

Die inneren Trauma-Landschaften

Borderline - Ego-State - Täter-Introjekt

Bearbeitet von
Jochen Peichl

1. Auflage 2012. Buch. 312 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2935 3
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

bare Ego-States wurde von Nijenhuis et al. als die *sekundäre strukturelle Dissoziation* klassifiziert. Die *tertiäre strukturelle Dissoziation*, die ich der Vollständigkeit halber nur kurz erwähnen möchte, zeigt zusätzlich eine Aufspaltung des ANP in verschiedene Rollen und Teilpersönlichkeiten, ein Phänomen, dem wir nur bei schwer gestörten Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung finden.

10.3.4 Sekundäre Dissoziation und die Aufspaltung in einzelne Ego-States

Wenn Nijenhuis und seine Kollegen Recht haben, dann entstehen die Ego-States in der Situation traumatischer akuter oder chronischer Bedrohung nicht rein zufällig, sondern sind hochkomplexe, innerpsychische Weiterverarbeitungen, primäre genetisch determinierte Handlungsbereitschaften des defensiven Systems eines Menschen als Reaktion auf Bedrohung. Bevor wir die für die Genese der Ego-States wichtige sekundäre Dissoziation näher betrachten, vorab eine Zusammenschau unseres bisherigen Wissens über die primäre und sekundäre strukturelle Dissoziation in Abbildung 10-2 und 10-3.

Primäre strukturelle Dissoziation. Bei der primären strukturellen Dissoziation, wie sie bei akuter Traumatisierung oder zum Teil bei der PTBS auftritt, finden wir das subjektive psychische Erleben der peritraumatischen Erfahrungen und die Reaktionen der defensiven Subsysteme auf Bedrohung vor, die insgesamt in einem „traumatischen Ego-State“ verkörpert sind. Diese Patienten erleben sich entweder in das traumatische Geschehen abrupt zurückversetzt (EP) oder aber vom Trauma distanziert und relativ alltagsstabil (ANP). So gesehen ist auch eine Einfache PTBS eine dissoziative Störung mit zwei abgrenzbaren Ego-States.

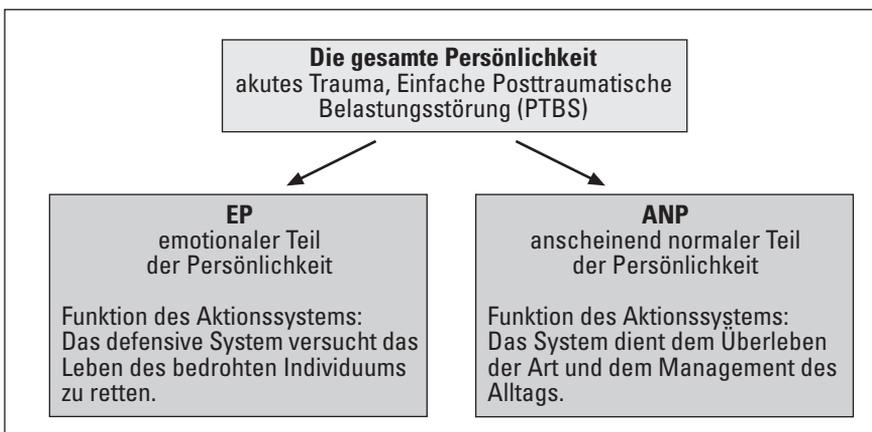


Abb. 10-2 Die primäre strukturelle Dissoziation nach Nijenhuis et al. (2004b)

Je nach Traumabelastung und der aktivierten neurobiologischen Gegenwehr werden verschiedene defensive Reaktionsmuster durchlaufen, welche nun die vorrangige Symptomausprägung aus dem Spektrum der PTBS bestimmen. So können reaktive Wut, Todesangst, Vermeidung, Gefühle von absoluter Hilflosigkeit und Verlust der Kontrolle patientenspezifisch im Vordergrund stehen. Eine weitere Dissoziation des EP in abgrenzbare Ego-States findet in der Regel nicht statt. Die Bildung eines traumatischen Introjekts (Täter-Introjekt) ist umso wahrscheinlicher, je schneller die peritraumatische Dissoziation im Angesicht völliger Hilflosigkeit und Todesangst einsetzt und dem Opfer nur noch totale Unterwerfung als Defensivstrategie bleibt. Dies bedeutet im Sinne der Polyvagal-Theorie von Porges (2001, 2003): Die phylogenetisch „primitivste“ Form parasympathisch gesteuerter Überlebensstrategie wird zerebral aktiviert. Von Vergewaltigungsopfern wissen wir, dass diejenigen Frauen, die sich solange wie nur möglich aktiv wehrten, bewusst das Geschehen wahrnahmen und sympathikoton mit Kampf oder Flucht reagieren konnten, das Trauma relativ unbeschadet überlebten.

