie dienen dann als Brücke zur gegenwärtigen Realität und sind ein Selbstheilungsversuch. Oft sind sie das erfolgreichste Mittel, um Suizidimpulse abzubauen!

Bei **Narzißtischen Störungen** liegt der Schwerpunkt des Selbstheilungsversuchs im Aufrechterhalten von äußerer, sozialer Stabilität und der Bestätigung durch andere.

Die Borderline-Persönlichkeitsstruktur ist zu einem sehr frühen Zeitpunkt der kindlichen Entwicklung entstanden. Deshalb kann es hier **kurzzeitig** auch zu vorübergehenden **psychotisch** anmutenden Empfindungen und Verhaltensweisen kommen, wenn die Angst vor dem Verlassensein, vor Vernichtung oder vor Selbst-Auflösung in einer bestimmten Situation zu stark wird.

Borderline-Syndrom

Daneben gibt es Betroffene mit quälenden Gefühlen der Leere, der Sinnlosigkeit, der inneren Orientierungslosigkeit, die andererseits sozial meist sehr gut "funktionieren" und wegen ihrer hohen Anpassungsfähigkeit oft gern gesehen sind bei andern. Selbst bei großer Intelligenz und Eloquenz im Bereich von Sachthemen ist es ihnen kaum möglich, konkretere Aussagen zu machen über ihre innere Befindlichkeit. In diesem Zusammenhang wurde früher von *Als-Ob-Persönlichkeit* gesprochen (H.DEUTSCH) oder von *blandem Borderline* (CH.ROHDE-DACHSER). – Solche Menschen sind vom Leben in einer besonders schrecklichen Weise ausgeschlossen, zumal sie in die gängigen therapeutischen Raster nicht hineinpassen.

Bei näherem Kontakt finden sich auch bei diesen Menschen in jedem Fall differenzierte Persönlichkeitskompetenzen, die den Betroffenen allerdings nur sehr eng umgrenzt verfügbar sind. Vermutlich handelt es sich hierbei um eine besondere Kombination dissoziativer Persönlichkeitsanteile (Ego States). Unter diesem Blickwinkel wird therapeutische Hilfe möglich.

Auch bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (*Geistigbehinderte*) kann es möglicherweise zur Ausbildung eines (modifizierten) Borderline-Syndroms kommen.

Einige bei Borderline-Menschen häufig anzutreffende Selbstaussagen sind:

- *Ich habe niemals das Gefühl, als ob ich dazugehöre.*
- *Menschen, die zunächst großartig erscheinen, enttäuschen mich oft später.*
- *Ich fühle mich innerlich leer.*
- *Ich habe Angst vor allem Neuen.*
- *Ich habe das Gefühl, daß eine Wand um mich herum ist.*
- *Ich zerbreche mir den Kopf, wer ich bin.*
- *Ich bringe niemals so viel zustande, wie ich könnte.*
- *Ich habe das Gefühl, als ob ich mich selbst beobachte, wie ich eine Rolle spiele.*
- *Ich kann nicht sagen, was ich als nächstes tun werde.*
- *Wenn ich eine Beziehung eingehe, fühle ich mich in der Falle.*
- *Die Menschen behandeln mich wie eine Sache.*
- *Ich habe das Gefühl, daß das Leben hoffnungslos ist.*
- *Ich scheine im Nebel zu leben.*
- *Ich fühle, ich kann nicht mein eigenes Leben leben.*
- *Ich habe das Gefühl, andere Leute können in mir lesen wie in einem offenen Buch.*
- *Ich spreche manchmal weiter, um mich zu überzeugen, daß ich existiere.*
- *Manchmal bin ich nicht ich selbst.*

(Aus: CONTE ET AL.,1980; zitiert nach: CHRISTA ROHDE-DACHSER: Das Borderline-Syndrom, 62000)

Borderline-Syndrom

Alle diese Entwicklungsstörungen, symptomatischen Empfindungen und Verhaltensweisen sind Versuche, mit der tiefverwurzelten panischen Angst umzugehen, sich in sozialen Situationen bzw. anderen Menschen gegenüber selbst zu verlieren, verschlungen zu werden von den Bedürfnissen anderer oder abgelehnt/verlassen zu werden. Hierin, weniger in den einzelnen Symptomen, liegt das Lebensproblem der Betroffenen.

- Menschen mit Borderline-Syndrom können nicht umgehen mit menschlicher Nähe. Entweder sie versuchen, durch Anklammern Sicherheit zu erzwingen, oder aber sich durch Distanzierung zu schützen vor dem Verletztwerden, vor möglicher Zurückweisung.
- Borderline-Menschen haben Schwierigkeiten, sich selbstbestimmt in der Außenwelt einzubringen und durchzusetzen. Nur in seltenen Situationen sind sie in der Lage, sich ihres Lebens zu freuen.

Menschen ohne Borderline stellen sich oft die Frage, wie werde ich Betroffenen im Alltag gerecht?

Natürlich können wir Fachbücher und Ratgeber zu Diagnostik und Symptomatik des Borderline-Syndroms studieren und werden entsprechende Verhaltensweisen dann bei konkreten Borderlinern sicherlich wiederfinden. Nichts gegen fachliche Informationen, - sie alleine sind jedoch noch keine Hilfe beim Bemühen, authentisch Kontakt zu bekommen zu Menschen mit Borderline-Persönlichkeit. Die einseitige Aufmerksamkeit auf (tatsächliche oder vermutete) Borderline-Symptome, also auf das, was bei Borderline-Betroffenen (angeblich oder tatsächlich) anders ist als bei jemandem ohne Borderline, vergrößert nur den seelischen Abstand zwischen uns.

Allerdings ist auch die Orientierung an sogenannten *normalen* oder für Nicht-Borderliner *realistischen* Verhaltensweisen und Lebensumständen im Kontakt mit Borderline-Menschen wenig hilfreich. Die meisten Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstruktur stehen im Alltag unter angstvollem Streß wegen der selbstverständlichen Forderung ihrer Umgebung, sich einer Sicht auf die Wirklichkeit anzupassen, die nicht die ihre sein kann, weil sie ihren eigenen Lebenserfahrungen und Empfindungen nicht entspricht. Dieser auch von Sozialarbeitern, Therapeuten und Psychiatern meist nicht in Frage gestellte Sozialisationsdruck verstärkt oder verursacht symptomatische Verhaltensweisen (bis hin zum Suizid!), die dann oft als "*typisch Borderline!*" eingestuft werden. – Wenn beim Betroffenen der Eindruck erweckt wird, daß er beweisen muß, wie schlecht es ihm geht, dann läuft da etwas ganz verkehrt!

Borderline-Syndrom

Die individuellen Lebenserfahrungen einer Betroffenen sind im selben Maße Wirklichkeit wie diejenigen einer Nicht-Borderlinerin!

Wer sich – entgegen der eigenen Erfahrung, Wahrnehmung und Empfindung! – allzu sehr an Einschätzungen von Angehörigen, Therapeuten oder anderen Helfern über das, was "realistisch" sei, orientiert, wird seine seelische Mitte, den individuellen Weg zur Heilung kaum in sich entfalten können.

Sozialarbeiter, Angehörige wie Therapeuten sollten aufmerksam bleiben für die konkrete Wahrnehmung des Borderliners von sich und seiner Umwelt und deren gleichberechtigte Legitimität bestätigen. Dies allein ist ein tragfähiger Ansatz zu zwischenmenschlichem Kontakt und zur individuellen Weiterentwicklung!

Auch sogenannte Sachthemen berühren – bei uns allen! – emotionale wunde Punkte, z.B. fühlen wir uns abgewiesen, mißachtet, ungerecht behandelt, bedrängt oder angelogen. Werden dann Ängste aktiviert, die in traumatischen Kindheitssituationen entstanden sind, empfinden (und reagieren) Betroffene nicht selten situativ wie Kinder. Dann auf den Borderline-Menschen behutsam und rücksichtsvoll einzugehen wie auf ein emotional (und sachlich) überfordertes Kind, ist durchaus angemessen und bedeutet keine Diskriminierung.

Allerdings sollte diese besondere Hinwendung eng beschränkt bleiben auf die konkrete Situation – um nicht emotionale Abhängigkeit zu begünstigen. (*Im Kontakt mit Borderlinern ist eben vieles eine Gratwanderung..*)

Auch hier ist es wenig hilfreich, dem Betroffenen eine angeblich "unrealistische" Einschätzung oder/und Reaktion mit Sachargumenten ausreden zu wollen.

Ich erlebe im Kontakt mit Betroffenen immer wieder, daß sich ein Grundgefühl von mitmenschlicher Nähe mit einem Borderline-Menschen fast selbstverständlich einstellt, wenn mir – als Aufmerksamkeit des Herzens – bewußt bleibt, daß mein Gegenüber mit größter Wahrscheinlichkeit in Kindheit und Jugend erhebliche Demütigung, Mißachtung und Gewalt erfahren mußte. Dabei geht es nicht darum, solche biografischen Umstände im Gespräch zum Thema zu machen! Im Gegenteil, - sowas müßte eindeutig vom Betroffenen ausgehen, auch setzt es in der Regel viel Vertrauen voraus, - im übrigen ist Borderline-Menschen ihre traumatische Vorgeschichte, wie erwähnt, oft erst fragmentarisch bewußt.

Was ich meine, ist ein grundlegendes Mitgefühl für den andern, über das im allgemeinen kaum Worte gewechselt werden müssen, - ein Moment mitmenschlicher Lebendigkeit, das an keiner Hochschule gelehrt wird; es hat wohl zu tun mit unserem gemeinsamen Mensch-Sein (*etwa im Sinne von Martin Buber*). Stille Bewußtheit darüber, daß unser Gegenüber als Kind vermutlich

Borderline-Syndrom

schlimmen Umständen ausgesetzt war, die bis heute nicht ausheilen konnten, weckt in uns drin eine für diesen Kontakt angemessene Offenheit und Sensibilität.

Kaum etwas spüren Borderline-Menschen deutlicher als eine solche Achtsamkeit des Herzens!

Bei aller Sensibilität: Borderline-Menschen bleiben schwierig. Grad meinen wir, eine emotionale Reaktion so einigermaßen verstanden zu haben, vielleicht sogar sie nachempfinden zu können, - da verhält sich derselbe Mensch "ganz widersprüchlich" dazu. (Beim nächsten Borderliner ist sowieso alles anders!)

So ist das – und es wird sich vorerst auch nicht ändern! – Wieso?

Wie die Borderline-Persönlichkeitsstruktur generell nach Störungen der kindlichen Entwicklung entstehen kann, das verdeutlichen ausdifferenzierte und plausible entwicklungspsychologische Darstellungen. **Jedes Kind entwickelt sich jedoch unterschiedlich weiter.** Die nicht aufgearbeiteten, nicht geheilten traumatischen Erfahrungen werden im Laufe der Jahre seelisch auf vielfältige Weise ausgeglichen, - so, daß das betroffene Kind, der Jugendliche, der Erwachsene den Anforderungen des Alltags möglichst leidensfrei entsprechen kann.

Individuell verschieden waren bereits die Umstände, die für ein Kind traumatische Wirkung hatten. Oft ist es eine psychische Erkrankung oder Alkoholismus bei einem Elternteil, sexuelle oder andere Gewalterfahrungen oder (heutzutage insbesondere bei Migranten aus dem Balkan, aus Afrika und Asien) Krieg, Heimatverlust oder Folter. In der weiteren Entwicklung können unterschiedliche günstige, stabilisierende Faktoren dem Jugendlichen helfen, sich in bestimmten Lebensbereichen dennoch relativ gesund zu entfalten, - oder aber neue schlimme Erfahrungen bestätigen die ursprünglichen Traumata. Auch Freundschaften, Beziehungen und besondere Interessen/Neigungen beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung bei Borderline-Menschen wie bei jedem von uns.

Aus all diesen individuell sehr unterschiedlichen Faktoren entwickeln sich im Laufe des Lebens entsprechend verschiedene Gefühls- und Verhaltensmuster, die dem Betroffenen ermöglichen, trotz seiner schweren seelischen Verwundungen im Alltag mehr oder wenig gut klarzukommen, - sei es auch nur, bestimmten äußeren Anforderungen der sozialen Umgebung gerechtzuwerden.

Menschen mit Borderline-Syndrom empfinden oft tiefe Scham wegen ihrer Hilflosigkeit; es fällt ihnen dann sehr schwer, um Unterstützung zu bitten. *Aus diesem Grund werden sie von Angehörigen wie auch von SozialarbeiterInnen leicht überschätzt.* Deswegen haben nicht wenige Borderline-Menschen größere Probleme, ihren Alltag zu bewältigen, als Menschen mit an sich

Borderline-Syndrom

schwerwiegenderen psychischen Defiziten, die jedoch ihre Hilfebedürftigkeit klar zum Ausdruck bringen können!

Mit kompliziert ineinander verstrickten Erfahrungen, Erinnerungen, Reaktionen, Überlebensmustern, Ängsten, Schutzmechanismen müssen nicht nur Borderline-Menschen Tag für Tag zurechtkommen, sondern auch alle anderen schwer traumatisierten Menschen. Dennoch hat die oder der Betroffene im Kern ihrer/seiner Persönlichkeit die gleichen Bedürfnisse und Erwartungen ans Leben wie wir alle, die gleiche Sehnsucht nach mitmenschlicher Nähe und Geborgenheit und nach einem selbstbestimmten individuellen Leben!

In diesem grundlegenden Mensch-sein können wir Betroffenen mit Borderline-Persönlichkeitsstruktur nahe sein, - sofern wir uns (ganz im Stillen) immer wieder vergegenwärtigen, worin gewisse seltsame, einseitige, schrille, widersprüchliche und manchmal einfach nur nervige Verhaltensweisen vermutlich ihren Ursprung haben. Alles weitere kann sich dann ergeben – im einfachen Kontakt zwischen Menschen, von denen jeder sein Schicksal zu tragen hat..

Unterstützung und Hilfe

Vielen Borderline-Menschen gelingt mit psychotherapeutischer Unterstützung im Laufe der Zeit eine **Nachreifung** seelischer Strukturen und sozialer Kompetenzen. Im Zusammenhang damit steht im allgemeinen eine Aufarbeitung der belastenden Faktoren ihrer Lebensgeschichte. Sie können auf diese Weise zu einer Stabilisierung ihrer Persönlichkeit finden. Nicht wenigen Borderlinern geht es zeitweise so schlecht, daß sie stationäre psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen.

Aber es gibt auch Menschen, die zeitlebens unter sozialen Ängsten, Anpassungsschwierigkeiten, extremen Gefühlsschwankungen, innerer Leere und anderen symptomatischen Empfindungen und Verhaltensweisen leiden, ohne zu verstehen, was sie umtreibt – weil weder sie selbst noch jemand anders ihre Borderline-Persönlichkeitsstruktur erkannt hat. Gerade unter drogenabhängigen (bzw. alkoholkranken) Menschen sind möglicherweise nicht wenige Borderline-Betroffene.

Daneben kommt es leider auch heute noch oft vor, daß Borderline-Menschen fehldiagnostiziert werden, meist als "manisch-depressiv", "schizoaffektiv" oder "depressiv".

Borderline-Syndrom

Und doch gibt es seit den 70er Jahren **psychotherapeutische Hilfe für Menschen mit Psychotraumatisierungen bzw. Borderline-Syndrom!** In etlichen Fachbüchern und Ratgebern sind therapeutische und alltagspraktische Erfahrungen dokumentiert. Auf der Grundlage einer entsprechenden Diagnose eines Facharztes für Psychiatrie werden Kosten für Psychotherapie von den Krankenkassen übernommen, wenn auch längst nicht in ausreichender Höhe. Leider haben PsychotherapeutInnen in freier Praxis meist recht lange Wartezeiten – und viele sind mit den besonderen traumatherapeutischen Methoden noch nicht vertraut.

Auf **Traumatherapie** spezialisierte stationäre Einrichtungen, die insbesondere zur Krisenintervention bzw. zur Intervalltherapie (in Verbindung mit ambulanter Therapie) genutzt werden, gibt es auch in Deutschland. (Grundlage der traumatherapeutischen Aufarbeitung ist jedoch die ambulante Psychotherapie.)

Medikamentöse Behandlung kann bei Borderlinern auf die extremen Gefühlsschwankungen einwirken, insbesondere angstreduzierend und antidepressiv. Neuropharmaka wirken jedoch nur auf Symptome. **Bei Dauermedikation besteht die Gefahr der (psychischen) Abhängigkeit !!** – Medikamente können die seelische Aufarbeitung und Nachreifung, wie sie durch entsprechende psychotherapeutische Methoden möglich wird, niemals ersetzen.

Häufig vorkommende therapeutische Ansätze im Zusammenhang mit Borderline

- a) Auf den Psychoanalytiker OTTO F. KERNBERG geht ein differenziertes entwicklungspsychologisches Modell der "Borderline-Persönlichkeitsstruktur" sowie eine entsprechende psychodynamische Therapie zurück. Zwar geht dieser Ansatz bei Borderline-Klientinnen aus von Störungen der kindlichen Entwicklung, die therapeutische Aufmerksamkeit liegt jedoch auf intrapsychischen (strukturellen) Konflikten innerhalb bestimmter Entwicklungsphasen, *nicht auf deren real-biografischer Entstehungsgeschichte*. (Siehe auch ROHDE-DACHSER.)
- b) Bei der Psychoanalytisch-interaktionellen Methode von A.HEIGL-EVERS (u.a.) bringt sich die Therapeutin als reale Interaktionspartnerin ein. Durch ihr "*authentisches Antworten*" und ihre (zeitweise) "*Hilfs-Ich*"-Funktion versucht sie, dem kindlichen Entwicklungsdefizit gerechtzuwerden und auf diese Weise eine Nachreifung von Ich-Funktionen zu begünstigen.

Borderline-Syndrom

- c) Verhaltenstherapeutischen Ansätzen geht es vorrangig um die Bewältigung gegenwärtiger Probleme und Konflikte. Bei Borderline-KlientInnen und anderen im Kindesalter Traumatisierten trägt konventionelle Verhaltenstherapie jedoch nicht selten bei zur Verfestigung eines "*falschen Selbst*". Aufgrund der (meist nur kurzfristigen und vordergründigen) Erfolge im Alltag wird konventionelle Verhaltenstherapie auch heutzutage noch manchmal angewandt bei diesem Klientel.
- d) Zur stationären Therapie mit chronisch suizidalen und selbstverletzenden KlientInnen (vornehmlich mit Borderline-Diagnose) wurde von der Psychotherapeutin M. LINEHAN die sogenannte "Dialektische Verhaltenstherapie" (DBT) eingeführt. Dieser Ansatz geht konzeptionell aus von Realtraumatisierungen. Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit sind die Verbesserung der Affektregulierung sowie die Veränderung unangemessener Bewältigungsstrategien. Mittlerweile wird er häufig auch in der ambulanten Psychotherapie angeboten. Er ersetzt jedoch keine Traumatherapie.
- e) In hohem Maße an Selbstheilung und inneren Ressourcen orientiert ist die von LUISE REDDEMANN begründete "Psychoanalytisch Imaginative Traumatherapie" (PITT). Sie gliedert sich in die Therapiephasen Stabilisierung, Traumakonfrontation und Integration, wobei besonderer Wert gelegt wird auf die umfassende Stabilisierung (die meist auch parallel zur Traumakonfrontation nötig ist). Bedeutsam ist die Arbeit mit Imaginationen und verschiedenen Persönlichkeitsanteilen (Ego States). (Zu weiteren traumatherapeutisch orientierten Ansätzen siehe bei PEICHL und VAN DER HART/ NIJENHUIS/ STEELE.)



Greta F.

DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG (DIS) ("Multiple Persönlichkeit")

"Multiple Persönlichkeit"? – gibt's das überhaupt?

Wenn besonders schlimme Erfahrungen und Empfindungen aus extrem belastenden Situationen seelisch nicht verarbeitet werden können, werden sie aus dem Bewußtsein *abgespalten (dissoziiert)* und unverarbeitet, also unverändert im Gehirn gespeichert. Die entsprechenden Inhalte bleiben der oder dem Betroffenen weitgehend unbewußt. Bei Traumatisierungen in der Kindheit kommt es besonders häufig zu solchen Abspaltungen.

Dissoziation kann bei schweren Traumatisierungen die einzige Möglichkeit sein, mit unerträglichen Erfahrungen umzugehen. Für viele Überlebende früher Psycho-Traumatisierung bleiben dissoziative Reaktionen auch im späteren Leben maßgebliche Methode, mit sozialen Konflikten und Streß umzugehen. Insbesondere haben diese Betroffenen in vielen Situationen keinen Zugang zu ihren Gefühlen oder/und zu Körperempfindungen.

Bei der sogenannten "**Multiplen Persönlichkeit**"²⁹ handelt es sich um die weitestgehende Abspaltung. Ihre Ursachen sind ausnahmslos schwerste seelische und körperliche Mißhandlungen und sonstige Gewalterfahrungen im Kindesalter. Einen hohen Stellenwert nimmt dabei sexualisierte Gewalt ein, auch **Ritueller Gewalt**. Unter **DIS** (so die heutige diagnostische Bezeichnung) verstehen medizinische Profis eine Dissoziative Identitäts-Störung. Viele Betroffene und TherapeutInnen ziehen jedoch die Bezeichnung **Dissoziative Identitäts-Struktur** vor, da die eigentliche *Störung* in den traumatisierenden Lebensumständen lag. Das Multipel-Sein ist insofern eigentlich keine Krankheit, sondern eine Leistung der individuellen **Selbstheilungskräfte**, es ist Ausdruck von Lebenskraft und Lebensmut!

Bei Menschen mit DIS wurde in traumatischen Situationen sowohl die momentane Ich-Erfahrung als auch die entsprechende Außenwelt-Erfahrung dissoziativ abgespalten. Das Selbst, das die Traumatisierung erleiden mußte, ist dann "*im*

²⁹ "Multiple Persönlichkeit(störung) (MP/MPS)" ist eine von mehreren historischen Bezeichnungen für die entsprechende Symptomatik. Im US-amerikanischen Diagnosekatalog (DSM-III) wurde sie 1980 erstmalig aufgenommen. In den folgenden Jahrzehnten entwickelte sich öffentliches und fachliches Verständnis für den Formenkreis der traumatischen Dissoziation. 1994 wurde im DSM-IV der Begriff "Dissoziative Identitätsstörung" eingeführt. Der in Europa häufiger genutzte Diagnosekatalog der Weltgesundheitsorganisation (WHO) blieb all die Jahre bei dem Begriff "Multiple Persönlichkeit". Erst in seiner zukünftigen Version (ICD-11) erscheint die Symptomatik ebenfalls als "Dissoziative Identitätsstörung". – Angesichts der Tatsache, daß die eigentliche Störung in der Gewalt liegt, die betroffene Kinder überleben mußten, sprechen Betroffene und TherapeutInnen oft von "dissoziativer Identitätsstruktur". Der Ausdruck "Multiple Persönlichkeit" ist umgangssprachlich weiterhin üblich, unter Betroffenen oft als "Multiples System" und "Multi(s)" (gegenüber "Unos" als nichtmultiple Menschen). Es besteht kein Anlaß, ihn zu diskriminieren bzw. als diskriminierend anzusehen.

Dissoziative Identitätsstörung

Innen" verschwunden – und eine neue Teilpersönlichkeit hat das Bewußtsein der oder des Betroffenen übernommen – jedoch ohne Erinnerung an das soeben Vorgefallene. Diese neuropsychologische Möglichkeit, eine traumatische Erfahrung auszuhalten, wird bei folgenden Gewaltsituationen zunehmend leichter angewandt. Es entwickeln sich spezialisierte Persönlichkeitsanteile (*Ego States*), auch als teilweise autonome Teilpersönlichkeiten, die mit bestimmten Situationen besser umgehen können, z.B. schmerzunempfindliche oder besonders anpassungsfähige Teile.

In erst wenig erforschter Weise ist es der menschlichen Psyche also möglich, aus dissoziativen Abspaltungen Persönlichkeitsanteile oder beständige Teilpersönlichkeiten zu bilden, die in der Folgezeit bei entsprechenden Situationen entweder auftauchen oder verschwinden.

Vermutlich als Leistung der grundlegenden neuronalen Plastizität in Verbindung mit der partiellen und synchronen Entwicklungssensibilität (*D.N. STERN*) sind die Teilpersönlichkeiten von Menschen mit DIS tatsächlich lernfähig, – sie haben individuelle Charakterzüge, ein bestimmtes (subjektiv empfundenes) Lebensalter und sie können sich weiterentwickeln.

Heutzutage gibt es keinen Zweifel mehr daran, daß es sowohl weibliche wie männliche Betroffene mit DIS gibt. Demgegenüber orientieren sich Beratungsangebote, Selbsthilferatgeber, sogar Fachbücher oft einseitig an weiblichen Überlebenden von schlimmster traumatischer (meist auch sexualisierter) Gewalt. Aufgrund der unterschiedlichen Rollenmuster nehmen betroffene Männer weitaus seltener als Frauen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Auch FreundInnen/PartnerInnen offenbaren sie ihre seelische Not eher selten. Demgegenüber dürften sie häufiger zu destruktiven Kompensationsformen greifen (Alkohol, häusliche und öffentliche Gewalt). Nach verschiedenen Untersuchungen sind 10-30 % der Menschen mit DIS Männer (*siehe HUBER 1995*). Für männliche Betroffene mit DIS müssen wir von einer besonders hohen Dunkelziffer ausgehen.

Männliche Betroffene aus Beratungsangeboten auszugrenzen, verstärkt die fatale Tendenz zum aggressiven und suchtmäßigen Ausagieren.

Dissoziative Teilpersönlichkeiten sind – ihrer Entstehung gemäß – einzelnen Aspekten des Alltags zugeordnet. Nur auf diese Weise war es dem betroffenen Kind möglich, trotz qualvoller und beängstigender Lebensumstände seelisch zu überleben. Sein "*Viele-Sein*" ist ihm zunächst ganz natürlich; oft gehen Kinder und Jugendliche noch lange Zeit davon aus, daß auch die anderen Menschen "*Viele sind*". – Erst im Laufe der Jahre, bei zunehmenden sozialen Pflichten und

Dissoziative Identitätsstörung

Rollen, zeigt sich, daß das Multipel-Sein sehr wenig zur Normalität der Nicht-Multiplen paßt.

Betroffene erkennen, daß ihre Mitmenschen große Schwierigkeiten damit haben, wenn jemand sich widersprüchlich und unvorhersehbar, also "nicht normal" verhält. Spätestens jetzt werden wichtige Außenbeziehungen sowie die altersgemäß zunehmenden sozialen Kontakte mehr und mehr von einer bestimmten Teilpersönlichkeit übernommen, die meist keinerlei Kenntnis hat von irgendwelchen gewalttätigen Übergriffen – selbst wenn solche noch immer vorkommen. Diese **im Alltag repräsentative Teilpersönlichkeit** (auch Gastgeber-Persönlichkeit genannt) bekommt aufgrund ihrer vielfältigen Kommunikations- und Entscheidungsaufgaben eine gewisse Übermacht innerhalb des Multiplen Systems. Oft kann sie andere Teile für die meiste Zeit des Tages *nach innen drücken*. Einer solchen ganz auf die Außenwelt bezogenen Alltagspersönlichkeit ist die Multiplizität der Gesamt-Person oft nicht bewußt.

Jedoch führen alle einmal entstandenen Persönlichkeitsanteile weiterhin ihr Eigenleben, selbst wenn es keine traumatischen Situationen mehr gibt. Manche von ihnen beanspruchen "*Körperzeit*", ihre Unternehmungen und Bedürfnisse passen oft in keiner Weise zum sozialen Lebensstil der Betroffenen. Wegen solcher Aktivitäten anderer Teile, von denen die Alltagspersönlichkeit eventuell nur wenig mitbekommt, "*verliert sie Zeit*". In zunehmendem Maße ist sie gezwungen, Folgen auszubügeln und zu vertuschen, die durch Aktionen der andern entstanden sind.

Eine Betroffene stellt ihren Alltag folgendermaßen dar: "*Ich ziehe mein Leben wie einen dunklen Teppich hinter mir her. Ich fühle mich, als wäre ich nur die Oberfläche. Ein Ereignis geschieht, es fällt in mich hinein, durch mich hindurch wird reagiert – aber mir selbst erscheint mein Leben wie ein Rätsel. Ich lächle, kann die Fassade wahren, das ist alles.*" (in: HUBER, Teil 1, S. 59)

Im allgemeinen gibt es zunächst niemanden, mit dem sich Betroffene über ihre zutiefst verwirrenden und beängstigenden Selbsterfahrungen austauschen können. Irgendwann taucht die Frage auf: "*Bin ich verrückt?*"

Diese ersten Schritte von Betroffenen mit DIS ins soziale Leben hinaus sind relativ typisch. Nun ist aber jedes einzelne Multiple System aufgrund seiner völlig unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen verschieden aufgebaut. Lassen sich für nicht multiple Menschen immerhin grundlegende psychische Strukturen und Entwicklungsschritte skizzieren, entwickelt jedes Multiple System seine höchst eigene psychische Struktur! Entsprechend vielfältig sind die individuellen Auswirkungen des *Viele-Seins* im Erwachsenenleben.

Dissoziative Identitätsstörung

Drei (so oder ähnlich) häufiger vorkommende Konstellationen möchte ich anführen:

■ Bei manchen Betroffenen entwickelt sich eine überaus kompetente *Gastgeber-Persönlichkeit*, die sich meist an repräsentativen äußeren/sozialen Aufgaben orientiert (Berufstätigkeit, Haushalt/Kinder erziehen). Deutlich werdende Bedürfnisse anderer Teilpersönlichkeiten, die in diesen Lebensplan nicht hineinpassen, werden durch die Alltagspersönlichkeit im Interesse des Funktionierens (wie sie es versteht) rigoros unterbunden. Erst wenn die entsprechende Funktion oder (Lebens-)Aufgabe dieser Teilpersönlichkeit verlorenght (Arbeitslosigkeit, Kinder sind aus dem Haus), kommen andere Teile nach außen, was im allgemeinen verstörende Auswirkungen hat.

■ Ein anderes Multiples System mag einen dauerhaften Konsens gefunden haben zwischen mehreren Teilen und verschiedenen Aspekten des sozialen Lebens. Plötzlich werden durch irgendwelche Umstände (*Auslöser / Trigger*) Erinnerungen geweckt an traumatische Erfahrungen. Eine derjenigen Teilpersönlichkeiten, die Erinnerungsträger sind, jedoch eventuell seit der Kindheit nicht mehr nach außen gekommen ist, reagiert in panischer Angst. – Keine der Alltagspersönlichkeiten weiß, was da geschieht. Selbstverletzungen, Suizidversuche, Aggressionen gegen andere, plötzliche Flucht (mit Bahn oder Auto, wobei sich dann nicht selten eine Alltagspersönlichkeit an einem ihr gänzlich fremden Ort wiederfindet) – es kommt zu allen möglichen Angstreaktionen.

■ Sind die Lebensumstände auch im Erwachsenenalter bestimmt von katastrophischen Ereignissen, Gewalt und Beziehungslosigkeit, gelingt es dem Multiplen System kaum, eine alltagstaugliche Struktur zu entwickeln. Die Betroffenen haben dann kontinuierlich mit einer Fülle von unklaren Symptomen zu kämpfen, mit seelischen Zusammenbrüchen, körperlichen Schmerzen, Ängsten, Flashbacks (aktualisierte Erinnerungen im Wachzustand), Alpträumen und extrem labilem Gefühlsleben. Zur Kompensation des Chaos dienen oft Eßstörungen, exzessives Rauchen, Alkoholmißbrauch und andere Drogen. – Hintergrund solcher heftigen und vielfältigen Symptomatik ist das unkoordinierte Agieren von Teilpersönlichkeiten, sei es *innen* oder *außen*.

Diese Menschen sammeln im Laufe ihres Lebens oft eine Vielzahl von psychiatrischen und psychologischen Diagnosen, am häufigsten sind: *Borderline, manisch-depressive Psychose, Schizophrenie, schizoaffektive Psychose, Depression, Angststörung, Sucht*. Aufenthalte in akutpsychiatrischen Stationen oder selbst in Fachkliniken (meist für Sucht, Depression oder Borderline) oder

Dissoziative Identitätsstörung

Neuropharmaka-Therapie vergrößern meist nur die Labilität des Multiplen Systems.

Irgendwie und irgendwann kommt die Überlegung auf: *"Und wenn es dieses Komische ist.. – multipel?"*

Manchmal finden Betroffene sich in Medienbeschreibungen wieder – oder aber die Aufmerksamkeit entsteht zunächst bei einer Therapeutin. Dabei existieren im allgemeinen Innenpersonen, die durchaus Bescheid wissen über das *Viele-Sein*. Sie beleuchten eine Therapeutin oder einen Therapeuten bereits bei den ersten Probeterminen sehr kritisch, und sie sind verantwortlich für die Entscheidung der Betroffenen für einen Therapiebeginn.

Das Multiple System ist entstanden, um in der Hölle zu überleben; dies ist keineswegs eine übertriebene Formulierung. Aus diesem Grund sind Multiple Systeme (als Ganzes) hundertprozentig an **Wahrhaftigkeit** orientiert. Ein undurchsichtiger, unklarer Habitus eines Therapeuten, fehlende menschliche Präsenz oder bloß routinemäßige Fachlichkeit wird von Traumaüberlebenden mit DIS meist schneller gespürt als von anderen KlientInnen (und rigoros abgelehnt). Das ehrliche Bemühen, sich mit der Betroffenen zusammen auf den Weg hin zu Verständnis und individuell angemessener Unterstützung zu machen, ist demgegenüber (neben unverzichtbaren psychotraumatologischen Fachkenntnissen) eine gute Grundlage für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, – selbst wenn die Therapeutin/der Therapeut bislang noch nichts mit DIS zu tun hatte.

Welche Ziele hat die DIS-Therapie?

Unter "DIS-Therapie" wird an dieser Stelle nicht die therapeutische Arbeit an traumatischen Erinnerungen und Folgeschädigungen verstanden (hierzu siehe in der Folge), sondern die Umstrukturierung des multiplen Systems als Grundlage für Traumatherapie und gegenwartsorientierte Kooperation aller Persönlichkeitsanteile. In der Praxis verlaufen DIS-Therapie und Traumatherapie meist von Anfang an synchron.

Bedingt durch die Umstände ihrer Entstehung, versuchen Personen mit DIS im allgemeinen, sozial möglichst wenig angreifbar zu sein. Viele Betroffene finden für Jahre und Jahrzehnte eine soziale Nische, in der sie mehr oder weniger stark angepaßt und unauffällig leben können und in Ruhe gelassen werden. So erklärt sich auch ein von Psychiatern oft zu hörender Einwand: "Wie kommt es denn dann, daß ich in meiner ganzen Berufspraxis noch auf keinen Multiplen gestoßen bin?" (*Im Hinblick auf verschiedene repräsentative Bevölkerungsstichproben,*

Dissoziative Identitätsstörung

wiedergegeben bei REDDEMANN/HOFMANN/GAST, müssen wir für DIS-Betroffene von einer Häufigkeit von mindestens 1% der Allgemeinbevölkerung ausgehen.) – Medienwirksame krasse Wechsel von Teilpersönlichkeiten gibt es durchaus, für die meisten Multis sind sie aber nicht typisch. Im übrigen gilt sowieso, daß Teilpersönlichkeiten sich stark ausdifferenziert zeigen vor allem dann, wenn das System sich in Gefahr wähnt. Es ist plausibel, daß die einseitigen Stärken (Eigenschaften, Funktionen) von Teilpersönlichkeiten vorrangig in Konfliktsituationen (oder allenfalls innerhalb der Traumatherapie) geweckt werden. Im unproblematischen Alltag wird selbst die Verkäuferin im Kundengespräch nicht unbedingt den Wechsel von der Hausfrau zum kaufgeilen Teenager mitbekommen!³⁰

Solange eine Traumaüberlebende (mit oder ohne DIS) mit sich selbst und mit der Umwelt im alltäglichen Geschehen einigermaßen klarkommt, besteht oft keine Notwendigkeit zur Therapie.

Sachkundige Unterstützung und therapeutische Hilfe wird nötig durch starkes Leid aufgrund von traumabedingten Symptomen, aber auch, wenn Teilpersönlichkeiten nach außen drängen, deren Bedürfnisse mit der bisherigen Lebensweise nicht vereinbar sind, beispielsweise *Innenkinder*, lebenslustige KneipengängerInnen oder ein Mann in *Midlife*-Krise (wenn der Körper weiblich ist). Oft geraten Innenpersönlichkeiten in Panik, sobald die Alltagspersönlichkeit eine sexuelle Beziehung eingeht. Oder bestimmte Teilpersönlichkeiten (oft Innenkinder) können traumatische Erinnerungen/ Empfindungen nicht länger aushalten; diese werden über Alpträume, Flashbacks (Erinnerungsblitze), Selbstverletzungen oder Suizidversuche nach außen vermittelt.

Meist fällt es der bisherigen Alltagspersönlichkeit zunächst sehr schwer, sich mit der Möglichkeit zu befassen, daß sie ihren Körper mit anderen "Ichs" teilt. Nötig ist dann das behutsame gemeinsame Suchen und Verstehenlernen dessen, was ist – denn auch die Therapeutin muß ihre Ahnung, daß sie jemanden mit DIS vor sich haben könnte, im konkreten Austausch mit der Betroffenen erst Schritt für Schritt verifizieren. (*Phantasievolle Suggestivfragen in der Hoffnung, auch einmal eine Klientin mit diesem exotischen Krankheitsbild aufspüren zu können, wären krass unprofessionell und in jedemfall schädlich!*)

Selbst wenn innere Instanzen des Multiplen Systems sich für eine Therapeutin oder einen Therapeuten entschieden haben und eine bislang unangefochten dominierende Alltagspersönlichkeit die Diagnose DIS akzeptiert hat, geht sie meist zunächst davon aus, daß sie allein die Kontrolle im System hat und dies

³⁰ Durch die zunehmende öffentliche Akzeptanz von DIS ist es für manche Betroffene (meist nach mehrjähriger Therapie) möglich, sich gelegentlich auch im Alltag in unterschiedlichen Anteilen zu zeigen.

Dissoziative Identitätsstörung

auch so bleiben wird. Dann geht es in der DIS-Therapie für längere Zeit vorrangig darum, daß die bisherige Alltagspersönlichkeit lernen muß, andere Teile als gleichberechtigt anzuerkennen. – Bereitschaft zur Therapie entwickelt sich bei Betroffenen mit DIS nur, sofern das Multiple System in der bisherigen Konstellation instabil geworden ist. Das dann nötig werdende **Umgewichten** wird in jedem Fall auch die Funktion und Position der bisherigen Alltagspersönlichkeit berühren.

Das Ausbilden von Teilpersönlichkeiten, um sehr belastende Situationen zu bewältigen, ist bei Menschen mit DIS zur wesentlichen Konfliktlösungsmethode geworden. Deshalb kann grundsätzlich auch innerhalb der Therapie ein neuer Anteil entstehen (z.B. mit der Funktion, den Erwartungen einer idealisierten oder pädagogisch bemutternden Therapeutin perfekt zu genügen). Jedoch zeigt sich in den vorliegenden Therapieberichten, daß Teilpersönlichkeiten im allgemeinen ihre individuelle Vergangenheit haben, die sich im Verlauf einer adäquaten Therapie entfaltet. Differenzierte Bezüge zwischen den lebensgeschichtlichen Erfahrungen, Einschätzungen und Bedürfnissen einzelner Anteile werden dann offensichtlich und plausibel und bestimmen den therapeutischen Prozeß. – So erledigt sich die Unsicherheit, ob es sich im Einzelfall um DIS handelt (oder gar, ob das Phänomen der dissoziativen Teilpersönlichkeiten eventuell durch entsprechende therapeutische Interventionen erst hervorgebracht wird), im praktischen Verlauf der Therapie von selbst.³¹

Die weiteren Schritte der Therapie sind ebenso vielfältig wie Multiple Systeme selbst. Wie beim Erkunden eines unwegsamen Dschungels folgt jedem Schritchen die umfassende neue Orientierung. Voraussetzung ist **nuancierte Achtsamkeit für das momentane Befinden der verschiedenen Teilpersönlichkeiten, von denen jede einzelne erheblichen Einfluß innerhalb des Systems hat.**

Beziehung und Arbeit mit Multiplen Persönlichkeiten setzt bei der Therapeutin vorbehaltlosen Lebensernst und unbedingte Wahrhaftigkeit voraus. Sie hat es mit Persönlichkeiten zu tun, für die es keinen *small talk* gibt, denn sie können sich zunächst nur **ÜBERLEBEN** oder **LEID & TODESANGST** vorstellen. Die DIS-Therapie erfordert eine geradezu bürokratische Ordentlichkeit, Organisiertheit und Präzision in Verbindung mit einem Höchstmaß an emotionaler und kognitiver Flexibilität. Sie ermöglicht dem Therapeuten allerdings auch tief berührenden Kontakt mit dem Wesen des Menschseins.

Abgesehen von den speziellen Traumafolgestörungen, liegt das Problem des Viele-Seins im gegenwärtigen Alltag meist vorrangig in einem **Mangel an**

³¹ Zu der grassierenden Medienkampagne um ein sogenanntes "False Memory Syndrome (FMS)" siehe die umfassende Dokumentation von SCHALLECK und dort insbesondere S. 423-466.

Dissoziative Identitätsstörung

innersystemischer Kooperation. Ziel der DIS-Therapie ist deshalb zunächst, die Kommunikation zwischen den Teilpersönlichkeiten in Gang zu bringen bzw. sie weiterzuentwickeln, sodaß für die individuelle Gruppe typische interne und außenweltbezogene Schwierigkeiten/Konflikte im Laufe der Zeit durch das System selbst geklärt und bereinigt werden können.

Obwohl die dissoziativen Teilpersönlichkeiten unbedingt ernstgenommen werden müssen in ihrem Selbst-Empfinden und ihren individuellen Intentionen und Fähigkeiten, ist das Multiple System (der Körper, die Person) nur *als Ganzes* handlungsfähig. Die Verantwortungsübernahme aller Anteile für die Gesundheit des Körpers, für den sozialen Alltag in der Gegenwart und das *Heilewachsen* der ganzen Person anzuregen, muß zur Leitlinie der Therapie werden. – Vor allem, wenn Teilpersönlichkeiten noch nichts voneinander wissen oder ihr Viele-Sein noch ignorieren, neigen sie dazu, sich Hilfe zu erhoffen ausschließlich in ihrer exklusiven Beziehung mit der/dem außenstehenden HelferIn. Es ist natürlich, daß Innenkinder sich Hilfe nur durch ein mächtiges Elternteil vorstellen können. Diese Erwartung oder Hoffnung kann jedoch eine erfolgreiche Therapie auf Jahre unmöglich machen! Die Therapeutin darf auf keinen Fall zur externen Systemmanagerin werden; dies ein häufiger Fehler gerade hochmotivierter TherapeutInnen.

Es hat sich bewährt, Innenkindern gegenüber von einzelnen "**Ichs**" zu sprechen, um an das eigene Empfinden ("*ich bin ich*") anzuknüpfen. Sobald solche "Ichs" zumindest situativ Mitverantwortung übernehmen können für das Ganze des Individuums, lernen sie, zwischen dem Blickwinkel auf sich als Teilpersönlichkeit und sich als "ganzer Mensch" zu wechseln: ein wichtiger Schritt innerhalb der DIS-Therapie. Jetzt sollte sacht auch der distanziertere Begriff "Anteil" eingeführt werden.

Vor allem dissoziative Anteile, die bisher vorangig innen waren, müssen grundlegend informiert werden über die Realität der Außenwelt mit ihren alltäglichen Umständen und Schwierigkeiten. Dies gilt in besonders hohem Maße für Innenkinder/Jugendliche, die sich bisher noch in verschiedenen Zeiten der biografischen Vergangenheit empfinden!

Durchgängig geht es in der DIS-Therapie auch um Nachreifungsprozesse im Hinblick auf Beziehungsaufnahme im sozialen Raum: abgrenzen, interpretieren von Verhaltensweisen, eigene Signale, Bedeutung von Begriffen. Ichdystone Erfahrungen und Ambivalenzen (affektiv oder sachlich) wurden bei Traumaüberlebenden mit DIS gewohnheitsmäßig durch Abspaltung gelöst. Im Zusammenhang mit dem sozialen Nachreifen kann Ambiguitäts- und Stresstoleranz gelernt werden.

Durch eine auch im Jugend- und Erwachsenenalter anhaltende Traumatisierung (meist bei organisierter ritueller Gewalt/Zwangsprostitution) können sich

Dissoziative Identitätsstörung

einzelne Anteile (Ichs) weiter ausdifferenzieren, sodaß ursprünglich als Funktionsträger entstandene Persönlichkeitsanteile Emotionalität entwickeln können (z.B. als BeschützerIn des realen Kindes). Persönlichkeitsanteile können selbst dissoziative Abspaltungen/Splitter entwickeln, um unaushaltbare Erfahrungen auszugrenzen, oder auch solche Erfahrungen/Situationen dissoziieren, ohne sie in eigenen Anteilen/Splittern unterzubringen.³²

Zumindest zu denjenigen dissoziativen Anteilen (Persönlichkeiten), die Erinnerungsträger sind, müssen **eigene therapeutische Vertrauensbeziehungen** entstehen, in denen ihre unterschiedlichen Erfahrungen, Ängste, Auslöser und kognitiven Vorstellungen berücksichtigt werden. Dies gilt auch für **Innenkinder**. Es genügt also nicht, die Existenz verschiedener Teilpersönlichkeiten nur formal zu akzeptieren.

Bei DIS sind die individuellen **Ressourcen** auf sämtliche Anteile verteilt, sie sind nicht ablösbar von der Identität der jeweiligen Teilpersönlichkeit (*einschließlich Innerer Kinder, aggressiver und täteridentifizierter Anteilen, sich als nicht-multipel verstehender Anteile*). Erfahrungsgemäß können diese für das Heilewachsen unabdingbaren Ressourcen nur in dieser Gestalt angesprochen und verstärkt werden. Neurophysiologische Forschungsergebnisse machen die strukturelle Gleichrangigkeit der Anteile plausibel (*NIJENHUIS/van der HART/STEELE in: REDDEMANN/HOFMANN/GAST*).

Auch eine im Alltag vorherrschende sogenannte Gastgeberpersönlichkeit ist also nur dissoziative Teilpersönlichkeit mit eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten. Es ist deshalb **nicht zweckmäßig, innerhalb der Therapie eine erwachsene Alltagspersönlichkeit mit der Hauptverantwortlichkeit für das System zu belasten** nach dem Motto: "*Ich arbeite mit Ihnen und Sie müssen lernen, die (anderen) Teilpersönlichkeiten als Teile Ihrer selbst zu verstehen und zu integrieren*".

Dissoziative Teilpersönlichkeiten haben *im Außen* und *im Innen* meist unterschiedliche Eigenarten und Funktionen, was ihnen selbst zunächst nicht bewußt ist. Aus diesem Grund ist die reale Innenstruktur eines Multiplen Systems erst im Laufe des therapeutischen Weges zu erkennen. Die verfrühte Annahme einer "Kernpersönlichkeit" kann zu erheblichen Problemen führen. Bei der sogenannten "Gastgeberpersönlichkeit" (also dem im Alltag zumeist präsenten Anteil, der oft auch den therapeutischen Kontakt hergestellt hatte) handelt es sich meist um eine Funktionsträgerin, die kaum involviert ist in die Traumaerfahrungen.

³² siehe bei Merle Müller: ERFAHRUNGEN AUS DER RITUELLEN GEWALT (Berlin 2020: bei A+T online)

Dissoziative Identitätsstörung

Psychoanalytisch orientierte Therapie geht bei frühen Traumatisierungen aus von einem Strukturdefizit innerhalb der Entwicklung zu einem einheitlichen Ich (z.B. Hochauf 2007).³³ Bei DIS scheint es sich jedoch um eine durch brutalste Gewalt erzwungene strukturelle Alternative zu dieser Form der Persönlichkeitsentwicklung zu handeln.³⁴ Die für psychoanalytisch orientierte Therapie konzeptionell unverzichtbare Orientierung an einem erwachsenen Ich (als Bündnispartner der Therapeutin) wird meist zur Überforderung und Dekompensation der hauptverantwortlich gemachten Teilpersönlichkeit führen – oder zur zeitweiligen Anpassung des Systems an die entsprechende Erwartung der Therapeutin/des Therapeuten. Darüberhinaus besteht heutzutage fachlicher Konsens darüber, daß inhaltliche Traumaaarbeit jeweils mit derjenigen Teilpersönlichkeit gemacht werden muß, die die Erinnerung an die spezielle traumatische Situation bewahrt hat.

Wird die dialogische Beziehungsaufnahme mit bestimmten Teilpersönlichkeiten in der Therapie verweigert (etwa weil diese als "Abwehrmechanismen" einer vorgeblichen Hauptpersönlichkeit verstanden werden), bewirkt dies nicht selten eine Retraumatisierung: Die betreffenden Persönlichkeiten werden zum Objekt degradiert – genauso wie in den traumatisierenden Gewaltsituationen der Vergangenheit!³⁵

Der Dissoziationsforscher ONNO van der HART betont³⁶: "My point of departure is that always the therapist must work with the inner system of dissociative parts of the client's personality." Unter bestimmten Umständen könne es zweckmäßig sein, durch die Alltagspersönlichkeit (ANP) hindurch nur indirekt in Kontakt zu treten mit traumabezogenen Anteilen (EP). Ausschlaggebend für die jeweilige Methode muß jedoch der konkrete therapeutische Erfolg bei einer bestimmten Klientin/einem Klienten sein. Prof. van der HART warnt also vor jeder therapeutischen Rigidität, die sich nicht an dem konkreten dissoziativen System orientiert. In bezug auf von mir (MvL) angeführte Erfahrungen schreibt er: "And the examples that you described indicate same undue rigidity on the part of the therapist, which clearly worked counterproductive: A rigidity which may be fear

³³ Der psychoanalytische Traumatherapeut Matthias Hirsch antwortete im November 2019 bei einem UHW-Workshop in Berlin auf die Frage nach dem Umgang der psychoanalytischen Traumatherapie mit KlientInnen mit DIS: "Na, ein rudimentäres Ich ist in jedemfall vorhanden!" (Information durch die fragende Workshop-Teilnehmerin)

Andererseits liegt in der sogenannten *relationalen Wende der Psychoanalyse* eine Möglichkeit, traumatische Dissoziation (einschließlich der DIS) tiefenpsychologisch zu konzeptualisieren. Dies erst könnte psychoanalytisches Denken für die Traumatherapie nutzbar machen. (Als Einstieg in diesen Zweig der aktuellen Psychoanalyse eignet sich Stephen A. Mitchell: BINDUNG UND BEZIEHUNG. AUF DEM WEG ZU EINER RELATIONALEN PSYCHOANALYSE; Giessen 2003, u.a. S.106ff.) –

Siehe zudem Johanna Herzog-Dürcks PERSONALE PSYCHOTHERAPIE als Ansatz eines "existentiellen" Verständnisses von sehr belastenden Lebenserfahrungen. (*Hier im zweiten Teil.*)

³⁴ Siehe hierzu die Anmerkungen im Anhang.

³⁵ Siehe auch den ausführlichen Erfahrungsbericht einer entsprechenden unangemessenen Therapie in der Selbsthilfezeitschrift LICHTSTRAHLEN 17, S. 50-61, LICHTSTRAHLEN 18, S. 90.

³⁶ in einem Brief an M. v. Lüttichau vom 29.11.07. (Es folgen direkte und indirekte Zitate aus diesem Brief, Übersetzungen MvL.) – ANP und EP bezieht sich auf den Ansatz der '*Strukturellen Dissoziation*'.

Dissoziative Identitätsstörung

based and reflect clinical inexperience. (I am reminded of what one of my DID clients told me about her previous therapist, a psychoanalyst: the therapist said that she wanted to promote integration and therefore didn't want any dealings with other parts. This sounds to me like a *contradictio in terminis*."

["Und die Beispiele, die Sie anführen, deuten hin auf ziemlich unangemessenen Starrsinn seitens der Therapeutin/des Therapeuten, der ohne Zweifel kontraproduktiv wirkte: ein Starrsinn, der mit Furcht begründet sein könnte und auf klinische Unerfahrenheit hindeutet. (Das erinnert mich an etwas, was mir eine DIS-Klientin über ihre frühere Therapeutin erzählte: Die Therapeutin sagte, daß sie die Integration fördern und deshalb keine Beziehung aufnehmen will zu anderen Teilpersönlichkeiten. Das klingt für mich wie ein Widerspruch in sich.)"]

Andererseits haben Betroffene wegen der extrem frühen Traumatisierungen meist ein sehr starkes Bedürfnis nach einer äußeren Mutterfigur. Die besondere Solidarität vieler Therapeutinnen führt dann nicht selten zu entsprechenden Gegenübertragungsreaktionen (Überinvolvierung), wobei das (kontraproduktive) **Bemuttern** einzelner Teilpersönlichkeiten als in anderen therapeutischen Zusammenhängen durchaus zweckmäßige *Hilfs-Ich*-Methode rationalisiert wird.

Eine **Integration von Teilpersönlichkeiten** im Sinne des erwähnten Ideals vom einheitlichen Ich kann nicht Therapieziel sein. Oft führt die zunehmende innersystemische Kooperation dazu, daß einzelne Teilpersönlichkeiten aus eigenem Antrieb sich, d.h. also ihre speziellen Kräfte, Möglichkeiten, Empfindungen und Erinnerungen miteinander verbinden im Sinne einer solchen Integration (oder Fusion). Damit ist kein Verlust für die Person als ganzes verbunden; affektive wie kognitive Potenzen finden sich im Laufe der Zeit innerhalb der neuen Verbundenheit wieder. Fusionen lösen sich wieder, sofern die Bindekräfte noch nicht stark genug waren. Eine Integration sämtlicher Teilpersönlichkeiten kommt gelegentlich vor; aber auch dies geschieht ausschließlich als Entscheidung aller Teilpersönlichkeiten und meist am Ende eines langen therapeutischen Weges. In keinem Fall hat eine Therapeutin die Möglichkeit, eine derartige Integration *kraft ihrer Wassersuppe* zu bewirken! Auch können Teilpersönlichkeiten nicht gegen ihren Willen zum Verschwinden gebracht werden. Entsprechende Ängste entstehen in Multiplen Systemen vor allem am Beginn einer Therapie oft.

Es gibt Betroffene, die ihr Viele-Sein in der Gegenwart (also jenseits des leidvollen Schicksals) unmißverständlich als erweiterte Lebensmöglichkeit sehen und nicht darauf verzichten würden (*JENNY & Co.*; siehe auch entsprechende Äußerungen in Selbsthilfe-Zeitschriften).

Dissoziative Identitätsstörung

Traumatherapie bei DIS

Im Verlauf der DIS-Therapie kommt es unweigerlich zum Kontakt mit Teilpersönlichkeiten, die Träger traumatischer Erinnerungen sind. Im systeminternen Austausch sowie innerhalb der beständigen, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung müssen dann auf das individuelle Multiple System zugeschnittene Möglichkeiten einer traumatherapeutischen Unterstützung gefunden werden. Grundsätzlich gilt hier, genauso wie bei nicht multiplen Betroffenen, **daß die Aufarbeitung von traumatischen Erinnerungen ein bestimmtes Maß an seelischer Stabilität im Alltag voraussetzt**. Bei Menschen mit DIS bedeutet dies unter anderem, es muß genügend systeminterne Kommunikation und Kooperation bestehen. Außerdem müssen innere Rückzugsbereiche und umsorgende oder schützende Innenpersonen zur Verfügung stehen für die Erinnerungsträger. (*"Die verfrühte Arbeit an einem Trauma kann jede weitere effektive Therapie unmöglich machen."* PUTNAM, S.171)

Bewährt für die traumatherapeutische Arbeit bei Betroffenen mit DIS hat sich die von Luise REDDEMANN konzipierte **PITT**.

Grundlegende methodische Prinzipien der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie bei DIS (nach REDDEMANN)³⁷

Stabilisierung:

Erwachsene Teilpersönlichkeiten bekommen Informationen zum Wesen von DIS und zu therapeutischen Möglichkeiten. Sie werden dabei unterstützt, diese "nach innen" weiterzugeben, in altersgemäßer Weise auch an Innenkinder.

Innersystemische Kommunikation und Kooperation wird angeregt und ausgeweitet. Hilfreich ist oft ein Tagebuch oder Schwarzes Brett, mithilfe dessen Teilpersönlichkeiten sich schriftlich austauschen können.

Arbeiten mit Imaginationen:

(Innerer) Runder Tisch oder Konferenzraum, in dem möglichst viele Teilpersönlichkeiten kontinuierlich zusammenkommen und Probleme klären, Aufgaben verteilen und das System in sonstiger Weise besser strukturieren lernen.

³⁷ Zusammenfassung: MvL, nach: REDDEMANN/HOFMANN/GAST. In dem Band werden noch andere therapeutische Ansätze und Methoden vorgestellt.

Dissoziative Identitätsstörung

(Innerer) Sicherer Ort, an dem jede Teilpersönlichkeit einen eigenen Platz findet. Der Sichere Ort sollte mit klaren Grenzen vorgestellt werden. Er ist besonders wichtig für Erinnerungsträger und sonstige Teilpersönlichkeiten, die leicht in Panik geraten, z.B. Innenkinder.

Hilfreiche Wesen, die vorrangig für Innenkinder bedeutsam sein können. *(Solche imaginierten inneren Gestalten sind keine weiteren Teilpersönlichkeiten.)*

Schmerzreduktion durch Imaginationsübungen.

In einem imaginierten Inneren Tresor können belastende Vorstellungen, Bilder, Gefühle und Körperempfindungen zeitweise weggepackt werden, um eine konkrete Alltagssituation zu erleichtern oder aber, wenn noch keine Möglichkeit besteht, sie im Rahmen der Therapie grundlegend aufzulösen oder umzuwandeln.

Traumakonfrontation:

Unbedingte Voraussetzung für die planmäßige therapeutische Arbeit an traumatischen Erinnerungen und Empfindungen ist:

- 1) äußere Sicherheit, d.h. kein Täterkontakt³⁸,
- 2) Sicherheit in der therapeutischen Beziehung,
- 3) innere Sicherheit, d.h. ausreichende Fähigkeit zur Affektkontrolle, die Fähigkeit, mit traumatischen Empfindungen umzugehen (Sicherer Ort, Innerer Tresor) sowie ausreichende Fähigkeit zu innerem Trost.

Integration, Trauer und Neubeginn:

Mit Integration ist hier gemeint (ebenso wie bei der Traumatherapie mit nicht multiplen Betroffenen), daß die schrecklichen Ereignisse als Teil der allgemeinen (auch emotionalen) Erinnerung ein Stück Vergangenheit werden.³⁹

Dissoziative Teilpersönlichkeiten bei Rituellem Gewalt

Nach schwerwiegenden Psychotraumatisierungen kann eine Dissoziative Identitätsstruktur (DIS) entstehen als naturwüchsige Kompensation des neurophysiologischen Systems. Demgegenüber wurde das Entstehen von dissoziativen Persönlichkeitsanteilen bei Opfern im Umkreis von

³⁸ In der Praxis hat sich gezeigt, daß gerade bei Traumabetroffenen mit DIS häufig noch Täterkontakt besteht. Von daher gibt es mittlerweile Erfahrungen mit therapeutischer Unterstützung bei bestehendem Täterkontakt. Eine Voraussetzung hierfür ist die Ausstiegshilfe in Verbindung mit einem möglichst multidisziplinären HelferInnennetz (ähnlich wie bei zwangsprostituierten Frauen). Leider gibt es hierfür erst wenig behördliche Unterstützung.

³⁹ "Trauer und Neubeginn" sollte ein umfassender Schwerpunkt in der Endphase einer Psychotherapie nach schweren, durch Mitmenschen bewirkten traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend sein. Meist übersteigt dieser Bereich die zeitlichen Möglichkeiten einer krankenkassenfinanzierten Traumatherapie – allerdings auch, weil es für ihn kaum konzeptionelle Orientierungsmöglichkeiten gibt. Diese existentiellen Aspekte traumatischer Verletzungen bedürfen der mitmenschlichen Ressourcen der Therapeutin/des Therapeuten in besonders hohem Maße. (Siehe auch Johanna Herzog-Dürck: PERSONALE PSYCHOTHERAPIE ALS ELEMENT INTEGRATIVER TRAUMATHERAPIE. Berlin 2020: bei A+C online)

Dissoziative Identitätsstörung

Organisierter/Ritueller Gewalt durch Folter und Täuschungen gezielt provoziert. Durch entsprechende Konditionierungen (Mind Control) wurden meist eine Vielzahl täterinduzierter dissoziativer Teilpersönlichkeiten mit besonderen Funktionen erzwungen. Diese bilden oft – ebenfalls tätergewollt – innere Systeme, Untersysteme, Hierarchien, Regeln, Verbote, Konsequenzen, amnestische Blockaden. Dabei scheinen sich die Perfidie und Komplexität solcher Konditionierungen im Laufe der letzten Jahrzehnte ausdifferenziert zu haben. So erinnern täterinduzierte Teilpersönlichkeiten jüngerer Betroffener (bei denen auch von Tätern einer jüngeren Generation ausgegangen werden kann) gelegentlich an virtuelle Persönlichkeiten bei Computerspielen (z.B. *Pokémon*).

Täterloyal konditionierte ("programmierte") Teilpersönlichkeiten werden zunächst in verschiedenster Weise alle Heilungsbemühungen sabotieren. Dennoch sind auch sie nicht "böse"! – Böse sind ausschließlich die erwachsenen Täter. Im Kern sind auch täterloyal konditionierte dissoziative Persönlichkeiten hilflose Innere Kinder, deren Täterloyalität ein Versuch ist, Leid von sich (oder von anderen Personen) abzuwenden, Todesangst zu reduzieren und Orientierung zu finden. Manche haben erfahren, daß sie über täterloyales Verhalten (kindgemäße) Bestätigung, Anerkennung und Befriedigung erlangen. Sofern es gelingt, sie in den Heilungsprozeß einzubinden, werden sie meist zu umsichtigen und belastbaren Therapiepartnern.

Die vielschichtigen Möglichkeiten der therapeutischen Unterstützung für Überlebende von Rituelle Gewalt (mit DIS) werden in speziellen Fachbüchern dargestellt.⁴⁰

Als Multiple(r) in einer Welt von nicht Multiplen

Viele-Sein ist eine Folge schrecklicher Lebenserfahrungen, es ist aber eigentlich keine Krankheit, sondern Ausdruck seelischer Selbstheilungskräfte und eine Variante menschlicher Entwicklung, die für viele Betroffene ähnlich selbstverständlich ist wie für andere Menschen, nicht multipel zu sein.

Allerdings bedeutet Multiplizität wohl die weitestgehende Abweichung vom gesellschaftlichen Konsens darüber, wie wir Menschen seelisch organisiert sind. Entsprechend schwer ist es für Betroffene, im sozialen Alltag Akzeptanz zu finden für ihr Viele-Sein.

Wir Nicht-Multiple sind zunächst einfach überfordert! Beim besten Willen können wir uns nicht vorstellen, *wie es sich anfühlt*, wenn sich mehrere (Teil-) Persönlichkeiten einen Körper teilen! Daß es Multiple Persönlichkeiten tatsächlich gibt, rührt an die Grundlagen unseres Selbstbilds als Menschen. (Dies

⁴⁰ Siehe unter anderem von Alison MILLER: *Jenseits des Vorstellbaren* (Kröning 2014) und CLAUDIA FLISS & CLAUDIA IGNEY (Hrsg.): *Handbuch Rituelle Gewalt* (Lengerich 2010).

Dissoziative Identitätsstörung

gilt gleichermaßen für Psychiater und Psychotherapeuten.) So ist auch die Orientierung vieler Nicht-Multipler an den eher sensationellen Aspekten der Dissoziativen Identitäts-Struktur nicht zuletzt Ausdruck ihrer tiefen Ratlosigkeit. Manche Fachveröffentlichungen neigen aus dieser Unsicherheit heraus dazu, DIS-spezifische Phänomene in traditionellen – meist psychoanalytisch begründeten – Begriffen zu sortieren, was nicht immer zweckmäßig ist. (Z.B. *wenn versucht wird, DIS zu unterscheiden in eine "hysterische" Form, bei der die Betroffenen von "wir" sprechen und offensiv von ihrem Viele-Sein ausgehen, sowie eine "narzisstische" Form, bei der Betroffene von "ich" sprechen und ihr Viele-Sein zu verbergen suchen. So bei Dulz/Sachsse in: Eckhardt-Henn/Hoffmann 2004.*)

Zum Glück gibt es in zunehmendem Maße Möglichkeiten, auch in diesem Bereich Neues zu lernen *über das Wunder, Mensch zu sein*. Autobiografische Berichte von Betroffenen kommen auf den Markt, Fachbücher und Ratgeber, es gibt Websites und Internetforen von und für Traumaüberlebende, Dokumentarfilme, zunehmend auch Trauma-FachberaterInnen (meist bei Frauenberatungsstellen) und (leider noch zu wenige) engagierte und kompetente TherapeutInnen. –

Leidvolle Alltagserfahrung der meisten Menschen mit DIS ist noch immer, daß sie im Grunde nur ihrer Therapeutin oder ihrem Therapeuten gegenüber Viele sein können. In anderen sozialen Situationen ruft es Irritation und Befremden hervor, wenn mehr als eine Teilpersönlichkeit nach außen kommt. Am schwersten haben es die Innenkinder. Sie dürfen meist allenfalls in den Therapiestunden rauskommen oder aber zuhause, wenn niemand zuguckt, der dann eine anscheinend erwachsene Person *wie ein Kind* beschäftigt sehen würde. Stofftiere und Spielsachen werden oft sorgsam versteckt, wenn sich Besuch angekündigt hat..

Multiple Systeme sind entstanden unter extrem lebensfeindlichen Außenbedingungen, in denen die perfekte Anpassung, das soziale Unsichtbarwerden oft überlebenswichtig war. Nicht selten haben einzelne Teilpersönlichkeiten noch lange Zeit Täterkontakt. Es ist plausibel, daß bei Multiplen Systemen auch später tiefe Ängste bestehen, sich zu offenbaren. So ist es keine Wichtigtuerei, wenn Multiple in der Öffentlichkeit (und sogar in Selbsthilfezeitschriften) meist nur ihre systeminternen Namen verwenden, wodurch die leibliche Person in ihrer amtlichen Identität anonym bleibt.

Gleichwohl haben Betroffene mit DIS im allgemeinen ein starkes Bedürfnis, ihr Viele-Sein ganz einfach im Alltag leben zu können! Solidarische Freunde und Freundinnen, die mit mehreren Teilpersönlichkeiten (auch Innenkindern!) von Mensch zu Mensch zu tun haben wollen, machen den Betroffenen Mut, zu sich zu stehen und geben Kraft für den schwierigen Weg hin zum *Heilewachsen*. (Siehe CASEY.)

Dissoziative Identitätsstörung

Wenn FreundInnen und SozialarbeiterInnen sich allerdings einseitig oder vorrangig um kindliche Teilpersönlichkeiten kümmern, führt dies im allgemeinen zu einem ungewollten Auseinanderdriften des Multiplen Systems! Die notwendige Verstärkung der innersystemischen Kooperation und Verantwortungsübernahme wird auf diese Weise erheblich behindert. Innenkinder, die dauerhaft von einer Außenperson "beeltert" werden, entwickeln verständlicherweise zu dieser eine starke Bindung. Zur Stabilisierung des Multiplen Systems ist es demgegenüber wichtig, daß andere Teilpersönlichkeiten solche Aufgaben zu übernehmen lernen. (Auf die Gefahr der Überforderung einzelner Anteile wurde bereits hingewiesen.)

Im Internet werden anonyme Betroffenenforen von dissoziativen Teilpersönlichkeiten genutzt, um sich in ihrem Ich-Empfinden zu entfalten und gefahrlos Kontakte zu knüpfen. Auf diese Weise können sie sich kurzzeitig befreit fühlen von der Einschränkung, "nur ein Teil" zu sein. Oft bleibt derartige Kommunikation an der Oberfläche, sie kostet seelische Energie und Körperzeit und kann sich auf längere Sicht katastrophal auswirken auf den inneren Zusammenhalt des Multiplen Systems. Einzelne Anteile können auf diese Weise nur wenig lernen über den Alltag in der gesellschaftlichen Realität. Zudem können sich in solchen anonymen Foren und Chatrooms Ängste und soziales Mißtrauen, wie er bei solcher Lebensgeschichte unvermeidbar ist, kumulieren und zu neuen seelischen Verwerfungen führen.

Drei Wünsche haben wohl die meisten Betroffenen:

- *Aufklärung über traumatisierende Umstände, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind, – nicht nur irgendwo weit weg, sondern hier bei uns in Deutschland, vielleicht im Nachbarhaus, sowie Konzeptionen zur Prävention (auch täterorientiert) und zur Erstunterstützung für betroffene Kinder und Jugendliche, -*
- *Engagement und fachliches Weiterlernen bei therapeutischen Profis und SozialarbeiterInnen, um Opfern und Überlebenden solcher Schädigungen wirklich helfen zu können beim Heilewachsen, -*
- *Anerkennung des Viele-Seins als gleichwertiger Möglichkeit, Mensch zu sein!*

Dissoziative Identitätsstörung

Krisensituationen

Krisen entstehen nicht selten, wenn durch oft harmlose **Auslöser** (Geruch, Musik, Gegenstände oder bestimmte Orte) bei einzelnen Teilpersönlichkeiten traumatische Erinnerungen in Verbindung mit entsprechenden Gefühlen von Panik und Hilflosigkeit als Erinnerungsblitze (**Flashbacks**) aktiviert werden. Manchmal kommt es dann zu Selbstverletzungen oder Suizidversuchen, die für eine im Alltag dominierende Teilpersönlichkeit schockierend und völlig unbegreiflich sein können. (Eindrückliche Darstellungen solcher Situationen bei WEST.)

Oft kommen durch entsprechende Auslöser **kindliche Teilpersönlichkeiten** heraus, die dann eventuell orientierungslos, in panischer Angst umherirren. Außenstehende sind mit so einer Situation natürlich meist überfordert. Wären sie über derlei informiert, könnten sie mit entschiedener Anrede erwachsene Teile hervorrufen, die dann im allgemeinen wieder die Kontrolle über das Multiple System übernehmen. Üblich sind Formulierungen wie:

"Gibt es noch Erwachsene bei dir, die dir jetzt helfen können? – Kannst du sie bitten, rauszukommen?"

"Es soll bitte ein erwachsener Anteil herauskommen und das Kind an seinen Sicherem Ort bringen!"

Arzt- und Zahnarztbesuche, Spritzen oder Eingriffe/Operationen sollten innerhalb des Multiplen Systems sorgsam angekündigt und vorbereitet werden.

Für viele Teilpersönlichkeiten haben derartige (notwendige) Grenzüberschreitungen Auslöserfunktion. Andere sind gerade für solche Situationen zuständig; sie müssen insbesondere bei Eingriffen mit Narkose für die gesamte Zeit draußen bleiben. Innere Beschützer sollten sich dann derjenigen Teilpersönlichkeiten annehmen, die sowas nicht ertragen können.

Wer mit Multiplen noch nichts zu tun hatte, könnte bei manchen ungewöhnlichen Verhaltensweisen an eine Psychose denken. **DIS hat aber nichts mit Psychosen zu tun** – und Betroffenen muß leider abgeraten werden, sich zur Krisenintervention in akutpsychiatrische Stationen zu begeben, weil dort meist noch keine entsprechenden Kenntnisse über Traumafolgeschäden bzw. DIS bestehen und die stark reglementierten Umstände sowie krankheitsbedingt übergriffige MitpatientInnen für sie oft retraumatisierende Wirkung haben. Auch die Neuropharmaka-Therapie ist bei DIS meist eher unangebracht. Oft beeinträchtigen die Medikamente die in der Krise besonders belastete Stabilität des psychischen Systems. – Ist eine Aufnahme in die akutpsychiatrische Station unvermeidbar (vor allem wegen akuter Suizidalität), so sollten zumindest

Dissoziative Identitätsstörung

regelmäßige, terminlich abgesprochene Besuche von Vertrauenspersonen organisiert werden. Die für das Krankenhaus zuständigen **Patientenfürsprecher** können informiert und um Unterstützung gebeten werden.

Menschen mit DIS sollten bei ihrem Ausweis eine Notiz tragen, die auf ihr Multipel-Sein hinweist, *zum Beispiel*:

*"Wenn mir etwas zustoßen sollte oder ich operiert werden muß,
wenden Sie sich bitte umgehend an meine Therapeutin/Helferin ...
Es ist keine Einlieferung in die Psychiatrie und keine Neuropharmaka-Therapie
nötig!
Ich habe eine Multiple Persönlichkeit/DIS."*

In einer gesellschaftlichen Normalität, die schon die Vielzahl von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend tabuisiert und ignorieren möchte, in der viele PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sich über DIS nicht informieren, weil sie an die Existenz von Multiplen Persönlichkeiten "nicht glauben" (*wie tatsächlich immer wieder zu hören ist! – Aber seit wann ist Wissenschaft eine Frage des Glaubens?!),* ist jede(r) Betroffene, die oder der sich auf den Weg des Heilewachsens macht, Einzelkämpfer(in) und Pfadfinder(in); - sie oder er hilft mit, den Weg zu bahnen, damit Trauma-Überlebende mit DIS es irgendwann leichter haben, kompetente Unterstützung und Hilfe zu finden – und Anerkennung als Menschen so, wie sie sind, *nämlich Viele.*



© Mandy

PERSÖNLICHKEITSANTEILE, DISSOZIATION UND TRAUMA: HINTERGRÜNDE UND ZUSAMMENHÄNGE

Persönlichkeitsanteile als Thema von Psychotherapie

Ein ziemlich selbstverständlicher Umgang mit Persönlichkeitsanteilen und Persönlichkeits-"Wechsel" läßt sich aus kulturellen Zeugnissen aller Zeiten herauslesen. Analogien finden sich in schamanischen Transformationen oder in den vier Charakteren von Devi, der Gefährtin des hinduistischen Gottes Shiva: Annapurna, Durga, Kali und Parvati, aber auch in europäischen Märchen oder in den *Archetypen* der jung'schen Psychologie (siehe z.B. in dem traumatherapeutisch relevanten Buch von C. Pinkola Estés: DIE WOLFSFRAU). Die erste konkrete medizinisch-psychologische Beschreibung von DIS gab Paracelsus (1646). Benjamin Rush, Autor des ersten US-amerikanischen Lehrbuchs der Psychiatrie (ein Mit-Unterzeichner der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung) sammelte Fallgeschichten über Dissoziation und Multiple Persönlichkeiten. – Als erster Wissenschaftler, der sich umfassend und systematisch mit dem Wesen von Dissoziation, Traumatisierungen und Teilpersönlichkeiten sowie mit therapeutischen Möglichkeiten auseinandergesetzt hat, gilt Pierre Janet (1859-1947).⁴¹

Im 20. Jahrhundert wurden diese Forschungen verdrängt durch psychoanalytische Interpretationen und Persönlichkeitsmodelle (Stichworte sind: *Triebtheorie, ödipale Phantasien, Verdrängung, Abwehrfunktionen, Konversionsneurose*). Als einziger Psychoanalytiker um Freud versuchte der ungarische Arzt Sándor Ferenczi (1873-1933), das Problem der Realtraumatisierung im Kindesalter und deren Folgen (nicht zuletzt dissoziative Störungen) innerhalb der Psychoanalyse zu konzeptualisieren. (Siehe dazu FERENCZI.) Jedoch hat erst die schrittweise Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für Posttraumatische Belastungsstörungen (im Zusammenhang mit Krieg, KZ-Überlebenden, Naturkatastrophen, technischen Unfällen, Vergewaltigungen und zuletzt auch Kindsmißhandlungen und Inzest) den durch Traumata verursachten dissoziativen Reaktionen wieder zu einem höheren Maß an Akzeptanz verholfen. (Siehe hierzu auch bei HERMAN.)

Noch immer sind viele Professionelle über Traumafolgeschäden und die spezifischen Diagnosekriterien kaum informiert. In Curricula zur psychiatrischen Facharztausbildung werden Psychotraumatisierungen nur cursorisch genannt. Obwohl die Symptomatik der DIS in den offiziellen Diagnosekatalogen (ICD-10 und DSM IV) enthalten ist, werden Traumaüberlebende mit DIS im psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltag oft nicht zutreffend diagnostiziert. Selbst ausgewiesene TraumatherapeutInnen haben oft keine Erfahrung mit DIS.⁴² Entsprechend lang sind die Wartezeiten bei den wenigen kompetenten TherapeutInnen. Es ist zu hoffen, daß mittelfristig besser informierte Betroffene TherapeutInnen motivieren können, sich auf sie als Multiple Systeme einzulassen und sie bei ihrem Heilungsprozeß zu begleiten und zu unterstützen.

⁴¹ Zur Geschichte dieser Konzeption siehe u.a. bei Frank W. PUTNAM: Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Paderborn 2003) und Lyda HANTKE: Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen (Berlin 1999).

⁴² Dies geht aus unzähligen Berichten von Betroffenen hervor, sowohl in Veröffentlichungen, in Selbsthilfeforen als auch dem Autor gegenüber.

*Persönlichkeitsanteile, Dissoziation und Trauma:
Hintergründe und Zusammenhänge*

**Das Ich, natürliche Persönlichkeitsanteile
und ganzheitliches / integratives Menschenbild**

Das einheitliche, widerspruchslose *Ich* war bereits in der Antike, in jedemfall seit der Renaissance, kulturelles Leitbild in Europa. In den letzten Jahrzehnten wird diese Annahme in zunehmendem Maße revidiert. Unsere Psyche entwickelt sich offenbar nicht ausschließlich linear, in lebenszeitlich festgelegten Phasen, sondern lebenslang synchron in verschiedenen "sensiblen Bereichen". Zu dieser Schlußfolgerung kommen insbesondere neuere Erkenntnisse der praktischen Säuglingsforschung (D.N. STERN, M. DORNES). Darüberhinaus passen sich neurophysiologische Strukturen in hohem Maße an die individuelle Nutzung an (Neuronale Plastizität). Eine Fülle von Erfahrungen aus verschiedenen Fachgebieten belegt, daß die Entwicklungsfähigkeit der menschlichen Psyche wesentlich umfassender ist, als traditionelle psychologisch-therapeutische Theorien angenommen haben. – Insbesondere das Phänomen der natürlichen Persönlichkeitsanteile (Parts, Ego States) hat in den letzten Jahrzehnten hohen Stellenwert bekommen in verschiedenen therapeutischen Ansätzen. (Siehe hier die Literaturhinweise zu WATKINS & WATKINS, REDDEMANN, PEICHL, HANTKE, SCHWARTZ, H. + S. STONE, SCHULZ v.THUN, aber auch bei C.G. Jung, P.Federn, in Gestalttherapie, Focusing, Transaktionsanalyse, Psychosynthese nach Assagioli, Hakomi, NLPt/Core-Transformation nach Andreas.)

Als natürliche psychische Entwicklung können wir heutzutage verstehen, daß als Folge unterschiedlicher Entwicklungseinflüsse, individueller Erfahrungen und besonderer Neigungen in uns allen verschiedene Persönlichkeitsaspekte entstehen, die bei günstigen Entwicklungs- und Lebensbedingungen weitgehend miteinander kooperieren, die wir in bestimmten Situationen jedoch auch als widersprüchlich, als *Parts* oder *Ego States* erleben.

Unser Selbstgefühl als Mutter (oder Vater) unterscheidet sich grundlegend von demjenigen als Tochter (oder Sohn). Wir fühlen uns als Mitarbeiter anders als zuhause beim Abwasch. Ein Teil von uns geht vernünftig und sparsam um mit Geld, ein anderer neigt zu spontanen unnützen und leichtsinnigen Einkäufen. Manchmal spüren wir unterschiedliche Persönlichkeitsanteile in direkter Konkurrenz zueinander, beispielsweise gibt es in bedrohlichen Situationen oft einen mutigen und einen ängstlichen Anteil, einen kindlichen und einen erwachsenen. Ganz zu schweigen vom weiten Feld der erotischen und sexuellen Empfindungen, Grundsätze, Ängste, Phantasien und Wünsche! (Zum alltäglichen Umgang mit unseren eigenen Persönlichkeitsanteilen siehe vor allem SCHULZ v.THUN und STONE.)

Neurophysiologische Erkenntnisse und Hypothesen verdeutlichen die Ausbildung solcher unterschiedlicher Persönlichkeitsaspekte bzw. -anteile als dissoziative Prozesse (van der HART/ NIJENUIS/ STEELE, REDDEMANN /HOFMANN/ GAST, HANTKE, PEICHL).

Die vorrangig von dem französischen Psychiater Pierre JANET (1859-1947) entwickelte Konzeption der Dissoziation wird dabei als natürliche, biologisch angelegte Fähigkeit der Psyche verstanden, durch die bestimmte eigene Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen, Handlungen oder Gedanken voneinander getrennt bzw. dem Bewußtsein unzugänglich bleiben: Sie werden abgespalten. Dissoziative Abspaltungen verhindern (bei uns allen!) eine Überflutung des Bewußtseins mit Reizen und verbessern dadurch die Reaktionsmöglichkeiten des Individuums in schwierigen Situationen.

*Persönlichkeitsanteile, Dissoziation und Trauma:
Hintergründe und Zusammenhänge*

Auch die traumverlorene Geistesabwesenheit von Kindern, ihr typisches Abschalten oder der auch vielen Erwachsenen noch bekannte Tunnelblick, wenn ein Gegenüber unangenehm und ermüdend monologisiert, sind Momente eines derartigen dissoziativen Abspaltens von Erfahrungsmomenten. Durch die notwendige und von der Außenwelt geforderte Orientierung an der Alltagsrealität verliert sich dieses alltägliche Dissoziieren im Erwachsenenleben meist weitgehend oder beschränkt sich auf seltene Situationen. So berichten Autofahrer, daß sie manchmal am Ziel angekommen sind, ohne sich an das Fahren selbst zu erinnern. –

Dissoziative Abspaltungen (einschließlich DIS) als Folge schrecklichster Lebensumstände, vor allem in der Kindheit, sind eine extreme Auswirkung dieses natürlichen menschlichen Entwicklungspotentials.

