

ELKE KÜGLER

Chronisch Traumatisierte, Strukturelle Dissoziation und Sexualität

Praxisbericht über integrierte Traumatherapie, Verhaltens- und Sexualtherapie

Zusammenfassung

Die theoretischen Ansätze, die der Therapie chronisch traumatisierter Überlebender extremer Gewalt zugrunde liegen, werden skizziert. Die fortschrittlichen Verfahren von Sexualtherapie, hier das Hamburger Modell nach Arentewicz, Schmidt und Hauch, sowie der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Trauma, hier Boos, finden Grenzen bei dissoziativen Überlebenden. Das Gerüst bilden Theorie und Therapie der Strukturellen Dissoziation nach Janet, van der Hart, Nijenhuis, Mattheß. Dieser integrative Ansatz weist in der Arbeit mit Traumatisierten über die traditionellen Ansätze hinaus. Diagnostische und therapeutische Methoden werden mit Beispielen aus der sexualtherapeutischen Praxis vorgestellt und diskutiert, Besonderheiten der dissoziativen Symptomatik wie Amnesien und Spaltungen bis zur Dissoziativen Identitätsstörung fokussiert.

Schlüsselbegriffe

Strukturelle Dissoziation, Sexualtherapie, Chronische Traumatisierung, Dissoziative Identitätsstörung, Kognitive Verhaltenstherapie

»Früher haben viele Kliniker, auch ich, die Fähigkeit, den Geist vom Körper zu trennen, als einen segensreichen Schutzmechanismus oder gar als kreative und adaptive psychische Abwehrreaktion gegen überwältigendes Entsetzen angesehen. Aus heutiger Sicht muss diese Deutung der Dissoziation als eines im Grunde gutartigen Phänomens revidiert werden.«

Judith L. Herman (2003, S. 387)

Einleitung und persönlicher Bezug zum Thema

Dies ist ein subjektiver Praxisbericht aus verhaltenstherapeutisch/trauma- und sexualtherapeutischer Arbeit mit Überlebenden früher oder chronischer Traumatisierungen, sexueller Gewalt und/oder emotionaler Vernachlässigung. Ich möchte zeigen, dass Integration von Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), der Traumatherapie (TT) nach der Theorie der Strukturellen Dissoziation und der integrativen Sexualtherapie (ST) in der Praxis möglich, nötig und erfolgreich sein kann. Dabei werden einzelne Aspekte hetero-

oder homosexueller gestörter oder ungestörter Sexualität herausgegriffen.

Meine Motivation entstammt zum einen meiner therapeutischen Qualifikation: Nach über dreißig Jahren verhaltens- und sexualtherapeutischer Praxis begann ich 1999, mein Spektrum auf die Psychotherapie (Janet/Nijenhuis/Shapiro) sowie Hypnotherapie (Erickson) zu erweitern. Das führte zu einer grundlegenden Neuorientierung meiner laufenden VT-Tätigkeit, und einige PatientInnen (Pt) waren bereit, sich auf Neues einzulassen. Auswahlkriterien waren neben klinischer Diagnostik schleppender Therapieverlauf, fragliche Erfolge und viel »Widerstand«. Umfassende Aufklärung der Ptn, abhängig von meinem eigenen (Ge)Wissensstand, Supervision, Austausch mit KollegInnen und ständige Erweiterung meiner Kenntnisse waren selbstverständlich.

Chronisch traumatisierte Überlebende, die ich so nenne, um bereits im Sprachgebrauch deren Ressourcen zu verdeutlichen, die es aufzu-

decken und zu verstärken gilt, weisen Besonderheiten auf, nämlich die dissoziativen Symptome als Traumafolgestörungen. Als ich davon hörte, schien mir das die Lösung mancher Fragen, auf die ich in meiner Arbeit bis dahin keine Antwort gefunden hatte. Die Reaktionen meiner Ptn bestätigten mich. Ihre dissoziativen Symptome waren in früheren Therapien seitens der TherapeutInnen entweder völlig ignoriert worden («kenne ich nicht»), negiert («das gibt es nicht»), bagatellisiert («warum ist es für Sie wichtig, neben sich zu stehen?») oder seitens der Überlebenden vorsichtshalber nicht erwähnt worden. Die häufigen amnestischen Abspaltungen oder dissoziativen Symptome als »ganz normal« zu betrachten war ein Problem, ebenso wie Phobien, Scham- oder Schuldgefühle bzgl. der dissoziativen Symptome. Grauenvolle Erlebnisse, Erinnerungen oder Erkrankungen quälen die Überlebenden, und diese Tatsachen wurden und werden von der Gesellschaft in der Regel verdrängt. Ein weiterer Grund für diese Arbeit ist die eklatante Unterversorgung von Ptn mit sexuellen Beschwerden. Unkenntnis und Tabuisierung, Scham und Ängste auf Seiten von PatientInnen und TherapeutInnen besetzen das Thema. Der Leidensdruck bei geringem Hilfsangebot ist hoch (Hartmann, 2006).

**Wenn die Arbeit
effizienter wird, kann
Therapie Freude
machen.**

Die Erweiterung meines therapeutischen Spektrums hat mir mehr Erfolgserlebnisse gebracht. Wenn die Arbeit effizienter wird – und unabhängig von der Schwere der Symptomatik! –, kann Therapie tatsächlich Freude machen. Diese Erfahrung möchte ich weitergeben.

Bevor es theoretisch trocken wird, stelle ich Auszüge aus der mit Unterbrechungen fünf Jahre dauernden Behandlung von Frau F vor. Die traumatherapeutischen Fachbegriffe werden zusammenhängend im Kapitel Theorie erläutert. Die Falldarstellungen sind selbstverständlich verändert.

Frau F

Frau F ist eine der Ptn aus meiner VT-Praxis, die mit mir in die Traumatherapie einstieg. Sie war Ende 40 und lange verheiratet. Sie kam ursprünglich wegen Ekel vor Essen und verschiedener Komorbiditäten wie Unterleibsbeschwerden und Taubheitsgefühlen. Im Erstgespräch berichtete sie von frühem sexuellem Kindesmissbrauch, nach meinem Einstieg ins Thema später von sich aus auch von Kultgeschehen. Die heutige Diagnose lautet ICD-10 F44.81, Dissoziative Identitätsstörung, eine Tertiäre Strukturelle Dissoziation mit mehreren anscheinend normalen Persönlichkeitsanteilen ANP, Erwachsene und Helfer-Anteile, die den Alltag regeln (Aktionsystem 1 für das Überleben der Art), und etwa 130 bekannten Emotionalen Persönlichkeitsanteilen EP (dem zweiten, traumanahen Aktionssystem für Verteidigung des Individuums).

Im Verlauf der Therapie traten bei Frau F Schmerzen beim Geschlechts-

verkehr mit ihrem Mann auf. Ihr Mann spritzte sich krankheitsbedingt eine Erektion mithilfe eines Medikamentes, das ein Urologe trotz gefährlicher Nebenwirkungen verschrieb. Der Mann glaubte – grundlos –, seine Frau gehe sonst fremd. Ein Paargespräch lehnte er ab. Frau F begann sich vor dem Verkehr zu ekeln, weil sie das Spritzen ablehnte. Ihre Appetenz nahm ab, sie entwickelte Dyspareunie nach dem Einführen des Gliedes. Nach gynäkologischer Abklärung erfolgte Sexualberatung bezüglich manueller oder oraler Praktiken, die für beide nicht infrage kamen. Frau F wollte den Koitus einstellen. Wir übten dann per Rollenspiel ein Problemgespräch mit dem Mann mit Ziel Ablehnung des Koitus. Zuvor waren als »zuständig« einige ANPs und ein EP benannt worden. In sensu war das Rollenspiel erfolgreich, in vivo nicht. Die Überlebende traute sich nicht, mit ihrem Mann zu reden oder sich dem Verkehr zu entziehen. Wir waren zu schnell.

