

Dissoziation und Trauma

Dissoziation = dissoziare (lat.)

= Aufspaltung, Trennung von Erlebnissen, Erfahrungen

Das Erleben funktioniert in der Regel ganzheitlich und integriert, d.h. es sind Sinneskanäle, Gefühle, Gedanken beteiligt. Neue Eindrücke treffen auf ein Konzept von der eigenen Person und die umgebenden Beziehungen, das aus vorherigen Erfahrungen entstanden ist. Sie werden verglichen und eingeordnet. Dadurch erleben wir uns als Ganzes mit einem Körper, Gefühlen, Gedächtnis und Erinnerung und können unsere Wahrnehmung aktiv steuern.

Definition: Bei dissoziativen Störungen ist das Erleben von Kontinuität und Kohärenz (Zusammengehören) der eigenen Identität (Person) und/oder des Bewusstseins und Gedächtnisses und/oder der Empfindungen und Kontrolle des Körpers gestört. Kurz gesagt: Die Integrierte Wahrnehmung gelingt nicht, das Erleben von Kontinuität (Zusammengehörigkeit) ist in Teilbereichen gestört; im Extrem wird die gesamte Persönlichkeit nicht als Einheit erlebt.

Beispiele:

- Alltägliche Dissoziation: Ich fahre mit dem Auto und bin emotional oder gedanklich mit etwas extrem beschäftigt. Bei der Ankunft wundere ich mich wie ich jetzt hierher gefahren bin. D.h. meine Gedanken waren woanders. Das ist nicht besorgniserregend, da ich mich darauf verlassen kann, dass ich in einer kritischen Verkehrssituation sehr gut hätte umschalten können und mich auf den Verkehr konzentrieren. Vielleicht bin ich doch etwas verunsichert, gerade wenn es eine Strecke war, die ich täglich fahre: War die Ampel heute wirklich grün? Verunsicherung ist ein grundlegendes Lebensgefühl von Menschen, die unter schwereren Dissoziationen leiden.
Oder ich sitze am Schreibtisch und arbeite intensiv. Erst als ich aufhöre merke ich dass mein Magen vor Hunger schon schmerzt (Dissoziation von Körperempfindungen).
- Schwerwiegende Dissoziationen:
Es gelingt einem Kind nicht dem Unterricht zu folgen, da die Gedanken unkontrolliert abrutschen und keine Handlungsmöglichkeiten vorhanden sind, diese zurückzuholen.
Ein Kind macht in die Hose wenn es hochkonzentriert am Computer arbeitet. (d.h. die Körperempfindung ist so stark abgespalten, dass dieses wichtige Signal nicht wahrgenommen wird).
Eine Jugendliche gerät in einen dissoziativen Zustand (ist plötzlich voller Angst, wird hochaggressiv, beginnt am ganzen Körper zu zittern oder läuft weg), wenn sie durch irgendeine nur für sie selbst vergleichbare Situation (z.B. fest angepackt werden) an ein traumatisches Ereignis erinnert wird (Gedächtnis u. Gefühle und aktuelle Sinneswahrnehmung (vom Hier und Jetzt) funktionieren nicht mehr integriert)

Der Unterschied zwischen Alltagsdissoziationen und schwerwiegenden Dissoziationen liegt v.a. in den Kontroll- und Einflussmöglichkeiten: Hierbei können wir von einem Kontinuum ausgehen. Gelingt es z.B. in gefährlichen Situationen noch adäquat reagieren zu können oder nicht. (z.B. Ältere Kinder, die vors Auto springen, da das Bewußtsein in Gefahr eben nicht adäquat reagiert, wie hoffentlich bei uns wenn wir Auto fahren).

Die Klassifikationssysteme für psychische Störungen umschreiben relativ eng Störungsbilder auf Körperebene, Bewusstseinsebene und Ebene der Persönlichkeit als „klassische“ dissoziative Störungen:

Dies sind z.B.