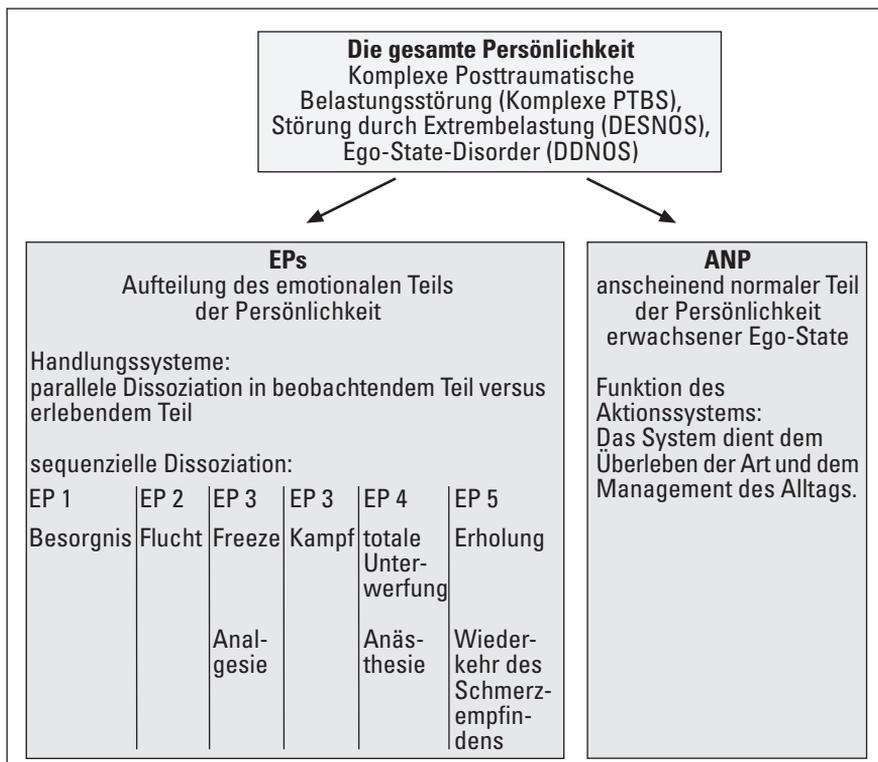


Abb. 10-3 Die sekundäre strukturelle Dissoziation nach Nijenhuis et al. (2004b)

Sekundäre Dissoziation. Anders verhält es sich bei kumulativer und chronischer Traumatisierung in der frühen und auch späteren Kindheit. Hier müssen die traumatischen Erfahrungen in die noch fragile Selbst- und Identitätsentwicklung integriert werden, und es bilden sich psychische Strukturen, die der Heilung der erlebten Verletzung dienen, die helfen sollen, oftmals ambivalente Einstellungen zum Täter zu überbrücken und die somit „kreative“ Überlebensstrategien darstellen. So gesehen sind die bei dieser Patientengruppe unterscheidbaren Ego-States eine Manifestation einer kleineren oder auch größeren Auswahl von Verhaltensäußerungen der oben beschriebenen Kaskade defensiver Subsysteme, die nicht oder nur sehr unzureichend miteinander integriert sind. Da sich Traumata in einem Beziehungskontext ereignen, spielen die primäre Bindung an den Täter und die Selbst-Objekt-Beziehungsmuster im Familiensystem eine modifizierende Rolle. Der Mangel an Integration ist eine Funktion des Ausmaßes der Traumatisierung, da Kinder in dieser Frühzeit viel vulnerabler als Erwachsene auf Irritation reagieren.