Wir arbeiteten verstärkt auch mit dem zweiten Aktionssystem der EPs, um die inneren Widersprüche sich gegenseitig ausschließender Persönlichkeitsanteile aufzudecken. Dazu wurde die hypnotherapeutische Methode der Inneren Konferenz sowie Einzelgespräche eingesetzt. Das Geschehen kann als gruppentherapeutisches angesehen werden. Alle ANPs und mehrere EPs sprachen sich für die Beendigung der sexuellen Kontakte aus. Welcher EP will Koitus, welcher nicht und warum, wer hat die Schmerzen, wer hat Bezug zum Körper und wer mit welchem Körperteil? Das Aktionssystem I moderierte mit meiner Hilfe die innere Debatte.

Es stellte sich heraus, dass ein EP, ein traumanah getriggertes kleines Mädchen, Angst hatte, den Verkehr abzulehnen, weil sie die Zeiten vermischte und furchtbare Strafen erwartete (ein Beispiel für falsche Vorhersagen durch einen EP). Sie wurde von inneren Helfer-Teilpersönlichkeiten über die Gegenwart aufgeklärt und beschützt und beschäftigt. Ein anderer EP, eine Frau, hatte große Lust auf Koitus. Sie wusste nicht, dass der Körper leidet. Sie ließ sich überzeugen, sich durch ihre Hobbies abzulenken. Eine andere entwickelte Bulimie, die anschließend erfolgreich mit dem (modifizierten) Essverhaltenstraining nach Pudel & Westenhöfer (2003) bearbeitet wurde. Ein dritter EP, ein mächtiger Mann, fand sich bereit, innen mit Helfer-Teilpersönlichkeiten weitere Widersprüche aufzufinden und bearbeiten zu lassen. Er war auch bereit, mit einem Helfer zusammen das Gespräch mit dem Mann zu führen. Im zweiten Anlauf in vivo gelang das Vorhaben. Der Mann unterließ das Spritzen, und beide waren zufrieden, keinen Verkehr mehr zu haben.

Erst zwei Jahre später war eine gründlichere Sexualanamnese möglich. Dabei stellte sich heraus, dass das System der Gesamtpersönlichkeit während der ganzen Ehezeit beim Koitus mehrheitlich abgeschaltet war, weil traumanah Erinnerungen getriggert wurden. Mehrere männliche und weibliche EPs traten beim Koitus in Aktion und imaginierten diesen zeitgleich zum realen Geschehen. Da auch der Körper weggeschaltet war, waren der Überlebenden Lustgefühle beim Verkehr gegenwärtig unbekannt und traten

nur im Zusammenhang mit Rachegefühlen an Männern auf. Das resultierte zeitweise in verstärkter Initiative, so dass sich der Mann überfordert fühlte. Er kritisierte aber zugleich, dass sie beim Verkehr keinerlei Regungen zeigte (EP Freezing). Körperliche Lustgefühle traten bei Frau F nie im Zusammenhang mit Sexualität auf, sondern lediglich »im normalen Alltag«, kognitiv getriggert. Frau F pflegte dann sofort zu duschen, um sie loszuwerden, weil sie »nicht normal« seien. Wir hatten nach Jahren endlich den Grund für zwanghaftes Duschen bis fünfmal täglich herausgefunden. Frau F identifizierte erneut die beteiligten Persönlichkeitsanteile und strukturierte sie kognitiv um. Das Duschen wurde auf morgens und abends beschränkt. Frau F fühlte sich sukzessive selbstbewusster, heiler und viel besser.

Theoretischer Hintergrund

Mein TT-Ansatz beruht auf der Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach Janet, Van der Hart, Nijenhuis, Boon, Fine und Mattheß (wegen seiner aufregenden Neuheiten verwende ich darauf den meisten Platz) sowie Elementen der KVT nach chronischer Traumatisierung, dargestellt von Boos in ihrem Therapiemanual von 2005. Sexualtherapeutisch beziehe ich mich auf Hauch et al. (2006), einen integrativen, lerntheoretisch-tiefenpsychologischen Ansatz, das »Hamburger Modell« der ST. Ich greife jeweils nur einige relevante Aspekte heraus.

Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit

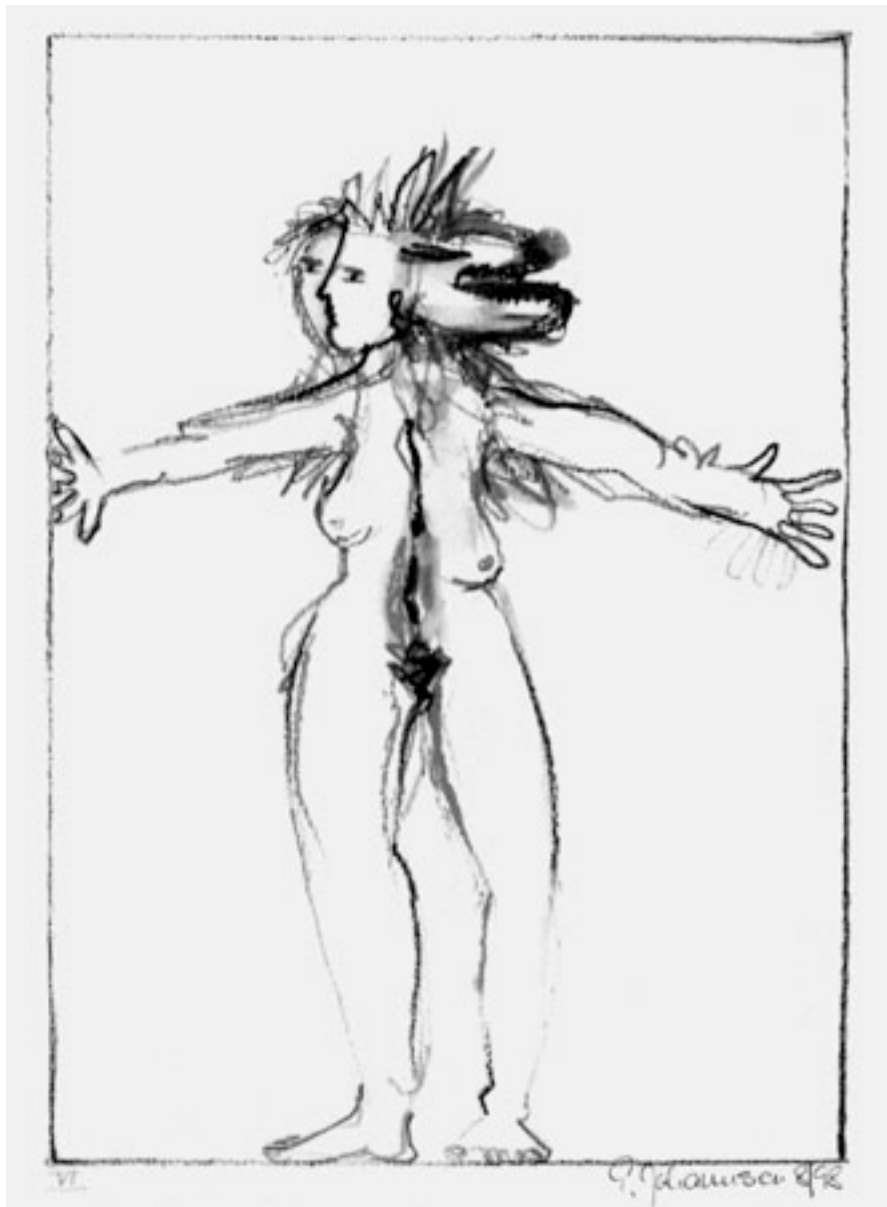
Pierre Janet sprach im 19. Jahrhundert von der »Dissoziation als Scheitern der Integration der Persönlichkeit«, der »psychischen Synthese« psychologischer Phänomene im Falle von Traumatisierung (Nijenhuis, 2006; Ellenberger, 1996). Vermutlich führt schwere multiple Traumatisierung bis zum 6. Lebensjahr zu verzögerter Entwicklung im Bereich des Hirnstammes (Hüther, 2002; Nijenhuis, 2006). Es handelt sich also um das Postulat einer organischen Komponente bei der Traumafolgestörung (O-Variable nach dem SORKC-Schema von Kanfer et al., 2000). Auch spätere, »dendritische Degeneration, insbesondere im Hippocampus«, ist unter chronischer Traumatisierung möglich (Hüther, 2002, S.1).