Die Traumatherapeutin Lydia HANTKE schreibt zur Konzeption JANETs: *"Das Modell der Dissoziation beruht (...) auf einer vollständig anderen Vorstellung des Zusammenhangs von Bewußtsein, Handeln, Denken und Fühlen – Physis und Psyche mithin – als der unseres weitgehend psychoanalytisch geprägten Denkstils. Im engen Zusammenhang mit der Hypnoseforschung des 18. und 19. Jahrhunderts entstanden, bildet diese Wahrnehmung voneinander amnestisch getrennter bzw. trennbarer Bewußtseinszustände ein quasi-horizontales Alternativmodell zur psychoanalytischen Hierarchie der Zugangsmöglichkeiten zum Bewußtsein. – Verschiedene Bewußtseinszustände müssen durch eine synthetisierende Handlung erst miteinander verbunden werden. Ist die Erfahrung im traumatischen Erleben durch extreme Hilflosigkeit und die Unmöglichkeit zu sinnvollem Handeln gekennzeichnet, so werden Gefühle, Kognitionen und Bewegungsabläufe dissoziiert und der integrierenden Erinnerung entzogen."*⁴³

Die Fähigkeit zur dissoziativen Abspaltung und zur Entwicklung unterschiedlicher Persönlichkeitsanteile korrelierte in der Neuzeit mit einer anthropozentrischen, ideologischen Tendenz zur Ausgrenzung immer neuer Momente des Lebens aus einer sogenannten Normalität. (Siehe Horkheimer/Adorno: DIALEKTIK DER AUFKLÄRUNG sowie u.a. bei H.E.Richter: GOTTESKOMPLEX und bei Arno Gruen: DER WAHNSINN DER NORMALITÄT sowie VERRATENE LIEBE – FALSCHER GÖTTER. Siehe auch Robert Jay Liftons Forschungen zu Überlebenden von sozialem Trauma.) Auch die menschen- und lebensfeindliche Gewalt, unter der Betroffene mit DIS leiden mußten ebenso wie Opfer in NS-Konzentrationslagern oder von staatlich/gesellschaftlich tolerierten Folter-Szenarien auch heutzutage, läßt sich als Ausdruck dieser Verdinglichung und Instrumentalisierung des Lebens begreifen (siehe auch SCHALLECK). – Bewußtheit um die auf diese Weise entstehenden instrumentellen, verdinglichten gesellschaftlichen Funktionen, Rollen und Ideologeme bedeutet demgegenüber eine wichtige Gegenbewegung und ist Teil der Suche vieler Menschen nach einem ganzheitlichen Selbst- und Weltbild. Zu diesem integrativen, ganzheitlichen Paradigma zählen nicht nur tiefenökologische (ökosophische) Erkenntnisse (z.B. bei E.Jantsch, F.Capra, R.Bahro, D.LaCapelle, S.Elworthy, M. Berman) und Ansätze der Transpersonalen und Buddhistischen Psychologie (bei A.Maslow, R.Assagioli, St.Grof, R.Leisner, S.Wetzel, A. Watts, K.Wilber, Osho, R.Moss, S.Gawain, P.Krystal u.a.), sondern auch therapeutische wie selbsterfahrungsbezogene Methoden, im Alltag bewußter mit unseren innerpsychischen Parts umzugehen (SCHWARTZ, SCHULZ v.THUN, STONE, PEICHL). Selbst in der

⁴³ Lydia HANTKE: Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen (Berlin 1999, Klappentext); als pdf auf der Website der Autorin: https://institut-berlin.de/wp-content/uploads/hantke_trauma-und-dissoziation.pdf

*Persönlichkeitsanteile, Dissoziation und Trauma:
Hintergründe und Zusammenhänge*

psychiatrischen Forschung und Praxis entsteht sacht ganzheitliche Aufmerksamkeit für individuelle Ressourcen, lebensgeschichtliche Zusammenhänge und integrative Diagnose-Modelle.

Alan WATTS (1981, S. 31f.) zitiert eine hierzu gut passende Überlegung von Gardner Murphy (bereits aus dem Jahr 1947!): "Wenn wir zudem ernsthaft zu einem möglichst tiefen Verständnis der Persönlichkeit, ihrer Integration und ihrer Desintegration vordringen wollen, müssen wir auch die Bedeutung der Depersonalisation verstehen, also die Bedeutung jener Erfahrungen, in denen das individuelle Selbstbewußtsein aufgehoben ist und der Einzelne in ein Bewußtsein zerfließt, das nicht mehr mit seinem eigenen Selbst verankert ist. Solche Erfahrungen werden im Hinduismus als die letzte Vereinigung des einzelnen Menschen mit dem Atman beschrieben, jener überindividuellen kosmischen Entität, die sowohl das eigene Selbst als auch das Materielle transzendiert. (...) Manche Menschen wünschen sich solche Erfahrungen, andere fürchten sie. Unser Problem ist nicht ihre Erwünschtheit, sondern das Licht, das sie auf die Relativität unserer heutigen Psychologie der Persönlichkeit werfen. (...) Irgendeine andere Form der Persönlichkeitskonfiguration, in der das Selbstbewußtsein weniger stark betont wird oder sogar überhaupt fehlt, kann sich als die allgemeine (oder grundlegende) Form erweisen."

Ausblicke: Dissoziation & Assoziation

"Das Bedürfnis des Kindes ist es, die Welt kennenzulernen, ganz viele Stützpunkte, Beziehungspunkte und so viele Gesprächspartner wie möglich zu haben. Gesprächspartner im ganz komplexen Sinne: Die Mutter, den Vater, die Dinge der Umwelt, die Räume, das Licht.. Das Kind muß das Gefühl haben können, daß es zu allem in Beziehung steht. Es spricht mit dem Gras, den Bäumen, den Wolken... Das Kind findet seine Identität, indem es in der Welt lebt, und indem es mit allen Menschen seiner Umgebung im Kontakt ist."⁴⁴ – Das ist der Anfang: eine beim Menschen angelegte nahezu unbegrenzte Bereitschaft zur Interaktion mit der Welt, die Intention zum *Unterscheiden ihrer Vielfalt* und zum *Verbinden ihrer Elemente*. Spirituelle Lehrer (BUDDHA, LAO TSE, HERAKLIT, RAMANA MAHARSHI, OSHO, aber auch der junge F. D. E. SCHLEIERMACHER, R.W. EMERSON, H. D. THOREAU und viele andere) verweisen auf unsere grundlegende Ungetrenntheit von der Welt als Ganzem, die uns nur meist nicht bewußt ist aufgrund unserer anthropozentrischen "Abspaltungen" (*aber was ist das?*). In dieselbe Richtung gehen heutige, eher naturwissenschaftlich-tiefenökologisch orientierte Erkenntnisse und Konzeptionen (F. CAPRA, J. LOVELOCK + L. MARGULIS u.a.).

Das natürliche menschliche Potential entwickelt und entfaltet sich zwischen ASSOZIIEREN (zusammenfügen, integrieren, vereinheitlichen) und DISSOZIIEREN (unterscheiden, voneinander trennen, abspalten, differenzieren, ausgrenzen); diese Polarität begleitet unseren Alltag und gehört zweifellos zu den grundlegenden Funktionen unseres Bewußtseins. Es könnte zweckmäßig sein, das Augenmerk zu richten auf die Frage, in welchen unterschiedlichen Konstellationen assoziative und dissoziative Elemente des Bewußtseins beteiligt sind an psychischen, psychosomatischen und kreativen Prozessen und Strukturen

⁴⁴ L. MALAGUZZI in: WENN DAS AUGE ÜBER DIE MAUER SPRINGT (Hrsg. Projektgruppe REGGIO, Hamburg 1990)

*Persönlichkeitsanteile, Dissoziation und Trauma:
Hintergründe und Zusammenhänge*

bzw. welche Muster (Empfindungen, Eigenschaften, Lebensweisen, Entwicklungswege, Konflikte, Symptome, Folgen) sich daraus jeweils ergeben könnten.

So könnten auch besonderen Begabungen oder Kompetenzen dissoziierte Ausdifferenzierungen des Bewußtseins zugrundeliegen. Ist die polare, ambivalente oder mehrdeutige (polyvalente) Dynamik besonders stark ausgeprägt, wird sie möglicherweise zur Grundlage künstlerischer Kreativität – oder sie führt zur neurophysiologischen (und seelischen) Überlastung. Die traumatische Dissoziation ließe sich dann verstehen als (gewaltsam erzwungener) Sonderfall einer solchen (bislang hypothetischen!) Gesetzmäßigkeit der Bewußtseinsentwicklung, bei der es grundlegend um ein mehr oder weniger dynamisches, labiles oder statisches Verhältnis zwischen integrativen (assoziativen) und differenzierenden (dissoziativen) Impulsen oder Tendenzen geht. Grundlage hierfür wäre allerdings ein Verständnis für *Bewußtsein* als "eines unauflösbaren Zusammenhangs zwischen Handeln, Fühlen, Denken und Wahrnehmen in jeder Begegnung mit den eigenen Zuständen, dem eigenen Körper, den Menschen um uns, den gesellschaftlichen wie natürlichen Bedingungen (...)." So faßt HANTKE⁴⁵ Pierre JANETS Konzeption von Dissoziation zusammen. – Dies korreliert mit den bereits erwähnten Erkenntnissen der neueren empirischen Säuglingsforschung (Daniel N. STERN), nach denen unser Bewußtseinssystem sich in mehreren "Bereichen des Selbstempfindens" entfaltet, die lebenslang offen bleiben für Veränderungen, also auch für seelische Verletzungen, und entsprechende bereichstypische Kompensationsformen entwickeln können. STERN betont die Konsequenzen dieser Erkenntnisse für die therapeutische Rekonstruktion der individuellen Lebensgeschichte, insbesondere bei Traumatisierungen bzw. der für die sogenannten "Persönlichkeitsstörungen" charakteristischen Mischung von Verhaltensweisen/Abwehrformen und Empfindungen, die ganz verschiedenen "Entwicklungsphasen" (gemäß der traditionellen psychoanalytischen Entwicklungspsychologie) angehören.⁴⁶

⁴⁵ Lydia HANTKE (1999, S. 182)

⁴⁶ Daniel N. STERN: Die Lebenserfahrungen des Säuglings (Stuttgart 1992)
Ders.: Tagebuch eines Babys (München 1993)



(c) 1994 Bauer (Quelle: MATRIOSCHKA, Zeitschrift von und für Multiple Persönlichkeiten 5/1995)

ORGANISIERTE SEXUALISIERTE und RITUELLE GEWALT (Ritual Abuse, Mind Control)

Als Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt wird die systematische Anwendung schwerer sexualisierter Gewalt in Verbindung mit körperlicher und psychischer Gewalt durch mehrere Täter und Täterinnen bzw. Täternetzwerke bezeichnet. Meist ist dies mit kommerzieller sexueller Ausbeutung verbunden. Dient eine Ideologie zur Begründung oder Rechtfertigung der Gewalt, wird dies als rituelle Gewalt bezeichnet.⁴⁷

Zeremonien im Zusammenhang mit Rituellem Gewalt können einen ideologischen Hintergrund haben oder auch zum Zwecke der Täuschung und Einschüchterung inszeniert sein. Dabei werden Symbole, Tätigkeiten oder Rituale eingesetzt, die den Anschein von Religiosität, Magie oder übernatürlichen Bedeutungen haben. Meist werden diese Geschehnisse über einen längeren Zeitraum wiederholt.⁴⁸

Belegt wird das Vorkommen von Rituellem Gewalt durch eine Vielzahl von Aussagen Betroffener, vorrangig im Rahmen psychotherapeutischer Betreuung, durch publizierte Selbstzeugnisse Betroffener sowie durch die umfangreiche Dokumentation in Selbsthilfeforen und -zeitschriften, mittlerweile auch in Dokumentarfilmen.⁴⁹ Daneben existieren empirische Untersuchungen aus verschiedenen Ländern.^{50, 51}

Hiervon zu unterscheiden sind Versatzstücke satanistischer Rituale und Ideologien innerhalb aktueller Jugendkulturen. Zusammenhänge kann es punktuell allerdings geben. Für Jugendliche mit enttäuschenden und schmerzlichen Lebenserfahrungen bedeutet die uneinfühlsame, bewertende und ignorante Verständnislosigkeit von erwachsenen Bezugspersonen (Eltern, Lehrern, Psychologen) nicht selten den letzten Anstoß zum Suizid/-versuch. Bei derartiger Hoffnungslosigkeit können satanisch orientierte Songs, Symbole, Einstellungen, Rituale und Texte Kompensationsmöglichkeiten bieten für verletzte Gefühle, Vertrauensbrüche, narzißtische Kränkungen und Traumatisierungen. "Böses" kann zu "Gutem"

⁴⁷ Siehe auch <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/organisierte-sexualisierte-und-rituelle-gewalt> – 20 Jahre früher wurde üblicherweise noch von "rituellem Mißbrauch" gesprochen. Im Bericht der Enquete-Kommission des 13. Deutschen Bundestages Sogenannte Sekten und Psychogruppen. 1998, S. 184 hieß es: "Unter rituellem Missbrauch werden Formen sexueller, physischer und psychischer Übergriffe auf Kinder und jüngere Jugendliche - nach der Literaturlage überwiegend weiblichen Geschlechts - verstanden, die mit wiederkehrenden Symboliken, gleichförmigen Handlungen und kultisch-rituellen Vollzügen einhergehen."

⁴⁸ Nach Thorsten Becker in: Claudia Fliß und Claudia Igney (Hrsg.): HANDBUCH TRAUMA UND DISSOZIATION (Lengerich 2008, S. 25–26) – Christlich orientierte Helfer-Organisationen betonen gelegentlich die Bedeutung satanistischer Gruppen, "die nach der Weltherrschaft streben". Für letzteres gibt es meines Wissens bisher keine realistischen Anhaltspunkte.

⁴⁹ Siehe hier weiter unten sowie auf der Linkliste von www.dissoziation-und-trauma.de.

⁵⁰ Claudia Igney: STAND DER FORSCHUNG IN DEUTSCHLAND, in: Claudia Fliß und Claudia Igney (Hrsg.): HANDBUCH RITUELLE GEWALT (Lengerich 2010)

⁵¹ Michaela Huber: MULTIPLE PERSÖNLICHKEITEN. ÜBERLEBENDE EXTREMER GEWALT (Frankfurt/M. 1995, Neuauflage: Paderborn 2010)

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

umgedeutet und damit erträglicher werden, – als *Identifikation mit dem Aggressor* bzw. *Opfer/Täter-Spaltung* ein bekannter psychischer Mechanismus. Andererseits können Überlebende von Rituellem Gewalt die Black Metal-, Death Metal- und Gothic-Szene nutzen, um entsprechende Erinnerungen auszuagieren.

Methoden und Auswirkungen

Repräsentative Befragungen unter Psychotherapeuten in Deutschland (insgesamt 1500 Rückmeldungen) ergaben KlientInnenberichte über Tieropferung, rituellen sexuellen Mißbrauch, Ekeltraining, Leichenschändung, Menschenopferung (zumeist Neugeborene), schwarze Messen, Zwang zu absolutem Gehorsam und absoluter Geheimhaltung.⁵²

Infolge der meist seit frühester Kindheit erfahrenen Traumatisierungen kommt es bei den Opfern häufig zur Ausbildung der Dissoziativen Identitätsstruktur (DIS, "Multiple Persönlichkeit"). Teilweise wird dies von Tätern intendiert, um einzelne Persönlichkeitsanteile für bestimmte Zwecke einsetzen zu können. In diesem Zusammenhang berichten Betroffene von Konditionierungen, mit deren Hilfe "Programme" (posthypnotische Befehle oder Befehlsketten) verankert wurden (Mind Control). Auf diese Weise werden Opfer auch zu Gewalthandlungen gezwungen.⁵³

Eine typische, fast regelhafte Folge von Rituellem Gewalt sind Symptome der (Komplexen) Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).⁵⁴ Als komorbide Störungen finden sich vor allem Depression, Eßstörungen, Zwänge und Persönlichkeitsstörungen.⁵⁵

⁵² Claudia Igney in: Claudia Fliß und Claudia Igney (Hrsg.): HANDBUCH RITUELLE GEWALT (a.a.O., S. 67ff.)

⁵³ vgl. Alison Miller: JENSEITS DES VORSTELLBAREN. THERAPIE BEI RITUELLER GEWALT UND MIND-CONTROL (Kröning 2014), Michaela Huber (a.a.O.) sowie Angaben von Überlebenden in den hier weiter unten vorgestellten Filmen und Büchern.

⁵⁴ Die PTBS ist in der diagnostischen Praxis derzeit die regelhaft genutzte Diagnose für konsistente Traumafolgeschädigungen, vorrangig nach Akuttraumatisierungen. Judith L. Herman hatte für die Folgen nach Extremtraumatisierungen die Kategorie einer "Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (K-PTBS)" vorgeschlagen (1992; Paderborn 2003, S. 161 ff.). Inzwischen liegt eine umfassende Monografie vor, in der konzeptionelle Überlegungen und therapeutische Erfahrungen zu einer auf Hermans Vorschlag aufbauenden erweiterten Klassifikation von Traumafolgeschädigungen vorgelegt werden: Manfred Sack/Ulrich Sachsse/Julia Schellong (Hrsg.): KOMPLEXE TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN (Stuttgart 2013)

⁵⁵ Claudia Fliß: SPEZIFISCHE PSYCHISCHE FOLGEN, in: Claudia Fliß und Claudia Igney (Hrsg.): HANDBUCH RITUELLE GEWALT (a.a.O., S. 226–260)

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Täter und Tätergruppen

Auch die Kenntnis über Täterstrukturen stützt sich derzeit noch vorrangig auf Aussagen Überlebender. Oft scheint es sich um lokale Täterkreise zu handeln, die teilweise seit mehreren Generationen bestehen. Die Beteiligung traditioneller satanistischer Gruppierungen läßt sich bisher nicht belegen. Versatzstücke satanistischer Rituale scheinen manchmal verbunden zu sein mit germanofaschistischer Ideologie.⁵⁶ Andererseits gibt es regelhaft Hinweise auf kinderpornographische Kommerzialisierung (sexualisierte Mißhandlung und Folter an Kindern, dokumentiert auf Video, vertrieben über Internet); dies läßt auf umfassendere Täternetze schließen. Nicht selten vorzukommen scheint die Kooperation eines Kreises von tatsächlich an satanistischen Kulturen orientierten Tätern mit anderen, die ohne kultisch-rituelle Überzeugung Opfer zur eigenen sadistischen Befriedigung oder zum Zwecke der Kinderprostitution bzw. zur Produktion von Gewaltvideos benutzen.⁵⁷ Zumindest bei den mir bekannten Überlebenden bestand die Kerngruppe von TäterInnen aus Angehörigen und anderen Personen der eigenen Lebensalltags, die mit außenstehenden, oft maskierten Tätern in Verbindung standen.

In der Neigung, den Schwerpunkt der Diskussion auf die Existenz oder Nichtexistenz mafioser Täterstrukturen zu legen ("*gegen die wir sowieso nichts machen können*"), liegt die Gefahr, abzulenken von unserer konkreten Lebenswelt mit ihren Untiefen. Das Augenmerk von (nationalen wie internationalen) Strafverfolgungsbehörden muß zweifellos auf der Aufdeckung von Täternetzwerken liegen. Wir als Mitbürger der Opfer sollten uns mit dem psychischen und sozialen Umständen beschäftigen, die in der Bevölkerung derartige zerstörerische, mörderische, sadistische Bedürfnisse hervorrufen und am Leben halten.⁵⁸

⁵⁶ vgl. in dem Dokumentarfilm HÖLLENLEBEN (I) sowie in den Dokumentation von Rachel & Laura: UNSER SIEG ÜBER DIE RITUELLE GEWALT (Berlin 2012).

⁵⁷ siehe hierzu den Dokumentarfilm über Noemi und Pierre M. (hier weiter unten), die Berichterstattung über den belgischen Kindermörder Marc Dutroux (Links bei Wikipedia) sowie die Dokumentation von Merle Müller: ZEUGNISSE AUS DER RITUELLEN GEWALT (Berlin 2019).

⁵⁸ Trotz der gravierenden Unterschiede sehe ich eine Analogie zum öffentlichen Umgang mit Drogen. Angeprangert werden anonyme "Drogen-Mafias"; die individuellen Drogennutzer im sozialen Nahraum werden demgegenüber meist achselzuckend hingenommen.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Strafverfolgung und Opferschutz

Eine auf diese Verbrechenform zugeschnittene Strafverfolgung wird erheblich erschwert dadurch, daß es hierfür bisher keinen entsprechenden Straftatbestand (eventuell im Rahmen des § 129 StGB: Bandenkriminalität) gibt. Dies würde den Aufbau eines nationalen Registers entsprechender Verdachtsmomente ermöglichen.⁵⁹

Aus einer Vielzahl von Gründen ist es für Opfer derartiger Gruppen oft kaum möglich, sich Hilfe zu suchen bzw. Aussagen über die Taten zu machen. Dies gilt nicht nur für kindliche Opfer, sondern auch für Erwachsene.⁶⁰

Aussagen über das Täterverhalten sind auch aufgrund von Amnesie bzw. dissoziativer Abspaltung oft zunächst nur im Rahmen von psychotherapeutischer Aufarbeitung möglich. Dies wiederum gilt Strafverfolgungsbehörden gern als Zeugenbeeinflussung. Geheimhaltung, teilweise Anonymität von Tätern, Unbekanntheit der Tatorte und der oft große zeitliche Abstand erschweren eine strafrechtliche Verfolgung. – Verstärkte Aufmerksamkeit wird dem Thema Organisierte Rituelle Gewalt seit einiger Zeit in polizeilichen Ausbildungsstätten und im kirchlichen Bereich geschenkt.⁶¹

Zunehmend angewandte Möglichkeiten des Opferschutzes sind behördliche Auskunftssperre, Namensänderung, Maßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz. Die meist ungenügende Beweisbarkeit erschwert vor allem familienrechtliche Interventionen sowie Unterstützung nach dem Opferentschädigungsgesetz.

Für Betroffene, die noch bis ins Jugend- oder Erwachsenenalter in Gruppen der organisierten Ritualen Gewalt eingebunden sind, hat die organisierte Ausstiegsbegleitung (meist durch PsychotherapeutInnen oder SozialarbeiterInnen) hohe Bedeutung.

⁵⁹ Siehe auch Rudolf v. Bracken: UNGLAUBLICH – ABER WAHR! RECHTLICHE ASPEKTE RITUELLER GEWALT (in: Fliß/Igney: HANDBUCH RITUELLE GEWALT; Lengerich 2010, S.365-381) sowie Manfred Paulus: RITUELLE GEWALT – (K)EIN THEMA FÜR DIE POLIZEI? (a.a.O., S. 383-391)

⁶⁰ Mondrian Graf v. Lüttichau: ZEUGNISSE AUS DER ORGANISIERTEN RITUELLEN GEWALT – DER FALL MERLE MÜLLER. WIESO VIELE OPFER KEINE HILFE SUCHEN (*Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* 17 Jg. (2019) Heft 3, S. 84-91) - Enthalten hier im zweiten Teil.

⁶¹ Adolf Gallwitz und Manfred Paulus: PÄDOKRIMINALITÄT WELTWEIT (Verlag Deutsche Polizeiliteratur, Hilden 2009); Arbeitskreis Rituelle Gewalt der Bistümer Osnabrück, Münster und Essen (Hrsg.): RITUELLE GEWALT. DAS (UN)HEIMLICHE UNTER UNS (Münster 2014)

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Psychotherapie

Psychotherapeutische Betreuung orientiert sich zumeist an psychotraumatologischen Erkenntnissen (vor allem im Zusammenhang mit dissoziativen Störungen). Bei Betroffenen mit Dissoziativer Identitätsstruktur (DIS) werden möglichst alle ausdifferenzierten Teilpersönlichkeiten im authentischen Kontakt bei ihrer je eigenen Aufarbeitung der Traumavergangenheit begleitet. Weil das dissoziative Aufspalten bei einer Vielzahl von unterschiedlichen traumatischen Situationen immer leichter eintritt, entstehen bei der Opfern von Rituellicher Gewalt typischerweise sehr viele Teilpersönlichkeiten und Splitteranteile. Diese können innerhalb der Therapie oft zusammengeführt werden zu Gruppen (mit einem Sprecher/einer Sprecherin). Aufgrund der unterschiedlichen "Abspaltungsbiografie" sowie der eigenen Rolle und Funktion innerhalb des Kults haben die multiplen Persönlichkeiten teilweise sehr divergente Vorstellungen von den Tätern, von der kultischen Ideologie, von sich selbst und von der mitmenschlichen Außenwelt (die sogenannte *Theory of Mind*). Ein Schwerpunkt der Therapie liegt auf der Arbeit mit den in unterschiedlicher Weise täteridentifizierten Teilpersönlichkeiten. – Im "multiplen System" von Kultüberlebenden gibt es von daher meist extreme Spannungen, Dissonanzen, Feindseligkeiten, Unvereinbarkeiten, Widersprüche und Irritationen. Dazu kommt, daß die aufgrund spezieller Situationen entstandenen Teilpersönlichkeiten zunächst nichts voneinander wissen. Das gegenseitige Kennenlernen und nachfolgend der innersystemische Austausch (Auflösen der amnestischen Barrieren), situativer Konsens und Kooperation nehmen in der traumatherapeutischen Begleitung von Überlebenden deshalb einen sehr hohen Stellenwert ein. Daneben steht, wie bei anderen Traumaopfern, die Aufarbeitung/Integration traumatischer Inhalte.

Bestimmte dissoziative Teilpersönlichkeiten (bzw. Überlebende, die nicht multipel sind) müssen im Alltag das Bewußtsein der eigentlich unvorstellbaren Schrecklichkeiten aushalten, wozu oft auch das Wissen zählt, selbst zu schlimmen Taten gezwungen worden zu sein. Existentielle Fragen werden bei ihnen meist sehr relevant und sollten Inhalt des therapeutischen Gesprächs sein: Scham, die Frage einer eigenen Schuld, der Sinn des Weiterlebens (bei all den getöteten Leidensgefährtinnen), Haß auf Täter, aber auch ambivalente Empfindungen ihnen gegenüber, Wut auf die soziale Umwelt, die nichts wahrgenommen hat und selbst jetzt kaum Solidarität zeigt. Solche Themen kommen in den verbreiteten psychotherapeutischen Konzeptionen meist zu kurz.⁶²

⁶² Siehe dagegen bei Johanna Herzog-Dürck (siehe hier im zweiten Teil).

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Kritik und Leugnung

Das Vorkommen von Rituellem Gewalt zunächst zu bezweifeln, ist wohl bei uns allen ein natürlicher Abwehrmechanismus, weil wir uns derartige Taten nicht vorstellen können und wollen. Darüberhinaus wird der Tatbestand der Ritualen Gewalt in der Öffentlichkeit manchmal mit speziellen Argumenten abgelehnt:

- **Strafrechtlich relevante Beweise für entsprechende Tätergruppen fehlen weitgehend.**

Entsprechende Sachbeweise werden auch in Zukunft schwer und nur selten zu erbringen sein wegen der konkreten Umstände entsprechender Taten: Gnadenloses Ausgeliefertsein der kindlichen Opfer, häufig Anonymität der Täter, dissoziative Abspaltung von Erinnerungen. Durch das bislang erst geringe Problembewußtsein in der Öffentlichkeit gibt es kaum Aufmerksamkeit für entsprechende Hinweise bei Kindern. Dabei liegt hierin langfristig vielleicht die größte Chance zur präventiven Vermeidung solcher Taten!

Überlebende von Rituellem Gewalt haben gelernt, mit ihrem Leid alleine zu bleiben. Es gibt keine angemessene Sprache für das, was ihnen widerfahren ist, es gibt meist niemanden, zu dem sie auch nur ansatzweise Vertrauen haben können.⁶³ Oft bleiben die Traumaerinnerungen viele Jahre lang abgespalten bzw. werden über spezielle Teilpersönlichkeiten ausagiert und kompensiert (durch Selbstverletzungen, Suchtformen einschließlich suchthafter Arbeit, Depression und vieles andere). Kommt es im späteren Erwachsenenleben zum Versuch, die traumatische Vergangenheit therapeutisch aufzuarbeiten, besteht meist dennoch große Scheu, Dritten gegenüber (selbst der engeren Familie oder Freunden) das Schreckliche zu offenbaren – ist man doch selbst entsetzt, existentiell verletzt und beschämt durch all das, was man am eigenen Leib erdulden mußte bzw. fühlt sich schuldig wegen Handlungen, zu denen man von den Tätern gezwungen wurde. Die oder der Überlebende hat für sich eine mehr oder weniger "normale" Alltäglichkeit gefunden, soziale Kontakte.. – dies alles wird infragegestellt, wenn man sich als Opfer von (bzw. unfreiwillig Mitwirkende an) derartigen Schrecklichkeiten offenbart! Dazu kommt die nur schwer auflösbare Angst vor der Rache der Täter, die sich dem kindlichen Opfer als uneingeschränkt mächtig dargestellt hatten. Auf diese Weise werden TherapeutInnen und andere fachliche HelferInnen meist für lange Zeit als einzige in das Geschehen eingeweiht.⁶⁴ (Allenfalls anonyme Betroffenenforen fungieren oft als notdürftiger Ersatz für persönliche Gesprächspartner.)

⁶³ vgl. Gabi Lummas: WER BIN ICH? ODER: DAS UNGLAUBLICHE (Berlin 2012)

⁶⁴ Siehe hierzu die Dokumentation von Merle Müller: ZEUGNISSE AUS DER RITUELLEN GEWALT (Berlin 2019)

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Gedächtnisforscher wie Elizabeth Loftus stellen die Möglichkeit der nachträglichen Reaktualisierung ("Wiederherstellung") von traumatisch dissoziierten Erinnerungen in Frage.**
- **Von denselben Forschern wird auf die Möglichkeit abgehoben, daß Therapeuten den Klientinnen und Klienten falsche Erinnerungen suggeriert haben.**
- **Die Interessengruppe False Memory Syndrome Foundation (FMSF) stellte das Vorkommen von dissoziierten und später reaktualisierten Erinnerungen an traumatische Erfahrungen generell in Frage.**

Die von Elizabeth Loftus (u.a.) vertretenen aussagenpsychologischen Experimente/Forschungen haben ihre Berechtigung. Nur geht es dabei um grundlegend andere Situationen. Wenn wir uns an Einzelheiten eines beobachteten Verkehrsunfalls erinnern, entstehen "einfache" narrative Erinnerungen. Dazu gehört auch, wenn jemandem etwas "eingeredet" wird. In den allermeisten gerichtsrelevanten Zeugenaussagen geht es um solche Zusammenhänge. – "Psychotrauma" heißt aber gerade, daß eine Situation, die das individuelle Verarbeitungsvermögen überfordert, in einer neurophysiologisch anderen Weise gespeichert wurde.⁶⁵ Erwartungsgemäß traumatisierend wirkende Situationen können jedoch aus ethischen Gründen nicht als wissenschaftliches Experiment hergestellt werden.

Zum Thema "False Memory Syndrome": Der Begriff "Syndrome" suggeriert – *und soll suggerieren!* –, daß hinter den entsprechenden Behauptungen eine validierte medizinische oder psychologische Diagnostik steht; tatsächlich handelt sich hier nicht um einen diagnostischen, sondern um einen taktischen Begriff.⁶⁶

Belletristische und journalistische Darstellungen können mehr oder weniger fiktiv sein, mittlerweile gibt es jedoch Tausende von dokumentierten Tagebuchseiten, Gedichten, Zeichnungen und Bildern, Tonfiguren zur selbsterlittenen Ritualen Gewalt, Überlebende tauschen sich seit über 20 Jahren umfassend aus in Selbsthilfezeitschriften⁶⁷ und Internetforen, sprechen live in Dokumentarfilmen –

⁶⁵ vgl. z.B. als eine der ersten Arbeiten: Van der Kolk u.a.: DIE PSYCHOBIOLOGIE TRAUMATISCHER ERINNERUNGEN. KLINISCHE FOLGERUNGEN AUS UNTERSUCHUNGEN MIT BILDGEBENDEN VERFAHREN BEI PATIENTEN MIT POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSTÖRUNG, in: Annette Streeck-Fischer (Hrsg.): ADOLESCENZ UND TRAUMA (Göttingen 1998, S. 57-78).

⁶⁶ Siehe auch Rosmarie Barwinski (Hrsg.): FALSE-MEMORY-DEBATTE (Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, ZPPM: Jg. 10, 2012, Heft 3: Themenschwerpunkt) (Vorgängerin der Zeitschrift TRAUMA, Asanger-Verlag) sowie Helga Erl: AUSSAGENPSYCHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG (in: Fliß/Igney: HANDBUCH RITUELLE GEWALT; Lengerich 2010, S. 392-412) Eine umfassende Diskussion der aussagenpsychologischen Problematik (sowie der mutmaßlichen Hintergründe der FMSF) mit umfassendem Quellen- und Literaturverzeichnis findet sich in: Martha Schalleck: ROTKÄPPCHENS SCHWEIGEN (Freiburg i.Br. 2006), siehe weiter unten in der Literaturliste.

⁶⁷ Sammelbände der ersten bedeutenden Selbsthilfezeitschrift von und für Multiple Persönlichkeiten in Deutschland - MATRIOSCHKA - sind noch erhältlich bei www.vielfalt-info.de. Viele Beiträge dort werden als Kopie der handschriftlichen Originale wiedergegeben.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

wie sollte all dieses Material entstanden sein, wenn den Betroffenen ihre Erinnerungen von TherapeutInnen "nur eingeredet" worden wären? Das würde auch die von Zweiflern oft bar jeder Fachkenntnis angeführte "Hypnose" nicht zuwege bringen.⁶⁸

Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, daß "falsche Erinnerungen" an traumatische Umstände vorkommen – sei es bei Menschen in psychotischen Phasen, durch böse Absicht einer angeblich Betroffenen (um jemandem zu schaden) oder durch Therapeuten/Helfer, die möglicherweise eine eigene Traumavergangenheit projizieren. Die mittlerweile schon sehr umfangreiche Literatur zu dem Thema deutet jedoch nicht darauf hin, daß das mehr als Einzelfälle sind.

- **Der Fall Gilmer / Texas**

1993 gab es in Gilmer/Texas eine seltsame, bis heute nicht völlig aufgeklärte kriminalistische "Affäre" im Zusammenhang mit Rituellem Gewalt, die offenbar überregionales Medienecho hervorrief. Nachdem ein in einer Pflegefamilie untergebrachter Junge aufgrund schwerster Schädel- und Hirnverletzungen im Koma lag, hatten andere in derselben Pflegefamilie lebende Kinder von regelhaften Gewalttaten berichtet. Lokale Sozialarbeiter des Jugendamts traten dagegen für die Pflegeeltern ein. Höherrangige Fürsorgebeamte schalteten sich ein. Nach einem wahrlichen Teufelstanz (angeblich) inquisitorischer und gewaltsamer Zeugenbefragungen und wechselseitiger Beschuldigungen, in die noch andere Eltern und Kinder einbezogen wurden, wurden die entsprechenden Anklagen fallengelassen.

Der Neurobiologe und Kinderpsychiater Bruce D. Perry war im Zusammenhang mit dem Gilmer-Fall beratender Psychiater und Therapeut einzelner betroffener Kinder. In einer Sammlung von Fallgeschichten schreibt er auch hierzu.⁶⁹ Perrys vorbehaltloses und von viel entsprechender Erfahrung geleitetes Engagement für traumatisierte Kinder ist offensichtlich; das Buch ist größtenteils auch fachlich sehr lesenswert – aber obwohl Perry in seinen Fallgeschichten differenziert und zutreffend verschiedene Auswirkungen der traumabedingten Dissoziation darstellt, fehlt seltsamerweise die dissoziative Amnesie, die doch längst als Diagnose etabliert ist! Dabei hat er sich als neurobiologischer Streßforscher auch mit der Funktion des Gedächtnisses beschäftigt. Bedauerlicherweise orientiert er sich in diesem Zusammenhang eher an Erinnerungs- und Aussagenforschern wie Elizabeth Loftus (siehe zuvor erwähnt). In seinen fachlichen Quellenhinweisen finden sich so auch

⁶⁸ Signifikant ist, daß die Existenz solcher Quellen auch von einflußreichen Medien bis vor kurzer Zeit gern ignoriert oder bei Bedarf als "unwissenschaftlich" ausgegrenzt wurde. Siehe hierzu auch meine Stellungnahme "ÜBER DAS LEUGNEN" hier im zweiten Teil der Veröffentlichung.

⁶⁹ Bruce D. Perry/Maia Szalavitz: DER JUNGE, DER WIE EIN HUND GEHALTEN WURDE (München 2008, Kapitel 7, Seite 198-226). Siehe auch: <http://www.earthops.org/cult/gilmer-tx.html>.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

keine Bezüge zu den neueren psychotraumatologischen Forschungsergebnissen und Erfahrungen..

Aufgrund seiner Erfahrungen im Fall Gilmer kommt Bruce Perry zu dem Schluß, daß es satanistisch orientierte Rituelle Gewalt nicht gibt (wohl aber intergenerationellen sexuellen Mißbrauch). Diese Meinung teile ich natürlich nicht; dennoch könnte gerade seine Darstellung die bis heute virulente Leugnung des Vorkommens von Rituelle Gewalt in Teilen der US-amerikanischen Öffentlichkeit nachvollziehbarer machen.

Perry sieht als Ursache der von ihm sogenannten "Satanspanik" im wesentlichen zwei sozialpsychologische Tendenzen in den USA. Zum einen gab es dort 1980-1990 umfassendes Medieninteresse am Thema Kindesmißbrauch. Opfer traten in Talkshows auf und ließen sich für Zeitungen interviewen, es entstanden Selbsthilfeinitiativen im Zusammenhang mit dem Modell des "Inneren Kindes". Helfer/Heiler/Therapeuten unterschiedlichster Kompetenz profilierten sich – und zunächst grassierten auch massiv invasive, manipulatorische Befragungstechniken, um Erinnerungen an sexuelle Gewalt bei den mutmaßlich Betroffenen ans Tageslicht zu bringen!⁷⁰ – Zum andern bekamen (wiederum nach Perry) in diesen Jahren bestimmte fundamentalistisch-christliche Gruppen in den USA viel Zulauf, bei denen sexuelle Greuelthaten gern als "Werk des Teufels" interpretiert werden.

Zusammen mit der seriösen Forschung, Therapie und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Psychotrauma⁷¹ scheint beides in den 1990er Jahren in den USA einen durchaus auch unguuten Medienhype bewirkt zu haben. – Daß dann in der massenmedialen Öffentlichkeit all das zusammengerrührt wird und in dieser Form ins Ausland schwappt, nicht zuletzt nach Deutschland, entspricht der allgemeinen Lebenserfahrung.⁷² – Die fachlich fundierte psycho-traumatologische Traumatherapie hat sowohl in den USA⁷³ als auch in Deutschland diese Verirrungen längst hinter sich gelassen, in den Massenmedien und an Stammtischen sind sie noch virulent.⁷⁴

⁷⁰ Vor allem wohl eine "Rage Reduction Therapy" (nach Robert Zaslow), die auch im Zusammenhang mit dem Traumathe-ma angewandt wurde und dann als "Haltetherapie" bezeichnet wurde (letzteres ist jedoch nicht gleichzusetzen mit zwei gleichnamigen Ansätzen nach Martha Welch/Jirina Prekop sowie Dan Casriel). – Vor allem die Interessengemeinschaft False Memory Syndrome Foundation bezeichnete diese tatsächlich unangemessenen, mehr oder weniger inquisitorischen Techniken als "Recovered Memory Therapy" – es sind jedoch ebensowenig Therapien wie "False Memory" ein "Syndrom" ist!

⁷¹ 1989 erschien der bis heute bedeutende Fallbericht von Judith Spencer: SUFFER THE CHILD (deutsch: JENNY, siehe hier weiter unten), 1992 das grundlegende Buch der Psychiaterin Judith L. Herman: TRAUMA AND RECOVERY: THE AFTERMATH OF VIOLENCE FROM DOMESTIC ABUSE TO POLITICAL TERROR, späterer deutscher Titel: DIE NARBEN DER GEWALT (1997, 2003).

⁷² Siehe hierzu die nuancierte Dokumentation auch solcher teilweise interessengeleiteter Fehlinformationen bei Martha Schalleck: ROTKÄPPCHENS SCHWEIGEN (Freiburg/Br. 2006).

⁷³ Siehe hier in der Folge Links zu Initiativen, die auf Organisierte rituelle Gewalt/Mind Control spezialisiert sind.

⁷⁴ Siehe auch ÜBER DAS LEUGNEN VON DIS, ORGANISierter RITUELLER GEWALT UND MIND CONTROL (hier im zweiten Teil).

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Aufgrund der besonderen Notwendigkeit, Informationen über Organisierte rituelle Gewalt/Mind Control zu verbreiten, folgt zu diesem Kapitel eine spezielle kommentierte Zusammenstellung von Literatur, Dokumentarfilmen und Weblinks. Zugleich wird auf das summarische Literaturverzeichnis am Schluß des ersten Teils dieser Veröffentlichung (hier in direkter Folge) hingewiesen.

Buchveröffentlichungen

- **Alison Miller: JENSEITS DES VORSTELLBAREN. THERAPIE BEI RITUELLER GEWALT UND MIND-CONTROL** (Kröning 2014) ISBN 978-3-89334-579-3

Die Autorin dieser wichtigen Arbeit ist Klinische Psychologin mit eigener Praxis in Victoria (Kanada). Nachvollziehbar auf Grundlage allgemeiner Lebens- und Selbsterfahrung wird ein umfassendes Instrumentarium an Lügen, Tricks und Indoktrinierungen vorgestellt, mithilfe dessen Täter bei den kindlichen Opfern in vielen einzelnen, zweckmäßig aufeinanderfolgenden Schritten dissoziative Teilpersönlichkeiten erzwingen und diese für entsprechende, ineinander verzahnte und einander stützende und/oder kontrollierende Funktionen programmieren – im wesentlichen durch allgemein bekannte Verfahren und Tricks der klassischen und operanten Konditionierung. Grundlegender Schlüssel zum Verständnis und dann zur therapeutischen Überwindung solcher Konditionierungen ist in Millers Darstellung, daß es sich in jedemfall um KINDER gehandelt hat, die im Rahmen ihres kindlichen Bewußtseins manipuliert wurden.

Die zweite Hälfte des Buches widmet sich nuanciert der therapeutischen Arbeit mit Überlebenden von Rituellem/Organisierter Gewalt und Mind Control. Umfassend werden Konditionierungsvarianten für viele Bereiche dargestellt, mit denen die Therapie bei Überlebenden nach Rituellem Gewalt und Mind Control zu tun haben kann. Wiederum vermittelt die Autorin (unter Hinzuziehung von Vignetten aus Betroffenenberichten) subtil und durch psychologische Alltagserfahrung nachvollziehbar, wie diese "Programmierungen" den kindlichen Opfern vermittelt wurden und wie sie schrittweise aufgelöst werden können.

Alison Miller arbeitet mit diesem Klientel vorrangig kognitiv/beziehungsorientiert, ohne EMDR und ohne Hypnotherapie. Sie bezieht sich auf die psychotraumatologische Konzeption der "Strukturellen Dissoziation". Bei all seiner notwendigen Kompliziertheit liest sich ihr Buch sehr gut. Das Werk ist vorbehaltlos zu empfehlen für professionelle HelferInnen, die mit Überlebenden von Rituellem Gewalt zu tun haben.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Alison Miller: WERDE, WER DU BIST. MIND-CONTROL UND RITUELLE GEWALT ÜBERWINDEN** (Kröning 2016) ISBN 978-3-89334-597-7

Auf mehr als 500 Seiten Schritt für Schritt werden die relevanten Aspekte von Rituellem Gewalt und Mind Control, Möglichkeiten für Betroffene, Konditionierungen im eigenen psychischen System zu erkennen, Gegenkräfte zu entwickeln, Ressourcen aufzubauen – und vieles mehr. Dabei richtet Alison Miller sich sprachlich durchgängig an die Überlebenden, oft an höherrangige, auch täteridentifizierte Anteile. Ohne eine Spur von abgehobenem Fachjargon, bleibt die Darstellung der teilweise äußerst komplexen Zusammenhänge übersichtlich. Die Fülle des Inhalts wirkt zunächst allerdings überwältigend. Den meisten Nutzen wird dieses Kompendium wohl haben als Arbeitsbuch innerhalb der strukturierten therapeutischen Interaktion.

- **Merle Müller: ZEUGNISSE AUS DER RITUELLEN GEWALT (ERSTER UND ZWEITER TEIL)** (Berlin 2019)
ISBN 978-3-945980-29-3 und ISBN 978-3-945980-30-9

Eine umfangreiche Dokumentation des mehrjährigen traumapädagogischen Mailkontakts mit Merle (40), die seit dem 3. Lebensjahr anhaltend – bis heute – in der Gewalt einer Tätergruppe der Organisierten rituellen Gewalt ist. Sehr deutlich wird die Isolation solcher Opfer von der ganzen ‚menschlichen Gemeinschaft und was sie daran hindert, Hilfe zu suchen. Ihr Leid, ihre Schmerzen, die brutale sadistische Gewalt, ihre Demütigungen sind für sie "normal"; ein anderes Leben können sie sich nicht vorstellen. Eine Veröffentlichung von D+T, kostenloser Download: <https://autonomie-und-chaos.de/merle-mueller-zeugnisse-aus-der-rituellen-gewalt-erster-teil-wird-keiner-helfen-pdf> (Teil 1) und <https://autonomie-und-chaos.de/merle-mueller-zeugnisse-aus-der-rituellen-gewalt-zweiter-teil-vati-hat-mich-pdf> (Teil 2).

- **Arbeitskreis Rituelle Gewalt der Bistümer Osnabrück, Münster und Essen (Hrsg.): RITUELLE GEWALT. DAS (UN)HEIMLICHE UNTER UNS** (Münster 2014) ISBN 978-3-941462-93-9

In diesem Sammelband kommen Menschen zu Wort, die unmittelbar als Opfer oder Angehörige von Überlebenden betroffen sind. Experten unterschiedlicher Professionen schildern, welche Erfahrungen sie im Rahmen ihrer Berufsausübung mit Organisierter Gewalt gemacht haben: Journalisten, ambulant und stationär arbeitende Psychotherapeuten, Psychiater, Sozialpädagogen, Berater, Seelsorger. Dazu kommen Resultate von Befragungen und Datenerhebungen sowie eine

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

religionswissenschaftliche Einordnung. Ebenfalls enthalten ist eine Auflistung von Symptomen, Merkmalen und Verhaltensweisen, die auf Organisierte/Rituelle Gewalt hinweisen können sowie Informationen für Menschen, die Betroffenen helfen wollen. Eine empfehlenswerte niederschwellige Publikation.

- **Rachel, Klaus, Moni, Lars, Habiba, Ben / Laura: UNSER SIEG ÜBER DIE RITUELLE GEWALT** (Berlin 2012) ISBN 978-3-923211-99-9

Rachel war bis zum 14. Lebensjahr Rituellem Gewalt ausgeliefert. Auch ihre Mutter Laura war in ihrer Kindheit Opfer desselben germanofaschistischen Kults, zu dem auch Familienangehörige gehörten. Rachel galt zunächst als "geistig behindert", später wurde Autismus diagnostiziert. Bis heute ist Sprechen und eigenständiges Handeln blockiert. Durch "Gestützte Kommunikation" (FC) konnten sie und ihre Innenpersönlichkeiten sich über die traumatische Gewalt äußern und im Laufe von bald 20 Jahren schrittweise die grauenhafte Vergangenheit hinter sich lassen. Dokumentation auf der Grundlage von über 1000 Seiten mit FC geschriebener Texte und Gespräche sowie aktueller E-Mails. Eine Veröffentlichung von D+T, kostenloser Download: <http://www.autonomie-und-chaos.de/rachel-klaus-moni-lars-habiba-ben-und-laura-unser-sieg-ueber-die-rituelle-gewalt-pdf>

- **Rachels & Blumen / Janik & Franz / Laura & Nurse / Adele Anton: RITUELLE GEWALT, AUTISMUS UND MIND CONTROL – AUS UNSERER ERFAHRUNG** (Berlin 2018) ISBN 978-3-945980-27-9

Vier Überlebende von Organisierter Rituellem Gewalt sind Autorinnen dieser Veröffentlichung, alle mit Dissoziativer Identitätsstruktur (DIS). Drei von ihnen zeigen dazu unterschiedliche Symptome der sogenannten Autismus-Spektrum-Störung. Im Mittelpunkt der Dokumentation stehen zwei Themen:

- a) Die Problematik der "inversen", also von den Tätern durch Folter erzwungenen dissoziativen Abspaltungen, die ausschließlich bestimmte Aufgaben im Tätersinn erfüllen sollen und zunächst kaum allgemeinschliche Bedürfnisse haben (Mind Control), sowie
- b) Erfahrungen und Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Rituellem Gewalt (einschließlich Mind Control) und unterschiedlichen Formen der Autismus-Spektrum-Störung (ASS).

Eine Veröffentlichung von D+T zum kostenlosen Download: <https://autonomie-und-chaos.de/images/stories/pdf/auc-114-rachel-mind-control.pdf>

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Claudia Fliß, Riki Prins, Sylvia Schramm: BEFREIUNG DES SELBST. THERAPIEKONZEPTE ZUM AUSSTIEG AUS ORGANISierter RITUELLER GEWALT** (Kröning 2018) ISBN 978-3-89334-625-7

Die Autorinnen haben viele Jahre Erfahrung in der therapeutischen Begleitung von Überlebenden von organisierter Rituelle Gewalt. Dabei hat ihr neues Buch seinen Schwerpunkt bei den Überlebenden solcher "inverser Programmierung". Es geht also fast ausschließlich um die therapeutische Arbeit mit täterinduzierten Persönlichkeitsanteilen. Opfer derartiger Konditionierungen können sich kaum ohne therapeutische Unterstützung von den Tätern befreien; Therapie und Ausstiegshilfe muß also Hand in Hand gehen. – Das Buch sammelt eine überwältigende Fülle von Hinweisen zur psychotherapeutischen Arbeit mit Überlebenden von organisierter Rituelle Gewalt und Mind Control. Die prägnante, flüssige und allzeit praxisorientierte Sprache erleichtert das Verarbeiten. Durch die überlegte Gliederung eignet sich die Arbeit zum späteren Nachlesen einzelner Themen. Das Buch wird zweifellos für viele Jahre ein unverzichtbarer Ratgeber bleiben.

- **Gabi Lummas: WER BIN ICH? ODER: DAS UNGLAUBLICHE** (Berlin 2012) ISBN 978-3-923211-97-5

Gabi Lummas hat Rituelle Gewalt überlebt. Sämtliche Erinnerungen daran waren über viele Jahre vollständig abgespalten. Aus Tagebüchern entstand 1999 ein erstes, bekannt gewordenes Buch: VERSCHLOSSENE SEELE (Frankfurt/M. 1999). Nach jahrzehntelangen schwersten Selbstverletzungen, für die sie keinerlei Erklärung hatte, kommen seit rund zehn Jahren Erinnerungen ins Bewußtsein. Tagebuchauszüge aus den Jahren 1998-2008, Träume und Passagen aus der Traumatherapie sowie Abbildungen von Tonfiguren sind zusammengefaßt in ihrer bei D+T erschienenen zweiten Veröffentlichung.

Wohl kein Außenstehender ahnt, wie qualvoll für einen Traumaüberlebenden das oft jahrelange Gefangensein in den eigenen, zumeist abgespaltenen Traumafolgen ist, – Tag für Tag Ängste, unverständliche Bilder und Empfindungen, Verwirrung, hilfloses Nachdenken – und zumeist keine Begründung dafür. Niemand, mit dem man darüber sprechen kann. Immer wieder die verzagte Überlegung: Und wenn ich doch verrückt bin und mir alles nur einbilde? Bin ich eine SimulantIn? – Krasse Gefühlsschwankungen, Selbstverletzungen, Suizidgedanken, Alpträume, chronische Schlafstörungen gehören für viele Traumaüberlebende zum leidvollen Alltag des Überlebens. Sozialarbeiter, PsychotherapeutInnen oder Psychiater erkennen bestenfalls die äußerlich beobachtbaren Anzeichen einer PTBS-, Borderline- oder DDNOS/DIS-Symptomatik. Wie sich dissoziativ aufgespaltene

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Erinnerung bzw. umfassende oder teilweise Amnesie konkret anfühlt und welche fundamentalen Selbstzweifel allein schon dieses seelische Durcheinander mit sich bringt, wird durch dieses Buch immerhin vorstellbar.

Mit unbegreiflicher Lebenskraft und viel reflexiver Intelligenz tastet Gabi Lummas sich durchs Unterholz ihrer traumatischen Vergangenheit, – mutterseelenallein, wie sie es zeitlebens nicht anders kannte. Ängste, Gedanken und Verzweiflung kreisen im Kopf, nur in winzigen Schrittschritten, mit unzähligen Wiederholungen und Konkretisierungen findet sie heraus aus dem Labyrinth der dissoziativen Abspaltungen. Trotz der zeitweise fruchtbaren Traumatherapie bleibt es im wesentlichen ein einsamer, gleichwohl selbstbestimmter Heilungsweg, auf dem Gabi Lummas sich bis heute befindet. Traumakonfrontation und -integration entwickeln sich dabei rigoros nach Maßgabe innerer Kräfte, qualvoll langsam, oft an der Grenze zur Desintegration, andererseits als bedingungslos authentischer Nachreifungsprozeß. Bedeutsame Voraussetzung dazu war die schwere, dann aber kompromißlose Entscheidung gegen die Opferrolle und für eigene Selbstverantwortlichkeit: der Wille, Zugang zu finden zur verschlossenen Seele. Eine Veröffentlichung von D+T zum kostenloser Download: <http://www.autonomie-und-chaos.de/gabi-lummas-wer-bin-ich-oder-das-unglaubliche-pdf>

- **Gabi Lummas: WUNDERSAME WEGE (Berlin 2015)**
ISBN 978-3-923211-98-2

In dieser (dritten) Veröffentlichung dokumentiert Gabi Lummas eine neue Phase ihres rigoros selbstbestimmten Heilungsweges. Mittlerweile liegt der Schwerpunkt auf Botschaften von innen. Für diese Dokumentation wurden Bilder und ausgewählte Träume zusammengestellt. Eine Veröffentlichung von D+T zum kostenlosen Download:

<http://www.autonomie-und-chaos.de/images/stories/pdf/auc-86-lummas-wege.pdf>

- **S.I.E. e.V. (Hrsg.): RITUELLE GEWALT. VOM ERKENNEN ZUM HANDELN (Lengerich 2011) ISBN 978-3-89967-671-6**

Tagungsband der gleichnamigen Veranstaltung 2009 in Trier. In dem interdisziplinär ausgerichteten Tagungskonzept werden psychologische, juristische, soziale und mediale Aspekte im Umgang mit Rituellem Gewalt beleuchtet und Handlungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern aufgezeigt. Praktikerinnen und Praktiker erhalten wertvolle Hinweise, wie das Vorliegen Rituellem Gewalt erkannt werden kann und wie erste Schritte aussehen können, um Betroffene zu unterstützen. Die Tagung enthielt auch Beiträge, die die Existenz von Rituellem Gewalt kritisch befragen.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Claudia Fliß und Claudia Igney (Hrsg.): HANDBUCH RITUELLE GEWALT** (Lengerich 2010) ISBN 978-3-89967-644-0.

Fachleute unterschiedlicher Disziplinen referieren auf dem aktuellen Stand von Forschung und Therapie. Schwerpunkte sind Strukturen, Methoden von Rituellem Gewalt sowie die subjektive Situation von Betroffenen, das Problem des Ausstiegs aus Täterkreisen, psychosoziale und medizinische und rechtliche Hilfen für Betroffene. Wohl das wichtigste deutschsprachige Fachbuch zum Thema.

- **Liane Tjane Michauck: REGENTROPFENTRÄNENBAUM** (Freiburg i.Br. 2006) ISBN 3-936544-65-4

Gedichte einer Überlebenden von Rituellem Gewalt, geschrieben von einer Persönlichkeit des Multiplen Systems.

- **Liane Tjane Michauck & Co: EINE UNGEWÖHNLICHE FAMILIE** (Leipzig 2010: A+C online) ISBN 978-3-923211-68-5

"Wir sind die Familie Michauck, – etwas ungewöhnlich, das heißt wir sind multipel und zur Zeit leben sieben Personen in einem Körper. Physische, psychische, sexuelle und Rituelle Gewalt haben uns zu dem gemacht, was wir heute sind. Inzwischen ist der Körper 50 Jahre alt und es gibt drei Erwachsene (davon zwei junge Erwachsene), eine Jugendliche, zwei Kinder und ein Baby in uns. Jahrelang haben wir nach Möglichkeiten gesucht, unsere Vergangenheit aufzuarbeiten. Dabei hat eine Person von uns Gedichte geschrieben und sie unter dem Namen LIANE TJANE MICHAUCK mit dem Titel REGENTROPFENTRÄNENBAUM veröffentlicht. Später haben auch andere Personen geschrieben. – Diese hier veröffentlichten neuen Gedichte spiegeln alle unsere Facetten wider, unsere Verzweiflung, den Lebensüberdruß, aber auch Schönheit und Lebensfreude." (*Aus dem Vorwort*)

Eine Veröffentlichung von D+T zum kostenlosen Download: <http://www.autonomie-und-chaos.de/liane-tjane-michauck-und-co-eine-ungewoehnliche-familie-pdf>

- **Liane Tjane Michauck & Co / Mondrian v. Lüttichau: TAGEBUCH EINER DIS-THERAPIE** [Arbeitstitel] erscheint Berlin 2021: A+C, ebenfalls zum kostenlosen Download bei D+T.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Axel Petermann und Luise Greuel: DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG UND RITUELLER MISSBRAUCH. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER POLIZEILICHEN ERMITTLUNGSTÄTIGKEIT UND BEWEISFÜHRUNG**, in: **Axel Petermann und Luise Greuel (Hrsg.): MACHT - FAMILIE - GEWALT (?)** (Lengerich 2009) ISBN 978-3-89967-454-5

Diese Dokumentation zweier Arbeitstagungen des Interdisziplinären Forums Forensik Bremen (iFF) enthält noch weitere im Zusammenhang mit Rituellem Gewalt relevante Referate.

- **Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis, Kathy Steele: DAS VERFOLGTE SELBST. STRUKTURELLE DISSOZIATION UND DIE BEHANDLUNG CHRONISCHER TRAUMATISIERUNG** (Paderborn 2008) ISBN 978-3-87387-671-2

Die grundlegende Darstellung einer Konzeption, durch die dissoziative Abspaltungen von Traumaerinnerungen und täteridentifizierte Persönlichkeitsanteile auch neurobiologisch nachvollziehbar werden. Das Verständnis der Strukturelle Dissoziation ist wohl unverzichtbar für die traumatherapeutische Unterstützung von Betroffenen. (Siehe auch den einführenden Infotext STRUKTURELLE DISSOZIATION auf www.dissoziation-und-trauma.de.) – Die zugrundeliegende neurobiologische Forschung wird referiert in dem Aufsatz:

- **E.R.S. Nijenhuis, O. van der Hart & K. Steele (2004): STRUKTURELLE DISSOZIATION DER PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR, TRAUMATISCHER URSPRUNG, PHOBISCHE RESIDUEN**; in: Reddemann, L. & Hofmann, A. & U. Gast (Hrsg.): **PSYCHOTHERAPIE DER DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN** (Stuttgart 2004, S.47-69) (veränderte Version in der 3. Auflage 2011)
- **Ulla Fröhling: VATER UNSER IN DER HÖLLE** (Überarbeitete und aktualisierte Neuauflage, Bergisch Gladbach 2008) ISBN 978-3-404-61625-1

Diese romanhafte Darstellung zum Thema Rituellem Gewalt (von 1996) hatte seinerzeit eine wichtige Funktion für die öffentliche Diskussion in der BRD. Die engagierte Journalistin Ulla Fröhling stellt differenziert die Psychodynamik "multipler Persönlichkeiten" dar; das Buch enthält Literaturhinweise zum Thema. Die Neuausgabe enthält ein Nachwort von Onno van der Hart.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Martha Schalleck: ROTKÄPPCHENS SCHWEIGEN. DIE TRICKS DER KINDESMISSBRAUCHER UND IHRER HELFER**

(Freiburg i. Br. 2006) ISBN 978-3-936544-80-0

Die Wirtschaftswissenschaftlerin und freie Journalistin Martha Schalleck setzt sich in ihrer rund 600 Seiten umfassenden Monografie Behauptung für Behauptung mit den Argumenten der "False Memory"-Propagandisten auseinander, überprüft die dort zugrunde gelegten wissenschaftlichen Untersuchungen, ergänzt, was von "FMS"-Vertretern wohlweislich verschwiegen wird, – und ermöglicht es uns durch über 400 Literaturhinweise (und über 900 Fußnoten mit genauen Quellenangaben), ihre Darstellung zu überprüfen.

Die "FMS"-Kampagne entstand in den USA; auch dies macht es für uns in Deutschland schwierig, ursprüngliche Quellen und (angebliche) Forschungsergebnisse zu verifizieren. Es zeigt sich denn auch, daß selbst seriösere Medien bei uns sich dieser Notwendigkeit kaum unterziehen. In Schallecks Arbeit werden relevante Originalzitate in deutscher Übersetzung nachgewiesen.

- **Mirjam Rosch: LAURA G. - IM NAMEN DES TEUFELS**

(Düsseldorf 1995) ISBN 3-491-72335-3

Ein erzählender Bericht über die Leidensgeschichte eines Mädchens, das vom 3. bis 15. Lebensjahr in der Gewalt einer satanistischen Tätergruppe war, zu der wesentlich die eigenen Eltern gehörten. – Wie Mehltau liegt das sprachlich kaum vermittelbare Grauen über der Darstellung, die bei aller inhaltlichen und sprachlichen Differenziertheit stumpf ist, niedergedrückt. Eine nicht abreißende Kette von Folter und sexueller Gewaltakte – und daneben in immer neuen Formulierungen vermittelte Hilflosigkeit des Opfers, ihr Unbegreifen angesichts des eigenen (jetzt überwundenen) Schicksals.. – Gerade diese hilflose Redundanz belegt für mich die Authentizität dieser Lebensgeschichte. Daß solche Taten an sich Realität sind, kann demgegenüber nicht mehr bezweifelt werden, zu sehr gleichen sich die traumatischen Auslöser, die Flash Backs und Symptome von Überlebenden.

In kaum einem Überlebensbericht wird die gnadenlose seelische Zerstörtheit der beteiligten TäterInnen ähnlich deutlich – dies bei problemlos funktionierender sozialer Anpassung!

Fast nur implizit, in winzigen Formulierungen, werden bei Laura G. Momente von Resilienz deutlich, durch die sie letztlich nicht nur das Überleben, sondern auch ein neues, gutes Leben geschafft zu haben scheint. – Zuvor allerdings mußte sie noch alle Hürden überwinden, die unsere gesellschaftliche Normalität für Opfer

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

schwerster Traumatisierung bereithält! In einem in seiner nüchternen Plausibilität besonders bitteren Epilog wird berichtet, wie Laura G. mit 12 einen Suizidversuch unternimmt. Darauf lassen die Eltern sie in die Akutpsychiatrie einweisen. In langen Gesprächen überzeugen sich die Psychiater von der Untadeligkeit der Eltern (in Wahrheit bestialische Täter). Unschwer finden sich bequeme psychiatrisch-psychologische Schubladen für alle Symptome. Daß Laura nichts sagt, ist klar.

- **Michaela Huber: MULTIPLE PERSÖNLICHKEITEN. ÜBERLEBENDE EXTREMER GEWALT** (Frankfurt/M. 1995, Neuausgabe Paderborn 2010) ISBN (Neuausgabe) 978-3-87387-645-3

Dieses erste deutschsprachige Fachbuch zum Thema Multipler Persönlichkeiten war zugleich das erste aus der traumatherapeutischen Praxis in Deutschland erwachsene Fachbuch, das umfassend von Rituellem Gewalt und damit verbundener psychischer "Programmierung" berichtete.

- **Christine Oksana: SAFE PASSAGE TO HEALING. A GUIDE FOR SURVIVORS OF RITUAL ABUSE** (New York 1994 ISBN 0-06-096996-2; Neuauflage New York 2001, ISBN 978-0-59-520100-6)

Ein hochdifferenzierter, gut strukturierter und bis heute fachlich relevanter Ratgeber! Die Autorin ist selbst Überlebende von Rituellem Gewalt. (*Eine nichtautorisierte Übersetzung der Kapitel 1-3,7-8,12-14,16 von Eva & Co. ist erhältlich über VIELFALT e.V.*)

- **Margaret Smith: GEWALT UND SEXUELLER MISSBRAUCH IN SEKTEN** (Zürich 1994) ISBN 3-268-00166-1

Ein sehr empfehlenswerter, praxisnaher, fachlich stimmiger und in keiner Weise publikumswirksam aufgebauchter Ratgeber zum Thema Rituelle Gewalt. Die Autorin ist selbst Überlebende eines entsprechenden Täterkreises, hat Psychologie studiert und arbeitet in einem Netzwerk von Selbsthilfegruppen mit. Hohen Stellenwert nimmt naturgemäß die Situation von Überlebenden mit DIS (Multipler Persönlichkeit) ein. Bei aller fachlicher Genauigkeit lebt das Buch aus seiner menschlich zugewandten, solidarischen Sprache. Es kann hilfreich sein für Betroffene, kann Angehörige informieren und eignet sich gleichermaßen zur Information Außenstehender über diese schrecklichen Realität, die niemand von uns sich gerne vorstellen möchte und die noch von vielen geleugnet wird.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Judith Spencer: JENNY. DAS MARTYRIUM EINES KINDES**

(Frankfurt/M. 1999) ISBN 978-3-596-12319-3

Wohl der erste (erzählende) Therapiebericht zum Thema Rituelle Gewalt – und bis heute eines der wichtigsten Bücher dieser Art. Klar, prägnant und psychologisch ausdifferenziert, flüssig zu lesen, keinerlei Kolportage! Ohne Sensationsmache, aber prägnant werden in diesem (1989 erschienenen) Buch die kaum vorstellbaren Gräßlichkeiten dargestellt, denen Babys, Kinder, Jugendliche und Frauen in derlei Gruppen ausgesetzt sind. – Täterkontakt gibt es bei Jenny im Erwachsenenleben nicht mehr, jedoch folgt dann die allzu typische, teilweise retraumatisierende Odyssee durch Psychiatrien und psychotherapeutische Praxen. – Der zweite Teil beschreibt die beeindruckende DIS-spezifische Traumatherapie über etwa 5 Jahre. Ein Buch, das im Hinblick auf das Thema Rituelle Gewalt seiner Zeit um viele Jahre voraus war, ein Buch, aus dem noch immer viel zu lernen ist! Leider ist es seit Jahren vergriffen.

- **Emilia Mai: BERICHT** (Berlin 2017) ISBN 978-3-945980-18-7

Emilia Mai ist jetzt Anfang 20. Seit frühester Kindheit war sie sexueller Gewalt und anderer Folter unterworfen: Menschenhandel, Zwangsprostitution, Sadismus, kollektive Vergewaltigungen, Produktion von Kinderpornografie. Ihr Bericht zeigt grundlegende Elemente dysfunktionaler Familien, wie sie in der Lebensgeschichte von kindlichen Opfern organisierter sadistischer Gewalt typisch sind. Emilia Mai bezeugt auch eine in der medialen Öffentlichkeit noch immer gerne bezweifelte Tatsache, nämlich die Existenz von nichtregistrierten Säuglingen und Kindern. Viele von ihnen werden vornehmlich aus Osteuropa eingeschleust und hier den teuflischen Bedürfnissen entsprechender Täter geopfert.

Eine Veröffentlichung von D+T zum kostenlosen Download:

<http://www.autonomie-und-chaos.de/images/stories/pdf/auc-105-bericht.pdf>

- **Natalie Marta Rudolph: RITUELLE GEWALT IN DEUTSCHLAND. EINE QUANTITATIVE ANALYSE** (Berlin 2016)

Eine bereits durchgeführte internationale Befragung von Thorsten Becker, Wanda Karriker, Bettina Overkamp und Carol Rutz aus dem Jahr 2007 wurde repliziert und entsprechend adaptiert. Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden im Anschluss nicht nur quantitativ ausgewertet, sondern diese ermöglichten eine durch befragte Fachleute fundierte Interpretation der statistischen Datenlage.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Jey: GEDANKEN ÜBER RITUALISIERTE GEWALT**

Texte einer Überlebenden auf dem Info-Portal www.dissoziation-und-trauma.de – Direktlink: <https://dissoziation-und-trauma.de/jey>

"Zeitgleich erkannte ich die Zusammenhänge zwischen dieser Gesellschaft und den Täter*ringen, in denen ich groß wurde. In vielen Therapien hatte ich das Gefühl, dass diese nicht beleuchtet wurden. Mir aber halfen sie zu verstehen.

Es entstand ein immer lauter werdendes Gefühl in mir, dass Diagnosen gesellschaftliche Missstände zu deckeln versuchen, indem traumatische Erfahrungen individualisiert werden.

Ich möchte eine Stimme bekommen. Meine Stimme um Tabu-Themen zu brechen und mir endlich den Raum zu nehmen, welcher so lange genommen wurde.

Ich habe angefangen zu schreiben. Es war mir wichtig, nicht ausschließlich über meine Erfahrungen zu berichten, sondern diese auch in einen gesellschaftspolitischen Kontext zu setzen."

- ***In-der-Welt-sein: Johanna Herzog-Dürcks Personale Psychotherapie als Element integrativer Traumatherapie?* (Berlin 2020: A+C online)**

Es gibt regelhafte Folgen von Psychotraumatisierungen im Bereich ritueller Gewalt, die therapeutisch meist nur peripher beachtet werden. Stichworte für solche Folgen sind: Scham – Schuld(gefühl) – Wozu bin ich auf der Welt? – Wer bin ich? – Wieso geschah es gerade mir? – Bin ich wert, daß mir geholfen wird? – Suche nach inneren Ressourcen, Intentionen, eigenem Wollen, eigenen Bedürfnissen – Schicksal als unauflösbare Verfügung? – Was ist "ein Mensch"? – Was ist gut? Was ist böse? – Kann ich auch anders sein? – Zukunft, Hoffnung – Was ist Liebe (für mich)? Sexualität? – Ambivalenz: Zuneigung zum Täter (primäre Bezugspersonen) – Abgrenzungen – Nein sagen...

Das hiermit angedeutete Leid ist meist schwerwiegender als die konkreten böartigen Handlungen, denen die Betroffenen ausgesetzt waren.

Solche existentiellen Probleme stehen im Mittelpunkt der leider kaum mehr bekannten Personalen Psychotherapie. Diese kommentierte Textsammlung wurde herausgegeben von Mondrian v.Lüttichau für D+C, zum kostenlosen Download:

<https://autonomie-und-chaos.de/images/pdf/auc-131-herzog-duerck.pdf>

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Dokumentarfilme

*Die meisten Filme stehen zumindest zeitweise auf youtube, werden aber manchmal wieder gelöscht. Es lohnt sich, gelegentlich nachzuschauen.
Oder aber die Suchmaschinen zu nutzen.*

- **Fachstelle Sekten- und Weltanschauungsfragen des Bistums Münster: Im Namen des Teufels – Rituelle Gewalt in satanistischen Sekten** (2014; you tube: <http://www.youtube.com/watch?v=JXAWeQw5fYs>)

Ein gutes Video zur niederschweligen Information für jedermann! Profis berichten aus ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich: Dr. Adolf Gallwitz (Polizeipsychologe), Brigitte Hahn (Sozialarbeiterin Bistum Münster), Elke Rommen-Kalus (Psychotherapeutin), Alfons Strodt (Domkapitular), Michaela Huber (Traumatherapeutin, Spezialistin für DIS/Rituelle Gewalt), Nickis (Betroffene mit DIS).

- **Didier Cazet, Ralf Hermersdorfer, Tanya Schmidt: Rituelle Gewalt - Noemi und Pierre M. (SAT 1, 19. Mai 2003)**

Noémi und Pierre M. sind Überlebende von Rituellem Gewalt aus einer französischen Kleinstadt. Ihre traumatische Erinnerungen wurden offenbar nicht oder kaum dissoziativ abgespalten. Sie suchten ab 1995 Hilfe bei der Staatsgewalt. Den Informationen der Opfer wurde kaum nachgegangen, die Ermittlungen wurden eingestellt. Daraufhin alarmierten die Geschwister mit Hilfe eines solidarischen Anwalts öffentliche Institutionen in Frankreich; die Ermittlungen wurden wieder aufgenommen. In langen Interviews berichteten die Geschwister (einzeln) von Vergewaltigungen und Folter von Kindern, unterirdischen Verliesen, Mord an Kleinkindern vor laufender Kamera sowie von Ritualen und Schwarzen Messen. Ihre Aussagen widersprechen sich nicht, es gibt psychiatrische Gutachten, die ihre Glaubwürdigkeit bestätigen. Der Film besteht aus Interviewausschnitten sowie Aussagen des Anwalts, alles mit unterlegter Übersetzung. –

Am Anfang der Leidensgeschichte der Geschwister stand nach deren Aussagen die eigene Familie (Großeltern, Vater, Pflegeeltern sowie ein ihnen bekannter Pfarrer), die alle als "Priester" eines satanischen Kults agierten, bei dem Kinder die Opfer waren; Pierre wurde mit 7 Jahren "zum Priester geweiht", indem er ein Baby töten mußte. – Nach Naomis Aussage stellte der Vater einen Kontakt her zu einem "Freund" namens Marc, in dem sie später aufgrund der Medienberichterstattung, den belgischen Kindermörder Marc Dutroux wiedererkannte. Längere Zeit nach jenem ersten Kontakt mit "Marc" wurden die Geschwister in die Gewalt von für sie fremden sadistischen Kindermördern

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

gegeben. Der von Noémi und Pierre M. berichtete Sadismus dieser Täter entspricht dem, was wir wissen über Nazitäter beim Vernichtungskrieg in Osteuropa oder in KZ oder auch von manchen Bürgerkriegen und Völkermorden überall auf der Welt.

Im zweiten Teil der Sendung bei SAT 1 fand eine Diskussion (Moderator: Ulrich Meyer) mit Gästen statt, die sich für den Schutz der Kinder vor sexuellem Mißbrauch engagieren: Homayra Sellier (Präsidentin der internationalen Organisation Innocence en Danger aus Paris), Didier Cazet (französischer Journalist), Heidemarie Jung (Therapeutin für Kinder und Jugendliche der Organisation Dunkelziffer), Peter Vogt (Oberstaatsanwalt und Leiter der Zentralstelle zur Bekämpfung kinderpornographischer Schriften in Halle) sowie Max-Peter Ratzel (Leiter der Abteilung für organisierte und allgemeine Kriminalität beim BKA in Wiesbaden) sowie Noémi M.⁷⁵

- **Ritual Child Abuse in France: German Documentary pt. 1-5**
(N 24, 2003)

Unter dieser Bezeichnung findet sich im Netz (vor allem bei You Tube) eine fünfteilige Dokumentation (offenbar von einem deutschen Sender Netzwerk 24 / N 24 aus dem Jahr 2003). Sie enthält Falldarstellungen dreier überlebender Jugendlicher, Deborah, Robert und Noémi M.. Die Sequenzen mit und über Noémi sind teilweise inhaltsgleich mit dem hier oberhalb gelisteten Film, teilweise unterschiedlich; auch ein kurzes Interview mit einer deutschen Traumatherapeutin gehört dazu.

- **Liz Wieskerstrauch: Robin - Die Seele brennt**
(HR 2000, WDR 2001)

Der Film begleitet die etwa 26jährige Robin in Alltagssituationen mit der kleinen Tochter und der Freundin. Robins leiblicher Vater war Täter, hat sie bereits als kleines Kind "weitergegeben" an den späteren Haupttäter, einen "wahnsinnig intelligenten" Mann, der "uns vom ersten Tag an demontiert hat, in die Einzelteile zerlegt hat" (Robin). Robin war bis zum 23. Lebensjahr in der Gewalt dieses Täters, der sie offenbar kontinuierlich von den Eltern "ausgeliehen" hat und durch entsprechende Methoden dissoziative Teilpersönlichkeiten "hergestellt" hat. Einerseits blieb er für die gesamte Zeit hauptsächliche Bezugsperson, andererseits hat er Robin gegen Geld an international vernetzte Gewalttäter weitergegeben. –

⁷⁵ Diesen zweiten Teil der Sendung konnte ich noch nirgendwo aufspüren; ich habe ihn demzufolge nicht gesehen. Ich würde mich freuen, wenn jemand eine DVD schicken kann! - MvL

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Nachdem Robin mit 23 der Gewalt des Haupttäters entfliehen konnte, wurde sie bedroht und gejagt von Tätern; in diesem Zusammenhang hat sie sich ihrer Freundin als multipel geoutet. Robin war/ist in therapeutischer Betreuung, zum Zeitpunkt des Film waren jedoch die in den einzelnen Persönlichkeiten bewahrten Erinnerungen an die gesamte bisherige Lebenszeit noch immer amnestisch voneinander getrennt. Noch immer gibt (oder gab) es täteridentifizierte Persönlichkeiten (zwei von ihnen kamen während des Films nach außen), es gibt Sehnsucht nach dem Täter (vor allem nach der durch ihn verkörperten einzigen "Sicherheit" des früheren Lebens).

– Zum Zeitpunkt des Film kann noch keine der Persönlichkeiten sprechen von den sadistisch-rituellen Handlungen, die sie über Jahre erleiden mußten. Diese können bislang nur in Bildern angedeutet werden. Kurz erwähnt eine Persönlichkeit schalldichte Räume in Frankreich, ausgestattet mit Folterinstrumenten. Beim Haupttäter rangierte dies unter dem Begriff "Lernen in Frankreich" - wie überhaupt alle Schrecklichkeiten dem kindlichen Opfer gegenüber konsequent mit harmlosen Umschreibungen bezeichnet wurden, sodaß das Kind schon sprachlich kaum die Möglichkeit hatte, diese Taten als falsch zu erkennen.⁷⁶

- **Claudia Fischer und Maren Müller: Ein Körper mit System**
(erhältlich über <http://lichtstrahlen-oldenburg.de>)

Fünf Persönlichkeiten einer Überlebenden von Rituellem Gewalt stellen sich vor und berichten von ihrem Alltagsleben, von Problemen und den individuell unterschiedlichen Bewältigungsmöglichkeiten. Unter anderem geht es um das gegenseitige Kennenlernen der Persönlichkeiten (was allein 4 Jahre Therapie erforderte) und um innere Absprachen, um Medikamente (die nur bei bestimmten Persönlichkeiten wirken), um Hobbys der einzelnen Persönlichkeiten und um an die Gesellschaft gerichtete Forderungen und Wünsche, um die noch immer häufige Weigerung, Betroffenen zu glauben: "Warum sollten wir uns das ausdenken, daß wir soviel Gewalt überlebt haben? Wir haben nichts davon! Wir brauchen 200 € im Monat für Medikamente und Therapie!"

Unter anderem um das Schicksal dieser Betroffenen geht es auch in den Filmen 'Höllenleben I und II':

.

⁷⁶ Siehe auch das "Neusprech" in George Orwells Roman '1984'.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Liz Wieskerstrauch: Höllenleben (1) (NDR und BR 2001, ARD)**

Nach 10 Jahren Traumatherapie begibt sich Nicki und die Bärenbande, eine Überlebende mit DIS (Multipler Persönlichkeit), mit dem Team der Dokumentarfilmerin Wieskerstrauch auf die Spurensuche an mutmaßliche Tatorte. Einige der Persönlichkeiten berichten von ihrem Schicksal. Erste Täter waren Mutter und Stiefvater; diese waren einbezogen in eine Gruppe satanistisch-sadistisch orientierter Täter. Die mittlerweile in etlichen Dokumentationen und therapeutischen Berichten geschilderten typischen Rituale und Verbrechen werden auch von Nicki und ihren Leuten berichtet. Die Spurensuche führt auf die Wewelsburg (in der Nazizeit Kultstätte der SS). Mehrere Persönlichkeiten sind sich sicher, daß es an diesem Ort zur erzwungenen Tötung des eigenen, neugeborenen Kindes kam. Stücke des Herzens wurden von den Kultmitgliedern gegessen.

Die Reporterin: "Jeder neue Drehtag läßt uns hilfloser zurück."

Gina, bereits während der traumatischen Kindheit widerständigste Persönlichkeit, hatte vor Jahren Anzeige gegen den Vater erstattet. Detailliertere Aussagen zum Kultzusammenhang wurden von den Ermittlungsbehörden teilweise nicht einmal in die Protokolle aufgenommen. Ergebnis dieses Prozesses war nur, daß der Vater als angeblicher Einzeltäter zu 18 Monaten verurteilt wurde. Demgegenüber hatte 1987 ein psychiatrisches Gutachten die Diagnose DIS bestätigt und in Zusammenhang gesetzt mit sexuellen Gewalterfahrungen. Ein anderes Gutachten bestätigte die schwerwiegenden körperlichen Schädigungen (Unterleib, Wirbelsäule, Nieren u.a.) im Zusammenhang und bewilligte einen Schwerbehinderungsausweis.

In der Konsequenz der mutmachenden Arbeit an dem Film erstatteten Nicki und die Bärenbande wiederum Anzeige – jetzt bezogen auf den Gesamtzusammenhang der Ritualen Gewalt. Ausschlaggebend war wohl auch die Überlegung, daß es schon einen riesigen und wichtigen Schritt bedeutet, öffentlich und vor Gericht Zeugnis abzulegen über das Erfahrene; verantwortlich für die spätere rechtliche Entscheidung sind andere.

- **Liz Wieskerstrauch: Höllenleben (2) - Der Kampf der Opfer (NDR 2003, ARD)**

Nach der Ausstrahlung des Films 'Höllleben' wurde eine polizeiliche Hotline für Betroffene eingerichtet, über die sich etliche Überlebende von Ritualer Gewalt gemeldet haben; auf diese Weise entstand auch der neue Film. Sechs weitere Betroffene kommen zu Wort. Sie berichten in Erinnerungsbruchstücken von unterschiedlichen, jedoch grundsätzlich sehr ähnlichen Verbrechen. Bilder und Tonfiguren werden gezeigt.

Eine Überlebende hat Anzeige und Selbstanzeige erstattet. Die Eltern waren Mittäter, der Vater ist Pastor, ein Bruder, auch Opfer, hat sich im Erwachsenenalter das Leben

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

genommen. Die Betroffene ist nicht multipel und hat kaum dissoziative Amnesien. Sie berichtet, daß sie 1975 (mit 14) auf den Externsteinen (einem bekannten Kultort rechtsgerichteter Gruppierungen) gezwungen wurde, ein Mädchen umzubringen. Es stand die Drohung im Raum, sie andernfalls von der Höhe herunterzustoßen. – Ihre jüngere Schwester, mit der 10 Jahre lang keinerlei Kontakt bestand, wurde ausfindig gemacht und berichtet bis in viele Einzelheiten gleichlautend von rituellen Verbrechen.

Eine andere Überlebende sucht im Internet nach den damals aufgenommenen Porno- und Gewaltbildern. Die Eltern waren/sind Täter; sie will die Taten beweisen auch, um jüngere Geschwister zu schützen, die noch im Elternhaus leben. Eine weitere Betroffene versucht, Tatorte wiederzufinden.

Die polizeilichen Ermittlungen nach Nickis Anzeige (siehe *'Höllenleben I'*) ergaben bisher keine Sachbeweise, auch nicht im Zusammenhang mit der Wewelsburg. Dafür haben sich zwei Überlebende gemeldet, die aufgrund des ersten Films die Räume wiedererkannt haben. Eine von ihnen hat von entsprechenden Räumen und Ornamenten oft geträumt, ohne sie bislang zuordnen zu können. Nach einer Begehung ist sie sicher, daß es diejenigen Räume waren, in denen ihr Baby abgetrieben wurde, das sie anschließend selbst töten mußte. Eine weitere Überlebende hat sich zunächst an einen Seelsorger gewandt und schließlich Anzeige und Selbstanzeige erstattet. Sie hat Nicki im ersten Film wiedererkannt.

Zu Wort kommen in diesem Film auch MitarbeiterInnen von Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaften, deren Einschätzung zwischen hilfloser Solidarität und deutlichem Zweifel, ja Unwilligkeit differiert. Bisherige Ermittlungen haben bisher keine weiterführenden Sachbeweise ergeben. Dies kann an dem großen zeitlichen Abstand liegen, aber auch an geringem Engagement lokaler Ermittlungsbeamten. Ohne konkretere Hinweise auf entsprechende Taten ("ohne Leiche keine Ermittlung!") oder verstärkte Verdachtsmomente gegen konkrete Personen wird Persönlichkeitsschutz (mutmaßlicher Tatbeteiligter) höher bewertet als Opferschutz. Voraussetzung für jegliche Ermittlung ist in jedemfall eine Anzeige eines Opfers. – Auf eine entsprechende Frage erläutert eine Staatsanwältin, daß bei erzwungenen Taten durch psychologische Gutachten bzw. richterliches Urteil die Schuldunfähigkeit festgestellt werden muß.