- Dissoziative Bewegungsstörungen: Einschränkungen oder Verlust der Bewegungsfähigkeit
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen: Einschränkungen im Bereich der Körperempfindungen. (auch somatoforme Störungen).
- Dissoziative Amnesien: Gedächtnislücken in der persönlichen Lebensgeschichte
- Dissoziative Fugue: plötzliches Weglaufen
- Dissoziativer Stupor: Deutliche Verringerung oder Fehlen von Bewegungen und Reaktionen auf äußere Reize
- Depersonalisations- u. Derealisationsphänomene: Gefühl der Entfremdung der eigenen Person, des Körpers, der Umwelt
- Dissoziative Identitätsstörung: (früher: Multiple Persönlichkeit)

Ich werde den Dissoziationsbegriff weiter gefasst verwenden. Also auch bei andersorts klassifizierten Störungen (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung als relativ unmittelbare Reaktion auf ein Trauma mit zahlreichen weiteren Symptomen (Angst, Alpträume etc.), borderline Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens (z.B. Aggression) sind Dissoziationen in einem hohen Maße für das „Störungsbild“ (mit)verantwortlich.

Entstehung von Dissoziationen in Verbindung mit traumatisierenden Erfahrungen:

„Durch wiederholte Traumata und das Fehlen protektiver (schützender) Faktoren und sozialer Unterstützung erlebt das Kind Symptome einer posttraumatischen Stressverarbeitung, die bei anhaltender Traumatisierung in ein komplexes Muster mit Amnesien, tranceartigen Zuständen, schnellem Wechsel von Stimmungen und Verhaltensweisen, Störungen der Affektregulation, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisbeeinträchtigungen als Abwehr- und Bewältigungsstil münden.“ (s. Resch, F., Brunner, R, Oelkers-Ax, R.; S. 546. In: Eggers, Fegert, Resch: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters; 2004).

Die Symptomatik kann überdauernd oder fluktuierend sein. Durch die veränderte Stressverarbeitung und damit verbundene neurobiologische Besonderheiten entstehen relativ stabile Verhaltensmuster.

Trauma:

Lange wurde davon ausgegangen, dass v.a. schwerwiegende Gewalterfahrungen dissoziative Phänomene hervorrufen. Unterdessen ist bekannt, dass oft zunächst weniger gravierend erscheinende Erlebnisse genügen um dissoziative Verhaltensmuster hervorzurufen. Wichtig hierbei scheint: Das Alter des Kindes und die Wiederholung, Dauer und das Fehlen schützender Faktoren (das Ausmaß an der Situation Ausgeliefertsein) und sozialer Unterstützung (z.B. wie gut funktioniert das soziale Umfeld außerhalb der traumatisierenden Beziehungen; Bsp: Kind psychisch kranker Eltern, dem eine Oma oder andere Bezugsperson zur Seite steht um andere Beziehungserfahrungen zu machen und/oder Unterstützung gibt die Erlebnisse auch kognitiv einzuordnen).

Traumatisierende Erfahrungen sind:

Ereignisse, die eine Person direkt als existentiell bedrohlich erlebt oder davon Zeuge wird. (Vergessene Kinder: z.B. Kinder, die Gewalt zwischen den Eltern erlebt haben, selbst aber nicht geschlagen wurden. Besonders jüngere Kinder erleben sich in solchen Situationen

jedoch oft in ihrer eigenen Existenz bedroht. Immer wieder höre ich Mütter sagen: „Die Kinder hat er ja wenigstens nicht geschlagen, ich habe mich schützend vor sie gestellt.“ Diese Kinder sind oft genauso traumatisiert wie Kinder die Gewalt am eigenen Körper erlebt haben. Oder auch Kinder als Zeugen von Verkehrsunfällen. Traumatisierte Kinder (wie auch Erwachsene) wirken zunächst äußerlich meist völlig ruhig aufgrund des emotionalen Schocks (= dissoziativer Zustand), werden auch deshalb vergessen, entwickeln dann aber in der Folge oft schwerste Folgesymptomatik

Beispiele für traumatisierende Erfahrungen:

- Katastrophen
- Körperliche und sexuelle Gewalt, schwere Vernachlässigung, andere Gewaltverbrechen (besonders problematisch: Gewalt die durch andere Menschen zugefügt wird, hat Einfluß auf das Erleben und den künftigen Umgang in Beziehungen)
- Schwere Unfälle
- Schwere medizinische Eingriffe
- Plötzliche Verluste vertrauter Menschen

Diese Ereignisse sind durch eine Überstimulierung aller Sinne so stressbeladen, dass sie die gewöhnlichen Bewältigungsstrategien überfordern. Ein sogenannter emotionaler Schock wird ausgelöst.

Auch sogenannte t-Traumata können ähnliche Reaktionen hervorrufen. Dies können z.B. sein: Ereignisse mit Erschrecken, fortwährende Demütigungen, großer Peinlichkeit, Scham- und Hilflosigkeit.