Als Folge bilden sich zwei getrennte Aktionssysteme heraus, die für Verhalten, Erleben und Psy-

Dissoziation bedeutet Scheitern der Integration der Persönlichkeit.

chophysiologie verantwortlich sind (Steele et al., 2005, Nijenhuis & Mattheß, 2006; Gast et al., 2006): (1) Die Anscheinend normalen Persönlichkeitsanteile (ANP), welche den Anschein der Normalität wahren und für das reibungslose Funktionieren des Individuums im Alltag sorgen; es können mehrere ANPs für diverse Alltagsbereiche existieren: Beruf, Versorgung der Kinder, Energiema-

nagement (Ernährung, Schlafen). Dieses Aktionssystem dient vorwiegend der Erhaltung der Art. Die ANPs meiden Erinnerungen an das Trauma phobisch; sie existieren überwiegend in der Gegenwart und imponieren durch flachen Gefühlsausdruck (Stichwort »Alexithymie«). (2) Die Emotionalen Persönlichkeitsanteile (EP); diese sind traumabezogene Erinnerungen und bilden das Aktionssystem vorwiegend zur Erhaltung des Individuums durch Kampf und Verteidigung, Flucht und Anpassung. Sie repräsentieren Gefühlsqualitäten wie Wut, Hass, Ärger, Panik, Schmerzen. Die EPs sind durch die Traumatisierung (Unkonditionierter Stimulus UCS) entstanden und existieren in der Vergangenheit. Auf traumanahere Ereignisse, die in der Gegenwart stattfinden (Konditionierter Stimulus CS), werden die EPs getriggert. Sie tun dann das, was sie immer getan haben (UCR/CR), sie nehmen die Stelle des ANP ein und »beschützen« das Individuum durch Verteidigung, etwa Freezing bis zur Ohnmacht, oder durch Kampf, wie aggressive Akte. Die Person steuert ihr Verhalten nicht mehr kontrolliert und abwägend, sondern reagiert oft in Reiz-Reaktions-Schemata, in »blinder Wut« oder Panik, die sich absurde Objekte wie Spinnen suchen kann. Die Panikstörung oder auch die präsentierte Morbidität entpuppen sich dann als Komorbidität der zugrunde liegenden dissoziativen Störung. Ein Beispiel für eine solche Spaltung: Der ANP (postuliert als erwachsener Persönlichkeitsanteil) erzählt: »Sex (nach dem Trauma) hatte eigentlich immer nur mein Innenanteil Beate. Sie wollte sich immer nur



Eva Maria Johannsen, Hamburg

an den Männern rächen.« Beate ist ein Kampf-EP (postuliert als traumagebundener Kind-Anteil in der Persönlichkeit), der auf Trigger der Gegenwart reagiert, jedoch nicht im Präsens lebt. Der ANP depersonalisiert: »Nicht ich war es, sondern sie war es, Beate.«

Drei verschiedene Ausprägungsgrade von Dissoziation werden beschrieben (u. a. Steele et al., 2005;

van der Hart, 2006; Nijenhuis, 2006; Nijenhuis & Mattheß, 2006): (1) Die primäre Dissoziation mit einem ANP und einem EP als Posttraumatische Belastungsstörung PTBS etwa nach einem Unfall, (2) die sekundäre Dissoziation mit einem ANP und mehreren EPs als Disorder of Extreme

Stress Not Otherwise Specified, DESNOS, oder Dissociative Disorder Not Otherwise Specified, DDNOS, und (3) die tertiäre Dissoziation als extreme Aufsplitterung in mehrere ANPs und mehrere EPs (bis mehrere Hundert werden beschrieben) bei der Dissoziativen Identitätsstörung, DIS (Boon, 2005; Nijenhuis & Mattheß, 2006; Gast et al., 2006); die DIS ist auch als Multiple Persönlichkeitsstörung bekannt. Nach Auffassung von Nijenhuis et al. (2004) wird die dissoziative Störung nach Ende des Traumas durch die Pawlow'sche Klassische Konditionierung höheren Grades aufrechterhalten. Konditio-

**Ich löse mich von
meinem Ich los und
schwebe an die
Zimmerdecke.**

nierte Vermeidung und Reizgeneralisierung verstärken neben Umweltfaktoren die vorhandenen Phobien.

Komorbiditäten entwickeln sich; sie sind immer begleitet von einem oder mehreren der folgenden dissoziativen Symptome: (1) Amnesie, ein spezifischer, signifikanter Zeitverlust, für den keine Erinnerung besteht, das Kurz- oder Langzeitgedächtnis betreffend. Beispiel: »Endlich weiß ich, wie das mit der Geburt meiner Kinder war. Darüber bin ich sehr froh, ich habe noch nie darüber gesprochen.« (2) Depersonalisation, Losgelöstsein vom eigenen Ich, ein Gefühl, sich selbst zu beobachten,

gestörtes Körperschema. Beispiel: »In dem Augenblick, wo wir intim werden, löse ich mich von meinem Ich los und schwebe an die Zimmerdecke. Ich schaue mir von da aus zu.« (3) Derealisation, Gefühl, von Unwirklichkeit und Fremdheit der Umgebung. Beispiel: »Plötzlich habe ich das Gefühl, den Mann, der mich da küsst, habe ich noch nie zuvor gesehen.« Das »ich bin es nicht gewesen, sie war es, sie muss bestraft werden« kann selbstverletzendes Verhalten triggern (dass selbstverletzendes Verhalten rasch durch die Therapie mit Persönlichkeitsanteilen (EP Kampf) verschwand, sah ich bei einer »Borderline«-Patientin), (4) Fugue, sich plötzlich an einem anderen Ort zu befinden, (5) Identitätsstörungen, -änderung: Wenn objektives Verhalten verschiedene Persönlichkeitszustände vermuten lässt, »unmotivierte« Stimmungswechsel, Intrusionen, Alpträume, Gefühlsüberflutungen, Flashbacks, innere Stimmen, dissozia-

tive Spaltungen; Beispiel: »Gerade wenn ich beim Verkehr Lust kriege, sprechen plötzlich Männerstimmen aus mir heraus, auch noch verschiedene, die Lust ist weg, und ich schäme mich ohne Ende« (Definitionen nach Gast et al., 2000, Beispiele aus meiner Praxis), (6) Somatoforme Dissoziation, körperliche Beschwerden, Dyspareunie oder Unterbauchbeschwerden, Analgesie, Anästhesie uvm. (Def. Somatoform = den Körper betreffend, siehe Nijenhuis, 2006).