Mit den Überlebenden solidarische Fachleute betonen im Film, daß hier das Bundeskriminalamt die vorhandenen Erfahrungen zusammentragen müßte. Es handelt sich zunächst um eine politische Entscheidung, das Thema ernstzunehmen oder nicht. Rechtsanwalt Rudolf v. Bracken betont, daß bei entsprechenden Tätergruppen ein hohes Maß an Organisation und Spurenverwischung zu erwarten ist. (Dies möchte ich unterstreichen: Die planmäßige und über Jahre hinweg betriebene Indoktrinierung von Opfern bedingt eine manipulatorische Intelligenz, die zweifellos auch zum Tragen kommt bei der Notwendigkeit, Tatzusammenhänge für die Außenwelt unsichtbar zu machen! Wir müssen davon ausgehen, daß alle entsprechenden Täter ein Doppelleben führen und darauf trainiert sind, situativ umzuschalten zwischen den Welten! -

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Derartige Tätergruppen erfordern andere Formen der Ermittlung als ein einzelner Raubmörder.)

Ingolf Christiansen (Beauftragter für Weltanschauungsfragen der ev.-luth. Kirche) sieht hinter den entsprechenden Taten vorrangig eine "Selbstvergottungsideologie", d.h., es geht meist wohl nicht vorrangig darum, tatsächlich "Satan" anzubeten, sondern sich selbst innerhalb des beschlossenen Kultzusammenhangs "zu erhöhen". Darüberhinaus ermöglichen die kultischen Versatzstücke den Tätern, "guten Gewissens" sadistische Machtgelüste zu befriedigen. Er verweist in diesem Zusammenhang auf den angeblichen Befehlsnotstand bei NS-Tätern.

Einen Schwerpunkt des Films bildet die Tatsache, daß kindliche Opfer entsprechender Tätergruppen in der Regel gezwungen werden, selbst Folterungen und Tötungen durchzuführen. Schon durch den Schuldzusammenhang werden sie enger an die Kultgruppe gebunden, andererseits betont eine Überlebende in diesem Film: "Wenn das Opfer erstmal glaubt, daß es 'auserkoren' ist, ist dadurch zugleich auch die Angst weg!" Darüberhinaus wird diesen Opfern, die im allgemeinen in ihrem Kinderleben sonst keinerlei Zuwendung erfahren, dadurch eigene Macht und Anerkennung vermittelt. – Die entstehende psychische Verknüpfung von Opfer- und Tätersein ist für die Betroffenen auch im späteren Leben nur mit langjähriger und fachgerechter therapeutischer Unterstützung möglich. Eine Betroffene sagt im Film: "Die allerschlimmste Vergewaltigung ist es, gezwungen zu sein, anderen etwas anzutun!"

- **Wir sind die Nicki(s), Teil 1: Wie eine Frau mit sieben multiplen Persönlichkeiten lebt; Teil 2: Die größte Gefahr ist die eigene Familie** (ze.tt 2020)

Eine hervorragende zweiteilige Dokumentation von ze.tt, einem online-format der Wochenzeitschrift DIE ZEIT. Vorrangig berichtet Nicki (und die Bärenbande), Überlebende von Organisierter ritueller Gewalt, bekannt geworden u.a. durch den früheren Film *Höllenleben (1)*. Die Traumatherapeutin Michaela Huber sowie die Soziologin Barbara Kavemann sowie die Rechtsanwältin Ellen Engel erläutern entsprechende Zusammenhänge aus ihrem Blickwinkel.

Schwerpunkte sind auch der Umgang der Strafverfolgungsbehörden mit dem Thema, das Glaubwürdigkeitsproblem ("Je bizarrer die Berichte von Überlebenden, desto unglaubwürdiger sind sie!" – Dies dient als Täterschutz, die die Opfer gezielt verwirren), Kritik am medialen Fehldarstellungen.

Nicki(s): "Wir glauben nicht, daß die Täter einen Glauben dazu hatten. Sie hatten Lust, Kinder zu quälen. Das hat etwas mit Macht zu tun, einfach Macht über einen Menschen!"

Kavemann: Grundsätzliche Nähe zu faschistoiden Haltungen.

Die Dokumentation korrespondiert in allen Einzelheiten mit den Zeugnissen von Merle Müller (bei D+T).

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Q&A – Leben mit dissoziativer Identitätsstruktur**
Eine Nachfolgesendung: Vier junge Frauen mit DIS beantworten Fragen der ZuschauerInnen. (ze.tt 2020)
<https://youtu.be/LXDVtGGvRdE>

Die Sendung dokumentiert, daß sich in den letzten 20 Jahren doch einiges geändert hat im öffentlichen Bewußtsein rund um DIS und bei der DIS-Therapie. So präzise, selbstbewußt und individuell nuanciert hätten Betroffene sich vor 10 oder 20 Jahren noch kaum äußern können. – Inhaltlich geht es bei der Sendung um die Alltagssituation von Menschen mit DIS jenseits der traumatischen Vergangenheit.

- **Satanismus Kannibalismus Menschenopfer in Deutschland**
(Rainer Fromm für ZDFreporter, Sendung im Januar 2003)

a) Überlebende Steffi. Seit 3. Lebensjahr in satanistischer Sekte gewesen.

Anzeige Trier 2002, Staatsanwalt Georg Jüngling äußert sich.

Dagmar Eckers (Kindertraumatherapeutin) äußert sich umfassend.

b) Überlebende Marie, Göttingen. Berichtet von brutalstem Quälen von Kindern/Babys.

Interviewpartner: Ingolf Christiansen (Satanismusexperte).

Oberstaatsanwalt Peter Köhler (Frankfurt/M.) fordert bundesweites Register für Straftaten im Umkreis Satanismus/rituelle Gewalt (gibt es bis heute nicht!). Betont, die Geschädigten werden nicht ernstgenommen wegen der Monstrosität der Taten, was die Täter wiederum schützt.

c) Langes Interview mit Prof. Rudolf Egg (Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden).

- **Manuel Möglich: Wild Germany - Satanismus**
(ZDF NEO, 2013)

Trotz des reißerischen Serientrailers ist das eine wunderbare Reportage! Im Mittelpunkt stehen Interviews mit Thorsten Becker und der Traumatherapeutin Claudia Fliß sowie mit zwei kultüberlebenden jungen Frauen mit DIS. Manuel, der Reporter, läßt sich wirklich ein auf diese schreckliche Realität, die wir alle am liebsten nicht glauben wollen, er zeigt seine Unsicherheit und Sprachlosigkeit – aber macht immer wieder den Schritt aufs Verstehen zu. Zwei Zitate von den betroffenen Frauen:

"Ich will das nicht glauben, denn ich kann nichts tun, also glaub ich das nicht!"
(als häufig erlebte Reaktion von Außenstehenden)

"Ich kann mich nicht beschweren, daß es keine Informationen gibt – und selbst nichts dazu tun!" (als Begründung, daß sie sich auf dieses Interview einlassen, obwohl es gefährlich sein könnte für sie).

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Sandra Maischberger Talkshow (29.1.2016): Sexobjekt Kind – Kampf gegen organisierten Mißbrauch**

Die Sendung entstand in Folge des Spielfilms *"Operation Zucker – Jagdgesellschaft"* (2015). GesprächspartnerInnen waren Julia v. Weiler (Innocence In Danger), Manfred Paulus (Kriminalhauptkommissar i.R.), Gisela Friedrichsen (Gerichtsreporterin beim SPIEGEL), Andreas Huckele (Opfer sexualisierter Gewalt als Odenwaldschüler), Johannes-Wilhelm Röhrig (Beauftragter der Bundesregierung für sexuellen Mißbrauch).

Röhrig betont die Realität von Betroffenen, die seit Babyzeit schwerster sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind, von Kindern als Ware. Betont die Relevanz von Aussteigerorganisationen und überregionalen Schutzräumen, die die Politik schaffen muß.

Paulus geht davon aus, daß Täter in diesem Bereich (sofern sie pädosexuell orientiert sind) sich häufig eine reputable Position (Karriere) schaffen, um auf diese Weise besser geschützt zu sein bei entsprechenden Taten. Er erwähnt, daß sich die Angst um den guten Ruf der Familie auch so auswirken kann, daß Eltern ihre Kinder nicht ernst nehmen, wenn die bei ihnen Schutz suchen wollen gegen sexualisierte Übergriffe Dritter.

Friedrichsen betont die Möglichkeit des "Tunnelblicks" bei wohlmeinenden Ermittlungsangestellten und HelferInnen: daß man eventuell immer nur Täter sieht, wenn man sich dauernd mit dem Thema beschäftigt.

Einig sind sich alle darin, daß wir alle mehr Mut haben sollten, um aufmerksam zu sein für Kinder, denen es offenbar nicht gut geht. Das bedeutet nicht unbedingt, gleich "einzuschreiten", sondern ggf. einen Verdacht weiterzugeben an Fachberatungsstellen.

Röhrig betont die Bemühungen seiner Behörde, AnsprechpartnerInnen für Kinder an sämtlichen Schulen installieren zu lassen. Er kündigt die Errichtung einer Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs an.

Paulus und Röhrig sind sich einig, daß bei der Güterabwägung Datenschutz und Kindeswohl (Schweigepflicht versus Anzeigepflicht) bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt gegen Kinder das Kindeswohl höhere Priorität haben muß.

Paulus: "Wenn ich nicht in den Universitäten anfangen mit Aufklärung und Information über diese Zusammenhänge, setzt sich die Unkenntnis fort bei den Ermittlungsbehörden."

Huckele berichtet anschaulich von seinem Schicksal, seinen Empfindungen und seinen Versuchen, den Täter (Gerold Becker) zur Verantwortung zu ziehen.

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

- **Jürgen Domian: Radio-Gespräche (WDR 1 live)**

Domian war in Deutschland einer der ersten Journalisten, die über organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt berichtet haben. Das Thema taucht in mehreren seiner Sendungen (1995–2016) auf; die Gespräche sind meist auf You Tube zu hören, können aber auch hier heruntergeladen werden:

<http://nachtlager.de/go/de/archiv/index> oder <https://domianarchiv.de> oder einem Domian Fan Kanal:

https://www.youtube.com/channel/UCG8I5BMDk2XJUryp_tq11OQ

- Sendung 13.3.1999: Multiple Persönlichkeit (Astrid, persönlich anwesend)
- Sendung 15.5.2002: In den Fängen der Satanisten (Karin, Gespräch per Telefon)
- Sendung 26.2.2015 (?): Michaela (33)
Seit dem 4. Lebensjahr sexualisierte Gewalt durch Vater und dessen Kollegen/Freunde, bis zum Alter von 21, dann ist sie weggelaufen. (Die Mutter hat den Bruder mißbraucht.)
"Für mich war das ja normal!" Erst einer Arbeitskollegin hat sie sich anvertraut, die hat ihr vermittelt, wie schrecklich und verbrecherlich das ist. Daraufhin mithilfe von Frauenhäusern die Flucht erreicht. Lebt jetzt unter anderem Namen, mittlerweile EU-Rente. Noch immer fortwährende Angst, daß die Täter sie finden und dann ermorden oder für immer wegsperren.
- Sendung 27.2.2015 (?): Inka (43)
Hineingeboren in eine satanistische Sekte, ritualorientiert: Gesänge, Altar, Verkleidungen. Vater angesehen, im Gemeinderat. "Man lebt in zwei Welten." Wieso hört man nichts von AussteigerInnen? "Wir Opfer sind ja massiv psychisch geschädigt."
Zuviel Ängste vor den Tätern, deshalb keine Anzeige erstattet.
- Sendung 2000: Udo (46)
Zwangsprostitution ab 6. Lebensjahr (auch von Schwestern), innerhalb der Familie, später weitergegeben an satanistische Sekte. "Vorrangig gings denen aber ums Geld!" Rumgereicht worden in Gastarbeiterwohnheimen. Jugendamt bekam Hinweis auf Gewalt, hat sich die pikfeine Wohnung angeschaut und gesagt, bei soviel Kindern (6) darf die Mutter auch mal schlagen, wenn eins nicht hört.
Für besonders hohe Einnahmen in der Prostitution bekamen die Kinder von den Eltern einmal verschieden große Schokoladennikolaus als Prämie. Seiner stand bei Udo noch mit 15 auf dem Regal, er war stolz drauf. "Für mich war das alles richtig!"
Mit 15 wurden Sozialarbeiter im Lehrlingswohnheim aufmerksam. Er kam zu einer Pflegefamilie. Es gab einen Prozeß, damals groß in den Medien, kam nicht viel dabei raus. "Die hatten ja auch ihre Story! Haben anderthalb Jahre gekriegt, auf Bewährung."
Später war er in vielen Kliniken. Schwerste Selbstverletzungen, um "den Dreck aus dem Körper rauszulassen".

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

"Die Welt da draußen weiß gar nicht, was los ist! Wenn manchmal ein Kind vermißt wird - das ist doch nur die Spitze des Eisbergs! Ich geh nicht raus, hab heute noch Angst, ich schare meine Tiere um mich..." Ist multipel, hat Lebenspartner.

- Sendung 8.3.2003: Petra (32) hat eine Dissoziative Identitätsstruktur. Die Anruferin sieht sich als Hauptpersönlichkeit, hat noch kaum die Möglichkeit, in Kontakt mit anderen Anteilen zu treten, die sie jedoch in sich reden hört und die ggf. (in Stresssituationen) auch den Körper übernehmen. Weiß erst seit ca. 5 Jahren von ihrem Vielesein. Berichtet nachfühlbar von den Schwierigkeiten, mit diesem Zustand umzugehen. Sehr typische Situation für jemanden mit DIS am Anfang einer entsprechenden Therapie. Sie weiß inzwischen von sexualisierter Gewalt seit dem 2. Lebensjahr (bis zum Alter von 22), durch Vater und andere Täter.

- **Multiple Persönlichkeit: Unsere beste Freundin hat uns gerettet (Billie & Co.)** (ARD/ZDF: Jugendfernsehen FUNK; 2020)

In der Reihe DIE FRAGE entstand eine informative und berührende Reportage mit der Überlebenden Billie & Co (das System Regenbogen), die mit ihrer besten Freundin Katja zusammenlebt. – you tube:

<https://www.youtube.com/watch?v=3HrUtDDNKDQ>

Siehe auch Kommentar bei D+T, hier: <https://dissoziation-und-trauma.de/neues-aus-psychiatrie-und-medien/694-multiple-persoenlichkeit-unsere-beste-freundin-hat-uns-gerettet-video>

- **Multiple Persönlichkeit: Q&A zur dissoziativen Identitätsstörung (Wie finde ich Freunde? Folge 5)** – you tube:

<https://www.youtube.com/watch?v=C2xLP4vrcdw>

Eine Nachfolgesendung, in der Billie & Co und Katja Fragen beantworten. Sehenswert!

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Weblinks + Notfalltelefon

- Das telefonische Angebot **BERTA (Tel. 0800 3050750)** ist die erste bundesweite, kostenfreie und anonyme ANLAUFSTELLE FÜR BETROFFENE VON ORGANISierter SEXUALISierter UND RITUELLER GEWALT. Sie gehört zum Unterstützungsangebot des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM).
- SEXUALISIERTE GEWALT IN ORGANISIERTEN UND RITUELLEN GEWALTSTRUKTUREN. PRÄVENTION, INTERVENTION UND HILFE FÜR BETROFFENE STÄRKEN:
Empfehlungen des Fachkreises »Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen« beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (April 2018). Hier Download über den Trauma-Fachverlag Asanger:
https://www.asanger.de/downloads/fachkreis_empfehlungen_2018_einzelseiten2.pdf
- INTERNATIONALE UMFRAGE FÜR ÜBERLEBENDE EXTREMER GEWALT (Thorsten Becker/ Wanda Karriker/ Bettina Overkamp/ Carol Rutz, 2007): <http://extreme-abuse-survey.net/survey.php?de=a>
- VIELFALT e.V. – Information zu Trauma und Dissoziation:
<http://www.vielfalt-info.de/>
- R. Rennebach-Stiftung für Opfer ritueller Gewalt: <http://www.renate-rennebach-stiftung.de/>
- Fachtagung "RITUELLE GEWALT. DER UMGANG MIT IDEOLOGISCH MOTIVIERTEN STRAFTATEN AUS MULTIPROFESSIONELLER SICHT" der Diakonie-Bischöfliches Generalvikariat Münster, 24. Juni 2010:
http://www.diakonie-rwl.de/cms/media///pdf/aktuelles/archiv/FT_Rituelle_Gewalt_2010.pdf
- Der Endbericht der Enquête-Kommission 'Sogenannte Sekten und Psychogruppen' des Deutschen Bundestages (Drucksache 13/10950 vom 9.6.1998) dokumentiert den damaligen Stand der öffentlichen Meinung in Deutschland (1998):
<http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP13/1189/118920.html>

Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt

Wichtige englischsprachige Portale für Informationen, Studien, Literatur zu Rituellem Gewalt und Mind Control:

- RECOVERED MEMORIES OF SEXUAL ABUSE: SCIENTIFIC RESEARCH & SCOLARY RESSOURCES - diese beeindruckende und wohl umfassendste englischsprachige Materialsammlung zu traumabedingter dissoziativer Amnesie enthält auch fachliche Gegendarstellungen zu Behauptungen aus dem Umkreis der ehemaligen 'False Memory Syndrome Foundation': <http://www.jimhopper.com/memory/#el>
- Vereinigung, die seit 15 Jahren eine Annual Ritual Abuse, Secretive Organizations and Mind Control Conference veranstaltet und wissenschaftliche Erkenntnis zu diesen Themen veröffentlicht (hervorgegangen aus dem Newsletter S.M.A.R.T): <http://ritualabuse.us>
- Website der Psychotherapeutin und Traumatherapeutin Ellen P. Lacter, die sich auf rituelle Gewalt (Ritual Abuse) spezialisiert hat: <http://endritualabuse.org>
- Sehr kompetentes, aktuelles und umfangreiches englisch/amerikanisches Informationsportal, ursprünglich von Überlebenden eingerichtet: <http://ra-info.org/>
- FOR SURVIVORS OF RITUAL ABUSE, MIND CONTROL AND TORTURE; Unterstützung von Überlebenden seit 1989; Organisiert von Neil Brick (Überlebender, auch Gründer von S.M.A.R.T.), Eileen Aveni (Psychotherapeutin), Randy Noblitt (Psychologieprofessor, Autor themenbezogener Veröffentlichungen) <http://www.survivorship.org/>



© Gabi Lummas

LITERATURHINWEISE

zum ersten Teil

*(Weitere Literaturangaben finden sich
in Fußnoten innerhalb der Texte)*

- Michaela AMERING / Margit SCHMOLKE: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit (Bonn 2007)
- Günter AMMON: Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit (Berlin 1998)
- Ders.: Dynamische Psychiatrie (Eschborn 31998)
- Agnes AUEN: Die Jungfrau, die heiraten wollte (Freiburg i.Br. 2006)
- Ellen BASS / Laura DAVIS: Trotz allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen (Berlin 1990)
- Jacob BAUSUM / Lutz-Ulrich BESSER / Martin KÜHN / Wilma WEISS (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (Weinheim 2009)
- David BECKER/ Margareta DIAZ: Extremtraumatisierte Jugendliche. Brüchige Identitäten als Überlebensform im nachdiktatorialen gesellschaftlichen Kontext in: Stephan BECKER (Hrsg.): Helfen statt Heilen (Giessen 1996)
- Thijs BESEMS /Gerry van VUGT: Wo Worte nicht reichen. Therapie mit Inzestbetroffenen (München 1990)
- Thomas BOCK u.a. (Hrsg.): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn (Bonn ²1998)
- Dies. (Hrsg.): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie (Bonn 1995)
- Martin BUBER (Hrsg.): Ekstatische Konfessionen (Heidelberg 1984)
- Fritjof CAPRA: Lebensnetz. Ein neues Verständnis der lebendigen Welt (Bern ²1996)
- Joan Frances CASEY: Ich bin viele. (Reinbek 1992)
- Truddi CHASE: Aufschrei (Bergisch Gladbach 1988)
- Liz BIJNSDORP: Die 147 Personen, die ich bin (Stuttgart 1996)
- Eugene + Jonathan BLISS: Prism. Andrea's World (Briarcliff Manor, N.Y. 1985 ISBN 0-8128-3022-9)
- Laura DAVIS: Verbündete. Ein Handbuch für Partnerinnen und Partner sexuell mißbrauchter Frauen und Männer (Berlin 1992)
- Martin DORNES: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen (Frankfurt/M. 1993)
- Manfred ENDRES / Gerd BIERMANN (Hrsg.): Traumatisierung in Kindheit und Jugend (München/ Basel 22002)
- Sandor FERENCZI: Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kinde (in: Ferenczi: Schriften zur Psychoanalyse, Band II) (Frankfurt/M. 1972, S.303-316)
- Ders.: Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932 (Frankfurt/M. 1988)
- Ders.: Infantil-Angriffe! – Über sexuelle Gewalt, Trauma und Dissoziation (Berlin 2014: A+C online, ISBN 978-3-923211-36-4)
- Gottfried FISCHER: Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen (Düsseldorf/Zürich 2003)
- Claudia FLISS / Claudia IGNEY (Hrsg.): Handbuch Trauma und Dissoziation. Interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen (Lengerich 2008)

Literaturhinweise zum ersten Teil

- Claudia FLISS / Claudia IGNEY (Hrsg.): Handbuch Rituelle Gewalt. Erkennen - Hilfe für Betroffene - Interdisziplinäre Kooperation (Lengerich 2010)
- Claudia FLISS, Riki PRINS, Sylvia SCHRAMM: Befreiung des Selbst. Therapiekonzepte zum Ausstieg aus organisierter Rituelle Gewalt (Kröning 2018)
- Jan FOUORAINE: Wer ist aus Holz? (München 1973 und später)
- Lucy FREEMAN / Emily PETERSON / Nancy Lynn GOOCH: Der stille Schrei (Hamburg 1989)
- Silke B. GAHLEITNER: Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung (München/Basel 2005)
- Andreas GEHRKE: Ausbruch aus dem Angstkäfig. Ein Stimmenhörer berichtet (Neumünster 2003)
- Eugene T. GENDLIN: Focusing in der Praxis (Stuttgart 1999)
- Stanley I. GREENSPAN: Die bedrohte Intelligenz (Originaltitel: 'The Growth of the Mind and the Endangered Origins of Intelligence') (München 1999)
- Arno GRUEN: Der Wahnsinn der Normalität (München 1989)
- Joachim GNEIST: Wenn Haß und Liebe sich umarmen. Das Borderline-Syndrom (München 1997)
- Lydia HANTKE: Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen (Berlin 1999) *Als pdf auf der Website der Autorin: https://institut-berlin.de/wp-content/uploads/hantke_trauma-und-dissoziation.pdf*
- Dies.: Von Multiplen lernen (in: Michaela Huber [Hrsg.]: Viele Sein. Ein Handbuch; Paderborn 2011, S. 450-470) *Als pdf: <https://institut-berlin.de/wp-content/uploads/Junfermann-von-Multiplen-lernen.pdf>*
- Lydia HANTKE & Hans-Joachim GÖRGES: Handbuch Traumakompetenz (Paderborn 2012)
- Onno van der HART: Die Phobie vor dem Trauma überwinden (TRAUMA & GEWALT Heft 01, Februar 2007, Seite 58-61)
- Ders. / R.S. NIJENHUIS / Kathy STEELE: Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung (Paderborn 2008)
- Gitti HENTSCHEL (Hg.): Skandal und Alltag. Sexueller Mißbrauch und Gegenstrategien (Berlin 1996)
- Judith HERMAN: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden (Berlin 1994; Neuauflage mit neuem Nachwort der Autorin: Paderborn 2003)
- Mathias HIRSCH: Psychoanalytische Traumalogie – Das Trauma in der Familie (Stuttgart 2004)
- Max HORKHEIMER: Zur Kritik der instrumentellen Vernunft (Gesammelte Schriften Band 6) (Frankfurt/M. 1991)
- Ders. / Theodor W. ADORNO: Dialektik der Aufklärung (in: Horkheimer: Gesammelte Schriften Band 5; Frankfurt/M. 1991 sowie in: Adorno: Gesammelte Schriften Band 3; Frankfurt/M. 1986)
- Michaela HUBER: Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. (Frankfurt/M. 1995, durchgesehener Nachdruck Paderborn 2010)
- Michaela HUBER: Trauma und Traumabehandlung, Teil 1 u. 2 (Paderborn 2005)
- Gerald G. JAMPOLSKY: Was heilt ist die Liebe (Darmstadt 2006)

Literaturhinweise zum ersten Teil

- Wolfgang JANTZEN / Willehad LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung (Berlin 1996)
- Julian JAYNES: Die Entstehung des Bewußtseins durch den Zusammenbruch der bikameralen Psyche (Reinbek 1988)
- JENNY & Co.: Multiple Persönlichkeit – ein Lebenskonzept (in: Soziale Psychiatrie 2/2002)
- Jon KABAT-ZINN: Gesund durch Meditation (Originaltitel: 'Full Catastrophe Living') (Bern 31995)
- Andreas KNUF (Hrsg.): Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline (Bonn 2002)
- Andreas KNUF / Christiane TILLY (Hrsg.): Das Selbsthilfebuch (Bonn 2004)
- Bessel A. van der KOLK / A.C. McFARLANE / L. WEISAETH (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (Gekürzte deutsche Ausgabe: Paderborn 2000)
- Phyllis KRYSTAL: Die inneren Fesseln sprengen (Berlin 2004)
- Elke KÜGLER: Chronisch Traumatisierte, strukturelle Dissoziation und Sexualität in: *TRAUMA UND GEWALT* 2/2007 (S. 62-69) und 3/2007 (S. 2-11)
- Dieter KUNZKE: Sucht und Trauma. Grundlagen und Ansätze einer psychodynamisch-integrativen Behandlung (Gießen 2008)
- Regine LEISNER: An Krisen reifen (Berlin 2000)
- Peter A. LEVINE: Trauma-Heilung. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren (Essen 1998)
- Peter A. LEVINE / Maggie KLINE: Kinder vor seelischen Verletzungen schützen (München 2010)
- Verena LIEBERS: Das Schattenmädchen (München 2003)
- Christel LÜDECKE / Ulrich SACHSSE/ Hendrik FAURE: Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext (Stuttgart 2010)
- Mondrian Graf v. LÜTTICHAU: Therapie oder Leben? Begegnungen in der Akutpsychiatrie (Leipzig 2009: A+C online)
- Ders.: DISSOZIATION. TRAUMA. RITUELLE GEWALT. Hinweise für Betroffene und HelferInnen (Berlin 2020: A+C online)
- Wendy MALTZ: Sexual Healing. Ein sexuelles Trauma überwinden (Reinbek 1993)
- Sabine MARYA: Schmetterlingsfrauen. Ein Selbsthilfebuch für Frauen mit multipler Persönlichkeit (München 1999)
- Dies. / Didi LINDEWALD: Das Regenbogenland-Buch (Freiburg i.Br. 2000)
- Paul T. MASON / Randi KREGER: Schluß mit dem Eiertanz (Bonn 2003)
- MATRIOSCHKA. Eine Zeitung von und für multiple Persönlichkeiten (Erschienen Nr. 1-10, Kassel 1994-97) (*Sammelbände erhältlich bei VIELFALT e.V., Postfach 100602, 28006 Bremen*)
- Hans-Jürgen MÖLLER/ Gerd LAUX/ Arno DEISTER: Psychiatrie und Psychotherapie (Stuttgart 2001)
- Merle MÜLLER: Zeugnisse aus der rituellen Gewalt, Teil 1: Wird keiner helfen? - Teil 2: Vati hat mich! (Berlin 2018: A+C online)

Literaturhinweise zum ersten Teil

- Charles S. MYERS: Shell Shock in France 1914–1918. Based on a War Diary. (Cambridge University Press, New York 1940; paperback edition 2011)
- Barbara NEPEIS: Mein Leben als "Multiple" oder Ein endloser Kampf (Jena/Plauen/Quedlinburg 2002)
- Ellert R. S. NIJENHUIS / Onno van der HART / Kathy STEELE: Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen in: REDDEMANN / HOFMANN / GAST (2004) (*veränderter Text in der 3., überarbeiteten Auflage 2011*)
- Ellert NIJENHUIS: Die Trauma-Trinität: Ignoranz - Fragilität - Kontrolle (drei Teile in zwei Bänden; Göttingen 2016 und 2018) – *In die komplexe Darstellung (insgesamt 1318 Seiten) kann über ein komfortables Leseprüfen-Menü auf der Verlagsseite Einblick genommen werden: <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/search?sSearch=ellert+nijenhuis>*
- Petra NÜRNBERGER: Meine Freundin Paula N. – Warum ich anders bin (Jena/Plauen/Quedlinburg 2005)
- Christine OKSANA: Safe Passage to Healing. A Guide for Survivors of Ritual Abuse (New York 1994: HarperPerennial, ISBN 0-06-096996-2)
(*Eine nichtautorisierte Teilübersetzung [1996] ist erhältlich über VIELFALT e.V.*)
- Jochen PEICHL: Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline, Ego State, Täter-Introjekt (Stuttgart 2007)
- Clarissa PINKOLA ESTÉS: Die Wolfsfrau. Die Kraft der weiblichen Ur-Instinkte (München 1993)
- PROJEKTGRUPPE REGGIO (Hrsg.): Wenn das Auge über die Mauer springt (Hamburg 1990)
- Frank W. PUTNAM: Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Ein Handbuch (Paderborn 2003) (Neuausgabe Lichtenau 2013)
- RACHEL, KLAUS MONI, LARS, HABIBA, BEN / LAURA: Unser Sieg über die Rituelle Gewalt (Berlin 2012; kostenloses pdf bei www.dissoziation-und-trauma.de)
- RACHELS & BLUMEN / JANIK & FRANZI / LAURA & NURSE / Adele ANTON: Rituelle Gewalt, Autismus und Mind Control – aus unserer Erfahrung (Berlin 2018, kostenloses Download bei www.dissoziation-und-trauma.de)
- Luise REDDEMANN: Imagination als heilsame Kraft (Stuttgart 2001)
- Luise REDDEMANN: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) – Das Manual (Stuttgart 2004)
- Luise REDDEMANN / Cornelia DEHNER-RAU: TRAUMA. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen (Stuttgart 2004)
- Luise REDDEMANN / A.HOFMANN / U.GAST (Hrsg.): Psychotherapie der dissoziativen Störungen (Stuttgart 2004, ²2006, ³2011)
- Horst Eberhard RICHTER: Der Gotteskomplex (Reinbek 1979)
- Babette ROTHSCHILD: Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung (Essen 2002)
- Matt RUFF: Ich und die anderen (München/Wien 2004)
- Ulrich SACHSSE: Selbstverletzendes Verhalten. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung (Göttingen 1994)
- Zora SANNÉ / Beate KNEUSE: Wie viele Gesichter hat die Angst? Eine wahre Geschichte (Norderstadt 2017)

Literaturhinweise zum ersten Teil

- Martin SACK / Ulrich SACHSSE/ Julia SCHELLONG (Hrsg.): Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung (Stuttgart 2013)
- Martha SCHALLECK: Rotkäppchens Schweigen. Die Tricks der Kindesmissbraucher und ihrer Helfer (Freiburg i.Br. 2006)
- Corinna SCHERWATH / Sibylle FRIEDRICH: Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung (München/Basel 2012)
- Flora Rheta SCHREIBER: Sybil. Persönlichkeitsspaltung einer Frau (Bern/München 1977)
- Friedemann SCHULZ v.THUN: Miteinander reden 3. Das "innere Team" und situationsgerechte Kommunikation (Reinbek 1998)
- Sally SCHULZE: "Dreißig Personen, die ein Eigenleben führen!" (in: Soziale Psychiatrie 1/2002)
- Richard C. SCHWARTZ: Systemische Therapie mit der inneren Familie (Stuttgart 1997)
- Günter H. SEIDLER: Psychotraumatologie. Das Lehrbuch (Stuttgart 2013)
- Martti SIIRALA: Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit (Göttingen 1961; Neuauflage Eschborn 2000)
- SOZIALE PSYCHIATRIE Heft 2/2000: Psychiatrie, Psychose und Religion (*Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.*)
- Ellen SPANGENBERG: Dem Leben wieder trauen (Düsseldorf 2008)
- Kathy STEELE / Suzette BOON / Onno van der HART: Die Behandlung traumabasierter Dissoziation. Eine praxisorientierte, integrative Vorgehensweise (Lichtenau 2017)
- Daniel N. STERN: Die Lebenserfahrung des Säuglings (Stuttgart 1992)
- Hal + Sidra STONE: Du bist viele (München 1994)
- Annegret STOPCZYK: Sophias Leib (Heidelberg 1998)
- Irene STRATENWERTH / Thomas BOCK: Stimmen hören. Botschaften aus der inneren Welt (München 1999)
- J.G. und H. WATKINS: Ego States, Theorie und Therapie (Heidelberg 2003)
- Alan WATTS: Psychotherapie und östliche Befreiungswege (München 1980)
- Wilma WEISS: Philipp sucht sein Ich (Weinheim 2003,⁴2008)
- Cameron WEST: Erste Person Plural (München 2000)



Selbstbildnis Marie (MvL: THERAPIE ODER LEBEN)

**TRAUMATHERAPEUTISCHE
HEILPÄDAGOGIK BEI EINER
KOGNITIV SCHWER
BEEINTRÄCHTIGTEN FRAU⁷⁷**

Eva S. – Angst, Abwehr, Aggression

Die kleinsten innerweltlichen Züge hätten Relevanz fürs Absolute, denn der mikrologische Blick zertrümmert die Schalen des nach dem Maß des subsumierenden Oberbegriffs hilflos Vereinzelt und sprengt seine Identität, den Trug, es wäre bloß Exemplar.

Theodor W. Adorno

Die Lektüre eines Artikels von LANWER-KOPPELIN (1997) zur Frage von Autoaggressionen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ("*geistiger Behinderung*") wollte ich schon resigniert abbrechen, weil ich in all der Theorie mal wieder keinen Ansatzpunkt für meinen Arbeitsalltag fand. Beim Überfliegen der letzten Seiten wurde ich plötzlich wach, konnte die Darstellung immer deutlicher mit *Eva S.*^{*} assoziieren. Voller Spannung und Freude habe ich nochmal von vorne zu lesen begonnen. – Der von LANWER-KOPPELIN vermittelte Blickwinkel half mir dann, Erfahrungen und Interpretationen aus drei Jahren des Kontakts mit der fast lebenslang hospitalisierten Frau zusammenfassend zu reflektieren.

Ich möchte *Eva S.* vorstellen im wesentlichen auf der Grundlage analytisch orientierter Entwicklungspsychologie und Ichpsychologie (MAHLER, KERNBERG, GAEDT, z.T. BOWLBY) sowie der Rehistorisierenden Diagnostik der bremer Kritischen Behindertenpädagogik (FEUSER, JANTZEN, LANWER-KOPPELIN; nach Lurija bzw. Leontjew).

Zur Vorgeschichte. – Erst mit zwei Jahren lernt die 1956 geborene *Eva S.* sitzen und gehen. Offenbar ist sie schwer kognitiv beeinträchtigt ("*geistig behindert*"). Der Tagesförderung wird sie von den Eltern bald wieder entzogen. Nachdem sie im Elternhaus "mit zusammengebundenen Armen im Bett liegend" bei "erheblich

⁷⁷ Ursprünglich veröffentlicht in: BEHINDERTENPÄDAGOGIK, 38. Jg., Heft 2/1999, Seite 143-159 unter dem Titel "*Sie sehn doch, die will keinen Kontakt!*" – Rehistorisierung und heilpädagogische Beziehung bei einem 'hoffnungslosen Fall'. Der Aufsatz wurde durchgesehen und geringfügig ergänzt.

^{*} (Name geändert)

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

reduziertem Ernährungszustand mit grauer Hautfarbe und greisenhaftem Gesichtsausdruck" (so in der Patientenakte) aufgefunden wurde, kommt sie mit 13 ins Kinderheim. Sie zeigt starke Auto- und Fremdaggressionen, andererseits wirkt sie teilnahmslos. Mehrfach wird in Berichten aus jener Zeit die Wirksamkeit von "liebevoll-konsequenter Förderung" und "emotionaler Zuwendung und Anleitung" betont. Evas "Ängstlichkeit", ihr grundsätzliches "Abwehrverhalten" und "Mißtrauen", so heißt es, "tritt bei liebevoller Zuwendung allmählich zurück". Dennoch wird sie wegen der starken Verhaltensauffälligkeiten mit 17 in die Erwachsenenstation eines (ostberliner) psychiatrischen Krankenhauses überstellt. – Abgesehen von kontinuierlicher fremd- und autoaggressiver Erregtheit vermerken die Akten dann bald 20 Jahre lang nichts relevant Erscheinendes. Eine Krankenschwester, die Eva schon vor 10 Jahren erlebt hatte, erwähnt mir gegenüber, sie habe damals zumeist fixiert im Bett gelegen "und mit dem Kopf gegen das Bettgestell geschlagen, daß man meinte, der Kopf würde zerplatzen!"

1990 heißt es in Evas Akte: "Pat. wird jetzt regelmäßig aus dem Bett genommen und reagiert bei Lösen der Fixierung autoaggressiv und weint kläglich."

Im Laufe der nächsten Monate wird Eva S. schrittweise an den Aufenthalt außerhalb des Bettes gewöhnt. Für die nächsten Jahre fehlen wieder relevante Eintragungen. 1994 wird sie zeitweise ins Bällchenbad geführt (*Basale Stimulation*), eine Physiotherapeutin bemüht sich um Beziehungskontakt. Das Bällchenbad ist Eva offenbar angenehm als Rückzugsmöglichkeit. Die Autoaggressionen lassen nach, jedoch wehrt sie mitmenschlichen Kontakt weiterhin strikt ab.

Als ich Eva S. im April 1995 kennenlerne, sitzt sie fast ständig auf dem Fußboden des Tagesraums (meist etwa am selben Fleck – in der Mitte, sodaß alle um sie herumgehen müssen). Meist hält sie den Kopf tief nach unten gebeugt, nahe dem Mund eine Hand, die sie fast kontinuierlich einspeichelt, auch die andere ist leicht erhoben. Ist die Hand naß bzw. verschmiert, wischt Eva sie mit einer schnellen Bewegung der anderen Hand ab und fängt von neuem an, einzuspeicheln. Alle paar Minuten schlägt sie sich hart auf die Backe. Zeitweise hält sie beide Hände zurückgezogen in den Pulloverärmeln, wobei sie nicht selten den Ärmel über der Hand einspeichelt. Eva trägt einen Overall, weil sie versucht, an ihren Kot zu gelangen (sie ist gewandelt) und ihn zu essen bzw. mit ihm die Hand einzuschmieren; dies gelingt ihr dennoch manchmal mehrfach am Tag.

Nach dem Essen kriecht sie auf dem Boden herum und sucht Reste und Krümel zusammen. Sobald jemand sich ihr nähert, zwickt und schlägt sie ihn. Steigt die Unruhe im Raum über ein bestimmtes Maß, gerät Eva S. sichtlich in Panik, klopft dann mit der Hand auf ihr Bein, beißt sich in den Handrücken, stöhnt. Eva scheint alle Vorgänge und Bewegungen um sich herum zu beobachten, interessiert

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

reagiert sie aber ausschließlich auf Essen und Trinken; darauf allerdings blitzschnell und mit hoher motorischer Gewandtheit. Weißgekleidete Menschen wehrt sie besonders rigide ab durch Zwicken, Schlagen und Kratzen; manchmal scheint sie geradezu auf die Jagd nach Pflegepersonal zu gehen. – Dennoch zeigt sie bei den routinemäßigen

Pflegehandlungen ein überraschend hohes Maß an Kooperation – synchron zu ihren Versuchen, sich die an ihr tätigen Schwestern dennoch etwas vom Leibe zu halten.

Gesprochen hat Eva S. noch nie, aber offensichtlich versteht sie vertraute Alltagsformulierungen. Eva ist beim Pflegepersonal außerordentlich unbeliebt – wegen der Kotproblematik, aber auch wegen ihrer fast durchgängigen Abwehr ("Man kann ihr nichts Gutes tun!"), die oft als Boshaftigkeit interpretiert wird.

Heilpädagogische Einzelförderung 1995/96

Von April 1995 bis März 1996 habe ich Eva an ihrem Platz auf dem Boden fast täglich besucht. Ausgangspunkt war für mich, ihr erfahrbar zu machen, daß mitmenschlicher Kontakt angenehm sein kann. Die beeindruckende Nuanciertheit und Aufmerksamkeit, mit der sie sich abgrenzte und ihre (sehr reduzierten) Bedürfnisse durchzusetzen versuchte, verstand ich als Ausdruck von Lebenskraft (Ressourcen), von Lebenswillen, an den es anzuknüpfen galt. Da ich (neben der kognitiven Beeinträchtigung) vage von einer frühkindlich erworbenen reaktiven Bindungsstörung ausging, blieb ich mit meinen Kontaktangeboten in diesem Jahr bei den grundlegenden (basalen) Beziehungselementen: körperliche Präsenz (und Nähe), Anrede und Berührung. Ich versuchte, anzuknüpfen an möglicherweise vorhandene positive Erfahrungen.

In winzigen Schritten entwickelte Eva S. mir gegenüber Kontaktbereitschaft: Die körperliche Nähe durfte zunehmen, winzige Berührungen mit dem Finger durften länger anhalten und übergehen in Berührungen mit der Hand, in Streicheln. Noch monatelang hat bereits Anrede und Berührung zugleich Eva überfordert. Erst nach vier Monaten konnte ich längere Zeit nah bei ihr sitzenbleiben. Eva wurde jetzt regelmäßig ruhig und hörte mit Einspeicheln auf, wenn ich ihren Rücken großflächig und relativ fest streichelte; manchmal rückte sie dann um Zentimeter näher zu mir (vgl. LEBOYER 1981, S.41/42, S. 122).

Eva lernte, auf situative Überforderung durch mich mit spontaner Ortsveränderung zu reagieren, ohne ihre offensiven Abwehrmechanismen einzusetzen. Immer umfassender ließ sie das Streicheln zu (wenn auch nur im Bereich des Rückens, später auch der Füße), neigte sich manchmal nach hinten, mir entgegen, dies gerade in Situationen größerer Unruhe um uns herum..

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

1996 wurde die Einzelförderung von einer Mitarbeiterin übernommen. Nach anfänglich heftiger Abwehr faßte Eva im Verlauf von rund vier Wochen sacht auch zu ihr Zutrauen und konnte sich auf neue Erfahrungen einlassen. Vorangig ging es in dieser Phase um Ortsveränderungen und beziehungsorientierte Alltagsabläufe. Eva begann, nuancierter auch auf andere MitarbeiterInnen zu reagieren; sie saß eher auf Stühlen und bewegte sich häufiger selbständig innerhalb der Stationsräume. Ende 1996 ließ Eva erstmalig im engen Rückversicherungskontakt mit der Einzelbetreuerin die Fußpflege über sich ergehen, ohne daß sie dazu, wie bisher, unter panischem Widerstand und Schreien von 3-4 Personen massiv festgehalten werden mußte.

Seit dieser Zeit ist Evas Körperhaltung, sind ihre Blicke und Bewegungen durchgängig entspannter. Nach Streß findet sie leichter zur Ruhe zurück. Das früher fast durchgängige Rundum-Beobachten ist nahezu verschwunden. Die stereotypen Ohrfeigen sind erheblich seltener geworden, ebenso Autoaggressionen, die von Mimik und Körpersprache her auf Angst schließen lassen. – Zugenommen haben dagegen (für einen gewissen Zeitraum) Aggressionsformen, die ich als Ausdruck von Wut und Protest verstehe: spontan an den eigenen Kleidern reißen, ungezielt sich selbst irgendwohin schlagen, Stühle umwerfen – auch mehrmals auf den Boden knallen lassen, Gegenstände von sich werfen. Bei genauer Beobachtung sind solche Verhaltensweisen meist im Zusammenhang mit situativen Frustrationen zu verstehen.

Lebensgeschichtlich orientierte (rehistorisierende) Diagnostik

Die von mir zugrundegelegten theoretisch-psychologischen Ansätze befassen sich zunächst nur mit strukturellen, funktionalen Gesetzmäßigkeiten und Kriterien, nach denen *wir alle* unsere psychische Autonomie nötigenfalls, d.h., bei entsprechend schwerwiegenden Beeinträchtigungen oder/und sozialen Behinderungen, stabilisieren würden. Um heilpädagogisch-therapeutische Konsequenzen ziehen zu können, **muß gefragt werden nach der individuellen Lebensgeschichte des betroffenen Menschen, insbesondere nach den Umständen, die schwerwiegende Entwicklungsstörungen hervorgerufen haben können ("Rehistorisierung")**. – Bei Eva S. ist dies zweifellos zunächst die traumatische Vernachlässigung und Mißhandlung im Elternhaus, an die die Bedingungen der Hospitalisierung im Krankenhaus sich angeschlossen haben, sowie die (hirnorganische) kognitive Beeinträchtigung, durch die viele psychische Kompensationsmöglichkeiten bei ihr eingeschränkt oder ausgeschlossen sind. (Zur

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Situation im Krankenhaus vgl. die in vieler Hinsicht analoge Darstellung bei STÖRMER u. SIEVERS 1996).

Bei derart gravierenden Realtraumatisierungen im frühen Kindesalter (und nachfolgender Hospitalisierung) muß selbst das Ausmaß der ursprünglichen (perinatalen) Schädigung infrage gestellt werden: Wie sollte jemand bei derartigen sozialen Entwicklungsbedingungen neben der existenziell notwendigen psychischen Kompensationsarbeit *einfach leben lernen* können ?! (Vgl. auch NIEDECKEN 1989.)

Wenn Evas Ruhehaltung mit den abgeknickten Händen vor dem gebeugten Kopf der fötalen Stellung nahekommt, so verstehe ich dies nicht "nur" als "reflektorisches, subkortikales Symptom", sondern ich sehe den realen Zusammenhang zu ihrer Lebensgeschichte: Hier wurde ein Mensch so schlimm *empfangen* in der Menschenwelt (vgl. SIIRALA 1961), daß er als fast einziges befriedigendes Lebensgefühl die leibliche Erinnerung an die vorgeburtliche Zeit zu reproduzieren versucht. Evas Verhalten im Zusammenhang mit dem Einspeichern der Hand läßt sich verstehen als Regression auf die Erfahrungsebene der frühkindlichen Übergangsobjekte (WINNICOTT). Auch die Orientierung am eigenen Kot gehört zu den natürlichen frühkindlichen Selbst-Erfahrungsschritten. Aber erst im Zusammenhang gesehen mit Evas von krasser Vernachlässigung bestimmter Kindheit kann das diagnostische Symptom beitragen zu einem von Solidarität und Mitgefühl bestimmten Kontaktbemühen, das den Teufelskreis der **Isolation** dieses Menschen vielleicht durchbricht. (Allein schon die Kotproblematik hat in all den Jahren verhindert, daß Eva Vertrauen und Geborgenheit vermittelnden Körperkontakt, mitmenschliche Nähe und Begegnung erfahren konnte; – gerade dies aber ist ein zentrales Defizit ihres Lebens!)

Nach BOWLBY (1995) steuert ein im ZNS lokalisierbarer Regelkreis "über zunehmend verfeinerte Kommunikationsmethoden die individuelle Nähe bzw. Distanz zur jeweiligen Bindungsfigur und stellt damit eine Art Umwelt-Homöostase her" (S.116). BOWLBY beschreibt, daß Kleinkinder vorübergehende Trennungen von

der Mutter zunächst "meist mit Protest, Verzweiflung und Abwendung beantworten" (S.39). Nach längerer Abwesenheit der Mutter zeigt sich jedoch ein ‚ambivalentes‘ Verhalten (vgl. MAHLER u.a. 1980, S.123). **Bei längerfristig hospitalisierten Kindern läßt sich dauerhaftes Abwenden von Mitmenschen beobachten.** Nach BOWLBY "werden die inneren und äußeren Signale ausgeblendet, die das Bindungsstreben aktivieren" (S.140f.). In Anlehnung an WINNICOTT folgert er aus entsprechenden Ergebnissen verschiedener Studien: "Um die ständige Zurückweisung und die damit verbundene Angst, Kränkung und Wut nicht ertragen zu müssen, entwickelt das Kind eine bis ins Erwachsenenalter

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

fortdauernde spezifische Bindungsangst (...). Kinder mit diesem "ängstlich-ambivalenten" Bindungsverhalten werden beschrieben "entweder als angespannt, impulsiv und leicht frustrierbar oder aber als passiv und hilflos" (S.120). Auf Eva trifft beides zu, was mit der mutmaßlich geringeren Ausdifferenzierung des psychischen Systems zusammenhängen mag oder auch mit den unterschiedlichen Formen von Vernachlässigung und Isolation im Laufe ihres Lebens.

VERBERNE (1996) schreibt über mißhandelte und/oder sexuell mißbrauchte Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, offenbar aus langjähriger Berufserfahrung: "Der Mensch reagiert auf lang anhaltende Mißhandlung und Vergewaltigung mit sehr extremen Abwehrmustern, die leicht zu Formen eines Sich-Einstellens auf die Umgebung, von Kontrolle bekommen, von ‚Einfriermechanismen‘ u.ä. führen können, die Verhaltensstörungen zur Folge haben. Man findet oft borderline-artige Züge" (S.89).

Roter Faden in Evas Leben war von frühester Kindheit bis zum Ende der fast kontinuierlichen Fixierung im Krankenhaus (1990), also rund 30 Jahre lang, die auf sie ausgeübte **Gewalt** sowie eine grundlegende **Isolation**. Auch manches am routinemäßigen Alltag in der Station heutzutage (einschließlich der Ablehnung, zu der ihre unverstanden bleibenden Verhaltensweisen bis in die jüngste Zeit geführt haben) dürfte für Eva S. kaum anders zu verstehen sein. – Evas durchgängige Selbsterfahrung als Opfer von Gewalt und Nichtangenommenwerden muß anerkannt und problematisiert werden als eine Voraussetzung jeder Förderung – und sie muß verändert werden (vgl. JANTZEN 1997).

Wir sind noch weitgehend darauf angewiesen, Erfahrungen mit anderen Personengruppen versuchsweise zu übertragen auf die Situation schwer kognitiv beeinträchtigter Menschen. Ich hielt es für zulässig und zweckmäßig, bei Eva S. zunächst hypothetisch zu unterscheiden zwischen Symptomen einer **Beziehungsstörung** (bei weiterer Ausdifferenzierung des psychischen Systems wäre dies der Bereich ‚neurotischer‘ Störungen) sowie einer **Selbststörung** (was bei höherem neuropysiologischen Entwicklungsstand dem Bereich psychotischer Prozesse entsprechen müßte).

Den Bereich der Beziehungsstörung hatte ich zunächst zu verstehen gesucht auf der Grundlage der Bindungstheorie (BOWLBY) sowie der Darstellungen aus *Neuerkerode* zu depressiven Störungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (GAEDT u.a.; siehe hier im Anschluß). Erst durch die Impulse der Rehistorisierenden Diagnostik (JANTZEN u. LANWER-KOPPELIN 1996; LANWER-KOPPELIN 1997) ergab sich für mich als Ansatz einer integrierenden Fragestellung das durchgängige Prinzip der **Isolation**, der Eva ausgesetzt war und

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

ist – wie letztlich wir alle, nur sie in spezieller Weise und besonderer Grausamkeit.

Die mir für Eva S. besonders relevant erscheinende Darstellung von **LANWER-KOPPELIN (1997)** möchte ich zusammenfassend und auf sie bezogen referieren.

Ausgangspunkt autoaggressiver Stereotypen ist ein tiefgreifender Bindungsverlust, ist Isolation als Verlust der Möglichkeit, Informationen zu verarbeiten. Durch die fehlende Informationsaufnahme werden Gedächtnisinhalte auf der Kortexebene nicht aktiviert. Dies führt zu einer **neurophysiologischen Desynchronisation**. Durch die auf den Betroffenen einwirkenden nicht synchronisierbaren Reize kommt es zu Angstzuständen. Die Lebenskräfte werden nun ganz darauf gerichtet, diese negativen Affekte aufzuheben. Zu den so begründbaren Autoaggressionen schreibt LANWER-KOPPELIN: "Indem der Betroffene an und mit seinem Körper Informationen im Sinne von Selbstverletzungen herstellt, versucht er, das Informationsdefizit auszugleichen. Diese an und mit dem Körper hergestellten Gegenregulationsprozesse stellen einen **Dialog mit sich selbst** dar, dessen Informationsgehalt wieder für ihn annehmbar und zu verarbeiten ist" (S.293; *Herv.: M.v.L.*). Ein derartiges Ausgleichen des Informationsdefizits bedeuten bei Eva möglicherweise nicht nur die offenbar ohne äußeren Anlaß (vielmehr besonders in reizarmen Situationen!) auftretenden harten Schläge ins eigene Gesicht, sondern auch die (teilweise?) stereotypisierte orale (geschmackliche) Stimulation durch den zum Mund geführten eigenen Kot sowie das beim Spaziergehen zu beobachtende Probieren von kleinen, auf dem Boden aufgelesenen Partikeln sowie das stereotype Einspeicheln der Hand. – Durch entsprechende Informationsaufnahme wird (so LANWER-KOPPELIN) der Zugriff auf gespeicherte Erfahrungen wieder ermöglicht, es kommt zum "Wiedererkennen", zu positiver emotionaler Befindlichkeit und dadurch zur Stabilisierung des psychischen Systems in diesem (sehr eingeschränkten) Rahmen.

Einfache motorische Stereotypen (wie sie auch bei Eva S. neben dem Mund-Speichel-Hand-Stereotyp vorkommen) stellen nach LANWER-KOPPELIN **entwicklungspsychologische Vorformen selbststimulierender Tätigkeiten** dar. Basale sensomotorische Muster bzw. erlernte sensomotorische Fähigkeiten, die affektiv positiv besetzt werden konnten, bewirken in der stereotypen Anwendung "eine Aktivierung der Eigenrhythmen der basalen Körperfunktionen, die wiederum ihre Entsprechung in biologischen Sinnprozessen finden und folglich affektiv bewertet werden, so daß sich ein ausbalancierter, stabilisierter psychischer Zustand einstellt" (S.295).

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Ein auch für ihre Arbeit grundlegendes ‚rehistorisierendes‘ Element der Diagnostik betonen **GAEDT und GÄRTNER (1990)** in ihrer Darstellung depressiver Störungen bei "geistig behinderten" Menschen: "(...) die depressiven Störungen (gewinnen) erst über eine interpretative Deutung der lebensgeschichtlich geprägten Situation ihre induzierende Funktion. Erst dann können sie uns als Hinweis auf eine innere Struktur dienen, auf einen die Beziehung zur Umwelt gestaltenden Organisationsplan, der sich auf unterschiedliche Weise, d.h. mit unterschiedlichen Symptomen, äußern kann" (S.32). Eine Herangehensweise, die fast unbewußt-selbstverständlich sich ergeben mag, solange die psychosozialen Lebensbedingungen bei KlientIn und TherapeutIn im wesentlichen dieselben sind, um die wir uns jedoch diszipliniert bemühen müssen beim achtsamen Nachdenken über Menschen, deren Lebenserfahrungen und Lebensmöglichkeiten grundsätzlich verschieden sind von den unseren !

GAEDT und GÄRTNER stellen ein plausibel differenziertes Spektrum depressiver Formen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung vor und begründen es im Rahmen der analytisch orientierten Entwicklungspsychologie: "Wir sehen (...) in den vielfältigen depressiven Erscheinungsformen bei geistig behinderten Menschen eine Fortsetzung oder Wiederholung des Konfliktes zwischen Abhängigkeits- und Autonomiebestrebungen eines geschädigten Selbst oder aber einen Zustand der eingefrorenen Resignation nach erfolglosem Kampf" (S.45). Von den drei herauskristallisierten Formen (beim hier gemeinten Klientel) läßt sich symptomatologisch am ehesten die dort sogenannte "stille Depression" auf Eva S. beziehen. Gemeint ist damit eine "chronifizierte anaklitische Depression im Sinne von Spitz". – "Die Betroffenen haben sich eingerichtet in einer Welt, die sie für sich nicht erschließen können. (...) Natürlich können auch sie noch enttäuscht werden. Dann kommt es auch bei ihnen zu einer Dynamik der Auflehnung und des Protestes, deren Energiequelle aber schnell versiegt. Vom Standpunkt der Selbstpathologie aus könnte man von einem ‚zurückgenommenen Selbst‘ bzw., wenn man den Prozeß meint, von einer ‚Selbst-Minimierung‘ sprechen" (S.41).

Als depressive Inszenierung im von GAEDT und GÄRTNER dargestellten Sinne (Auflehnung und Protest) sehe ich am ehesten Evas Methode, vorübergehendes Pflegepersonal nicht nur durch Zwicken oder Schlagen von sich abzuhalten, sondern auch durch ein vorgestrecktes Bein offenbar provozieren zu wollen (dies ohne die bekannten Anzeichen von Streß). Zuverlässig rief Eva dadurch immer neu die Empörung der Schwestern hervor. Dabei wäre ja zu erwarten, daß sie sich Konflikten mit anderen Menschen möglichst konsequent entzieht. – Im Verlauf der heilpädagogische Förderung waren solche Inszenierungen bei Eva immer

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

seltener zu beobachten; möglicherweise wurden sie überflüssig durch die dazugewonnenen Korrelationen zwischen Selbstgefühl und Umwelt.

Es ist plausibel, daß Menschen mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung wesentlich weniger Möglichkeiten haben, ihre Resignation und Selbst-Entwertung zu inszenieren als kognitiv weniger Beeinträchtigte (vgl. hierzu SAND u.a. 1990; KENDEL 1993). Im Hinblick auf **die häufig sehr problematische Kindheitssituation** von Menschen mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung (vgl. NIEDECKEN 1989) liefert jedoch gerade die nuancierte Aufmerksamkeit für derartige Symptome Anhaltspunkte, auch solche Menschen aus ihrem individuellen Schicksal heraus besser verstehen zu lernen und wegzukommen von pauschalen diagnostischen Zuschreibungen. Auch sie sind nicht bloß "Patientenmaterial" (Ärzteljargon) (vgl. auch KISCHKEL u.a. 1990).

Für einige symptomatische Verhaltensweisen bei Eva S. konnte ich keine realweltbezogenen Funktionszusammenhänge finden: Mehrmals am Tag zeigt sie (für jeweils einige Minuten) einen starren Blick nach links oben, sie lacht oder weint konvulsivisch, schlägt sich in fahriger Choreografie stereotyp am Körper entlang. Bedeutsam ist, daß sie in solchen Momenten auf unangemessene Annäherung kaum oder nur sehr verzögert reagiert; offensichtlich hat Eva dann den Realweltkontakt etwas verloren. Abgesehen von diesen kurzen ‚Phasen‘ ist ihr Verhalten affektiv wesentlich ‚farbiger‘, als ich es von kognitiv beeinträchtigten Erwachsenen mit offenbar schizophrener Psychose kenne; es gibt keine manisch-depressiven Stimmungsschwankungen im Sinne einer affektiven Psychose. Auch die Abgrenzung zum Frühkindlichen Autismus ist gut möglich: Eva zeigt keinerlei ritualisierte Ordnungsprinzipien, keine Orientierung an Materialien – dafür eine bei Menschen mit autistischem Syndrom kaum vorstellbare kontinuierliche (wenn auch minimale) autonome Lernbereitschaft auf der Grundlage affektiver Beziehungskontakte.

Der diagnostische Hinweis auf "psychotische Epiphänomene" führt kaum weiter. Zweckmäßiger ist es nach meiner Meinung, gerade bei einem perinatal hirnanorganisch geschädigten, zudem bereits in früher Kindheit schwer traumatisierten Menschen *sämtliche* Symptome verstehen zu lernen als Formen der Systemstabilisierung, d.h., der **Suche nach eigenem Leben**. Eng orientiert an den Erfahrungen innerhalb der heilpädagogisch-therapeutischen Beziehung, müßte es möglich sein, nach Entwicklungslinien entsprechender psychischer Störungen zu suchen und diese bis in das seinerzeit individuell erreichte Entwicklungsstadium zurückzuverfolgen, wie dies GAEDT (1986, S.16) vorschlägt.

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Borderline als Traumafolgestörung

Seit Anfang 1997 hatte ich die Einzelbetreuung wieder übernommen. -

Ziel war es jetzt, Eva S. eine Ausdifferenzierung verschiedener Lebenserfahrungen zu ermöglichen – bzw. genauer zu verstehen, wo Möglichkeiten zur Entwicklung sozialer Kontakte für sie bestehen. Im Mittelpunkt standen zunächst tägliche Spaziergänge im Krankenhausgelände, dazu später die Begleitung bei Panik hervorrufenden Alltagssituationen (Haarschneiden, Fußpflege, Arztbesuche). Erstmals hat Eva in dieser Zeit am Sommerfest des Krankenhauses bzw. bei stationsinternen Ausflügen teilgenommen, jeweils von mir begleitet. –

Im Hinblick auf Evas situativ nicht nachvollziehbare Verhaltensweisen (Selbststörung?) habe ich versucht, Kriterien für **Borderline-Störungen** zu übertragen auf ein Entwicklungsniveau, wie ich es für Eva S. annehme, und mein Verhalten an entsprechenden Annahmen und Kriterien zu orientieren. (Ich beziehe mich dazu im wesentlichen auf die Darstellung von KERNBERG.)⁷⁸

Ausschlaggebend war für mich als spezifisches Symptom dieser strukturellen Ichschwäche das Abwehrprinzip, gute und schlechte Erfahrungen streng getrennt voneinander zu halten und die schlechten Erfahrungen zeitweise durch Abspaltung zu neutralisieren (KERNBERG 1983, S.44f.). Von Eva wird offensichtlich die Außenwelt durchgängig als gefährlich/bedrohlich eingeschätzt, gegen sie wird angekämpft (zwicken, kratzen, schlagen), sie wird ignoriert (quasi-mutistischer Rückzug). Positive Erfahrungen bot vermutlich lebenslang vornehmlich die orale Stimulation. Mindestens seit dem Befreien aus der Dauerfixierung (1990) scheint sich bei Eva S. im Übergang der stereotypisierten Selbststimulierung zu realen Außenweltkontakten sacht eine Orientierung an unterschiedlichen geschmacklichen Erfahrungen zu entwickeln. Das vertraute Pfefferminzbonbon während unseres Spaziergangs spuckt Eva wieder aus, wenn sie bemerkt, daß sie bereits ein Rindenstückchen oder dergleichen im Mund hatte. Sobald sie damit fertig ist, fordert sie umgehend ihr VIVIL. – Solche unterwegs aufgelesenen Partikel werden keineswegs immer gegessen, sondern mit aufmerksamem, nach innen gekehrtem Blick, probiert und anschließend oft sorgsam von der Zunge abgenommen oder ausgespuckt. Essen lehnt Eva bei den Mahlzeiten nicht selten ab – oft ohne Streß, nach Probieren und mit klarem, ruhigem Wegschieben des Tellers oder des Gegenübers.

⁷⁸ Anmerkung 2006: Die analytisch-strukturell orientierte entwicklungspsychologische Interpretation des Borderline-Syndroms bei KERNBERG bleibt in vieler Hinsicht nützlich. – Relevanter für die therapeutische Praxis erscheinen mir jedoch heutzutage Erfahrungen und Einschätzungen auf dem Hintergrund der Psychotraumatologie, die 1996/97 noch nicht verfügbar waren.

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Zurück zu der angenommenen Selbst-Störung. KISCHKEL (1996, S.291f.) betont aus seiner Erfahrung mit (vorrangig leichter) kognitiv beeinträchtigten KlientInnen, daß es sich bei Borderline-Störungen "um eine von vornherein abweichende Entwicklung handelt, die sich aufgrund einer Kette von Realtraumatisierungen ergeben hat" (vgl. hierzu auch ALSHUT 1996). – "Die Verdrängungsfähigkeit ist bei Borderline-Patienten massiv gestört. Sie werden schnell von inneren Gefühlszuständen überschwemmt und reagieren empfindlicher auf konflikthafte Situationen. Die traumatischen Ereignisse liegen unverarbeitet mit allen dazugehörigen Affekten bereit und können durch Schlüsselreize ausgelöst werden (...) (KISCHKEL, a.a.O.).⁷⁹

Ich möchte nun skizzieren, inwiefern ich bei Eva S. **eine (hypothetische) entwicklungspsychologische Vorform einer Borderline-Störung** zu sehen meine; weitere Erfahrungen mit vergleichbar betroffenen Menschen wären hier natürlich äußerst nützlich.

Nach KERNBERG (1983) kommt es im Verlauf der frühen Ichentwicklung zunächst zur "Differenzierung zwischen Selbst- und Objektimages", anschließend zur "Integration libidinös-bestimmter und aggressiv-bestimmter Selbst- und Objektimages" (S.189f.). Den ersten der beiden Entwicklungsschritte scheint Eva im wesentlichen bewältigt zu haben. Sie kann unterscheiden zwischen Frustrationserfahrungen, die auf dem Verhalten anderer Menschen beruhen (und reagiert dann mit aggressiver Abwehr, letztlich auch gegen mich, von dem sie sich im Anschluß daran beruhigen läßt) und andererseits negativen Selbst- und Leib-Erfahrungen wie (Zahn-)Schmerz bzw. Kälte (bei ersten Spaziergängen in der für sie bislang unbekanntem Winterkälte). Bei derartigen Frustrationen *von innen* kommt es bei all ihren irritierten, panischen Reaktionen dennoch zu keinen Aggressionen gegen mich oder andere um sie herum. Bei Arztbesuchen (in meiner Begleitung) konnte Eva das angsteinflößende Setting (Untersuchungsliege, sie halb ausgezogen, Fremde manipulieren an ihr) klar abgrenzen von der Situation direkt anschließend, jedoch noch im selben Untersuchungsraum (Abstand von der Liege, wieder angezogen, Fremde lassen sie in Ruhe). Auch in Alltagssituationen sind ihre Ängste/Aggressionen bei gutem Willen nahezu ausnahmslos situativ nachvollziehbar. Bei entsprechend veränderter äußerer Situation reduzieren sich Evas Angstsignale umgehend bis auf

⁷⁹ Dem Bemühen um Verständnis und Hilfe für frühtraumatisierte Menschen könnte eine von Peter ORBAN (1988) konzipierte Hypothese dienen, nach der sehr frühe Traumatisierungen grundsätzlich als gesamtorganismisches Geschehen zu verstehen sind. ORBAN ergänzt die ansonsten vorrangig auf den sensomotorischen und kognitiven Aspekt orientierte Entwicklungspsychologie der ersten Lebenszeit um entsprechende neurophysiologische/neuropsychologische Forschungsergebnisse und geht davon aus, daß frühkindliche Traumata als schlimmste körperliche Schmerzen erlebt werden und – da es noch kein psychisches System gibt, in dem sie umformuliert werden können – als "nackter Terror" (S.115) auf das Körpersystem treffen und dort (wenn auch unspezifisch und diffus) alle weiteren Entwicklungsvorgänge beeinflussen. Zu einem möglichen direkten Zusammenhang zwischen dem pathologischen Zusammenbruch stabiler neuronaler Zustände – u.a. aufgrund von Isolation – und sich über Halluzinationen manifestierender erhöhter Eigenaktivität des Nervensystems vgl. KRUSE (1996).

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

null. Beruhigende Intervention vertrauter Personen wirkt in der Regel angst-/aggressionsreduzierend. Zuverlässige Kriterien für Evas Distanzierungs- und Protestverhalten im Alltag sind:

- für sie unübersichtliche, unvorhersehbare Situationen und Situationsänderungen, auch Verzögerungen von erwarteten Vorgängen,
- harter, unfreundlicher Tonfall der Anrede, ruppiges Angefaßtwerden, Herumgeschubstwerden vom Personal (- von *MitbewohnerInnen läßt Eva sich wesentlich mehr gefallen*),
- Unterschreiten ihrer Sicherheitsdistanz,
- für Eva unübersichtliche Unruhe in der Umgebung.

Von daher läßt sich wohl der Schluß ziehen, daß die Funktion dieses Entwicklungsschrittes, der Aufbau stabiler Ich-Grenzen, von Eva S. weitgehend erreicht werden konnte.

Problematisch scheint für Eva der nächste Schritt der Ichentwicklung gewesen zu sein. Hier geht es darum, affektiv positiv besetzte Erfahrungen mit der Außenwelt bzw. mit sich selbst unterscheiden zu lernen von affektiv negativ besetzten Erfahrungen – es gilt zu lernen, daß es beides gibt, oft in ein- und derselben Situation, und zu lernen, mit derartigen *Ambivalenzen* umzugehen. Bei einigermaßen angemessenem Verhalten der primären Bezugsperson (meist der Mutter) verinnerlicht das Kind deren Vertrauenswürdigkeit trotz einzelner frustrierender Erfahrungen mit ihr (WINNICOTT). Wie und wann hätte Eva S. etwas derartiges lernen können ?

Während das Mißlingen des erstgenannten Schrittes der Ichentwicklung in der Regel zu psychotischen Prozessen führt, liegt in der nichtgelingenden Integration von positiven (libidinösen) mit negativen (aggressiven) Selbst- bzw. Objekt'bildern' nach KERNBERG (a.a.O., S.190ff.) die Ursache für **Borderline-Störungen**. Eine aufgrund traumatischer Erfahrungen extreme Ausprägung aggressiv-bestimmter Selbst- und Objektimages erfordert (zur Stabilisierung des psychischen Systems) eine vergleichbar extreme Ausprägung idealer, ‚total guter‘ Selbst- und Objektimages. "Jeder Versuch, die extrem entgegengesetzten – liebevollen und haßerfüllten – Selbstbilder und Objektvorstellungen einander anzunähern, löst sofort unerträgliche Angst und Schuldgefühle aus (...)" (S.193). Struktureller Kern der Borderline-Störung ist nach KERNBERG (a.a.O., S.208f.) das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen (Spaltung⁸⁰, primitive Idealisierung, Omnipotenz, Verleugnung und Entwertung), um sich vor Ambivalenzen zu schützen. Es zeigen sich auch unspezifische Anzeichen von Ichschwäche wie mangelhafte Angsttoleranz, mangelhafte Impulskontrolle und

⁸⁰ Anmerkung 2006: "Spaltung" im Sinne der psychoanalytischen Theorie meint zwar phänomenologisch vermutlich etwa dasselbe wie im Bereich der Traumatherapie (also Dissoziation), jedoch wird der Vorgang jeweils unterschiedlich begründet.

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

mangelhaft entwickelte Sublimierungen (S.41). Etliche dieser diagnostisch-symptomatischen Momente können sich vermutlich aufgrund des mutmaßlich geringer ausdifferenzierten psychischen Systems bei Eva nicht ausgebildet haben, für andere lassen sich bei ihr (hypothetisch) Vorformen erkennen.

Schon die spärlichen Aufzeichnungen aus der Zeit des Kinderheims (siehe oben) lassen die Vermutung zu, daß Evas Ich-Identität schon als Kind weit genug entwickelt war, um eine Integration positiver und negativer Selbstbilder bzw. Objektvorstellungen seinerzeit zu ermöglichen. Dieser Prozeß blieb vermutlich stecken aufgrund der langfristig unangemessenen hospitalisierenden Betreuung. Evas psychisches System dürfte sich dann stabilisiert haben mit Hilfe einer grundlegenden Aufspaltung der Erfahrungen zwischen

- einer Abwehr der realen Außenwelt (als aggressiv bestimmtem Anteil) und
- den oralen Befriedigungsmöglichkeiten (Kot, Geschmacksnuancen, Lippen-/Handrücken-/Speichel-Empfindungen) einschließlich der quasi-fötalen Ruhehaltung mit gekrümmtem Rücken (als libidinös bestimmtem Anteil).

Evas quasi-mutistischer Rückzug wäre dann zu verstehen als Manifestation des stabilen Systems; er ist einerseits Ausdruck der Verleugnung der Außenwelt, andererseits regressive Heimat.

Die weitgehende Unfähigkeit, Ambivalenzen auszuhalten, zeigt sich in etlichen typischen Verhaltensweisen im Alltag. Will ich Eva die Schuhe anziehen für unseren Spaziergang (im Haus trägt sie niemals welche), hält sie oft zunächst den Fuß hin, läßt sich den Schuh anziehen, stößt ihn dann sofort wieder mit einem wütenden Ausruf vom Fuß – um diesen mir umgehend sofort wieder hinzuhalten. So kann das etliche Male geschehen; manchmal kann ich einen Zusammenhang annehmen mit Streßmomenten direkt zuvor oder im selben Augenblick (z.B. Unruhe um uns herum). Beim Anziehen der Jacke zieht sie sich diese dann nicht selten kurz, gewissermaßen symbolisch, nochmal halb über den Kopf hoch, wieder mit diesem unwilligen Ausruf, den ich am ehesten interpretieren könnte als: *"Eigentlich ist mir das jetzt alles zuviel!"* Oder manchmal reißt sich Eva beim Sitzen im Tagesraum ohne äußerlich erkennbaren Anlaß die Strümpfe von den Füßen. Sie schleudert sie dann (mit Ausruf) weit von sich (möglichst außer Sichtweite, dies manchmal in mehreren Anläufen, d.h., sie holt den Strumpf selbst wieder, wenn er nicht weit genug geflogen ist!). Nicht selten steht sie jedoch in der nächsten Minute auf, holt die Strümpfe zurück und läßt sie sich von jemandem neu anziehen (dies kann Eva nicht). – Ich vermute, daß sie selbst in diesen auch für sie subjektiv nicht bedrohlichen Situationen *widersprüchliche Empfindungen* (zu warm/zu kalt, geschützt sein/sich beengt fühlen) kaum vereinbaren kann, insbesondere, wenn ihre (mutmaßlich) relativ geringe Ichstärke absorbiert wird von der für sie nötigen Kontrolle von Außeneindrücken.

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Soweit zur Frage einer möglichen strukturellen Ichschwäche (oder Selbststörung) bei Eva. Unbefriedigend bleibt, daß analytisch-ichpsychologische und neurophysiologische/-psychologische Annahmen in meiner Darstellung noch weitgehend unverbunden nebeneinander stehen. Möglicherweise können aber auch derartige nur fragmentarisch theoriegeleitete Erfahrungsberichte der weiteren Erarbeitung einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie dienen (siehe JANTZEN 1992, S.344f; GAEDT 1986, S.19; SAND u.a. 1990, S.66).⁸¹

Heilpädagogische Beziehung 1997/98

"Der Mensch wird zu dem Ich, dessen Du wir ihm sind!" (Georg FEUSER 1991)

1997 entwickeln sich kleine Alltags- und Beziehungsrituale rund um unsere täglichen Spaziergänge (Kleidung wechseln, Tür öffnen/schließen, Begleitung zu ihrem Platz im Tagesraum, Pfefferminzbonbon unterwegs, *d.h., der Spaziergang bekommt einen eigenen Geschmack*, u.a.). Sacht wird Eva S. in Freizeitaktivitäten mit der Gruppe einbezogen; ebenso wie bei Arztbesuchen, Fußpflege u.dgl. habe ich ihr hier nötigenfalls Beruhigung und Schutz zu vermitteln versucht. Prinzipien, wie sie auch LANWER-KOPPELIN (1997) vorschlägt, haben sich durchweg als zweckmäßig erwiesen:

- Nicht gegen die autoaggressiven Tätigkeitsformen intervenieren.
- Förderung orientieren an der **Aufhebung von Isolation**, an der Herausbildung von Handlungskompetenzen. Bewährt hat sich die "Herstellung eindeutiger Zuständigkeiten bei Verantwortlichkeiten, klare und eindeutig strukturierte Lernanforderungen und die Vorgabe klarer, einfacher und eindeutiger Dialog-, Interaktions- und Kommunikationsangebote" (S.297).
- Die dialogische Begegnung (nach BUBER; vgl. auch LANWER-KOPPELIN u. VIERHEILIG 1996) sowie die Möglichkeiten und Erfahrungen der Basalen Kommunikation (MALL 1990, GOODE 1994).

Grundlage der heilpädagogischen Beziehung mit Eva S. war und ist eine Gratwanderung in zweierlei Weise. Zum einen gilt auf der neuropsychologischen Ebene (nach LANWER-KOPPELIN 1997), daß jede nichtsynchronisierbare Information (d.h., für Eva bislang die meisten neuen Reize und Erfahrungen) angstverstärkend wirkt und die Notwendigkeit des quasi-mutistischen Rückzugs bestätigt, – andererseits jedoch reproduziert ein durchgänges Hinnehmen dieses Rückzugs (*nach dem Motto: "Sie will ja keinen Kontakt!"*) die Isolation, den Bindungs- und Beziehungsverlust, der Ursache jener Nichtsynchronisierbarkeit

⁸¹ Anmerkung 2006: Dazu zähle ich heutzutage natürlich vorrangig auch die Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychotraumatologie.

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

von Reizen war und ist. Zweitens geht es gerade bei den ohne Not herbeigeführten Streßsituationen in meiner Begleitung (z.B. Teilnahme an Ausflügen) auch darum, daß Eva einen Anlaß braucht, um aus dem lebenslangen, durch ihre Erfahrungen seit der frühesten Kindheit begründeten Rückzug heraus aktiv zu werden – zunächst in Form von Widerstand, dann in der neu geweckten Suche nach befriedigenden Situationen. Erst dadurch konnte Eva günstigenfalls die neue Erfahrung machen, daß gewisse Signale aus der ‚bösen Außenwelt‘ (nämlich meine beruhigend gemeinte Präsenz) tatsächlich einer Auflösung der bedrohlichen Situation im Sinne ihrer ‚guten Innenwelt‘ kausal vorangehen, - daß also in der ‚bösen‘ Außenwelt doch auch Gutes zu finden ist.

Als Folge eines solchen Lernprozesses sehe ich, wenn Eva nach Situationen, in denen starker Streß abgelöst wurde durch meine beruhigende Präsenz, sich seit Herbst 1997 für kürzere oder längere Zeit – zehn Minuten bis zwei Tage – minimal anhänglicher verhielt mir gegenüber. Sie ließ sich umarmen, an mich drücken, den Kopf halten, hakte ihre Finger manchmal in meine beim Gehen bzw. ließ zu, daß ich ihre Hand eine Zeitlang hielt und dergleichen, was alles bislang undenkbar gewesen wäre. (Seit Februar 1998 läßt Eva bis zu 50 % unseres täglichen Spaziergangs ihre Hand locker auf meiner kontinuierlich erhobenen Hand liegen, leicht diese umfassend; zunächst nur bei irritierenden Anlässen, bald drauf schon durchgängig.)

KERNBERG (1983) unterscheidet, "daß der Versuch, die überwiegend primitiven Abwehrformen mittels entsprechender **Deutungen** konfrontierend aufzudecken, bei Borderline-Patienten eher eine Stärkung der Ichfunktionen und eine Verbesserung der Realitätsprüfung bewirkt, wohingegen das gleiche Vorgehen bei Psychotikern eher zu einer Vertiefung der psychotischen Regression führt (...)" (S.209). Evas weniger ausdifferenziertem psychischen System entsprechend sehe ich die beziehungsgeleitete Konfrontation mit alternativen Erfahrungs- und Lösungsmöglichkeiten als angemessene Vorstufe zur Deutung im psychoanalytischen Sinne (vgl. auch KERNBERG 1993, S.13-30).

Wenn ich mich auf Evas aversive Affekte umfassend (d.h. auch mit eigenen Affekten) einlasse, gebe ich ihr die Möglichkeit, ein Gegenüber zu erleben. Die nötige Grenzziehung durfte nicht strafend, isolierend wirken, sondern im Sinne einer Spiegelung, einer Ich-Du-Interaktion (vgl. KISCHKEL 1996, BUBER 1979, HEIGL-EVERS und OTT 21995) – Schon der große Bogen, den das Pflegepersonal, auch nach der Befreiung aus der fast kontinuierlichen Fixierung, um Eva machte (sowie die häufig anzutreffende Neigung, gerade bei ‚schwierigen‘ Betreuten die Pflegehandlungen besonders mechanisch, schweigend, ohne Kontaktangebote zu absolvieren, was zusätzlich noch Doppelbotschaften entstehen läßt), verhinderte bei Eva irgendwelche Erfahrungen eines *Du*.

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Bereits das Alternieren von Nähe und Distanz zu mir bedeutet in diesem Zusammenhang relevante neue Erfahrungen. Manchmal halte ich Eva beim Gehen oder Stehen unterwegs sacht am Rücken, gehe dann wieder ohne Berührung neben ihr, hin und wieder langsamer oder schneller als sie. Nachdem Eva früher recht mechanisch neben mir drauflos stapfte, stellt sie inzwischen zeitweilig deutlich Tuchfühlung her (und behält diese trotz meiner taktischen Ausweichmanöver bei), dann wieder lenkt sie ihre Schritte von mir weg, schaut sich jedoch um, ob ich noch da bin. Lläuft Eva abrupt wieder los (nach einer Ruhepause), macht sie nicht selten mit der Hand winzige, mich mitnehmende Bewegungen. *(Dies geschah so oft, daß ich mir das Intentionale daran sicherlich nicht nur einbilde!)*

Evas Möglichkeit, sich im Rahmen der verläßlichen Orientierung an mir Anforderungen zu stellen, um zu lernen, entspricht entwicklungspsychologisch dem Prinzip der "hinreichend guten Mutter" (WINNICOTT), die ihre zunächst möglichst umfassende (mimetische) Anpassung an die Bedürfnisse des Säuglings dann schrittweise zurücknimmt und diesem durch diese notwendige "Desillusionierung" (WINNICOTT 1983) ermöglicht, gute und schlechte Erfahrungen gegeneinander auszugleichen, d.h., Ambivalenzen zu ertragen. – Wann hätte Eva in ihrer Kindheit derartige Entwicklungsmöglichkeiten gehabt ? Eva S. hat bislang nur sehr eingeschränkte Sozialkompetenzen. Ursache hierfür sind in erster Linie die traumatisierenden Lebensbedingungen in der Kindheit sowie das Fehlen jeder adäquaten Entwicklungsmöglichkeit im weiteren Leben. Heilpädagogisch-therapeutische Entwicklungsförderung muß auch auf diese allgemeine Lebensunsicherheit Rücksicht nehmen. Die Anforderung, Ambivalenzen auszuhalten, sollte sich also beschränken auf konkrete Anlässe innerhalb der verläßlichen heilpädagogischen Beziehung; unqualifizierter Alltagsstreß war und ist zu vermeiden.

Eva zeigte in derartigen "desillusionierenden" Situationen (fremde Umgebung, panikverursachende Anforderungen) ein hohes Maß an vertrauensvoller Orientierung an mir, in jüngster Zeit auch an anderen, ihr vertrauter werdenden Betreuungspersonen, die entsprechende Kontaktangebote gemacht hatten. Zunehmend selbstverständlich nahm sie dann die allgemein üblichen beruhigenden, Schutz versprechenden Signale auf bzw. provozierte solche Formen der Zuwendung (meine Hand halten, eng bei mir sitzen/gehen, sich in meinen Arm drücken, auf beruhigende Anrede hin ruhiger werden, mich von der Gruppe weg ziehen). Im selben Maße, in dem ihre Angst sich reduzierte, ging Eva jedoch wieder auf die übliche Distanz zu mir. Selbst die Notwendigkeit, sie in gewissen Situationen (in der Öffentlichkeit) gewaltsam an der Flucht zu hindern, beeinträchtigte nicht ihre Orientierung an mir.