Aus der eigenen klinischen Beobachtung, aber auch aus Fallbeschreibungen von Nijenhuis und Kollegen kenne ich unterschiedliche affektiv kodierte Subtypen des EP: einige kindliche EPs zeigen zeitüberdauernde Zustände von Freezing und Analgesie, andere wirken hochmisstrauisch und abwehrbereit gegen ständig erlebte körperliche Bedrohung, andere sind wuterfüllt, trotzig und drücken diese Wut in Form von „Hass auf alles“ aus, und wieder andere unterwerfen sich völlig der Bedrohung, während sie anästhetisch sind. Auf diese Weise wird der EP in verschiedenste EPs aufgeteilt, die unterschiedliche Abwehrfunktionen erfüllen und sich auf verschiedene Abwehrsubsysteme beziehen. Weil diese Subsysteme dazu tendieren, in einer Reihung über einen zeitlichen Verlauf hin, bei steter Zunahme des Bedrohungserlebens, erweckt zu werden, haben Nijenhuis und Kollegen (2004a, 2004b) vorgeschlagen, dieses Phänomen als „sequenzielle sekundäre strukturelle Dissoziation“ zu bezeichnen oder kurz gesagt als „sequenzielle Dissoziation“.

10.4 Aufspaltung in Persönlichkeitsanteile: klinische Beobachtungen

Das durch die Evolution für die Überlebenssicherung geschaffene „emotional arbeitende System“ (Panksepp 1998), das „motivationale System“ (Langet al. 1998) oder das „Aktionssystem“ (Nijenhuis 2004; Nijenhuis et al. 2004b) ist angeboren und dient, wie oben dargestellt, der mentalen und verhaltensorientierten Bewältigung von Traumata. Es gibt, wie Abbildung 10-4 zeigt, zwei Hauptkategorien des Aktionssystems: ein System für die Verarbeitung attraktiver Reize (unkonditionierte Reflexe) und ein Verteidigungssystem (unkonditionierte Reflexe).

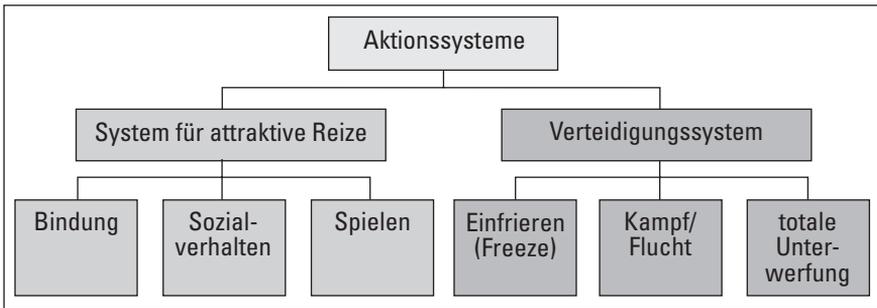


Abb. 10-4 Die zwei Hauptkategorien des Aktionssystems nach Nijenhuis (2004)

Das Handlungssystem für attraktive Reize unterteilt sich in ein Bindungssystem, ein System für das Sozialverhalten und ein System für das Spielverhalten bei Kindern; das Verteidigungssystem gliedert sich in die Verhaltenseinheiten Einfrieren, Kampf bzw. Flucht sowie totale Unterwerfung. Das Ziel der Entwicklung eines jeden Kindes ist die Integration dieser verschiedenen Systeme: Suchen und Spielen, Bindung, Flucht/Einfrieren/Unterwerfung. Bei Traumatisierung kommt es zu einer Aufteilung: Unter der Kategorie ANP versammeln sich die Bindungsbestrebungen, das heißt auch die Bindungswünsche an den Täter: „Der Vater soll doch wieder gut sein und mich nicht verlassen.“ Unter dem Etikett der EP gruppieren sich Flucht, Einfrieren, Kampf, Unterwerfung, also das gesamte Abwehrsystem.

Der Sinn der totalen Unterwerfung erschließt sich aus der Phylogenese: Raubtiere wollen frisches Fleisch, da sie aus Erfahrungen über Generationen gelernt haben, sich vor Krankheiten zu schützen (Bakterienverseuchung von Aas). Da nur sich bewegende Objekte den Beutereflex auslösen, ist der Totstellreflex ein letzter möglicher Schutz.