Ich sehe in meiner Praxis überzufällig häufig Überlebende sexueller Traumatisierungen mit chronischer Genitalmykose, Blasenentzündung oder Reflux. Ich halte es für vorstellbar, dass diese Erkrankungen Fol-

gen oder Formen von somatoformen Dissoziationen sind; wenn Patientinnen an Reflux litten, waren sie regelmäßig oral vergewaltigt worden.

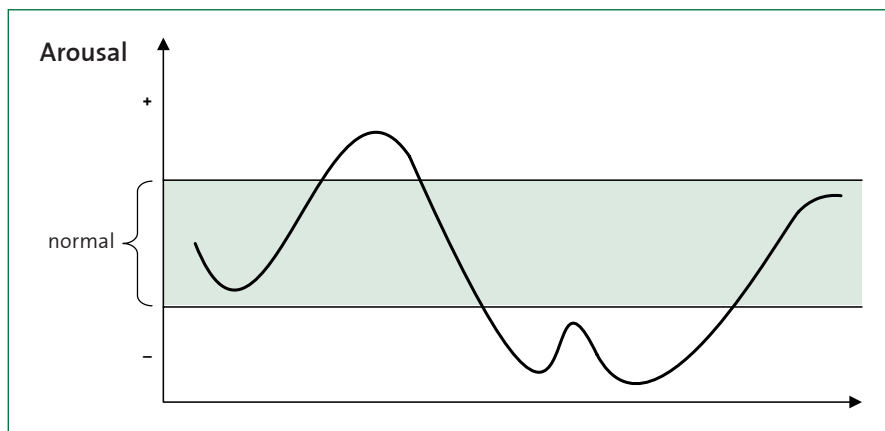
Die Dissoziationssymptome werden spontan, plötzlich und unkontrollierbar getriggert. Sie sind nicht immer konditionierte Reaktionen CR, sondern auch Folgen struktureller Veränderungen des Gehirns (Hüther, 2002). Die Symptome selber können harmlos sein, wenn etwa beim Geschlechtsverkehr Kindanteile nach vorne schießen. Wegen Unkenntnis (»ich stehe neben mir, ich bin nicht normal; ich bin anders und weiß nicht warum«) und fehlender Kontrolle lösen dissoziative Symptome oft Angst aus: Die Frage »Ich höre innen Stimmen, bin ich schizophren?« ist i. d. R. zu verneinen. Der »pathogene Charakter der Dissoziation« ergibt sich jedoch durch die möglichen Folgen: Entwicklung »dauerhafter somatischer Symptome«, etwa Schmerzsyndrome, oder selbstverletzendes Verhalten stellte eine Gruppe der American Psychiatry Association in einer umfassenden Untersuchung fest (Herman, 2003, S. 387). Probleme im Regeln des Alltags kommen hinzu. Wir behandeln also Folgestörungen von Chronifizierung.

Interessant ist die Unterteilung der dissoziativen Symptome nach Aktivationsniveau in positive Symptome bei getriggertem zu hohem Arousal und negative Symptome bei zu niedrigem Aktivationsniveau, nachzulesen bei Nijenhuis (2006), der dazu einen Gedanken von Janet aufgreift: »Janets Dichotomie (entspricht) nicht einer Geist-Körper-Unterscheidung. Beide Kategorien schließen Psyche und Soma ein, die nach seiner aus-

drücklichen Überzeugung nicht radikal voneinander unterschieden werden sollten« (S. 27). Nijenhuis beschreibt eine Sinuskurve:

die Überlebende die Selbststeuerung gleich Stabilisierung mittels hypnotherapeutischer – oder VT-Methoden. Ziel ist immer nur die

Integration. Das Therapiekonzept ist als dynamischer Prozess zu verstehen. Das Vorgehen ist ressourcenorientiert und vorsichtig: »Make haste slowly«, sagt Richard Kluft, der die fraktionierte Methode BASK-Modell entwickelt hat, Traumakonfrontation abgestuft nach Verhalten, Affekten, Körpersensationen und Gedanken (Fine, 2004, S. 121).



Im Mittelbereich sorgt der ANP fürs Anscheinend Normale (»normalen Sex«). Ein traumabezogener Trigger führt zu Hyperarousal und löst blitzschnell positive Symptome aus wie Hypervigilanz, Flucht- und Kampfreaktionen wie Panik- und Wutattacken, Intrusionen, Schlaflosigkeit, fixe Ideen, oder der Trigger löst ein Hypoarousal und negative Symptome aus: Verteidigungsreaktionen wie Trancen, Depersonalisation und Derealisation, Totstellreflex, Freezing, Ohnmacht, Amnesien, Anästhesien uvm. (siehe Nijenhuis, 2006, Somatoforme Dissoziationen).

Das phasenorientierte Therapiekonzept hat zum Ziel, die innere dissoziative Struktur kennenzulernen und zu integrieren, Phobien, Symptome und Traumata zu bearbeiten und die Person zu stabilisieren (Fine, 2004; Steele et al., 2005). Misslingt dies, bleibt der Mensch sein Leben lang anfällig für neue Komorbiditäten (Herman, 2003). Zunächst lernt

Verbesserung des Befindens und der Bewältigung des Alltags, lange keine Traumafokussierung. Diagnostik, Kennenlernen der Innenwelt und immer wieder einfühlsame und konfrontative Gespräche der Psychoedukation, auf jeder Stufe neu. Der Überlebende lernt, dass der ANP »da drinnen« nicht allein ist, dass auch er Angst hat und »abhaut«, er wird gestärkt (VT-Methoden!), damit er sich den traumanahen Triggern gewachsen zeigen kann. Die Überlebende bringt den EPs bei, dass sie im *Jetzt* leben und nicht im Trauma (Nijenhuis: »Präsentifikation«) und Disziplin lernen müssen, endlich aber auch sagen dürfen, was sie heute brauchen, um für das Gesamtsystem fruchtbare Arbeit zu leisten. Schließlich kommunizieren ANP(s) und EPs über das Leiden im Trauma, der ANP hört es endlich und hält es aus: Prozess der Personifikation, *Ich* habe das erlebt. Die Anteile verbinden sich so, dass alle im Heute ankommen und das Trauma integriert und als abgeschlossen im Thalamus archiviert werden kann: Fusion oder

Kognitive Verhaltenstherapie

Boos (2005) nennt »allgemeine Bausteine der wirksamen Kognitiven Verhaltenstherapien« der posttraumatischen Belastungsstörung: die Psychoedukation über Art, Entstehung und Behandlung der Störung, gefolgt von Konfrontation mit den Traumaerinnerungen in sensu, da-

Therapieziel ist immer nur die Verbesserung des Befindens und der Alltagsbewältigung.

nach in vivo (Edna Foa, Shapiro mit EMDR). Ziel ist kognitive Neubewertung »posttraumatischer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Überzeugungen«, einschließlich Scham- und Schuldgefühle, Ekel- und Angstbewältigungstraining (Boos, 2005, S. 39f.). Boos postuliert bei chronisch Traumatisierten ein Traumagedächtnis, das »implizite Gedächtnis«, welches auch das Sensorium umfasst und durch bestimmte

Auslöser getriggert wird, und ein »explizites Gedächtnis«, welches sprachgebunden ist und die Traumainhalte meidet. Die Trigger aktivieren das Traumagedächtnis, und so bleibt der Eindruck weiterbestehender Bedrohung u. U. über Jahrzehnte erhalten und führt zu einer immer gleichen Reaktion von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten.