All diesen Erlebnissen ist gemeinsam und das charakterisiert Trauma:

Ein als existentiell bedrohlich erlebtes Ereignis (auch die psychische Existenz kann als bedroht erlebt werden), löst Angst, Verzweiflung, Schmerz aus.

Es besteht keine Möglichkeit zu fliehen oder anzugreifen (**traumatische Zange**).

(Stellen sie sich vor: Ein jüngeres Kind wird von seiner Mutter verprügelt, es wird sich nicht wehren, fortzulaufen wagt es nicht; oder: Ein Vater kommt abends ans Bett seiner Tochter und missbraucht diese sexuell: sie erstarrt vor Schreck, da sie als jüngeres Kind evtl. kognitiv noch nicht einordnen kann was passiert, ihr gedroht wird, sie die Situation als extrem peinlich und schambehaftet erlebt, sich überlegt was passieren könnte wenn sie es der Mutter sagt etc.; oder: Ein Säugling ist hungrig und schreit: es erfolgt keine Reaktion auf das Schreien)

Diese Situationen, die biologisch angelegte Flucht- oder Angriffsreaktionen hervorrufen würden, aber in der Handeln nicht möglich oder wie beim Säugling keine Reaktion auf ein existentielles Bedürfnis erfolgt (der Hunger irgendwann als existentiell bedrohlich erlebt wird) führen zu extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht und Ausgeliefertsein.

Um das psychische Überleben zu sichern hat sich das Gehirn etwas Kluges ausgedacht, nämlich die **Dissoziation**, die Fragmentierung von Erfahrungen: z.B. auf Gedächtnisebene: Das Ereignis wird als nicht passiert abgespeichert = Amnesie (wobei z.B. auf Körperebene sehr wohl eine Erfahrung gespeichert ist); Möglich ist auch eine Abspaltung auf Körperebene: Teile der Körperempfindungen werden abgespalten (im Gedächtnis wird das Ereignis gespeichert), in der Folge kann ein langfristiges Muster von fehlenden Empfindungen verschiedener Körperteile entstehen, z.B. bei geschlagenen Kindern

Stressverarbeitung:

Wichtig ist hier einen kurzen Ausflug in die Stressphysiologie und Neurobiologie zu machen um zu verstehen weshalb sich langfristige Erlebens- und Verhaltensmuster daraus entwickeln:

Stressphysiologie:

In einer als bedrohlich erlebten Situation reagieren unsere Stresshormone, die dann die Reaktion z.B. muskulär steuern. Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung von Adrenalin (zuständig für Flucht), Noradrenalin (zuständig für Angriff) und schließlich Cortisol (reguliert Adrenalin und Noradrenalin wieder runter). In einer Situation, die als existentiell bedrohlich erlebt wird, aber wie gesagt weder Flucht noch Angriff erlaubt, bleiben diese Hormonspiegel erhöht bis schließlich körpereigene Endorphine und Enkephaline ausgeschüttet werden. Das sind die körpereigenen Opiate (oft besser bekannt durch Drogen, die von außen zugeführt werden und zu veränderten Bewusstseinszuständen führen. Unser Körper ist jedoch in der Lage in Extremsituationen diese selbst freizusetzen.) Die körpereigenen Opiate und Morphine lindern Schmerz, Angst und Entsetzen in traumatischen Situationen. Bekannt ist dies vielleicht von schweren körperlichen Verletzungen in denen der Verletzte zunächst keinen Schmerz empfindet um die Situation auszuhalten. Das gleiche gilt jedoch für extreme seelische Verletzungen.

Erlebt nun ein Kind wiederholt Traumata verändert sich langfristig die Stressphysiologie, d.h. die Stresshormone pendeln sich in Erwartung traumatischer Situationen dauerhaft auf einem höherem Niveau ein, der Stress wird nicht mehr ganz runtergefahren.

(Vergleichen kann man das vielleicht auch mit Einsatzkräften im Rettungsdienst, die sich permanent darauf einstellen müssen zu einer traumatischen Situation (Unfall) gerufen zu werden und in dieser permanent stressvollen Situation verharren. Hier sind die Folgen inzwischen relativ gut untersucht und es gibt psychologische Unterstützung für diesen Personenkreis z.B. nach schweren Einsätzen).