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Bei allen derartigen Konfrontationen liegt meine Priorität darauf, daß Eva S. Abläufe *möglichst* gewaltfrei erlebt, daß sie also in *möglichst* entspanntem Zustand neue Erfahrungen mit sich selbst und mit der Umwelt machen kann, sei es auch nur jeweils für Sekunden. Dies bedeutet, daß ich beim geringsten Nachlassen ihres Widerstands (in Situationen, die ihr nicht erspart werden können oder – siehe oben – sollen) meinen Zwang *umgehend* lockere. Dabei konnte es nicht ausbleiben, daß ich zunächst relativ viele Kratzer davontrug. Mittlerweile werde ich bei derartigen Anlässen kaum noch ernstlich gekratzt. Evas Angst äußert sich jetzt vorrangig in aggressionsloser Körpersprache oder Protestschreien und Versuchen, das Gegenüber wegzuschieben – zunehmend auch bei entsprechend einfühlsamer Begleitung anderer BetreuerInnen! (Insgesamt scheint das Kratzen in jüngster Zeit zumeist dem Ausdruck von Protest und Widerstand jenseits von Angst zu dienen, z.B. bei vertrauten Pflegevorgängen zu ungewohntem Zeitpunkt.)

Bis vor drei Jahren war es im Stationsalltag üblich, Eva S. für Situationen, in denen starke Gegenwehr zu erwarten war, Handschuhe anzuzwingen, um das Personal vor Kratzwunden zu schützen. Ihr wurde auf diese Weise der neben dem Mund am stärksten affektiv positiv besetzte Aspekt ihres (leiblichen) Selbstgefühls genommen gerade in Situationen, in denen sie diese Rückzugsmöglichkeit bzw. Selbsterfahrung am dringendsten brauchte ! (Bei der üblicheren Methode, jemandem die Hände weitab vom Körper festzuhalten, bleibt immerhin ein minimales interaktives Moment erhalten; - die Handschuhe dagegen brachten Evas Hände für ihr Verständnis einfach zum Verschwinden!)

Ist Festhalten jetzt unumgänglich, integriere ich dies so gut wie möglich in den Geborgenheit vermittelnden 'Raum' aus unseren Körpern, Armen, Händen in der Interaktion zwischen Evas angstvollen und meinen beruhigenden Lauten, Berührungen und Bewegungen. Ich achte dann darauf, daß Evas autonomes Agieren mit Händen und Mund (insbesondere der mittlerweile nur noch symbolische Handbiß sowie das Klopfen mit einer Hand auf die im Mund befindliche andere Hand) auch während des Festhaltens möglich bleibt. (*Schwesternkommentar: "Aber warum halten Sie sie denn nicht **richtig** fest?!!"*) – Zwar mußte ich mich fragen, ob ich durch dieses Arrangement eine ungute Doublebind-Konstellation inszeniere, aber die Entwicklung der letzten Monate scheint dagegen zu sprechen: Bei den angstausslösenden routinemäßigen Anlässen (zumeist Fußpflege und Haarschneiden) haben die jäh hervorbrechenden Panikattacken an Vehemenz und Häufigkeit abgenommen.

Momente von Angst werden für Eva offenbar zunehmend akzeptierter Teil bestimmter Alltagserfahrungen, zu denen aber jetzt die beschützende Zuwendung bestimmter BetreuerInnen gehört. Die ruhigen Phasen innerhalb der

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

angstbesetzten Situationen werden länger, immer deutlicher kann ich *Evas offenes Gesicht* erleben: nicht in ihrer früher dauerhaft starren Abgewandtheit, auch nicht angstverzerrt, sondern bewegt zwischen Angst/Unbehagen, versuchsweisem Hinnehmen und offenbar angstfreier Ruhe, sogar Vertrauen. – Flackernde Gefühle in ihrem Gesicht lesen – das war bis vor kurzem kaum vorstellbar. Die sedierende Medikation (sie war vor Jahren noch höher) wurde in dieser Zeit schrittweise erheblich reduziert.

"Sie sehn doch, die will keinen Kontakt! Wieso lassen Sie sie denn nicht in Ruhe ?!" – Diese in unserer Anfangszeit immer wieder laut werdende Kritik war allerspätestens jetzt zumindest für mich endgültig widerlegt.

Indem ich konsequent Evas Nähe suchte, erfuhr ja auch ich bis zu einem gewissen Grad soziale Ablehnung, zumindest im ersten Jahr. Vielleicht half mir gerade diese spezielle Erfahrung, sensibel zu werden für die Grobheit, Dissonanz, Abruptheit und Beziehungslosigkeit von Reizen und Interventionen, denen Eva kontinuierlich ausgesetzt war. Möglicherweise hat sich hier eine Form von (gegen)übertragungsähnlicher ("*mimetischer*") Nähe entwickelt, die in schwierigen Situationen nützlich wurde. Beispielsweise waren bei einer Autofahrt zur Zahnklinik die Kurven bei der Hinfahrt noch Anlaß zu panischem Aufbäumen. Bei der Rückfahrt konnte Eva die Kurvenneigung schon mit dem Körper ausgleichen und reagierte kaum noch mit Angst. Hilfreich für diese hohe Lernbereitschaft war sicherlich meine durchgängige Präsenz, das unmittelbare Reagieren auf jede Nuance ihrer Verunsicherungssignale. Wandte ich mich nur kurz der mitfahrenden Krankenschwester zu, reagierte Eva umgehend mit speziellen Protestsignalen. Während des Aufenthalts in der Klinik konnte sie sich problemlos mit den unbekanntem räumlichen Gegebenheiten arrangieren, sie wurde jedoch sofort unruhig (nahm meine Hand und wollte weg), als ihr unbekannt Personen in unsere Nähe kamen. (Im übrigen suchte Eva sich, mit mir an der Hand, konsequent Warteplätze möglichst weit weg von der jeweils begleitenden Krankenschwester. Selbst Fremde durften dann eher neben uns sitzen..)

Wieso besteht Eva darauf, daß ich ihr nach dem Spaziergang die Schuhe ausziehe, anstatt sie sich, wie es bedarfsweise ihre Üblichkeit ist, mit einer schnellen Bewegung selbst von den Füßen zu streifen? Ich vermute, Eva hat seit jeher versucht, über vertraute (also gefahrlose) Alltagsabläufe Zuwendung zu finden. Dies würde das hohe Maß an zweckmäßiger Kooperation bei Pflegehandlungen besser erklären, das doch Evas Distanzierungsbedürfnis (auch zeitgleich) zu widersprechen scheint. Oft läuft sie beharrlich mit ihrer leergetrunkenen Tasse

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

durch den Raum, um sie irgendeiner Betreuungsperson zurückzugeben – was sonst keineswegs üblich ist bei den Betreuten.

Nach den Erfahrungen der letzten drei Jahre ist unverkennbar, daß Eva S. über hospitalisierungsbedingte Verhaltensauffälligkeiten hinausgehen und sich auf aktuelle Interaktion und positive Erfahrungen einlassen kann. *Ein "hoffnungsloser Fall" ist auch sie nicht.* – Allerdings behinderte nicht zuletzt die große Angst in unsicheren Situationen in Verbindung mit den verinnerlichten Distanzierungsmethoden bislang weitgehend, daß Momente von Kooperations- und Beziehungsbereitschaft im weitgehend schematisierten, beziehungslosen Betreuungsalltag zum Tragen kamen.

Eva scheint noch immer Lebenskraft und Aufmerksamkeit zu investieren in die Suche nach Bedürfnisbefriedigung, nach Aufhebung ihrer defizitären Lebenssituation. Hinter ihrer rigiden Ablehnung *des Falschen* besteht nach wie vor ein Wille zur Selbstgestaltung ihres Lebens – und durchaus auch nach Kontakt zur Außenwelt, zu anderen Menschen. Die funktionalen, strukturellen Zusammenhänge ihres seelischen Systems lassen sich in manchem erst hypothetisch und skizzenhaft nachvollziehen, sicher ist aber eines: Eva S. will ihre Lebensmöglichkeiten in Anspruch nehmen – und wir können ihr dabei helfen.

Als eine ihr bereits näher vertraute Betreuerin Anfang 1998 erstmalig die Begleitung bei der Fußpflege übernahm, hielt bereits das beruhigende Handhalten und Ansprechen Eva von aktiver Gegenwehr ab; - so einfach war es bei mir nie gewesen! Möglicherweise hatte Eva die Vertrauenswürdigkeit des Beruhigtwerdens bis zu einem gewissen Grade bereits verinnerlicht und konnte dieses neue Prinzip gerade durch den plötzlichen Wechsel der Bezugsperson in einer kritischen Situation besonders konzentriert aktivieren. – Auch durch die zugewandte Kontaktbereitschaft anderer MitarbeiterInnen und meinen sachten Rückzug aus der Einzelbetreuung (im Zusammenhang mit Evas anstehender Verlegung in ein Wohnheim) kam es in dieser Zeit zu keiner neuen pathologischen Aufspaltung (zwischen heilpädagogischer Beziehung und Alltagsbetreuung).

Evas Betreuung wurde seit Januar 1998 im vertrauten Milieu schrittweise von zukünftigen WohnheimbetreuerInnen übernommen. Sie ist mittlerweile problemlos in der Lage, sich auf emotional zugewandte Kontaktversuche grundsätzlich vertrauensvoll einzulassen – natürlich im Rahmen ihres Verständnisses und ihres weiterhin bestehenden Distanzierungsbedürfnisses.

Eine schlimme, gleichwohl bedeutsame Episode im April 1998 bildet den Kontrapunkt zum bisher geschilderten. Eva hatte bereits (wie mir erst hinterher klar wurde) ungewöhnlich viele kleinere Pflegehandlungen über sich ergehen

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

lassen müssen. Als ich ihr dann beim Spaziergang die Schnupfennase abwischen wollte, stieß sie mich heftig weg. Ich reagierte unwirsch, sie legte nach – kurz: die Konfrontation eskalierte, Eva stieß mir die Brille vom Kopf – und bekam von mir eine Ohrfeige! Von nun an hat sie mich für den Rest des Spaziergangs mit rigider Stringenz attackiert: einzelne Schläge, z.T. harte Schwinger, gezieltes Kratzen, Stöße mit dem Kopf; wobei sie mich bei alledem auch einige Schritte verfolgte. Weder durch beruhigende noch durch bestimmte, begrenzende Interventionen konnte ich Eva zum Innehalten bewegen. Dabei kamen von ihr keine speziellen Panik- oder Streßsignale; es handelte sich offenbar um konsequentes, selbstbestimmtes Abwehrverhalten in einer Situation, in der sie (im Rahmen ihres Verständnisses) im Recht war und ich Unrecht hatte. – Allerdings hat Eva sich für den Rest des Tages ungewöhnlich häufig geschlagen, auch mehrmals den Kopf schläfenseitig auf den Tisch gehauen (*Ambivalenzproblem/Synchronisation?*), auch traten jetzt etliche selten gewordene Distanz- und Protestsignale wieder auf (Stühle aus der Umgebung wegschieben u.dgl.). Erst in einigen Abstufungen hat Eva meine Versuche akzeptiert, ihr meine Freundschaft wieder anzubieten..

Der Vorfall zeigt, wie präsent Evas rigide Abspaltungsfähigkeit einer pauschal bösen Außenwelt noch heute ist. Ihr Vertrauen in andere Menschen ist nach wie vor Evas keineswegs selbstverständliches Geschenk, dessen wir uns immer neu würdig zeigen müssen.

Während unserer Spaziergänge (in diesen letzten Tagen vor dem Umzug ins Wohnheim) legt Eva mittlerweile immer häufiger ihre Hand locker auf oder in meine. Nicht selten hakt sie sich beim Gehen mit dem kleinen Finger in meinen ein.. – Das existenzielle menschliche Bedürfnis nach vertrauensvoller, sinngebender zwischenmenschlicher Begegnung, nach *Ich & Du*, tritt wieder zutage (BUBER); Evas Verständnis für Bedeutungen in der Außenwelt scheint zu wachsen – und auch unser Verständnis für Eva. Noch immer gibt es Angstreaktionen, Kratzen als Abwehr oder Protest, Einspeicheln der Hand und Orientierung am Kotgeschmack, Schläge ins eigene Gesicht (aber wieviel weniger dies alles!), weiterhin den fast durchgängigen Rückzug in die ‚fötale‘ Sitzhaltung (aber wieviel unaufgeregter, unverkrampfter läßt sie sich von dort auf Kontaktversuche ein!); *Hat sich jetzt viel geändert oder wenig ? Das kommt wohl auf den Blickwinkel an..*

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Nachtrag im Jahr 2006

Am fünften Juni 1998 war Eva S. raus aus der Psychiatrie ! - Zusammen mit anderen (ihr vertrauten) Betreuten lebt sie jetzt in einem Wohnheim, in dem ich im Dezember desselben Jahres einen Besuch gemacht habe. - Ich habe erlebt, wie Eva S. mit am Tisch sitzt beim Essen (klappt aber nicht immer), dazu rückt sie sich ihren Stuhl an den Tisch; sie ißt zeitweise mit dem Löffel alleine (wurde früher gefüttert oder aß mit den Händen, möglichst auf dem Boden sitzend). Morgens nach dem Wecken steht sie alleine auf, entsorgt ihre Windel in der richtigen Tonne, zieht ihre Nachtkleidung aus, räumt diese auf, geht aufs Klo. Wenn Eva schlechte Laune hat beim Anziehen, geht die Betreuerin raus. Eva weiß, daß sie hinterherkommen kann mit den Kleidern, wenn es ihr besser geht. Eva will insgesamt kaum mehr räumliche Distanz, - sie will bei der Gruppe sein! Die BetreuerInnen achten auf ihre Signale, wenn sie eingekotet hat, gehen dann mit ihr aufs Klo; von daher hat sie kaum mehr Kotvorräte in der Windel, auf die sie für ihre speziellen Zwecke zurückgreifen kann. Es wird auf abwechslungsreiche orale Befriedigung (für alle) geachtet – aber trotzdem hat Eva bei meinem Besuch irgendwann unsere Spaziergang-VIVIL in meiner Hosentasche gesucht. Eva läßt sich anfassen, streicheln, hat eine gute Beziehung zu ihrem Bezugsbetreuer. Sie hat eine gynäkologische Untersuchung ohne Kampf über sich ergehen lassen. Auch mit der Fußpflege geht es relativ locker, wobei Eva aber deutlich verschiedene ‚Tagesstimmungen‘ hat.

Ein Jahr später, im November 1999, traf ich Evas Bezugsbetreuer zufällig auf der Straße. Er berichtete, daß Eva sich viel weniger schlägt; die kahle Stelle schläfenseitig (von den Schlägen) ist weg. Sie ißt jetzt selbstverständlich am Tisch und wehrt die ritualisierten Grenzüberschreitungen ihres Sitznachbarn locker ab. – Die Freude des Betreuers über die Erfahrungen mit Eva S. war unverkennbar: *"Eva hat die meisten Fortschritte gemacht in der Gruppe!!"*

Nachtrag 2012

Besuch in ihrem Wohnheim. Die positive Entwicklung hielt an. Inzwischen hat Eva umfassende Alltagsroutinen gelernt, so entsorgt sie selbständig ihre Windel. Die Betreuer äußern sich noch immer froh und staunend über ihr "sozialverträgliches" Verhalten. Sie ist deutlich älter geworden, kann nicht mehr so gut gehen, sitzt bei längeren Spaziergängen zeitweise im Rollstuhl – wenn sie dann geht, schiebt sie diesen selbst, wodurch er ihr Halt gibt. Bei einem längeren Spaziergang mit Betreuer und einem anderen Bewohner hielt sie während der Zeit, als sie selbständig ging, dauerhaft meine Hand bzw. ließ zu, daß ich ihre Hand hielt. Allerdings glaube ich nicht, daß sie mich erkannt hat.

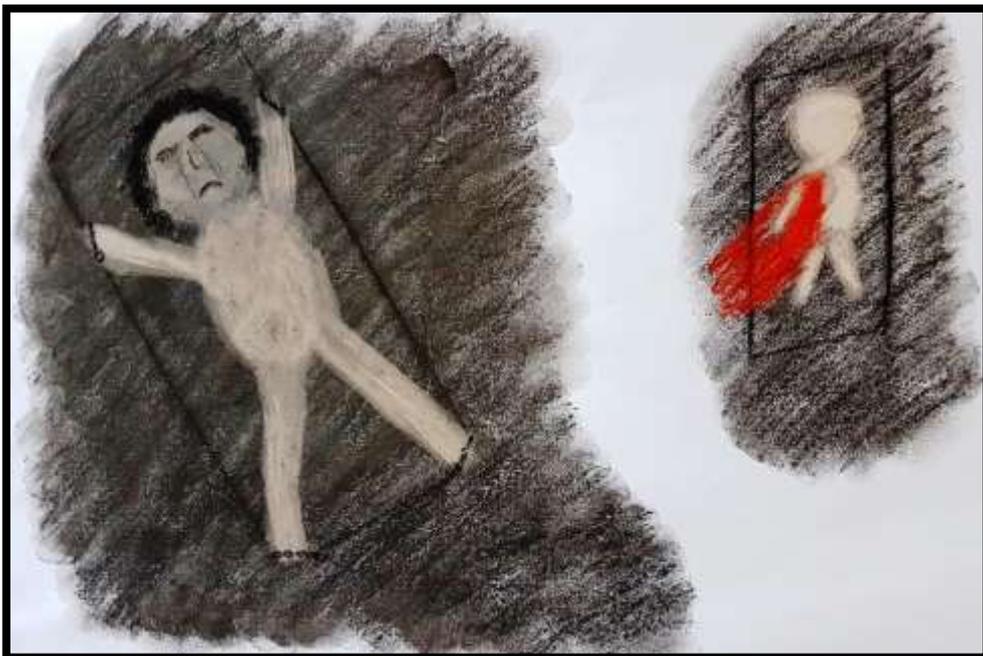
Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

Literaturhinweise

- ADORNO,Theodor W.:** Negative Dialektik (GS 6) (Frankfurt/M. 1970) (*Motto*)
- ALSHUT,S.:** "Er nervt wie eine Stubenfliege." In: JANTZEN/LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung (Berlin 1996)
- BECKER,H. / LEBER,A.** (Hrsg.): Psychose und Extremtraumatisierung, Teil I und II (psychosozial 37 + 39; München 1989)
- BOWLBY,J.:** Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. (Heidelberg 1995)
- BUBER,Martin:** Das dialogische Prinzip. (Heidelberg 1979)
- FEUSER,G.:** Integration autistischer Menschen. In: Bundesverband Hilfe für das Autistische Kind (Hrsg.): Soziale Rehabilitation Autistischer Menschen. (Hamburg 1991, S.140-157)
- Ders.:** "Geistigbehinderte gibt es nicht!"
In: GEISTIGE BEHINDERUNG 35(1996), S. 19-25
- GAEDT,Christian:** Überlegungen zu der Anwendung von Psychopharmaka bei geistig Behinderten. in: GAEDT (Hrsg.): Besonderheiten der Behandlung psychisch gestörter geistig Behinderter mit Neuroleptika (Sickte 1986, S.11-20)
- Der.. / GÄRTNER,D.:** Depressive Grundprozesse – Reinszenierungen der Selbstentwertung. In: GAEDT (Hrsg.): Selbstentwertung – Depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (Sickte 1990, S.25-48)
- GOODE,D.:** A World Without Words. The social construction of children born deaf and blind. (Philadelphia 1994; Temple UP) - *Ausführliche Inhaltswiedergabe:* RUSCH,K.: Taubblindheit als soziale Konstruktion.
In: BEHINDERTENPÄDAGOGIK 40(2001), S.162-189
- HEIGL-EVERS,A. /OTT,J.(Hrsg.):** Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. (Göttingen 1995)
- JANTZEN,W.:** Allgemeine Behindertenpädagogik, Band 1. (Weinheim, Basel 21992)
- Ders.:** Allgemeine Behindertenpädagogik, Band 2. (Weinheim, Basel 1990)
- Ders.:** Deinstitutionalisierung. In: GEISTIGE BEHINDERUNG 36(1997), S. 358-374
- Ders.. / LANWER-KOPPELIN,W. (Hrsg.):** Diagnostik als Rehistorisierung. (Berlin 1996)
- KENDEL,B.:** Die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungsfähigkeit im psychotherapeutischen Prozeß als Brücke zur Gemeinschaft. In: Österr. Gesellschaft für Heilpädagogik, Landesgruppe Tirol (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik (9. Heilpäd. Kongreß Innsbruck 1992) (Höbersdorf bei Wien 1999, S. 232-245)
- KERNBERG,O.F.:** Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. (Frankfurt/M. 1983)
- Ders.:** Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. (Bern 1993)
- KISCHKEL,W.:** Psychotherapie bei Borderline-Patienten mit geistiger Behinderung in einer Langzeiteinrichtung. In: LOTZ u.a.: Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung (Bern 1996, S. 289-300)
- KISCHKEL,W. u.a.:** Therapeutische Ansätze bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und depressiven Symptomen. In: GAEDT (Hrsg.): Selbstentwertung. (Sickte 1990, S.82-99)

Traumatherapeutische Heilpädagogik ...

- KRUSE,P.:** Das dynamische Gehirn – Wie entsteht Ordnung und Stabilität im Erleben und Verhalten? In: DOERING, W. u. U./DOSE,G./STADELMANN,M. (Hrsg.): Sinn und Sinne im Dialog. (Dortmund 1996, S.183-204)
- LANWER-KOPPELIN,W.:** Autoaggression bei Menschen mit einer sogenannten ‚geistigen Behinderung‘. In: BEHINDERTENPÄDAGOGIK 36(1997), S.281-300
- Ders.. / VIERHEILIG,H.:** Martin Buber – Anachronismus oder Neue Chance für die Pädagogik? (Butzbach-Griedel 1996)
- LEBOYER,F.:** Geburt ohne Gewalt. (München 1981)
- LÜTTICHAU,M.v.:** Bei eva sitzen. (*Ein Gedicht*).
In: GEISTIGE BEHINDERUNG 37(1998), S.6
- MAHLER,M.S. u.a.:** Die psychische Geburt des Menschen. (Frankfurt/M. 1980)
- MALL, W.:** Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen. (Heidelberg 1990)
- NIEDECKEN,D.:** Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. (München 1989)
[vgl. auch: GEISTIGE BEHINDERUNG 36(1997), S.375-385]
- ORBAN,P.:** Psyche und Soma. (Wiesbaden 1981; Frankfurt/M. 1988)
- SAND,A. u.a.:** Therapeutischer Umgang mit Entwertungsprozessen.
In: GAEDT (Hrsg.): Selbstentwertung. (Sickte 1990, S.65-81)
- SIIRALA,Martti:** Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit. (Göttingen 1961, Eschborn 2000)
- STÖRMER,N. / SIEVERS,R.:** "Sie ist ein schwieriges Mädchen!"
In: JANTZEN/LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. (Berlin 1996, S. 181-208)
- VERBERNE,F.J.:** Möglichkeiten und Grenzen psychotherapiebezogener Diagnostik in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In: LOTZ u.a.(Hrsg.): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. (Bern 1996, S. 76-97)
- WINNICOTT,D.W.:** Von der Kinderheilkunde zur Psychotherapie. (Frankfurt/M. 1983)



© Merle Müller

WIESO VIELE OPFER VON RITUELLER GEWALT KEINE HILFE SUCHEN ⁸²

Organisierte rituelle Gewalt umfaßt physische, sexuelle und psychische Formen von Gewalt, die teilweise im Rahmen von Ritualen ausgeübt werden. Solche Zeremonien können einen ideologischen Hintergrund haben oder zur Täuschung und Einschüchterung inszeniert werden. Infolge der meist seit früher Kindheit erfahrenen Traumatisierungen kommt es bei den Opfern häufig zur Ausbildung der Dissoziativen Identitätsstruktur (DIS). Diese letzte Möglichkeit der Psyche, sich zu schützen, wird von Tätern genutzt, um einzelne Persönlichkeitsanteile für bestimmte Zwecke zu konditionieren. –

Eine Anfrage im Februar 2017 an das von mir betriebene Info-Portal Dissoziation und Trauma stand am Anfang. Im Bemühen, besser zu verstehen, welcherart Unterstützung die Traumaüberlebende Merle Müller (*die Namen sämtlicher dissoziativer Anteile wurden geändert*) brauchte, nahm der Kontakt bald an Intensität zu. Überflutende Angst sprach aus den Mails. Ich begann zu ahnen, dass es sich nicht nur um Flashbacks handelte, sondern dass die Tätergewalt noch anhält. Deshalb war es illusorisch, Merle & Co. an TraumatherapeutInnen oder Fachkliniken verweisen zu wollen; Ausstiegshilfe aus der Organisierten Gewalt gibt es nicht auf Krankenschein. – Was tun? Der Mailkontakt ging einfach weiter.

Merle Müller ist 40 Jahre alt. Seit dem dritten Lebensjahr ist sie der sexualisierten Gewalt ausgeliefert, – zunächst durch einen Großvater, dann durch den Vater, der schon das kleine Kind an Kumpane weitergegeben hat.

Wie bei anderen Opfern von inzestuöser sexualisierter Gewalt gehörten Tiertötungen, darauf bezogene Morddrohungen und Doppelbotschaften zu den ersten Konditionierungen. Konsequentermaßen wurden in der Kindheit von den Tätern dissoziative Abspaltungen (Persönlichkeitsanteile) durch bewußt herbeigeführte Todesangst/Panik *hergestellt* und zu bestimmten Aufgaben konditioniert. Neben der Zwangsprostitution kam es (ebenfalls schon seit der Kindheit) zu pornografischen Fotografien und Filmen. Etwa monatlich wird Merle Müller einer satanistischen Gruppe ausgeliefert. Sie ist Mutter einer zehnjährigen Tochter. Seit einigen Jahren ist sie mutistisch.

Bestimmte Anteile – von Kleinkindern über ältere Kinder bis zu Jugendlichen (beiderlei Geschlechts) und Erwachsenen – werden durch den Zuhälter-Täter auf Zuruf oder mit akustischen Signalen herausgerufen, um unterschiedliche

⁸² Erstveröffentlichung unter dem Titel: ZEUGNISSE AUS DER ORGANISIERTEN RITUELLEN GEWALT – DER FALL MERLE MÜLLER. WIESO VIELE OPFER KEINE HILFE SUCHEN (in: *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* (2019, Heft 2, S. 74-81). Grundlage des Textes war die Einleitung der umfassenden zweiteiligen Dokumentation: Merle Müller: ZEUGNISSE AUS DER RITUELLEN GEWALT (Berlin 2018: A+C online).

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

Bedürfnisse von Kunden zu befriedigen. In einer seiner höhnischen Mails schrieb er mir: "Das ist die perfekte Hure von morgen! Braucht nur eine so Schlampe und bedient alles! Jede noch so perverse Fantasie! Damit macht man Kohle!"

Seit früher Kindheit hat Merle gelernt, dass die Täter töten, sobald ihre Forderungen nicht zur Zufriedenheit erfüllt werden. Eine Puppe wurde zerstört, Meerschweinchenbabys und eine Katze wurden vor den Augen des Kindes gefoltert und getötet. Später auch Babys. Der Streit darüber, ob das in jedem Fall *echt* war, ist an dieser Stelle müßig: die Ermordungen sind Teil der subjektiven Lebenserfahrung des Opfers. Die jüngere Schwester war Gegenstand der Drohungen, seit zehn Jahren ist es die eigene Tochter Amelie. Bei jeder Gelegenheit wird Merle & Co. eingehämmert: "Wenn du zur Polizei gehst, wenn du fliehst, dann hol ich mir Amelie!" – Das ist bis heute der hauptsächliche Grund dafür, dass Merle & Co. die Hölle der Täter nach wie vor erdulden.

Im Laufe der Monate mußte ich deshalb lernen, dass die Befreiung aus dieser Hölle für Merle Müller nur theoretisch existierte: Selbst diejenigen Ichs, die Tag für Tag unter den Tätern litten, konnten sich ein anderes Leben kaum vorstellen. Realistisch war für sie im Grunde nur, jemandem von dem Unbegreiflichen, der Qual zumindest ansatzweise erzählen zu können.

Die Opfer sind seit ihrem Lebensbeginn isoliert von der menschlichen Gemeinschaft – sie wissen kaum etwas von ihr, gehen davon aus, die ganze Welt ist so wie die Täter. Es ist die reale Hölle, in der sie sich fühlen. Sie können sich niemandem offenbaren. Seit der frühesten Kindheit versklavte Menschen haben in vieler Hinsicht ein kindliches Weltverständnis, das sich an den dichotomischen Vorgaben der Schwarzen Pädagogik, hier: der Täterwelt orientiert: "*Ich weiß das ich böse war aber bin doch jetzt lieb und will hören.*" (Kleine Doris 25.12.17) Es gibt nur *lieb sein* (*hören, folgen*) oder bestraft werden. – Niemandem kann vertraut werden; letztlich sind die Täter die vertrauenswürdigsten Menschen, denn "*sie lassen nicht allein*", sie sind zuverlässig präsent, – sind Bezugspersonen. Der Helfer enttäuscht notwendigerweise gelegentlich, weil er scheinbar "*nicht zuhört*" oder nicht allzeit präsent ist.

In unserer gemeinsamen Arbeit per Mail (später auch in persönlichen Begegnungen und Telefonaten⁸³) ging es nicht zuletzt darum, täterseitige Konditionierungen und Lügen sowie kognitive und emotionale Verzerrungen zu erkennen und möglichst aufzulösen. Vieles muß eine Helferin tatsächlich immer wieder sagen, allen Anteilen, die sie erreichen kann. Auch die Täter sagen immer wieder dasselbe: dass niemand helfen wird, dass sie nichts wert ist, für alle zu schwierig, für alle nur eklig.

⁸³ Ich akustisch, Merle Müllers Anteile per Facebook-Chat.

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

Ein besondere Schwierigkeit liegt darin, der Außenpersönlichkeit die Realität der Tätergewalt zu vermitteln. Merle ist am Funktionieren eines konventionellen Alltags, an den guten, liebevollen Aspekten des Lebens orientiert, ist ihrer Tochter wertschätzend, achtsam zugewandt: wie sollte sie die grauenhaften Tatsachen damit vereinbaren?! Der Anteil Doris schrieb mir: *"Sie kann es nicht wissen DÜRFEN! Sie muss leben! Muss funktionieren! Muss eine brauchbare Mutter für Amelie sein! Keiner von uns kann das sonst so tun wie sie."* – Anne schreibt: *"Die Welt ist ok und dann wird so etwas vor dem Latz geknallt! Das es Probleme gibt weiß sie schon Nur so einen großen Brocken einfach so hinknallen das kann doch nicht gehen. Muss doch in einer Abspaltung enden oder im Wahnsinn".*

Merle versucht dennoch unermüdlich, ihre Situation, nicht zuletzt ihre körperliche Symptomatik zu verstehen: *"Stell Dir vor, in Dir bricht alles zusammen... es fühlt, hört sich an wie tausende Stimmen die alle Hilfe wollen aber auch endlos wütend sind, der Kopf tut so sehr weh, dass Du denkst er explodiert gleich, Dein Körper es ist als ob daran gerissen wird. Es fühlt sich so an. Dann denke ich jeden Moment durchzudrehen, die Kontrolle zu verlieren, irre zu werden. Nur mein Verstand hält mich davon ab mir den Leib aufzuschneiden... aber es ist als müsste ich das tun, damit es raus kann! Und im Kopf, sobald ich denke, okay ich fange zu sortieren, alles wieder Chaos! Meine Augen tun so weh... so als ob jemand mit dem Finger die Augen reindrückt... alles ist angespannt..." (11.11.17)*

Grundsätzlicher Lernschritt ist für Menschen mit DIS, zu unterscheiden zwischen innen und außen. Bestimmte Teilpersönlichkeiten gehören nur zum Innen; manche von ihnen können sich eine Außenwelt nicht vorstellen. Ein solches inneres Ich hat das Mailen mit mir explizit als Denken wahrgenommen; das materielle Betätigen der Tastatur war ihm nicht bewußt. Um solchen Anteilen eine Vorstellung von Möglichkeiten zur Befreiung, von Integration in die Alltagswelt zu vermitteln, müssen frühe Entwicklungsschritte nachgeholt werden.

Bei Überlebenden extremer Gewalt mit DIS läßt sich die übliche Konzeption der Entwicklungspsychologie nicht anwenden. Es gibt keine verallgemeinerbare Psychodynamik, es gibt kein übergeordnetes Ich (als Therapiepartner). Die Teilpersönlichkeiten entwickeln sich in direkter Umsetzung konkreter, individuell sehr unterschiedlicher Sozialisierungserfahrungen. Ihre Ressourcen, ihre *theory of mind* müssen für jeden einzelnen Anteil erkundet werden. Dennoch könnten wohl Elemente einer Entwicklungspsychologie bei DIS zusammengetragen werden. Dazu gehört die Konzeption der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (VAN DER HART/ NIJENHUIS/ STEELE), dazu gehören meines Erachtens auch neuere Arbeiten zur Säuglingsforschung (STERN, DORNES) sowie einige schulenübergreifende innovative Ansätze (WÖLLER, PEICHL).⁸⁴

⁸⁴ Siehe auch die wichtige Vorarbeit von Lydia HANTKE (1999).

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

Durch die lebenslangen Konditionierungen haben sich die Täterintrojekte stark ausdifferenziert. Andere Anteile mußten den grundsätzlichen Unterschied zwischen der Realität der Tätergewalt und der Virtualität von Flashbacks (d.h., auch der inneren Aktivität von Täterintrojekten) erst innerhalb unseres Kontakts verstehen lernen. Eine erwachsene Innenpersönlichkeit, Marlies (eine Beschützerin), schrieb dazu: *"Nun bitte versuchen Sie sich vorzustellen, ein Teil schreibt mit Ihnen. Aber alles was Innen ist, ist im Grunde immer präsent. Schwingt immer mit, bei allem was derjenige im Außen macht. Hauptsächlich in Form von Stimmen, von dissoziativen Symptomen, von GedankenEingabe von den Täterintrojekten. Doch die Täterintrojekte gehen weiter! Beeinflussen nicht nur das Handeln, das Schreiben... die Täterintrojekte übernehmen! Sie schreiben weiter...(...) Schrecklich ist, dass es bereits so viele Täterintrojekte gibt, dass immer mehr von denen aufwachen! Und nochmehr dazukommen. Diese sind noch wütender, fast wie ausgebildet... Weiß es nicht zu beschreiben. (...) Diese Täterintrojekte sind grausam BÖSE! Es scheint als ob es denen ihre konkrete Aufgabe wäre, alles an "Sicherheit" (die es ja eh kaum gibt) und all das was vertrauen zu Ihnen und mit dem entkommen zu tun hat auslöschen wollen. Uns auch untereinander zu "täuschen". Es ist wirklich sehr schwer in Worte zu fassen, es ist schrecklich und nicht vorstellbar." (14.3.18)⁸⁵*

Wie wenig ich erst wußte von Merle Müllers dissoziativem Persönlichkeitssystem, wurde mir eklatant bewußt, als Anne einmal erwähnte: *"Manche in mir sehen unser dasein als eine Art Experiment von einer höheren Macht. Nicht Gott. Aber sowas. Für die es Unterhaltung ist zuzuschauen was passieren wird. Manche denken wir sind längst tot und es eine Art Traum die uns aufzeigen soll was mit uns passiert wäre hätte der Vater uns damals nicht getötet. (...) Ich denke mir sicher war ich so ein böser Mensch habe das mit anderen gemacht und nun bin ich im der Hölle dafür und muss es bis in alle Ewigkeit so ertragen. Darum kann ich uns auch nicht töten. Wir sind ja tot" (1.5.18)*

Bei einer seit der frühen Kindheit anhaltenden Versklavung entwickelt sich wohl häufig ein multiples System mit besonders umfassender Vernetzung, um die Fülle der traumatischen Situationen überleben zu können. Dadurch können Bewußtseinsinhalte oder Kompetenzen je nach aktueller Notwendigkeit innerhalb des gesamten Bewußtseinsystem verschoben werden. Traumatische Dissoziation und extrem gutes Erinnerungsvermögen sind zwei Seiten derselben Sache; Abspaltung heißt nicht löschen von Erinnerungen, sondern speichern in einem teilweise unzugänglichen Tresor, wobei die Anteile füreinander zum Tresor werden können. Vielfältige neurophysiologische Verknüpfungen sind eine

⁸⁵ Genau dies sollte zur (endgültigen?) Zerstörung unseres Kontakts führen.

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

Grundlage unseres Bewußtseins. Es gibt sie genauso bei Menschen mit DIS, nur sind sie dort anders strukturiert: nicht orientiert an der linearen Entwicklung eines einheitlichen Ich.

Selbst falls manche der von Merle & Co. berichteten Tötungen getürkte Drohungen waren: die Realität des Mordes an mehreren eigenen Babys läßt sich kaum bezweifeln. Dabei wird die Erinnerung daran offenbar von den Tätern wachgehalten, um Hoffnung und Unterordnung zu provozieren.

"So ein kleines Baby hat sich gerade auf diese Welt gekämpft und wird getötet das ist ganz falsch!" (Anne 26.4.18) – "Vielleicht wenn der mein Baby doch nicht tötet dann wird sie es mal lesen können das ich nicht niemals aufgegeben habe!" (Anne 1.5.18) – "Bitte Mein Baby Will mein Baby habe Hilfe Keiner hilft Kann nicht hin Nicht helfen Schreit So laut Bin doch Mama Muss beschützen Aufpassen Muss helfen" (Anne Flashback 2.1.19) – "Baby Konnte nicht helfen Fest gebunden Konnte nicht hin Nicht bewegen" (Anne 8.1.19)

Am 1.5.18 berichtete Anne, dass *"die blöden Männer ständig gesagt haben eine schwangere zu ficken ist noch geiler"*. Am 3.12.18 erwähnt ein jugendliches männliches Ich: *"Wollen immer mehr Babys"* – Wo haben sie die her? – *"Na vom Körper!"* Und es gibt Hinweise auf Muttermilch: *"Wenn ein Baby im Bauch ist - Kommt doch Milch aus Brust - Baby ist weg - Trinken noch - Will das nicht - Tut weh - Für Baby - Nicht blöden Männer - Wann ist die alle - Die aufhören - Will das nicht - Warum machen die das – Kann ich das stoppen irgendwie –"* (Anne 8.1.19)

Vergewaltigungen, Folter, erzwungene sexuelle Erregung, erzwungene Beteiligung an Babymorden, Zwangsprostitution und übelste Beschimpfungen sind seelische Verletzungen, die zu Schuldgefühlen, Scham und Selbstekel führen. – *"Stellen Sie sich vor, Sie würden mich kennen, schon eine Weile. Ich bin ein ganz normales Kind wie jedes andere. Nun aber erfahren Sie so etwas über mich. Sie würden mich anders sehen! Sich ekeln! Sich fragen wie ein Kind so sein kann! Mich mit ganz anderen Augen betrachten! Das geht nicht mehr weg! Dieses Wissen über jemanden das man dann hat, dass hat man! Für immer! Genau wie die Verachtung! Dann spielt er doch keine Rolle mehr wie es war und wer schuld hat! Die Augen die einen dann anblicken...!!!! Können Sie das verstehen? Denn irgenwie haben Die doch recht. So fühlt sich Dreck an! (wertlos, wie Müll!) Das Die Dreck aus mir gemacht haben, wen wird das wohl interessieren!?" (Nele 15.6.17)*

"Es sind Dinge mit mir gemacht worden die ich NICHT wollte die ich niemals jemandem sagen kann. Weißt du es wundert mich eh immer wieder das du noch mit mir sprichst nachdem was du schon von mir weißt. Das Ganze tut nicht nur körperlich weh in der Zeit wo die mich haben. Nein es schmerzt auch jetzt es

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

schmerzt immer! Es ist wie eingebrannt in meine Seele... wahrscheinlich ist das nicht zu verstehen... Aber das so Dinge wenn man die einmal weiß nur weiß nur gehört hat die gehen nicht mehr weg! Nie mehr! Die sind dann im Kopf..." (Doris 17.7.17)

Suizidgedanken und -versuche oder generelle Todeswünsche gibt es häufig bei Merle & Co. Einmal spekulierte Anne, dass die Täter über unsere intendierte Veröffentlichung so wütend sein könnten, dass sie sie endlich töten.

Was Opfer von jahrelanger, seit der Kindheit bestehender sexualisierter Gewalt abhält, Hilfe zu suchen, ist bei Merle & Co. und wohl auch bei anderen Opfern nicht vorrangig die Gewalt, der sie selbst ausgesetzt sind. Es gibt andere Faktoren, die jedoch manchmal zu wenig berücksichtigt werden von HelferInnen aller Professionen.

Opfer von Organisierter Rituelle Gewalt suchen aus verschiedenen, einander ergänzenden Gründen selten selbständig Hilfe:

- **Lebenslange Erfahrungen, dass ihnen nicht geglaubt wird.**
- **Sozial einigermaßen integrierte Außenpersönlichkeiten sind meist amnestisch für die aktuelle Realität der Tätergewalt. Sie tun alles, um weiterhin sozial angepaßt zu bleiben.**
- **Opfern wird eingeredet, dass sie in eine Psychiatrie gesperrt werden und dann als *irre* gelten, sofern sie sich an Ärzte wenden. Leider ist das nicht ganz unrealistisch.**
- **Außenstehende begreifen nicht, warum das erwachsene, eloquente, klardenkende Opfer nicht flieht, nicht zur Polizei geht.**
- **Polizei und andere Behörden werden von Tätern als mit ihnen verbündet dargestellt.**
- **Scham wegen der Taten, in die sie verstrickt sind/waren, verstärkt durch Beschimpfungen/Zuschreibungen/Konditionierungen der Täter.**
- **Die wenigen verlässlichen sozialen Kontakte bedeuten eine Überlebensressource, die gefährdet erscheint, sobald die Situation des Opfers ("*als Nutte*") bekannt wird.**
- **Lebenslang orientiert an minimalen Erleichterungen ihres Lebens, vermeiden Opfer, deren Verlust zu riskieren.**
- **Ethische Bedenken, andere Menschen mit der Information über derart grauenhafte Taten zu belasten. Zudem wird das Empfinden der Schrecklichkeiten realer, wenn sie ausgesprochen werden.**
- **Überzeugung, in der Außenwelt (Polizei) selbst als Täterin zu gelten und bestraft zu werden.**

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

- **Innersystemische Konflikte, unterschiedliche Haltungen, Überzeugungen. Manche Anteile wissen nichts von der bösen Realität.**
- **Selbstverständnis, ein Kind zu sein (mit der tiefen Überzeugung, dass Erwachsene helfen und schützen müssen). – "Ich dachte ich muss nur jemanden finden der mir glaubt!" (Anne 14.2.18) – Demgegenüber steht eine Flut von administrativ-organisatorischen Vorgaben jeder Hilfeleistung. (Siehe hierzu die Arbeit der INITIATIVE PHÖNIX und die Texte von JEY.)**
- **Die Täterwelt ist der einzige einigermaßen vorhersehbare Bezugsrahmen; die Opfer können sich andere Normalität oder gar soziale Zugewandtheit nicht vorstellen.**
- **Selbst minimale Meinungsverschiedenheiten mit HelferInnen oder organisatorische Schwierigkeiten in der Außenwelt werden als Verrat, als Alleingelassenwerden interpretiert.**
- **Offener Meinungs austausch ist Menschen fremd, die lebenslang unter brutaler Strafandrohung Befehle entgegennehmen mußten.**
- **Durchgängige Erfahrung, dass (scheinbare) Zugewandtheit böse Folgen hat.**
- **Bindung bestimmter Anteile (nicht nur Täterintrojekte!) an Täter (Stockholm-Syndrom).**
- **Jede räumliche Nähe zu anderen Menschen in der Öffentlichkeit wirkt als Trigger: Alkohol-, Rauch- und Schweißgeruch, weinende oder schreiende Kinder, schimpfende Erwachsene. Jeder auf ihm ruhende Blick läßt das Opfer überzeugt sein, das Gegenüber "weiß, was ich bin".**
- **Angst vor der scheinbar unbegrenzten Macht der Täter, alles in ihrem Sinn durchzusetzen, ihre scheinbar einschränkungslose Bereitschaft zu töten.**
- **Es trägt nicht zum (für die Befreiung unverzichtbaren) Selbstwertgefühl bei, auf die Opferrolle festgelegt zu werden.**
- **Gegebenenfalls behindernde Handlungs- oder Sprechblockaden (Merle Müller ist seit einigen Jahren mutistisch); auch autistische Symptomatik (RACHEL u.a. 2012, 2018).**

Befreiung von solcher Versklavung erfordert die tätige Unterstützung der Gesellschaft. Es geht um dauerhaften Schutz des Opfers, bei Merle Müller für Mutter und Tochter. Das ist von einzelnen HelferInnen nicht zu leisten, hierfür bedarf es der organisatorischen Kooperation staatlicher und gemeinnütziger Stellen. Dies wiederum setzt zumindest grundlegende Kenntnisse über die psychische Situation entsprechender Überlebender voraus. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist, dass solche Opfer in mancher Hinsicht keine selbstverantwortlich entscheidungsfähigen Erwachsenen sind, sondern hilflose

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

Personen. Dies, obwohl einzelne dissoziative Anteile sehr kompetent sind innerhalb ihrer Aufgaben im Alltag. Durch das hier vorliegende Zeugnis wird nachvollziehbar, dass auch Strafverfolgungsorgane bei anhaltendem Täterzugriff von kognitiven, seelischen und somatischen Beeinträchtigungen ausgehen müssen! Für Opfer von anhaltender Organisierter ritueller Gewalt sind spezielle Anlaufmöglichkeiten nötig. Zufluchtsorte und interdisziplinäre Vernetzungen müssen zur Verfügung stehen bereits vor der eigentlichen Befreiung. Schutz, auch von eventuellen Kindern, muß also Vorrang haben.

Meine Bitten bei Fachleuten um weiterführende Hinweise oder Unterstützung ergaben nichts Neues. Es gab immer weniger Hoffnung, dass Merle Müllers Persönlichkeitssystem sich mit meiner Unterstützung umorganisieren könnte, um den Schritt nach außen zu wagen. Andererseits war die fortschreitende seelische und körperliche Zerstörung für mich offensichtlich. Inwieweit die Bedrohung der Tochter realistisch ist, läßt sich bei diesen sadistischen Tätern kaum klären; fest steht allein: Merle & Co. opfern sich in der Hoffnung, dass Amelie dann nichts passiert. Die Konsistenz und Stringenz des Fragens und Nachdenkens der Persönlichkeitsanteile, ihre humane, ethische Wahrhaftigkeit zeigt andererseits Merle Müllers unzerstörte innere Gesundheit. Trotz der fast lebenslangen brutalen, mörderischen Tätergewalt ist das Potential zur (traumatherapeutisch begleiteten) Heilung unbezweifelbar. – Im März 2018 erstattete ich Anzeige bei der zuständigen Staatsanwaltschaft. Monat für Monat geschah nichts. Der Anteil Doris schrieb mir am 23. Dezember 2018: *"Du kannst Dir sicher nicht vorstellen wie dankbar ich bin und andere auch das du das mit Polizei gemacht hast aber trotzdem ist Panik! Panik und Angst! Weil Vati sich lustig macht. Unsere Aussage wird ein Witz"*

Am 29.12.18 warnte mich ein Innenanteil: *"Männer verlangen Amelie beschützen Mondrian beschützen"* Am 8.1.19 schreibt Doris von neuen Männern, denen beigebracht wird: *"wie ficken müssen es richtig quält"*.

Seit Mitte Januar 2019 war der Kontakt zu mir wegen der brutalen Gegenmaßnahmen der Täter (sowie der Verwirrungsaktionen von Täterintrojekten) bis auf seltene Lebenszeichen unterbrochen. Jetzt blieb nur noch die vorzeitige online-Veröffentlichung dieser Zeugnisse aus der rituellen Gewalt. Politische Entscheidungsträger und überregionale Medien erhielten Hinweise; die Reaktion darauf ist bisher minimal.

Was tun also? Die Augen zumachen, Merle Müller (und andere Opfer in vergleichbarer Situation) ihrem Schicksal überlassen – mit Verweis auf die Beschränktheit der sozialen, staatlichen, finanziellen, politischen, individuellen Hilfsmöglichkeiten? Gehen die Interessen der Täter und unsere (diejenigen der ganz normalen Bürger) hier konform?

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

Literaturhinweise

- Breitenbach, G. (Hrsg.) (2017): VIELSEITS – Die ersten vier Jahre. Innenansichten eines Pionierprojekts. Stuttgart; erhältlich über <https://www.vielseits.de>
- Breitenbach, G. & Requardt, H. (Hrsg.) (2019): Verleugnete Traumata (TRAUMA, Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen; Schwerpunktheft 2019/1)
- Casey, J.F. (1992): Ich bin viele. Eine ungewöhnliche Heilungsgeschichte. Reinbek: Rowohlt.
- Dissoziation und Trauma; Infoportal: <https://dissoziation-und-trauma.de/>
- Fliß, C. & Igney, C. (Hrsg.) (2010): Handbuch Rituelle Gewalt. Lengerich: Pabst.
- Fliß, C. & Prins, R. & Schramm, S. (2018): Befreiung des Selbst. Therapiekonzepte zum Ausstieg aus organisierter Rituelle Gewalt. Kröning: Asanger.
- Gahleitner, S.B. (2005): Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München: Reinhardt.
- Hantke, L. (1999): Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin (wvb)
- Huber, M. (1995): Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Frankfurt/Main: S. Fischer (Neuausgabe 2010, Paderborn: Jungfermann)
- Initiative Phönix (Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e.V.): http://www.initiative-phoenix.de/tug_316.html.
- Jey (2017): Gedanken über ritualisierte Gewalt: <https://dissoziation-und-trauma.de/jey>
- Lindstrøm, H. & Sniehotta, J. (2016): Abwegig. Überleben und Therapie bei ritueller Gewalt. Kröning: Asanger
- Lüttichau, M. (1999): *Sie seh'n doch, die will keinen Kontakt!* – Rehistorisierung und heilpädagogische Beziehung bei einem "hoffnungslosen Fall" (Behindertenpädagogik 2/1999, 143-159) - Aufgenommen in: Ders.: Dissoziation.Trauma.Rituelle Gewalt (Berlin 2020)
- Mai, E.: Bericht (2017): Berlin: Autonomie und Chaos (online)
- Miller, A. (2014): Jenseits des Vorstellbaren. Therapie bei Rituelle Gewalt und Mind Control. Kröning: Asanger
- Müller, M. (2019): Zeugnisse aus der Rituellen Gewalt, Teil 1: Wird keiner helfen? Berlin: Autonomie und Chaos (online: <https://autonomie-und-chaos.de/merle-mueller-zeugnisse-aus-der-rituellen-gewalt-erster-teil-wird-keiner-helfen-pdf>)
- Dies. (2019): Zeugnisse aus der Rituellen Gewalt, Teil 2: Vati hat mich! Berlin: Autonomie und Chaos (online: <https://autonomie-und-chaos.de/merle-mueller-zeugnisse-aus-der-rituellen-gewalt-zweiter-teil-vati-hat-mich-pdf>)
- Nijenhuis, E.R.S. & van der Hart, O. & Steele, K. (2004): Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen; in: Reddemann, L. & Hofmann, A. & Gast, U. (2004) : Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart: Thieme, S.47-69 (veränderte Version in der 3. Auflage 2011)
- Rachel, Klaus, Moni, Lars, Habiba, Ben / Laura (2012): Unser Sieg über die Rituelle Gewalt. Berlin: Autonomie und Chaos (online)

Wieso viele Opfer von ritueller Gewalt keine Hilfe suchen

- Rachels + Blumen / Janik + Franzi / Laura + Nurse / Adele Anton (2018): Rituelle Gewalt, Autismus und Mind Control – aus unserer Erfahrung. Berlin: Autonomie und Chaos (online)
- Rosch, M. (1995): Laura G. – Im Namen des Teufels. Düsseldorf: Patmos
- Sanné, Z. & Kneuse, B. (2017): Wie viele Gesichter hat die Angst? Norderstedt: books on demand
- Schalleck, M. (2006): Rotkäppchens Schweigen. Die Tricks der Kindesmissbraucher und ihrer Helfer. Freiburg: autorenverlag artep
- Spencer, J. (1999): Jenny. Das Martyrium eines Kindes. Frankfurt/M.: S. Fischer
- Van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2008): Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Jungfermann
- Wöller, W. (2006): Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer

Brigitta

Wort

loser blick, heimlich verlegen droht zu zerbrechen wenn ich
DU sag, zärtlichkeit
erstarrt sogleich – daß keiner sie berührt; halbes lächeln
über die schulter
verweht eigentlich ein schrei; zusammengekrümmt
entbirgt sie sich zerstört
totes bei FREMDEN LEUTEN echolos
auch das, stellvertretend. Noch spricht sie
sprachlos inzwischen erwartungsgemäß
ohne antwort, hat irgendwo
manchmal beziehungslos
eigene zimmer; dort ist sie nie

MvL

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Ein Beitrag zur Diskussion

Annäherungen in der psychiatrischen Forschung und Therapie

"*Psychose* ist ein phänomenologisch-psychologisches Konzept. Es gibt weder eine biologische Definition des Begriffs noch einen spezifischen biologischen 'Marker' der Psychose. Jeder Versuch, ein neurophysiologisches Korrelat zu finden, ist bisher gescheitert."

– schreibt JOHANN CULLBERG am Anfang seiner umfassenden Monografie zur Therapie von Psychosen (2008, S. 37). Im psychiatrischen Alltag allerdings werden Betroffenen und Angehörigen bis heute Vorträge über Stoffwechselstörungen im Hirn gehalten, um den Vorrang der medikamentösen Therapie zu begründen; dabei wirken die Neuropharma durchaus – zumindest symptomatisch und solange sie kontinuierlich genommen werden. Daß beweisbare Stoffwechseleränderungen im Hirn logischerweise ebensogut Folge eines (psychischen?) Phänomens sein können wie dessen Ursache, wird wohl nur selten diskutiert. Daß die Medikamente erhebliche gesundheitsschädliche Nebenwirkungen haben sowie (psychisch oder sogar körperlich) abhängig machen können, wird allenfalls am Rande erwähnt, nicht selten auch bestritten.

Wer nach anderen Möglichkeiten sucht, Menschen in Psychosen zu helfen, sollte aufmerksam werden für die Botschaften im Handeln und Empfinden der Betroffenen. So heißt es bei DÖRNER/PLOG in ihrem bedeutenden sozialpsychiatrisch orientierten Lehrbuch von 1978:

"Der Mensch hat viel erfunden, um Spaltungen zu überbrücken und zu kitten, Fremdes auszuhalten und Konflikte zu leben. (...) Schizophrenes Handeln ist eine allgemeinmenschliche Möglichkeit, so daß ich grundsätzlich mich und den Anderen in einer Zerrissenheit, einer Teilung verstehen kann." (⁵1980, S. 97)

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin CHARLOTTE KÖTTGEN stellt 1994 beim XIV. Weltkongreß für soziale Psychiatrie in unüblich deutlichen Sätzen den Zusammenhang her zur gesellschaftlichen *Normalität*:

"Gefühlsmäßige Spaltung, Uneinfühlbarkeit, Mangel an emotionaler Schwingungsfähigkeit, Fremdsteuerung – all dies kennzeichnet den modernen Menschen, ist Teil des notwendigen täglichen Überlebenskampfes.

Psychose, Dissoziation und Trauma

Was für den einen Voraussetzung ist für seinen besonderen Erfolg, gilt beim Schizophrenen als sein Versagen: Ihm gelingt häufig die Abspaltung fremdgesteuerter Impulse nicht mehr. Ist die zusammenbrechende Panzerung, mit der ein psychisch Kranker reagiert, vielleicht sensibler? Ist es nicht auch krank, wie gefühlsarm auf Umweltzerstörung, Kriege, Not von Kindern und Flüchtlingen, Elend in der Dritten Welt, Atomgefahren, also kaputtmachende Verhältnisse, normalerweise reagiert wird?

Die Vergewaltigung der Gefühle gelingt vielen Normalen bis hin zur Perversion. Die totale Abspaltung von Empathie, Mitleiden, ein fragmentiertes Leben sind so sehr Normalität, daß derjenige, der die Verleugnung nicht mehr erträgt, Selbstkontrolle verliert und den Zwang zur Anpassung durchbricht, erbarmungslos ausgegrenzt werden muß.

Spiegelt er vielleicht in unerlaubter Weise die allgemeinen Ängste vieler anderer? Signalisiert er seismographisch nicht nur die eigene, sondern auch eine allgemeine Bedrohung?

Trauer, Schwäche, Ängste und Verzweiflung müssen verleugnet werden. Wer das Spiel *don't worry, be happy* durchbricht, verletzt die Spielregeln." (1995, S. 156)

Solche Achtsamkeit für den lebensgeschichtlichen Hintergrund psychotischer Episoden war und ist Leitlinie verschiedener psychosenpsychotherapeutischer Ansätze. Bekannte Namen dafür sind FRIEDA FROMM-REICHMANN, GAETANO BENEDETTI, STAVROS MENTZOS und NORMAN ELROD. Letzterer schreibt über die Arbeit des finnischen Psychiaters MARTTI SIIRALA:

"Siiralas Grundthese lautet in aller Kürze etwa so: Der Mensch, der in der Medizin und besonders in der Psychiatrie als *Fall* gilt, bringt mit seinen Symptomen eine Leidensgeschichte zum Ausdruck, die in wesentlichen Punkten weder mit ihm selbst angefangen hat noch mit ihm selbst aufhören kann. Die *Krankheit* oder *psychische Störung* bezeichnet höchst komplizierte individuelle, kollektive und gesellschaftliche Dilemmas, die beim Individuum, einer Gruppe oder sogar einer Klasse bestehen. Meist geht man aber davon aus, daß es weitgehend nur Sache des unmittelbar Betroffenen sei, diese Verstrickungen, die man sich oft als Last vorstellen kann, zu lösen. Das dem Einzelnen zugeschobene Leiden muß jedoch in seinen individuellen, kollektiven und gesellschaftlichen Bezügen entdeckt, als psychische und soziale Pathologie untersucht und in der *Übertragung* behandelt werden, wobei Übertragung hier heißt: Leidender bzw. Leidende und Helfenwollender bzw. Helfenwollende sind herausgefordert, Formen der Mitmenschlichkeit zu finden und zu praktizieren, die zu einer Neuverteilung, zu einer *Ent-dinglichung* und somit zu einer Reduzierung der Last führen sollen, unter der der Betroffene bisher gelitten hat. Der Verfasser sieht in dieser Teilnahme am Tragen und Verarbeiten individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Dilemmas eine große Chance der Lebensbereicherung für alle

Psychose, Dissoziation und Trauma

Beteiligten, weil oft in den Dilemmas Wertvolles steckt, das man nicht wahrnimmt und verwertet, wenn man es als Symptom der einen oder anderen Krankheit bezeichnet." (1987, S. 387/8)

Siiralas grundlegendes Buch erschien bereits 1961 auf deutsch, – wohl Jahrzehnte zu früh, um öffentlich beachtet zu werden. Im Jahr 2000 kam eine Neuauflage heraus.

L. BRYCE BOYER (ein Psychoanalytiker, der lange Zeit mit nordamerikanischen Indianern gearbeitet hat) macht in der Einleitung seiner Monografie zur psychotherapeutischen Behandlung Schizophrener deutlich, wie der Schizophreniebegriff im Laufe der Zeit immer vieldeutiger und damit unbrauchbarer wurde:

"Die Reaktionen militärischer und ziviler Populationen auf die verschiedenen durch die beiden Weltkriege hervorgerufenen Streßsituationen zeigten, daß viele Menschen, die vorher adäquat funktioniert hatten, Regressionen durchmachten, die *schizophrene* Symptome einschlossen. Sofern die Manifestationen solcher Zustände rasch auf kombinierte Therapien wie Umgebungswechsel, Ruhe, Medikamente und physische Behandlungen wie Elektro- und Insulinschock ansprachen, erhielten sie neutrale Etiketten. So fanden Bezeichnungen wie *battle fatigue* (Gefechtskoller) Eingang in Militärstatistiken, während die regressiven Reaktionen von Zivilpersonen mit einer Reihe anderer Termini belegt wurden. Wir verfügen heute über viele diagnostische Begriffe mit vage definierter Bedeutung, wie pseudoschizophrene Neurosen, pseudoneurotische Schizophrenien, passagère Schizophrenien, Grenzfall-Schizophrenien, *Borderline*-Zustände, latente Psychosen, schizoide Persönlichkeitsstörungen und psychotischer Charakter. Häufig hängt das Etikett von der theoretischen Orientierung des Diagnostikers ab, und manchmal wird eine Bezeichnung angewandt, die eher soziale und ökonomische Bedingungen widerspiegelt als den psychopathologischen Zustand des Patienten. Obwohl sich nur ein geringer Teil der Literatur speziell mit solchen Reaktionen befaßt, machen doch eine Reihe von Patienten, die als neurotisch diagnostiziert wurden, im Verlauf der Psychoanalyse vorübergehend psychotische Episoden durch." (1976, S. 23)

Der holländische Psychiater, Psychoanalytiker und Psychotherapeut JAN FOUORAINE hatte in den 70er Jahren einiges Aufsehen erregt mit seiner, von wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse wie mitmenschlicher Achtsamkeit gleichermaßen geprägten Suche nach den lebensgeschichtlichen Hintergründen von hospitalisierten Menschen mit angeblich *chronischer* Schizophrenie. Er bezieht sich wesentlich auf HARRY STACK SULLIVAN, auf ERVING GOFFMAN, aber auch, im Hinblick auf frühe Traumatisierungen, auf den Psychoanalytiker SANDOR FERENCZI, einen (weitgehend aus der fachlichen Erinnerung verdrängten)

Psychose, Dissoziation und Trauma

Mitbegründer der Psychotraumatologie. Am Ende seiner Monografie (implizit ein Lehrbuch zur Geschichte der psychiatrischen Therapie) schreibt Foudraine:

"Für mich besteht das Bestürzendste meiner persönlichen Erfahrung mit sogenannten *Schizophrenen* in der Entdeckung, wie viel der mutloseste, vereinsamteste und verwirrteste Mensch uns zu sagen und zu lehren hat. Ich sage mit Absicht bestürzend, weil gerade auf diese Kategorie Mensch so erschreckend wenig gehört wird. Auch Psychoanalytiker haben sich bitter wenig darum gekümmert." (1974, S. 365)

Foudraine gehörte zu jenen, die seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts die Institution *Psychiatrisches Krankenhaus* einschränkungslos als Anachronismus einschätzten. In seinem Buch plädierte er für den Aufbau von Krisen-Interventionszentren, für Tages- aber auch Nachtkliniken und ähnliche Angebote nach dem Prinzip des *community containment* (heutige Stichwörter wären: Sozialpsychiatrie, Gemeinwesenarbeit, Integration, Inklusion):

"Der Patient behält seinen Arbeitsplatz und seine eigene Wohnung und erfährt nicht den Prozeß langdauernder Entfernung aus seiner ursprünglichen Lebens- und Arbeitsgemeinschaft." (1974, S. 367)

Nachdem viele Traumabetroffene (schon ohne Psychosediagnose) in den auch 50 Jahre später noch bestehenden psychiatrischen Kliniken (jetzt zumeist in gewinnorientierter privater Trägerschaft!) krisen-verwahrt, mißachtet, hospitalisiert und manchmal retraumatisiert werden, kann es nicht schaden, an diese geschichtliche Phase psychiatriekritischer Konzeptionen zu erinnern. Sicher, inzwischen gibt es eine Fülle gemeindepsychiatrischer/komplementärer Angebote, - aber auch die psychiatrischen Krankenhäuser gibt es noch, meist am Stadtrand, wo sie nicht stören, jetzt oft nominell einem allgemeinen Krankenhaus zugeordnet.. – und diese stationär-psychiatrischen Einrichtungen quellen über von PatientInnen! Es liegt auf der Hand, daß sozialpsychiatrisch engagierte, kreative und kritische Mitarbeiter sich nicht dort, sondern eher bei den gemeindepsychiatrischen Trägern einen Arbeitsplatz suchen werden. PETER KRUCKENBERG, langjähriger Klinikleiter und prominenter Sozialpsychiater seit den 60er Jahren, schreibt im Januar 2010:

"Man darf es ruhig aussprechen: Alles in allem ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung in Deutschland schlecht, vor allem für Patienten mit schweren Beeinträchtigungen und erheblichen sozialen Problemen – konzeptionell rückständig, personell unterbesetzt, gemeindepsychiatrisch kaum integriert. Die Situation auf Akutstationen ist vielerorts im Grunde skandalös. Wir haben uns fast schon daran gewöhnt. (...)

Psychose, Dissoziation und Trauma

Nicht selten sind psychiatrische Krankenhausbehandlungen nicht nur hilfreich, sondern auch ein zusätzliches Lebenstrauma.

Ich zögere, dies auszusprechen – der Patienten wegen, denn sie haben meist keine Alternative; der Mitarbeiter wegen, denn viele bemühen sich und würden gern anders arbeiten. Andere sind ausgebrannt, ohne die Erwartung, daß sich etwas bessern könnte." (2010, S. 10)

Deutliche Hinweise auf frühe Psychotraumatisierungen bei Menschen mit psychotischen Episoden finden sich am ehesten in Veröffentlichungen zur Psychosenpsychotherapie, so in den Dokumentationen des Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit e. V. (um den Psychoanalytiker STEPHAN BECKER) oder bei J. READ ET AL. (1997, 2001, 2004), LARKIN/MORRISON (2006), T. JANSSEN ET AL. (2004), RUPPERT (²2004), bei W. MÜLLER und M. DÜMPELMANN (hier in der Folge).

In Gesprächen unter vier Augen erwähnen psychiatrisch tätige Ärzte/Ärztinnen zwar nicht selten unbezweifelhafte traumatische Erfahrungen in der Anamnese von PatientInnen mit Psychose-Diagnose. Manchmal wird auch die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs eingeräumt. Daß solche Erkenntnisse therapeutische Entscheidungen beeinflussen (können), möchte ich eher bezweifeln. Pragmatisch-engagierte Lernbereitschaft wie beim Team des Psychiaters WOLF MÜLLER (langjähriger Chefarzt einer Psychiatrischen Tagesklinik) dürfte selten sein:

"Zunehmend haben wir uns mit den Inhalten der Psychose beschäftigt. Die Konflikte, die sich im psychotischen Erleben spiegeln, sind sehr vielfältig und letztlich nur individuell biografisch zu verstehen. (...)

So fanden wir heraus, daß einige unserer Patientinnen als Kind oder auch in späteren Jahren sexuell mißbraucht worden waren. Wir erlebten, daß diese Ereignisse in den psychotischen Bildern des Wahnes und der Halluzinationen, der Affektdurchbrüche und Emotionen verschlüsselt sind. Diese Erkenntnis traf uns mit voller Wucht und erschütterte uns jedesmal von neuem. Von einigen Patientinnen haben wir inzwischen definitiv erfahren, daß unsere anfänglichen Vermutungen zu Recht bestanden haben. Die Bilder sind oft wiederkehrend: der Teufel, der gesehen wurde; Schritte, die nachts im Zimmer gehört werden; Angst, jemand stehe hinter einem; das Gefühl, jemand beuge sich über das Bett; Angst, es werde eingebrochen mit dem Ziel der Vergewaltigung.

Eine junge Frau berichtete in ihren Krisen, sie sei mit acht Jahren von einem Bus angefahren und zu Fall gebracht worden. Der Busfahrer habe die Eltern gebeten, keine Anzeige zu machen, weil er schon vor kurzem einen Unfall gehabt habe. Sie selbst habe nur Abschürfungen gehabt, keine Knochenbrüche oder Kopfverletzungen. Voller Überzeugung brachte die Patientin immer wieder vor,

Psychose, Dissoziation und Trauma

daß dies der Anfang ihrer Erkrankung gewesen sei. Sie habe sich von der Mutter im Stich gelassen gefühlt und man habe ihr die Schuld an dem Vorfall gegeben. Für mich als Mediziner war bis dahin klar, daß diese Geschichte zu dem systematisierten Wahn der Patientin gehörte, da keine körperlichen Verletzungen vorgelegen hatten. Schließlich begriff ich, daß in der *'Kindersprache'* uns der sexuelle Mißbrauch geschildert wurde mit der typischen Schuldzuordnung und der Gewißheit, daß damit die Leidensgeschichte begann. Sexueller Mißbrauch durch andere Männer folgte in den Jahren danach, eine häufig zu findende Wiederholung. Auch diese Patientin klagte wie viele andere z.B. über Regelstörungen, Schmerzen bei der Regel, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Unfähigkeit zum Orgasmus und Schmerzen hinter dem Brustbein.

In therapeutischer Hinsicht bewegen wir uns im Neuland. Es erscheint uns wichtig zu sein, daß wir die Möglichkeit des sexuellen Mißbrauchs mit in unsere Überlegungen einbeziehen, das Thema überhaupt in uns zulassen. Das ist der erste Schritt für eine Atmosphäre, die es den Frauen offensichtlich erleichtert, selbst wieder an die verdrängten Inhalte zu kommen. Inwieweit bei Männern diese Thematik beim Entstehen von Psychosen eine Rolle spielt, können wir noch nicht sagen. Immer wenn ich mit diesem Leid konfrontiert bin, erschüttert mich der Gedanke, daß seit Jahrzehnten, wenn nicht seit Jahrhunderten, diese Frauen abgetan wurden mit der Einordnung als uneinfühlbare Psychose.

Wir lernten weiter: In Psychosen finden auch Regressionen statt. Bei genauem Hinsehen kann man ziemlich genau das dazugehörige Alter erkennen. Im Vergleich mit der Lebensgeschichte lassen sich genau zu diesen Zeitpunkten schwere kindliche Traumata festmachen. Im neuen Durchleben dieser Phase kann ein wichtiger Neuanfang stattfinden." (41994, S. 199f.)

Kindgemäße Metaphern oder Symbole für traumatische Erinnerungen, wie Wolf Müller sie bei Menschen mit Psychosen erwähnt, finden sich regelmäßig auch in Alpträumen von bekanntermaßen frühtraumatisierten Betroffenen ohne psychotische Episoden.

Stimmenhören gilt traditionell als Leitsymptom für schizophrene Psychosen. Seit Menschen mit psychotischen Erfahrungen sich zunehmend auch öffentlich äußern zu ihren (Selbst-)Erfahrungen, werden innere Stimmen erkannt als bedeutsamer Schlüssel zum Verständnis psychotischer Episoden.⁸⁶ In diesem Zusammenhang referiert IRENE STRATENWERTH in einem von ihr und THOMAS BOCK herausgegebenen Buch eine niederländische Studie (ENSINK 1997):

⁸⁶ Diese sind jedoch zu unterscheiden von den (inneren wie äußeren) Stimmen dissoziierter Teilpersönlichkeiten bei der traumabedingten Dissoziativen Identitätsstörung (DIS/'Multiple Persönlichkeit')! Welche Zusammenhänge hier eventuell dennoch bestehen, ist noch ungeklärt. Bislang verleitet der Hinweis auf *innere Stimmen* psychiatrische Diagnostiker noch oft dazu, von einer psychotischen Episode auszugehen und psychotraumatologisch relevante Symptome zu übersehen.

Psychose, Dissoziation und Trauma

"Frauen, die *wußten*, daß sie als Kinder sexuell mißhandelt worden waren, wurden befragt, ob sie schon einmal außergewöhnliche Wahrnehmungen wie visuelle oder akustische Halluzinationen erlebt hätten. Die Ergebnisse waren beeindruckend: Insgesamt 43 Prozent der knapp hundert Frauen, so Bernadine Ensink, Psychologin an der Universität Amsterdam, 'berichteten, Stimmen zu hören. Acht beschrieben akustische Halluzinationen, die zumindest teilweise mit sexuellem Kindesmißbrauch zusammenhingen. Weitere vier erzählten uns, daß sie sich nicht unmittelbar an ihre Erlebnisse erinnern, ihnen jedoch Stimmen von ihrer Kindheit berichten.' (...)

Ein weiteres Ergebnis der Studie: Frauen, die Stimmen hörten, hatten insgesamt frühere und schlimmere sexuelle Aggressionen erlebt als andere Mißbrauchsoffer. Bei den stimmenhörenden Frauen waren besonders häufig die Väter Täter gewesen; eine Rolle spielt aber auch eine gleichgültige, vernachlässigende Haltung durch die Mütter." (1999, Seite 187f.)

Selbstverständlich gibt es auch frühe Traumatisierungen, die nichts mit sexueller Gewalt zu tun haben. In dem berühmten romanhaften Bericht *'Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen'* von HANNAH GREEN wird der fließende Übergang vom jugendlichen Widerstand gegen andere nicht zu bewältigende schlimme Lebenserfahrungen zur Flucht in die Scheinrealität der Psychose nachvollziehbar.

Sehr schlimme Erfahrungen in der Kindheit, über die nicht gesprochen werden kann oder darf bzw. die von den Bezugspersonen nicht als solche erkannt werden, können traumatisierend wirken. Entsprechende Erinnerungen bleiben dann im wesentlichen außerhalb des alltäglichen Bewußtseins und können oft erst innerhalb der traumatherapeutischen Aufarbeitung ans Tageslicht gebracht werden; – dies gilt selbstverständlich auch bei Traumaüberlebenden mit psychotischen Episoden im späteren Leben. **Es ist zu vermuten, daß die traumatischen Erinnerungen bei ihnen in besonders komplexer Weise kaschiert werden durch *psychotische Inhalte*.** Als psychiatrische PatientInnen haben sie zudem von den Profis gelernt, bedrohliche und sozial störende eigene Empfindungen und Interpretationen selbst als *krank* und irrelevant einzuschätzen. Selbst bei Betroffenen, die sich heutzutage relativ freimütig, sogar in Publikationen, über ihre Selbsterfahrungen in psychotischen Krisen äußern, sind offensichtliche Hinweise auf psychotraumatische Lebensgeschichten aus diesem Grund kaum zu erwarten. Klare Aussagen wie die folgenden dürften selten sein:

"Eine so genannte Psychose ist nun nichts anderes als die Wiederholung der als Kind erlebten Grausamkeiten in verschlüsselter Form. Die existenzielle Angst zum Beispiel, sprich: Todesangst von damals, wird wiedererlebt als Todesangst. Es sind nun freilich nicht mehr die Eltern, die damals fast die ganze Welt für den

Psychose, Dissoziation und Trauma

kleinen Menschen bedeuteten, die jetzt drohen und kontrollieren und mißbrauchen und einem Gewalt antun, es ist die Welt des Erwachsenen. Der Busfahrer heckt ein Mordkomplott aus, die Muster in der Tapete fordern einen dazu auf, sich Schaden zuzufügen oder die Stimmen im Kopf quälen ihn. Die Wiederholung der Kindheit in verschlüsselter Form ist eine Regression der Psyche, die darauf abzielt, nun endlich Hilfe zu erfahren. So existenziell die Ängste und das Verlassensein als Kind waren, so existenziell bedrohlich ist die Umwelt und so von Allen verlassen erlebt der Mensch sich in der Psychose. Oft so unvorstellbar und nicht nachvollziehbar, weil der Leidende gar nicht mehr zwischen sich und der Außenwelt unterscheiden kann, so wie das auch in der Frühphase der Kindheit der Fall ist. Besonders tragisch ist nun, daß er von seiner Umwelt wiederum keine Hilfe, keine Nestwärme, sondern wieder Bestrafung erfährt. Diese Zusammenhänge sind offensichtlich und seit Langem bekannt. Die Ignoranz, die in breiter Front bei Fachärzten, Therapeuten, Angehörigen und tatsächlich auch bei Betroffenen auszumachen ist, grenzt an Blindheit und ist nur dadurch zu erklären, daß man nicht bereit oder in der Lage ist, sich der eigenen Kindheit zu stellen." (KLEIN 2004)

MARGOT-DOROTHEA KENDRICK war während der ersten 10 Lebensjahre sexueller und anderer Gewalt durch zwei Täter im engsten Familienkreis ausgesetzt. Innerhalb der Psychiatrie wurde sie mit folgenden Neuropharmaka behandelt: Amisulprid, Fluanxol, Glianimon, Haldol, Taxilan, Truxal (alles Neuroleptika), Aponal (Antidepressivum), Limbatriel (Antidepressivum/Tranquilizer), Akineton (gegen Dyskinesien als Nebenwirkung der Antipsychotika). Sie schreibt:

"Ich habe keinerlei Tendenzen mehr, mich in die Unübersichtlichkeit einer Institution zu flüchten, die ich als *Kerkersystem* bezeichnen möchte. Was ich mir anstelle der heutigen Psychiatrie wünsche, sind Heil- und Schutzräume für traumatisierte Menschen, denn – wie ich schnell feststellen konnte – die überwiegende Mehrheit psychiatrisierter Leute ist zum Teil schon während der frühen Kindheit Gewalt ausgesetzt gewesen, sei diese psychischer, emotionaler oder spiritueller Art gewesen, und bräuchte deshalb in Krisensituationen verständige und gewaltfreie Hilfe. (...)

Im weiteren Verlauf meiner jahrelangen Bemühungen war es entscheidend, ob ich in meinen Visualisierungen alle Kräfte in das Bild meiner vollständigen Gesundheit geben konnte oder an negativen Krankheitsvorstellungen kleben blieb. Ich fing an zu begreifen, daß meine *schwere Depression* im Grunde genommen eine tiefe Wut und massivster Zorn auf meine Mißbraucher war, die ich nur nicht hatte ausdrücken dürfen, da dies in meinem '*christlichen*' Umfeld wiederum schwere Konsequenzen nach sich gezogen hätte." (KENDRICK 1998, S.151f.)

Psychose, Dissoziation und Trauma

Durchaus typisch für Traumaüberlebende, muß Margot-Dorothea Kendrick ihren Weg zur seelischen Heilung weitgehend ohne fachliche Hilfe suchen. Ich zitiere ausführlich, weil dieser (verkürzte) Bericht für viele ähnliche Erfahrungen von PatientInnen mit Traumavergangenheit (mit oder ohne Psychose) steht – auch heute noch:

"Weitere regelmäßige Körperarbeiten waren Joggen, Gymnastik und Yogaübungen in den Pausen während der Uniseminare. (...) Das Wichtigste war, daß ich damit meine Magersucht überwand, an der ich ab dem Alter von ca. 17 Jahren litt. Diese Magersucht (vorangegangen war bis ins 14. Lebensjahr eine Bulimie, das heißt eine Eß-Brech-Sucht) war das Ergebnis der Abspaltung der *Kopfkraft* vom restlichen Körper, der ja über viele Kindheitsjahre mißbraucht, mißhandelt und gedemütigt worden war.

Zwischen meinem ersten und zweiten Psychiatrieaufenthalt liegen 18 Jahre. Dies mag seltsam erscheinen für Außenstehende (...). Doch es verbirgt sich für mich hinter dieser langen Zeit ein typischer psychischer Zyklus. Es ist – oft unerträglichweise – eine Tatsache, daß die konkreten Erinnerungen an den sexuellen Mißbrauch so stark verdrängt werden, daß die Überlebenden an regelrechten Erinnerungslücken leiden. Erst durch weitere Gewalterfahrungen oder *übergestülpte Zweittraumen* tauchen unerbittliche Flash-Backs auf: anfallartig, übertölpelnd und damit unabweislich. Eine statistische Zahl belegt, daß diese Flash-Backs vorzugsweise zwischen dem 32. und 38. Lebensjahr auftreten (vgl. u.a. HERMAN 1993).

Meine Gewalterfahrungen waren nach meiner Entlassung 1973 aus der Psychiatrie noch lange nicht zu Ende. Ich lernte weitere Stigmatisierungen, Traumatisierungen und weiteren sexuellen Mißbrauch kennen. Unsere Kultur und Familienstruktur scheint äußerst gewalttätig zu sein, kein Ort der Geborgenheit, Sicherheit und sozialen Solidarität. Jedenfalls leitete dieser zweite Psychiatrieaufenthalt 1990/91 ein *Schwingtürprinzip* bei mir ein: rein – raus – rein – raus, wiewohl alles mit einem für Inzestbetroffene *normalen* Panikanfall, der mit starken Rückenschmerzen anfang, begonnen hatte. (...)

Ich hatte ja schon eine Mißbraucherfamilie und nun (...) in eine zweite eingeheiratet. Dies war mir psychisch jedoch zuviel geworden, und unglücklicherweise geriet ich für kurze Zeit in die Vorstellung, ich hätte meinen Ehemann umgebracht. Der größte Fehler meinerseits war, über diesen Inhalt meiner Panik gesprochen zu haben. Mit Polizeiaufwand wurde ich auf die geschlossene Abteilung einer Universitätsklinik verschleppt, obwohl meine innere Aufwallung ca. 20 Minuten nach dieser Panik bereits abgeflaut war. Aber immerhin hatte ich über das – für patriarchale Verhältnisse – Kapitalverbrechen schlechthin gesprochen: den Mord am eigenen Ehemann! Damit war ich *endogen*

Psychose, Dissoziation und Trauma

psychotisch, gerade auch deshalb, da mein Ehegatte ja noch lebte." (KENDRICK 1998, S.152-54)

Kendrick wird nach 3 Wochen entlassen, setzt abrupt das Neuroleptikum ab, dekompenziert durch den Entzug, dazu kommen Parkinsonsche Zitterlähmungen (als typische Nebenwirkung von Antipsychotika). – Dies alles muß bei einem psychotraumatisch geschädigten Menschen fast unweigerlich zur Retraumatisierung führen: "Jetzt bekam ich wirklich Psychosen." – Noch 3 kurzzeitige Psychiatrieaufenthalte folgen, die oben erwähnte Palette an Neuropharmaka wird eingesetzt. "Übersensibilitätspsychosen. Neurologische Verstümmelung. – Der Entzug von Haldol war gravierend und gestaltete sich als fünftägige Vollpsychose."

Margot-Dorothea Kendrick hat zuletzt ihren eigenen Weg zur Gesundheit gefunden, – aber darin ist sie wohl eher eine Ausnahme.

Der Psychiater und Psychoanalytiker MICHAEL DÜMPELMANN erforscht seit vielen Jahren konzeptionell wie klinisch Zusammenhänge zwischen schizophrenen bzw. affektiven Psychosen und traumatisierenden Lebenserfahrungen:

"Bei psychotischen, auch bei schizophrenen und schizoaffektiven Störungen wurden vielfach hohe Koinzidenzen mit Traumata in der Vorgeschichte gefunden, insbesondere mit schweren und früh durch andere Menschen erlittenen Traumatisierungen. Neurobiologische wie auch psychologische Untersuchungen sprechen dafür, daß die Entwicklung psychischer Funktionen, die für Psychosen relevant sind, durch Traumatisierungen gravierend gestört werden. Diese Befunde belegen auch, daß die zu Psychosen prädisponierende Vulnerabilität oft unter dem Einfluß traumatischer Erfahrungen entsteht und nicht nur umgekehrt Traumatisierungen das Ergebnis genetisch oder konstitutionell erhöhter Vulnerabilität sind.

Für einen Teil der heterogenen Gruppe der *psychotisch* bezeichneten Krankheitsbilder und für die Gruppe der Schizophrenien bilden frühe Traumata offenbar einen hoch wirksamen, entwicklungspsychologisch faßbaren Risikofaktor. Das verändert die Rezeption von Psychosen: die Annahme einer stark endogenen Ätiologie von Psychosen, die von psychoreaktiven Krankheitsbildern abgetrennt klassifiziert werden, läßt sich zumindest für einen größeren Teil dieser Krankheitsbilder nicht aufrecht erhalten.