Es kommt zur Traumasyntese im Sinne einer Heilung.

Die resultierende Therapie fokussiert auf (gradueller) Konfrontation mit dem Traumageschehen und dessen schrittweiser – auch kognitiv-emotionaler – Aufarbeitung und Umstrukturierung. Im expliziten Gedächtnis kommt es zur *Traumasyntese* im Sinne einer Heilung. Boos weist auf die Notwendigkeit der Kombination kognitiver mit weiteren Methoden wie EMDR (Shapiro) hin, um ein Trauma erfolgreich integrieren zu können, etwa auch Alpträume oder Flashbacks (Intrusionen) zu bearbeiten (Boos, 2005, S. 39). »Traumatische Amnesien« werden als »implizite Wiedererinnerungen« über sensorische Reaktionen, z.B. Gerüche oder Geräusche, dargestellt. »Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Identifikation und anschließenden Konfrontation mit den Auslöserreizen und setzt eine genaue

Selbstbeobachtung der Patientinnen voraus« (Boos, 2005, S. 81). Für den Fall einer kompletten Amnesie, der in der Praxis häufig vorkommt, wird nichts vorgeschlagen. Boos anerkennt die Existenz dissoziativer Symptome von Derealisation und Depersonalisation und beschreibt auch – separat – Symptome sympathischer Übererregung und Intrusionen. Die Behandlung bilden alle Interventionen, die der Symptomreduktion dienen. Die Verwandtschaft mit dem TT-Konzept ist erfreulicherweise offensichtlich, jedoch scheint das Behandlungskonzept eher für die PTBS, also die primäre Form der Strukturellen Dissoziation, gedacht. Es findet seine Grenzen bei den sekundären und tertiären Dissoziationsgraden.

Das *Zielorientierte Integrationsmodell* von Catherine Fine (2004) bietet in den USA darüber hinaus ein »strukturiertes kognitiv-behavioral orientiertes Konzept« auch für die Behandlung struktureller sekundärer und tertiärer Dissoziationen. Fines Ziel ist »nicht nur die Symptomreduzierung, sondern auch die Förderung der Integration von Teilpersönlichkeiten« durch ressourcenorientiertes Vorgehen. »Es fördert individuelle Fertigkeiten im Umgang mit posttraumatischen und dissoziativen Symptomen, ist unterstützend und explorativ ausgerichtet« (Fine, 2004, S.100).

Sexualtherapie

Weniges unterliegt so eklatant und heimlich dem Zeitgeist wie der Begriff Sexualität. »Janet (macht) eine eigenartige Abschweifung über das Phänomen des Sich-Verliebens, das er für eine Art Krankheit hält, die bei einem vollkommen gesunden oder ausgeglichenen Menschen nicht vor-

kommen würde«, teilt Henry F. Ellenberger (1996, S. 548) erstaunt mit. Janet ist 1946 gestorben, während William Masters und Virginia Johnson mit ihrer Erforschung der Sexualität begannen. Ihre lerntheoretisch ausgerichtete Therapie sexueller Störungen (von 1970) wurde ab 1980 an der Abteilung für Sexualforschung der Uniklinik Hamburg weiterentwickelt zum »Hamburger Modell« der Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen und dynamischen Konflikten bei Paar und Individuum (Arentewicz & Schmidt, 1993). Es war das erste Konzept, welches der genitalen Sexualfunktion Faktoren wie Beziehung, Zufriedenheit, Gesamtkörperkontakt beizuordnen begann. Dem Geschlechtsrollenverhalten und seinen Auswirkungen oder frühen sexuellen Traumatisierungen wurde zeitgemäß noch wenig Bedeutung beigemessen. Man verstand auch noch weitgehend unter weiblicher Sexualität das, was sich überwiegend der Mann gern darunter vorstellte: das Einführen des Gliedes als »eigentliches« Ziel sexueller Begegnung. Auch die Tatsache, dass sexuelle Störungen nicht selten zur Entwicklung erheblicher Komorbiditäten wie Depressionen bis zur Suizidalität, diverser Ängste und Psychosomatosen führen können, wurde eher zurückhaltend publiziert.

2006 wurde das Hamburger Modell durch Margret Hauch und KollegInnen zu einem integrativen Modell erweitert. Das *Therapiekonzept* hat als Gerippe lerntheoretisch abgestufte Übungen mit dem Ziel des Wohlgefühls über Körperkontakt. Basale Ressourcen werden durch Aufdecken, Konfrontieren und Be-

wältigen von Ängsten aktiviert. Nun fanden auch allgemeine Gesundheit, soziale Einflussfaktoren, Paarbeziehung als Kommunikationsmittel, körperliche Selbsterfahrung für Männer und Frauen mit Ziel von Abgrenzung und Autonomie, welche für Überlebende besonders wichtige Faktoren sind, mehr Beachtung. Ausdrücklich dient dieses Modell der Therapie sexueller Probleme von Paaren und Individuen. Es handelt sich um ein sehr fortschrittliches Therapiekonzept, einzigartig in seiner Art. Eine Definition der *Dysfunktionen* lautet hier: Erregungsstörungen (Lust und Aversion betreffend) und Orgasmusstörungen bei Mann und Frau; Vaginismus, Dyspareunie/Schmerzen bei Genitalberührungen, zu früher oder ausbleibender Samenerguss; Erektionsstörungen.

Hauch et al. (2006) schreiben, dass Verhalten und Erfahrungen in der Sexualität in der therapeutischen Sitzung benennbar und verhandelbar werden – wiederum bedeutsam für Überlebende! –, besonders wichtig »angesichts der Tatsache, dass in vielen psychotherapeutischen Ansätzen das Thema Sexualität und damit das ganze Konfliktfeld anscheinend strukturell und systematisch ausgeblendet wird ...« (Hauch et al., 2006, S.50). Das gilt überwiegend auch für die Traumatherapie. Nun könnte man meinen, dass das Thema Geschlechtsleben sexuell traumatisierter Menschen ein Dorado der SexualtherapeutInnen wäre, da ausnahmslos alle Betroffenen an massiven Beziehungs- und sexuellen Problemen leiden. Leider lässt sich jedoch die Marginalisierung des Themas Gewalt feststellen. (Sexuellen)

Gewaltvorerfahrungen der Ptn werden in dem Buch von Hauch et al. nur wenige Zeilen gewidmet; betont wird das Bedürfnis nach Sicherheit, Kontrolle und Selbstberuhigung, um retraumatisierende Erlebnisse zu vermeiden, was sehr richtig ist. »Sollten frühere Missbrauchserfahrungen zum ersten Mal angesprochen worden sein, sind unter Umständen mehrere Gespräche nötig, um der/dem bisher »ahnungslosen« PartnerIn eine Chance zu geben, sich mit der Situation auseinanderzusetzen und den Umgang des Paares im Alltag damit zu reflektieren, bevor man mit den therapeutischen Verhaltensvorgaben beginnen kann« (Hauch et al., 2006, S.104). Diese Chance brauchte die/der Überlebende ja wohl auch. Die Indikation einer Einzeltherapie wird an anderer Stelle des Buches behandelt. Später wird erwähnt, dass »beängstigende Bilder« während der Übungen auftauchen könnten; die therapeutische Empfehlung: »sich an anderen Stellen des Körpers streicheln oder eine Pause machen, um eine Affektüberflutung zu vermeiden« oder »die Übung zu beenden« (a. a. O., S.152). Das ist symptomzentriert richtig und erfahrungsgemäß für weniger stark Traumatisierte erfolgreich, jedoch ist die implizite Annahme, dass die beängstigenden Bilder sich quasi in Luft auflösen, für strukturell dissoziative Überlebende zu wenig.