Die strukturelle Dissoziation bedeutet eine strukturelle Aufspaltung der Persönlichkeit. Die Forschungsbefunde von Nijenhuis und Mitarbeitern der letzten Jahre lassen es als sehr wahrscheinlich erscheinen, dass frühe und wiederholte Traumatisierungen durch die primären Bezugspersonen zu strukturellen und funktionellen Hirnschädigungen führen. Die Konsequenz ist, dass das Gehirn die normalen Wechsel zwischen den angeborenen emotionalen Systemen nicht nahtlos integrieren kann und dadurch das Gehirn in einem unvollständig integrierten Modus arbeitet. Damit sind die Befunde gemeint, die Schore über den traumabedingten Mangel an Vernetzung zwischen orbitofrontalem Kortex und limbischem System postulierte.

Der ANP repräsentiert das Handeln im Alltagsleben und wird handlungsbezogen umgesetzt durch das so genannte Alltagssystem. Die EPs, die einzelnen emotionalen Anteile, werden vermittelt durch das Verteidigungssystem. Wenn ein Baby z. B. allein ist, dann sendet es den Bindungsschrei (*attachment cry*) aus; bei der Mutter wird Oxytocin ausgeschüttet, ein starkes Bindungshormon,

Tab. 10-1 Dissoziative Störungen nach DSM-IV

- dissoziative Amnesie
- dissoziative Fugue
- dissoziative Depersonalisationsstörung
- nicht näher bezeichnete dissoziative Störung
 - Typ 1a: keine eindeutig abgrenzbaren Identitätszustände
 - Typ 1b: kaum klinisch relevante Amnesien vorhanden
 - Typ 2: Derealisation ohne Depersonalisation
 - Typ 3: nach Zwangsmaßnahmen z. B. Gehirnwäsche
 - Typ 4: dissoziative Trancestörung
- Dissoziative Identitätsstörung

und die Mutter kümmert sich um das Baby. Wenn aber der Feind zu nahe ist, erfolgt aus gutem Grund kein Schrei – die Stimmbänder sind gelähmt. Eine Hypervigilanz entsteht, Adrenalin wird produziert, das Einfrieren und die auftretende Analgesie sind Folgen des massiv freigesetzten endogenen Opiates – eine Art „Opiatvergiftung des Gehirns“. Eine Flucht wird versucht, hin zu einem dunklen Ort, der Schutz bietet, oder es kommt zur Verteidigung bei direktem Angriff: Bei Kindern, die missbraucht wurden, ist der Abwehranteil gehemmt, weil die Gegenwehr des Kindes durch den Täter unter Strafe gestellt wurde oder weil keine Erfolgsaussicht bestand; dann kann sie nur abgeschwächt ablaufen. Der blockierten Aggression bleibt nur noch der Weg nach innen. Die Gruppierung der *alters* (der Ego-States) dieser Patienten erfolgt, wie oben gezeigt, nach dem Modus biologischer Zuordnungen: Kampf, Flucht, Unterwerfung.

Die Dissoziative Identitätsstörung ist eine schwere Erkrankung aus dem Syndromspektrum dissoziativer Störungen, und an ihr lässt sich dieses Phänomen der durch strukturelle Dissoziation aufgegliederten Selbst-Zustände (Ego-States) am eindrucksvollsten beobachten. Es soll uns hier als Verständnisbasis dienen. Tabelle 10-1 gibt die Differenzialdiagnose der dissoziativen Störungen wieder.

Bei der Dissoziativen Identitätsstörung finden wir unterscheidbare Persönlichkeitszustände oder Selbst-Zustände, die als getrennt von der erwachsenen Persönlichkeit (ANP) wahrgenommen werden und auf Auslösereize hin die Kontrolle über das Erleben und Verhalten übernehmen können. Es handelt sich dabei um verschiedene psychische Strukturen, und nicht um „viele Personen“ im Körper eines Menschen. Deshalb wurde der Begriff der Multiplen Persönlichkeit aufgegeben; er suggeriert, dass es sich um mehrere Persönlichkeiten handelt.

Im klinischen Spektrum finden wir häufig eine inkomplette Form der Dissoziativen Identitätsstörung, inkomplett in der Hinsicht, dass die dissoziative Symptomatik weniger schwerwiegend erscheint, die Selbst-Zustände nicht völlig getrennt von der eigenen Person erlebt werden und deshalb die Amnesien