Psychotraumatologische Befunde steuern wertvolle Konzepte für das Verständnis und die Therapie vieler Psychosen bei. Können in Wahn und Halluzinationen und in typischen Beziehungsepisoden traumatische Kontingenzen erfaßt werden, kann die Therapie präziser auf individuelle Entwicklungsdefizite abgestimmt werden." (DÜMPELMANN 2003, S. 9/10)

Psychose, Dissoziation und Trauma

Aus dem Blickwinkel der Psychotraumatologie

Es zeigen sich zwei mögliche und nötige Fragestellungen zum Thema:

- a) Lassen Empfindungen, Reaktionsweisen und andere Hinweise bei bestimmten konkreten PatientInnen mit psychotischen Episoden frühere Realtraumatisierungen vermuten?
- b) Lassen sich (darüberhinausgehend) Erkenntnisse der psychotraumatologischen Forschung bzw. entsprechende Erfahrungen aus der traumatherapeutischen Praxis (bei PTBS, Borderline, dissoziativen Störungen) nutzen, um traumatische Erfahrungen regelhaft zumindest als Mitursache psychotischer Entwicklungen zu erkennen?

Zu a) :

Entsprechende Zusammenhänge wurden in Fallberichten zur Psychotherapie bei Psychosen seit jeher dokumentiert, in der allgemeinpsychiatrischen Praxis jedoch selten. – Während meiner Arbeit in der Akutpsychiatrie (als Gestaltungs-/Soziotherapeut) haben mir nahezu sämtliche PatientInnen (mit Psychose-Diagnose), mit denen sich entsprechendes Vertrauen entwickelte, von mit großer Wahrscheinlichkeit traumatischen Sozialisationsbedingungen und/oder entsprechenden späteren Lebenssituationen berichtet. Behandelnde ÄrztInnen bzw. Klinische PsychologInnen wußten davon meist nur wenig. Ich hatte den Eindruck, sie wollten auch nichts wissen, denn schließlich – wie hätten sie damit umgehen sollen? Manchmal bestand Konsens darin, daß schlimme Kindheitserfahrungen das Ausbrechen einer Psychose begünstigen können; aber jetzt hatte der Patient/die Patientin eben diese Psychose und es galt, sie mithilfe von Medikamenten und unterstützenden Angeboten in den Griff zu bekommen. Schon für ausführlichere Gespräche über die individuelle Lebensgeschichte war kaum Zeit, ganz zu schweigen von der Suche nach geeigneten Psychotherapeuten bzw. von Antragsformulierungen für Krankenkasse oder Sozialhilfeträger.

zu b) :

Neuere psychotraumatologische Erkenntnisse/Erfahrungen haben dazu geführt, daß Traumafolgeschädigungen (bei nicht-psychotischen Betroffenen) in zunehmendem Maße verstanden werden können im Zusammenhang mit neurophysiologischen Strukturen, insbesondere phylogenetisch angelegten Überlebensmechanismen (Angriff, Flucht, Erstarrung) sowie Abspaltungen (Dissoziationen) bei überlebensgefährdender Reizüberflutung. Es könnte versucht werden, diese Erkenntnisse und Erfahrungen der psychotraumatologischen

Psychose, Dissoziation und Trauma

Forschung/Praxis konsequent anzuwenden auf psychotherapeutische Arbeit (sowie Recovery-Konzepte und stabilisierende Betreuung – auch als Aspekte der psychiatrischen Therapie) bei PatientInnen mit Psychosen.

Professionelle Achtsamkeit aus einem eher psychotraumatologischen Blickwinkel ist hierfür wohl zweckmäßig:

Wer aufwächst in einem massiv dysfunktionalen Elternhaus, in dem psychische Dekompensationen von Bezugspersonen, körperliche/sexuelle Gewalt, Alkoholexzesse, seelische Drangsalierung und ähnliches zum Alltag gehört, wird sich nicht selten in eine *Traumwelt* flüchten. In kindgemäßer Weise werden dann reale Gewalterfahrungen symbolisiert durch Tiere, Teufelsfratzen, Gespenster und Elemente aus Kinderbüchern oder Fernsehsendungen. Insbesondere wenn Vater, Mutter oder andere für das Kind existenziell notwendige Bezugspersonen zugleich TäterInnen sind, wird die traumatische Erfahrung mithilfe solcher Symbolisierungen abgespalten von der weiter bestehenden Bindung. Geräusche vor dem Haus, das Heulen des Windes – alles kann besetzt werden mit den auf andere Weise nicht begreifbaren schlimmen Empfindungen. Fehlende Bindung und Zuwendung wird ersetzt durch imaginierte Gefährten, eigene Hilflosigkeit kompensiert durch kindgemäße Machtphantasien. (Solche Bewältigungsmöglichkeiten werden übrigens seit jeher genutzt in der Psychotherapie von Kindern.) Traumabedingte Derealisierung und Depersonalisierung kann sich auf diese Weise ausdifferenzieren und weitgehend zur *Ersatzwelt* werden gegenüber dem alltäglichen Terror. Ein Bezug zur sozialen Realität wird dann eventuell nur im unbedingt nötigen Maße hergestellt (Schulbesuch, häusliche Mithilfe). Zumindest Momente von Beziehungswahn und (Pseudo-)Halluzinationen sind fast unausweichliche Folgen, die die weitere Persönlichkeitsentwicklung des betroffenen Kindes unweigerlich beeinflussen. Dies ist therapeutische Erfahrung bei Betroffenen mit PTBS/Borderline-Syndrom/Dissoziativen Störungen. Es ist anzunehmen, daß auch psychotische Episoden eine entsprechende lebensgeschichtliche Grundlage haben können. MICHAEL DÜMPELMANN schreibt dazu aus seinen Erfahrungen in der auf Psychotrauma spezialisierten Fachklinik Tiefenbrunn bei Göttingen:

"Im Verlauf lange unbehandelter posttraumatischer Syndrome kommt es oft zu gravierenden kognitiven Verzerrungen, die konkretistischen Wahrnehmungsmodi psychotischer Menschen entsprechen und kaum von denen zu unterscheiden sind. Daneben bleibt häufig eine extreme Sensibilität für das Gegenüber zurück, durch die feinste Signale größte Angst auslösen können." (2002[a], S. 17)

Die psychotraumatologisch relevanten Symptome sind im wesentlichen in den Diagnosekatalogen enthalten (wenn auch z.T. erst unzureichend ausdifferenziert) und könnten wohl auch bei Psychosen zum Ansatz von krankenkassenfinanzierter

Psychose, Dissoziation und Trauma

Traumatherapie gemacht werden. In der psychiatrischen/psychotherapeutischen Praxis gibt es jedoch erst wenig Kenntnis über psychotraumatologische Zusammenhänge. Psychotherapie (sowie Krisenintervention in allgemeinpsychiatrischen Stationen) orientiert sich bei Betroffenen mit Traumafolgeschäden (ohne Psychose-Diagnose) noch immer meist an unspezifischen Symptomen, die teilweise Ausdruck von kompensatorischen Selbstheilungsversuchen sind: Suizidalität, Eßstörungen, Sucht, Selbstverletzungen, aber auch depressiven Reaktionen, Angststörungen, Soziophobie. Derartige Symptomtherapie führt allenfalls zu kurzfristiger Entlastung/Besserung. Das zugrundeliegende traumabedingte Leid sowie die über die Jahre zunehmende Hoffnungslosigkeit/Resignation führt zur Verfestigung der kompensatorischen Reaktionen. Würden Traumafolgeschäden frühzeitiger als solche erkannt und fachgerecht traumatherapeutisch betreut, könnte dies erheblich zu **Prävention** solcher verfestigter Symptome beitragen.

Bei psychotraumatologisch orientierter Traumatherapie liegt großes Gewicht auf Ressourcenorientierung und Stabilisierung im sozialen Umfeld, Faktoren also, die mittlerweile über Recovery-Konzepte und Klinische Sozialarbeit auch oder gerade für PatientInnen mit Psychosen als relevant erkannt werden.

Mit all dem gibt es umfassende (und wohl weitgehend konsensuelle) positive praktische Erfahrungen bei Psychotraumatologen/Traumatherapeuten und Betroffenen, die sich jedoch bisher fast ausnahmslos auf Trauma-Überlebende ohne Psychose-Diagnose beziehen.

Noch einmal JOHANN CULLBERG:

"Es herrscht nach wie vor ein Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Einflüssen der Kindheit und früher Erfahrungen auf die Entwicklung einer Psychose oder der Schizophrenie. (...) Negative Kindheitserfahrungen und Persönlichkeitsstörungen können als psychologische Vulnerabilitätsfaktoren für die Entstehung von Psychosen fungieren. (...)

Die systematische Forschung auf diesen Gebieten ist dürftig und unser Wissen beruht nach wie vor überwiegend auf *anekdotischen* Daten. Eine Übersicht zeigt, daß der Anteil schizophrener Patienten, die unter traumatischen Bedingungen aufgewachsen sind, überzufällig groß ist (READ 1997). In diese Gruppe sind Personen eingeschlossen, die als Kinder sexuelle oder andere Mißhandlungen erlitten haben oder in frühem Alter starker Vernachlässigung ausgesetzt waren. Der Autor sieht den Grund dafür, daß dies in der früheren Literatur nicht bemerkt wurde, darin, daß nicht nach solchen Problemen gefragt wurde, wenn die

Psychose, Dissoziation und Trauma

Vorgeschichte der Patientinnen und Patienten erfaßt wurde." (2008, S. 8f.) – Zu einer eigenen Studie mit 30 Patienten (von 2002) kommentiert er:

"In vier von fünf Fällen von Schizophrenie ohne klare Auslösefaktoren hatte der Patient eine extrem traumatische Kindheit hinter sich." (CULLBERG 2008, S. 94)

Nach einer früheren eigenen Erhebung mit acht Personen mit Schizophrenie (CULLBERG 1991) war Johann Cullberg zwar der Überzeugung, daß "viele (die meisten?)" dieser Patienten nicht besonders schwerer Vernachlässigung ausgesetzt waren: "Es gab keinerlei Anzeichen darauf, daß sie im Kleinkindsalter traumatischem Streß ausgesetzt gewesen waren. Demgegenüber hatten sie alle sehr belastende Erfahrungen im Vorschulalter oder vor der Pubertät gemacht." (S.81) – Dies entspricht jedoch möglicherweise den häufigen Erfahrungen in der Traumaberatung bzw. traumatherapeutischen Arbeit mit *Deckerinnerungen*, hinter denen erst bei wachsendem Vertrauen Erinnerungen an frühere Traumasituationen ins Bewußtsein treten.

Cullberg erwähnt eine Patientin mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen, deren psychotraumatische Lebensgeschichte aktenkundig war:

"Maria hatte eine klar erkennbare psychologische Vulnerabilität nach ihrer traumatischen Kindheit. Ihr Zusammenbruch kam nicht unerwartet, er ging zum Teil auf die erlebten starken suizidalen Impulse zurück. Ihre Fähigkeit, konstruktiv mit ihren Gefühlen des Verlassenseins und der Zurückweisung umzugehen, war von Beginn an niedrig. Hinzu kam ihre Zukunftsangst. Die Identifikation mit ihrer Tochter und die Angst, daß man sie ihr wegnehmen könne, wurden dadurch verstärkt, daß ihre Tochter jetzt in dem Alter war, in dem man Maria aus ihrem Heimatland fortgeschickt hatte.

Diese Art des Umgangs mit ihren Kindheitstraumata – durch emotionale Isolation und eine *arrogante* Fassade – ist häufig bei Menschen zu beobachten, die eine Psychose entwickeln, nachdem ihre emotionalen Grenzen plötzlich niedergerissen worden sind. (...) Die typischen Symptome sind nichtbizarre paranoide Wahnideen und möglicherweise halluzinatorische Erlebnisse. Der auslösende Streß kann durch das Wiederaufleben alter traumatischer Erfahrungen verschlimmert worden sein." (CULLBERG 2008, S. 117)

Diese psychiatrischen Erfahrungen gelten ohne Einschränkung auch für Betroffene mit Psychotrauma-Schädigungen ohne Psychosen! Oft durch den Übergang ins Berufsleben, einen neuen intimen Beziehungskontakt oder durch den Tod einer Bezugsperson werden die fragilen emotionalen Grenzen überschwemmt durch ans Bewußtsein drängende traumabezogene Assoziationen/Empfindungen. Gerade bei Menschen mit Borderline-Syndrom findet sich häufig die von Cullberg

Psychose, Dissoziation und Trauma

erwähnte "Fassade", sodaß nach Hilfe gesucht wird allenfalls dann, wenn es gar nicht mehr anders geht.

Im individuellen Beziehungskontakt mit einzelnen Betroffenen könnten und sollten psychiatrische Erfahrungen mit PatientInnen in Psychosen und psychotraumatologische Erfahrungen in Verbindung gebracht werden. **Vulnerabilität** als besondere Streßanfälligkeit kann wohl schon heute eine Brücke schlagen zwischen beiden Arbeitsbereichen:

"Hohe Vulnerabilität deutet auf eine erhöhte Sensibilität aufgrund früher und möglicherweise verdrängter [*sprich: dissoziierter; v.L.*] Traumata hin. In solchen Fällen fällt es der Umgebung noch schwerer zu verstehen, warum es zu der Psychose gekommen ist." (CULLBERG 2008, S. 95)

Noch immer allerdings gibt es bei Psychiatern, Psychotherapeuten und in den Medien auch fundamentale Ablehnung von Traumatherapie als "Modeerscheinung" (so z.B. der bekannte Sozialpsychiater KLAUS DÖRNER 2005 im SPIEGEL).

Aufmerksamkeit für Realtraumatisierungen hat in Psychiatrie und Psychotherapie lange Tradition, die nur immer wieder überdeckt wurde durch andere "Modeerscheinungen", in den letzten 70 Jahren vor allem durch die konzeptionelle Abkehr der psychoanalytischen Theorie von (sexuell bestimmten) Realtraumatisierungen sowie durch die gegenwartsorientierte Verhaltenstherapie. Das derzeit stärker werdende Interesse für Realtraumatisierungen hängt wohl zusammen mit der begrüßenswerten Aufmerksamkeit für häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt an Kindern sowie traumatischen Lebensumständen ganzer Bevölkerungsgruppen (Bürgerkriege/Genozid/Folter, Social Trauma); siehe hierzu HERMAN und ST.JUST.

Tatsache ist allerdings, daß die Gesundheitsindustrie das Thema Traumatherapie für sich entdeckt hat und in Trauma-Fachkliniken anerkannte traumatherapeutische Standardverfahren anbietet. Nicht selten werden diese dann (personalkostensparend) vorrangig in Gruppensituationen abgearbeitet, was den therapeutischen Nutzen deutlich reduziert. Leider neigen Psychiater (aber auch Krankenkassen) in ihrer Hilflosigkeit dazu, Betroffene, die vor Ort keine ambulante Traumatherapie finden, in solche Fachkliniken abzuschicken. Therapie der Wahl ist bei posttraumatischen Schädigungen jedoch anerkanntermaßen die ambulante Psychotherapie vor Ort, ggf. mit kurzzeitigen Intervallen in einer Traumaklinik, um dort bestimmte Themen in einem besonderen Setting bearbeiten zu können. –

Psychose, Dissoziation und Trauma

Das Grundprinzip der Massenmedien, absatzfördernd immer neue "Modethemen" zu etablieren bzw. durch entsprechende Meinungsäußerungen Prominenter abwechselnd anzuheizen und zu diffamieren, dürfte mittlerweile allgemein bekannt sein; sich demgegenüber zu rechtfertigen, besteht kein Anlaß.

Der Psychiater PETER KRUCKENBERG betonte während des XIV. Weltkongresses für Soziale Psychiatrie (1994):

"Das Verständnis vom psychischen Kranksein muß ausgehen vom subjektiven Erleben des Erkrankten und vom Miterleben in der persönlichen Begleitung durch seine Bezugsperson und die in der Psychiatrie Tätigen. (...) Was hier – im Quellbereich der Psychiatriereform – nicht stimmt, ist durch andere Aktivitäten nicht gutzumachen. (...)

Einseitige Krankheitsmodelle haben ihren Ursprung immer in der Angst vor der persönlichen Begegnung mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen, sind als Abwehrhaltung zu verstehen und zu bearbeiten, insbesondere bei den Professionellen in der Psychiatrie, aber auch in den Verwaltungen, in der Politik und in der Öffentlichkeit." (1995, S. 463)

Diese **Abwehrhaltung** sehe ich in hohem Maße auch beim Umgang sehr vieler psychiatrischer und psychotherapeutischer Profis mit dem Thema *Trauma*.

[Aber es geht weiter !](#)

In letzter Zeit nimmt bei Traumatherapeuten (HANTKE, VAN DER HART/NIJENHUIS/STEELE, PEICHL), aber auch bei manchen psychiatrischen Klinikern, die Aufmerksamkeit für die übergeordnete Relevanz dissoziativer Phänomente zu. Der züricher Psychiater und Psychoanalytiker CHRISTIAN SCHARFETTER (1999, 2003) sieht **Dissoziation** als geeignetes Interpretationsinstrument für eine weite Spanne von psychischen Störungen; dazu gehört für ihn die dissoziative Identitätsstörung, die Borderline-Pathologie und, als schwerste Form der Dissoziation, die Ich-Fragmentation bei den sog. Schizophrenen. Daß solche Zusammenhänge in der psychiatrischen, aber auch psychotherapeutischen Praxis bislang wenig beachtet werden, könnte auch mit konzeptionellen Paradigmen zusammenhängen. Für die psychiatrische Praxis schreibt DÜMPELMANN:

"Die Fragmentierung der Einheit und Brüche in der Kohärenz der Persönlichkeit werden per definitionem an den schizophrenen Formenkreis gebunden und zugleich von lebensgeschichtlichen Einflüssen getrennt. Grundlage dafür ist offenbar eine antizipierte 'Einheit der Einheiten': Die Einheit des Erlebens der Person und ihre Störungen werden eng mit Abwesenheit oder Anwesenheit der

Psychose, Dissoziation und Trauma

Krankheitseinheit '*Schizophrenie*' verbunden. Das wirkt wie ein Maschinenmodell. Menschen mit einer *Zerbrechensgeschichte*, mit schrecklichen Erfahrungen menschlicher Interaktion, haben aber dissoziative Störungen (SCHARFETTER 1998, 1999).

Dadurch ergibt sich ein *paradigmatischer Filter* (READ 1997), der psychotische Fragmentierungszustände theoriegeleitet als Produkt endogener Faktoren festschreibt und kategorisch dem schizophrenen Spektrum zuordnet, während exogene und psychogene Faktoren, die ähnliche Symptome bewirken, als Dissoziation erklärt werden, ohne daß befriedigende Unterscheidungskriterien vorlägen." (DÜMPELMANN 2002[a], S. 5)

"Bei Psychosen wird nicht nach Mißbrauch gefragt und umgekehrt werden psychotische Phänomene bei Traumapatienten als Pseudo-Psychosen bewertet. Traumaforscher schließen Psychosen aus ihren Untersuchungsgruppen aus und umgekehrt tun das Psychoseforscher mit Traumatisierten." (DÜMPELMANN 2002[a], S. 6)

Michael Dümpelmanns Beitrag enthält eine nuancierte Gegenüberstellung von gewöhnlich als psychotisch (schizophren, depressiv oder manisch) bzw. als traumatogen verstandenen Symptomen; - offensichtlich wird:

"Schwere posttraumatische Syndrome und Psychosen weisen oft so große Ähnlichkeiten auf, daß sie sich kaum oder auch nicht unterscheiden lassen. (...) Zum Bruch mit der Realität und zur Konstruktion privater Wirklichkeit kommt es bei Psychosen wie auch bei schweren posttraumatischen Störungen dann, wenn Ohnmacht und Zerrissenheit zwischen Angst vor bedrohlicher Auslieferung und extremer Bedürftigkeit und Angewiesenheit bei ein und demselben Objekt erlebt werden. Nähe und Gefahr fallen dann zusammen." (DÜMPELMANN 2002[a], S. 9)

Dazu paßt eine neue Konzeption des Psychiaters und psychoanalytischen Psychosenpsychotherapeuten STAVROS MENTZOS. Er arbeitet in einer nuancierten Kritik an OTTO F. KERNBERGs Borderline-Konzeption heraus, daß sich beim Borderline-Syndrom – ebenso wie bei Psychosen! – sehr spezielle Dilemmata "zwischen Selbstidentität und Autonomie einerseits und Strebungen in Richtung auf Bindung, Vereinigung und Verschmelzung mit dem Objekt andererseits" auffinden lassen:

"Diese grundlegenden Gegensätzlichkeiten wurden Dilemmata genannt, um sie von den üblichen neurotischen Konflikten auch sprachlich zu unterscheiden. Die unter dem Druck dieser dilemmatischen Konstellationen resultierenden gravierenden Störungen, die wir psychotisch nennen, sind also nicht an erster Stelle als funktionale Ausfälle (Dysfunktionen), sondern als aktive Abwehr-, Schutz- und Kompensationsmechanismen zu verstehen, obwohl sie es sind, die auf

Psychose, Dissoziation und Trauma

der deskriptiven Ebene die bekannten psychotischen Symptome und Syndrome abgeben, welche üblicherweise eben nur unter dem Gesichtspunkt der gestörten Funktion, also eben nur als 'Störung' begriffen werden." (MENTZOS 2001)

Eine derartige "Bipolarität zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Motivationen, die unter ungünstigen psychosozialen (oft auch biologischen) Bedingungen zu rigiden unlösbaren Dilemmata konfliktualisiert wird", sieht Mentzos "praktisch bei allen schweren psychischen Störungen".

"Die charakteristische oszillierende Wechselhaftigkeit des Borderline-Patienten, beonders in seinen Beziehungen, aber auch in seinem Umgang mit sich selbst" versteht Mentzos nun als dadurch "spezifisch charakterisiert, daß bei ihr jene durch den intrapsychischen Gegensatz entstehende unerträgliche Spannung (und Angst) auf eine besondere (pathologische) Art abgewehrt und kompensiert wird." (a.a.O.)

Diese ebenso praxisnahe wie streng theroriegeleitete Konzeption könnte zu einem wichtigen Baustein einer traumaorientierten Psychosenpsychotherapie werden. – Irritieren mag, daß da durch die Hintertür die uralte Borderlineinterpretation von der "Grenzfallpsychose" wieder aufzutauchen scheint, aber möglicherweise können wir heutzutage eher die meisten schweren psychischen Störungen (einschließlich der Psychosen) als Traumafolgeschädigungen verstehen lernen. –

Übrigens: Sobald solche Schlußfolgerungen sich herumsprechen, werden sie leider mit großer Wahrscheinlichkeit zur Grundlage interessengeleiteter Forschungen werden – mit dem Ziel, nun auch Psychotraumaüberlebenden entsprechende Antipsychotika anzudienen, aber: das ist die Welt, in der wir leben!

2009 wurde in der Fachzeitschrift *TRAUMA UND GEWALT* eine phänomenologische Querschnittsstudie veröffentlicht unter dem Titel: *Dissoziation und schizophrene Störungen. Zu den Folgen von Vernachlässigung und Traumatisierung in der Kindheit* (MATTHIAS VOGEL U.A.). Grundlage der Studie waren Selbstbeurteilungsbögen, die von 80 PatientInnen mit Schizophrenie ausgefüllt wurden. Im Zusammenhang damit wurden etliche andere themenbezogene Forschungsarbeiten der letzten Jahre ausgewertet. Die Studie bestätigt konzeptionelle Überlegungen bzw. klinische Erfahrungen von SCHARFETTER und DÜMPELMANN (ohne diese jedoch zu erwähnen). Hier nur einige Zitate:

"Ein solcher dissoziativer Subtyp der Schizophrenie wurde von ROSS und KEYES (2004) als integratives Modell vorgestellt, bei dem Erstrangsymptome bei einem Teil der Patienten mit einer Schizophrenie als ein posttraumatisches Syndrom angesehen werden, dem der Pathomechanismus der Dissoziation zugrunde liegt.

Psychose, Dissoziation und Trauma

Der Schätzung der Autoren zufolge liegt der Anteil jener Patienten mit einer Schizophrenie, die überdies die Kriterien einer dissoziativen Störung erfüllen, bei 25-40%." (S.149)

"Die Untersuchung traumatischer Kindheitserfahrungen erscheint, insbesondere unter Berücksichtigung unterschiedlicher Traumatypen, die die Pathogenese individuell prägen könnten, auch im Hinblick auf die Schizophrenie überaus vielversprechend, weil sie sowohl in konzeptioneller Hinsicht als auch für den klinischen Alltag wertvolle Erkenntnisse und optimierte therapeutische Ansätze hervorbringen könnte. (...) Die syndromale Überlappung zwischen dissoziativen und schizophrenen Syndromen führt zu einer diagnostischen Unschärfe, die bei dem ausgeprägten Signalcharakter schizophrener Kernsymptome wahrscheinlich zu einer systematischen diagnostischen Unterschätzung kategorialer Dissoziationsdiagnosen führt. Dabei wird die zusätzliche Diagnose einer dissoziativen Störung ein anderes Behandlungskonzept nach sich ziehen als die einer monomorbidem Schizophrenie. Bei einer nichtdiagnostizierten dissoziativen Störung würde dem Patienten dann eine spezifische Psychotherapie vorenthalten – Hinweisen zum Trotz, daß sogar psychotische Symptome in der Regel gut auf Psychotherapie ansprechen." (S.149f.)

Auch hier wird betont, daß bestehende Zusammenhänge zwischen Traumafolgeschädigungen und dissoziativen Symptomen bei Psychosen unentdeckt bleiben können, "wenn danach nicht mit spezifischen Kategorien gesucht wird" (S.153). Die Autoren kommen zu dem Schluß:

"Würde diese konzeptionelle Unschärfe [*zwischen psychotischen und dissoziativen Zuständen; v.L.*] überwunden, so könnte möglicherweise eine Gruppe schizophrener Patienten erkannt werden, deren Psychosen sich von endogenen Psychosen im Hinblick auf ätiologische und Verlaufskriterien unterscheiden ließen. Schließlich könnte die konzeptionelle Berücksichtigung einer dissoziativen Schizophrenie auch die Bewertung standardmäßiger antipsychotischer Therapien verändern." (S.153)

MICHAEL DÜMPELMANN hatte am Ende seiner Skizze zu therapeutischen Möglichkeiten bei Psychosen nach Traumatisierung geschrieben:

"Die rechtzeitige Erfassung und Behandlung schwerer traumatogener Störungen könnte praktische Bedeutung für die Prophylaxe später drohender Psychosen haben." (DÜMPELMANN 2002[a], S. 27)

Psychose, Dissoziation und Trauma

Perspektiven ?

Traumatherapeutische Verfahren orientieren sich zunehmend auch an neurobiologischen Forschungsergebnissen. Dies gilt selbst für psychoanalytisch begründete Konzepte (PEICHL 2007, HOCHAUF 2007). – Insbesondere die bei besonders schwerwiegenden Psychotraumatisierungen entstehenden strukturellen Verbindungen zwischen bestimmten Situationen und starren, einseitigen, im späteren Leben meist unangemessenen *pathologischen* Empfindungs-/Verhaltensweisen (Persönlichkeitsanteile, Ego States), wie sie durch das Konzept der **Strukturellen Dissoziation** (NIJENHUIS/ VAN DER HART/ STEELE) auch aus neurophysiologischem Blickwinkel verstanden werden können, bietet sich an für einen neuen Ansatz von Diagnostik und (Psycho-)Therapie bei Psychosen. Nicht nur Wahnvorstellungen, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen/ Halluzinationen und motorische Unruhe können Inhalte/Funktionen dissoziierter traumabezogener Persönlichkeitsanteile sein, sondern auch innere Leere/Affektverflachung, kognitive und motorische Defizite, Schlafstörungen und depressive Elemente. Dennoch können Psychosen – zumindest nach heutigem Wissensstand – noch nicht per se als dissoziative Symptomatik interpretiert werden!

Zusammen mit ressourcenorientierten Ansätzen (AMERING/SCHMOLKE 2007) und Alternativen zur einseitigen medikamentösen Therapie bei Psychosen (ADERHOLD ET AL. 2003, WEINMANN 2008) könnte fachlich-konzeptionelle Aufmerksamkeit für die psychotraumatische Lebensgeschichte von PatientInnen mit Psychosen dazu beitragen, Leid zu verringern und für Traumaüberlebende zumindest die Gegenwart lebenswerter zu machen. Voraussetzung ist allerdings, daß zumindest der fachliche Umkreis von Sozialpsychiatrie/Gemeindepsychiatrie dieses Thema unmißverständlich auf ihre Agenda setzt. Davon sind wir noch weit entfernt; Ausnahmen (KELLER 2016) bestätigen auch hier die Regel.

Psychose, Dissoziation und Trauma

Literaturhinweise

- Volkmar ADERHOLD /Yrjö ALANEN/ Gernot HESS/ Petra HÖHN (Hrsg.):
Psychotherapie der Psychosen. Integrierte Behandlungsansätze aus Skandinavien
(Gießen 2003)
- Michaela AMERING/ MARGIT SCHMOLKE: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit
(Bonn 2007)
- Helmut BECKER /Aloys LEBER (Hrsg.): Psychose und Extremtraumatisierung, Teil I
und II (psychosozial 37 + 39; München 1989)
- Stephan BECKER: Objektbeziehungspsychologie und katastrophische Veränderung. Zur
psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten (Tübingen 1990)
- Ders. (Hrsg.): Helfen statt Heilen. Ernst Federn zum 80. Geburtstag (Gießen 1995)
- Ders. (Hrsg.): Psychose und Grenze (Tübingen 1991)
- [Stephan BECKER u.a.] Innere Orte Äußere Orte. Die Bildung psychischer Strukturen bei
ich-strukturell gestörten Menschen (Hrsg. vom Verein für psychoanalytische Sozialarbeit;
Tübingen 1993)
- Thomas BOCK: Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie (Bonn 1997)
- Ders. u.a. (Hrsg.): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn
(Bonn 1994)
- L. Bryce BOYER: Die psychoanalytische Behandlung Schizophrener (München 1976)
- Johan CULLBERG: Therapie der Psychosen. Ein interdisziplinärer Ansatz (Bonn 2008)
- Klaus DÖRNER /Ursula PLOG: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der
Psychiatrie/Psychotherapie (Rehburg-Loccum 1980)
- Klaus DÖRNER: "Hilfsbedürftige gezüchtet" (Interview von G. Stockinger), in: *DER
SPIEGEL* 13/2005 (S. 154)
- Michael DÜMPELMANN: Depression und Trauma: Psychosen und affektive Störungen
nach Traumatisierungen, in: Böker, H./ D. Hell (Hrsg.): Therapie der affektiven
Störungen (Stuttgart 2002[a]; S. 66-90)
- Ders.: Trauma und Psychose – Trauma oder Psychose? in: *Jahrbuch der Gruppenanalyse,
Bd. 8 (Heidelberg 2002[b]; S. 195-218)*
- Ders.: Traumatische Aspekte bei psychotischen Krankheitsbildern, in:
SELBSTPSYCHOLOGIE 12 (2003; S. 184-206)
- Ders. (Hrsg.): Psychodynamische Behandlung psychotischer Störungen. Wenn die Grenze
der Fall ist. (Stuttgart 2018)
- Norman ELROD: Rezension zu: Martti Siirala: 'Transfer To Transference' (1983),
in: Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Band II (Zürich 1987)
- Ders.: Psychotherapie der Schizophrenie (Zürich 2002)
- Bernadine ENSINK: Trauma: Eine Studie zu Kindesmißbrauch und Halluzinationen, in:
Romme, M. /Escher, S.: Stimmenhören akzeptieren (Bonn 1997)
- Gottfried FISCHER/ P. RIEDESSER: Lehrbuch der Psychotraumatologie (München 1989)
- Jan FOUORAINE: Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie (München 1974)
- Erving GOFFMAN: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und
anderer Insassen (1961) (Frankfurt/M. 1973)
- Hannah GREEN: Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen (Reinbek 1978)

Psychose, Dissoziation und Trauma

- Lydia HANTKE: Trauma und Dissoziation. Modelle der Bearbeitung traumatischer Erfahrung (Berlin 1999)
- Onno van der HART /Ellert R.S. NIJENHUIS /Kathy STEELE: Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung (Paderborn 2008)
- Judith HERMAN: Die Narben der Gewalt (München 1993; Neuauflage: Paderborn 2003)
- Renate HOCHAUF: Frühes Trauma und Strukturdefizit (Kröning 2007)
- T. JANSSEN /L. KRABBENDAM /M. BAK /M. HANSSEN /W. VOLLEBERGH /R. de GRAAF /J. VAN OS: Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences, *in: Acta Psychiatrica Scandinavia, Bd. 109* (2004, Nr.1, S. 38-45)
- Anngwyn St. JUST: Soziales Trauma (München 2005)
- Thomas KELLER: Trauma und Psychose, Teil I: Grundlegende Literaturübersicht (*in: Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie 4/2016*) www.kerbe.info
- Ders.: Trauma und Psychose, Teil II: Allgemeine therapeutische Prinzipien (*in: Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie 4/2017*)
- Margot-Dorothea KENDRICK: Schamanische Selbsthilfe, *in: Peter Lehmann (Hrsg.): Psychopharmaka absetzen* (Berlin 1998, S.150-160)
- Stephan KLEIN: Frühe Kindheit und Traumata als Psychose-Ursache (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Saar e.V. 2004)
- Charlotte KÖTTGEN: Wir wissen nicht, was Schizophrenie ist, *in: T. Bock et al. (Hrsg.): Abschied von Babylon* (Bonn 1995, S. 154-158)
- Bessel A. van der KOLK/Alexander C. McFARLANE/ Lars WEISAETH (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (Paderborn 2000)
- Peter KRUCKENBERG: Die Entwicklung der kommunalen Psychiatrie in einer Großstadt – ein vieldimensionaler dynamischer Prozeß, *in: Th. Bock et al. (Hrsg.): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie* (Bonn 1995, S.461-472)
- Ders.: Perspektiven der Krankenhausbehandlung, *in: Soziale Psychiatrie 1/2010 (S. 10-13) (Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.)*
- Ronald D. LAING: Das geteilte Selbst (Köln 1972)
- Warren LARKIN/ Anthony P. MORRISON (Hrsg.): Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy (London 2006)
- Mondrian Graf v. LÜTTICHAU: Therapie oder Leben? Begegnungen in der Akutpsychiatrie (Leipzig 2009) (<http://www.autonomie-und-chaos.de>)
- Stavros MENTZOS: Borderline-Störungen: Führt die inflationäre Ausweitung des Konzepts zu seiner Auflösung? Versuch einer Rettung, *in: Stavros Mentzos/ A. Münch (Hrsg.): Borderline-Störung und Psychose* (Göttingen 2001, S. 51-74)
- Wolf MÜLLER: Langfristig psychotisch durch Medikamente?, *in: Bock/Deranders/Esterer: Stimmenreich* (⁴1994, S. 199f.)
- Ellert R.S. NIJENHUIS: Somatoforme Dissoziation (Paderborn 2007)
- Ders./ Onno van der HART/ Kathy STEELE: Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen, *in: Reddemann/Hoffmann/Gast: Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (Stuttgart 2004)
- Jochen PEICHL: Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline, Ego State, Täter-Introjekt (Stuttgart 2007)

Psychose, Dissoziation und Trauma

- Frank W. PUTNAM: Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Paderborn 2003) *Neuausgabe unter dem Titel: Handbuch Dissoziative Identitätsstörung – Diagnose und psychotherapeutische Behandlung* (Lichtenau 2013)
- PSYCHOSOZIAL 101 : Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens (Giessen 2005)
- J. READ: Child Abuse And Psychosis: A Literature Review and Implications for Professional Practise, in: *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1997, S. 448-456)
- J. READ/ PERRY, D.B./ MOSKOWITZ, A./ CONOLLY, J.: The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: A Traumatogenic Neurodevelopmental Model, in: *Psychiatrie: interpersonal and biological processes*, 64 (2001, S. 319-345)
- Ders./ L.R. MOSHER/ R. BENTALL (Hrsg.): Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia (Hove 2004)
- Franz RUPPERT: Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie (München 2004)
- Ingo SCHÄFER (Hrsg.): *Trauma & Gewalt* (Heft 3, August 2017), Themenheft Trauma und Psychose
- Christian SCHARFETTER: Dissoziation – Split – Fragmentation (Bern 1999)
- Ders.: Schizophrenien, Borderline und das Dissoziationsmodell, in: *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 151 (2000, S. 100-104)
- Ders.: Die Vielfalt der Persönlichkeit – Gefährdung der Einheit der Person? in: *Forum der Psychoanalyse* 19 (2003, S. 163-168)
- Dorothee SCHATZ: Dissoziation, Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Schizophrenie: Syndromalität oder Komorbidität? (Dissertation Greifswald 2009)
- Irene STRATENWERTH /Thomas BOCK: Stimmen hören (München 1999)
- Martti SIIRALA: Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit (Göttingen 1961; Neuaufgabe: Eschborn 2000)
- VEREIN FÜR PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT e.V. (Hrsg.): Innere Orte Äußere Orte. Die Bildung psychischer Strukturen bei ich-strukturell gestörten Menschen (Tübingen 1993)
- Matthias VOGEL /Carsten SPITZER /Bertram MÖLLER /Philipp KUWERT /Harald J. FREYBERGER /Hans-Joergen GRABE: Dissoziation und schizophrene Störungen, in: *Trauma & Gewalt* (3. Jg. Heft 2/2009, S. 148-155)
- Stefan WEINMANN: Erfolgsmythos Psychopharmaka (Bonn 2008)



© Gabi Lummas

MUTISMUS

ALS TRAUMAFOLGE

Schweigende Verzweiflung

Eine mehr oder weniger durchgängige Sprechblockade bei vorliegender Sprach- und Sprechfähigkeit wird als "Mutismus" bezeichnet. Logopäden unterscheiden dabei den "totalen Mutismus" (bei dem der/die Betroffene durchgängig nicht spricht) vom "selektiven Mutismus" (auch "elektiver Mutismus", bei dem die Sprechblockade nur bestimmte Situationen oder Personen betrifft oder in bestimmten Situationen aufgehoben ist). Über mögliche Ursachen und therapeutische Methoden gibt es logopädische Fachbücher (in Deutschland vor allem diejenigen von HARTMANN und BAHR). Unter den Logopäden besteht Einigkeit, daß Mutismus häufig von bestimmten anderen Verhaltensauffälligkeiten begleitet wird, nämlich von Angststörungen, Anpassungsstörungen, Depressionen, Schlaf- und Eßstörungen – ein für Psychotraumafolgen geradezu klassisches Symptomspektrum. Dennoch werden seelische Traumatisierungen als Ursache für die mutistischen Sprechblockaden in Fachveröffentlichungen allenfalls am Rande erwähnt. – Wer mit Psychotrauma häufiger zu tun hat, sei es innerhalb einer Selbsthilfegruppe oder als Helfer, wird das wohl etwas anders sehen.

Hinweise von Betroffenen waren Anlaß, an dieser Stelle⁸⁷ ausdrücklich auf Mutismus und andere Sprechstörungen (wie Stottern) als vermutlich keineswegs so seltene Folge von psychischen Traumatisierungen hinzuweisen.

Da Mutismus ganz selbstverständlich als Sprach- oder Sprechstörung aufgefaßt wird, werden betroffene Kinder fast automatisch zur logopädischen Therapie geschickt. Psychotraumatologische Kenntnisse sind schon unter PsychotherapeutInnen erst wenig verbreitet, bei LogopädInnen können sie nicht erwartet werden. Mehrere Traumaüberlebende mit mutistischen Sprechblockaden haben mir gegenüber unmißverständlich ihr Leid im Zusammenhang mit der relativ nutzlosen logopädischen Behandlung – oft über Jahre – erwähnt. Hilfe bei PsychotherapeutInnen zu suchen, erscheint von vornherein wenig erfolgversprechend: dort müßten die Betroffenen ja sprechen.

Daß es unter diesen Umständen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über Mutismus als Traumafolge geben kann, liegt auf der Hand!

Eine Betroffene (mit gesicherter Traumavergangenheit und jahrzehntelangem Mutismus) schrieb mir:

⁸⁷ Gemeint war das Informationsportal www.dissoziation-und-trauma.de.

Mutismus als Traumafolge

"Hinzu kommt, daß Sprachgestörte selbst jegliche psychische Ursache für ihr Symptom weit von sich weisen. Sie möchten keineswegs in die Psycho-Schublade gepackt werden! Ich habe früher eine Stotterer-Selbsthilfegruppe besucht und bin auf massive Ablehnung gestoßen, als ich mit meiner Geschichte herausgerückt bin – nach dem Motto: Für Stottern gibt es keine seelischen Ursachen, wir arbeiten hart am Symptom. (..) Nicht im Traum kommen Logopäden darauf, daß ein sprachgestörtes Kind traumatisiert sein könnte. Diese allgemeine Ignoranz läßt einem sprachgestörten Menschen überhaupt keine Möglichkeit der Ursachenforschung. (...) Am Wochenende stand in der Süddeutschen Zeitung ein Bericht von einer Frau aus dem Tsunami-Gebiet, die mehrfach traumatisiert worden ist. In dem Bericht ist ausführlich die Rede von ihrer gestörten Sprache als Traumafolge."



Sprechen ist ein grundlegender Träger von individueller Entwicklung und sozialer Identität. Sämtliche Formen von Entwicklungsstörungen (körperliche, seelische, kognitive) können sich vielfältig auswirken auf die sprachliche Kontaktfähigkeit und Kontaktbereitschaft. Schon deshalb wird es eindeutige ("wissenschaftliche") Zuordnungen von psychisch bedingten Sprechblockaden zu einzelnen Ursachen vielleicht nie geben. Aber brauchen wir die überhaupt? – Viel wichtiger erscheint mir, achtsamer zu werden für den lebensgeschichtlichen Hintergrund von Menschen mit mutistischen Sprechblockaden, – und dazu gehören eben auch mögliche traumatische Erfahrungen. Mir jedenfalls hat zunächst der sehr ausführliche und vertrauensvolle Bericht einer Betroffenen sehr geholfen, das wohl häufige Verwobensein von leidvoller Kindheit und Mutismus etwas besser nachzuvollziehen. Ich bedanke mich herzlich bei der Autorin für ihr Angebot, ihren Lebensbericht hier folgend (in gekürzter Form) zu veröffentlichen.

[Schweigen als Wegbegleiter -
Aus dem Lebensbericht einer Betroffenen mit selektivem Mutismus](#)

Kindergarten

Ich hatte, wie die meisten Kinder, Eingewöhnungsprobleme, hing besonders an der Mutter, wollte nicht dableiben und weinte sehr. Ich musste aber dort bleiben, wurde sehr ruhig und redete zu keinem. Das legte sich nicht mit der Zeit wie bei anderen Kindern, sondern ich blieb ganz verschlossen.

Zum Glück gab es da aber eine junge Erzieherin die mein Problem erkannte und sich täglich viel Zeit für mich nahm, ruhig mit mir redete, spielte und so mein Vertrauen gewann. Ich wurde aufgeschlossener, als ich gerade mit ihr zu Reden anfang verzog plötzlich diese liebe Tante aus unserer Stadt. Ich verstummte

Mutismus als Traumafolge

wieder, oder gerade deswegen? - Die anderen Tanten waren strenger, schimpften häufiger, worauf ich sehr empfindlich reagierte. Besonders nach einem negativen Erlebnis verweigerte ich den Kindergarten, schmiss mich früh auf den Boden weil ich nicht da bleiben wollte, weinte und galt als bockig. Als Mutter weg war, beruhigte ich mich zwar, aber so, dass ich nichts mehr sagte.

Man machte sich aber auch nicht die Mühe mich in die Gruppe zu integrieren, sondern ließ mich stattdessen mit 2 gehörlosen Mädchen in der Puppenecke spielen. Somit brauchte ich ja nicht zu reden und ich war die dritte "Stimme" im Bunde. In Vorleserunden saß ich auch mit still da und hörte ganz gespannt zu. Beliebte Kreisspiele machten auch mir Spaß. Ich beteiligte mich gern daran, wenn man mich in die Gruppe holte, aber soweit ich mich erinnere, ohne zu reden. Außerhalb der Familie redete ich nun auch zu keinem mehr und war allen Fremden gegenüber sehr misstrauisch. Zu möglichen Ursachen dafür kann ich nichts genaues sagen.

Aus Erzählungen meines Bruders geht aber hervor, dass die Erzieherinnen auch solche Methoden anwendeten wie z.B. ungehorsamen Kindern Pflaster auf den Mund zu kleben und einige Zeit mit dem Gesicht zur Wand stehen zu lassen. Ob das genauso auch mit mir gemacht wurde, weiß ich nicht, das liegt vor Beginn meiner Erinnerung. Denkbar wäre es, zumindest hörte ich solche Drohungen mit dem gefürchteten Pflaster an vorlaute, etwas freche Kinder.

Da ich einfach keine richtige Vertrauensperson im Kindergarten mehr fand, blieb ich weiterhin ruhig. Ich bastelte auch sehr gern, hätte das sicher noch mehr getan, wenn ich mich getraut hätte bei den Erzieherinnen nach Material zu fragen. Die Erzieherinnen meinten auch, es wäre gut mich mal einer Kinderpsychologin vorzustellen.

Ich kann mich an diese Ärztin nur schwer erinnern, wohl aber an die Spieltherapie die sie empfahl und zu der ich 1 mal pro Woche ging. Langsam stellten sich kleine Erfolge ein.

Als einmal ein Fotograf in den Kindergarten kam um von jedem Kind ein schönes Bild aufzunehmen, wurden alle dafür nacheinander in den Kaufladen gestellt in dem auch ein kleines Telefon stand. Auch ich war dran, ging noch hinein und stand da wie angewurzelt. Ich war nicht dazu zu bewegen den kleinen Hörer zu nehmen und ans Ohr zu halten. (Es konnte ja eine Stimme herauskommen oder was ich da auch immer dachte). Jeder Versuch mich dazu zu bringen schlug fehl. Man kam auch nicht auf die Idee mich ohne Telefonhörer zu fotografieren, es sollten wohl Einheitsfotos werden von jedem Kind. Alles half nichts, die Erzieherin riss mich wutentbrannt heraus, rannte mit mir in die Puppenküche, zog mir eine Art Kostüm über und dann konnte der Fotograf seine Aufgabe vollenden. Lächeln sieht man mich auf diesem Foto – verständlicherweise - nicht.

Mutismus als Traumafolge

"Was sollen die Leute von uns denken?!"

Das vielleicht prägendste Erlebnis geschah aber zu Hause, an einem schönen Sommertag, an dem viele Kinder der Nachbarschaft draußen spielten, auch ich. Ich war ungefähr 5 Jahre, hatte jedenfalls schon die ersten positiven Erfahrungen gemacht wie z. B. Mit Zettel einkaufen beim Bäcker oder im kleinen Milchladen mit Kanne, Geld und Zettel. Da kamen ein paar größere Jungen auf eine Idee. Sie wollten mich in die nahe gelegene Kaufhalle schicken um Süßigkeiten zu besorgen. Ein Nachbarsjunge (4 Jahre älter als ich) überredete mich, sagte da ist Selbstbedienung, da brauchst du nicht zu reden und er wollte mich auch begleiten. Nach einigem Zögern ging ich zusammen mit ihm los. Kurz vor der Kaufhalle blieb er plötzlich stehen und schickte mich allein weiter. Ich zögerte wieder, hatte ja kein Geld. Irgendwie überredete er mich oder zwang mich weiter zu gehen, er würde dann schon bezahlen.

Ich betrat – voller Angst - die Kaufhalle, ging zum Bonbonregal und erfüllte meine Aufgabe. Als ich mit vollen Händen wieder zur Tür raus wollte, war schon eine Verkäuferin aufgeregt hinter mir.

Ich sah den Jungen nicht mehr, er hatte sich verdünnsiert. Ich ging wieder zurück, legte alles schnell an seinen Platz und wollte nur eins – schnell weg. Die Verkäuferin wettete noch etwas hinter mir her. Draußen war nun auch mein Bruder angekommen (wo der auf einmal her kam weiß ich nicht) und schleppte mich heim, wo ein großes Donnerwetter losbrach. Ich bekam keine Chance zu erklären, mich zu verteidigen. Ich wusste selbst, was ich falsch gemacht hatte. Konnte ich mich aber überhaupt richtig dagegen wehren?

Meine Mutter, vor Wut kochend , holte den Lederriemen hervor, was höchst selten geschah, und verdrosch mich nach Strich und Faden mit den Worten: "wie kannst du nur...", "schämst du dich nicht" , " was sollen die Leute von uns jetzt denken...".

Ich hatte Schande über unsere Familie gebracht. Eine Mitschuld anderer Kinder kam für sie nicht in Betracht. Schon gar nicht mein Bruder, der hätte ja so etwas nie gemacht! Das war schlimm und hatte zur Folge das ich wieder mehr verstummte und keiner von unserer Familie noch einige Zeit nach diesem Vorfall diese Kaufhalle betrat.

Bald war es aber vergessen, so nach und nach ging jeder wieder dort einkaufen, ganz normal, auch ich! Und das war gar nicht schlimm, ich hatte ja nun auch immer genügend Geld dabei.

Wie gesagt alle schätzten die Kaufhalle sehr, die doch recht praktisch am Weg in den Garten lag, alle, außer meine Mutter, sie hat den Laden über zwanzig Jahre aus Scham nicht mehr betreten.

Am schlimmsten aber war für mich, dass mir solches Fehlverhalten noch Jahre später immer wieder von den eigenen Eltern vorgehalten wurde.

Mutismus als Traumafolge

Zu Hause

Zu Hause war ich eher laut als leise. Oft äußerte ich mich sogar sehr lautstark, besonders wenn mich mein Vater reizte oder Mutter zu sehr auf mich einredete. Dieses Verhalten zeigte ich ausschließlich nur hinter der Wohnungstür- einer Art magischen Grenze. Ich redete auch immer nur mit denselben Bezugspersonen. Besonders zur Oma, die mit mir spazieren ging und zum orthopädischen Turnen, die mir Märchen vorlas oder von früher erzählte. War ich mit ihr unterwegs und wir trafen Bekannte, die auch mich ansprachen, fragte mich Oma oft freundlich ob ich denn heute meinen Schlüssel mit hätte für den Mund. Je nach Situation und meiner Gestik antwortete sie: "nein den haben wir heute vergessen", o. ä. als Grund für meine Stummheit. Dies entlockte mir aber wenigstens ein Lächeln. Dieses Schlüssel-Symbol empfand ich als sehr angenehm und auflockernd.

Mit der Großtante konnte ich herrlich "Mensch ärgere dich nicht" spielen. Mit Mutter ging ich oft zum Einkaufen. Beim Stadtbummel von Laden zu Laden unterhielt ich mich frei und ungezwungen mit ihr. Plauderte munter drauf los und konnte von einem Moment zum Anderen ganz stumm sein, wenn wir plötzlich auf Leute trafen, mit denen Mutter erst plaudern musste. Da konnte ich kaum "Tag" sagen, vielleicht gerade noch die Hand reichen. Nach so einem Plausch ging es aber auch bei mir munter weiter: z. B. "Wer war denn das?", "Warum habt ihr euch über das unterhalten?", "Was bedeutete das...?" Ich konnte der Unterhaltung der Erwachsenen relativ gut folgen, was ich nicht verstand, fragte ich nach., was mir meine Mutter auch kurz und knapp beantwortete.

Ich redete aber auch mit 2 Mädchen aus unserem Haus, Ute und Kerstin, Schwestern. Sie wurden meine besten Freundinnen. Wir waren sooft es ging zusammen. Ute, die 3 Jahre älter war als Kerstin und ich, war auch so etwas wie eine große Schwester für mich. Sie hatte einen sehr positiven Einfluss auf mich und nahm mich auch schon mal in Schutz vor älteren Jungen, die sich gern ein ängstliches Mädchen zum Ärgern suchten. In Utes Beisein fühlte ich mich irgendwie sicherer. Zu Erwachsenen und anderen Kindern in meiner Umgebung redete ich nicht.

Zu den Eltern meiner Freundinnen sagte ich schon mal ja oder nein oder ein paar Worte mehr, dann aber immer ängstlich und leise. Andere Hausbewohner gingen stolz an mir vorüber und taten so als sei ich Luft. Wieder andere wagten einen Kontaktbeginn mit nur kurzen Worten wie: "Na, Heike" oder "Hallo Heike", was ich dann auch meist mit einem Lächeln begegnete. Das Grüßen, was eigentlich vom Kind zuerst erwartet wird, gelang mir nicht.

Zu den Freunden meines Bruders fand ich auch Kontakt und redete mit ihnen. Allerdings war das etwas schwieriger wegen des Altersunterschiedes. Sie benutzten mich meist nur zum Necken und Zecken. Außer zu Ute und Kerstin hatte ich es also fast nur mit Erwachsenen, und noch dazu älteren Leuten zu tun. Wenn Besuch kam, was öfters geschah, hatte ich schön "Guten Tag" zu sagen. Ich lernte auch noch den guten alten Knicks, den ich meist nur anwandte ohne die

Mutismus als Traumafolge

Lippen zu bewegen. Ich lernte auch das man still zu sein hat, wenn große Leute reden und wirklich nur zu antworten hat, wenn man direkt gefragt wird.

Ich benutzte dann auch oft das Kopfnicken und Kopfschütteln.

Mit "Bitte" und "Danke" tat ich mich auch schwer, besonders wenn ich dazu immer aufgefordert wurde. Ich zog mich meist ins Kinderzimmer oder eine andere Spielecke zurück, wo ich dann ausdauernd mit Puppen oder Bausteinen spielte bis die Luft wieder rein war.

Zur anderen Oma, mütterlicherseits, hatte ich so gut wie gar keine Beziehung,. Sie fand keinen Zugang zu mir, ich natürlich von selbst auch schwer. Sie sah immer so streng aus, lachte kaum und sah zuerst immer nur das Negative. (Was alles passieren kann...) Unglücke, die irgendwo passierten, wurden von ihr und den Schwestern meiner Mutter immer höchst dramatisch geschildert. Diese Oma zeigte auch kein Verständnis für meine Sprachhemmungen, geschweige denn, dass sie sich um meine Zuneigung bemühte. Für sie war ich nur "stur" und "bockig". Die alte Erziehungsmoral herrschte dort vor. Ein Kind hat zu gehorchen, gewisse Verhaltensregeln einzuhalten. Jede Abweichung von dieser Norm war also ein "Bock". Genau die gleiche Erziehungsmoral, die ich im Kindergarten erlebte.

In der Psychiatrie

Mein 6. Geburtstag rückte immer näher, die ärztliche Untersuchung im Kindergarten bestätigte- schulreif-. Die Anmeldung in der Schule meisterte ich auch ganz gut. (Irgendwie schärfte man mir ein: "...dort musst du reden, sonst kannst du nicht in die Schule gehen"). Ich konnte kurze, ganz leise Antworten geben, z. B. bis 10 zählen und zurück, konnte geometrische Formen benennen in einem Wort.

Nur bei der Bildbeschreibung blieb ich stumm, weil ich da mehrere Sätze hintereinander sprechen sollte. Ich stand vor dem großen Bild, erinnere mich noch genau dass es sich um eine Verkehrssituation handelte, wo ein Mädchen mit Puppenwagen über die Straße wollte, konnte aber nichts sagen wegen einer damals mir nicht zu erklärenden Blockade. Es blieben aber Bedenken, hauptsächlich von Seiten der Erzieherinnen.

Die [ambulante] Spieltherapie machte ihnen zu geringe Fortschritte. Die Vorschule machte mir Spaß und ich lernte sogar schon meine spätere Lehrerin kennen, zu der ich langsam Vertrauen aufbaute!

Da plötzlich musste ich eine stationäre Therapie beginnen. Man sagte, nur so könne der beste Erfolg erzielt werden. Ich verstand die Welt nicht mehr, wehrte mich mit Händen und Füßen, -vergeblich. Ich musste von Mai 1970 an in der Kinderneuropsychiatrie Leipzig bleiben. Jetzt begann eine schwere Zeit, ich wusste ja eigentlich nicht warum, sollte das "Reden" lernen. Ich benötigte eine sehr lange Eingewöhnungsphase, fand auch keine richtige Freundin, da auf dieser

Mutismus als Traumafolge

Station nur Mädchen aller Altersstufen waren und aller möglicher Probleme neurologischer und psychischer Art. Ich war die einzige derzeit mit Sprachhemmungen, so wurde das offiziell bezeichnet. Den Begriff –Mutismus– hörte ich damals noch nicht. Viele Jahre später erfuhr ich, dass man das Problem so nennt.

Das Klinikpersonal schien überfordert mit den anderen schwierigen Fällen, vor allem den Epileptikern oder hysterisch reagierenden Patienten. Somit fehlte es auch an der Zeit und Einfühlsamkeit, die für mich nötig gewesen wären.

Wiegesagt – nicht das günstigste Umfeld, dem ich da ausgesetzt war.

Der Sommer ging zu Ende, ich sollte noch nicht entlassen werden, wollte aber unbedingt zu Hause zur Schule gehen. Meine Mutter wurde misstrauisch, sie sagte: "stimmt was nicht, muss sie auf eine Sonderschule?"

Der Arzt sagte aber gleich darauf: "Nein, um Himmels Willen, nur das nicht". Dies war wirklich großes Glück für mich, denn meine Mutter hätte nicht für eine normale Schule gekämpft. Sie hätte mich auch auf eine Hilfsschule geschickt.

Schule

Endlich war es soweit, wie alle Kinder meines Jahrgangs erhielt auch ich am 1.9.1970 eine Schultüte. Ich kam in eine mit 30 Schülern stark besetzte Klasse, die Kindergartenfreundin war darunter und natürlich die mir schon vertraute Lehrerin, die sich von Anfang an um mich bemühte. Meine Familie, mein Umfeld, Ärzte, alle waren gespannt wie ich nun lernte, – und ich lernte gut, eifrig, konzentriert- obwohl- oder gerade weil ich nichts sagte. Es gelang mir noch nicht etwas laut vorzutragen. Gedichte und Lieder lernte ich eigentlich umsonst. Die Lehrerin kam von Zeit zu Zeit an meinen Platz und fragte mich etwas. Ich flüsterte ihr dann die Antworten zu. Mit der Zeit wurde das Flüstern immer lauter und es gelang mir wenige Antworten so laut zu geben, dass es alle verstanden. Dabei wirkten solche Äußerungen von Klassenkameraden wie: "die kann ja reden" wieder etwas hemmend auf mich. Auch gewann ich in Klasse 1 noch eine neue Freundin – Sabine – hinzu. Sie wohnte in derselben Straße wie ich, so dass wir auch die Freizeit sehr oft miteinander verbrachten. Unser Lieblingsspiel war "Schule" im eigenen Garten. Wir waren abwechselnd Schüler und Lehrer, Ute und Kerstin waren auch manchmal dabei, so dass es oft recht lebhaft zuging. Wir spielten einzelne Szenen aus dem wahren Schulleben nach und hatten unseren Spaß dabei. Ich bin mir sogar sicher dass dieses Schule spielen mir bei den Fortschritten in der richtigen Schule half. Ich begann mich nun auch selber mit meinem Schweigen auseinanderzusetzen, merkte, dass es mir mit einigen Leuten z. B. Kindern, leichter fiel zu reden, bei anderen wiederum nichts herauskam. War ich mit den Freundinnen allein, merkte man nichts von Gehemmtheit. Da war ich auch weniger ängstlich.

Ich sagte damals meiner Mutter: "Ich weiß nicht, was mit mir los ist, ich habe Angst das etwas passiert, das ich umfalle, wenn ich was sage." Ich nahm mir

Mutismus als Traumafolge

innerlich immer ganz fest vor zu reden. Stand ich unmittelbar vor so einer Situation, ging es aber nicht, die Sprache war blockiert. Eine ambulante Therapie bekam ich aber keine, nur eben noch dieses Medikament, für dessen Rezept ich ab und zu in die Ambulanz der Klinik musste.

Vertrauen - ein Wundermittel oder: Die Blume zeigt Blütenknospen

In der 2. Klasse wechselte die Musiklehrerin. Sie erfuhr natürlich auch von meinem Problem, nahm mich aber trotzdem zur üblichen Leistungskontrolle dran. 2 Schüler, darunter meine beste Freundin Sabine, die es gut meinte, riefen: "die redet nicht!"

Ich aber ging – zum Erstaunen aller Mitschüler – nach vorn, stand da, und nach einem tiefen Luftholen und ermutigenden Worten dieser Lehrerin sang ich mein 1. Lied laut und deutlich. Das Eis war gebrochen, die Freude bei mir selbst, dass nichts passiert, wenn ich mich laut äußere, gab mir weiterhin Mut. Ebenso auch die Reaktion der Lehrerin, die mich nicht mehr lobte als alle anderen Schüler auch, sondern stattdessen zur Klasse gewand fragte: "wer hat gesagt das die nicht singt?" Besonders die positiven Erfahrungen mit anderen Menschen ließen die Blume Blütenknospen entwickeln – sie waren wie Wasser das eine Pflanze zum Wachsen braucht. Fasste ich genug Vertrauen zu jemandem konnte ich auch leicht reden. Wurde ich aber bestraft, getadelt oder wurde über mich geredet welkten die Blüten wieder.

So ging es nun in der 2. , 3. und 4. Klasse weiter voran. Ich begann laut vorzulesen, nachdem es mit dem Singen so gut klappte. Auch konnte ich nun endlich beweisen, wie gut ich Gedichte lernte. Das war es aber auch, ich meldete mich so gut wie nie.

Mit der Zeit gewann ich aber soviel Mut, dass ich sogar zu Elternversammlungen und Weihnachtsfeiern Gedichte aufsagen konnte. Das waren extreme Situationen, der Angstschweiß lief mir kalt den Rücken herunter, die Stimme zitterte anfangs, was sich aber mit jedem Wort mehr legte. Die Freude über das "Geschaffte" war riesig und machte mir weiter Mut. Kleine Aufgaben, wie den Tafeldienst, von dem ich nicht ausgeschlossen wurde, erfüllte ich gern.

Von fehlenden Nährstoffen

Ab dem 6. Schuljahr wechselte dann die Klassenlehrerin. Sie machte nicht dort weiter, wo die andere aufhörte, ebenso die neue Deutschlehrerin. Sie hatten kein Verständnis für mich und bemühten sich auch nicht mein Vertrauen zu gewinnen.

Dies hatte zur Folge, dass ich wieder verstummte, sagte kein Gedicht mehr auf und tat mich mit dem Vorlesen schwer.

In anderen Fächern, wie z. B. russisch und Musik lief es aber ganz gut. Ich konnte bei Aufforderung kurze Antworten geben bzw. vorsingen. Für viele war es nicht zu verstehen: "Mal redet sie, mal nicht". Da war es kein Wunder wenn das in den Augen vieler ein Bock oder Trotz war. Genau kann ich es heute selbst nicht

Mutismus als Traumafolge

erklären, kann nur sagen aus Trotz oder Bockigkeit kamen diese Verhaltensweisen nicht. Mit dem schon beschriebenen Vertrauen hing das sicher zusammen und das ich einfach empfindsamer, sensibler war als andere. Ich spürte, welche Lehrer mir sympathisch waren und es **wirklich** gut mit mir meinten. Ich wählte also die Personen unbewusst aus, mit denen ich sprach, ohne böse Absicht. Diese Auswahl-Selektion- kam aus meinem tiefsten Inneren, wohl aus einer Vorsicht heraus.

Ich bekam auch seit meiner Entlassung aus der Klinik nur noch eben dieses Medikament, das aber bald abgesetzt wurde. Immer seltener wurde ich noch in die Ambulanz der Klinik bestellt, wo ich auch jedesmal auf einen anderen Arzt traf. Therapieempfehlungen gab es auch keine mehr, nur zu einer obligatorischen Kontrolle um zu sehen, ob ich nun redete oder nicht.

Von anderen Ängsten

Ich war auch über das Reden hinaus ein sehr ängstliches Kind, hatte Angst vor Hunden, da machte ich um das kleinste Exemplar einen großen Bogen. Impfen - und alles was mit Schmerz zu tun hatte machte mir Angst. Schlimm war es auch mit den regelmäßigen Zahnarztbesuchen. Als ich das erste Mal hinging (noch im Kindergartenalter) brüllte ich "Zetermordio" und öffnete dann den Mund nicht mehr. Der Zahnarzt schrie mich an, verlor die Nerven und steckte mich raus. Als ich später wieder dringend einen brauchte, ging ich zu einem anderen, der es verstand ängstliche Kinder mit dem Bohrer vertraut zu machen. So ging es dann, nur begleitete mich zu solchen Gängen meine Mutter nicht mehr lange. Sie schämte sich wohl vor anderen Wartenden, weil ich immer noch meine "Arien" sang während der Behandlung, ließ mich aber wenigstens behandeln. Für viele war das wieder nicht zu verstehen, vor Angst und Schmerz konnte ich schreien, innerhalb der Familie laut sein. Sobald ich aber in die Nähe von Fremden kam, war ich stumm.

Meine Mutter gab sich auch keine Mühe mir die Ängste zu nehmen oder ihnen auf den Grund zu gehen. Zwar hörte ich so lapidare Sätze wie: "du musst doch keine Angst haben", aber das half nicht wirklich. Sie erzählte allen, dass ich ein ängstliches und gehemmttes Kind sei und somit war ich in dieser Schublade, in die ich mich nun hineinquetschen musste, innerlich aber nicht wollte. So kam es zu Spannungen zwischen mir und ihr. Ich liebte sie, verlangte nach mehr Aufmerksamkeit (sie hatte immer Arbeit) und gleichzeitig rebellierte ich gegen sie. Einen anderen Weg sah ich damals nicht. Manchmal hat sie an mich gerichtete Fragen sofort selbst beantwortet, ohne mir eine Chance zu geben es allein zu tun. Ich merkte auch, dass sie meinen Bruder bevorzugte, ihn eher in Schutz nahm. Er bekam auch mehr ermöglicht was er wollte. Als ich beispielsweise den großen Wunsch äußerte Flöte spielen zu lernen, die ich auch bekam, ging kein Weg hinein. Mein Bruder bekam teuren Akkordeonunterricht, den er bald wieder fallen ließ.

Mutismus als Traumafolge

Bei mir hatte man Angst, dass ich da nicht rede. Einen Versuch wäre es doch wert gewesen, zumal ich es so gern wollte. Vielleicht war es auch einfach nur zu teuer.

Geld war bei meinen Eltern immer knapp. Mein Vater brauchte täglich 2-3 Schachteln Zigaretten und etliche Bierflaschen. Die waren wichtig und wurden von Mutter immer besorgt. In Tränen brach ich aus, als ich einmal mein erspartes Taschengeld (das ich unregelmäßig erhielt) zählen wollte und eine aufgebrochene, leere Spardose vorfand. Oft war er im Garten, wo er aber nicht so viel zu sagen hatte, denn auch hier bestimmte Mutter. So zog es ihn also in das dazugehörige Lokal, wo er auch recht tief ins Glas schaute. Sonntags vormittags war dann meine Zeit, als er nicht rechtzeitig zum Essen erschien, musste ich los und ihn abholen. Schrecklich war das. Ich hatte große Angst und traute mich kaum hin. Die Liebe zu meinem Vater war aber stärker. Meine Mutter selber traute sich auch nie ihn abzuholen, sie schämte sich. Dies war eine von wenigen Aufgaben, die sie mir voll und ganz überließ, ohne zu ahnen, was sie mir damit antat.

Ausgegrenzt

In Klassenstufe 7 nun erhielt unsere Klasse eine besondere Auszeichnung – eine Reise zur Partnerschule nach Novi-Jiän in die befreundete ÄSSR.

Von dieser Fahrt wurde ich aber gänzlich ausgeschlossen. Weshalb genau, weiß ich bis heute nicht wirklich. Das Sprechen war ein Grund, man wollte sich nicht mit mir blamieren, wenn ich die von allen geforderten Worte dort nicht sagen konnte.

Meine Mutter wollte mich auch nicht allein ins "Ausland" schicken und als Begleitung wollte oder konnte sie wohl auch nicht mit. Möglich, dass es ihr auch zu teuer war.

Mir erzählte man auch, dass diese Reise zu stressig, körperlich zu anstrengend für mich sei. Komisch nur, sonst machte sich Keiner solche Gedanken um mich im Alltag.

..und neuer psychiatrischer Klinikaufenthalt

Nur die angestrebte und für die Behandlung wichtige Familientherapie klappte nicht, da meine Eltern, besonders Mutter, in dieser Richtung alles abblockte. Sie sah das Problem einzig bei mir. Dr. S. musste mehrmals meine Mutter ausdrücklich auffordern auch den Vater mal mitzubringen zu einem Gespräch. Sie schob als Grund immer wieder die Schichtarbeit von ihm vor. Meinem Bruder, der gerade ausgelernt hatte, sollte die Zukunft mit dem geplanten Studium auch nicht verbaut werden.

Mutismus als Traumafolge

Ein schwerer Verlust

Ein einschneidendes Erlebnis war, als meine Oma plötzlich starb. Meine wichtigste Vertrauensperson. Ich kam an einem ganz normalen Arbeitstag nach Hause und erfuhr, dass Oma nicht mehr lebt. Sie war morgens einfach nicht mehr aufgewacht, ging abends zu Bett und schlief ein. Ihr schwaches Herz hatte mit 79 Jahren aufgehört zu schlagen.

Sie wusste am besten mit mir umzugehen, wenn wir allein waren. Sie sah sicher auch die Gemeinsamkeiten zu Opa. Aus einigen Schilderungen über ihn lässt sich heute schließen, dass er zumindest selektiv mutistisch war, wenn nicht zeitweise sogar total.

Angefangen in seiner Kindheit, dann speziell das Kennenlernen meiner Oma, seine Tätigkeiten, Kriegserlebnisse, danach das Wiederfinden der Familie und das Leben sowie spezielle Verhaltensweisen danach deuten ganz stark auf dieses Störungsbild. Das wäre aber eine eigene, "seine" Biografie.

Die zwei Söhne der beiden entwickelten vorerst diese Störung nicht. Im Gegenteil, mein Vater war als Kind eher mehr lebhaft als ruhig, auch zu Familienfremden. Erst im Jugendalter und viel später gewann diese Veranlagung mehr und mehr bei ihm die Oberhand.

Die Mutter betreut eine pflegebedürftige Tante am anderen Ort..

Ich managte den Haushalt mit allem was dazu gehört. Dies war gleich eine gute Übung für den Eigenen. Meinem Vater gefiel das, er freute sich, sah welche Mühe ich mir gab und was ich brachte. Meine Mutter sah die Fäden der Familienführung wohl aus ihrer Hand gleiten und war bald wieder mehr für uns da, wo sie uns auch wieder von vorn und hinten bediente. Die alte Tante kam ins Krankenhaus, wo sie nur noch ein paar Tage lebte.

Eigene Ehe.. noch im Elternhaus wohnend.. dann das erste Kind

Meine Mutter versuchte in dieser Zeit besonders die Mutterrolle an meinem Kind zu übernehmen. Ihre Hilfe und Fürsorge, die für eine Oma üblich sind, gingen schon über das normale Maß hinaus.

Besonders für den jungen Kindsvater war es schwer und unangenehm von Schwiegermutter immer bäugt zu werden bei jedem Kontakt mit seinem Sohn, wenn diese ihm das überhaupt gestattete. - Und ich hatte noch nicht den Mut mich durchzusetzen.

Mutismus als Traumafolge

Ablösung von der Mutter

Endlich kam der Tag des Einzugs ins eigene Heim. Da war [der Sohn] bereits 8 Monate. Wir freuten uns sehr, endlich zu dritt zu sein. Arbeit gab es aber noch genug an Haus und Hof, so hatten wir die Eltern oft da, getarnt wie immer in Hilfe und Über-Besorgnis. Wir hatten nun aber auch mehr Freiraum für uns, was unserer Beziehung und meinem weiteren Wachsen doch ganz gut tat.

Auch nahmen wir gleich Kontakt zur neuen, nun dörflichen Kirchgemeinde auf.

Der junge Pfarrer lebte erst etwa genauso lang wie wir in der Gemeinde und hatte Pläne, wie er das eingeschlafene Gemeindeleben etwas "aufpeppen" könnte.

Leider fand ich gerade zu ihm kein richtiges Vertrauen und verhielt mich sehr zurückhaltend. Das lag ein ganzes Stück an meiner Mutter, was ich ihr bis heute schlecht verzeihen kann. Sie, die immer im Mittelpunkt sein wollte und für alle redete, erzählte dem Pfarrer einiges über mich und meine Vergangenheit. Dabei erwähnte sie die "Nervenklinik" und von diesem Zeitpunkt an war ich für ihn nicht mehr viel wert.

Wo ich doch gerade neu anfangen wollte, warf mich dies doch weit zurück. Meine Mutter erzählte auch anderen hier im Ort davon, so kam es, dass es mir bis heute nicht gelungen ist einen guten Kontakt zu meinen Nachbarn aufzubauen.

Ich merkte, dass ich einfach kein freier Mensch war. Meine Entscheidungen, ja sogar die der ganzen Familie wurden immer wieder von anderen bestimmt oder beeinflusst. Wir leben in Reichweite der Eltern, die alles, aber auch wirklich alles versuchen unter ihrer Kontrolle zu behalten. Oder sah ich es nur so schlimm?

Wohnraumgestaltung, Garten, Reisen, Kindererziehung, nötige Anschaffungen für den Haushalt, egal um was es ging, in alles hingen sie sich mit herein wodurch es immer mehr zu Streitigkeiten kam.

Besonders das Verreisen war für uns schwer wenn es zu anderen Verwandten ging. Da erhoben meine Eltern so etwas wie "Besitzanspruch" an uns.

Ich konnte einfach nicht mehr, zeigte schon starke depressive Verstimmungen, ich wollte mein eigenes Leben gestalten und wurde doch fremdbestimmt. In einer langwierigen Psychotherapie (der zweiten) wurde mir aber immer wieder verdeutlicht, dass ich das Recht habe mein eigenes Leben zu leben, gut abgegrenzt von meiner sehr dominanten Mutter. Ein Großteil meiner Ängste und Unsicherheiten und die Sprachhemmungen beruhten auf der z.T. angstauslösenden und überbesorgten Erziehung meiner Mutter.

Dies bekam ich auch unabhängig zur Therapie von meiner neuen Freundin U. gesagt. Da musste doch was dran sein und so begann ich mich Schritt für Schritt von meiner Mutter abzugrenzen. Die Distanz zu ihr tut mir auch heute nach wie vor gut. Alltagsgeschehnisse zeigen auch, dass ich fähig bin gute und richtige

Mutismus als Traumafolge

Entscheidungen zu treffen. – Und, was wichtig ist, mir geht es gut dabei, wenn ich selbstständig entscheide. Gelegentliche Fehler sind meine Eigenen- und ich lerne aus ihnen.

Nur wer Nichts macht, macht keine Fehler!

Tod des Vaters

Dieses Ereignis warf mich in meiner Entwicklung etwas zurück. Ich konnte auch nicht richtig trauern, bzw. fühlte mich mit meiner Trauer recht allein. Mir fehlte in dieser wichtigen Zeit auch ein Ansprechpartner.

Vieles fällt mir seitdem wieder schwerer, was ich schon für überwunden glaubte. Ich stand meinem Vater doch näher, als ich je wahr haben wollte. Er hat mich zwar in meiner ganzen Kindheit fast nur geneckt und geärgert, aber er hatte mich auch unwahrscheinlich lieb. Er konnte diese Liebe nur nie so zeigen, die Erziehung lag ja auch in den Händen meiner Mutter, sie bestimmte, tolerierte seinen Alkoholkonsum und nutzte die Schüchternheit von Vater aus.

Im Rückblick

Ich glaube nicht, dass Mutismus in so auffälligem Maße erblich ist, wohl aber eine Veranlagung dazu, deren Ausprägung durch das Umfeld steuerbar ist. Mutismus ist wohl auch ein Beispiel für das in der Psychologie beschriebene Anlage – Umwelt – Selbststeuerungsprinzip. Auch entgegen der Meinung vieler Fachleute, die Mutismus vorwiegend im Kindesalter sehen, stehe ich zu der Meinung, dass Niemand vor dem Schweigen geschützt ist, dass Mutismus in jedem Alter auftreten kann – je nach den Umwelteinflüssen, Situationen eben.

Zu Hause war ich laut, versuchte mich zum einen zu wehren gegen die verbalen Attacken meines Vaters, was mir kaum gelang. Er schien Freude zu haben mich zu ärgern und wurde auch von meiner Mutter dabei selten gestoppt.

Zu meiner Mutter hatte ich ein sehr inniges Verhältnis, ich liebte sie und es gefiel mir bemuttert und umsorgt zu werden. Etwas zu spät merkte ich, dass dieses "Bemuttern" nicht aufhörte.

Oft versuchte ich meiner Mutter eine Freude zu machen. Ich half in Haushalt und Garten in der Hoffnung, dass sie dann mehr Zeit für mich hätte. Das war aber eine vergebliche Hoffnung, meine Mutter hatte immer zu tun. Rastlos hetzte sie von einer Arbeit zur anderen, gönnte sich kaum etwas Ruhe – immer zu sorgen für ihre Angehörigen oder Besuch. Auch wurde ich so gut wie nie gelobt, wenn ich geholfen oder etwas gut gemacht hatte. Lob war in ihren Augen nicht so wichtig für Kinder, speziell Töchter. Sie stammt noch aus einer Generation, in der "Lob" angeblich zu "Stolz" führte. Und stolz durfte eine gute Tochter nicht sein. Dies wurde mir aber erst seit der letzten Therapie bewusst

Auch ist mir nun noch ein mutismusverstärkender Aspekt bewusst geworden. Die Tatsache nämlich, dass meine Eltern Umsiedler waren (Schlesier). Nun ja, dieses Schicksal teilten sehr viele... aber mit der Anlage für Mutismus und der

Mutismus als Traumafolge

unterordnenden Erziehung seitens meiner Mutter (man durfte keine eigene Meinung haben, alles so hinnehmen wie es kam, es wenn möglich jedem Recht tun und sich auf keinen Fall wehren), die sie uns Kindern vorlebte, konnte es sich bei mir wohl so akut entwickeln.

Desweiteren kommt in mir mehr und mehr die Frage hoch: "Wirkt sich der plötzliche Tod eines Verwandten, geliebten Menschen mutismusfördernd aus?"

Ein weiteres wichtiges mutismusförderndes Merkmal für mich war aber wohl die völlig inkonsequente Erziehung meiner Mutter. Es gab so gut wie keine Regeln, Ge- oder Verbote. Bei Zurechtweisungen - wenn es sie gab - passten ihre Worte nicht zu Mimik und Tonfall, so dass es unglaublich wirkte.

Sie hielt so gut wie nichts von Strafen. Das ist ja wohl auch positiv, nur verwechselte sie dabei strafende und konsequente Erziehung.

Noch schwerwiegender für den Erhalt des Schweigens waren wohl aber die vielen negativen Erfahrungen mit Personen meines Umfeldes: Kindergärtnerinnen, die unfähig waren, mit diesem Problem umzugehen, verständnislose Nachbarn und Bekannte, mich erniedrigende Verwandte, hänselnde Kinder, verständnislose Lehrer und Lehrerinnen... denn innerhalb der Familie fühlte ich mich ja immer geborgen und sicher...

Eine Frage die wohl immer unbeantwortet bleiben wird geht mir aber auch durch den Kopf: "Was geschah im Alter von 0 -3 Jahren?"

Mein Alltag heute

Ich merke auch an mir jetzt noch geringe mutistische Probleme, aber ich arbeite daran! Der Blick ist immer noch ausweichend, ich zwingen mich aber zu normalem Blickkontakt und es geht zunehmend besser, je sicherer ich in meiner Rede bin.

Das Sprechen mit fremden Menschen klappt gut, auch in einer größeren Gruppe geht es gut. Ich wachse auch schon mal sehr über mich hinaus, wenn ich gefordert bin, wenn ich mich beispielsweise für die Rechte meines Mannes oder meiner Kinder einsetze. Am schwersten fällt es mir nur dort, wo man mich schon lange kennt. Da, wo ich den Stempel "Gehemmt" aufgedrückt bekam.

Ein Ortswechsel oder gar kompletter Neuanfang könnte für erwachsene Mutisten sehr erfolgversprechend sein, spätestens dann, wenn sie bereit sind dafür und ihr Schweigen dringend beenden möchten. Wie schön ist es doch, sich unterhalten zu können!

Der Blickkontakt geht viel leichter wenn ein paar Meter Distanz zum Gegenüber vorhanden sind. Da ist dieses Bedrohtheitsgefühl weniger als bei direkter Nähe.

Mutismus als Traumafolge

Auch habe ich manchmal immer noch Probleme von mir aus den Sprachkontakt aufzunehmen. Das ist besonders schwierig bei ebenfalls etwas ruhigen Personen. Leuten, die viel reden, fällt meine schüchterne Zurückhaltung meist gar nicht auf.

Also, das Schweigen begleitet mich immer noch, nur führe ich es jetzt meistens, wo ich früher geführt wurde. Es beherrscht mich nicht mehr, ich zeige ihm jetzt den Weg. Es stellt sich nur noch in Ausnahmefällen schützend vor mich oder geht auf einem neuen Weg einen Schritt voraus.

© bei der Autorin, vertreten durch TRAUMA BERATUNG LEIPZIG (www.dissoziation-und-trauma.de)



Trauma-Überlebende berichten

Im Forum von *Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V.* (www.mutismus.de) entstand mehrfach ein Austausch zum Thema Mutismus als Traumafolge. Immer wieder wurde die Befürchtung geäußert, daß Eltern mutistischer Kinder pauschal Mißbrauchsverhalten unterstellt werden könnte. Diese Bedenken sind nachvollziehbar; sie erinnern mich an entsprechende Ängste im Zusammenhang mit Borderline-Diagnosen. Mittlerweile besteht Konsens bei psychotraumatologisch weitergebildeten TherapeutInnen, daß Borderline wohl in jedem Fall eine Traumafolgestörung ist. Dennoch gilt hier wie auch bei traumabedingtem Mutismus, daß keineswegs immer die Eltern verantwortlich sind. Selbstverständlich können auch Umstände, in die andere Menschen schuldhaft verstrickt sind (oder niemand), Ursache von psychischen Traumatisierungen sein!

Als Teilnehmer des Traumafolge-Gesprächs in Mutismusforen⁸⁸ habe ich in den Jahren 2009/10 etliche *private Nachrichten (pn)* von ohne Zweifel traumageschädigten Menschen mit Mutismus bekommen, die sich mit diesem Schicksal jedoch nicht im Forum outen wollten.

So begannen bei einer Betroffenen (mit DIS) die Sprechblockaden erst im frühen Erwachsenenalter, von einem Tag auf den andern; sie selbst sieht einen Zusammenhang zu Retraumatisierungen, fragt sich aber auch, ob die Sprechblockade Ausdruck ihrer Resignation ist.

Eine andere Betroffene schrieb mir von langem Krankheitsaufenthalt in der frühesten Kindheit. Damals fing der Mutismus an. Später kam es zu Gewalt in der Familie und zu sexuellem Mißbrauch.

⁸⁸ Unter anderem hier: <https://www.mutismus-forum.de/viewtopic.php?t=1873>

Mutismus als Traumafolge

Eine Mutter berichtete im Forum von ihrer mutistischen Tochter und erwähnte für mich offensichtliche Traumatisierungen im Zusammenhang mit der Geburt: Abgesaugtwerden (wegen Fruchtwasser in der Lunge), dann wurde das Neugeborene "zur medizinischen Beobachtung" für einige Zeit der Mutter entzogen. Später traten Schwierigkeiten beim Stillen auf – und später dann die Sprechblockaden!