Angesichts der seit Jahrzehnten reproduzierten Zahlen, dass jede 4./5. Frau und jeder 8. Mann von sexueller Gewalt betroffen ist, mutet diese Marginalisierung von Gewalterfahrungen seltsam an.

Zusammenfassung

Die KVT steuert für die Behandlung früh traumatisierter Überlebender lerntheoretisch abgesichertes Vorgehen und Methoden bei. Der TT-Ansatz der Strukturellen Dissoziation bietet mit dem Dissoziationskonzept darüber hinausgehende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten für Traumafolgestörungen. Sexualtherapeutisches Vorgehen erfordert Spezialwissen über sexuelle (Dys)Funktionen, Verbalisierung und Umgang mit Scham- und Angstbarrieren. Bei dem hier diskutierten Ansatz wünscht man sich mehr Berücksichtigung der alltäglichen Präsenz von Gewalt (siehe dazu Herman, 1993) und ihren Folgestörungen. Wissensvermittlung und Psychoedukation sind in allen Ansätzen bedeutsam.

Fortsetzung mit den Kapiteln Diagnostik, Therapie, Aus meiner Praxis, Resümee und Literatur in Trauma & Gewalt 3/2007

Zur Person



Elke Kügler ist Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltens-, Hypno- und EMDR-Therapeutin, zertifizierte Traumatherapie DeGPT, Supervisorin BDP und EMDR-Coach, mit Schwerpunkt Sexualpsychologie; Niederlassung in Hamburg.

Kontaktadresse

*Dipl. Psych. Elke Kügler
Klopstockplatz 1
22765 Hamburg*

ELKE KÜGLER

Chronisch Traumatisierte, Strukturelle Dissoziation und Sexualität –

Praxisbericht über integrierte Traumatherapie, Verhaltens- und Sexualtherapie

Der erste Teil mit Einleitung/Persönlicher Bezug, Theoretischer Hintergrund und Falldarstellung Frau F erschien in Trauma & Gewalt, Heft 2/2007.

Diagnostik:

Man sieht nur, was man weiß

Goethe

Traumatherapeutische Diagnostik ist ein prozessuales Geschehen, das sich leicht über einen längeren Zeitraum erstrecken kann. Die Diagnose wird auf Symptomebene erstellt und als Hypothese formuliert, die im Therapieprozess überprüft wird. Sie kann durch Amnesien, auftauchende Intrusionen oder Phobien vor der Diagnose, dem Trauma oder der Therapie beeinflusst werden. »So etwas will ich einfach nicht haben«, sagen Ptn oder äußern »Angst, verrückt zu sein«. Die Erfahrungen der Überlebenden mit Klinikaufhalten sind oft prägend: Die »inneren Stimmen« oder »Amnesien« wurden verborgen, um nicht als schizopren diagnostiziert zu werden, »ich war die ganzen drei Monate ein Kind, ich kam da einfach nicht raus«, und nun

wird die neue Therapeutin erst mal ausgetestet. Manche ziehen eine Borderline-Diagnose vor. »Stellen Sie die Diagnose der dissoziativen Störung!«, so Luise Reddemann in einem Vortrag, um Fehldiagnosen und Klinikaufhalten mit fragwürdigem Ergebnis ein Ende zu setzen (dazu vor allem Gast et al., 2006).

Traumatherapeutische Diagnostik ist ein prozessuales Geschehen.

Methoden

Klinisches Interview. Wenn Überlebende extremer Gewalt zum Erstgespräch kommen, sind die spontan präsentierten Beschwerden selten sexueller Art, allerdings wird eine »Beziehungsstörung« immer genannt, sei es viele kurze Partnerschaften, manchmal noch nie eine oder 15 Jahre keine mehr gehabt, »kein Glück mit Männern«, auch generell soziale Probleme. Die Patientinnen kommen vorwiegend wegen des üblichen psychotherapeutischen Diagnosespektrums.

Dissoziative Symptome sind bereits im Erstgespräch verbal oder nonverbal »wahr« zu nehmen, sind zu hören und zu sehen. Besonderes *Ohrenmerk* richte die Therapeutin auf Berichte wie: »schwarze Löcher, in die ich falle, es bricht in mir was weg, innere Leere, inneres Chaos«; »ich fühle nichts oder habe nie Angst« (Stichwort »Alexithymie«!) versus unkontrollierbare Gefühlsausbrüche; »ich kann mich nie entscheiden/schlecht konzentrieren«. Sie können Hinweise auf dissoziative Symptome sein. Bemerkenswerte somatische Beschwerden: Kopfschmerzen oder Migräne oft bereits im Kindesalter

(Kinder haben normalerweise keine Migräne), Schwindelattacken, gynäkologische Befunde wie Schmerzen, chronische Infektionen der Scheide oder Blase als häufige somatoforme Phänomene sexuell Traumatisierter. Plötzliches Abreißen eines Satzes, Nachfragen trotz klaren Ausdrucks von meiner Seite, Daneben-Antworten (Ganser-Syndrom), Konzentrationsstörungen können Hinweise

auf dissoziative Symptome wie Amnesien oder Spaltungen sein (Stichwort »Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom« – ADS!). Ein *Augenmerk* ist sofort zu richten auf: Unruhezustände der Hände und Füße beim Erzählen, unkontrollierte Bewegungen, Hinweise auf Trance- oder Abwesenheitszustände, auffällige Armut an Mimik, Gestik oder deren plötzlicher Wechsel, blitzartige Veränderungen der Augenfarbe bei waagrecht einfallender guter Beleuchtung zu sehen – Konzentrationsschwächen. Überlebende entziehen sich der bedrohlichen Therapiesituation nach innen, und das ist äußerlich zu sehen.