Für viele der Kinder im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, die mit schwer traumatisierenden Erlebnissen aus dem Elternhaus zurecht kommen müssen, bedeutet die dauerhafte Stressreaktion, dass eine Regulation von Gefühlen auf einem anderen Stress- bzw. Erregungsniveau abläuft. Z.B. Gewaltausbrüche: Ein früher immer wieder misshandeltes Kind befindet sich in permanenter Anspannung und dann kommt ein aktueller verbaler oder körperlicher Angriff oben drauf: Das Kind reagiert vermutlich extremer als erwartet und situationsunangemessen.

Neurobiologische Veränderungen in Folge dauerhafter Traumatisierung:

Durch die inzwischen sehr genauen bildgebenden Verfahren im Bereich der Medizin hat man bei schwer traumatisierten Personen in verschiedenen Untersuchungen Vergrößerungen bzw. Verkleinerung bestimmter Hirnareale gefunden. Dies bedeutet eine bessere Nervenverschaltung in einzelnen Hirnregionen im Gegensatz zu einer schlechteren Verschaltung in anderen Hirnregionen.

Im Gehirn ankommende Reize, sei es vom Körper: taktil, viszeral-vegetative, (d.h. von innen: Magen knurrt), optisch, akustisch, emotional oder kognitiv werden zunächst nach ihrer Bedeutung grob eingeordnet (Amygdala): Gefahr oder Nicht-Gefahr. Bei Nicht-Gefahr werden sie u.a. sprachlich codiert und zum Hippokampus weitergeschickt. Das ist sozusagen unser Bibliothekar. Er vergleicht mit Erinnerungen, bereits Erlebtem etc. und ordnet das Ereignis unter zu Hilfenahme der sprachlichen Codierung (Broccazentrum) ein. Er entscheidet was zu tun ist und schickt das Ganze an den präfrontalen Cortex weiter.

In einer traumatischen Situation klappt die Verbindung zum Sprachzentrum und zu unsrem Bibliothekar nicht, die Informationen werden von der Amygdala (Gefahr !!) direkt an den präfrontalen Cortex weitergegeben, ein Vergleich und eine sprachliche Einordnung (sprachliche Codierung ist auch wichtig um danach darüber berichten zu können) finden somit nicht statt. Das bedeutet, dass die Speicherung bruchstückhaft fragmentiert verläuft und das Erlebnis nicht als Einheit abgespeichert wird, da keine Einordnung durch den „Bibliothekar“ und keine sprachliche Codierung stattfinden.

Auf dieser Ebene können wiederholte traumatische Erlebnisse zu einer dauerhaft besseren Verschaltung zwischen Amygdala und präfrontalem Cortex und schlechteren Verbindungen über den Hippokampus führen. D.h. bedrohlich erscheinende Situationen werden langfristig eher assoziativ wahrgenommen.

Um wieder auf das misshandelte Kind zurückzukommen: Es kann sein, dass dieses wenn ein anderes Kind die Faust gegen ihn erhebt nicht das Kind das ihn vielleicht ärgern will sieht, nicht die relativ geschützte Situation (Hilfe wäre in der Nähe), in dem Moment nicht wahrnehmen kann dass dies eigentlich sein Kumpel ist mit dem er viele gute Erfahrungen hat, sondern lediglich die erhobene Faust und die bedrohliche Situation „angetriggert“ wird in der es vom Vater schwer mißhandelt worden ist. D.h. es schlägt völlig unverhältnismäßig zurück. (Es könnte natürlich auch erstarren, was abhängig davon ist wie viele Handlungsspielräume es in der Folge bereits neu gefunden hat, also kann er schon wieder wie im Beispiel mit Angriff reagieren?).

Die gute „Nachricht“ ist, dass man davon ausgeht, dass diese Bahnungen auch reversibel sind.

In welchen Bereichen können Dissoziationen auftreten?

- Emotion
- Geräusch/Klang
- Atmosphäre einer Situation
- Bild/Szene
- Geruch
- Gedanken
- Körperempfindung (Muskelspannung, Schmerz, Temperatur, Druck, Lage)
- Beziehung: (Exkurs: Borderline-Symptomatik)

Exkurs:

Ein Hauptkennzeichen der Borderline-Störungen ist eine tiefgreifende Instabilität von Beziehungen (Ich hasse Dich, verlass mich nicht), die zum einen geprägt sind von einem hohen Maß an Nähe, dann aber wieder von Abwertungen und damit Abwehr des Gegenübers. Innerpsychisch passiert etwas sehr ähnliches. Das Selbstbild ist sehr instabil und vom Gegenüber abhängig.