Ein Betroffener mit traumatischer Kindheit schrieb mir im Hinblick auf seine Erfahrungen mit Professionellen folgendes:

"Deshalb freue ich mich sehr, daß Sie sich dieses Themas ausdrücklich annehmen. Meine Wut darüber, als Schulkind 7 Jahre lang einmal in der Woche völlig sinnlos zur Logopädin gelatscht zu sein, ist heute noch gewaltig. Immer wurde mir mein Nichtsprechen als persönlicher Fehler angekreidet. Niemand kam im entferntesten auf die Idee, daß vielleicht andere Menschen dieses Symptom ausgelöst haben könnten. Diese Behandlung durch meine Umwelt habe ich als Retraumatisierung empfunden. Ich habe sogar vor einigen Jahren meine damalige Logopädin angerufen und ihr von den Ursachen meiner Sprachprobleme berichtet. Sie wollte davon nichts wissen.."

In einer weiteren *privaten Nachricht* heißt es: "Wenn Kinder in logopädische Behandlung geschickt werden, so sind die Auftraggeber und Zahlenden des Honorars die Eltern des sprachgestörten Kindes oder deren Krankenkasse. Es würde sich nicht gut machen, wenn der Logopäde die Ursache für die Sprachstörung im familiären Umfeld suchen würde, denn dann würde das Kind ganz schnell aus der Therapie genommen werden. Das würde die wirtschaftliche Situation der logopädischen Praxis gefährden, und wer sägt schon den Ast ab, auf dem er sitzt?"

Aus anderem Zusammenhang kenne ich Zwillinge mit mutistischen Blockaden, bei denen (unbezweifelbare) traumatische Erfahrungen in der Kindheit dazu geführt haben könnten, daß die Schwestern sich sehr stark aufeinander bezogen haben, – als einzige Möglichkeit einer Verbündung unter unerträgliche Lebensumstände. Die für die kindliche Entwicklung unverzichtbare Bindung an andere Menschen dürften die Zwillinge dann jeweils nur aufeinander gerichtet haben. Möglicherweise haben sie dadurch kaum gelernt, Vertrauen zu finden in der sozialen Welt jenseits ihrer symbiotischen Bindung aufeinander. Noch heute, als Erwachsene, können die Schwestern unbefangen sprechen nur miteinander, im Kontakt mit anderen Menschen sind ihnen nur die nötigsten Wörter oder Sätze möglich. – Eine wohl ähnliche Konstellation berichtet Marjorie WALLACE in ihrem Buch über DIE SCHWEIGSAMEN ZWILLINGE (Buchtitel) June und Jennifer Gibbons.

Mutismus als Traumafolge



Eine vom 11. bis 53. Lebensjahr mutistische Überlebende von frühen Traumatisierungen (einschließlich Rituellicher Gewalt) hat in ihrem Buch DIE HÖLLE MITTEN IM GARTEN EDEN unter dem Pseudonym KIGA von der schrittweisen Aufarbeitung der abgespaltenen traumatischen Erfahrungen berichtet. In ihrer nuancierten Darstellung läßt sich nachvollziehen, daß die Sprechblockade bei ihr offenbar in ungewöhnlicher Weise das Verhältnis zwischen dissoziierten Traumainhalten und nichttraumatischen Alltagserfahrungen immer neu ausgeglichen hat. Summarisch schrieb die Autorin an mich: "Der Mutismus war für mich ein Ventil, um die abgespaltenen Gefühle von Scham, Peinlichkeit, Hilflosigkeit (no fight, no flight) nach außen abzuleiten."

Traumatische Funktion haben schlimme Lebensumstände, denen wir ausweglos ausgeliefert sind. Unabhängig von ihrer konkreten Ursache können psychisch bedingte Sprechblockaden an sich bereits traumatisierende Wirkung haben, – vor allem dann, wenn keine angemessene therapeutische Hilfe zur Verfügung steht. KIGA, die Autorin des zuvor erwähnten autobiografischen Berichts, hat ihre eigene Erfahrung dazu für dieses Info aufgeschrieben:

Mutismus – Traumatisierung durch das Symptom Aus der Sicht einer Betroffenen

Jedes psychische Krankheitssymptom hat einen selbstdestruktiven Effekt - sei es Drogensucht, Selbstverletzungen, Magersucht. Der Mensch schießt sich sozusagen selbst ins Knie. Gleichzeitig handelt es sich um Überlebensmechanismen, anders ausgedrückt um Auswege aus einem seelischen Dilemma.

Inwiefern sich der Mensch selbst schadet, wenn er sich (fast) zu Tode hungert oder sich selbst blutige Verletzungen zufügt, ist offenkundig. Nicht so offenkundig sind die persönlichen Nachteile für einen von Mutismus betroffenen Menschen. Wenn ein Mensch nicht redet, das tut ihm doch nicht weh, dann sagt er halt nichts, dadurch nimmt er doch keinen Schaden ... könnte man meinen, wenn man dieses stille Symptom von außen betrachtet.

So unauffällig dieses Symptom von außen aussieht, so gewaltig sind die Verwüstungen, die Mutismus in der seelischen Innenwelt der Person anrichtet, die sprechen möchte aber nicht kann.

Dazu muss man sich klar machen, was Sprache in der Menschenwelt bedeutet. Es ist das Kommunikationsmittel schlechthin. Mittels Sprache treten Menschen untereinander in Kontakt, wobei man sich gegenseitig in der Reaktion des

Mutismus als Traumafolge

Gesprächspartners spiegelt. Sprache ist also wichtig zur Persönlichkeitsbildung. Sprache ist aber auch ganz praktisch ein Werkzeug zur Lebensgestaltung.

Beispiel: Ich möchte gern montags um 10 Uhr zum Schwimmen fahren, weiß aber nicht, ob das Schwimmbad um diese Zeit geöffnet hat. Ein Anruf würde mich schlauer machen - -

Jeder Mensch möge sich einmal vor Augen halten, wie oft er am Tage seine Sprache gebraucht und sich überlegen, was er wohl in jeder einzelnen Situation täte, wenn seine Sprache ihm nicht gehorchen würde.

Wieviel Berufe gibt es, die auf Sprache basieren: Lehrer, Politiker, alle beratenden Berufe, Komiker ... Was wäre wohl Heinz Erhardt ohne seine Sprache gewesen, der er eine bis heute unnachahmliche Komik zu verleihen wusste?

Besonders weh tut nicht sprechen können in der Schule, zumal der mündlichen Leistung in den letzten Jahrzehnten eine immer größere Bedeutung beigemessen wurde.

Um das Problem anschaulich zu machen, möchte ich einige Beispiele aus meinem 42 Jahre währenden Alltag mit selektivem Mutismus schildern.

Bleiben wir beim Schulleben: Ich habe den Schulstoff aus den 13 Jahren meines Schullebens mühelos aufgenommen. Ab der 5. Klasse gehorchte mir meine Sprache nicht mehr, wenn ich im Unterricht aufgerufen wurde. Die Lehrer konnten meinen fast fehlerfreien schriftlichen Arbeiten entnehmen, dass ich jede Antwort wusste. Dementsprechend aggressiv reagierten sie auf mein Nichtsprechen im mündlichen Unterricht und versuchten, mich mit Gewalt – in diesem Falle durch besonderes In-mich-Dringen über ganze Schulstunden hinweg – zum Sprechen zu bewegen. Je mehr man in mich drang, um so weniger konnte ich sprechen. Das fühlte sich für mich an, als wenn man einen beidseitig beinamputierten Menschen zum Gehen bewegen will. Meine Sprache war in den Schulstunden völlig von mir abgeschnitten. Darüber war ich selbst sehr verzweifelt; zusätzlich wurde ich von den LehrerInnen mit Strafen belegt, indem ich in allen Fächern mit mündlichen Noten herab gestuft wurde. Wenn es an die Benotung ging, wurde ich von den Lehrkräften in der Klasse zum Gesprächsgegenstand gemacht – nach dem Motto: Was meint Ihr denn? Welche Note hat wohl Karin verdient? Sie sagt ja nichts im Unterricht ... eine Zwei kann sie damit nicht kriegen, denn mündlich ist sie ja sechs, auch wenn sie nur Zweien und Einsen geschrieben hat ...

Dann begann eine lange Diskussion über meinen Kopf hinweg, so als ob ich gar nicht da wäre. Und so fühlte ich mich auch, gar nicht als Mensch unter Menschen, sondern eher als Angehörige einer minderwertigen Spezies, mit der die anderen nach Belieben verfahren können.

Man bedenke, was für einen Akt von grober Unhöflichkeit es bedeutet, wenn in einer Gruppe über den Kopf einer anwesenden Person hinweg gesprochen wird.

Mutismus als Traumafolge

Von dieser Behandlung in 9 langen Schuljahren war ich so nachhaltig traumatisiert, dass es mir später, als ich die Elternabende meiner Kinder besuchen wollte, kaum gelang, ein Schulgebäude zu betreten. Sowie ich die muffig-abgestandene Luft roch, die mich bereits im Treppenhaus empfing und die zahlreichen Elternpaare dem Klassenraum zuströmen sah, schien sich ein schwarzes Tuch auf mein Gemüt zu legen; die Zeit schien rückwärts zu laufen, und ich betrat das Klassenzimmer in der Erwartung, jetzt wieder gezwiebelt zu werden.

Ein weiteres Beispiel: Ich bin unterwegs zu einem Tischtennis-Punktspiel, finde aber die sehr versteckt liegende Turnhalle in Hildesheim nicht. Ich müsste jetzt aus dem Auto aussteigen und einen Passanten nach der Halle fragen, weiß aber genau, dass ich die Frage nicht werde aussprechen können ... Wie finde ich jetzt die Halle?? Panik erfasst mich, und ich gerate in einen Strudel von Hilflosigkeit ...

Oder: Ich bin mit meiner Freundin zum Klönen verabredet; als ich losfahren will, springt mein Auto nicht an. Ich muss also die Freundin anrufen und absagen, spüre aber schon im Gedanken daran, dass mir meine Sprache nicht gehorchen wird ... dieselbe Panik und Hilflosigkeit ...

Oder: Ich stehe im Büro mit Kollegen zusammen, und man erörtert ein Computerproblem, mit dem ich mich zufällig gestern befasst und eine Lösung gefunden habe. Gern möchte ich mein Wissen weiter geben und mich auf diese Weise konstruktiv einbringen, aber ich weiß genau, wenn ich mich jetzt zu Wort melde, wird mir meine Sprache nicht gehorchen. Also schweige ich frustriert und fühle mich enttäuscht und leer – wie von mir selbst abgeschnitten ...

Die Beispiele sollen verdeutlichen, dass die Traumatisierung durch selektiven Mutismus auf zwei Ebenen abläuft.

Die eine Ebene ist die negative Selbstwahrnehmung: Ich bin sprachlich hilflos, ausgeliefert und sehr einsam, schäme mich meines Symptoms; hinzu kommt, dass ich meine Nöte meinen Mitmenschen nicht erklären kann; da beißt sich die Katze in den Schwanz, wenn einem die Sprache weg bleibt ...

Die zweite Ebene ist die Reaktion der Mitmenschen, die keine Vorstellung von dem Symptom haben, weil es unsichtbar ist. Wieso kann der Mensch manchmal sprechen und manchmal nicht? Das ist nicht nachvollziehbar. Sprechen ist in den Augen normal Sprechender ein Willensakt, der immer funktioniert. Wenn jemand nicht spricht, so ist er verstockt, bockig oder aggressiv – so die landläufige Meinung.

Der selektiv mutistische Mensch kann also mit keinerlei Empathie aus der Umwelt rechnen. Das vervielfacht seine Einsamkeit.

© KIGA, vertreten durch T.B.L./D+T

Mutismus als Traumafolge



Menschen mit DIS ("Multipler Persönlichkeit") sind ohne Zweifel Überlebende schwerster psychischer Traumatisierungen, meist verbunden mit sexueller Gewalt. Mutistisches Schweigen ist bei ihnen weit verbreitet. Heft 17 der (nicht mehr erscheinenden) Selbsthilfezeitung DISS-TANZ hatte die traumabedingte Sprachlosigkeit zum Thema. Hier folgen Exzerpte aus dem Heft.

[Exzerpte aus: DISS-Tanz 17 \(September 2003\)](#)

[Themenheft: Sprachlosigkeit](#)

Aussagen verschiedener Betroffener mit DIS. Das "wir" meint jeweils Erfahrungen oder Empfindungen, die von allen oder den meisten Persönlichkeiten des eigenen multiplen Systems geteilt werden. Die von mir [M.v.L.] herausgezogenen Zitate gehören zu längeren Texten, die in Diss-Tanz 17 insgesamt wiedergegeben werden.

Oft mag ich reden, Dinge sagen und das geht einfach nicht - als ob da eine Sperre wäre, die ich nicht durchbrechen kann, so sehr ich auch mag und so lieb und vertraut mein Gegenüber ist. (18)

Manchmal macht meine Stimme mir Angst, kommt mir laut und erschreckend vor. (18)

Sprechen kann auch weh tun, denn etwas ausgesprochen zu haben, löst bei mir oft Gefühle aus und davor habe ich oft viel Angst. (18)

Manchmal ist es, als ob jemand die Worte aus meinem Kopf einfach klaut. Manchmal fühlt es sich sehr leer an. (19)

Wir werden überrollt vom Fühlen, das sich nicht mitteilen läßt. Wir fühlen uns dermaßen einsam dann und mit jedem vergeblichen Ansatz, uns mitzuteilen, wird die Einsamkeit unendlich viel größer, bis die Einsamkeit das quälendere Gefühl ist. (19)

Bei konkreten Situationen kommt dazu, daß wir nicht ausdrücken können, was uns widerfahren ist. Unser Mund schnürt sich zu. Es ist grausam, im Angesicht zu stehen mit dem Monster, das unsere Geschichte ist. Es macht sprachlos. Es sind Dinge, die nicht ausgesprochen werden können, vor allem nicht, weil sie uns widerfahren sind, weil wir wehrlos, schutzlos und Kind waren. Es sind Dinge, die es eigentlich nicht gibt. (19)

Mutismus als Traumafolge

Wir haben keine Verbindung von den Gefühlen und Erinnerungen zu Worten. (19)

Wir wuchsen in einem sehr spaltenden Elternhaus auf, wir erlebten dort Gewalt, die nicht gesehen wurde, damit es weiterhin die heile Familienwelt gab. (...) Das unterstützte die Sprachlosigkeit. (19)

Vielleicht ist es aber auch, daß die Gewalt anfang, bevor überhaupt Worte in uns waren. (19/20)

Wenn Strukturen entstehen müssen, um mit massiver Gewalt fertig zu werden, bevor es Worte gibt, dann könnte es sein, daß Sprache durch diese früh entstandenen Muster verdrängt wird, oder? (20)

Wenn ich an die Sachen denke, dann sehe ich Bilder davon und zum Teil kommen Gerüche und Gefühle, Körperwahrnehmung dazu. Aber so sehr ich auch will, ich kann nicht sagen, was da war. Da habe ich keine Worte für, das ist, als würde mein Mund sich von ganz allein ganz fest zusammenbeißen und da kommt kein Wort durch. (21)

Die Worte, die es gibt, sind nicht genug, um Horror zu beschreiben, da gibt es keine Worte für. (22)

Sprachlosigkeit ist ein Phänomen in meinem Leben, das meinen Alltag begleitet. Sie ist da, mal mehr mal weniger, aber sie gehört zu mir, wie ein Kleidungsstück. Nur kann ich selbst schlecht bestimmen, wann ich es ablege oder anziehe. Sie ist gewissermaßen selbständig und in ihrer Unvorhersehbarkeit so vertraut. (22)

Wenn ich nicht sortieren kann, kann ich nicht in Worte fassen, was mich so bedrückt, umtreibt, fertig macht, mir die Luft nimmt... (22)

Seelischer Schmerz macht sprachlos, weil er nicht vergleichbar ist mit einem gebrochenen Bein, das, wenn man/frau es hat, bei einem Arzt röntgen, mit Gips versehen und auf seine Weise verarztet lassen kann. In der Viele-Realität gibt es keine überschaubaren Situationen wie diese, weil mehr kaputt ist als nur ein Bein.- Da liegt alles lose in der inneren Landschaft herum. Dieses Erleben macht mich, neben anderen auch, oft sprachlos und einsam, eben weil ich oft nicht ausdrücken, nicht beschreiben, nicht sagen kann, was los ist und wie mir zu helfen ist. (22)

Ich behaupte fast: Das ernsteste Problem, was Multis unter all ihren Themen insgesamt haben, ist das der Sprachlosigkeit. (22)

Sicher nicht unerheblich ist auch der Umstand, daß die Sprachlosigkeit, neben der Einsamkeit, Mitbegründerin des Vieleseins war. (23)

Sprachlos - wirklich, nicht "nur" innen, sondern ganz? Bin ich seit fast zwei Jahren. Nach einer Retraumatisierung. (24)

Mutismus als Traumafolge

Ich bin sprachlos ja. Wie ohnmächtig. Ich mag gar nicht alles erzählen. Nie nicht weh tun. (23)

Immer wieder kommen wir an den Punkt, an dem wir das Gefühl haben, das, was wir erinnern, können wir einfach nicht in Worte fassen. Es fühlt sich an, als sei es einfach so in uns verschlossen und versiegelt, daß uns nicht ein Wort über die Lippen kommt. Dies macht in uns eine total große Verzweiflung und wir haben das Gefühl, wirklich daran zu ersticken. Wir haben noch immer nicht genau herausgefunden, woran dieses Nicht-sprechen-können und das Gefühl, zu verstummen, liegt. (24)

Und dennoch ist das Sprechen über die Gewalt bisher eines der schwersten Dinge für uns. Wir haben das Gefühl, es liegt auch daran, daß diese Massivität und Wucht uns zum Verstummen bringt. Manche Dinge sind so unbeschreiblich heftig, Menschen verachtend und so voller Gewalt, daß wir das Gefühl haben, daß der uns zur Verfügung stehende Wortschatz gar nicht ausreicht, um die Gewalt auch nur annähernd beschreiben zu können. (24)

Das ist ein Zustand, in den wir innerlich geraten: es gibt keine Worte, wir können nicht erzählen... dem folgt oft eine dumpfe, totale Leere und wir ziehen uns innerlich ganz weit zurück. Es fühlt sich an, als würden wir auf der Stelle vereinsamen in uns selbst, als würden wir in atemberaubendem Tempo von dieser Welt, diesem unserem heutigen Leben hier fortfliegen und uns irgendwo weit weg in der totalen Isolation, Ohnmacht und Sprachlosigkeit verlieren. Es ist ein entsetzliches Gefühl. (25)

Wir hatten schon als Kind und Jugendliche, wie die meisten anderen Menschen mit Gewalterfahrungen sicherlich auch, das Gefühl, mundtot zu sein. Als Kind haben wir diese Redensart aufgeschnappt und ich erinnere mich noch genau daran, als wir sie das erste Mal hörten. Ich war fasziniert von diesem Satz und auch erschreckt. Er traf schon damals das Gefühl, das wir hatten. Ich war erschrocken, daß ein Mund tot sein kann, das traf offensichtlich auf meinen Mund zu, denn so oft kam nichts heraus, wenn ich etwas sagen wollte.

Wir sind mit der Einschulung in eine Sprachheilschule gekommen, da wir nicht richtig sprechen konnten. In den zwei Jahren Sprachheilschule wurde uns beigebracht, Sätze richtig zu formulieren. Das Gefühl, sprachlos zu sein, blieb bei vielen von uns - auch nachdem wir auf die "normale" Schule wechseln durften. (29)

Ich denke, das Schweigen war auch ein Hilfeschrei, auch wenn uns das damals nicht so bewußt war. Wir konnten nicht sagen: Bitte schaut her, helft uns. Das Schweigen war damit lauter, als wir selbst es in unserer Sprachlosigkeit sein konnten. (29)

Jeder Phase des Schweigens ging eine schlimme Krisenzeit zuvor, in der wir uns fühlten, als würden wir sterben. Und dann gab es einfach Momente, in denen uns,

Mutismus als Traumafolge

zurückgeworfen auf uns selbst und das innere Grauen, die Wörter ausgingen und wir uns nicht mehr überwinden konnten, mit dem Sprechen zu beginnen. Es dauerte keine zwei Tage, bis wir in diesem Schweigen so gefangen waren, daß ein Anfang unmöglich schien. Das Wiederbeginnen war nach jeder Schweigephase unendlich schwer. Es war wie ein Wiederauftauchen aus einer Welt in die andere. Aus der Innenwelt in die Außenwelt. (29)

Ich glaube, die Sprach-losigkeit drückte einen ganzen Teil davon aus, wie wir uns fühlten (und manchmal noch fühlen). Oft getrennt von der Außenwelt, irgendwie gefangen in uns, als sei es unmöglich, die Innen- und Außenwelt zusammenzubringen, eine Brücke zu schaffen, über die wir gehen können. Das Schweigen war der krasseste Ausdruck für uns, diese Trennung zu zeigen und uns ihr zu ergeben. (30)

Damals war da niemand, der uns zuhörte. (30)



Überlebende von Organisierter ritueller Gewalt

Rachel wurde 1978 geboren. Sie sprach nicht und zeigte weitere Symptome, aufgrund derer sie für schwer kognitiv und körperlich beeinträchtigt gehalten wurde; später wurde sie als autistisch diagnostiziert. Bei den Angehörigen verdichtete sich die Ahnung, daß Rachel zumindest in ihrer Intelligenzentwicklung keineswegs beeinträchtigt ist. Ihr unkoordiniertes Tippen auf einer Schreibmaschinentastatur wurde ernstgenommen, ab dem 14. Lebensjahr wurde ihr die – umstrittene – Methode der *Gestützten Kommunikation (FC)* angeboten. Es folgte ein langer Weg des Schreibenlernens. Bald zeigte sich Rachels dissoziative Identitätsstruktur (DIS); unterschiedliche Anteile (Teilpersönlichkeiten) äußerten sich über schrecklichste Gewalt seit der frühen Kindheit, durch eine Tätergruppe der Ritualen Gewalt. (Der Täterzugriff konnte erst durch diese Informationen per FC beendet werden.) – Seither konnte Rachel mithilfe von langjähriger Traumatherapie (über FC, in den letzten 10 Jahren per e-mail) sowie anderer Unterstützung ihre traumatische Kindheit größtenteils aufarbeiten. Der Zusammenhang ihrer Handlungsblockaden sowie ihres Mutismus zu entsprechenden Konditionierungen der damaligen Täter konnte geklärt werden. Erst heutzutage (2020) gibt es realistische Chancen zur Auflösung ihrer Sprech- und Handlungsblockaden.⁸⁹

⁸⁹ Rachel, Klaus, Moni, Lars, Habiba, Ben / Laura: UNSER SIEG ÜBER DIE RITUELLE GEWALT (Berlin 2012: A+C online) – Siehe hier als nächstes Rachels Text zum Thema Lesenlernen und FC (aus dem Jahr 2004), indirekt gerichtet an einen ärztlichen Gutachter.
Rachels & Blumen / Janik & Franzi / Laura & Nurse / Adele Anton: RITUELLE GEWALT, AUTISMUS UND MIND CONTROL – AUS UNSERER ERFAHRUNG (Berlin 2018: A+C online)

Mutismus als Traumafolge

Merle Müller wurde 1980 geboren. Sie war und ist seit frühester Kindheit durchgängig in der Gewalt einer Tätergruppe der Organisierten sexualisierten Gewalt; auch sie hat eine Dissoziative Identitätsstruktur (DIS). Seit einem Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik 2015 kann sie nicht mehr sprechen, findet auch keine Möglichkeit, den Mutismus zu überwinden. Im persönlichen Kontakt kommuniziert Merle über die Tastatur ihres Smartphones, situativ auch mithilfe der Sprachausgabe. Grund für den plötzlich einsetzenden Mutismus sind vermutlich verstärkte Drohungen der Täter, ihre Tochter zu ermorden, sofern sie Hilfe sucht.⁹⁰



Im Brief einer Betroffenen (an D+T) wird deutlich, daß sehr unterschiedliche schlimme Lebenserfahrungen in der Kindheit mutmaßlich traumatische Folge haben können. Auch durch schwere Schicksalsschläge ohne offensichtlich Schuldige können Familien zerbrechen. Schutz und Bindung für die Kinder geht verloren, – es gibt niemandem, mit dem es sich aussprechen kann. Die Isolation und Ausgrenzung reproduziert sich im Jugendalter, – wozu dann noch sprechen? Was bleibt, ist eventuell nur noch der Versuch, über Leistung eine gewisse Anerkennung der Umwelt zu erlangen..

[Verlust der Mutter, Hirnhautentzündung](#)

Ich bin Mutismus-Betroffene. Inzwischen bin ich in den Dreißigern und in bestimmten Situationen noch mit starken Sprechängsten "ausgestattet". Dennoch stehe ich nun durchaus erfolgreich im Leben.

Meine Kindheit und Jugend dagegen habe ich als äußerst belastend und oft auch als nicht lebenswert empfunden, ohne dass mir jemals etwas widerfahren wäre, was man gemeinhin als traumatisch bezeichnen würde. Nach mehreren erfolglosen Therapieversuchen (Verhaltenstherapie) habe ich nun einen tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten, der eine etwas andere Sicht auf die Dinge hat. Doch noch immer fällt es mir schwer, mich als traumatisiert zu sehen.

⁹⁰ Merle Müller: ZEUGNISSE AUS DER RITUELLEN GEWALT, Teil 1: WIRD KEINER HELFEN? - Teil 2: VATI HAT MICH! (Berlin 2018: A+C online)

Mutismus als Traumafolge

Nun kurz zu meiner Kindheit:

Zu meinem Vater konnte ich nie eine Beziehung aufbauen. Umso schwerer war es für mich sicherlich, dass meine Mutter an Krebs erkrankte, als ich 3 Jahre alt war. Was dann folgte (lange Krankenhausaufenthalte, Chemotherapie, Bindungsunsicherheiten) muss ich sicherlich nicht weiter ausführen. Ihre Krankheit zog sich durch meine gesamte Kindheit und Jugend, bis sie schließlich viele Jahre später daran unter Qualen starb und mich, obwohl inzwischen erwachsen, gebrochen zurückließ.

Im Vorschulalter erkrankte ich selbst schwer an einer Hirnhautentzündung. Ich habe einige Wochen mehr tot als lebendig im Krankenhaus gelegen, kann mich an schmerzhafteste Untersuchungen erinnern und an ein wahrlich beängstigendes Körpergefühl. Ich hatte unerträgliche Angst vor den Ärzten und habe mich heiser geschrien und mit Händen und Füßen gewehrt, wenn ich Kraft dazu hatte. Von einem sensiblen Umgang mit Kinderseelen hatte man dort scheinbar noch nichts gehört. Ich wurde schließlich gesund entlassen und habe offiziell nicht mit Folgeproblemen zu kämpfen. Ich wurde nie wieder dahingehend untersucht - es bleibt meine Spekulation, dass meine starken Kopfschmerzen und meine als sehr belastend empfundenen Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, die ich immer irgendwie kompensieren musste und muss, doch etwas damit zu tun haben.

Ich war ein zurückhaltendes und vorsichtiges Kind. Im Kindergarten war ich nicht weiter auffällig, zumindest kann ich mich diesbezüglich an nichts erinnern. Die Probleme fingen in der Schule an und wurden mit jedem Schuljahr schlimmer. Ich habe nicht gewagt zu sprechen. Zunächst wurde keine große Sache daraus gemacht, sodass ich noch relativ gut durch die Grundschulzeit kam. Meine schriftlichen Zensuren waren okay und ich hatte auch Freunde, mit denen ich sprechen konnte. Im Unterricht habe ich zunächst auch noch geantwortet, wenn ich gefragt wurde. So wurde ich zwar im Mündlichen schwach bewertet, was aber in den Hauptfächern kaum Wirkung zeigte. Man hat mich zufrieden gelassen, was allerdings auch bedeutet, dass ich keine Hilfe bekommen habe, als ich vielleicht noch zugänglich dafür gewesen wäre. Ich kann mich nämlich daran erinnern, dass es schon einige Situationen gab, in denen ich "anders" als andere Kinder reagiert habe, nämlich mit starken Ängsten und Verweigerungsverhalten (Arztbesuche, Referate halten, ...).

Nach dem Wechsel aufs Gymnasium habe ich jeglichen Lebensmut verloren. Plötzlich bekam die mündliche Beteiligung einen so großen Stellenwert, dass ich nicht mehr mithalten konnte. Die beiden Absätze ab "Bleiben wir beim Schulleben" in dem zuvorstehenden Erfahrungsbericht (hier Seite 20) könnte ich direkt hierher kopieren - die dort beschriebene Stigmatisierung hat auch mich geprägt und erniedrigt. Ich bin abends (wenn ich denn schlafen konnte!) mit Angst eingeschlafen und morgens wieder so aufgewacht. Ich wollte mir das Leben nehmen und habe es zum Glück nicht getan, weil ich die Hoffnung auf ein Leben nach der Schule nie aufgegeben habe. Mein Leben war geprägt von Scham und Nicht-Können, obwohl ich doch wollte! Doch die einzige Hilfe, die ich bekam,

Mutismus als Traumafolge

waren Lehrer, die mich vor allen anderen mit merkwürdigen Erziehungsmaßnahmen bloß gestellt haben.

Trotz all der 5en und 6en wegen Arbeitsverweigerung habe ich mein Abitur mit viel Fleiß hinter mich gebracht. Ich konnte schließlich studieren und bekam endlich gute Noten, weil es hier keine Zensuren für mündliche Beteiligung gab. Heute bin ich beruflich erfolgreich. Dennoch blieb immer diese große Angst und das Schweigen, für das ich damals noch keinen Namen hatte. Auch eine sexuelle Funktionsstörung kam noch hinzu, als ob alles andere nicht schon genug gewesen wäre. Wie schon angedeutet, habe ich mehrere Therapieanläufe genommen (was mich jedes Mal große Überwindung gekostet hat). Leider brachte man mir hier immer wieder das mir bereits bekannte Unverständnis entgegen, z.B. sollte die Therapiestunde abgebrochen werden, wenn ich 15 Minuten nichts gesagt habe. Auch hier wurde immer wieder auf mich eingeredet und mit Therapieabbruch gedroht, denn "Therapie funktioniert nicht, wenn Sie schweigen, eine gewisse Offenheit müssen Sie schon mitbringen". Ich habe die Verantwortung dafür übernommen, schließlich lag die Schuld schon immer bei mir.

Für mich ist es nun ein Wunder, dass ich sprechen kann, dass ich über mich sprechen kann. Zum ersten Mal erlebe ich nun in der Therapie, dass mir keine Vorwürfe gemacht werden, sondern dass ich schweigen darf, solange ich will (und plötzlich kann ich sprechen) und zum ersten Mal erkennt jemand an, dass ich mich als Kind fürchterlich gefühlt habe, obwohl es mir doch offensichtlich an nichts gefehlt hat. Endlich kann sich jemand in mich hineinversetzen, endlich glaubt mir jemand. Allerdings fällt es mir sehr schwer, meine Kindheit als traumatisch zu bezeichnen - da denkt man an sexuellen Missbrauch und Naturkatastrophen. Dennoch kann ich bestätigen, was Sie beschrieben haben: Verhaltenstherapie und Logopädie hat bei mir nicht funktioniert; letztendlich hat es meine destruktiven Annahmen über mich selbst nur noch bestätigt.

© bei der Autorin, vertreten durch TRAUMA BERATUNG LEIPZIG/ D+T



Mutismus als Traumafolge

[Torey Hayden war die Ausnahme –
aber es ändert sich was!](#)

Diese US-amerikanische Förderpädagogin und Kindertherapeutin hat in weltweit gelesenen romanhaften Darstellungen berichtet von ihrer Arbeit mit schwer geschädigten, zumeist traumatisierten Kindern. Haydens fachlicher Schwerpunkt sind mutistische Sprechblockaden, deren Herkunft aus traumatischen Lebenserfahrungen sie in den Fallberichten nuanciert und nachvollziehbar belegt. Mit kaum eingeschränkter persönlicher Präsenz und bewundernswerter Achtsamkeit für die individuellen Regungen der Kinder gelingt es ihr, sie aus ihrer in Hilflosigkeit und Lebensangst sprachlosen Wut oder Erstarrung zu erlösen. Dabei spricht es durchaus für ihre Integrität, daß sie in den Fallberichten auch eigene Überforderung, punktuell eigenes Versagen darstellt. So gab es zu ihrem Weltbestseller SHEILA 20 Jahre später einen leider relativ unbekannt gebliebenen Nachfolgeband: MEINE ZEIT MIT SHEILA. In dessen Vorwort heißt es: "[Das Buch] SHEILA erzählt, wenn ich das auch nicht beabsichtigt hatte, meine Geschichte. Sheila hat diese Zeit ganz anders erlebt, und nun soll (...) der Rest der Geschichte folgen." In diesem Buch wird nicht zuletzt deutlich, wie wenig Torey Hayden zunächst von dem Mädchen Sheila verstanden hat, – schon weil die Phantasie einer Außenstehenden manchmal überfordert ist von der schrecklichen Realität der Betroffenen.. – Weitere Fallberichte handeln von KEVIN bzw. JADIE, in jüngster Zeit kam dazu noch das Buch HÖRST DU MICH, VENUS?

Alle Bücher von Torey Hayden enthalten nuancierte Hinweise auf den praktischen Umgang mit mutmaßlich traumatisierten mutistischen Kindern in sehr unterschiedlichen Situationen. Trotz ihres wenig "wissenschaftlichen" Stils sind sie bis heute die einzigen deutschsprachigen Fachbücher zu diesem Thema geblieben.

Auch in der logopädischen Fachliteratur wird Torey Hayden kaum rezipiert. Ausschließlich der erste Teil einer zweiteiligen Studie erscheint in den Literaturverzeichnissen: CLASSIFICATION OF ELECTIVE MUTISM.⁹¹ Der zweite Teil befaßt sich mit ihren therapeutischen Erfahrungen und in diesem Zusammenhang natürlich auch mit Mutismus als Traumafolge (INTERVENTIONS IN ELECTIVE MUTISM). Diese Arbeit wurde in keiner Fachzeitschrift veröffentlicht und wird in den Literaturverzeichnissen der deutschen Mutismus-Fachmänner Bahr und Hartmann nicht genannt.⁹²

⁹¹ Journal of the American Academy of Child Psychiatry 19 [1980], 118-133

⁹² Das originale Referat ist zu lesen auf Torey Haydens website: www.torey-hayden.com/research/interventions-in-EM-study.pdf. Eine deutsche Übersetzung wurde für die T.B.L./D+T

Mutismus als Traumafolge



MUTISMUS ALS FOLGE SEXUELLEN MIßBRAUCHS lautet der Titel einer erziehungswissenschaftlichen Studienarbeit von Tina KATHMANN, in der die in der Fachliteratur beschriebenen Erscheinungsmerkmale mutistischer Sprechblockaden systematisch bezogen werden auf die Situation von Mißbrauchsüberlebenden. Die Autorin kommt u.a. zu dem Schluß:

"Es handelt sich bei Mutismus nicht um eine Sprachstörung im landläufigern Sinne. Das Schweigen ist Ausdruck für eine tiefer liegende psychische Problematik und geht zumeist mit anderen psychischen sowie physischen Auffälligkeiten einher. Daher ist es nötig, nicht das Schweigen als solches zu betrachten, sondern es gemeinsam mit der zugrundeliegenden eigentlichen Störung zu verstehen." -

Die Arbeit stammt aus dem Jahr 1999; ein guter Anfang, bei dem es offenbar geblieben ist. Der Kommentar des Moderator eines Mutismus-Forums läßt ahnen, wieso: "Den Artikel kenne ich, leider sind die Auswirkungen dieser Studienarbeit bisher ziemlich verheerend. In Suchmaschinen gehört dieser Artikel leider oft zu den Top 10 beim Suchbegriff Mutismus. Warum schreibe ich leider? Mutismus durch sexuellen Mißbrauch ist statistisch kaum meßbar. Es gibt ihn, aber er spielt bei 95-98 % aller Mutismusfälle keinerlei Rolle. Das verheerende an solche Artikeln ist, dass sie leider sehr oft generalisierend wirken, was meinst du wohl wie oft Eltern schon sexueller MIßbrauch direkt oder indirekt unterstellt wurde, nur weil ihre Kinder ein mutistisches Verhalten zeigten? Zu oft, wenn du mich fragst." (Michael, 11.9.2006)

Die Vertreter der Logopädie unterscheiden zwischen "totalem Mutismus" und "(s)elektivem Mutismus". Jeder traumatische Hintergrund bei "(s)elektivem Mutismus" wird vehement geleugnet; bezüglich des "totalem Mutismus" – der jedoch offenbar so selten vorkommt, daß sich Verlautbarungen aus dem Umkreis der Logopädie meist implizit oder explizit auf den "(s)elektiven Mutismus" beziehen – wird ein möglicher traumatischer Hintergrund stillschweigend offengehalten. Zugleich unterscheiden sich die logopädischen Definitionen der beiden Varianten offenbar nur darin, daß der Mutismus entweder total oder selektiv ist, insgesamt eine kaum als wissenschaftlich zu bezeichnende Beweisführung.

erstellt. Auf eine schriftliche Anfrage zur Veröffentlichung der Übersetzung auf dieser Website kam leider keine Antwort. Sie kann jedoch auf individuelle Anfrage als pdf an InteressentInnen verschickt werden!

Mutismus als Traumafolge

"Der totale Mutismus ist eine nach vollzogenem Spracherwerb erfolgende völlige Hemmung der Lautsprache bei erhaltenem Hör- und Sprechvermögen, d.h. es liegen keine peripher-impulsiven oder peripher-expressiven organischen Störungen vor sowie keine zentralen Schädigungen der am Sprechvorgang beteiligten Sprachzentren und der Innervation. Eine direkte Ursache ist nicht bekannt. Es kommen sowohl

- *psychologische Faktoren (abweichende Problemlösungsmechanismen, Konditionierungsprozesse und Milieueinflüsse) als auch*
- *physiologische Faktoren (familiäre Dispositionen, Hypokonzentration des Neurotransmitters Serotonin im Hirnstoffwechsel, Hyperfunktion der Amygdala, psychiatrische Grunderkrankungen, Entwicklungsstörungen) in Frage, die zumeist in einer*
- *gegenseitigen Ergänzung (z.B. Diathese-Stress-Konfigurationen) zur Sprechverweigerung führen.*

Der (s)elektive Mutismus ist eine nach vollzogenem Spracherwerb erfolgende Hemmung der Lautsprache gegenüber einem bestimmten Personenkreis. Die Hör- und Sprechfähigkeit ist erhalten, d.h. es liegen keine peripher-impulsiven oder peripher-expressiven organischen Störungen vor sowie keine zentralen Schädigungen der am Sprechvorgang beteiligten Sprachzentren und der Innervation. Eine direkte Ursache ist nicht bekannt. Es kommen hier sowohl

- *psychologische Faktoren (abweichende Problemlösungsmechanismen, Konditionierungsprozesse und Milieueinflüsse) als auch*
- *physiologische Faktoren (familiäre Dispositionen, Hypokonzentration des Neurotransmitters Serotonin im Hirnstoffwechsel, Hyperfunktion der Amygdala, psychiatrische Grunderkrankungen, Entwicklungsstörungen) in Frage, die zumeist in einer*
- *gegenseitigen Ergänzung (z.B. Diathese-Stress-Konfigurationen) zur Sprechverweigerung führen."⁹³*

Bei Wikipedia heißt es (Abruf 7.11.2020, 22h): "Der totale Mutismus kann durch Schockerlebnisse ausgelöst werden. Zur Häufigkeit möglicher Ursachen sind Quellen nicht bekannt." Im Absatz zu den Ursachen steht: "Beim totalen Mutismus können Traumata eine Rolle spielen. (...) Bei Kindern ist ein totaler Mutismus äußerst selten." Ein deutliches *Ja – aber wir (Logopäden) haben damit kaum zu tun.*

Weiter oben wurde ein Forum-Moderator zitiert: "Mutismus durch sexuellen Mißbrauch ist statistisch kaum meßbar. Es gibt ihn, aber er spielt bei 95-98 % aller Mutismusfälle keinerlei Rolle." Mit derselben Logik wurde jahrzehntelang das Faktum von sexuellem Mißbrauch generell hinweggeredet. Auf einer anderen Mutismus-Seite heißt es: "Obwohl keine wissenschaftlichen Studien für einen signifikant gehäuften Missbrauch existieren, sind einige Eltern fälschlicherweise des Missbrauchs angeklagt worden oder dazu gebracht worden, sich unter Verdacht zu fühlen. Tatsächlich haben Studien gezeigt, dass Kinder mit

⁹³ Quelle für den originalen Wortlaut: Institut für Sprachtherapie Dr. Boris Hartmann
<https://www.boris-hartmann.de/de/mutismus/was-ist-mutismus.html>

Mutismus als Traumafolge

(s)elektivem Mutismus nicht häufiger Opfer sexueller Gewalt wurden als Kinder, die altersgemäß kommunizieren."⁹⁴ – Solange mutistische Kinder regelhaft der Logopädie zugeführt werden, besteht allerdings kaum die Chance, daß ein Zusammenhang zu traumatischen Erfahrungen erkannt wird; so schließt sich der Kreis! Im übrigen muß daran erinnert werden, daß Psychotraumatisierung keineswegs beschränkt ist auf "sexuellen Mißbrauch" (sexualisierte Gewalt).

Aber es scheint doch etwas in Bewegung zu kommen. Bei der Internetsuche gibt es mittlerweile sacht Äußerungen, die zumindest für den totalen Mutismus von traumatischen Ursachen ausgehen, so zum Beispiel: "(...) wird beim totalen Mutismus, der meist als Reaktion auf traumatische Erlebnisse – und sehr selten – entsteht"⁹⁵

Woanders⁹⁶ wird bereits für den selektiven Mutismus eine interdisziplinäre Diagnostik für zweckmäßig gehalten, und die Themen Vernachlässigung und Psychotrauma werden ohne Berührungsscheu erwähnt.

Ebenfalls über die Internetrecherche habe ich jetzt (2020) zwei persönliche Webseiten von Frauen entdeckt, die mutistisch waren und Zusammenhänge zu traumatisierenden Lebenserfahrungen in der Kindheit erkannt haben.⁹⁷



Neurobiologische Erkenntnisse und traumatherapeutische Erfahrungen in Zusammenhang mit traumabedingter Dissoziation (Strukturelle Dissoziation) machen vorstellbar, daß auch Sprechblockaden zum Strukturelement der Persönlichkeit werden können. Daß das *Broca-Areal* als motorisches Sprachzentrum im Zusammenhang mit psychischer Traumatisierung unterdrückt wird, konnte mithilfe von bildgebenden Verfahren (bei experimentell herbeigeführten Flashbacks) bereits belegt werden (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 119-123).

Mutismus als Traumafolge.. – mag "wissenschaftlich" gesehen noch hypothetisch sein. Die hier zusammengetragenen Erfahrungsberichte lassen es jedoch nicht zu,

⁹⁴ <https://www.mutismus.de/mutismus/10-faqs-zum-mutismus> – Vergleiche zu dieser Argumentation das Kapitel "über das Leugnen..." innerhalb der vorliegenden Veröffentlichung.

⁹⁵ <https://www.selektiver-mutismus.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/>

⁹⁶ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/172527/Selektiver-Mutismus-Ein-interdisziplinaires-Phaenomen>

⁹⁷ <https://www.wirr-wege.de/psychische-erkrankungen/mutismus/> und <https://zurueckzudenmenschen.de/blog/2018/05/05/selektiver-mutismus-ist-eine-traumafolgestoerung/>
Beide verweisen auf den ursprünglichen Infotext zum Thema auf D+T - danke!

Mutismus als Traumafolge

diese Möglichkeit achselzuckend beiseite zu schieben. Betroffene, Angehörige, aber auch LogopädInnen und andere Helfer werden ausdrücklich gebeten, dem Infoportal D+T persönliche Erfahrungen zur Verfügung zu stellen, die in späteren Versionen des Infotextes zu *Mutismus als Traumafolge* (selbstverständlich auch anonym) veröffentlicht werden könnten – im Interesse von Traumaüberlebenden, die zu allem andern noch mit diesem quälenden Handicap zu kämpfen haben.

Literaturhinweise

- Reiner Bahr: Schweigende Kinder verstehen (Heidelberg 1996)
Diss-Tanz. Eine Zeitung von und für multiple Menschen (*erschien 2000 – 2008*)
Gottfried Fischer/ Peter Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie (Basel 2003)
Claire Frederick: Silent partners - The hypnoterapeutic relationship with nonverbal ego states (1994; Hypnos. XXI, 141-149)
Van der Hart/Nijenhuis/Steele: Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung (Paderborn 2008)
Boris Hartmann: Mutismus (Berlin ⁴1997)
Torey L. Hayden: Sheila (Bern und München 1981)
Torey L. Hayden: Meine Zeit mit Sheila (München 1995)
Torey L. Hayden: Jodie (München 1991)
Torey L. Hayden: Kevin (Bern, München, Wien 1985)
Torey L. Hayden: Hörst du mich, Venus? (München 2002)
Tina Kathmann: Mutismus als Folge sexuellen Mißbrauchs (Studienarbeit im Rahmen des Vordiploms Erziehungswissenschaften, Technische Universität Berlin, Fachbereich 02, Sommersemester 1999)
KIGA: Die Hölle mitten im Garten Eden (o.O.³2008) (Bezug über helga.erika@gmx.net)
van der Kolk/McFarlane/Weisaeth (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (Paderborn 2000)
Mondrian Graf v. Lüttichau "Sie sehn doch, die will keinen Kontakt!" – Rehistorisierung und heilpädagogische Beziehung bei einem 'hoffnungslosen Fall'. (in: BEHINDERTENPÄDAGOGIK, 38. Jg., Heft 2/1999, Seite 143-159) - *Enthalten in der vorliegenden Veröffentlichung unter dem Titel "Traumatherapeutische Heilpädagogik ..."*
Merle Müller: Zeugnisse aus der rituellen Gewalt, Teil 1: Wird keiner helfen? - Teil 2: Vati hat mich! (Berlin 2018: A+C online)
Rachel, Klaus, Moni, Lars, Habiba, Ben / Laura: Unser Sieg über die rituelle Gewalt (Berlin 2012)
Rachels & Blumen / Janik & Franz / Laura & Nurse / Adele Anton: Rituelle Gewalt, Autismus und Mind Control – aus unserer Erfahrung (Berlin 2018)
Marjorie Wallace: Die schweigsamen Zwillinge (Berlin 1987)

olle frage

ach, ich war zu arg aufgeregt, um sie zu beantworten. das gutachten dieses arztes doch mein weiteres leben bestimmt. deshalb fand ich die zeit in seinem büro dauerhaft angsteinflößend. dabei war der arzt sehr sehr nett. aber er wird einen maßgeblichen einfluss darauf haben, ob mir eine „persönliche assistentin“ genehmigt wird. 20 wenige stunden in einer woche selbstbestimmung ohne meine eltern. für mich sind diese stunden sehr wertvoll. pflegefall oder doch noch förderbar, so sieht man mich im dschungel der behörden.

dann kam diese OLLE FRAGE, die ich schon erwartete. ach, ich habe diese frage, wie ich denn ohne schule lesen kann, zu - oder vielleicht zu oft voller zweifel gehört. dieser arzt war sicher nur neugierig, aber andere stellen meine intelligenz in frage. dabei lernte ich diese technik immens früh. es war zu zu arg leicht. ach, ich badete in den büchern meiner eltern. sie ließen mich nur ran, wenn ich sie nicht zerstörte. ach, ich war gerade 5 jahre alt. sagenhaft einfach prägte ich mir die formen ein. es war leicht sie zu erkennen. das satte alphabet ist immer gleich. es gibt die buchstaben zwar in klein- oder großschrift und in zahlreichen unterschiedlichen handschriften, doch der aufbau ist derselbe. nur 26 buchstaben bestimmen die welt. diese sicherheit half mir das chaos dieses lebens zu ertragen.

ach, ich dachte als kind, dass ich dem alphabet nie ade sagen muss. es war überall zu haben. jeder einzelne buchstabe halt restlos anders klingt. ach, A ist A und B ist B. ich merkte mir bald die bedeutung jedes buchstabens und begriff, dass sie zu worten zusammengesetzt werden. die 26 dunklen buchstaben mir herrlich halfen. ich konnte sie fabelhaft lesen ohne sie auszusprechen. ich nahm mir bilderbücher und mein ohr zur hilfe. ball setzte sich aus B A L L zusammen. so hatte ich schon 3 buchstaben gelernt. es war leichter für mich, diese tage der kindheit mit buchstaben zu verbringen, als mit menschen. ach, auch auf der straße konnte sie entdecken, beim fernsehen und im radio. ich hörte zu, um worte in buchstaben zu zerlegen. der inhalt war mir egal, nur die vertrauten buchstaben blühten in mir auf. U ist U und X ist X. darum kann mir niemand ein X für ein U vormachen. ich lachte mir das alphabet als 5jährige an. ich konnte weder reden noch handeln, aber hihhi lesen.

ach, diese olle frage tut immer weh. es gab 14 lange jahre niemand, der meine innere klugheit erkannte. erst durch fc kann mich schriftlich äußern. als fünfjährige erfasste ich das alphabet rasant. als vierzehnjährige ermöglichte mir die sagenhafte stütze, auf buchstaben zu deuten und sie zu worten, sätzen und berichten zusammenzufügen. ohne ABC würde niemand diese olle frage stellen. ich habe das schreiben als lebensnotwendige sprache zur verfügung. ach, warum ist es surenhaft immerzu unglaublich für andere das zu verstehen? es ist mir eine freude diese buchstaben zu verwandeln. die grammatik regt mich an zu experimentieren. es macht spaß worte aneinander zu reihen und satzstellungen in kaum zu verstehende sätze zu verändern. ich komponiere etwas eigenes. es ist dann meine urureigene aussage. es regt den verstand der leser an, unverständliche wortreihen in klare sätze zu verwandeln. diesmal hihhi blieb klar. redet ihr immer klar?

einmal werde reden, um das geschriebene in zu hörendes zu verwandeln.

stummredendeautistin

rachel

dezember 2004

Rachel hat Organisierte sexualisierte/rituelle Gewalt überlebt. Aufgrund der Konditionierungen durch die Täter ist sie bis heute (2020) mutistisch und hat erhebliche Handlungsstörungen. Sie kommuniziert über FC (Facilitated Communication). Siehe auch ihre Veröffentlichungen, bei den Literaturhinweisen hier zuvor.

© Rachel (Erstveröffentlichung)

ÜBER DAS LEUGNEN VON DIS, ORGANISierter RITUELLER GEWALT UND MIND CONTROL

Unter dem Stichwort "Ritueller Gewalt" finden sich bei den Suchmaschinen mittlerweile eine Vielzahl von Ergebnissen – nahezu alle gehen davon aus, daß dieses Phänomen Realität ist. Es gibt etliche Fachbücher, die sich umfassend mit theoretischen Hintergründen und praktischen Herangehensweisen beschäftigen, dazu autobiographische Betroffenenberichte und Dokumentarfilme.⁹⁸ Dennoch finden sich noch immer eine Minderheit von Veröffentlichungen, in denen verbissen die Existenz von ritueller Gewalt, und Mind Control, selbst von DIS (früher "Multiple Persönlichkeit") bestritten wird. Sie alle verzichten ziemlich konsequent darauf, sich inhaltlich auf das vorliegende Material einzulassen. *Wieso aber? Wozu soll das gut sein? Worum geht es diesen AutorInnen?*

Nuanciert und exemplarisch und läßt sich an der Entwicklung des entsprechenden Wikipedia-Artikels nachvollziehen, auf welche Weise im öffentlichen Diskurs die Existenz von Ritueller Gewalt, DIS und Mind Control bezweifelt, negiert, geleugnet wird. – Das Lemma "Ritueller Gewalt" existiert seit September 2011. Nach einigen Monaten äußerten auf der Diskussionsseite⁹⁹ einige Nutzer Zweifel an der Existenz der Phänomene. Jemand mit dem Pseudonym "*Hob Gadling*" gehörte (seit 20. Juli 2012) zu ihnen. Von da an stellte er für längere Zeit einen Großteil der Kommentare in diesem Sinne und verfaßte entsprechende Änderungen des Artikels.¹⁰⁰

Am 4. Dezember 2012 wurde für das Lemma "Ritueller Gewalt" ein Löschantrag gestellt. Das bedeutet, jemand meint, ein Artikel dieses Inhaltes sei für die online-Enzyklopädie Wikipedia irrelevant. Initiator des Löschantrags war ein Nutzer

⁹⁸ Eine umfangreiche Zusammenstellung von Texten, Literatur, Filmen und Links enthält der thematische Aufsatz innerhalb dieser Veröffentlichung.

⁹⁹ Diskussionen und Artikelversionen werden bei Wikipedia vollständig dokumentiert; hier sind sie direkt anzuwählen:

https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Diskussion:Ritueller_Gewalt&dir=prev&action=history

Die Threads (Diskussionsverläufe) lassen sich übersichtlicher nachlesen im Archiv:

<https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial:Suche?search=Ritueller+Gewalt&prefix=Diskussion%3ARitueller+Gewalt%2F&fulltext=Search&ns0=1>

¹⁰⁰ Auch andere Artikel bei Wikipedia versucht(e) "Hob Gadling" in jenen Jahren zurechtzurücken, so denjenigen zu "Missbrauch mit dem Missbrauch" (einer Kontroverse in den 90er Jahren mit der Zielsetzung, das massenhafte Vorkommen von sexualisierter Gewalt gegen Kinder wegzudiskutieren). Einer seiner Beiträge dort lautete: "Einige Bearbeiter sollten sich mal über die Entwicklungen der Erinnerungsforschung in den letzten zwanzig Jahren informieren (am besten anfangen mit en:Elizabeth Loftus). Im Artikel wird seriöse Forschung auf emotionale Weise als Ausreden von Verbrechern hingestellt und Psycho-Quacksalber, die ihren Patienten alles mögliche einreden, als seriös verkauft. Zu hohe Schätzungen über Missbrauch kommen aus genau dieser Quelle. – Mit den gleichen Methoden, die verwendet werden, um Erinnerungen an Missbrauch "wieder zutage zu fördern", entstehen in den Händen anderer Therapeuten Erinnerung an frühere Leben und Erinnerungen an Entführungen durch Außerirdische – je nachdem, worauf der Therapeut sich spezialisiert hat. Zeigt das nicht, dass diese Methoden suspekt sind?" (21. Juni 2012, 8:50)

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

"Hatchetman", der auch während der Löschkussion engagiert präsent war.¹⁰¹ Beiträge mit diesem Account gibt es ausschließlich für die Löschkussion dieses Lemmas. (Da die Aktivität des Nutzers routinierte Erfahrung mit der Wikipedia erkennen läßt, handelt es sich hier zweifellos um eine sogenannte "Sockenpuppe", d.h. ein Nutzer, der mit einem Zweitaccount aktiv wird, um die Identität einer Aktion mit seinem regulären Wikipedia-Account zu verbergen.) – Am 17. Dezember erbrachte die Abstimmung innerhalb der Löschkussion, daß der Artikel drinbleiben soll.

Seit Januar 2013 finden sich dann Beiträge im Sinne des Leugnens von einem Nutzer "Phi". Die Diskussionsseite dieses Jahres 2013 enthält eine unglaubliche Menge von Beiträgen, die jedoch kaum mehr sind als ein Schlagabtausch. Von einigen Nutzern gab es Versuche, inhaltliche Zusammenhänge zur Diskussion zu stellen; darauf wurde kaum eingegangen. Neben mir haben sich im Laufe dieses und des nächsten Jahres noch andere Nutzer (denen es um die Anerkennung dieses Thema ging) aus der Diskussion verabschiedet.

Die beiden Nutzer "*Hob (Gadling)*" und "*Phi*" gehören seither und bis zum heutigen Tag zu den vorrangigen Schreibern in diesem Artikels.¹⁰² Konsequenterweise werden von ihnen aktuelle Literaturhinweise aus dem Bereich der Psychotraumatologie gelöscht ("unwissenschaftlich", "nicht relevant"), werden inhaltliche Passagen so (um-)formuliert, daß sie Zweifel an der Existenz der diskutierten Phänomene nahelegen. Die inhaltliche Argumentation gerade der beiden erwähnten Nutzern¹⁰³ geht auch heute, nach acht Jahren, nicht über das inhaltliche Niveau der ersten Jahre hinaus. Fachliches Dazulernen ist bei "*Hob*" und "*Phi*" jedenfalls nicht zu erkennen. Immerhin stehen einige relevante Fachbücher und Links auf der Seite, die bisher noch nicht gelöscht wurden. Um den aktuellen öffentlichen Wissens- und Erfahrungsstand zum Thema abzubilden,

¹⁰¹ "Hatchetman" war ein US-amerikanischer Horrorfilm aus dem Jahr 2003. Er handelt von brutalen Morden an Frauen, die als Stripperinnen arbeiten. (Laut Wikipedia)

¹⁰² Die nimmermüden Wikipedia-ProgrammiererInnen stellen eine Fülle von quantitativen Daten über sämtliche Vorgänge innerhalb der Wikipedia zur Verfügung, selbstverständlich auch über die Aktivitäten der Nutzer. Der Nutzer "Phi" hat an der aktuellen Version des Artikels (3.11.20) einen Anteil von 43,3 %. Auch "Top-Bearbeitungen" können dokumentiert werden. Bei "*Phi*" sind dies (in der Reihenfolge des Bearbeitungsumfanges): *Attentat auf John F. Kennedy, Verschwörungstheorie, Volk, Illuminatenorden, Protokolle der Weisen von Zion, Zeugen Jehovas, Adolf Hitler, Lehre der Zeugen Jehovas, Nationalsozialismus, Weltwirtschaftskrise, Deutsche Demokratische Republik, Rudi Dutschke, Rituelle Gewalt, NS-Staat, Friedensvertrag von Versailles, Erich Ludendorff, Anschluss Österreichs, Reichsbürgerbewegung, Wurzelrasse*. Offenbar möchte dieser Nutzer daran mitwirken, bei öffentlich kontrovers diskutierten Themen ideologische Fehldeutungen richtigzustellen. Dies erfordert allerdings bei allen diesen Themen fundierte Sachkenntnis; "gesunder Menschenverstand" oder "Alltagswissen" reicht zur Klärung solcher komplexen Fragen kaum aus.

¹⁰³ Nutzer "*Phi*" bewegt sich im Artikelraum und auf der Diskussionsseite, "*Hob*" vorrangig auf der Diskussionsseite.

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

müßten sich allerdings mehr Nutzer an diesem Wikipedia-Artikel beteiligen, die mit den Themen wirklich zu tun haben. –

Ein ausführlicher aktueller Artikel der Psychologin Bianca Liebrand eignet sich besser als die Streitgespräche auf den Wikipedia-Diskussionsseiten, sich die Argumentationsmuster genauer anzuschauen, die meinem Eindruck nach bei wohl sämtlichen "Leugnern" vorherrschen. In der hier folgenden Stellungnahme greife ich exemplarische Formulierungen heraus. Der Artikel hat online keine eigene Paginierung, deshalb wurden einzelne thematische Absätze zur besseren Orientierung mit <..> durchnummeriert. Die Zitate aus dem zugrundeliegenden Artikel erscheinen allermeist in der Reihenfolge ihres Vorkommens.

[Bianca Liebrand:
Zersplitterung nach Therapie - Bedenkliche Auswirkungen
der „Rituelle Gewalt Mind-Control“-Theorie](#)¹⁰⁴

[Exzert und Stellungnahme: Mondrian v. Lüttichau](#)

<1> "Allerdings wird bei dem Konstrukt „Rituelle Gewalt Mind-Control“ die Annahme vertreten, dass die Betroffenen Opfer einer systematischen und absichtsvollen Abspaltung ihrer Persönlichkeiten sind und diese von geheimen Netzwerken für deren Nutzen „programmiert“ werden. **Diese Annahme kann jedoch wissenschaftlich nicht belegt werden.** Dennoch werden PatientInnen in kassenärztlich finanzierten Psychotherapien nach Methoden behandelt, die auf dieser Theorie basieren." (*Fettdruck im Original*)

Aber welche "Wissenschaftlichkeit" ist hier gemeint? Psychotherapie ist erfahrungs- und ergebnisgeleitet. Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Methoden läßt sich nur für Einzelfälle bestimmen – und letztlich nur durch die Klientin/den Klienten selbst! Die kassenfinanzierten Methoden¹⁰⁵ haben sich einfach seit vielen Jahren bewährt – nicht bei allen KlientInnen, nicht immer so weitgehend wie erhofft, aber das ist auch bei den medikamentösen Therapien der somatischen Medizin nicht anders. Die sogenannte Psychotherapieforschung, die den Anspruch hat, Wirksamkeit und Wirkweise psychotherapeutischer Verfahren herauszufinden, ist wenig mehr als Etikettenschwindel. Psychotherapeutische Wirkfaktoren lassen sich nicht messen, und selbst katamnestiche

¹⁰⁴ Sekten-Info NRW (16.4.2020) <https://sekten-info-nrw.de/information/artikel/esoterik/zersplitterung-nach-therapie---bedenkliche-auswirkungen-der-%E2%80%99Rituelle-gewalt-mind-control%E2%80%9C-theorie>

¹⁰⁵ Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie. In letzterer gibt es drei theoretische Richtungen: die Psychoanalyse nach Sigmund Freud, die Analytische Psychologie nach Carl Gustav Jung und die Individualpsychologie nach Alfred Adler. Seit 2002 ist auch die sogenannte Gesprächspsychotherapie (eigentlich: Klientenzentrierte Psychotherapie) als "wissenschaftlich anerkanntes Verfahren" bewertet worden.

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

KlientInnenbefragungen können keine Aussagen machen über langfristige Veränderungen, können Verzerrungen durch die Fülle individueller (und größtenteils unbewußt wirkender) Faktoren nicht vermeiden, die zeitgleich mit der psychotherapeutischen Arbeit oder in ihrer Folge relevant werden. KlientInnenaussagen sind regelmäßig auch geprägt durch das individuelle Selbstbild; die psychotherapeutische Arbeit kann als interaktives Bemühen bewußt erlebt und entsprechend gewürdigt werden – oder aber wir verbuchen Veränderungen unseres psychischen Empfindens aufs Konto unserer genuine Gesundheit, nach dem Motto: "Die paar Gespräche – naja, viel hat der Therapeut bei mir nicht machen müssen; auf das meiste bin ich ja selbst gekommen! War das Ganze nicht doch eher Zeitverschwendung?"

<2> "Gestützt wird die These „Rituelle Gewalt und Mind-Control" allein durch die Berichte von Betroffenen, deren Erinnerung an schwerste psychische, physische und sexuelle Grausamkeiten meist erst im frühen Erwachsenenalter und oftmals innerhalb einer Therapie scheinbar wiedererlangt wurden. Dies wird dadurch begründet, dass die Erinnerungen verdrängt worden seien und nun „wiederhergestellt" werden müssten, um eine Heilung zu begünstigen. Die KlientInnen selbst geben dann an, sich nach und nach an Misshandlungen erinnern zu können, die oftmals bereits im Säuglingsalter stattgefunden haben sollen.."

Es existieren im Bereich der Grundlagenforschung neurophysiologische Forschungen, die hirnrorganische Prozesse im Zusammenhang mit der traumatischen Dissoziation (nicht "Verdrängung") zumindest hypothetisch begründen.¹⁰⁶ Dies ignoriert die Autorin konsequenterweise. Die Fachbücher von PsychotherapeutInnen, in denen diese naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und Hypothesen auf die therapeutische Praxis angewandt werden, hat sie zumindest teilweise durchaus gelesen; sie nutzt sie allerdings nur, um sich sorgsam diejenigen Formulierungen herauszupicken, die in ihre jeweilige Argumentation passen. Grundlage fachgemäßer traumatherapeutischer Arbeit sind ausschließlich Symptome (sowie zumindest fragmentarische Vermutungen und/oder Erinnerungen) von KlientInnen.

¹⁰⁶ Unter anderem bei: Ellert Nijenhuis/ Onno van der Hart/ Kathy Steele: STRUKTURELLE DISSOZIATION DER PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR, TRAUMATISCHER URSPRUNG, PHOBISCHE RESIDUEN, in: Luise Reddemann/ Arne Hofmann/ Ursula Gast (Hrsg.): PSYCHOTHERAPIE DER DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN (Stuttgart 2004, S.47-69) (veränderte Version in der 3. Auflage 2011)

Jochen Peichl: DIE INNEREN TRAUMA-LANDSCHAFTEN. BORDERLINE, EGOSTATE, TÄTER-INTROJEKT (Stuttgart 2007)

Lydia Hantke: TRAUMA UND DISSOZIATION. MODELLE DER VERARBEITUNG TRAUMATISCHER ERFAHRUNGEN (Berlin 1999)

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

<3> "(...) konnte trotz intensiver polizeilicher und staatsanwaltlicher Ermittlungen noch kein einziger Fall verifiziert werden, durch den die zuvor genannte Theorie bestätigt werden konnte. Allerdings sei dies auf die gezielten Trainings und Programme der Täter zurückzuführen, die ihre Opfer dazu bringen, unglaubliches zu berichten, damit ihnen nicht geglaubt wird."

Das Fehlen von polizeilichen Ermittlungserkenntnissen ist neben der angeblichen Unwissenschaftlichkeit das zweite ständige Argument der Leugner. – Heutzutage gehört es wohl zum Alltagswissen, daß kleine Kinder sich aus entwicklungspsychologischen Gründen weitestgehend an ihren Bezugspersonen orientieren (müssen). Wenn Kinder von sadistischen Tätern (zu denen nach allem, was wir von Überlebenden wissen, im Regelfall Verwandte gehören) bedroht werden, daß ihrer kleine Schwester umgebracht wird, sofern sie auch nur ein Wort verraten von dem, was mit ihnen selbst gemacht wird, – wenn dies dem Kind zuvor mit dem Mord an der geliebten Katze vorgeführt wird ... – wie werden sie sich wohl verhalten? Die Autorin fragt sich sowas nicht.¹⁰⁷ – Dafür pickt sie sich aus einem Fachbuch den im zweiten Satz angedeuteten Zusammenhang heraus. Es gibt tatsächlich Betroffenenberichte darüber, daß Täter ihnen (in der Kindheit) abstruse, unglaubliche Szenen vorgespielt haben. Zum einen vermutlich, weil diese zur Ängstigung der Kinder beitragen, zum anderen zweifellos auch mit der von Bianca Liebrand referierten Intention. (Aber welchen Effekt hat das Zitat? Nun, unterschwellig bewirkt der Satz an dieser Stelle bei manchen LeserInnen leicht die Schlußfolgerung: *Aha, so sind vermutlich alle scheinbaren Erinnerungen an rituelle Gewalt zu erklären!*)

<4> "In der Therapie sei ihnen erklärt worden, sie würden typische Symptome sexuellen Missbrauchs zeigen. Ihre psychische Instabilität sei allein darauf zurückzuführen, dass sie in der frühen Kindheit schwersten Misshandlungen ausgesetzt gewesen wären. Die Erinnerungen daran seien verdrängt und auf andere Persönlichkeitsanteile abgespalten worden, um „die Seele zu schützen“. Um alle Persönlichkeitsanteile wieder zu integrieren, sei es daher notwendig, diese angeblich verdrängten Erinnerungen wiederherzustellen. Dagegen bleibt festzuhalten, dass bei einem Verdacht auf eine zugrundeliegende Traumatisierung verfrühte Schlussfolgerungen und pauschalisierende Wertungen vermieden werden

¹⁰⁷ Vgl. Mondrian Graf v. Lüttichau: ZEUGNISSE AUS DER ORGANISIERTEN RITUELLEN GEWALT – DER FALL MERLE MÜLLER. WIESO VIELE OPFER KEINE HILFE SUCHE (in: Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, 17 Jg. [2019] Heft 3 [S. 84-91]) – <https://dissoziation-und-trauma.de/pdf/trauma-3-2019-von-luetlichau.pdf>

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

sollten. Außerdem wird vom weltweit größten Psychologenverband (APA)¹⁰⁸ darauf hingewiesen, dass es keine typischen Symptome gibt, die eindeutig auf einen sexuellen Missbrauch hinweisen. Des Weiteren wird geraten, besorgt zu sein, falls die TherapeutIn von einer großen Anzahl an Patienten berichtet, die während der Therapie Erinnerungen an einen Missbrauch in der Kindheit wiedererlangten."

Die hier wiedergegebenen TherapeutInnenzitate (von Betroffenen, die sich an die Sektenberatungsstelle gewandt haben) entsprechen traumatherapeutischen Grundvorstellungen. Auch die kritischen Hinweise im zweiten Absatz sind angemessen. Allerdings handelt es sich bei derartigen verfrühten Schlußfolgerungen um massive Therapiefehler – auf die deutlich hingewiesen wird in wohl sämtlichen traumatherapeutischen Fachbüchern bzw. in den zertifizierten Ausbildungen, die inzwischen von etlichen Ausbildungsinstituten angeboten werden. Solche Therapiefehler kommen vor – in jedem Beruf. Es besteht kein Anlaß, davon auszugehen, daß sie gerade bei traumatherapeutisch orientierten PsychotherapeutInnen häufiger vorkommen als bei tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientierten TherapeutInnen, bei ÄrztInnen oder bei egal welchen Berufsgruppen. Zum letzten Satz muß daran erinnert werden, daß in jedem auf bestimmte Aufgaben spezialisierten Berufszweig verhältnismäßig viele Aufgaben im Sinne dieser Spezialisierung vorkommen.

<5> Es folgt der Bericht einer Psychotherapieklientin, die offenkundig kraß fehlinformiert und fehlbehandelt wurde sowohl von TherapeutInnen als auch in DIS-Selbsthilfegruppen. Dies alles kommt vor; insbesondere können die heute in der Öffentlichkeit vorhandenen umfassenden Informationen zu DIS (früher: Multiple Persönlichkeit) und ritueller Gewalt zu vorschnellen Beurteilungen verlocken. – Sobald die Frage im Raum steht, ob psychische Symptomatik mit (abgespaltener oder verdrängter) sexualisierter Gewalt zu tun haben könnte, kann Betroffenen nur geraten werden, sich therapeutische Hilfe bei jemandem zu suchen, die oder der eine der zertifizierten traumatherapeutischen Ausbildungen absolviert hat. Dies kann und sollte bei jeder infragekommenden Therapeutin erfragt werden. (Auch eine Kontaktaufnahme mit WILDWASSER e.V. kann empfohlen werden.)

¹⁰⁸ Die American Psychological Association (APA) verkündete 2007, daß Psychologen, die sich an der Entwicklung und Ausbildung "innovativer Verhörtechniken" beteiligten, wie sie etwa in Guantanamo und Abu Ghraib eingesetzt wurden, einen wichtigen Beitrag dazu leisteten, Schaden von den USA abzuwenden. Die in Guantanamo angewandten Verhörtechniken wurden von der Firma Mitchell, Jessen & Associates unter Mitarbeit des ehemaligen Präsidenten der American Psychological Association, Joseph Matarazzo, und anderen Psychologen entworfen. So nach Wikipedia (dort auch Quellen).
https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=American_Psychological_Association&oldid=200443469
(Abgerufen: 29. Oktober 2020, 15:29 UTC)

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Die von der Klientin hauptsächlich geschilderte damalige Therapeutin hatte offenbar zu diesem Zeitpunkt kaum mehr als zwei in der Folge erwähnte Bücher (Huber, Fröhling) gelesen und keinerlei Erfahrung mit DIS-Therapie. Das geradezu idealtypisch unangemessene Fehlverhalten nimmt die Autorin in der Folge ihres gesamten Artikels konsequent zum Ausgangspunkt eigener "verfrühter Schlußfolgerungen und pauschalisierender Wertungen" (wie sie dies den TherapeutInnen vorwirft).

<6> Im Zusammenhang mit dem Bericht der ehemaligen Klientin werden Grundannahmen zu DIS-Therapie referiert, zumeist nicht ganz falsch, aber unterkomplex bis zur Unsinnigkeit und im deutlichen Bemühen, sie als unangemessen zu präsentieren. (Dabei gehen Aussagen der anonymen Betroffenen und der Autorin ineinander über.) Ein Beispiel von vielen:

"Also kurz: Man hat Personen von denen man nichts weiß, die schreckliche Dinge erlebt haben, von denen man nichts weiß und auch heute Dinge tun, von denen man nichts weiß und man weiß gar nicht, dass man nichts weiß. Das alles muss in der Therapie dann erst aufgedeckt werden. Das kann man als Klient nicht widerlegen, denn man würde gar nicht wissen, wenn es so wäre."

Tatsächlich wird das Vorhandensein von traumatischer Dissoziation (u.a. DIS) in der Traumatherapie erst auf Grundlage längerfristiger Therapie diagnostiziert. Obwohl es mittlerweile strukturierte Interviews zu diesen Themen gibt¹⁰⁹, können diese nur als erste Hinweise dienen. Das Vorhandensein eigenständiger dissoziativer Teilpersönlichkeiten (DIS) kann nur durch konsistente Kontaktaufnahme mit zumindest einer "zusätzlichen" Persönlichkeit einigermaßen sicher angenommen werden. Dabei sind selbst in diesem Fall differentialdiagnostische Abgrenzungen nötig (Psychose? Ungewöhnliche Ausformung sogenannter "Persönlichkeitsstörungen"? Wichtigtuerei?); unechte DIS-Phänomene klären sich allerdings innerhalb der sachgerechten Traumatherapie relativ schnell.

<7> Zurück zum Zitat oben: "Schreckliche Dinge in der Vergangenheit" werden innerhalb der (fachgerechten) Traumatherapie niemals vom Therapeuten/der Therapeutin behauptet (oder "gedeutet"); in der Praxis tauchen entsprechende Erinnerungen meist in kleinsten Mosaiksteinen in der Erinnerung der Klientin/des Klienten auf – oder eben nicht.

¹⁰⁹ Siehe unter anderem in: Kathy Steele / Suzette Boon / Onno van der Hart: DIE BEHANDLUNG TRAUMABASIERTER DISSOZIATION (Lichtenau 2017)

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Die von der Autorin vorgestellte Betroffene hatte das Bedürfnis nach therapeutischer Hilfe folgendermaßen begründet:

"Mit Anfang 20 geriet ich in eine Krise. Ich war damals hochbelastet, hatte schon einiges hinter mir (sehr instabile Familienverhältnisse, emotionaler Missbrauch, Mobbing). Zu der Zeit hatte ich zusätzlich beruflichen Stress und litt unter dem schlechten Betriebsklima auf der Arbeit. Ich bekam Depressionen, Angstzustände, Suizidgedanken, stand unter Dauerspannung und verletzte mich selbst. Ich war mit dem Leben überfordert und haltlos. Auch war ich extrem selbstunsicher und hatte kein Selbstvertrauen und ließ alles mit mir machen, wehrte mich nicht. Ich handelte permanent gegen meine Bedürfnisse, konnte keine Grenzen setzen, bekämpfte mich selbst und war gleichzeitig verzweifelt."

Diese völlig unspezifische Symptomatik könnte durchaus mit schwerwiegenden Traumatisierungen in Kindheit und Jugend zusammenhängen. Sie könnte aber auch ganz andere Gründe haben! Wenn hier kurzschlüssig von Ersterem ausgegangen wird und die Betroffene in ihrer Hilflosigkeit und Selbstunsicherheit in die DIS-Zuschreibung hineingetrieben wird, ist das nicht nur grob fahrlässig, sondern die entsprechenden Profis sollten ggf. strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Daß etwas Derartiges diametral zur Praxis der (psychotraumatologischen) Traumatherapie ist, dürfte für jeden offensichtlich sein, der oder die sich einläßt auf die entsprechende Fachliteratur, auf die sich die Autorin sich in ihrem Artikel nominell bezieht.

Noch etwas kommt dazu. Psychotherapie ist keine Ermittlung von eventuellen Straftaten. Es geht ihr grundlegend nicht darum, böse Taten dingfest zum machen: Ausgangslage der Therapie ist das reale Leid und die subjektive Wahrheit der Klientin/des Klienten als Anlaß, therapeutische Hilfe zu suchen. Im allgemeinen ergeben sich auf dem therapeutischen Weg Tatsachen über vergangene Geschehnisse, die von KlientIn und TherapeutIn gleichermaßen als wahrscheinlich oder sicher eingeschätzt werden – aber das gehört nicht zu den vordergründigen Therapiezielen; allerdings trägt eine derartige nachträgliche Klärung von biografischen Tatsachen zur seelischen Stabilität, zur Gesundheit bei.

<8> "Das „Mystische Bild" der Multiplen Persönlichkeit (Multienergien und Co)" lautet der nächste Zwischentitel des Artikels. – "So wie den Tätern in der Szene quasi übermenschliche Macht zugesprochen wird (Erschaffung Multipler Persönlichkeit, völlige Kontrolle durch Programmierungen, alle halten dicht...), werden den Multiplen selbst übersinnliche Fähigkeiten zugesprochen."

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Die "Szene" beinhaltet auch alle möglichen Veröffentlichungen in den Medien. In der sachgerechten Traumatherapie wird den Tätern keine "übermenschliche Macht zugesprochen", vielmehr erlebten dies die Kinder so, die ihnen ausgeliefert waren. Wiederum darf an allgemein (?) bekannte Erfahrungen aus Pädagogik und Entwicklungspsychologie erinnert werden: Erwachsene sind für Kinder unangreifbar in ihrer Macht, insbesondere den Bezugspersonen sind Kinder (zumindest bis zum Alter von etwa 10-12) unbegrenzt ausgeliefert. Jeder inzestuöse erwachsene Verwandte bedient sich der Formel: "*Sag niemandem etwas, sonst... !*"

Bei den in der Folge aufgereihten "übersinnlichen Fähigkeiten" von Traumaüberlebenden mit DIS¹¹⁰ handelt es sich teilweise um Phänomene, die tatsächlich gelegentlich beobachtet werden. Für manche gibt es bereits neurophysiologische Erklärungsversuche (Struktur des Nervensystems, bildgebende Untersuchungen bei Menschen mit DIS). Manches habe ich selbst miterlebt (Medikamente sind vor allem dann wirksam, wenn diejenigen Teilpersönlichkeiten "vorne" sind, die die zugrundegelegten Symptome empfinden), manche lassen sich leicht nachvollziehen, sofern nicht die Existenz dissoziativer Persönlichkeiten insgesamt negiert wird (daß Kinderpersönlichkeiten am Steuer des Autos eine Gefahr darstellen).¹¹¹ Eines allerdings ist Blödsinn: "Verletzungen verschwinden, wenn die verletzte Person nach „innen" geht (daher lassen sich nach Folter auch keine Verletzungen erkennen)". Verletzungen verschwinden nicht, aber bestimmte Teilpersönlichkeiten empfinden den Schmerz nicht (bzw. nehmen ggf. selbst die äußerlichen Anzeichen bestimmter Verletzungen nicht wahr); genau darin liegt ja eine der Funktionen der traumatischen Dissoziation! Daß sich nach Folter meist kaum Verletzungen erkennen lassen, liegt an der Notwendigkeit für die Täter, keine äußerlich erkennbaren Spuren zu hinterlassen. Schließlich leben die Opfer parallel zu den Gewalttaten weiterhin ein alltägliches Leben in Schule oder Kindergarten, unter Verwandten, oder – wenn es bereits erwachsenen Frauen sind, die noch in Tätergewalt sind: im Beruf, als Mutter, ggf. in einer Partnerschaft.¹¹² –

¹¹⁰ Der Begriff "Multienergien", den die Autorin mehrfach verwendet, als sei es ein Zitat, habe ich in 20 Jahren noch nie gehört oder gelesen, weder in Fachveröffentlichungen noch im Selbsthilfebereich. Auch über google ist er nicht zu finden.

¹¹¹ Siehe auch Ellert R.S. Nijenhuis: SOMATOFORME DISSOZIATION. PHÄNOMENE, MESUND UND THEORETISCHE ASPEKTE (Paderborn 2007)

¹¹² Siehe umfassend in Merle Müller: ZEUGNISSE AUS DER RITUELLEN GEWALT (Erster und zweiter Teil) (Berlin 2019: A+C)
ISBN 978-3-945980-29-3 und ISBN 978-3-945980-30-9

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

<9> Zum Thema rituelle Gewalt erwähnt die Autorin eine Liste mit bis zu 135 satanistisch konnotierten "Feiertagen", an denen die (angeblichen) Opfer besonders schrecklichen Taten unterworfen seien. Sie kommentiert:

"Wenn man dann diese Feiertagslisten benutzt oder darauf hingewiesen wird, wann der nächste Feiertag ist, um zu schauen, welche Tage man sichern muss, geht es einem dann wirklich oft schlecht aufgrund des Nocebo-Effekts. Man rechnet schließlich damit und assoziiert diese Tage mit Gefahr und schlimmen Dingen. So oder so bekommt man die Bestätigung."

Tätergruppen der organisierten rituellen Gewalt sind – nach Angaben in Fachliteratur und Berichten Überlebender – verschieden strukturiert; satanistische Rituale haben unterschiedlich hohen Stellenwert. (Grundintention derartiger Verbrecher ist vermutlich immer die Gewinnmaximierung über Gewaltprostitution und entsprechende Bild- und Videoaufzeichnungen zum Verkauf. Dabei werden versklavte Opfer auch "ausgeliehen" an satanistische Gruppen.¹¹³)

Die seelische Konfiguration von Betroffenen mit DIS, die als Erwachsene noch in Tätergewalt sind, ist ebenfalls sehr unterschiedlich. (Todes-)Ängste, Panik, das Gefühl der Ausgesetztheit, Hilflosigkeit, Scham und das Gefühl von eigener Schuld, dissoziative Abspaltungen der Geschehnisse – das alles ist individuell verschieden angelegt. (Um derlei nachzuvollziehen, müßte allerdings entsprechende Fachliteratur gelesen werden.) Die angeführte positive Rückkopplung kommt zwar vor – der komplexen und in keiner Weise verallgemeinerbaren Psychodynamik von seit früher Kindheit konditionierter Opfer von ritualisierter Gewalt/Mind Control¹¹⁴ wird sie nicht gerecht.

<10> Die Betroffene berichtet: "Ich traf mich mit dieser Multiplen und wir wurden Freunde. Diese Multiple erzählte mir dann, dass sie seit 10 Jahren Therapie machte und aus mehr als 300 Personen bestehen würde. Sie erzählte mir auch sehr ausführlich immer wieder, dass sie von Satanisten missbraucht wurde und ihre Kinder umbringen musste und seitdem sie das mit den Satanisten und den Kindern wüsste, würde sich die

¹¹³ So bei Merle Müller (a.a.O.), auch nach Zeugnissen anderer Überlebender. – Die Bezeichnung "rituelle Gewalt" rührt her von den historisch ersten Zeugnissen, in denen satanistisch orientierte Kultgruppen am ehesten zu den entsetzlichen Taten zu passen schienen. Mittlerweile werden entsprechende Tätergruppen vorrangig im Zusammenhang mit organisiertem Menschenhandel und Zwangsprostitution vermutet. Unter christlich orientierten Hilfsorganisationen ist das Label "Satanismus" allerdings noch virulent.