Bei der *Sexualanamnese* ist zwischen den präsentierten und den »wahren« Symptomen zu unterscheiden (Hartmann 2006). Geäußerte »Versagensangst« kann erektile Probleme oder Schuldgefühle maskieren. Andererseits ist ein sexuelles Defizit nicht immer mit Leidensdruck verbunden, etwa bei sexueller Inappetenz als Meidung von Schmerzen oder dissoziativer Symptomatik beim Geschlechtsverkehr. Man versäume nicht, sich bei Anorgasmie genau beschreiben zu lassen, was jemand unter einem Orgasmus (nicht) versteht. Bei Scheidenkrampf ist differenzialdiagnostisch zu klären, was exakt wann passiert; ist es ein autonomer Muskelkrampf oder eine Angstreaktion wegen Schmerzen? Die Frage nach sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit ist bei der hohen Prävalenz Routine. Antworten wie »weiß ich nicht, habe ich mich auch schon gefragt, glaube nicht« mit oder ohne nonverbale Unruhe, Wechsel von Bewusstseinsebene oder Au-

genfarbe sind auffällig und unter Umständen Indizien für Trauma und Folgestörungen. Bei der Erhebung der Biografie ist die Frage bedeutsam, ob an die erste Regel oder die Kohabitarche Erinnerung besteht: ob überhaupt erinnerlich, wo, mit wem, ob mit Schmerzen oder Blut verbunden. Antworten wie »erinnere mich überhaupt nicht« oder »kein Blut, keine Schmerzen, komisch nicht?« sind ebenfalls Hinweise auf Phobien oder Amnesien, die zunächst die Diagnostikerin für die Hypothesenbildung registriert. Eine Überlebende, die lange Zeit amnestisch war, zum Thema Erstes Mal: »Mein Freund hat damals behauptet, ich hätte bereits Verkehr gehabt, und ich war so beleidigt, dass ich mich getrennt habe, ich hatte ja keine Ahnung.« Etwa ein Viertel meiner Ptn kommt wegen zurückliegender (sexueller) Gewalterfahrungen – angeblich kein Problem mehr, »weil in früheren Therapien bereits bearbeitet«. Die nun berichtete Symptomatik habe damit nichts mehr zu tun. Hier ist Aufklärung zu leisten: Die Überlebenden kennen den Unterschied zwischen integriertem und unverarbeitetem Trauma zunächst nicht. Auch hier ist der nonverbale Eindruck wichtig: Wieder Ausdrucksarmut, auch der Stimme, mimische und gestische Unsicherheiten können posttraumatisch fehlender Zugang zu Gefühlen oder traumanaher Schockzustand (EP Freezing) sein.

Das diagnostische Vorgehen bei Traumatherapie ist flacher und weniger konfrontativ als bei Verhaltens- und Sexualtherapie. Die Ptn danken es manchmal mit Tränen in den Augen: »Muss ich nicht über die

Vergewaltigung reden?« Später, und »muss« sowieso nicht. Zuerst das Distanzieren lernen. Das gewöhnliche Talking through der Sexualanamnese bei Dysfunktionen ist auf später zu verschieben. Wenn sie dran ist, benötigt die Th allerdings ihre Fähigkeit aus dem Spezialtraining, präzise und einfühlsam zu sein. Auch für eine Funktions- und Bedingungsanalyse genügen im Erstgespräch Andeutungen. Da das Antragsverfahren für die Krankenkasse Traumaüberlebende anfangs überfordert, beantrage ich zunächst Kurzzeittherapie.

**Offene Grundhaltung in
alle Richtungen gefordert.**

Needless to say: Um »iatrogene Diagnosen« zu vermeiden, ist offene Grundhaltung in alle Richtungen gefordert. Traumaaufdeckung ist kein primäres Ziel.

Die innere Landkarte empfiehlt sich als Diagnosticum bei Verdacht auf Vorliegen einer Strukturellen Dissoziation und ist hilfreich für Bildung und Prüfung von Hypothesen, später für Konfrontation mit traumanahen Phobien. Thema ist das Malen des eigenen Inneren. Die emotionalen Persönlichkeitsanteile (EPs), entstanden und verblieben in der Zeit der Traumatisierung, können sich oft nur nonverbal äußern (Hüther, 2002). EPs malen offensichtlich gerne, und das Trauma kann in



Eva Maria Johannsen, Hamburg

Form von Bildern zu sehen sein: dissoziative und Trauma-Symbole, Hinweise auf Täter(gruppen) und anderes Aufschlussreiche, auch zum Körperschema oder über die Ausprägung von innerer Zersplitterung (siehe auch Fine, 2004; Huber, 2004).

Fragebögen. Auf Symptomfragebögen zu Gewalterlebnissen und se-

xuellen Problemen verzichte ich zugunsten des klinischen Interviews.

Fragebögen zu dissoziativer Symptomatik: (Literatur dazu siehe Reddemann, Hofmann, Gast, 2004) Die Richtlinien-VT verlangt den Einsatz von Fragebögen möglichst zu Beginn der Therapie. Das kann zu diesem Zeitpunkt eine geradezu barbarische Konfrontation für die Überlebenden darstellen mit der Gefahr quälender

Retraumatisierung, selbstverletzenden Verhaltens oder Suizidversuch. Aus demselben Grund sollen die Ptn die Fragebögen nicht allein oder zu Hause ausfüllen. Dem Diagnostiker entgehen außerdem die wichtigen nonverbalen Reaktionen: Ein Stocken, Augenklappen, Seufzen, Zögern etwa auf die Frage: »Haben Sie Erfahrung mit sexuellem Kindesmissbrauch?« kann Weichen für die Behandlung stellen. Das Fragebogeninterview kann sich über einen längeren Zeitraum hinziehen; es dient neben der Datengewinnung dem Aufbau und der Festigung der therapeutischen Beziehung, hier besonders bedeutsam und schwer aufzubauen. Man stelle sich vor, jemand hat 20 oder 30 Jahre lang zu verbergen versucht, dass »ich zwei bin, Stimmen höre«, dass »ein Anteil in mir meinen Sexualpartner immer umbringen will«, und nun kommt die Therapeutin und will das alles wissen – eine Revolution für das Persönlichkeitssystem!

Ich arbeite mit dem FDS, Fragebogen zu Dissoziativer Symptomatik (Freyberger et al., 1999), und mit dem SKID-D (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Dissoziative Störungen, Gast et al., 2000). Sofern das Erstinterview Hinweise auf dissoziative Symptome ergab, biete ich den **FDS** als Screening-Instrument an. Das kann nach den ersten zehn Sitzungen sein. Der FDS eignet sich auch als graduelle Annäherung an den **SKID-D**. Dieser enthält sehr viel detailliertere Fragen und konfrontiert die Ptn dadurch stärker, enthält außerdem mehr Skalen, vor allem zu Identitätsstörungen. Die Fragebögen dienen der Daten-

gewinnung, der Überprüfung diagnostischer Hypothesen, stützenden therapeutischen Interventionen und der strukturierten Psychoedukation. Eine Patientin auf die Frage, ob sie sich manchmal von außen betrachte, als sähe sie sich in einem Film: »Ja, von der Decke aus – ist das nicht normal?« und war erstaunt, dass das nicht alle haben. Ein aufklärendes Gespräch schloss sich an. – Differenzialdiagnostisch ist der SKID-D auch zur Identifikation falsch positiver Diagnosen einzusetzen (Boon, 2005). FDS und SKID-D decken eher die psychoformen Dissoziationen ab.

Zur Erfassung der somatoformen Dissoziationen hat Nijenhuis (2006) den **SDQ** entwickelt, den Somatoform Dissociation Questionnaire. Die somatoformen Dissoziationen korrelieren hoch positiv mit der Diagnose DIS und mit sexuellem Kindesmissbrauch in der Biografie. Ich verweise dazu auf Frau F. Der SDQ erfragt dissoziative Symptome der Körperfunktionen wie Taubheit oder Schmerzen, z.B. »Manchmal habe ich Schmerzen in meinen Genitalien (nicht während des Geschlechtsverkehrs)«.