Was ist passiert? Frühe Beziehungen waren sehr instabil, d.h. geprägt von extremen Wechseln von Zuneigung und Abwehr bzw. Gewalt.

Die tiefenpsychologische Entwicklungstheorie besagt ja, dass sich die Persönlichkeit im Austausch mit dem Gegenüber der engsten Bindungsperson entwickelt. Das Bild der „guten Mutter“ ist notwendig um ein positives Bild von sich selbst zu entwickeln und um überhaupt psychisch zu überleben. Kinder ohne Extremerfahrungen in frühen Beziehungen lernen: Mal ist Mama (oder Papa) freundlich, dann ist er oder sie auch mal schlecht gelaunt und schimpft. Es lernt auch dass dies manchmal was mit ihm zu tun hat und manchmal auch nicht, die Integration gelingt, ein stabiles Bild vom gegenüber und vom Selbst kann entstehen. Erlebt ein Kind nun Misshandlung oder Vernachlässigung ist es aufgrund dieser Extremerfahrungen nicht in der Lage das Bild von der „guten Mutter“ und der „bösen Mutter“ zu integrieren. Mal erlebt es traumatische Situationen (kein Essen trotz intensivem Schreien, Schläge, Demütigungen etc.), dann bekommt es wieder Zuwendung. Die traumatischen Beziehungserfahrungen werden, wie oben beschrieben dissoziiert (also abgespalten) um das gute Bild von der Beziehungsperson und damit von sich selbst aufrechterhalten zu können. Besonders gravierend scheinen sich diese Erfahrungen auszuwirken wenn die Mütter (oder Väter) selbst eine Borderline-Struktur haben, d.h. es dann auch wieder Phasen mit extremer Nähe und Zuwendung gibt.

Sexuelle Gewalterlebnisse stehen ebenfalls oft in Zusammenhang mit Borderline-Strukturen. Sexuelle Gewalt passiert ja oft eingebettet in ein hohes Maß an Zuwendung. Z.B. missbraucht der sonst liebevolle, umsorgende Vater, der Nähe gibt das Kind sexuell. Diese beiden Erfahrungen können nicht als kontinuierliche Beziehungserfahrung erlebt werden. Der sexuelle Missbrauch wird abgespalten (daraus wird dann der Teil von Hass/Selbsthass, Abwertung, Distanz)

Wichtig ist mir noch zu erwähnen, dass es sich bei der Dissoziation um einen Abwehr- und damit Bewältigungsstil handelt. Wie gesagt: Das Gehirn hat sich etwas Kluges ausgedacht. Irgendwann werden diese gelernten Muster dann natürlich für die weitere Entwicklung hinderlich, v.a. wenn sie sich auf immer weitere Lebensbereiche erstrecken (z.B. Konzentrationsstörungen im Leistungsbereich; Es gibt sogar sinnlose medizinische Behandlungen, sogar Operationen durch extremes Schmerzempfinden). Für den Umgang mit dem Trauma bleiben sie jedoch hilfreich (z.B. Amnesien für bestimmte Zeiten der Lebensgeschichte, „Wegtreten“ in bedrohlich erscheinenden Situationen (Erinnerungen kommen hoch), da dadurch eine Überflutung verhindert wird. Wichtig sind Dissoziationen solange, bis die früheren Erfahrungen neu eingeordnet werden konnten und nicht mehr als existentiell bedrohlich erlebt müssen (z.B. Stabilisierung der Lebenssituation, Gefühl von Sicherheit, neue Beziehungserfahrungen, evtl. psychotherapeutische Aufarbeitung).

Verwendete Literatur:

Besser, L.-U.: unveröffentlichtes Skript: Fortbildungscurriculum Psychotraumatologie und traumazentrierte Psychotherapie, 2004

DSM IV – TR: Göttingen 2003; Hogrefe-Verlag

Eggers, C., Fegert, J., Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters; Heidelberg 2004; Springer-Verlag

ICD-10: Bern 1993; Huber-Verlag

Weiterführende Literatur (Auswahl):

Brisch, K.-H.: Bindung und Trauma; Stuttgart 2003: Klett-Cotta

Bovensiepen, G., Hopf, H., Molitor, G. (Hrsg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder; Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen, Bd. 4; Frankfurt a.M. 2002, Brandes u. Apsel

Huber, M.: Trauma und die Folgen, Bd. 1; Paderborn 2003; Jungfermann-Verlag