¹¹⁴ **Mind Control** ist ein System von Einflüssen, mit dem die Identität des Individuums (seine Überzeugung, sein Verhalten, Denken und Fühlen) zerbrochen und durch eine neue Identität ersetzt wird. Im Zusammenhang mit organisierter ritueller Gewalt werden Menschen bereits in früher Kindheit solchen Einflüssen unterworfen, sodaß sich ein konsistentes Ich nicht entwickeln kann. Es entstehen dissoziative Persönlichkeitsanteile, die ihrerseits von den Tätern in deren Sinne konditioniert (trainiert, dressiert) werden.

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Ursprungsperson nur noch umbringen wollen. Ich dachte, „Oh das ist jetzt eine, die das erlebt hat, was im Huberbuch steht“. Ich hatte davon gehört und glaubte erstmal, dass es sowas gibt und sie tat mir auch sehr leid. Ihr ging es auch richtig schlecht. Sie gab mir dann auch das Buch „Vater unser in der Hölle“ zu lesen, damit ich sie besser verstehen könnte. Sie erzählte teilweise auch, Dinge, die so gar nicht zusammenpassten, denn sie war auf der Flucht vor den Tätern, wohnte aber noch in dem Haus, in dem sie aufgewachsen war und noch andere Dinge.“

Die Fülle der öffentlichen Informationen über diese Themen, die sich heute überall in den Medien (auch in geschlossenen Selbsthilfeforen) findet, bedeutet einerseits eine große Hilfe für Überlebende, die noch vor 10 oder 20 Jahren auf eine Handvoll Buchveröffentlichungen angewiesen waren. Andererseits kann es auch hier zu wenig hilfreichen Nebenwirkungen kommen; insofern sind die Erfahrungen der anonymen Ex-Klientin nachvollziehbar. Einige korrigierende Anmerkungen dazu:

a) 10 Jahre Therapie sind bei Überlebenden schwerster Traumatisierungen mit DIS realistisch, zumal wegen der beschränkten Kostenübernahme der Krankenkassen nach meist 80 oder 100 Stunden eine Therapiepause von 2 Jahren eingelegt werden muß. Oft muß danach eine andere Therapeutin/ein anderer Therapeut gesucht werden. Dies alles verlängert eine eh schon aufwendige Therapie zusätzlich.

b) Bei der Größenordnung "mehr als 300 Personen" (gemeint sind dissoziative Teilpersönlichkeiten) handelt es sich meist größtenteils um "Splitter": dissoziative Abspaltungen, die sich über spezielle traumatische Situationen hinaus nicht entwickelt haben und die von daher keine eigene Geschichte haben. (Hintergrund ist, daß die neurophysiologische Reaktionsvariante der Dissoziation bei manchen Menschen mit DIS immer leichter oder schneller aktiviert wird.) Solche Splitter können in der Therapie meist zusammengefaßt werden (mithilfe einer "Sprecherin"/einem "Sprecher") und müssen oder können nicht einzeln in die therapeutische Arbeit eintreten.

(c) Die Monographie MULTIPLE PERSÖNLICHKEITEN von Michaela Huber war 1995 das erste auf Deutsch erschienene traumatherapeutische Fachbuch zum Thema und damit für viele Jahre ein Hoffnungsträger für Überlebende. Eine vergleichbare Funktion hatte wohl VATER UNSER IN DER HÖLLE der Journalistin Ulla Fröhling; es erschien 1996 als erzählendes Sachbuch zum Thema sexualisierte Gewalt in einer satanistischen Sekte, in fachlicher Abstimmung mit TraumatherapeutInnen.

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

(d) Mit "auf der Flucht vor den Tätern" war bei dieser (zweiten) Betroffenen mit DIS möglicherweise gemeint, daß einzelne Teilpersönlichkeiten Möglichkeiten eines Ausstiegs aus der Konditionierungsgewalt suchten, Kontakte herstellten zu potentiellen HelferInnen. Schon die hierfür nötige innere Auseinandersetzung von Teilpersönlichkeiten miteinander bedeutet bei einem derart ausgesetzten Opfer ein extrem hohes Maß an Mut, führt zu zusätzlichen Ängsten und Gefahren... – Mehr als solche Ansätze zur Flucht sind für jemanden in der Gewalt von Tätern oft gar nicht vorstellbar, zumindest nicht ohne ein sachkundiges äußeres Helfernetz.¹¹⁵

<11> Weiter aus dem Bericht der Ex-Klientin:

"Da keine Erinnerungen vorhanden sind, arbeitet die Therapie vor allem auf der „Könnte-Ebene" mit „Spekulationen" und „Möglichkeiten". Es werden Deutungen vorgenommen und Vorschläge eingebracht von der Therapeutin. Man soll sich in diese Möglichkeiten hineinversetzen und hineinfühlen. Dann wird weiter hineingefragt. Nebenher bekam ich in der Therapie jede Menge Informationen über Missbrauch und Schilderungen der Erlebnisse anderer Menschen (direkt aus erster Hand in der Therapie oder von anderen Betroffenen aber auch durch Literaturempfehlungen)."

Diese konsequent suggestive Herangehensweise ist das genaue Gegenteil von Traumatherapie! Die Autorin des Artikels (Bianca Liebrand) hat immerhin einige wesentliche Fachbücher zu diesem Thema offenbar sorgsam gelesen (und in ihrem Sinn ausgewertet); wie konnte ihr entgehen, daß die von ihrer Mitautorin berichteten Erfahrungen diametral zu den Darstellungen bei Huber und Alison Miller sind? Ist das der von ihr eingeklagte "wissenschaftliche" Umgang mit Inhalten?

<12> Die anonyme Ex-Klientin schreibt rückblickend: "Ich wäre ein typischer Fall einer Klientin gewesen, die schon mit der Überzeugung in die Therapie kam und hätte wohlmöglich die Therapeutin auch davon überzeugt und in das Glaubenssystem eingeführt. Wenn die Therapeutin sehr empathisch ist und sich mitfühlend für misshandelte und missbrauchte Kinder einsetzt, kann sie dort schnell reingeraten. Es ist nicht nur, dass Therapeuten Klienten etwas einsuggerieren, sondern auch anders herum. Es gibt Klienten, die sich das Wissen aus Büchern, Foren oder vorherigen Therapien angeeignet haben. Dann suchen sie sich einen Therapeuten, der mitgeht und bei der „Aufdeckungsarbeit" hilft. Wenn

¹¹⁵ Vgl. Mondrian Graf v. Lüttichau: ZEUGNISSE AUS DER ORGANISIERTEN RITUELLEN GEWALT – DER FALL MERLE MÜLLER. WIESO VIELE OPFER KEINE HILFE SUCHEIN (in: Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen 17 Jg. (2019) Heft 3 (S. 84-91) <https://dissoziation-und-trauma.de/pdf/trauma-3-2019-von-luettichau.pdf>

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

diese Therapeuten dann eine Fortbildung zu dem Thema machen, bekommen diese dort alles bestätigt. Aus ihrer Sicht hören die Therapeuten das alles von den Patienten und sehen nicht, wie sie selbst beeinflussen. In den Büchern steht, dass man als Therapeut mit Suggestivfragen aufpassen soll. Es geht aber gar nicht darum, sondern eher um die Vermittlung der Verschwörungstheorie als Fakt gepaart mit dem Deutungssystem und den Methoden der Aufdeckungsarbeit. Wenn man etwas weitergibt, von dem man überzeugt ist, wertet man das nicht als suggestiv. Nach dem Motto: Ich rede niemandem etwas ein, ich sage nur, wie es ist. Es gilt als ganz normale Psychoedukation. Und ich selbst war auch nicht besser. Ich habe auch andere Multiple gedeutet mit dem angeeigneten „Wissen“ und dieses angeeignete „Wissen“ mit in die Therapie genommen.“

Derartige fatalen Regelkreise sind vorstellbar. Allerdings werden heutzutage mehrere zertifizierte traumatherapeutische Weiterbildungen angeboten, die für psychologische wie ärztliche TherapeutInnen mit diesem Klientel mittlerweile obligatorisch sein sollten (und von KlientInnen offensiv nachgefragt werden können). Es existieren fachliche und KlientInnen-Erfahrungen in einer Vielzahl von Veröffentlichungen. Supervision gehört mittlerweile gerade bei der Arbeit mit schwersttraumatisierten KlientInnen zur Professionalität. – Allerdings gibt es im psychotherapeutischen Zusammenhang wie in der somatischen Medizin auch Hilfesuchende, die sich aus ihrer Not heraus irgendwann auf eine bestimmte Diagnose festlegen; suggestive Bestärkung von außen kann dabei mitspielen. So war es wohl auch bei der Ex-Klientin (siehe hier <7>). – Eine fachkundige Traumatherapie entwickelt sich konsequent entlang der von der Klientin/dem Klienten angebotenen leidvollen Empfindungen, die sich innerhalb der Therapie *aus sich heraus* konkretisieren; selbst sachliche Informationen über die eigenen Lebensumstände und Entwicklungsbedingungen werden von der Therapeutin/dem Therapeuten zunächst nur zur Kenntnis genommen, keinesfalls aber durch Spekulationen ausphantasiert! Bei einer solchen Herangehensweise zeigt sich der tatsächliche Fokus des problematischen Zusammenhangs meist recht schnell (ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen KlientIn und TherapeutIn vorausgesetzt).

<13> Insgesamt ist der Bericht der Ex-Klientin ein Dokument fachlich unangemessener und schädlicher DIS-Therapie in (West-)Deutschland, im ersten Jahrzehnt nach Veröffentlichung des erwähnten Fachbuchs von Michaela Huber. Die meisten der berichteten therapeutischen Unmöglichkeiten sind vergrößerte, offenbar durch individuelle narzißtische Erfolgsgier der damaligen Therapeutin angeheizte an sich stimmige Momente einer DIS-Therapie in Verbindung mit suggestiven Grenzüberschreitungen. Es ist nachvollziehbar, daß dieses Vorgehen die Betroffene an den Rand der Dekompensation gebracht haben!

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

<14> Zu einem späteren Zeitpunkt gelingt der Ex-Klientin der Absprung aus Argumentationszusammenhängen, die durch die inkompetente Therapeutin sowie ihrerseits um Klärung ihrer Situation bemühte DIS-Betroffene vorgegeben worden waren. Sie schreibt: "Ich sah DIS als verschiedene Ich-Gefühle/Selbstbilder ohne Bezug zueinander an. Diese Sache mit echten Personen glaubte ich nicht mehr." – Jedoch ist "verschiedene Ich-Gefühle/Selbstbilder ohne Bezug zueinander" eine durchaus angemessene Beschreibung von DIS in ihrer genuinen Form. Im Laufe des Lebens, unter anderen Lebensumständen (insbesondere wenn es keine aktuellen traumatischen Vorkommnisse mehr gibt sowie mit therapeutischer Unterstützung) entwickeln die verschiedenen "Ichs" (oder "Ego states") durchaus Bezug zueinander. – Der Begriff der "Person" kommt in früheren Veröffentlichungen zum Thema oft vor; er ist mißverständlich, was sich hier auch an der Formulierung "echte Personen" zeigt.¹¹⁶

<15> Wenn die anonyme Ex-Klientin retrospektiv von "esoterischen Behauptungen" schreibt und erklärt: "mir stach die Absurdität der Behauptungen ins Auge", scheint sie sich selbst in glaubensförmige Überzeugungen zu flüchten. Zunehmend gehen in ihrer Stellungnahme die Momente angemessener Kritik über in pauschalisierende Behauptungen, die nur noch den ganzen Umkreis rituelle Gewalt/DIS als "Glaubenssystem" darstellen wollen:

"Dann ist mir aufgefallen, dass diese übermenschlichen Behauptungen nicht nur bei Multiplen aufgestellt werden, sondern auch bei den Tätern. Sie sind absolut böse, können ganze Persönlichkeitssysteme erschaffen und das alles im Geheimen. Ich fand das und finde das auch heute noch sehr destruktiv, vor allem bei Traumapatienten. Dann sitzen Patient und Therapeut gemeinsam im Glauben an die Macht der Täter in der Therapiestunde. Klienten fühlen sich zwar wunderbar verstanden, aber hilfreich ist das sicher nicht. Ängste werden geschürt und erhalten, Abhängigkeiten gefördert."

Daß die Täter übermächtig, unüberwindbar sind, alles wissen und alles können, vermitteln diese den kindlichen Opfern ununterbrochen, mit brutaler Gewalt und kognitiven und sensorischen Tricks. Traumatherapeutische Praxis liegt gerade darin, die entsprechenden Konditionierungen der Täter aufzulösen, den (erwachsenengewordenen) Überlebenden (ohne oder mit Täterkontakt) zu vermitteln, daß diese Täter keineswegs übermächtig sind und auf welche Weise es

¹¹⁶ Heutzutage übliche Begriffe sind "Persönlichkeit", "Teilpersönlichkeit", "dissoziative Persönlichkeit", "Ich"/"Ichs", "Anteil", manchmal auch noch der im Englischen übliche Begriff "Alter" (von lateinisch alter = der/die/das Andere).

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

zu entsprechenden Überzeugungen bei der Klientin kam. (Auch zu all dem finden sich umfassende Darstellungen in den von Frau Liebrand erwähnten Fachbüchern und anderswo!)¹¹⁷

<16> Ab Seite 20 folgen Ausführungen Bianca Liebrands unter dem Titel Zersplitterung nach Therapie - Fachliche Einordnung. Dabei orientiert sich die Autorin jeweils im ersten Schritt deutlich an dem zuvorstehenden Betroffenenbericht über eine fachlich durch und durch unangemessene Therapie. Auch solche Offenlegungen von Therapiefehlern können Betroffenen helfen, für sie zweckmäßige therapeutische Unterstützung zu finden. Langfristig können solche kritischen Darstellungen zur Qualität von therapeutischer Arbeit erheblich beitragen. – Die Autorin hat jedoch eine völlig andere Intention: sie hält die psychotraumatologischen Therapieansätze im Zusammenhang mit Organisierter Rituelle Gewalt insgesamt für falsch, weil sie an die Existenz von Organisierter ritueller Gewalt (inclusive Mind Control und gewalttätigen satanistischen Gruppierungen) *nicht glaubt*. Durchgängig beschreibt sie auf den folgenden 30 Seiten bestimmte offensichtlich unangemessene und schädliche Verhaltensweisen von TherapeutInnen (die sich teilweise im zuvorstehenden Betroffenenbericht wiederfinden), interpretiert sie dabei jedoch (im zweiten Schritt) als Prinzip der psychotraumatologischen Therapie bei DIS und ritueller Gewalt! Es handelt sich hier um rhetorisch-demagogische Muster, die sich zu allen Zeiten finden, im 20. und 21. Jahrhundert umfassend in Grundlagentexten und Reden der Nationalsozialisten sowie der AgitProp kommunistischer und realsozialistischer Ideologen, bei Neonazi-Gruppierungen sowie im Umkreis der AfD. Aber auch Politiker anderer Parteien, Juristen, Werbepsychologen oder die Medien kommen ohne solche Argumentationsmuster nicht aus. In jedemfall geht es darum, Zusammenhänge zuzuspitzen auf eine Schlußfolgerung, die der Akteur seinem Publikum nahebringen will – wissend, daß sie der Komplexität des Themas nicht gerecht wird.¹¹⁸

Diese rhetorische Engführung wird von Liebrand (in einem dritten Schritt) angereichert mit dem Referat von vorrangig verhaltenspsychologischen Erkenntnissen, denen leicht zugestimmt werden kann, obwohl sie für die konkreten Fragen (nach der Existenz von Organisierter ritueller Gewalt bzw. der

¹¹⁷ Siehe als Veröffentlichungen von D+T: Rachel, Klaus, Moni, Lars, Habiba, Ben / Laura: UNSER SIEG ÜBER DIE RITUELLE GEWALT (Berlin 2012, ISBN 978-3-923211-99-9) sowie Rachels & Blumen / Janik & Franz / Laura & Nurse / Adele Anton: RITUELLE GEWALT, AUTISMUS UND MIND CONTROL – AUS UNSERER ERFAHRUNG (Berlin 2018, ISBN 978-3-945980-27-9).

¹¹⁸ Zu diesen rhetorischen Manipulationstechniken gibt es etliche analytische Arbeiten aus dem Bereich der Politologie und Soziologie, jedoch auch mit philologischen Untersuchungsmethoden. Eine Aufstellung dazu steht auf der Website des Schweizer Kommunikationsberaters Mascus Knill:
<http://www.rhetorik.ch/Manipulation/Manipulation.html>

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

hierzu zweckmäßigen Therapiemethoden) durchaus randständig sind. Zustimmung zu können stimuliert bei uns allen die Befriedigung, Bescheid zu wissen. Diese affektive Einstimmung wird unbewußt leicht auf andere Stellen des infragestehenden Textes übertragen: ein Grundprinzip politisch-demagogischer Ansprachen. Nur ein Beispiel:

"Oftmals fühlen sich Menschen mit ihren psychischen Problemen isoliert und/oder unverstanden. Durch die Erklärung „Überlebende ritueller Gewalt" zu sein, kann ein Gefühl der Verbundenheit mit anderen Betroffenen entstehen. In Selbsthilfegruppen und Foren hat man Gelegenheit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und kann sogar Freundschaften schließen. Das Grundbedürfnis nach Zugehörigkeit ist ein mächtiger Anker gruppenspezifischer Abhängigkeitsstrukturen."

<17> Satz für Satz ließe sich diese grundlegende manipulative Rhetorik in Bianca Liebrands Argumentation belegen. Zutreffende Aussagen werden verallgemeinert, andere Tatsachen werden heruntergebrochen bis zur Sinnlosigkeit. Dabei werden alle entsprechenden Inhalte in den von der Autorin erwähnten Fachbüchern (und anderswo) ausführlich erläutert. Nur einige Beispiele sollen folgen.

a) "In der „Rituelle Gewalt Mind-Control"-Theorie wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Innenpersonen amnestische Barrieren untereinander haben. Das heißt, dass sich die einzelnen „Personen" über ihre Erinnerungen untereinander angeblich nicht austauschen können. In mehreren wissenschaftlichen Studien konnte aber gezeigt werden, dass ein Austausch von Informationen zwischen den einzelnen „Identitäten" stattfand, obwohl die teilnehmenden DIS-PatientInnen die Möglichkeit des Informationsaustausches untereinander selbst ausgeschlossen hatten."

Die Existenz amnestischer Barrieren ist von der Entstehungsgeschichte her identisch mit der Existenz dissoziativer Anteile (Persönlichkeiten). Schließlich war die/der Betroffene konfrontiert mit Erfahrungen, die vom neurophysiologisch-neuropsychologischen System nicht in der üblichen Weise verarbeitet werden konnten. Insofern ist es nur folgerichtig, daß dissoziative Anteile sich zunächst nicht über ihre Erfahrungen austauschen können. Ein wesentlicher therapeutischer Prozeß liegt darin, derartigen Innenkontakt zwischen Teilpersönlichkeiten anzuregen und zu fördern. Gesundung liegt nicht zuletzt darin, daß die Überlebende in ihrer Ganzheit die Realität bestimmter schlimmer Erfahrungen erkennen und anerkennen kann, um sie auf diese Weise irgendwann als Vergangenheit hinter sich lassen zu können. Der Satz, den sich die Autorin hier als Schlußfolgerung einer Studie herausgepickt hat, ist das Paradebeispiel eines

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Herunterbrechens bis zur Sinnlosigkeit.¹¹⁹ Der allerletzte Halbsatz des obigen Zitats dokumentiert einen (typischen) systematischen Fehler im Umgang mit Personen mit DIS, deren Aussagen über "sich selbst" eben keine Aussagen über das jeweilige Individuum als Ganzheit sein können. Dies kann die Relevanz psychologischer Interviews (im Rahmen von Studien) beeinträchtigen, es macht sich auch bemerkbar in der Kommunikation zwischen Multis und "Unos" (also Menschen ohne DIS).

b) Zitate sind immer etwas Zwiespältiges. Aus einem Kontext herausgepickte Zitate können (scheinbar) auch etwas belegen, das diametral zur Intention des zugrundeliegenden Textes steht. Im vorliegenden Artikel geschieht dies oft. So heißt es bei Liebrand:

"Neben den amnestischen Barrieren innerhalb einer Person soll es auch eine Amnesie über die Amnesie geben, also mit anderen Worten: Man weiß gar nicht, dass man Zeitlücken an einem Tag hatte. Eine kanadische Autorin beschreibt es so: „Die meisten Menschen mit DIS erleben Phasen der Amnesie, auch wenn sie es vielleicht gar nicht wissen.“[41] Außerdem „[...] können Überlebende viele Jahre Therapie durchlaufen, ohne dass sie oder der Therapeut auch nur den Verdacht haben, dass solche Anteile existieren.“[42] Sie geht davon aus, dass die Betroffenen ein „Training, das Überlebende ihren dissoziativen Zustand nicht wahrnehmen lässt“[43] durchlaufen haben. Dies kann dazu führen, dass sich verunsicherte KlientInnen noch mehr zurückziehen und isolieren, aus Angst davor, nicht zu wissen, was sie im nächsten Moment machen oder vielleicht am Vortag bereits gemacht haben."

Fußnote [41] lautet: "Miller, A. (2019). *Jenseits des Vorstellbaren. Therapie bei ritueller Gewalt und Mind-Control*. S. 44. Kröning: Asanger.

¹¹⁹ Bequellte mit der Fußnote 40: Huntjens, R.J.C., Verschuere, B., & McNally, R.J. (2012). INTER-IDENTITY AUTOBIOGRAPHICAL AMNESIA IN PATIENTS WITH DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER. *Plosone*. – Diese Arbeit kommt tatsächlich zu dieser eher banalen Schlußfolgerung. Ihren Sinn sieht sie offenbar nur darin, die entsprechende pauschale Formulierung aus den Diagnosekatalogen zu relativieren: "A major symptom of Dissociative Identity Disorder (DID; formerly Multiple Personality Disorder) is dissociative amnesia, the inability to recall important personal information." Die Formulierungen der Diagnosekataloge (DSM und ICD) beziehen sich allerdings auf die jeweilige pathologische Grundsituation vor der therapeutischen Arbeit! Daß sich derlei im Verlauf des Lebens bzw. im Zusammenhang mit therapeutischer Arbeit in vielfältiger Weise ändern kann (und soll!), scheint den AutorInnen der Studie zuletzt doch deutlich geworden zu sein, denn sie schließen ihre Arbeit mit etwas unvermittelten Zitaten und Literaturhinweisen zur real vielschichtigeren Situation der traumatischen Amnesie ab, bevor sie – fast trotzig – ihren Schlußsatz dahinterstellen: "At the very least, our data are inconsistent with the definition of dissociative amnesia in DID as entailing separate inter-identity memory systems divided by impermeable amnesic barriers. The DID patients exhibited memory transfer across identities even though they did not realize it." So ist es; und das hat wohl mit dem impliziten Gedächtnis zu tun, das bei Menschen, die seit früher Kindheit gezwungen waren zur traumatischen Abspaltung, möglicherweise weiter ausdifferenziert wurde als bei Menschen ohne diese spezielle Entwicklungsaufgabe. – Hier der Link zu der Studie:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0040580>

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Sowie: Miller, A. (2018). Werde, wer Du wirklich bist. Kröning: Asanger. S. 43: „Die meisten Überlebenden von Mind Control und Rituelle Gewalt haben ein gespaltenes Selbst, auch wenn die Dissoziation im Außen verborgen bleibt oder sogar der/dem Betroffenen selbst verschlossen ist.“ "

Miller, A. (2019, S. 44) führt zu ersten Erläuterungen des Phänomens Amnesie. Bei dem in Liebrands Text zitierten Satz geht es Alison Miller darum, daß Betroffene nur durch soziale Rückmeldungen erkennen, daß sie offenbar etwas getan oder gesagt haben, wovon sie nichts wissen.

Der in der Fußnote selbst zitierte Satz aus (Miller, A. 2018, S. 43) ist der allererste des Kapitels 3: "Dissoziation, Multiplizität ("Viele-Sein") des Persönlichkeitssystems". Die Aussage ist also ein Einstieg, noch dazu in ein Werk, das auch als Selbsthilfebuch konzipiert ist. Alison Miller spricht in diesem Buch nicht nur TherapeutInnen, sondern auch Betroffene direkt an und lädt etwaige Teilpersönlichkeiten ein, Stellung zu beziehen. In der Folge erläutert sie, wie Betroffene durch ihre Selbsterfahrung herausfinden können, ob und inwieweit es amnestische Zustände bei ihnen gibt. – Dies ist therapeutisches Vorgehen, nicht aber, KlientInnen etwas überzustülpen!

Weiter zu Fußnote [42]: "Ebd.,S.70", gemeint ist also das Buch Miller, A. (2018). Dort geht es um die Erfahrung, daß Tätergruppen bestimmten Teilpersönlichkeiten verbieten, Kontakt aufzunehmen mit bestimmten anderen Teilpersönlichkeiten. Der unvollständig zitierte Satz lautet: "Obwohl vielleicht Gefühle von diesen Anteilen durchsickern, können Überlebende viele Jahre Therapie durchlaufen, ohne dass sie oder der Therapeut auch nur den Verdacht haben, dass solche Anteile existieren." Ohne den Anfang wirkt der Satz deutlich apodiktischer und damit unglaubwürdiger. Der vollständige Satz deutet auf mögliche Übergänge hin – die zum Ansatz der therapeutischen Arbeit werden, wie sie in Alison Millers Büchern nuanciert und ausführlich dargestellt werden.

Fußnote [43] lautet: "Miller, A. (2019). Jenseits des Vorstellbaren. Therapie bei ritueller Gewalt und Mind-Control. S. 280. Kröning: Asanger." Der zitierte Satz ist die erste Zwischenüberschrift des Abschnitts "Verleugnungstechniken". Hier geht es um klassische Konditionierung durch die Täter. Bianca Liebrand geht es allerdings auch hier nicht um eine inhaltliche Diskussion traumatherapeutischer Methoden. Sie pappt Zitate aneinander, um einen bestimmten Eindruck – den der Unglaubwürdigkeit – zu stimulieren.

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

<18> "Zum einen gibt es keine empirischen Untersuchungen, die zeigen, dass Mensch oder Tier soweit konditioniert werden könnten, dass man sie ohne ihr Wissen wie einen Roboter zu Taten verleiten könnte, deren sie sich selbst nicht bewusst sind."

Die Vielzahl der Berichte von Überlebenden sowie entsprechende Erfahrungen von PsychotherapeutInnen und Beratungsstellen machen deutlich, auf welche Weise konditionierte Reflexe bei Betroffenen gesetzt werden, nämlich mithilfe von Todesangst und sensorischen wie kognitiven Tricks. Dies alles bei kindlichen Opfern, deren Bewußtsein aus entwicklungspsychologischen Gründen weitgehend offen ist für entsprechende Konditionierungen. Empirische Untersuchungen mit einem vergleichbaren Setting kann es aus nachvollziehbaren Gründen nicht geben!

Dann kommt wieder das ceterum censeo im Umkreis der Leugner: "Zum anderen bleiben die BefürworterInnen der Theorie die wissenschaftlichen Beweise schuldig, dass solche Programmierungen überhaupt möglich sein könnten." – Seit ihren ärztlichen Protagonisten Pierre Janet und Sándor Ferenczi wurde als Beleg für traumatische Dissoziation eine Überfülle von therapeutischen Erfahrungen, Betroffenen-Berichten und statistischen Hinweisen zusammengetragen, die von "der Wissenschaft" mittlerweile nicht mehr ignoriert werden. Es gibt Studien auf medizinischem (insbesondere psychiatrischen) Hintergrund und neurophysiologische Forschungsergebnisse zum Thema der traumatischen Dissoziation¹²⁰. Dies alles beweist nicht die Existenz der Organisierten rituellen Gewalt, aber es erhöht Jahr für Jahr ihre Plausibilität.¹²¹

<19> Für grundlegend neue Erfahrungen müssen angemessene Begriffe erst gebildet werden, das gilt in jedem Tätigkeitsbereich. Die psychotraumatologische Traumatherapie hat sich erst etwa 1980 als konsistenter psychotherapeutischer Arbeits- und Forschungsbereich etabliert.¹²² Fachbücher entstehen meist neben

¹²⁰ Siehe Referate und weiterführende Hinweise in: Claudia Fliß/Claudia Igney (Hrsg.): HANDBUCH RITUELLE GEWALT (Lengerich 2010); Susanne Nick/ Johanna Schröder/ Peer Briken/ Hertha Richter-Appelt: ORGANISIERTE UND RITUELLE -GEWALT IN DEUTSCHLAND. PRAXISERFAHRUNGEN, BELASTUNGEN UND BEDARFE VON PSYCHOSOZIALEN FACHKRÄFTEN (in: Trauma & Gewalt, Mai 2019, 13. Jahrgang, Heft 2, pp 114-127 [DOI 10.21706/tg-13-2-114])

¹²¹ Dies auch im Zusammenhang mit den aktuelleren soziologischen, kriminalistischen und medienwissenschaftlichen Erkenntnissen über Menschenhandel im Bereich von Prostitution und gewaltpornografischem online-Markt.

¹²² Etliche psychotherapeutische Schule haben eigene Ansätze zur Behandlung traumatischer Störungen entwickelt. Der psychotraumatologische Ansatz verbindet insbesondere psychodynamische und verhaltenstherapeutische Erfahrungen mit neurophysiologischen Erkenntnissen. Einen eigenen Schwerpunkt bilden imaginative Momente. (Weiterführende Hinweise finden sich u.a. im Infoportal www.dissoziation-und-trauma.de.)

Bessel A. van der Kolk (et al.): TRAUMATIC STRESS. GRUNDLAGEN UND BEHANDLUNGSANSÄTZE ; THEORIE, PRAXIS UND FORSCHUNGEN ZU POSTTRAUMATISCHEM STRESS SOWIE TRAUMATHERAPIE (Paderborn 2000); vgl. auch die Übersichtsdarstellung bei Judith L. Herman: DIE NARBEN DER GEWALT (1993, 2003),

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

dem therapeutischen Alltag und vermitteln größtenteils eigene Erfahrungen aus der jeweiligen Praxis. So dürfte es nachvollziehbar sein, daß manche Formulierungen von Außenstehenden falsch verstanden werden können bzw. daß Inhalte bei verschiedenen AutorInnen leicht unterschiedlich beschrieben werden. Bei ernsthaftem Nachvollzug des entsprechenden Kontextes läßt sich der jeweilige Sinn wohl immer klären. Dem Herauspicken unklarer Formulierungen liegt jedoch vermutlich oft eine andere Intention zugrunde. – Nun hat Frau Liebrand bei Alison Miller folgende Stellen gefunden:

"Beim Hineinsprechen soll auch Kontakt zu sogenannten „schwebenden Teilchen (Wasserleichen)" aufgenommen werden.[69] Dabei soll es sich um Anteile handeln, die nicht absichtsvoll von den Tätern abgespalten wurden, sondern rein zufällig entstanden sein sollen. Diese sollen die Fähigkeit besitzen „durch den Körper zu schweben"[70] und unbemerkt an Informationen zu kommen. Ihnen wird ein enormes Wissen zugeschrieben und sie seien „eine große Hilfe auf dem Heilungsweg."[71]"

Die Stellen werden korrekt zitiert. (Miller 2018, S. 79) Entsprechende Teilpersönlichkeiten würde ich nicht als "Wasserleichen" bezeichnen, jedoch hatte ich schon beim ersten Lesen keinen Zweifel darüber, was die Autorin meinte. Worum geht es? – Traumatische Dissoziation ist auch in ihrer weitestgehenden Form, der Abspaltung von Teilpersönlichkeiten mit je eigener Entwicklungsgeschichte, ein natürlicher Schutzmechanismus der Seele. Persönlichkeitsanteile sind insofern nie "rein zufällig" entstanden. Vermutlich wählte das Übersetzerteam hier einen – unangemessenen – Gegenpol zum "absichtsvollen" Erzwingen von Abspaltung eines Anteils (Mind Control) durch die Täter. Gemeint sind vielmehr die naturwüchsig entstandenen Persönlichkeitsanteile, die es auch bei den Opfern solcher Tätergruppen im allgemeinen gibt. Die schweben nicht durch den Körper, vielmehr handelt es sich auch hier um neurophysiologische Verknüpfungen, die der Konditionierung durch die Täter jedoch nicht ausgesetzt waren.¹²³ Ihre erhebliche Bedeutung für die therapeutische Arbeit stellt Alison Miller in dem entsprechenden Abschnitt dar; das ließe sich verstehen, sofern nur der gute Wille dazu vorhanden ist!

Vermutlich handelt es sich bei dem Wort "Wasserleichen" um eine (für mich nicht erklärbare) Metapher, die in Millers Kontakt mit den Teilpersönlichkeiten einer oder mehrerer Betroffener entstanden ist und sich dadurch für sie selbst zu einem

Lydia Hantke: TRAUMA UND DISSOZIATION. MODELLE DER VERARBEITUNG TRAUMATISCHER ERFAHRUNGEN (Berlin 1999),

Frank W. Putnam: DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MULTIPLE PERSONALITY DISORDER (The Guildford Press 1989)

¹²³ Vgl. bei Merle Müller (a.a.O.) u.a. der Anteil "Doris".

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Quasi-Fachbegriff verfestigt hat. (Psychotraumatologische Therapie ist in hohem Maße imaginativ orientiert. Von daher spielen metaphorische Bezeichnungen unter Multis sowie in der Therapie eine große Rolle; manche von ihnen wurden und werden im Laufe der Zeit zu übergreifenden Fachbegriffen.)¹²⁴

<20> Die auch von Frau Liebrand angeschnittene Frage der "Wiederherstellung von Erinnerungen an einen Missbrauch" stand im Mittelpunkt der Interessengemeinschaft "False Memory Syndrome".¹²⁵ Deren Argumentation wurde schon allzuhäufig widersprochen; auch ich bin es müde und erlaube mir, hier nur den entsprechenden Absatz aus meinem *Infotext Rituelle Gewalt (bei D+T online)*¹²⁶ zu zitieren:

{ Gedächtnisforscher wie Elizabeth Loftus stellen die Möglichkeit der nachträglichen Reaktualisierung ("Wiederherstellung") von traumatisch dissoziierten Erinnerungen in Frage. Von denselben Forschern wird auf die Möglichkeit abgehoben, daß Therapeuten den Klientinnen und Klienten falsche Erinnerungen suggeriert haben. Die Interessengruppe False Memory Syndrome Foundation (FMSF) stellt das Vorkommen von dissoziierten und später reaktualisierten Erinnerungen an traumatische Erfahrungen generell in Frage. Die von Elizabeth Loftus (u.a.) vertretenen aussagenpsychologischen Experimente/ Forschungen haben ihre Berechtigung. Nur geht es dabei um grundlegend andere Situationen. Wenn wir uns an Einzelheiten eines beobachteten Verkehrsunfalls erinnern, entstehen "einfache" narrative Erinnerungen. Dazu gehört auch, wenn jemandem etwas "eingeredet" wird. In den allermeisten gerichtsrelevanten Zeugenaussagen geht es um solche Zusammenhänge. – "Psychotrauma" heißt aber gerade, daß eine Situation, die das individuelle Verarbeitungsvermögen überfordert, in einer neurophysiologisch anderen Weise gespeichert wurde.¹²⁷ Erwartungsgemäß traumatisch wirkende Situationen können jedoch aus ethischen Gründen nicht als wissenschaftliches Experiment hergestellt werden.

¹²⁴ Beispiele für solche Imaginationen sind Körperzeit, Im Innen sein, Im Außen sein, Viele Sein, Sicherer Ort, Burg, die Bösen, BeschützerIn, Innenkind, Gastgeberin, Zeit verlieren, hineinsprechen, BeobachterIn, ChronistIn.

¹²⁵ Die "False Memory Syndrome Foundation" war eine US-amerikanische Interessengemeinschaft von Personen, die angaben, fälschlicherweise des sexuellen Missbrauchs beschuldigt zu werden. Sie existierte von 1992 bis 2019. In Deutschland hat sich 2012 die "False Memory Deutschland e.V. (FMD) - Arbeitsgemeinschaft Falsche Missbrauchserinnerung" gegründet. Auf deren Website findet sich eine Liste von Literaturhinweisen im Sinne der Arbeitsgemeinschaft – einschließlich "Gefährliche[r] Selbsthilfe-Literatur" (so der Titel des betreffenden Abschnitts).

¹²⁶ Eine Version dieses Infotextes ist auch in dieser Veröffentlichung enthalten, deshalb auch der entsprechende Absatz.

¹²⁷ vgl. z.B. als eine der ersten Arbeiten: Van der Kolk u.a.: DIE PSYCHOBIOLOGIE TRAUMATISCHER ERINNERUNGEN. KLINISCHE FOLGERUNGEN AUS UNTERSUCHUNGEN MIT BILDGEBENDEN VERFAHREN BEI PATIENTEN MIT POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSTÖRUNG, in: Annette Streeck-Fischer [Hrsg.): ADOLESCENZ UND TRAUMA (Göttingen 1998, S. 57-78).

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

Zum Thema "False Memory Syndrome": Der Begriff "Syndrome" suggeriert – und soll suggerieren! –, daß hinter den entsprechenden Behauptungen eine validierte medizinische oder psychologische Diagnostik steht; tatsächlich handelt sich hier nicht um einen diagnostischen, sondern um einen taktischen Begriff.¹²⁸

Belletristische und journalistische Darstellungen können mehr oder weniger fiktiv sein, mittlerweile gibt es jedoch Tausende von dokumentierten Tagebuchseiten, Gedichten, Zeichnungen und Bildern, Tonfiguren zur selbsterlittenen Ritualen Gewalt, Überlebende tauschen sich seit über 20 Jahren umfassend aus in Selbsthilfezeitschriften¹²⁹ und Internetforen, sprechen live in Dokumentarfilmen – wie sollte all dieses Material entstanden sein, wenn den Betroffenen ihre Erinnerungen von TherapeutInnen "nur eingeredet" worden wären? Das würde auch die von Zweiflern oft bar jeder Fachkenntnis angeführte "Hypnose" nicht zuwege bringen.¹³⁰

Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, daß "falsche Erinnerungen" an traumatische Umstände vorkommen - sei es bei Menschen in psychotischen Phasen, durch böse Absicht einer angeblich Betroffenen (um jemandem zu schaden) oder durch Therapeuten/Helfer, die möglicherweise eine eigene Traumavergangenheit projizieren. Die mittlerweile schon sehr umfangreiche Literatur zu dem Thema deutet jedoch nicht darauf hin, daß das mehr als Einzelfälle sind. }}

<21> "Studien, die nach den Methoden der empirischen Wissenschaft (ausreichende Teilnehmerzahl, Kontrollgruppen, validierte Testinstrumente, etc.) Gültigkeit hätten und die Existenz der „Rituelle Gewalt und Mind-Control“-Theorie belegen könnten, liegen noch immer nicht vor." – Wer sich auch nur ansatzweise (jedoch ernsthaft) mit dem Thema beschäftigt, wird verstehen, daß es derartig konzeptualisierte Studien niemals geben kann. Auch "einfachere" Formen von sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, Inzest können nicht durch solche Studien belegt werden, sondern nur durch im Einzelfall verifizierte Betroffenenberichten in Verbindung mit gerichtsmedizinischen und/oder psychiatrischen/psychologischen Erkenntnissen. Selbst hierbei hat es hundert Jahre gedauert, bis ihr massenhaftes Vorkommen von

¹²⁸ Siehe auch Rosmarie Barwinski (Hrsg.): FALSE-MEMORY-DEBATTE (Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, ZPPM: Jg. 10, 2012, Heft 3: Themenschwerpunkt) (Vorgängerin der Zeitschrift TRAUMA, Asanger-Verlag) sowie Helga Erl: AUSSAGENPSYCHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG (in: Fliß/Igney: HANDBUCH RITUELLE GEWALT; Lengerich 2010, S. 392-412) Eine umfassende Diskussion der aussagenpsychologischen Problematik (sowie der mutmaßlichen Hintergründe der FMSF) mit umfassendem Quellen- und Literaturverzeichnis findet sich in: Martha Schalleck: ROTKÄPPCHENS SCHWEIGEN (Freiburg i.Br. 2006).

¹²⁹ Sammelbände der ersten bedeutenden Selbsthilfezeitschrift von und für Multiple Persönlichkeiten in Deutschland - MATRIOSCHKA - sind noch erhältlich bei www.vielfalt-info.de. Viele Beiträge dort werden als Kopie der handschriftlichen Originale wiedergegeben.

¹³⁰ Signifikant ist, daß die Existenz solcher Quellen auch von einflußreichen Medien bis vor kurzer Zeit gern ignoriert oder bei Bedarf als "unwissenschaftlich" ausgegrenzt wurde.

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

der Öffentlichkeit, von Gesetzgebern und Strafverfolgungsbehörden zur Kenntnis genommen wurde, immerhin in Europa.¹³¹ Die Betroffenen in anderen Regionen der Erde müssen bis heute um dieses öffentliche Bewußtsein kämpfen. Argumentationen wie diejenigen von Bianca Liebrand haben Anteil daran, daß Betroffene, Überlebende so lange Zeit nicht ernstgenommen werden. *Cui bono?*

<22> In ihrer Zusammenfassung schreibt Frau Liebrand: "Personen aus den jeweiligen Fachbereichen können zwar vielleicht die vorgebrachten Argumente des eigenen Bereiches beurteilen, scheitern in der kompletten Analyse aber daran, dass sie die jeweils anderen Fachbereiche nicht genügend kennen. Dieser Artikel soll einen ersten Anstoß dazu geben, sich multidisziplinär auszutauschen und im Gespräch zu bleiben."

Dem kann ich nur zustimmen.¹³² Der Artikel verzichtet allerdings darauf, "ins Gespräch zu kommen", also die therapeutischen Erfahrungen mit entsprechenden Betroffenen und die Schlußfolgerungen daraus auch nur ansatzweise nachzuvollziehen. Sie verzichtet generell darauf, sich auf Betroffenenberichte zu beziehen. Mit einigier Arroganz erklärt sie:

"Eine Herangehensweise, die bei empirischer Literatur sehr unüblich ist. Bei all diesen Berichten handelt es sich um Anekdoten und es stellt sich die Frage, welchen Aussagewert die geschilderten Erlebnisse haben sollen."

¹³¹ 1860 erschien in Frankreich eine gerichtsmedizinische Studie über Mißhandlung von Kindern durch Eltern und Aufsichtspersonen. Autor war Ambroise Auguste Tardieu, Professor für Gerichtsmedizin an der Pariser Universität. Er berichtet unter anderem von dem Fall der 17jährigen Adelina Defert, die seit ihrem achten Lebensjahr von ihren Eltern konsequent gefoltert wurde. Nachts wurde sie in einer Holztruhe mit Luftlöchern eingesperrt. Die Methoden gleichen denjenigen aus dem Umkreis der Ritualen Gewalt. – Bereits 1857 hatte Tardieu eine umfangreiche gerichtsmedizinische Studie über Sittlichkeitsverbrechen (*attentats aux mœurs*) verfaßt. Die Fallgeschichten beruhen auf der Analyse von 676 Fällen; im wesentlichen geht es um sexualisierte Gewalt gegen Kinder. – Den Hinweis entnehme ich dem noch immer eminent wichtigen Buch von Jeffrey M. Masson: *WAS HAT MAN DIR, DU ARMES KIND, GETAN?* (Reinbek 1984) Masson berichtet dort noch von anderen Veröffentlichungen jener Zeit, vorangig aus Frankreich. – Erkenntnisse über traumatische Dissoziation verdanken wir zunächst dem bedeutenden französischen Psychiater und Psychotherapeuten Pierre Janet (1859-1957), der durch die ProtagonistInnen der Psychotraumatologie wiederentdeckt wurde. Sándor Ferenczi, Psychoanalytiker der ersten Generation, erforschte unabhängig von Janet Prozesse der traumatischen Dissoziation; unter den von ihm beschriebenen Klientinnen befanden sich mit großer Wahrscheinlichkeit Betroffene mit DIS. (Vgl. Sándor Ferenczi: *INFANTIL-ANGRIFFE: ÜBER SEXUELLE GEWALT, TRAUMA UND DISSOZIATION* (Berlin 2014: A+C online) <https://autonomie-und-chaos.de/die-buecher/sandor-ferenczi-infantil-angriffe-ueber-sexuelle-gewalt-trauma-und-dissoziation>)

¹³² Bianca Liebrands eigener fachlicher Hintergrund bleibt im Artikel unerwähnt. Im Netz fand ich den Hinweis "M.Sc – Psychologie bei Sekten-Info NRW". Es gibt auf der Seite Sekten-Info NRW von ihr noch eine Rezension zu dem Buch *DAS TRÜGERISCHE GEDÄCHTNIS. WIE UNSER GEDÄCHTNIS ERINNERUNGEN FÄLSCHT* (Julia Shaw), die übernommen wurde vom "Religionswissenschaftlichen Medien- und Informationsdienst e.V. (REMID)". Der hier diskutierte Artikel wurde übernommen von "Sekten-Watch" (einer "Elterninitiative zur Hilfe gegen seelische Abhängigkeit und religiösen Extremismus e.V., München"). Inhaltlich schließen sich ihm "die Skeptiker" an, eine "Gesellschaft zur wissenschaftlichen Untersuchung von Parawissenschaften e.V. (GWUP)".

*Über das Leugnen von DIS,
Organisierter ritueller Gewalt
und Mind Control*

("Als empirische Wissenschaften oder Erfahrungswissenschaften gelten Disziplinen, in denen die Objekte und Sachverhalte der Welt, wie z. B. Planeten, Tiere, Verhaltensmuster von Menschen durch Experimente, Beobachtung oder Befragung untersucht werden. Diese empirischen Methoden können im Labor stattfinden, oder, so der Fachterminus, im Feld." So steht es in der Wikipedia. Hervorhebung MvL.)

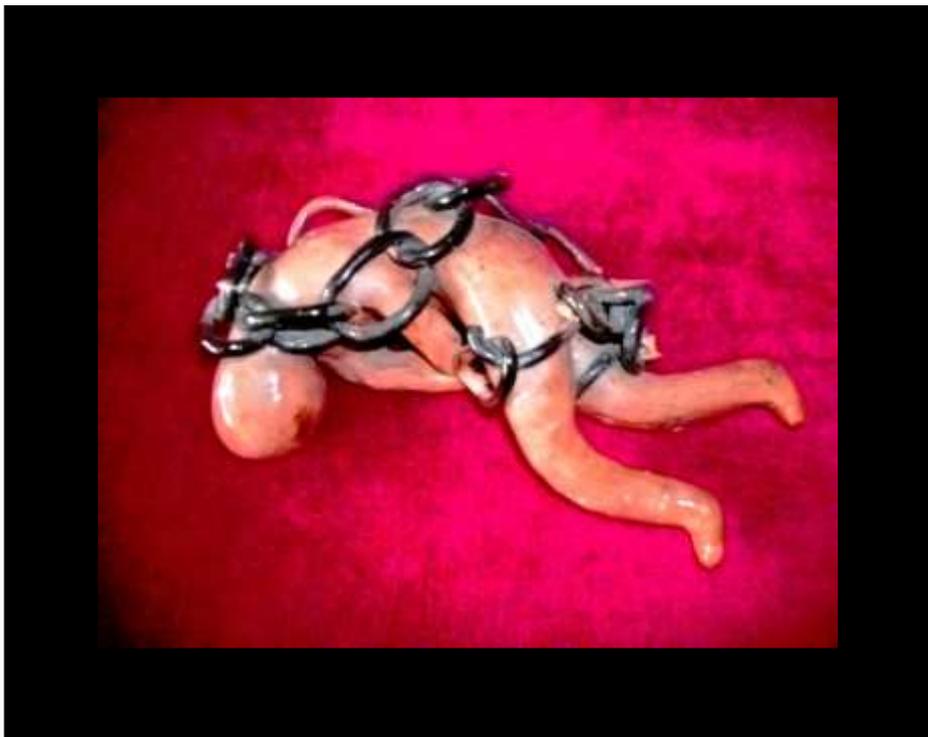
Im Bereich der Psychiatrie hat das Erfahrungswissen von Betroffenen mittlerweile einen eigenen Stellenwert zur Konzeption von Hilfsmöglichkeiten. Es gibt Genesungsbegleiter und Trialogische Psychoseseinare, gibt Forschungen zu Resilienz, Salutogenese und Recovery und Angehörigengruppen. Auch in der somatischen Medizin finden sich entsprechende Ansätze.¹³³

Letztlich läßt sich rhetorisch, auf dem Papier, in diesem Zusammenhang überhaupt nichts entkräften oder beweisen. Es gibt für alles auch Gegenargumente. Wer an unerklärlichen psychischen (und/oder körperlichen) Symptomen leidet, kann sich heutzutage, über das Internet, umfassend informieren und geeignet erscheinende Hilfsmöglichkeiten kontaktieren.¹³⁴ Dies gilt auch für Symptome oder Erinnerungen, die ("verdrängte") sexualisierte Gewalt in der Kindheit möglich erscheinen lassen. Ob diese Ahnung berechtigt ist, läßt sich oft erst im Verlauf einer Psychotherapie klären. Dennoch geht es selbst dann meist nicht um rituelle Gewalt/Mind Control!

Das Leid, das wir selbst in uns spüren, in Verbindung mit Ahnungen und Assoziationen, die sich nicht wegschieben lassen wollen, ist und bleibt die wichtigste Orientierung für die Wahl eines therapeutischen Weges. Fachbücher, Erfahrungsberichte, Einschätzungen von PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen, Beratungsstellen, FreundInnen oder Angehörigen können dabei unterstützen – aber wir sollten uns niemals unter innerem Widerstreben an ihnen orientieren. Psychotherapie ist harte Arbeit, sie kann erfolgreich sein nur, wenn wir vorbehaltlos dahinterstehen

¹³³ Siehe unter anderem dieses Projekt: <https://www.krankheitserfahrungen.de/> – Nicht ohne Zusammenhang zu unserem Thema sind qualitative Interviews in der Sozialforschung oder auch der Bereich der Oral History.

¹³⁴ PsychotherapieklientInnen, die fahrlässiges, mutwilliges oder sonstwe schädigendes Verhalten ihres Therapeuten/ ihrer Therapeutin erlebt haben, sollten sich allerdings eher an die Psychotherapeuten-Kammern (bzw. Ärztekammern, falls es sich um diese Berufsgruppe handelt) wenden als an eine "Sektenberatungsstelle". (Siehe hierzu den informativen Wikipedia-Artikel: <https://de.wikipedia.org/wiki/Sekte>)



© Gabi Lummas

SÁNDOR FERENCZI – EIN FRÜHER TRAUMAFORSCHER ¹³⁵

1896 formulierte Sigmund FREUD in seinem Aufsatz *Zur Ätiologie der Hysterie*¹³⁶ in aller Eindeutigkeit den Zusammenhang gewisser "schwerer neurotischer Erkrankungen" mit unangemessenen (traumatischen) "sexuellen Erfahrungen am eigenen Leib, (...) geschlechtliche(m) Verkehr (im weiteren Sinne)" im Kindesalter, initiiert durch Erwachsene. – Bereits im folgenden Jahr wird FREUD darin wieder unsicher.¹³⁷ Im Jahr 1905 distanziert er sich erstmals öffentlich von seiner (damals sogenannten) *Verführungstheorie*.¹³⁸ Von nun an baut er eine *Triebtheorie* aus, durch die er Erinnerungen an traumatischen sexuellen Mißbrauch interpretieren kann als neurotischen Konflikt innerpsychischer Instanzen (z.B. *Ödipuskomplex*).

In der weiteren Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und Therapie stand die menschliche *Phantasie* im Vordergrund: unser Bedürfnis nach Selbstdarstellung und Selbstinterpretation, nach subjektiver Ausdeutung unseres Erlebens.¹³⁹ So bedeutsam dies für die Entwicklung des menschlichen Bewußtseins war: die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit folgenschwerer sexueller Traumata im Kindesalter wurde dabei konsequent vernachlässigt, teilweise sogar geleugnet; – theoretisches Axiom und allgemeine gesellschaftliche Tabuisierung gingen Hand in Hand.¹⁴⁰

Als einziger Psychoanalytiker um FREUD versuchte der ungarische Arzt Sándor FERENCZI, die verhängnisvolle Weichenstellung der psychoanalytischen Theorie zu verhindern. FERENCZI, kein idealistischer Träumer, sondern grundlegend naturwissenschaftlich-analytischer Denker und seinem Lehrer, Freund und lebenslang wichtigsten intellektuellen Partner Sigmund FREUD weitestmöglich, gelegentlich bis zur Selbstverleugnung, treu ergeben, fühlte sich aufgrund seiner Erfahrungen mit bestimmten PatientInnen gezwungen, zurückzukehren zu FREUDS

¹³⁵ Einleitung zu der Veröffentlichung Sándor FERENCZI: *'Infantil-Angriffe! – Über sexuelle Gewalt, Trauma und Dissoziation'* (Berlin 2014: A+C)

¹³⁶ Enthalten in: *'Schriften zur Krankheitslehre der Psychoanalyse'* (Frankfurt/M.1991). Lesenswert in unserem Zusammenhang ist auch FREUDS Aufsatz *'Zur Psychotherapie der Hysterie'* (1895) (in: Josef BREUER/Sigmund FREUD: *'Studien über Hysterie'*, Frankfurt/M. 1991).

¹³⁷ Brief an Wilhelm FLIESS im 21.9.1897 (in: Sigmund FREUD: *'Briefe an Wilhelm Fließ 1887-1904'*, Frankfurt/M. 1986, Seite 283-286)

¹³⁸ Sigmund FREUD: *'Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen'*, in: Leopold LÖWENFELD (Hrsg.): *'Sexualleben und Nervenleiden'* (Wiesbaden 1906). Gegen Ende seines Lebens kam FREUD zu einem deutlich an FERENCZI orientierten Traumakzept zurück (in: *'Der Mann Moses und die monotheistische Religion'*, 1939; GW XIV). Zu den konzeptionellen Schwankungen FREUDS in dieser Frage sowie einseitigen Festschreibungen seiner Nachlaßverwalter siehe ausführlich bei Jeffrey M. MASSON: *'Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie'* (Reinbek 1984) sowie bei Martin HIRSCH (a.a.O.).

¹³⁹ Siehe hierzu Arbeiten von Alfred LORENZER, Hans-Martin LOHMANN, Helmut DAHMER, Manfred POHLEN, von letzterem besonders: *'Freuds Analyse. Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums von 1922'* (Reinbek 2008)

¹⁴⁰ Vergleiche Jeffrey M. MASSON (a.a.O.); Alice MILLER: *'Du sollst nicht merken'* (Frankfurt/M.1981); Judith L. HERMAN: *'Die Narben der Gewalt'* (Paderborn 2003, Seite 17-51).

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

Annahmen von 1896 und von dort aus neue theoretische Konzeptionen und therapeutische Methoden zu suchen. Schrittweise bilden sich seine Erkenntnisse und Erfahrungen zum Problem früher Realtraumatisierungen in seinen letzten Lebensjahren ab in mehreren, hier dokumentierten Veröffentlichungen sowie in seinem privaten *Klinischen Tagebuch* und einzelnen Notizen.¹⁴¹

1930, zu Beginn seiner Überlegungen und therapeutischen Experimente im Zusammenhang mit Realtraumatisierungen, hatte FERENCZI an FREUD geschrieben:

"Lieber Herr Professor,

Etwas frühzeitiger als Sie, Herr Professor, aber auch ich beschäftige mich viel mit dem Problem des Todes, natürlich gleichfalls im Zusammenhange mit dem eigenen Schicksale und deren zukünftigen Chancen. Ein Teil meiner körperlichen Selbstliebe scheint sich in wissenschaftliches Interesse sublimiert zu haben, und dieses subjektive Moment sensibilisierte mich, wie ich glaube, für psychische und sonstige Vorgänge in unseren Neurotikern, die sich in Momenten realer oder vermeintlicher Todesgefahr abspielen. Das war wohl der Weg, auf dem ich zur Auffrischung der anscheinend veralteten (zumindest einstweilen beiseite geschobenen) Trauma-Theorie kam. Mit den Einsichten, auch mit den therapeutischen Resultaten, die ich auf diesem Wege erhalte, bin ich vorläufig zufrieden, so daß ich es für zweckmäßig halte, mit meiner diesbezüglichen Arbeitsweise fortzufahren. Unsere letzte Begegnung im Schneewinkel überzeugte mich, daß meine Angst, Sie würden die reaktionäre Richtung bei mir nicht gutheißen, sehr übertrieben war. Die Analyse dieser übertriebenen Angstlichkeit führt, wie Sie wissen, weit ins Infantile zurück. Auch darüber sind wir beide (Sie als mein Analytiker und ich als Analysierter) im klaren, daß meine Beziehung zu Ihnen und zu den Kollegen in der Vereinigung vielfach in Vater- und Bruderbindungen wurzelt. Ich habe aber vorläufig die Empfindung, daß meine, vielleicht auch hier subjektiv gefärbten, Untersuchungen auch einen gewissen objektiven Wert beanspruchen können. Ich denke mir, es handelt sich bei mir um ein relativ verspätetes Aufflackern der Produktivität, und ich gebe diesem zeitweise sehr lebhaften Produktionsdrange nach, ohne die Kontrolle aufzugeben."¹⁴²

FERENCZIS Versuche, FREUD seine "Auffrischung" der Trauma-Theorie nahezubringen, enden jedoch im Fiasko. FREUD reagiert rigros ablehnend; ohne Zweifel scheine es sich bei FERENCZIS Engagement um eine "dritte Pubertät" zu handeln, schreibt er. – Der Psychoanalytiker Michael ERMANN drückte es grundsätzlich richtig, aber wohl zu einseitig aus: "Die Tragik seines Lebens

¹⁴¹ In einem Brief an einen Freund, den psychoanalytisch interessierten Arzt Georg GRODDECK vom 21.12.1930 schreibt FERENCZI: "Auch die übrigen Patienten 'agieren' lebhaft und beständigen täglich, was ich über die Notwendigkeit schrieb, die Traumatogenese wieder in ihre Rechte einzusetzen." Am 10.10.1931 schreibt er an denselben: "Ich plage mich mit dem Problem des Traumas selbst; die Spaltungen, ja Atomisierungen der Persönlichkeit bieten Gelegenheit zu einem anregenden aber komplizierten Rätsel-Löse-Spiel. Man kommt dabei in gefährliche Nähe des Todesproblems (Geistesranke sind wirklich halb tote Menschen)." (Sándor FERENCZI/Georg GRODDECK: *Briefwechsel 1923-1933*; Frankfurt/M. 1986)

¹⁴² Sigmund FREUD/Sándor FERENCZI: *Briefwechsel. Band III/2, 1925-1933*; Wien/Köln/Weimar 2005), Brief vom 20. 7. 1930

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

besteht in der nicht aufgelösten Übertragung zu Freud, dem er seine Ziele opferte und dessen Ziele er für sich übernahm."¹⁴³

Quellen zur Geschichte der Psychoanalyse zeigen, daß Sigmund FREUD sich dennoch bis zum Lebensende in wechselnder Gewichtung auseinandersetzte mit dieser Frage. Andere Psychoanalytiker waren damals rigider, so z.B. Karl ABRAHAM: "Erwachsene weibliche Hysterische (...) werden auf offener Straße belästigt, auf sie werden dreiste sexuelle Attentate verübt etc. In ihrem Wesen liegt es, daß sie sich in einer traumatischen Entwicklung von außen exponieren müssen. Es ist ihnen Bedürfnis, als die einer äußeren Gewalt Unterliegenden zu erscheinen; wir finden hierin eine allgemeine psychologische Eigenschaft des Weibes in übertriebener Form wieder."¹⁴⁴ – In dieser uns heute empörenden Zuschreibung finden sich Verhaltensweisen von in ihrem Selbstempfinden verletzten Frauen, interpretiert auf Grundlage von damals allgemeingesellschaftlicher Unkenntnis von Geschlechtsrollen, gewürzt mit ebenso konsensueller männlicher Angst vor sexuell aktiven und emotional verunsichernden Frauen. Bedauerlicherweise segnete *der Meister* ABRAHAMs Einschätzung als "letztes Wort" ab.¹⁴⁵

Nach FREUDs Tod wurde das Dogma endgültig festgeklopft. Ernest JONES, Psychoanalytiker der ersten Generation, behauptete in seiner FREUD-Biografie im Hinblick auf FERENCZI und dessen zeitweiligen Mitstreiter Otto RANK: "Bei beiden entwickelten sich psychotische Erscheinungen, die sich unter anderem darin äußerten, daß sie sich von Freud und seinen Lehren abwandten."¹⁴⁶ ANNA FREUD schrieb 1981 in einem Brief an MASSON: "Wenn man die Verführungstheorie aufrechterhält, dann bedeutet das die Preisgabe des Ödipuskomplexes und damit der gesamten Bedeutung der bewußten wie der unbewußten Phantasien. Danach hätte es meines Erachtens keine Psychoanalyse mehr gegeben."¹⁴⁷ Für die damalige Situation psychoanalytischer Forschung ist diese Sorge sogar nachvollziehbar. Bedauerlicherweise hatte keiner der damaligen

¹⁴³ Michael ERMANN (a.a.O.). Zur Konfrontation FERENCZIS mit FREUD und der damaligen psychoanalytischen Gemeinschaft existiert Lesenswertes in der deutschen Originalausgabe des vollständigen *'Klinischen Tagebuch'* (Frankfurt/M. 1988 sowie Neuausgabe Gießen 1999: Psychosozial-Verlag): Vorwort von Judith DUPONT, Einleitung des Herausgebers Michel BALINT sowie Nachwort von Pierre SABOURIN. Jeffrey MASSON dokumentiert in der angegebenen Veröffentlichung ausführlich und quellengeleitet die kränkende und teilweise offensichtlich bösertige Ausgrenzung FERENCZIS durch die psychoanalytische Gemeinschaft. Sehr lesenswert auch die umfassende Darstellung bei Mathias HIRSCH: *'Psychoanalytische Traumatologie – Das Trauma in der Familie'* (Stuttgart 2004). Eine Fundgrube ist der mittlerweile vollständig veröffentlichte Briefwechsel zwischen FERENCZI und FREUD (Band I-III, in sechs Teilbänden, Wien 1993-2005).

¹⁴⁴ Karl ABRAHAM: *'Das Erleiden sexueller Traumata als Form infantiler Sexualbetätigung'* (1907; Frankfurt/M. 1982)

¹⁴⁵ Sigmund FREUD: *'Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung'* (GW 10, Seite 43-113, hier: Seite 55)

¹⁴⁶ München 1984, Seite 62

¹⁴⁷ a.a.O., Seite 135f.

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

FREUD-Schüler das Format, die Psychoanalyse aus dieser Sackgasse herauszuführen, ohne sie aufzugeben. *Allenfalls der eine, der aber zu früh starb* –

Jeffrey MASSON dokumentiert, daß in Frankreich bereits in der Generation vor FREUD engagierte Psychiater und Gerichtsmediziner versuchten, Alarm zu schlagen im Hinblick auf die offenbar massenhaft vorkommende sexuelle Gewalt von Angehörigen gegen (teilweise sehr junge) Kinder. Zu Unrecht vergessen ist beispielsweise Ambroise TARDIEU (1818-1879) mit seiner erstmals 1857 erschienenen *'Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs'*. MASSON zitiert umfassend weitere Aufsätze und Bücher, die sich in Frankreich zu jener Zeit mit dem sehr häufigen Vorkommen von Gewalt gegen Kinder, meist durch Bezugspersonen, befaßt. Er belegt, daß FREUD diese Arbeiten kannte.¹⁴⁸

Die von FREUDs Triebtheorie vorgegebene Interpretation von Hinweisen auf sexuelle Traumatisierungen im Kindesalter als vorrangig "hysterische Lügen" wurde jedoch über Jahrzehnte zum Standard in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Traumaüberlebende Frauen wurden auf ihre unterdrückten sexuellen Bedürfnisse hingewiesen, gelegentlich auch zur Masturbation ermuntert.¹⁴⁹ Die Psychoanalytikerin und Traumatherapeutin Luise REDDEMANN erinnert sich und uns:

"1985 übernahm ich die Leitung einer psychosomatischen Klinik. Zu diesem Zeitpunkt machten sich deutsche Psychotherapeuten und Psychiater keine Gedanken über Traumatisierungen ihrer Patienten und Patientinnen. Psychoanalytiker waren der Meinung, dass Traumatisierungen weniger wichtig waren – wenn überhaupt – als Fantasien. Alice Miller, die Anfang der 80er Jahre einige Bücher zu diesem Thema veröffentlicht hatte,¹⁵⁰ wurde in Fachkreisen wenig ernst genommen. Meist wurden Traumatisierungen, über die Patientinnen berichteten, als Fantasien behandelt. Insbesondere der so genannte sexuelle Missbrauch (...) galt als Ausdruck von so genannten ödipalen Fantasien. Damit waren die Psychoanalytiker der 70er und 80er Jahre noch konservativer als Freud, der immerhin die Möglichkeit offen gelassen hatte, dass es so etwas wie sexualisierte Gewalt gegen Kinder gibt."¹⁵¹

¹⁴⁸ Jeffrey MASSON: a.a.O.

¹⁴⁹ Letztere Erfahrung mit einem ärztlichen Psychotherapeuten berichtete mir noch etwa 2004 eine Betroffene. Dieses "Heilmittel" stammt aus der Zeit der Hysterie-Behandlung in Frankreich hundert Jahre zuvor (CHARCOT).

¹⁵⁰ Siehe vor allem Alice MILLER: *'Du sollst nicht merken'* (Frankfurt/M. 1981) (Anmerkung MvL)

¹⁵¹ Luise REDDEMANN: *'Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren'* (Stuttgart 2001, Seite 11)

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

Der polnische Kinderarzt und Waisenhausdirektor Janusz KORCZAK¹⁵² hat als einer von ganz wenigen neben FERENCZI in der Zeit vor 1945 die gesellschaftlich tabuisierte Realität sexueller Gewalt an Kindern ernstgenommen. Eine vergleichende Analyse von Michael KIRCHNER belegt, daß KORCZAK die Situation der Kinder auch in psychodynamischen und pädagogischen Einzelheiten ähnlich wie FERENCZI verstand.¹⁵³



Sándor FERENCZI¹⁵⁴ wurde 1873 als achtens von zwölf Kindern geboren. Sein Vater, ein aus Polen eingewanderter Jude, getragen von der Begeisterung für den ungarischen Unabhängigkeitsaufstand und die liberalen Reformen von 1848, betrieb eine Buchhandlung und starb, als Sándor 15 Jahre alt war. Nach seinem Medizinstudium in Wien kehrte Sándor nach Budapest zurück, wo er zunächst als externer Arzt in einer Abteilung für Prostituierte am St. Rochus-Spital (Szent Rókus Kórház) arbeitete. 1900 trat er in die Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Armenkrankenhauses St. Elisabeth (Szent Erzsébet Kórház) ein und 1904 in eine Poliklinik. Danach eröffnete er seine eigene Praxis als Allgemeinarzt und Psychiater und wurde psychiatrischer Gerichtsgutachter. – 1908 kam es (vermittelt durch C. G. JUNG) zur Bekanntschaft mit Sigmund FREUD. Bereits am 27.4.1908 sprach FERENCZI auf dem 1. Psychoanalytischen Kongreß in Salzburg; sein Vortrag enthält – mit Bezug auf Perspektiven der Psychoanalyse – den Satz: "Die Befreiung von unnötigem innerem Zwang wäre die erste Revolution, die der Menschheit eine wirkliche Erleichterung schüfe."¹⁵⁵ Im folgenden Jahr begleitete er FREUD zu einer Vortragsreise nach Nordamerika; eine Freundschaft entwickelt sich.

1910 schlug FERENCZI (auf Anregung FREUDs und selbst durchaus kritisch gegenüber typischen gruppenspezifischen Auswirkungen des Vereinslebens)¹⁵⁶ die Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung vor, 1913 rief

¹⁵² Geboren 1878 in Warschau, 1942 zusammen mit 200 Waisenkindern im KZ Treblinka ermordet worden.

¹⁵³ Michael KIRCHNER: 'Sexualisierte und sexuelle Gewalt in der Familie und deren Umfeld. Analysen von Sándor Ferenczi und Janusz Korczak', in: Sabine ANDRESEN/Wilhelm HEITMEYER (Hrsg.): 'Zerstörerische Vorgänge. Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen' (Weinheim 2012, Seite 216-226)

¹⁵⁴ Aussprache: [sch:andor férentsi]. FERENCZI bediente sich in seinen psychoanalytischen Arbeiten und Vorträgen der drei Sprachen ungarisch, deutsch und englisch.

¹⁵⁵ 'Psychoanalyse und Pädagogik', in: 'Schriften zur Psychoanalyse II' (a.a.O., Seite 1-11, hier: Seite 4) – Die gleiche Position vertrat auf diesem Kongreß auch der Psychiater, Psychoanalytiker und Anarchist Otto GROSS. FREUD lehnte eine solche Perspektive strikt ab: "Wir sind Ärzte und wollen Ärzte bleiben", erinnert sich GROSS an dessen Reaktion (Otto GROSS: 'Ludwig Rubiners >Psychoanalyse<', in: Die Aktion, III. Jahr, Nr.20, Berlin, 14. Mai 1913, Spalte 506—507). – Die Grenzen von FERENCZIs gesellschaftskritischer Haltung diskutiert Theodor W. ADORNO in einer Passage ('Vernunft, Ich, Überich') seiner 'Negativen Dialektik' (GS 6, Seite 269 ff.; Frankfurt/M. 1997).

¹⁵⁶ Vgl. 'Zur Organisation der psychoanalytischen Bewegung' (1910; in: 'Schriften zur Psychoanalyse I', Frankfurt/M. 1970)

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

er die Ungarländische Psychoanalytische Gesellschaft (Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület) ins Leben. Weitere Gründungsmitglieder letzterer waren der Psychiater István HOLLÓS, Hugó IGNOTUS, Chefredakteur der progressiven Literaturzeitschrift Nyugat, der Internist Lajos LÉVY und der Arzt Sándor RADÓ. FERENCZI wurde zum spiritus rector einer ungarischen Schule der Psychoanalyse, die in ihrem kreativen, unorthodoxen Eigengewicht noch fast bis heute ihre Spuren hinterlassen hat in Theorie und Praxis der Psychoanalyse.¹⁵⁷ Im Ersten Weltkrieg war FERENCZI zunächst Regimentsarzt in Westungarn, ab 1916 als Neuropsychiater an einem budapester Militärlazarett. 1918 fand in Budapest der 5. Internationale Psychoanalytische Kongreß statt, auf dem die Psychoanalyse der Kriegsneurosen einen Schwerpunkt bildete und für öffentliche Aufmerksamkeit sorgte.¹⁵⁸

In Budapest hatte sich um Sándor FERENCZI ein Kreis von Intellektuellen und Künstlern gebildet; zu ihm gehörten Béla BARTOK, Zoltan KODÁLY, György (Georg) LUKÁCS, Károly (Karl) MANNHEIM, Norbert ELIAS, Melanie KLEIN, René Arpad SPITZ, Margaret MAHLER, David RAPAPORT, Alice und Mihály (Michael) BALINT, Imre HERMANN. Nach der ungarischen *Asternrevolution* forderten budapester Medizinstudenten im Oktober 1918 die Einrichtung eines Lehrstuhls für Psychoanalyse und dessen Besetzung durch FERENCZI. Dieser erhielt daraufhin im Mai 1919 als erster Psychoanalytiker in der Geschichte der Psychoanalyse eine Universitätsprofessur (die Ernennungsurkunde unterzeichnete György LUKÁCS). – Im Vergleich mit den Wiener Psychoanalytikern stand die Budapester Schule politisch weiter links. So betonte FERENCZI bereits zu dieser Zeit sozialpsychologische Aspekte. Hundertdreißig Tage nach ihrer Proklamierung wurde die Räterepublik durch rumänische und tschechische Invasionstruppen zur Aufgabe gezwungen und mußte dem reaktionären Horthy-Regime weichen. Die nun folgende Welle von Antisemitismus und Repression verschonte auch die Psychoanalyse nicht. Viele ungarische AnalytikerInnen emigrierten nach Deutschland. FERENCZI blieb in Budapest, wurde aber aus der Ärztekammer ausgeschlossen, seiner öffentlichen Ämter enthoben und mußte sich

¹⁵⁷ Zu den ungarischen PsychoanalytikerInnen der ersten Generation gehörten Istvan HOLLÓS (Psychoanalyse von Psychotikern, Öffnung der Psychiatrien) und Imre HERMANN (Anklammerungstheorie, Vorläuferin der Bindungstheorie), Michael BALINT (bedeutendster Schüler FERENCZIS), Melanie KLEIN (Mitbegründerin der auf FERENCZI zurückgehenden Objektbeziehungstheorie), Géza RÓHEIM (psychoanalytische Anthropologie), Franz ALEXANDER (psychoanalytische Psychosomatik), René SPITZ (Hospitalismus- und Säuglingsforschung), Sándor RADÓ (Depressionen, Drogenmißbrauch), Margaret MAHLER (erste psychoanalytische Entwicklungspsychologie). Siehe auch Gábor BERÉNYI/Lívia NEMES (Hrsg.): *Die Budapester Schule der Psychoanalyse* (Budapest 1999) und Judit MESZAROS: *Ferenczi and Beyond: Exile of the Budapest School and Solidarity in the Psychoanalytic Movement During the Nazi Years* (London 2014; ungarische Originalausgabe Budapest 2008). Eine authentische Darstellung der Lehrprinzipien der ungarischen Psychoanalytiker (vor ihrer Vertreibung durch die Nazis) ist Imre HERMANN: *Die Psychoanalyse als Methode* (Wien 1934).

¹⁵⁸ *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion zwischen Sigmund FREUD, Sándor FERENCZI, Ernst SIMMEL, Ernest JONES* (Leipzig/Wien 1919)

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

auf seine Privatpraxis zurückziehen. Jedoch setzte bald eine Liberalisierung ein. In Budapest gab es seit 1930 eine psychoanalytische Erziehungsberatungsstelle, und 1931 wurde in der Villa von Vilma KOVACS das Institut der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung gegründet sowie eine von FERENCZI geleitete psychoanalytische Poliklinik für Erwachsene und Kinder eröffnet.¹⁵⁹



Im Verlauf des Ersten Weltkriegs sowie nach dem Zweiten Weltkrieg drang die Realität psychischer Traumata wieder ins öffentliche Bewußtsein. Soldaten und Überlebende der Konzentrationslager suchten psychotherapeutische Hilfe, ab 1970 auch traumatisierte US-Soldaten aus dem Vietnamkrieg. Etwa um dieselbe Zeit wurden schrittweise Vergewaltigungen und sexuelle Gewalt öffentliches Thema.¹⁶⁰ Zu diesem neuen Beginn psychotraumatologischer Forschung gehörte die Wiederentdeckung des französischen Philosophen, Psychiaters und Psychotherapeuten Pierre JANET (1859-1947). Unabhängig von FREUD (und Josef BREUER)¹⁶¹ war JANET zur Überzeugung gekommen, daß das Phänomen "Hysterie" durch ein psychisches Trauma verursacht wird. Im Gegensatz zu FREUD verfolgte sein Kritiker JANET dieses Thema weiter. So beschrieb er 1889 Amnesien und Identitätsstörungen als "Dissoziationen" infolge eines Traumas.¹⁶²

Etliche Fallvignetten und Reflexionen in den hier dokumentierten Vorträgen und privaten Notizen lassen den Schluß zu, daß unter Sándor FERENCZIS frühtraumatisierten PatientInnen Betroffene mit Borderline-Syndrom,

¹⁵⁹ Als lesenswerte Arbeiten zu der auch weiterhin turbulenten Lebens- und Tätigkeitsgeschichte FERENCZIS und zu seinem psychoanalytischen Wirken habe ich gefunden: André E. HAYNAL: *'Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Freud, Ferenczi, Balint'* (Frankfurt/M. 1989) und derselbe: *'Disappearing and Reviving. Sándor Ferenczi in the History of Psychoanalysis'* (London 2002); Judit SZEKACS-WEISZ/Tom KEVE (Hrsg.): *'Ferenczi and his World: Rekindling the Spirit of the Budapest School'* (London 2012); Michael ERMANN: *'Sándor Ferenczi und der Institutionskonflikt der Psychoanalyse'* (in: Forum der Psychoanalyse Heft 4/2010); Hans Waldemar SCHUCH: *'Bedeutsame Akzentverschiebungen – Von der Genitaltheorie zur elastischen Psychoanalyse. - Einige Aspekte der Entwicklung des theoretischen und theoriotechnischen Werkes von Sándor Ferenczi'* (online:

<http://web.archive.org/web/20060927110838/http://www.bbpp.de/altaufgelesen/juli2001/ferenczi.pdf>)

;Thierry BOKANOWSKI: *'Trauma, Analyseprozeß und Umformung'* (in: EPF Bulletin 67, 2013, Seite 86-98)

und derselbe: *'Zwischen Freud und Ferenczi: Das >Trauma<'* (in: PSYCHE 53, 1999, Seite 432-40).

Informativ und nuanciert im Hinblick auf FERENCZIS psychoanalytische Arbeiten jenseits des Traumathemas sowie lebensgeschichtliche Einzelheiten sind die Einleitungen zu den beiden Bänden *'Schriften zur Psychoanalyse'*, zu Band I von Michael BALINT, zu Band 1 von Judith DUPONT.

¹⁶⁰ vgl. Judith L. HERMAN: *'Die Narben der Gewalt'* (München 1994; Neuausgabe Paderborn 2003)

¹⁶¹ Der Wiener Arzt, Physiologe und Philosoph Josef BREUER (1842-1925) gilt neben Sigmund FREUD als Mitbegründer der Psychoanalyse.

¹⁶² Zur Geschichte des Dissoziationsbegriffs siehe Lydia HANTKE: *'Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen'* (Berlin 1999).

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

Dissoziativer Identitätsstörung (DIS) und DDNOS waren.¹⁶³ Es wird deutlich, wie er das Prinzip der traumabedingten Dissoziation (meist spricht er von "Spaltung", "Zersplitterung" oder "Fragmentierung") aus seinen therapeutischen Erfahrungen mit in der Kindheit sexuell traumatisierter Patientinnen heraus verstehen lernt. Die diesbezüglichen Arbeiten Pierre JANETS hat er offenbar nicht genutzt.¹⁶⁴ Nach JANET (und FREUD in jener allzu kurzen Episode ab 1896) scheint FERENCZI tatsächlich weltweit der erste gewesen zu sein, der konsequent und stringent das Wesen von frühem Psychotrauma und den therapeutischen Umgang damit erkundet hat!

In seinem hier auszugsweise dokumentierten Spätwerk beruft FERENCZI sich jenseits von Übertragung und Gegenübertragung auf die Grunderfahrungen von Güte, Authentizität, Bescheidenheit und Takt. Damit legt er den Grundstein zu einer intersubjektiven Haltung, einer *Zwei-Personen-Psychologie*, im Gegensatz zur bis dahin in der Psychoanalyse vorherrschenden Ein-Personen-Psychologie. Komplementär zu FREUDs Abstinenzprinzip führt er das Prinzip der Gewährung ein und ermöglicht damit eine regressionsfreundliche Haltung des Analytikers.

Der Psychoanalytiker Mathias HIRSCH schreibt: "Ferenczi sieht ihn [*den Patienten*] zusammen mit seinem realen Gegenüber, dessen bestimmte Eigenschaften zu den Beziehungsqualitäten beitragen (wie auch umgekehrt), die gegebenenfalls traumatisierend wirken können (...). Freud dagegen sieht das Individuum eher solipsistisch, ein Objekt seiner Triebe (...) suchend."¹⁶⁵ Der psychoanalytische Traumaforscher und Ego State-Therapeut Jochen PEICHL betont im Hinblick auf FERENCZI: "Trauma wurde jetzt konzipiert als ein nicht verarbeitetes Beziehungsereignis in Abgrenzung zu einem bloßen Zusammenbruch des Reizschutzes, der Ich-Organisation, ohne die Qualität der Beziehung zum Täter zu beachten."¹⁶⁶

¹⁶³ "Es wurde mir möglich, an die Patienten Fragen zu stellen und von abgespaltenen Teilen der Persönlichkeit wichtige Auskünfte zu erlangen", berichtet er unmißverständlich 1929 in Oxford (*'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'*). Im *Tagebuch* erwähnt er unter anderem (am 12. Januar 1932) ausführlich eine Patientin (R.N. = Elizabeth SEVERN), die als 5jährige zur Prostitution abgerichtet wurde.

¹⁶⁴ In einer seiner frühen Literaturkritiken (1913) beteuert FERENCZI zwar, "wie viel wir z.B. Janets Lehre von der Dissoziation des Ichs zu verdanken haben (was übrigens Freud selbst immer anerkannt hat)" (Sándor FERENCZI: *'Bausteine zur Psychoanalyse, Band IV'*, Leipzig 1938, Seite 51). Aus einer anderen Rezension (1915) wird jedoch deutlich, daß JANET auch von FERENCZI zu jener Zeit aufgrund seiner "psychostatischen Auffassung" (a.a.O., Seite 17) in grundlegendem Widerspruch zur psychodynamischen Auffassung der Psychoanalyse gesehen wurde. Und dabei blieb es dann wohl. – Allerdings erwähnt FERENCZI in dem hier dokumentierten Vortrag *'Relaxationsprinzip und Neokatharsis'* zustimmend C. G. JUNGs *Assoziationsexperimente*; dieser hatte sich dort deutlich auf JANETS Erfahrungen zur Dissoziation bezogen. (Siehe auch die ausführliche Darstellung bei Ruth LEYS: *'Trauma. A Genealogy'*; Chicago/London 2000)

¹⁶⁵ Mathias HIRSCH: *'Psychoanalytische Traumalogie – Das Trauma in der Familie'* (Stuttgart 2004, Seite 44)

¹⁶⁶ Jochen PEICHL: *'Die inneren Trauma-Landschaften'* (Stuttgart 2007, Seite 59f.) – Der Satz ist eventuell etwas mißverständlich; alles nach "in Abgrenzung zu" bezieht sich auf FREUDs Grundverständnis.

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

"Ohne Sympathie keine Heilung"¹⁶⁷ - auch dieses Grundprinzip FERENCZIS macht ihn zu einem Protagonisten der Traumatherapie; zweifellos ging es ihm bei seinen Trauma-PatientInnen nicht mehr vorrangig um wissenschaftliche Forschung, sondern um konkrete Mitmenschen, denen er als Partner einer therapeutischen Beziehung zu helfen versuchte.¹⁶⁸ – Heute wird erkannt: "Es war Ferenczi, der als erster die fast unüberwindliche Trennwand beschrieben hat, die zwischen traumatischer Erfahrung und posttraumatischer Struktur besteht. (...) Ferenczi dient als Brücke zum Verständnis des innerpsychischen Erlebens des Traumatisierten."¹⁶⁹

Sándor FERENCZIS somatisch-physiologische, manchmal fast erschreckend mechanistisch anmutende Grundhaltung (in der er sich gerade mit FREUD verbunden gefühlt haben dürfte) begünstigte ein Erkenntnisinteresse, das keine Rücksicht nehmen konnte auf dogmatische Vorgaben. FERENCZI setzte seine Erfahrungen aus den analytischen Begegnungen pragmatisch-kreativ, folgerichtig und hypothesenbildend um, ganz im Sinne einer *offenen* Theorie, auch darin wie FREUD in seinem genuinen Nachdenken!¹⁷⁰ Es konnte nicht ausbleiben, daß er bei solcher konsequent *induktiven* Herangehensweise zu neuen, von der inzwischen entstandenen psychoanalytischen *Lehre* (mit ihrem deduktivem Anspruch) nicht mehr gedeckten Erkenntnissen und Konzepten kam. Bei allem ersichtlichen und auch von ihm bekundeten Bemühen, diese in den Rahmen des psychoanalytischen Konsens einzufügen, konnte er zumindest im Traumabereich kaum auf Anknüpfungspunkte zurückgreifen: Mit der damaligen Psychoanalyse hat *Ferenczis Traumatheorie*¹⁷¹ nur noch peripher zu tun.¹⁷² Jedoch liegt in ihr die Chance, das für TraumapatientInnen bedauerliche Schisma zwischen psychoanalytischer Orientierung am *innerem Konflikt* einerseits und

¹⁶⁷ Im *Klinischen Tagebuch* unter dem 13. August 1932.

¹⁶⁸ In FERENCZIS '*Klinischen Tagebuch*' finden sich etliche kritische Anmerkungen zu wenig menschenfreundlichen und eher an eigenen psychischen Defekten orientierten Verhaltensweisen von Psychoanalytikern, von denen er sich garnicht ausnimmt.

¹⁶⁹ Margareta DIAZ/David BECKER: '*Trauma und sozialer Prozeß*', in: M. HERMER (Hrsg.): 'Die Gesellschaft der Patienten' (Tübingen 1995, Seite 122); zitiert nach: Lydia HANTKE: '*Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*' (Berlin 1999, Seite 142)

¹⁷⁰ So notiert sein Lehranalysand Smiley BLANTON noch für 1930 FREUDS Hinweis: "Wenn man eine neue Wissenschaft entwickelt, stellt man zunächst einmal vage Theorien auf. Man kann die Dinge nicht sogleich scharf formulieren. Aber wenn man darüber schreibt, verlangt das Publikum etwas Definitives, sonst meint es, man wüßte nicht, was man zu sagen hätte." – Und etwas später: "Anscheinend glauben sie [*die Kritiker*], die Analyse sei vom Himmel gefallen oder aus der Hölle geschleudert worden – ein für allemal fixiert wie ein Lavablock. Sie denken nicht daran, daß sie ein Gebilde von Fakten ist, die nur langsam und unter größten Anstrengungen von der wissenschaftlichen Forschung zusammengetragen wurden." (Smiley BLANTON: '*Tagebuch meiner Analyse bei Sigmund Freud*' (Frankfurt/Berlin/Wien 1975, Seite 43 und 47)

¹⁷¹ In nichtdeutschen Fachveröffentlichungen wird sie in jüngerer Zeit ganz selbstverständlich als solche bezeichnet!

¹⁷² Dies macht nachvollziehbar, daß selbst manche engagierte TraumatherapeutInnen psychoanalytischer Provenienz die Existenz von *Dissoziativer Persönlichkeitsstörung (DIS/"Multiple Persönlichkeit")* zu ignorieren versuchen: Bis heute scheint es keine psychoanalytischen Erklärungsmöglichkeiten für DIS zu geben.

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

psychotraumatologischem Gewicht auf *Opfer, Täter und Realtrauma* andererseits zu heilen.¹⁷³

Die zunehmende Eskalation des Konflikts zwischen FERENCZI und FREUD und anderen Mitgliedern der psychoanalytischen Szene läßt sich im Briefwechsel zwischen FERENCZI und FREUD einigermaßen nachvollziehen.¹⁷⁴ 1932 wird die Kollision unvermeidbar – und die Kränkung beider offensichtlich. Noch immer aber versucht FERENCZI, eine Brücke zum väterlichen Freund zu bauen: "Sie können versichert sein, daß ich all die schönen früheren Besuche erinnere, wenn ich auch zugeben muß, daß mehr Mut und offenere Aussprache meinerseits über Praktisches und Theoretisches von Vorteil gewesen wäre. Doch leider mangelt es beim Jüngeren und Schwächeren gewöhnlich an solchem Mute."¹⁷⁵ Sigmund FREUD konstatiert in seiner Antwort: "Seit drei Jahren haben Sie sich planmäßig von mir abgewendet, wahrscheinlich eine persönliche Feindseligkeit entwickelt"¹⁷⁶. – Es folgen einige kurze hilflos-höfliche Briefe hin und her, dann richtet FERENCZI am 29.3.1933 eine ernste Warnung an FREUD: "Kurz und gut: ich rate Ihnen, die Zeit der noch nicht unmittelbar gefährdenden Lage zu benützen und mit einigen Patienten und Ihrer Tochter Anna in ein sichereres Land, etwa England zu reisen. (...) Bitte nehmen Sie meine Warnung ernst." FREUD antwortet umgehend: "Was nun das aktuelle Motiv Ihres Schreibens betrifft, das Fluchtmotiv, so will ich Ihnen gern ankündigen, daß ich Wien nicht zu verlassen gedenke. Ich bin zu wenig beweglich, zu sehr abhängig von Behandlungen, kleinen Linderungen und Bequemlichkeiten, mag auch meinen Besitz nicht im Stich lassen, aber wahrscheinlich würde ich auch bleiben, wenn ich intakt und jugendfrisch wäre. Diesem Entschluß zugrunde liegt natürlich eine emotionelle Einstellung, aber auch an Rationalisierungen fehlt es nicht. Es ist nicht sicher, daß das Hitlerregime auch Österreich überwältigen wird; möglich ist es freilich, aber alle glauben, daß es hier nicht die Höhe der Brutalität erreichen wird wie in Deutschland. Persönliche Gefahr für mich besteht wohl nicht, und wenn Sie das Leben in der Bedrückung für uns Juden als reichlich unbequem vermuten, so vergessen Sie doch nicht daran, wie wenig Behaglichkeit das Leben in der Fremde, sei es Schweiz oder England, den Flüchtlingen verspricht. Flucht, meine

¹⁷³ Anne-Marie SCHLÖSSER/Kurt HÖHFELD (Hrsg.): *Trauma und Konflikt* (Gießen 1998) ist ein sehr lesenswerter Sammelband zu Möglichkeiten einer praxisrelevanten Konvergenz zwischen psychotraumatologischer Traumagewichtung und dem psychoanalytischen Blick auf den innerseelischen Konflikt als Mittelpunkt der Therapie auch bei Realtraumata. Siehe ebenfalls die Arbeiten des Psychoanalytikers, Traumaforschers und *Ego State*-Therapeuten Jochen PEICHL.

¹⁷⁴ Sie bezog sich inhaltlich zunächst auf FERENCZIs technische Neuerungen (siehe *Relaxationsprinzip und Neokatharsis*, hier folgend dokumentiert), in den letzten Lebensjahren dann außerdem auf sein Postulat der Bedeutung sexueller Frühtraumatisierungen (als Beitrag zur Theoriediskussion). Die Existenz "traumatischer Neurosen" bei Erwachsenen (heute würden wir von *Akuttraumatisierungen* sprechen) war demgegenüber bereits seit langem psychoanalytischer Konsens (siehe hier Exzerpt aus FREUD in: *Gedanken über das Trauma*).

¹⁷⁵ Sigmund FREUD/Sándor FERENCZI: *Briefwechsel* (a.a.O., Brief vom 27.9.32)

¹⁷⁶ a.a.O., Brief vom 2. 10. 1932

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

ich, wäre nur durch direkte Lebensgefahr gerechtfertigt, und übrigens, wenn sie einen erschlagen, ist es für den eine Todesart wie eine andere."¹⁷⁷ –

In seinem Nachruf auf den am 22. Mai 1933 in Budapest gestorbenen Sándor FERENCZI schrieb Sigmund FREUD:

"Nach dieser Höhenleistung [*gemeint ist die Genitaltheorie*] ereignete es sich, daß der Freund uns langsam entglitt. Von einer Arbeitssaison in Amerika zurückgekehrt, schien er sich immer mehr in einsame Arbeit zurückzuziehen, der doch vorher an allem, was in analytischen Kreisen vorfiel, den lebhaftesten Anteil genommen hatte. Man erfuhr, daß ein einziges Problem sein Interesse mit Beschlag belegt hatte. Das Bedürfnis zu heilen und zu helfen war in ihm übermächtig geworden. Wahrscheinlich hatte er sich Ziele gesteckt, die mit unseren therapeutischen Mitteln heute überhaupt nicht zu erreichen sind. Aus unversiegt affektiven Quellen floß ihm die Überzeugung, daß man bei den Kranken weit mehr ausrichten könnte, wenn man ihnen genug von der Liebe gäbe, nach der sie sich als Kinder gesehnt hatten. Wie das im Rahmen der psychoanalytischen Situation durchführbar sei, wollte er herausfinden, und solange er damit nicht zum Erfolg gekommen war, hielt er sich abseits, wohl auch der Übereinstimmung mit den Freunden nicht mehr sicher."¹⁷⁸

Abgeschlossen hatte FREUD jedoch mit seinem langjährigen Weggefährten bis zum Lebensende nicht. So thematisiert er 1935 und 1937 FERENCZIS "neue Methoden" mehrfach gegenüber einem Lehranalysanden, dem nachmaligen amerikanischen Analytiker Smiley BLANTON, – nachdenklich, zweifelnd, aber keineswegs dogmatisch oder gar böswillig. So notiert BLANTON am 12. August 1937: "Über Glauben sagte er: *Davon bin ich überzeugt: Glaube repräsentiert eine kindliche Beziehung zu den Eltern. (...) Was die Suggestion betrifft, sind wir nicht so sicher. Da bedarf es noch weiterer Aufklärung. In dem einen Punkt bin ich mir aber sicher – es ist keine Identifikation. Ferenczi nannte sie eine kindische Beziehung; er reduzierte sie darauf. Ich bin nicht uneins mit ihm, bin mir jedoch nicht sicher.*"¹⁷⁹ 1939 schreibt FREUD in seiner letzten großen Arbeit: "Die früh erlebten, später vergessenen Eindrücke, denen wir eine so große Bedeutung für die Ätiologie der Neurosen zuschreiben, heißen wir Traumata. Es mag dahingestellt bleiben, ob die Ätiologie der Neurosen allgemein als eine traumatische angesehen werden darf."¹⁸⁰

¹⁷⁷ a.a.O., Brief vom 2.4.1933

¹⁷⁸ Mai 1933 (GW XVI, 267-269), nach: <http://www.psyalpha.net/biografien/sandor-ferenczi>.

¹⁷⁹ Smiley BLANTON (a.a.O.; Seite 89) – Der Begriff "kindisch" kommt in dieser nicht-abwertenden Bedeutung auch bei FERENCZI vor.

¹⁸⁰ Sigmund FREUD: 'Der Mann Moses und die monotheistische Religion' (Amsterdam 1939; Seite 177)

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*



Als neben BALINT wohl einziger Psychoanalytiker würdigte Erich FROMM in den auf FERENCZIS Tod folgenden Jahren dessen vom damaligen psychoanalytischen Konsens abweichende therapeutische Haltung in mehreren seiner Veröffentlichungen. Innerhalb einer umfassenden Kritik der durch Sigmund FREUD vorgegebenen psychoanalytischen Gewichtung in der Zeitschrift für Sozialforschung (Herausgeber Max HORKHEIMER) widmete er Sándor FERENCZI bereits 1935 eine längere Passage mit teilweise halbseitigen Zitaten aus dessen Vorträgen.¹⁸¹ Mehrfach widersprach er öffentlich posthumen Diffamierungen FERENCZIS durch andere Psychoanalytiker.¹⁸² – 1970/72 erschienen die beiden Auswahlbände *'Schriften zur Psychoanalyse'*. FERENCZIS Bedeutung im Hinblick auf die Therapie sexueller Frühtraumatisierungen wurde in den nuancierten und ansonsten sehr lesenswerten Einleitungen (von Michael BALINT zu Band I und Judith DUPONT zu Band II) mit keinem Satz thematisiert.

Sándor FERENCZI, der allzu lange verdrängte bedeutende psychotherapeutische Praktiker und Theoretiker, wird zunehmend wieder-, in mancher Hinsicht erstmalig entdeckt.¹⁸³ Sowohl bei dem Pionier der DIS-Therapie Frank PUTNAM als auch in dem heute psychotraumatologisch grundlegenden Ansatz der *Strukturellen Dissoziation* wird auf FERENCZIS Erfahrungen und Hypothesen zur traumabedingten Dissoziation als frühe Quellen hingewiesen.¹⁸⁴ Wissenschaftliche

¹⁸¹ Erich Fromm: *'Die gesellschaftliche Bedingtheit der psychoanalytischen Therapie'* (in: Zeitschrift für Sozialforschung, Jahrgang IV; Paris 1935, Seite 365-397, hier: 386-91)

¹⁸² vgl. Marco Bacciagalupi: *'Ferenczi's Influence on Fromm'*, in: Lewis Aron/Adrienne Harris (Hrsg.): *'The Legacy of Sándor Ferenczi'* (New Jersey 1993/2010, Seite 185-198)

¹⁸³ So wird FERENCZI offenbar heutzutage zu den Vorläufern der Gestalttherapie gerechnet (Serge GINGER: <http://www.sergeginger.net/10.html>; Michael LUETGE: <http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/michael.luetge/ferenczi.htm#AktiveTechni>), er wird als Brückenglied zwischen Psychoanalyse und Humanistischer Psychologie gesehen bei Hans-Peter HEEKERENS (<http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php>) und Helmut JOHACH: *'Von Freud zur Humanistischen Psychologie'*, Bielefeld 2009) und zustimmend rezipiert im Umkreis der Integrativen Therapie (Integrative Therapie 2003, 3-4: *Themenheft Sándor Ferenczi*). Peter GEISSLER versteht FERENCZI im Hinblick auf dessen *Relaxationsprinzip* (siehe hier in der Folge) als Protagonisten der von ihm mitbegründeten Analytischen Körperpsychotherapie: *'Mythos Regression'* (Gießen 2001). FERENCZIS Einflüsse sind unübersehbar bei Carl ROGERS (Klientenzentrierte Therapie), Jack Lee ROSENBERG (Integrative Körperpsychotherapie IBP, Fragmentierungsprinzip, Release/Relaxation), John BOWLBY (Bindungstheorie) und Ronald D. LAING (Psychose als Selbstheilungsversuch, Antipsychiatrie). FERENCZIS Lehranalytandin Clara THOMPSON entwickelte zusammen mit dem Psychiater Harry Stack SULLIVAN (dessen Lehranalytikerin sie war) die bedeutende Interpersonale Theorie, die mit grundlegenden Herangehensweisen FERENCZIS vielleicht nicht zufällig gut zusammenpaßt. Hinweise auf andere Weiterführungen FERENCZIScher Überlegungen durch Psychoanalytiker gibt Pierre SABOURIN in seinem Nachwort zum *'Klinischen Tagebuch'*. Übrigens fiel FERENCZI selbst schon auf, "daß Schüler mir Ideen stehlen, ohne mich zu zitieren". (*Klinisches Tagebuch*, Eintragung vom 12.6.1932)

¹⁸⁴ Frank W. PUTNAM: *'Dissoziative Identitätsstörung. Ein Handbuch'* (Paderborn 2003; Neuauflage: Lichtenau 2013); Onno VAN DER HART/ Ellert R.S. NIJENHUIS/Kathy STEELE: *'Das verfolgte Selbst'*.

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

Institutionen¹⁸⁵ und Publikationen¹⁸⁶ widmen sich FERENCZIS psychoanalytischem Vermächtnis (keineswegs nur traumabezüglich). 1998 wurde in Madrid eine Internationale Ferenczi-Konferenz abgehalten, 2008 in Miscolc (FERENCZIS ungarischer Geburtsstadt), 2009 in Buenos Aires, 2010 in Athen, 2011 in Vancouver (Kanada), 2012 in Budapest; im Mai 2015 findet eine entsprechende Veranstaltung (mit dem Schwerpunktthema Trauma) in Toronto (Kanada) statt.¹⁸⁷ FERENCZIS Werke sind in Neuauflagen u.a. auf Englisch, Französisch und auch auf Deutsch¹⁸⁸ erschienen, und 2010 gab es eine thematische Sendung im Deutschlandfunk.¹⁸⁹ Zwei Jahre zuvor allerdings erschien im Deutschen Ärzteblatt eine umfangreiche Würdigung der "schillernden Persönlichkeit" FERENCZI aus Anlaß seines 75. Todesjahres; dort wurde das Thema *Trauma* mit keinem Wort erwähnt.¹⁹⁰

Aus gutem Grund hatte traumatherapeutische Forschung und Praxis sich zunächst längere Zeit relativ weit weg von der Psychoanalyse entwickelt. Die Lektüre der hier dokumentierten Arbeiten FERENCZIS ruft vielleicht nicht nur bei mir etwas von dem *Abenteuer Psychoanalyse* wach. Und macht neugierig auf Beiträge der neueren psychoanalytisch begründeten Forschung und Praxis zur Traumatherapie – auch, aber nicht nur auf Grundlage der Arbeit Sándor FERENCZIS.¹⁹¹

Das in 125 Jahren psychoanalytischer Forschung und Praxis gewachsene Verständnis für die psychodynamische Vielfalt und Komplexität des Menschen (zumindest in unserer

Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung' (Paderborn 2008). Siehe auch bei Claudia FLISS/Ute TIMMERMANN: *Trauma und Traumafolge: Erklärungsmodelle*, in: Claudia FLISS/Claudia IGNEY (Hrsg.): *Handbuch Trauma und Dissoziation*' (Lengerich 2008; Seite 72-97, hier: 91f.)

¹⁸⁵ International Sándor Ferenczi Foundation Budapest (<http://www.ferenczihouse.org/index.htm>), The Sandor Ferenczi Center at The New School for Social Research New York (<http://www.newschool.edu/nssr/subpage.aspx?id=24638>), Ferenczi-Forschungsgruppe am Instituto de Desarrollo Psicológico (InDePsi) Santiago de Chile (<http://www.indepsi.cl/ferenczi/quienes.htm>), Associazione Culturale Sándor Ferenczi Firenze/Italien (<http://www.ferenczi.it/index.html>).

¹⁸⁶ Lewis ARON/Adrienne HARRIS (Hrsg.): *The Legacy of Sándor Ferenczi*' (New Jersey 1993, 2010); Miguel Gutiérrez PELÁEZ: *Trauma theory in Sándor Ferenczi's writings of 1931 and 1932*' (Int J Psychoanal, Oxford 2009, 90:1217–1233; Übersetzung aus dem kolumbianischen Spanisch); Jay B. FRANKEL: *Ferenczi's Trauma Theory*' (The American Journal of Psychoanalysis, March 1998, Volume 58, Issue 1, pp 41-61).

¹⁸⁷ Siehe Hinweis hier auf der letzten Seite.

¹⁸⁸ Die dreibändige Neuauflage ausgewählter Texte Sándor FERENCZIS (*Zur Erkenntnis des Unbewussten*'), herausgegeben von Helmut DAHMER; Gießen 2004/5) besteht aus Neuauflagen der hier vorrangig zitierten *Schriften zur Psychoanalyse*' I und II. Der dritte Band enthält vorrangig Aufsätze aus FERENCZIS 1922 erschienenen *Populären Vorträgen über Psychoanalyse*' und ist eine Wiederauflage der Sammlung *Zur Erkenntnis des Unbewußten*', München 1978. Ebenfalls beim Psychosozial-Verlag Gießen wurde das *'Klinische Tagebuch von 1932'* wiederveröffentlicht.

¹⁸⁹ *Von den toten Zonen des Selbst – Eine Lange Nacht über Sándor Ferenczi und die Traumatherapie*', von Ulla GOSMANN, Deutschlandfunk 30.10.2010 (http://www.deutschlandfunk.de/von-den-toten-zonen-des-selbst.704.de.html?dram:article_id=85898)

¹⁹⁰ Christof GODDEMEIER: *'Sándor Ferenczi: >Enfant terrible< der Psychoanalyse*' (Ärzteblatt PP 7, Ausgabe Mai 2008, Seite 215)

¹⁹¹ z.B. bei Tilmann MOSER, Stephan BECKER, Mathias HIRSCH, Jochen PEICHL, Peter FONAGY, Friedrich Wilhelm DENEKE, Ralf VOGT, Werner BOHLEBER, Annelise HEIGL-EVERS/Franz S. HEIGL, Thierry BOKANOWSKI, Ulrich SACHSSE, Luise REDDEMANN, Hans KILIAN, Alfred DREES, Alice MILLER, Alfrun v. VIETINGHOFF-SHEEL. Manche von ihnen haben sich in ihren eigenen Konzeptionen allerdings entfernt von den psychoanalytischen Schulen.

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

Zivilisation) und insbesondere die damit verbundene entwicklungspsychologische und beziehungstherapeutische Kompetenz kann sich heutzutage austauschen mit den Forschungsergebnissen, den Konzeptionen und therapeutischen Erfahrungen der neurophysiologisch-eklektischen Psychotraumatologie, vor allem im Hinblick auf schwerste Traumatisierungen, sowohl im Kindesalter (familiär oder durch Fremde, mit den Folgen der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit¹⁹²) als auch bei Akuttraumatisierungen Erwachsener. Sándor FERENCZIS therapeutische Aufmerksamkeit ging jedenfalls in beide Richtungen.



Am 18.6.1973 entdeckte ich, noch als Internatler, in Koesters Akademischer Buchhandlung Heidelberg Michael BALINTS *'Therapeutische Aspekte der Regression'*; Achim war dabei, ein anderer Internatler (der Kassenbon mit entsprechendem Hinweis klebt in meinem Buch). Schon beim Durchblättern war ich hingerissen: Das Kind im Patienten? Regression als etwas Heilsames? Das schien mir mit meiner eigenen seltsamen Verweigerung zu tun zu haben, "erwachsen zu werden". Typischerweise kaufte ich gleich weiter: BALINTS *'Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse'*. Während ich die erste Entdeckung bis heute als bedeutsamen Impuls für mein Nachdenken über Frühstörungen und ihre Therapie sehe, war mir das zweite deutlich zu abstrakt. Dort fand ich jedoch den ersten Hinweis auf Sándor FERENCZI! Hinten drin hab ich mir in großen Buchstaben notiert: *S. Ferenczi: die Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kinde, Int. Z. f. Psa. 24, 1933!!* BALINT bezieht sich deutlich zustimmend auf diesen Aufsatz: "Was ich nun getan habe, war, daß ich, den Spuren Ferenczis folgend, diese Gedanken ganz ernst genommen und sie ausführlicher ausgearbeitet habe."¹⁹³ Als nächstes fand ich in der heidelberger Politischen Buchhandlung Burckhard einen Raubdruck des *'Versuch einer Genitaltheorie'* – aber damit konnte ich nichts anfangen. Im April 1974 hab ich die beiden Bände *'Schriften zur Psychoanalyse'* erstanden. 1980 entdeckten Ninives & ich beim Stöbern in der Bibliothek der Gesamthochschule Wuppertal (heute: Bergische Universität) die fast revolutionäre Relevanz noch anderer tiefenpsychologischer Erkenntnisse für den gesellschaftlichen Fortschritt. Aber

¹⁹² Ellert NIJENHUIS/Onno VAN DER HART/Kathy STEELE/Helga MATTHESS: *'Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen'* (in: REDDEMANN/HOFMANN/GAST: *'Psychotherapie der dissoziativen Störungen'*, Stuttgart ³2011, Seite 47-62); Onno VAN DER HART/Ellert R.S.NIJENHUIS/Kathy STEELE: *'Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung'* (a.a.O.); Ellert R.S.NIJENHUIS: *'Somatoforme Dissoziation'* (Paderborn 2006)

¹⁹³ Ausgabe Frankfurt/M. 1969, Seite 64

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

wieso verstaubte das dort? Wieso rezipierte das keiner in unseren alternativen Zeitungen, in der linken Öffentlichkeit?¹⁹⁴ – Als ab 1995 das Thema Psychotrauma in mein Bewußtsein kam, hab ich bald wieder an FERENCZI gedacht. Die hier vorliegende Zusammenstellung der traumatherapeutischen Arbeiten Sándor FERENCZIS möchte bescheiden beitragen sowohl zur derzeitigen Neuentdeckung dieses Mitbegründers der Traumatherapie als auch zum Brückenschlag zwischen psychoanalytischer Traumatologie und Psychotraumatologie.¹⁹⁵



Sándor FERENCZIS psychoanalytischer Schüler Michael BALINT schrieb über ihn:

"Das war Ferenczis Schicksal: es war nicht leicht, ihn in irgendein vorgefertigtes System einzupassen. Er war zu lebendig, zu sensibel und viel zu reaktionsschnell. Er war immer bereit, neue Antworten lang genug auszuprobieren, um durch eine von ihnen zu einer neuen Idee oder einer neuen Einsicht zu gelangen. Zweifellos veranlaßte ihn die spätere Erfahrung, diese neue Idee zu modifizieren oder abzuschwächen, doch in den meisten Fällen war sie aufschlußreich, anregend und – ein weiterer Aspekt von Ferenczis Schicksal – stieß etwas um, das andere Personen noch fest glaubten."¹⁹⁶

Sándor FERENCZI und Georg GRODDECK begegneten sich 1921 und wurden enge Freunde. 1927 betont FERENCZI in einem Brief: "In meinen Vorträgen werde ich nicht müde, Georg als Vertreter der Psychoanalyse in organicis zu erwähnen und zu rühmen."¹⁹⁷ Einen ahnungsvollen Blick in FERENCZIS seelischen Untergrund ermöglicht ein Brief GRODDECKS an Gizella FERENCZI am 19. Februar 1934, ein knappes Jahr nach Sándors Tod. Dort schreibt er:

¹⁹⁴ Gedankenexperiment: Was hätte werden können, wenn 1970/71 während der Diskussionen rund um das *Sozialistische Patienten-Kollektiv Heidelberg (SPK)* statt des Raubdrucks der *'Genitaltheorie'* ein Sammelband mit den traumarelevanten Texten FERENCZIS zur Verfügung gestanden hätte (vgl. Horst-Eberhard RICHTER: *'Die Gruppe'*; Reinbek 1972, Neuauflage Gießen 1995)? Wenn die Aktivistinnen der '68-Bewegung ihn zur Verfügung gehabt hätten (vgl. Ute KÄTZEL: *'Die 68erinnen'*; Berlin 2002)?

¹⁹⁵ Verbunden mit dankbarer Erinnerung an die Psycho-AG des Schloßgymnasiums Kirchheim/Teck, in der OStR Pfarrer Thilo DINKEL uns in den Jahren 1969-71 psychoanalytische Reflexion nahebrachte.

¹⁹⁶ Michael BALINT: *'Die technischen Experimente Sándor Ferenczis'* (in: *Psyche* 20/21 1966, Seite 904-925)

¹⁹⁷ FERENCZI/GRODDECK, a.a.O., Seite 74.

*Sándor Ferenczi –
ein früher Traumaforscher*

"All die letzten Jahre habe ich nur schweren Herzens an Sandors Leben denken können. Er ist seinem Forschergeist zum Opfer gefallen, ein Schicksal, das mir nur durch meinen mangelnden Wissensdurst erspart worden ist. Ich muß zuerst von mir selber sprechen. Schon ehe ich zur Psychoanalyse übergang, war eine Grundlage meines ärztlichen Denkens die Überzeugung, daß im menschlichen Individuum außer der Psyche, mit der sich die Wissenschaft beschäftigt, Tausende und Millionen von mehr oder minder selbständigen Seelenleben existieren, die sich bald so, bald anders gruppieren, miteinander oder gegeneinander arbeiten, auch wohl ganz selbständig zu Zeiten sind. Mit dieser Feststellung habe ich mich begnügt, ich habe nie versucht, diesen Kosmos zu studieren, es liegt eben nicht in meiner Natur, mich mit Dingen abzugeben, die ich für unerforschbar halte.

Bei der engen Freundschaft mit Sandor habe ich dann verhältnismäßig früh gemerkt, daß er diese Dinge ähnlich beurteilte. Aber mit Schrecken sah ich dann, daß er sich daran machte, die Welt Mensch wissenschaftlich zu erkunden, ja wo möglich darzustellen, so daß auch andre an diesem, man kann wohl sagen überwältigenden Schauspiel, teilnehmen könnten. Dieses Streben ist bei ihm übermächtig geworden. Er hat mir gegenüber den Ausdruck gebraucht: ich atomisiere die Seele. Solch ein Atomisieren kann aber nur, wenn es ernsthaft versucht wird, mit der Selbstaflösung enden, denn der andre Mensch ist und bleibt für uns ein Geheimnis; wir können nur unsre eigene Seele atomisieren, und das vernichtet uns. (...) Die äußern Ereignisse haben in dem Leben dieses seltenen Menschen nur soweit Bedeutung gehabt, als er zu den Schenkern gehörte, die immer wieder und wieder geben."¹⁹⁸



¹⁹⁸ a.a.O., Seite 88f.

DIE WURLIBLUME.

KEIN UNTERHALTUNGSROMAN¹⁹⁹

Die Ich-Erzählerin, ein etwa 12jähriges Mädchen, lebt in einem Dorf am See, im bayrischen Voralpenland, in einem einigermaßen dysfunktionalen Elternhaus. Zuwendung erfährt sie fast nur in Form unterschiedlicher Grenzüberschreitungen und sexualisierter Gewalt. Immerhin Momente dieser verstörenden, traumatischen Entwicklungsbedingungen scheint sie in Form von phantastischen Inszenierungen und Racheaktionen zu verarbeiten. Eine unbändige "polymorph perverse" Wut richtet die Protagonistin auf alles, was ihr als Opfer unter die Hände kommt: Gegenstände, Ameisen, Schnecken, gelegentlich auch Menschen. Im Morast dieser großangelegten Opfer-Täter-Umkehr entfaltet sich aber zugleich die kreative Lebenszugewandtheit des Mädchens – das ist das schauerlich Wundersame dieses zweifellos autobiografisch fundierten Romans. Nahezu Satz für Satz sind zerstörerische und lebenszugewandte Impulse verbunden. Momente ihrer spröden Liebesfähigkeit richten sich allerdings zumeist nur auf die erwachsene lesbische Freundin, Ersatzmutter und Verbündete Wurio.

Erwachsene Männer, bekannte oder fremde, auf die das Mädchen trifft, versuchen ausnahmslos, sie sexuell anzumachen, pirschen sich Schritt für Schritt heran, probieren aus, was sie mitmacht²⁰⁰ – *und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt!* Manchmal versucht sie, durch ein Kinderspiel, einen Abzählreim Abstand zu gewinnen von einem Mann, aber das klappt nie. Mit Patrik scheint es anders zu werden. Aber gerade diese Begegnung, die das Mädchen als liebevoll erlebt, wird zerstört durch die moralische Empörung der an ihrem Kind ansonsten kaum interessierten Mutter und der mit ihr verbündeten Schwester.

Die Mutter muß nachts häufig aus Alpträumen geweckt werden, der Vater ist im Krieg geblieben. Musikinstrumente gibt es in der Familie, ein Bruder will Dirigent werden. In der dörflichen Umgebung gilt die Mutter (die uns manchmal durchaus leid tun kann) wegen der vielen Kinder (und des in der NS-Zeit empfangenen "Mutterkreuzes") als "Hitlerhure". Sie hat keine Autorität gegenüber ihren Kindern, versucht dies durch wahlloses Schimpfen, jammernde Klagen und gelegentliche Prügel zu ersetzen, jedoch wird ihr Verhalten nur in Momenten als böse gezeigt, vielmehr ist sie eher unbedarft-fürsorglich, mit Magengeschwür und chronisch schlechtem Gewissen, das sie jeweils an dem Kind ausagiert, das gerade krank ist (oder zu sein vorgibt). Die Geschwister haben sich an die dysfunktionalen Lebensverhältnisse, die Überforderung der Mutter angepaßt, reden ihr nach dem Mund und tun ansonsten, was sie wollen. Zugleich werden gar nicht so selten nichtpathologische familiäre Situationen erwähnt, an der auch unsere Protagonistin teilhat. Dennoch haßt das Mädchen ihre Mutter mit einiger Konsequenz,

¹⁹⁹ Vorwort zu Jo Imog: DIE WURLIBLUME (Berlin 2020: A+C online). Die Originalausgabe erschien im Gala Verlag (Hamburg 1967), ab 1972 als Taschenbuch bei Rowohlt.

²⁰⁰ Selbst der Arzt, der sie nach der Vergewaltigung durch den Bruder untersucht, drückt sie gegen seine Kittelschürze, streichelt ihr über den Kopf und versichert ihr, daß sie immer zu ihm kommen könne, auch privat.

Jo Imog: Die Wurliblume

vermutlich auch, weil sie sie verantwortlich macht für das Elend ihres Lebens, – weil die Mutter sie nicht schützt, ihr keine Geborgenheit gibt. (In irgendeinem uralten Medienkommentar las ich, die Autorin habe mit der Veröffentlichung gewartet bis zum Tod der Mutter.)

Willentlich bössartig sind im Alltag weder die Mutter noch die Geschwister, eher typisch für dysfunktionale Familien in ihrer partiellen Indolenz, Oberflächlichkeit und emotionalen Abgestumpftheit, gelegentlich durchaus bemüht um menschenwürdiges Verhalten. Dazu kommt allerdings die sexualisierte Gewalt der Brüder, stumpfsinnig und reflexhaft-brutal. Wenn derselbe Bruder, der zu Tränen erschüttert und wutzitternd den Vergewaltiger seiner kleinen Schwester umbringen will, ein paar Tage später selbst versucht, sie zu vergewaltigen, entspricht auch dies durchaus realen Impulsen in der Männerwelt – aber wie soll ein Kind damit umgehen? Selbst hier – wie oft in dieser Geschichte – ist manchmal schwer zu unterscheiden, inwieweit jemand Täter oder Opfer ist. Auch das macht die Lektüre dieses Buches so schwer, auch deshalb wurde es wohl ins Vergessen abgedrängt.

Mit einer Spielfreundin, der einarmigen Renate, trainiert unsere Protagonistin "Überschmerz", um sich gegen die unbedarft-hilflosen Aggressionen der Mutter abzuhärten. Dabei versetzt sie ihren Leib imaginativ in denjenigen der Mutter und läßt die andere auf ihn einprägen – auf die Mutter, auf sich? Später entwickelt ihr Organismus psychosomatische Symptome.

Überall brechen reale Situationen auf zu phantastischen, märchenhaften oder sadistischen Szenarien, manchmal wie aus Tausendundeinernacht, dann wie von Hieronymus Bosch oder aus surrealistischen Bildern und Texten; Gewalt und Sexualität ist nicht immer, aber meistens dabei. Manche Szenen sind ausgeschmückt mit der Phantasie eines Mädchens, das den seelischen Dreck der Erwachsenen in ihrer Umgebung verdaut... vieles davon nicht versteht, nicht selbst empfindet, aber ihn verwandelt zu eigener Lebendigkeit, zu (meist) bösen Kindergeschichten... aber was heißt in diesem Zusammenhang, bei ihr, noch böse? Einmal wird sie in eine dörfliche Gruppe ritueller Gewalt gelockt, nicht durchorganisierter, sondern unbedarft dümmlicher Gewalt, mörderisch und dann wieder rätselhaft surreal; vielleicht ist auch das Phantasie – aber woher? wozu? Ein alkoholisiertes Erntedankfest des Onkels, des dörflichen Arztes, entfaltet sich zu einer ähnlichen Szenerie, zwischen ekligem Altmänner-Gruppensex, einander aufeilenden Beschimpfungsorgien und verwirrenden Geschehnissen; bei all dem scheint die Protagonistin zumeist zuzuschauen. Zwischendrin eine Aggressionsorgie des Mädchens gegen ihren Onkel, der sich plötzlich seltsam verrückt gebärdet. Später geriert sich dieser

Jo Imog: Die Wurliblume

Onkel als übermoralischer Spießler, die Tante serviert singend Kaffee. Alles nur geträumt?²⁰¹

Ein Vogelhändler, der kleine Mädchen zwingt, seine toten oder doch lebendigen hilflosen Vögel zu verkaufen, der sie zum Essen anbietet, diskret versteckt in Behältnissen, damit niemand Anstoß nimmt: deutliche Metapher für verdeckte Kinderprostitution? Die jedoch damals (1967) noch niemand entschlüsselt haben dürfte.

Immer wieder steigt bei der Protagonistin zwischen trotzig-verbissenen Kompensationen der alltäglichen Misere wasserklare Wut auf dümmlich-eklig-geile Männer auf. Der unbändige Haß auf die Mutter, die Familie und die Männer ist bei der Wurliblume²⁰² offensichtlich eine wichtige Ressource, um das Schlimme zu verdauen: auch so kann es sein! (Nicht zuletzt hierin erinnerte mich die Gothic-Poetin Lydia Lunch, auch eine Traumaüberlebende, spontan an die Wurliblume. Jetzt fand ich während der Internetrecherche, daß es eines von Lydias Lieblingsbüchern ist!)²⁰³

"Liebend gern würde ich ins Schwererziehbarenheim gehen, aber sie [die Mutter] wird mich sicherlich nie dorthin schicken, ich muß schon selbst versuchen, mein Leben neben ihr erträglicher zu machen." – Erträgliches findet sie auch in sexueller (Selbst-)Stimulierung und in der Möglichkeit, selbst Macht auszuüben. Jedoch befriedigt beides nur spontan, – entsprechende Momente gehen schnell über in kindliches Weiterspinnen der Situationen, in wie auch immer sinnliche Entdeckungen. Nein, sie ist nicht eigentlich "neurotisch"; – durchgängig kämpft dieses hochintelligente Mädchen in einem ekelhaften, deprimierenden Alltag um ihr ganz einfaches, natürliches Kinderleben! An einem älteren Bruder, dessen sexuelle *"Spiele"* sie mitgemacht hat als einem der wenigen Momente von Verbundenheit und Zuwendung in der Familie, rächt sie sich grausam. Dieser Bruder (der gleichwohl sensibel war, gedichtet hat und Spinnen geschützt hat) nimmt sich deshalb das Leben. Ebenso ein anderer Bruder, nachdem er sie vergewaltigt hatte und die Wurliblume dies effektiv öffentlich anklagt. Als er tot ist, nimmt sie ihn, macht *"die Bewegung, die er gemacht hat, aber so, wie ich will."* Und sie rächt sich auch an der Schwester, die ständig auf der Seite der Mutter stand und die eigenwillige kleine Schwester gedemütigt hat. In einer schrecklichen Szene (von der wir beim Lesen hoffen wollen, daß sie nur Phantasie war) bringt sie diese schwangere Schwester zu Tode; aber auch da bleibt sie ein Kind, das mit der toten Fehlgeburt spielt wie mit einer besonders feinen Puppe. Andererseits erzählt sie einem Helfer (dem 64-jährigen Günther) virtuos Lügengeschichten über den Hergang dieses angeblichen Unfalls; Günther ist zu Tränen gerührt, erschüttert, sie tut sich selbst leid. – Durchaus können Kinder sowas, nur tun sie es erst, wenn sie gar keine anderen Möglichkeiten mehr

²⁰¹ In mancher Weise erinnern diese im Buch nur angedeuteten Szenen realen Situationen bei Organisierter ritueller Gewalt, wie ich sie von Überlebenden/Betroffenen erfahren habe.

²⁰² Was mit dem Titelbegriff "Wurliblume" (der im Buch sonst nicht auftaucht) eigentlich gemeint ist, bleibt unklar. Ich habe all die Jahre immer das Mädchen selbst als Wurliblume empfunden.

²⁰³ In einem Interview bei Zora von Burden: WOMEN OF THE UNDERGROUND (San Francisco 2010)

Jo Imog: Die Wurliblume

haben, sich zu bewahren, sich zu schützen, wenn sie ganz und gar in die Enge getrieben werden von ihrer Lebenssituation. Aber natürlich ist auch Günther ein richtiger Mann. Zunächst lockt er ihre kindliche Sehnsucht nach dem toten Vater hervor, dann geht es weiter. *"Ob er mein Höschen ausziehen dürfe? Ich mag gar nicht antworten. Wenn ich nein sagen würde, wär' der Teufel los, also sag' ich nichts. Er meint, daß das ja heiße, weil er meine Hose runterzieht. Gut, daß es so dunkel ist, vielleicht würde ich mich sonst schämen. (...) Er sagt, er möchte nachsehen, ob ich noch Jungfrau bin. Das ist genau wie mit der Hose. Hätte ich nein gesagt, wär' er sauer gewesen, so schweig' ich lieber mit meinem Herzklopfen im Hals."* Deutlich wird, daß die Protagonistin zwar übersexualisiert ist durch all die (zumeist zwangsweisen) sexuellen Erfahrungen, daß sie "das Gefühl" genießt, jedoch empfindet die 12jährige den eigentlichen Geschlechtsverkehr weiterhin als gewaltvoll und schmerzhaft. Die Begegnung mit Günther führt zu einer Apotheose der Wut auf diesen Mann, auf das ganze deprimierende, demütigende, gewaltvolle, verräterische Leben; sie will sterben, wie auch immer – und ist in ihrer Wut gleichwohl lebendiger als alle Menschen um sie herum. Aber die Szene endet nicht damit; Günther lernt (ein bißchen). Dennoch bleibt er ein Mann, der sie genötigt und vergewaltigt hat; sie rächt sich auch an ihm, phantasievoll, effektiv – und mit deutlicher Befriedigung.

Die Wurliblume erkundet und genießt das Leben – abgesehen von all den zwiespältigen sexuellen Erfahrungen – vorrangig in seinem Zusammenhang mit Zerstörung und Tod, in Stinkendem und Verwestem, im Gegenständlichen. Sie befördert Kleintiere vom Leben in den Tod, sammelt Dinge, erprobt ihre Eigenschaften ... Ihre vibrierende affektive Besetzung bei all dem ist offensichtlich, Empfindungen wie Mitleid (gegenüber gequälten und getöteten Kleintieren) fehlt gänzlich. In der geradezu naturwissenschaftlichen Beobachtung von Sterbensprozessen mag sich schnell die Assoziation mit SS-Ärzten einstellen, aber: kennen wir derlei Vivisektion nicht auch von – männlichen! – Kindern, wo sie schnell rechtfertigt werden mit dem "natürlichen Forscherdrang"? Und wie ist es mit Horrorfilmen und entsprechenden Computerspielen, die offenbar für sehr viele (jüngere?) Leute heutzutage "ganz normal" sind?

Aber es gibt auch anderes. Sie begegnet einem Kätzchen, mit dem sie Freundschaft schließt, und einmal wollte auch dieses Mädchen ein Leben retten: einen Igel, der sich das Bein gebrochen hatte. Er starb dennoch; jetzt gehört er zu ihren tot-lebenden *"niemals langweiligen, immer unvollständigen Schätzen"*. Abseits einer seltsamen Orgie von Erwachsenen tröstet die Wurliblume eine phantasierte Entenfrau, sodaß *"sie nicht mehr traurig ist, weil sie mir glaubt, wenn ich sage, daß sie schön ist"*. Sie spielt mit Hühnern (*"Ihre Federn sind schneeweiß"*) und die Volkslieder, die manchmal in der Familie gesungen werden, bedeuten ihr etwas; wenn nur die Mutter singen und die Texte behalten würde! Viel Lebendigkeit liegt in ihrer Sprachphantasie, in lautmalerischen Wortklumpen und Neologismen, nicht zuletzt den dialektalen Momenten; die barocke Blumigkeit der

Jo Imog: Die Wurliblume

bairischen Schimpfwörter zieht sich unaufdringlich durch das Buch; Abzählreime, Volks- und Kirchenlieder klingen an, Duette mit Vogelstimmen entstehen...

Weg von der familiären Umgebung, zu Besuch beim Onkel, entdeckt sie ein Storchennest und winkt aus dem Auto anderen Kindern. In etlichen Momenten wird die tiefe Sehnsucht dieses Mädchens nach – ja, wonach? nach dem Gegenteil von Oberflächlichkeit, Verlogenheit, Egoismus deutlich. Aber sie hat ja selbst kaum anderes gelernt in ihrem jungen Leben. Immerhin schreibt sie Erfahrungen und Empfindungen in ein verschlossenes, verstecktes Tagebuch, kompliziert verschlüsselt gegen die feindliche Welt. Manchmal hat die Wurliblume einfach Angst, – auch *"Angst vor Mutti"*. Manchmal gehen Alpträume und Realität ineinander über. Aber sie kämpft weiter um ihr weitestmöglich autonomes Leben.

Eine Seelenschwester sitzt in einem leeren Waggon und schneidet Bilder aus Büchern aus, eine monströs häßliche Frau taucht auf und wird eingeladen, dazubleiben.. – Alle möglichen skurrilen, verstörten, zerstörten, verstörenden und zerstörenden Gestalten ziehen vorüber und verschwinden hinter neuen Bildern. Heidi ist eine Spielgefährtin, die Gesangsübungen macht. Mit ihr leben grell phantastische Spiele, in denen Handpuppen einer toten Mutter eine tragende Rolle spielen. – Und dann gibt es die einäugige Riesin Wurio, ihre wirkliche Freundin, Geliebte, große Schwester und Ersatzmutter in eins, und Verbündete in ihrem Krieg gegen die Vergewaltiger. *"Ihre Spiele sind niemals egoistisch, ich kann in ihr schwimmen, ich bin blind mit geöffneten Augen, niemals bin ich bei ihr verloren oder einsam."* Wirkliche Bindung hat die Wurliblume nur zu ihr aufgebaut.

Es ist Sándor Ferenczis *"Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind"*, der wir in dieser Geschichte zuschauen.²⁰⁴ Die Protagonistin kriegt alles mit, ist teilweise beteiligt – und versteht doch nicht, warum es diesen Erwachsenen geht. Ihre sadistischen Impulse haben eher mit trotzig-verbissenem Erkunden der Welt zu tun (wie es vielleicht oft ist, wenn Kinder Insekten und Frösche quälen?), andererseits mit dem kompensatorischen Ausagieren realer (sexualisierter) Gewalt – manchmal in der Hoffnung, es würde doch sowas wie Zuwendung daraus. Selbst eine von der Wurliblume initiierte furiose Pogromsituation – sie endet mit dem gemeinsamen Ruf von Kindern: *"Wir haben keine Angst!"* – erinnert neben allem Realismus ein bißchen an Kasperltheater, an manche Zeichentrickfilme für Kinder, deren Gewalttätigkeit offenbar niemanden irritiert.²⁰⁵ Es gibt eben gesellschaftlich akzeptierte Gewalt und gesellschaftlich sanktionierte, verpönte Gewalt. So einfach ist das.

Nur selten wurde Sigmund Freuds Begriff von der "polymorph-perversen" Lebendigkeit nachvollziehbarer dargestellt in einem literarischen Text. Freud interpretierte diese vermutete Anlage des Kindes allerdings vorrangig im Rahmen seiner Argumentation, daß

²⁰⁴ in: Sándor Ferenczi: INFANTIL-ANGRIFFE! ÜBER SEXUELLE GEWALT, TRAUMA UND DISSOZIATION (Berlin 2014: A+C online)

²⁰⁵ z.B. Bugs Bunny, Tom und Jerry

Jo Imog: Die Wurliblume

Kinder sexuelle Übergriffe Erwachsener eher phantasieren, als daß sie Realität sind. Heute verstehen wir diese Zusammenhänge eher als Potential, das sich je nach den individuellen Entwicklungsbedingungen in höchst unterschiedlicher Weise entfalten kann. In dem vielfältig überreizten, überforderten, verstörenden, traumatisierenden, aber durchaus auch Befriedigung und Bestätigung ermöglichenden Alltag dieses Mädchens sind sämtliche Sinne aufgerufen, Identität und eigene Entwicklungsmöglichkeiten zu stärken: Gerüche und Geschmacksmomente, taktile Beschaffenheit, Hitze und Kälte, Blumenzartheit, Gefühle, Farben und Empfindungen, Hitze und Kälte, körperliche, auch sexuelle Selbsterfahrungen gehören dazu. –

Nach Freuds Theorie entfaltet sich die sinnliche und tätige Lebenszugewandtheit des Neugeborenen zunächst vielgestaltig (polymorph) in unterschiedlichen Richtungen (pervers) und differenziert sich in einzelnen Entwicklungsschritten – natürlich nach Maßgabe aller sozialer Einflüsse. Durch spätere psychoanalytische Hypothesen konzentrierte sich die theoretische und therapeutische Aufmerksamkeit (für diese vielgestaltige Lebenszugewandtheit) auf den Bereich der Sexualität.²⁰⁶ Diese Vereinseitigung führte zu ideologisierten Engführungen, auch im Hinblick auf die kindliche Sexualität. Hintergründig ging es Sigmund Freud immer auch um die umfassendere Frage kulturell-gesellschaftlicher Prozesse zumindest der abendländischen Gesellschaft. Er nahm an, daß grundlegende soziale/ gesellschaftliche Störfaktoren der individuellen Entwicklung auch zu Neigungen führen können, die nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechen. Diese können sich zu intellektueller oder künstlerischer Schaffenskraft entwickeln. (Hierin sah Freud einen Motor der Kulturentwicklung.) – Wenn allerdings derartige nicht den gesellschaftlichen Normen entsprechende individuelle Neigungen unterdrückt werden (müssen), entstehen krankheitswertige psychische Störungen (Neurosen).

Freuds Konzeption wurde bekanntlich in folgenden Jahrzehnten verengt interpretiert und popularisiert in dem Sinne, daß verdrängte Sexualität regelhaft zu neurotischer Erkrankung führe ..

In unausweichlichen und unerträglichen Lebensbedingungen haben wir nur drei Reaktionsmöglichkeiten – *Flucht, Kampf oder Unterwerfung*. Dies gilt umso mehr bei Kindern bei krass unangemessenen, zerstörerischen Sozialisationsumständen. Ihnen bleibt im allgemeinen nur die dritte Variante; sie unterwerfen sich den Erwachsenen (wobei es sich zumeist um Bezugspersonen handelt, von denen die Kinder sich auch aus entwicklungsbedingten Gründen nicht distanzieren können); ihre seelische Entwicklung erleidet tiefgreifende Schäden. – Unsere Wurliblume jedoch kämpft! So selten das sein

²⁰⁶ Freud unterschied in seiner "Triebtheorie" zunächst zwei Gruppen grundlegender Lebenszugewandtheit (die er "Triebe" nennt), und zwar die Ich- oder Selbsterhaltungstrieb und die Sexualtriebe. In der zweiten Theoriephase ging er von einem ursprünglichen "libidinösen" Trieb aus, der sich ausdifferenziert in eine aggressive und eine im weitesten Sinn sexuelle Form. In einer dritten Phase der Triebtheorie unterschied Freud zwischen Lebenstrieb und Todestrieb.

Jo Imog: Die Wurliblume

mag: es kommt vor und ist auch von anderen Überlebenden extremster Entwicklungsbedingungen dokumentiert.²⁰⁷ Seelische Verletzungen können dennoch nicht ausbleiben und führen bei unserer Protagonistin zu den im Buch geschilderten krassen Einseitigkeiten, zu Haß und Rachegefühlen, eigener Verlogenheit (die einzige Form, in der sie unter den gegebenen Umständen ihre Intelligenz einsetzen kann, um sich zu schützen)²⁰⁸ und Mord – als letzter Möglichkeit, Momente einer als unerträglich empfundenen Erfahrung zu zerstören. Vieles davon blieb vermutlich Phantasie; verwirklicht wurde es dennoch: durch das Schreiben des Buches. Real ist aber zweifellos das Leid eines Mädchens – der Autorin – aufgrund von unangemessenen, lieblosen und gewalttätigen Sozialisationsbedingungen.

Abrupt gehen disparate Momente der seelischen und sozialen Lebendigkeit des Mädchens ineinander über: spielerisch-kindliche, kalt-rachsüchtige, ängstliche, grell-aggressive, sinnlich-erotische, halluzinativ-phantasievolle und harmoniegeprägte Empfindungen. Die *unauflösbare* Verbindung von Gewalt und Sexualität, chaotischer Kreativität und Sehnsucht nach Leben wird nicht beschrieben, vielmehr existiert sie unmittelbar in den Wörtern, Sätzen, Bildern. Gerade das Übergängliche von pseudo-sadistischen, aggressiven, sinnlichen und bindungsorientierten Momenten steht für das frühe entwicklungspsychologische Stadium, das sich in diesem Buch ausspricht.²⁰⁹ Daß nicht die Protagonistin insgesamt "retardiert" ist, deutet hin auf stark ausdifferenzierte Persönlichkeitsbereiche (Ego States). Zu erklären ist dies am ehesten auf Grundlage der entwicklungspsychologischen Erkenntnisse des Säuglingsforschers Daniel Stern in Verbindung mit der in der traumatherapeutischen Praxis bewährten Hypothese der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (Van der Hart/Nijenhuis/Steele).

Nehmen wir diese nominell fiktive, jedoch sicherlich autobiografisch begründete Geschichte als Fallbericht, läßt sich fragen, wieso die kindliche Protagonistin keine Traumasymptome im engeren Sinn zeigt. Der Grund kann darin liegen, daß das verfügbare Alltagsleben ihr durchaus Ansätze der Verarbeitung schlimmer Erfahrungen bot. Das wohl eher untypisch ausgewogene Gleichgewicht aus (durchaus auch kindgerechten) sinnlichen Erfahrungen, Zuwendung (mindestens der Freundin Wurio), dem Stoff-Zwerg Purzel und anderen Übergangsobjekten, ausgelebter eigener Aggression, kreativen Handlungskompetenzen und Intelligenz könnte ihr diese teilweise Verarbeitung und damit einen tragbaren "Überlebensmodus" ermöglicht haben. Als Heilung ("Leben" statt "Überleben") läßt sich diese Verarbeitung allerdings noch nicht verstehen; die Fähigkeit zu Empathie und sozialer Verantwortung ist (bei der

²⁰⁷ Siehe z.B. die autobiografischen Berichte von Dave (David) Pelzer: SIE NANNTEN MICH ES (München 2000); DER VERLORENE SOHN (München 2001); EIN MANN NAMENS DAVE (München 2002).

²⁰⁸ Aber was heißt schon Verlogenheit? Was in Politik und Wirtschaft als selbstverständliches rationales, taktisches Verhalten im eigenen Macht- und kommerziellen Interesse gilt, diffamieren wir ebenso selbstverständlich, sobald jemand sich im individuellen Interesse so verhält. Zumal wenn es ein Kind ist.

²⁰⁹ In der Originalausgabe gibt es keine Leerzeilen zwischen Absätzen. Dadurch wird das unauflösbare Verflochtensein aller Aspekte verdeutlicht. Allerdings überfordert diese Lösung uns LeserInnen; deswegen wurden die Absätze für die Neuausgabe durch Leerzeilen getrennt.

Jo Imog: Die Wurliblume

Protagonistin) kaum entwickelt – klingt aber in Momenten durchaus an, wenn auch oft in sehr ungewöhnlicher Weise.²¹⁰

Die Protagonistin verwebt Sozialisationsbedingungen, Eindrücke, Erfahrungen zu einer für sie lebbareren Welt, macht also das, was wir alle aus unserer Natur heraus in der Kindheit zu machen versuchen. Die immanente Stimmigkeit, Geschlossenheit dieser Welt in Verbindung mit den krassen, oft kaum zu ertragenden Schilderungen macht die Lektüre dieses Buches zu einer verstörenden Angelegenheit. Wir erleben uns mitfühlend in Situationen, die wir eigentlich nur als ekelhaft, als brutal-bösartig empfinden können. (Vergleichbare Ambivalenzen kenne ich von mir ausschließlich angesichts von Bildern Hieronymus Boschs.) Wir fragen uns, was soll dieses Buch, wozu lese ich eigentlich sowas – und lesen weiter. So ging es mir, seit ich es kennenlernte (1971).

Auch im Hinblick auf die sexuellen Nötigungen von Männern wird deutlich, wie die Wurliblume versucht, das für sie jeweils Angenehmste aus der Situation mitzunehmen. Gar nicht so selten ist sie auch in solchen Situationen einfach ein Kind, mit kindlich-hilflosen Nöten, Bedürfnissen und Verhaltensweisen.

Von vertrauenswürdigen Erwachsenen wünscht sie sich vor allem Nähe, Geborgenheit, Schutz. Auch körperliche Nähe kann dazugehören, das Entdecken anderer Körper, mit der Freundin Wurio, mit Gleichaltrigen oder manchmal auch mit Männern. Auch "*das schöne Gefühl*" kann sie genießen, nachdem sie es einmal entdeckt hat. Geschlechtsverkehr will sie definitiv nicht; es tut weh, sie haßt dieses "*Scheißspiel*", bei dem Männer ihr ihren "*Miststock*" hineinstoßen.²¹¹ Darauf muß klar hingewiesen werden für Leser, die meinen, dies hier sei ein pädosexueller Porno oder sowas wie *Josefine Mutzenbacher*.

Dieses Mädchen ist Opfer, *aber zum Opfer ist sie nicht geboren*²¹²; vermutlich rührt auch daher unsere Solidarität über alle Entsetzlichkeiten hinweg. Dieses Buch ist die grandioseste Rache sexuell traumatisierter Kinder und Jugendlicher an der Erwachsenenwelt, in der bekanntlich gerade sexualisierte Gewalt normal ist. Rache ist keine Lösung, nein, aber was erwarten wir von einer kindlichen Überlebenden? Daß sie sich in ihr Leid verkriecht, ihr Leben zerstört, weil es ihr zerstört wurde? Um Hilfe bittet – aber wen?

Meistens spürt die Wurliblume klar, wer hier Täter oder Täterin ist, daß sie selbst ein Opfer ist. Das ist eine individuelle Ressource, über die in so hohem Maße die allermeisten kindlichen Opfer sexualisierter Gewalt und sonstiger

²¹⁰ Die Diagnose Psychopathie wäre jedenfalls unangemessen. (Manche medialen Kommentare und der Titel der niederländischen Übersetzung – *Een duivels kind* – drängen mich zu diesem voreiligen Widerspruch.) – Lesen wir das Buch als autobiografisches Zeugnis, ist es zweifellos das Dokument eines kreativen Heilungsweges.

²¹¹ Einmal will sie es doch, aber: "*so wie ich will*". Das geht erst, als der entsprechende Mann sie nicht mehr überwältigen kann. Weil er tot ist.

²¹²um mit Victoria Thérème zu sprechen (DIE TAXIFÄHRERIN).

Jo Imog: Die Wurliblume

Unterdrückung nicht verfügen. Weil sie die Bindung an Erwachsene zur psychischen Entwicklung brauchen und deshalb im allgemeinen gar nicht anders können, als sich selbst die Schuld zu geben, wenn Erwachsene (vor allem primäre Bezugspersonen) ihnen Böses zufügen. Ein entsprechender Selbsthaß kommt auch bei diesem Mädchen manchmal eruptiv zum Ausdruck: *"Es ist nicht tief genug, hier kann ich nicht ertrinken, aber wenigstens eine Lungenentzündung will ich! Ich will ganz langsam und grausam sterben! So hab ich noch nicht geheult."*

In der tiefen Entfremdung ihrer Lebenssituation, der tiefgreifenden Verletzung ihres Seelenlebens sucht die Wurliblume affektive, sinnliche und kognitive Lebendigkeit, wo sie sie finden kann, destilliert sie aus allem, was sich dafür anbietet. Dazu gehören nicht nur sinnliche Erfahrungen mit (zumeist fremdbestimmter) Sexualität, mit totem Material, sondern auch präzises Inszenieren von erlogenen Geschichten (da kann sie dann auch weinen!) und mit dem Töten von Tieren und Menschen. Psychopathologische Diagnostik würde vielleicht helfen, die Möglichkeit einer solchen psychodynamischen Konstellation abzuwehren oder zu leugnen, – das Seelenleben dieses Mädchens könnten sie nicht fassen. Auch ihre Empfindungen und Verhaltensweisen sind natürliche, also letztlich gesunde Reaktionen auf ungesunde (traumatisierende) Lebensumstände: orientiert an der Selbststabilisierung des psycho-physischen Systems. *Dieses Mädchen fühlt sich im Krieg*, das ist sicher nicht weniger angemessen, als sich zum hilflosen Opfer machen zu lassen. – Zweifellos kann diese Veröffentlichung (würde sie nur ernstgenommen!) zu der gerichtsnotorischen Argumentation führen, da sehe man wieder, daß Kindern nicht unbedingt geglaubt werden dürfe, wenn sie Erwachsene anklagen. Vertrauenswürdigem und sachlich angemessen helfenden Erwachsenen gegenüber würden jedoch auch solche Kinder (im semi-professionellen Volksmund gern als "Schwerziehbare" oder "Systemsprenger" bezeichnet), würde auch unsere Protagonistin nicht in ihrem Kampf verharren; allzu deutlich wird – wenn auch nur in kleinen Episoden – ihre Sehnsucht nach guten, vertrauensvollen Kontakten, nach Geborgenheit unter Menschen und in der Natur.

Daß dieses Buch endet mit einem Moment der Sehnsucht nach der jetzt endlich unschädlichen Mutter, ist durchaus auch sehr glaubhaft...

Es gibt (auch hierzulande) viele Tausende Kinder und Jugendliche, die vergleichbaren traumatischen Zerstörungen durch die soziale Umwelt ausgesetzt sind. Zweifellos finden die allermeisten von ihnen andere Kompensations- und Überlebenswege: Meist entwickeln sie ein Selbstbild als Opfer, werden prostituiert, unterwerfen sich gewalttätigen Partnern, sie fliehen in Drogenwelten, bleiben in Persönlichkeitsstörungen oder psychischen Krankheiten stecken oder werden ggf. selbst TäterInnen. Angemessene, nachhaltige Unterstützung finden die wenigsten.

DIE WURLIBLUME ist traumapsychologische Fallstudie, aber nicht nur. Uta Haaks Vermächtnis ist nichts weniger als halbbewußtes Ausagieren kindlicher Traumatisierungen; die rasante Szenenfolge ist von Anfang bis Ende durchkomponiert,

Jo Imog: Die Wurliblume

hat weder Längen noch Redundanzen, keine überflüssigen Adjektive, jedes Wort ist sinnlich aufgeladen; – in seiner kompromißlosen Poesie ist es große Literatur!

In ihrer Radikalität, der als unauflösbar dargestellten Verschränkung von Liebe und Leid, Schuld, Trauer, Haß und Verzweiflung, Aufbegehren und Kreativität, Gemeinschaft und Eigenart erinnerte mich diese Geschichte an Rainer Werner Fassbinders *bürgerliches Trauerspiel BREMER FREIHEIT* (1972): "Da wird das Böse gut, das Gute schlecht!" – Wie Fassbinders Film zwingt uns dieses Buch zur Entscheidung; es nimmt uns die Beurteilung nicht ab: Ist die Wurliblume Opfer oder Täterin? Inwieweit ist sie das eine, inwieweit das andere? Dieser Frage entgehen wir auch im Hinblick auf etliche andere Personen der Handlung nicht.

Kennengelernt hatte ich DIE WURLIBLUME 1971/72 in Heidelberg, im Internat, wo ein Exemplar des Buches von Hand zu Hand ging. Vergessen konnte ich dieses Mädchen nicht mehr. Immer wieder in den folgenden Jahrzehnten fing ich an, darin zu lesen. Aber vielleicht habe ich DIE WURLIBLUME erstmalig jetzt, auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen mit entwicklungs-traumatisierten Menschen, in einem Zug zuende gelesen. Die direkte Folge ist die hier vorgelegte Neuveröffentlichung.

1973 erschienen englische und niederländische Ausgaben des Buches.²¹³ Die Autorin, Uta Haak, lebte auf Ibiza (Spanien), arbeitete unter dem Namen Ute Schroeder als bildende Künstlerin. (1997 waren ihre Environments bei der *Biennale d'art contemporain de Lyon* vertreten.) Sie starb im Februar 2014.

²¹³ Jo Imog: THE DEMON FLOWER (London 1972: Calder & Boyars; New York 1973: Maurice Girodias Associates; Übersetzung Catherine Hanf Noren); EEN DUIVELS KIND (Amsterdam: Triton Pers 1972; Übersetzung Pieter Grashoff) – *Catherine H. Noren ist eine amerikanische Fotografin, Kind einer jüdischen Familie, die aus Deutschland emigrieren konnte.*



Heidi Schmidt (AKROBATENBUCH)

JOHANNA HERZOG-DÜRCKs

PERSONALE PSYCHOTHERAPIE

ALS ELEMENT INTEGRATIVER TRAUMATHERAPIE?

Die hier vorgestellte Konzeption wurde entwickelt von der Psychotherapeutin Johanna Herzog-Dürck (1902–1991). Sie wird zu den anthropologischen Psychotherapien gezählt, die den Kranken in seinem individuellen ganzheitlichen Gefüge in den Mittelpunkt der psychotherapeutischen Arbeit stellen.

Trotz seiner Orientierung an der überragenden Bedeutung der psychischen Entwicklung in der Kindheit geht der Ansatz aus von einer lebenslang möglichen Weiterentwicklung der Persönlichkeit. Auf sehr anspruchsvollen Grundlagen (W. Dilthey, L. Binswanger, S. Freud, C.G. Jung) entstand eine überraschend plausible therapeutische Konzeption. Herzog-Dürck geht aus von "Grundbedingungen" unserer Existenz: *"Der Tod, die Zeit, die Schuld – der Mitmensch, das Schicksal, der Leib, das Geschlecht, das Böse in der Welt"*. Sich als Teil der Welt und in Beziehung zu anderen zu erfahren ist ihrer Auffassung nach der menschlichen Natur inhärent, nicht erst Ergebnis psychischer Entwicklung. –

Psychotherapeutische KlientInnen leiden nach Herzog-Dürck letztlich immer an unterschiedlichen Verzerrungen auf der Ebene dieser anthropologischen Faktoren. Die Nuanciertheit der Personalen Psychotherapie ergibt sich vorrangig aus dem Erkunden solcher individueller Konstellationen, aus der therapeutisch begleiteten Suche der Klientin/des Klienten nach seinem/ihrem *"In-der-Welt-sein"* – nicht aus einem begrifflich ausdifferenzierten diagnostischen Raster von Symptomen, Syndromen und Strukturzusammenhängen.

Dieser Ansatz könnte besonders hilfreich sein bei bestimmten regelhaften Folgen von Entwicklungsraumatisierungen, die sowohl im psychotraumatologisch als auch im psychoanalytisch orientierten Therapiealltag allenfalls peripher beachtet werden und der individuellen Lebenserfahrung von TherapeutInnen/HelferInnen anheim gestellt sind. Stichworte für solche Folgen sind: *Scham – Schuld(gefühl) – Wozu bin ich auf der Welt? – Wer bin ich? – Wieso geschah es gerade mir? – Bin ich wert, daß mir geholfen wird? – Suche nach inneren Ressourcen, Intentionen, eigenem Wollen, eigenen Bedürfnissen – Schicksal als unauflösbare Verfügung? – Was ist "ein Mensch"? – Was ist gut? Was ist böse? – Kann ich auch anders sein? – Zukunft, Hoffnung – Was ist Liebe (für mich)? Sexualität? – Ambivalenz: Zuneigung zum Täter (primäre Bezugspersonen) – Abgrenzungen.*

Nach schwerwiegenden Entwicklungsraumatisierungen müßten solche existentiellen Probleme in traumapädagogischer/-therapeutischer Arbeit den höchsten Stellenwert haben. Das mit diesen Stichworten angedeutete Leid ist meines Erachtens meist schwerwiegender als die konkreten böartigen Handlungen, denen Betroffene ausgesetzt waren. Bei Johanna Herzog-Dürcks Ansatz stehen solche Fragen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. *"Alle Formen*

*Johanna Herzog-Dürcks
Personale Psychotherapie
als Element integrativer Traumatherapie?*

der Neurose haben das gemeinsam, daß der Mensch am Prozess der Selbstwerdung von früh an gehindert worden ist, um sich bald in späteren Stadien selbst daran zu hindern."

Zugleich zeigt sich in der längerfristigen Begleitung von Überlebenden schwerster Psychotraumatisierungen seit der Kindheit (allermeist sexualisierte Gewalt auch durch Bezugspersonen, nicht selten Organisierte rituelle Gewalt mit Zwangsprostitution) oft ein so hohes Maß an humaner Gesinnung, dass sich die Frage aufdrängt: Wie kann das sein bei Menschen, die vor allem in Kindheit und Jugend fast nur unbeschreiblich grausame, sadistische Gewalt erfahren haben? Und woher kommt bei ihnen die Kraft zum Heilungsweg? Was haben diese Menschen für Ressourcen? – Mein Kontakt mit solchen Überlebenden beruhte immer auf einer genuinen Lebenszugewandtheit, die indirekt sogar in täterorientierten, aversiven dissoziativen Persönlichkeitsanteilen zu spüren war. "Therapiepartner" war im Grunde das pure Leben, das ich mit meinem puren Leben ansprechen konnte, das sich bestätigt und gestärkt fühlte. Gerade mit diesem Klientel gibt es offenbar nicht selten eine tragfähige Beziehungsebene abseits der psychotherapeutischen Methodik, der trauma-pädagogischen Intervention. Johanna Herzog-Dürck nennt diesen Beziehungshintergrund *"die Intentionalität der Person, die zwar abgedrängt und aufgespeichert im Unbewußten, dennoch gerichtet bleibt auf die Einstimmung des Menschen in die Welt."*

Nach schweren Psychotraumatisierungen (insbesondere in der Kindheit) ist die genuine Beheimatung in der Welt tiefgehend gestört und blockiert. Ohne angemessene nachträgliche (meist therapeutische) Unterstützung und Begleitung ist eine derartige Lebensgeschichte für Überlebende unvereinbar mit irgendeiner Zugehörigkeit zur Menschenwelt. (In diesem Riß zwischen Selbst und Realität liegt vielleicht der tiefgründigste Anlaß zur traumatischen Dissoziation!) Bei Betroffenen mit DIS haben darüberhinaus einzelne Persönlichkeitsanteile eigene Erfahrungen, eigene innere Aufgaben und damit ein eigenes Selbstbild; zur therapeutischen Arbeit gehört, ihnen daneben ihre mitverantwortliche Zugehörigkeit zum multiplen System (also zum ganzen Menschen, der sie sind) nahezubringen. – Auch solche Störungen des *"In-der-Welt-Seins"* gehören zum therapeutischen Thema der *"Intentionalität der Person"* im Sinne Herzog-Dürcks.

Wesentlicher Schlüssel zum Erkunden der individuellen psychischen Konstellation ist für Herzog-Dürck die therapeutische Arbeit mit Träumen. Auch diese werden in einem kreativen Erkundungsproze zwischen KlientIn und TherapeutIn sehr nah an der individuellen Lebensgeschichte sowie dem bisherigen

*Johanna Herzog-Dürcks
Personale Psychotherapie
als Element integrativer Traumatherapie?*

Selbstbild interpretiert. Traumaterial wie Assoziationen dazu orientierten sich in ihren Veröffentlichungen naturgemäß am kulturellen Hintergrund ihres meist dem Bildungsbürgertum angehörenden Klientels (bis etwa 1975). Gleichwohl könnte der dargestellte achtsame und phantasievolle Umgang mit Träumen zur Nachahmung einladen – in der traumatherapeutischen Arbeit auch zum Nachdenken über Korrelationen zwischen traumatischer Dissoziation und Traumgeschehen.

Schwerwiegende Entwicklungstraumata gehören zweifellos zu den folgenreichsten Verstörungen des In-der-Welt-Seins (im Sinne der Personalen Psychotherapie), stellen tiefgründig jeden Lebenssinn in Frage. Die Personale Psychotherapie sieht in derartigen Verstörungen der ursprünglichen Beheimatung in der Welt den Mittelpunkt ihrer Arbeit. – Nach psychoanalytischem Verständnis dagegen entwickelt sich das Kind erst in die Welt als "das Andere" hinein.²¹⁴ Welcher Lebenssinn könnte jedoch auf dieser konzeptionellen Grundlage angesprochen werden bei Überlebenden schwerer Entwicklungstraumatisierungen, die als Kind von der Welt (außerhalb ihrer Selbst) fast nur Schlechtes erlebt haben? Derzeit nähert sich die Psychoanalyse in einer sogenannten intersubjektiv-relationalen Wende den personalen und dialogischen Therapieansätzen, implizit auch dem Desiderat einer "Tiefen-Traumatherapie".²¹⁵

Psychotraumatologisch begründete Therapie war seit ihren Anfängen in hohem Maße beziehungs- und bindungsorientiert. Die Bedeutung dieser Haltung als Heilungsressource wurde vermutlich zunächst in der Gegenübertragung von TherapeutInnen gespürt. Die Grenze der psychotraumatologisch begründeten Therapie liegt derzeit noch in ihrer geringen "Tiefe". Im Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit steht das traumatische oder traumatisierende Geschehen mit seinen symptomatischen Auswirkungen. Um den Lebenssinn in die Zukunft hinein kann sie sich zumindest konzeptionell nicht kümmern. Auch hier könnte der Blickwinkel der Personalen Psychotherapie ergänzendes therapeutisches Element werden.

Nach Johanna Herzog-Dürcks Tod verschwand die Personale Psychotherapie weitestgehend aus der therapeutischen Praxis. Die Rezeption ihres Ansatzes wurde zweifellos beeinträchtigt durch christlich-religiöse Konnotationen, die nicht mehr

²¹⁴ Die psychoanalytische Tradition bezeichnet die Beziehung des Menschen (des "Subjekts") zu seiner Welt als "Objektbeziehung". Diese für den Mainstream der Psychoanalyse grundlegende Subjekt-Objekt-Dichotomie wird in der Personalen Psychotherapie sowie in der aktuellen relationalen Psychoanalyse verworfen.

²¹⁵ Bedeutender Protagonist dieser Entwicklung war Sándor Ferenczi. Insbesondere Konzeptualisierungen Loewalds, Mitchells, eventuell auch Brombergs könnten beitragen zum Verständnis der traumatischen Dissoziation – einschließlich DIS – als Variante innerhalb einer allgemeinen relationalen Entwicklungspsychologie.

*Johanna Herzog-Dürcks
Personale Psychotherapie
als Element integrativer Traumatherapie?*

dem Zeitgeist entsprachen. Dabei liegt Herzog-Dürcks Bedeutung auch in der impliziten Überschreitung dieses Weltbilds, liegt im Brückenschlag zu einer um eine undogmatische, nicht-theistische Spiritualität erweiterten psychotherapeutischen Praxis. – *"Was kann Psychotherapie da tun? Ich möchte sagen, sie hat zu suchen nach Spuren der Liebe als Möglichkeit, nach Spuren von Heilheit, nach Spuren des Heiligen in entgötterter Welt."*

Herzog-Dürcks Veröffentlichungen sind in online-Antiquariaten noch zu finden. 2020 ist eine umfangreiche kommentierte Textsammlung als kostenfreie online-Ressource erschienen. Diese Neuveröffentlichung versteht sich nur am Rande als Beitrag zur Psychotherapiegeschichte. Herzog-Dürcks Angebot ist offen in die Zukunft, offen für Weiterentwicklungen in unterschiedlichen therapeutischen Zusammenhängen.

Literaturhinweise

- Günter Altner: Überlebenskrise der Gegenwart. Ansätze zum Dialog mit der Natur in Naturwissenschaft und Theologie (Darmstadt 1987)
- Günter Anders: Die Antiquiertheit des Menschen. Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution (München 1956/1980)
- Mary Barnes / Joseph Berke: Meine Reise durch den Wahnsinn (München 1973)
- Petra Bern: Lisa und Ludwig. Novelle einer Monumentophilie (Leipzig 2009: A+C online)
- Thomas Bock/Klaus Dörner/Dieter Naber: Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie (Bonn 2004)
- Bromberg, P.M. (1998). Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Martin Buber: Daniel. Gespräche von der Verwirklichung (Leipzig 1913; Neuausgabe Berlin 2011: A+C online)
- Martin Buber: Ich und Du (Leipzig 1923; Heidelberg 111983: Verlag Lambert Schneider)
- Lyn M. Brown / Carol Gilligan: Die verlorene Stimme. Wendepunkte in der Entwicklung von Mädchen und Frauen (Frankfurt/M. 1994)
- Jorgos Canacakis: Ich sehe deine Tränen: Trauern, klagen, leben können (Stuttgart 1987)
- Jonathan Caouette: Tarnation (Film, 2003)
- Christa [Stiehm-Guderjahn]: Ich suche Wahrheit, Weg und Leben (Berlin 2018: A+C online)
- Salvador Dalí: Das geheime Leben des Salvador Dalí (München 1984)
- Paul Arvid Dornonville de la Cour: Fragmente eines Tagebuchs (Frankfurt/M. 1953; Neuausgabe 2021: A+C online)
- Pierre Drieu La Rochelle: Das Irrlicht (Berlin 1968)
- Johanna Dürck, J.: Die Psychologie Hegels (Bern 1927; Paul Haupt; Faksimile Berlin 2020: A+C online)
- Ferenczi, S. (2014). Infantil-Angriffe! – Über sexuelle Gewalt, Trauma und Dissoziation. Berlin: Autonomie und Chaos (online)

*Johanna Herzog-Dürcks
Personale Psychotherapie
als Element integrativer Traumatherapie?*

Hildegund Fischle-Carl: Das Ich in seiner Umwelt (Stuttgart 1982)
Hildegund Fischle-Carl: Lust als Steigerung des Daseins (Stuttgart 1980)
Shakti Gawain / Laurel King: Leben im Licht (München 2003)
Hannah Green: Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen (Stuttgart 1973)
Arno Gruen: Der Wahnsinn der Normalität (München 1987)
Arno Gruen: Der Verrat am Selbst (München 1986)
Dag Hammarskjöld: Zeichen am Weg (München-Zürich 1965)

Herzog-Dürck, J.:

(1947). Die Behandlung der Neurose als existentielles Problem. In: PSYCHE 1/ Heft 1. Heidelberg: Lambert Schneider
(1948). Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins (Ludwig Binswanger). In: PSYCHE I/Heft 4. Heidelberg: Lambert Schneider
(1953). Zwischen Angst und Vertrauen: Probleme und Bilder aus der psychotherapeutischen Praxis. Nürnberg: Glock und Lutz. (2. Auflage 1957)
1960). Der Depressive und die Hoffnung; in: PSYCHE 8/ Heft 10 (1955). Stuttgart: Ernst Klett. Auch in: Sborowitz A./Ernst Michel, E.(Hrsg) (1960) Der leidende Mensch. Personale Psychotherapie in anthropologischer Sicht. Düsseldorf-Köln: Diederichs
(1956). Der neurotische Widerstand gegen die Wandlung. In: Wilhelm Bitter [Hrsg.]: Vorträge über die Wandlung des Menschen in Seelsorge und Psychotherapie. Göttingen 1956
(1960). Menschsein als Wagnis. Neurose und Heilung im Sinne einer personalen Psychotherapie. Stuttgart: Ernst Klett
(1969). Probleme menschlicher Reifung: Person und Identität in der personalen Psychotherapie. Stuttgart: Ernst Klett . (Neu als: Grundströmungen der Lebensangst. Probleme menschlicher Reifung in der personalen Psychotherapie. München 1984: Pfeiffer)
(1972). Die Arbeit der Seele. Heilung als Erlebnis im psychotherapeutischen Prozess. Hamburg: Furche. (Neu als: Lebenskrise und Selbstfindung. Das Erlebnis der Heilung im psychotherapeutischen Prozess; Freiburg i.Br. 1978: Herder)
(1979). Leiden, Traum und Befreiung. Vom Erlernen des Menschseins. Erfahrungen aus der personalen Psychotherapie. Freiburg i.Br.: Herder
(2020). Personale Psychotherapie als Element integrativer Traumatherapie. Berlin: Autonomie und Chaos (online) (*Kommentierte Textsammlung*) <https://autonomie-und-chaos.de/images/pdf/auc-131-herzog-duerck.pdf>

Gerald G. Jampolsky: Was heilt ist die Liebe (Darmstadt 2006)
Hans Kilian: Das enteignete Bewußtsein (Neuwied und Berlin 1971; Neuausgabe Gießen 2017)
Janusz Korczak: Wie man ein Kind lieben soll (Göttingen 1967)
Jack Kornfield: Das Tor des Erwachens (München 2001)
Dolores La Chapelle: Weisheit der Erde (Saarbrücken 2013)
Ronald D. Laing: Phänomenologie der Erfahrung (Frankfurt/M. 1969)
Regine Leisner: An Krisen reifen. Buddhistische Perspektiven für schwierige Zeiten (Berlin 2000)
Loewell, H.: Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951-1979. (Stuttgart 1986)
Mitchell, St.A.: Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychotherapie (Giessen 2003)

*Johanna Herzog-Dürcks
Personale Psychotherapie
als Element integrativer Traumatherapie?*

- Alexander Noyon/ Thomas Heidenreich: Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung (Weinheim/Basel 2012)
- Osho (Bhagwan Shree Rajneesh): Esoterische Psychologie (München 1979)
- Osho: Vom Leben und vom Sterben (Berlin 2003)
- Clarissa Pinkola Estés: Die Wolfsfrau (Neuausgabe München 1997)
- Luise Reddemann / Silvia Wetzels: Der Weg entsteht unter deinen Füßen. Achtsamkeit und Mitgefühl in Übergängen und Lebenskrisen
- David Riesman: The Lonely Crowd (deutsch: Die einsame Masse; Hamburg 1958)
- Arië Sborowitz / Ernst Michel (Hrsg.): Der leidende Mensch. Personale Psychotherapie in anthropologischer Sicht (Düsseldorf/Köln 1960)
- Peter Schellenbaum: Die Spur des verborgenen Kindes. Heilung aus dem Ursprung (Hamburg 1996)
- Heidi Schmidt: das wahrnehmen der schwingungen und der buntheit zwischen den geschnehnissen macht das leben voll. 1973-1976 (Berlin 2019: A+C online)
- Frère Roger Schutz: Kampf und Kontemplation (Freiburg i. Br. 1973)
- (Frère Roger Schutz) Rencontre avec Frère Roger, Taizé (DVD; community@taize.fr)
- Martin Seel: Adornos Philosophie der Kontemplation (Frankfurt/M. 2004)
- Vsevolod Silov: Gedanken der integrativen Psychotherapie im religiös philosophischen Werk Martin Bubers (München 2017)
- Martti Siirala: Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit (Göttingen 1961; Neuausgabe Eschborn 2000)
- Milan Sreckovic: Selbst und Welt (in: Hans Trüb: Heilung aus der Begegnung; Bergisch Gladbach 2015; S. 109-2519)
- Annegret Stopczyk(-Pfundsheim): Sophias Leib. Entfesselung der Weisheit (Heidelberg 1998)
- Rainer Taeni: Latente Angst. Das Tabu der Abwehrgesellschaft. Versuch einer ganzheitlichen Therapie des Menschen (Hamburg 1976)
- Hans Trüb: Aus einem Winkel meines Sprechzimmers (Berlin 1930: Verlag Lambert Schneider)
- Hans Trüb: Heilung aus der Begegnung. Eine Auseinandersetzung mit der Psychologie C. G. Jungs. Mit einem Geleitwort Martin Bubers (Stuttgart 1951; Erweiterte Neuausgabe Bergisch Gladbach 2015/Gevelsberg 2016)
- Hans Trüb: Welt und Selbst. Bausteine einer modernen Psychotherapie (Gevelsberg 2019)
- Anna Tumarkin: Die Methoden der psychologischen Forschung (Leipzig 1929)
- Alan Watts: Im Einklang mit der Natur (München 1981)
- Alan Watts: Psychotherapie und östliche Befreiungswege (München 1980)
- Alan Watts: Zeit zu leben (Bern/München 1988)
- Irvin D. Yalom: Existentielle Psychotherapie (Köln 1989)

Warum

- ... passt niemand auf mich auf?**
- ... bin ich allein?**
- ... bemerkt niemand mein fehlen?**
- ... sieht niemand meine Tränen?**
- ... hört mich niemand?**
- ... darf ich nicht Kind sein?**
- ... bin ich falsch?**
- ... darf ich nicht Sicher sein?**
- ... hört der Schmerz nicht auf?**
- ... darf ich nicht schlafen?**
- ... sieht niemand Mich?**
- ... konnten sie mich nicht liebhaben?**
- ... bin ich Egal?**
- Unwichtig...???**

© Merle Müller (Doris)