Auf PatientInnenenseite fördern die Fragebögen die Selbstbeobachtung mit dem Ziel der Selbstmodifikation. Kognitive Konfrontation mit Phobien geht gut, indem die Überlebende um ein Beispiel gebeten wird. Angstäußerungen wechseln sich mit

Erleichterung ab: Da steht »schwarz auf weiß, was ich habe, ich bilde es mir also nicht nur ein«. Die Pt lernt auch Scham- und Angstbarrieren vor sexuellen Themen kennen und ansprechen.

Nach Verhaltens-, Funktions- und Bedingungsanalyse wird die Diagnose gestellt, die sich nach den Kategorien des DSM-IV und ICD-10 richtet. Die dissoziativen Störungen werden hier unzureichend abgebildet (Steele et al., 2005). Boon (2005, 1995) schlägt die oben beschriebene Neuordnung der dissoziativen Störungen nach gradueller Ausprägung vor, von der PTBS über DESNOS/DDNOS bis DIS (siehe Kapitel Theoretischer Hintergrund).

Schluss mit dem Opferleben – die Therapie

Steele et al. (2005), Nijenhuis (2006) und Nijenhuis & Mattheß (2006) postulieren ein *3-Phasen-Modell* der Therapie der Strukturellen Dissoziation als Mix aus fraktionierter Exposition und Abbau von Meidungsverhalten: *1. Phase:* Bewusstmachen und Bearbeiten von Phobien gegenüber der Diagnose, den dissoziativen Persönlichkeitsanteilen, der Beziehung zur Therapeutin. *Phase 2:* Stärkung der Vertrauensbeziehung zur Therapeutin und Realisierung der traumatischen Erinnerungen; das Erinnern des Traumas genügt nicht für die Integration, diese bedarf der kognitiven und emotionalen Verarbeitung und Kontrollierbarkeit der Erinnerungen. *3. Phase:* Bewältigung von Phobien vor Intimität, Sexualität, Erwerb von neuen Fertigkeiten. Bei Frau F werden Auszüge aus allen drei Phasen vorgestellt. Es kommt bei ihr zu einer Verschrän-

kung der drei Methoden: Ihre DIS erfordert das Know-how der Strukturellen Traumatherapie; Sexualtherapie ist das Angebot des Themas der gegenwärtigen Sexualität, die Sexualberatung und -behandlung, die KVT liefert das lerntheoretisch sinnvolle Vorgehen und einige Methoden.

Therapieziele

Das allgemeine Ziel, besser mit sich und dem Alltag zurechtzukommen, stabil und gesund zu werden, muss je nach Bedingungen wie Täterkontakten, Therapieverlauf, Geld oder Zeit eventuell in Teilziele zerlegt werden. Mit der Stabilisierung wird auf jeder Stufe angefangen und aufgehört. Nur eine stabile Patientin ist dem Alltag gewachsen, kann sich den Problemen der Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft stellen. Da dies das erklärte Ziel aller Therapien ist, verstehe ich die Aufregung mancher KollegInnen bezüglich des Wortes Stabilisierung nicht.

Das *Ziel der TT* ist keinesfalls, ein Trauma aufzudecken. »Wenn ich nur weiß, was mir zugestoßen ist, wird es mir besser gehen« reflektiert eher Wunsch als Wirklichkeit. Ziel ist das Wohlergehen der Ptn. Die Praxis zeigt, dass Symptomreduzierung, wie sie klassischerweise die VT anstrebt, legitimes Ziel sein kann und oft auch sein muss: »Ich weiß, dass da was war, aber was, will ich nicht mehr wissen; mir geht es heute so gut.« In der Traumaliteratur wird zwar auf die grundsätzliche Wichtigkeit von Traumaintegration zur endgültigen Ausheilung der gesamten Störung verwiesen, die ambulante Praxis sieht vor allem bei KassenpatientInnen jedoch häufig anders aus.

»Da steht, was ich habe, ich bilde es mir nicht ein!«

Eins der Ziele ist *Präsentifikation* (das Trauma ist passiert, es ist vorbei), auf jeder Therapiestufe anders zu operationalisieren. Zunächst geht es um die Stabilisierung, das ist sofortige Befindensverbesserung, etwa sich über alle Sinnesmodalitäten in die Gegenwart zu reorientieren: Umgebungsbeschreibung (VT-Panikintervention!), Trinken, 1 x tief einatmen, quasi-EMDR mit Auf- und Abgehen, plötzliche Kälte beim Fensteröffnen – und das Schwindelgefühl ist unter Kontrolle. Falls das

Das Prinzip Selbstverantwortung führt zu Wohlbefinden über Körperkontakt.

nicht schon Ressource war, kommt es zu ungläubigem Staunen, befreitem Lachen, diese Arbeit macht Freude. Widerstände sind unbedingt zu beachten, zu frühe Präsentifikation kann Überlebende gefährden. Präsentifikation bedeutet auch Differenzierung der Zeiten. Dazu ist eine aufgemalte Zeitschiene über Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft hilfreich. Frau F begreift, dass ihr heutiger Mann nicht der Täter von früher ist. Eine andere Frau erzählt: »Vor der Therapie brach meine Lust beim Sex einfach weg. Heute reorientiere ich mich dann, und die Lust kommt wieder. Seither lasse ich das Licht an.« Zukunftsbezogen ler-

nen sie Grübeln von Strategieentwicklung zu unterscheiden, Erwartungsängste zu bewältigen, Zukunft in Abschnitte einzuteilen, das kann auch bedeuten, den Tag zu überstehen. Zukunfts- ist zielorientiertes, auch hypothesengeleitetes Denken und Handeln, step by step ab der ersten Stunde zu lernen, soweit möglich. Die EPs haben mit der Zukunft Probleme, da sie Gegenwart und Vergangenheit verwechseln: »Alle alten Männer sind Verbrecher, dann wird das für diesen hier auch gelten«, sagt der EP von Frau F. All das ist Stärkung der Ressourcen der Gesamtpersönlichkeit und der ANPs und sichert Alltagsbewältigung und Spaß an der Therapie!

Bei dem weiteren Ziel der *Personifikation* werden die Aktionssysteme zunächst über die dissoziativen Symptome identifiziert. Mit der Frage: »Wie alt fühlen Sie sich jetzt?«, wenn offenbar ein EP da ist oder war, wird die Überlebende mit den Spaltungen konfrontiert. Die Systeme werden dann schrittweise verbunden, die Amnesien aufgedeckt (»wer weiß da drinnen Bescheid?«); sie lernen zu differenzieren zwischen Personen, außen und innen, und zu integrieren, was zerschreddert schien: Das ist *mir* passiert. Frau F fühlte sich sukzessive immer »ganzer, normaler« und gesünder.

Das *Ziel der ST* ist das Erreichen einer befriedigenden Sexualität für ein Individuum oder ein Paar. Das »Prinzip Selbstverantwortung« (Hauch et al., 2006, S. 176) führt die Ptn zu dem je eigenen Wohlbefinden über Körperkontakt. Auch hier wird durch schrittweise Stärkung der Ressourcen Autonomie angezielt.

Therapiemethoden

Der Abbau von Ängsten und der Aufbau von Alternativverhalten sind in TT, ST und KVT zentral. Dabei verläuft sowohl die Konfrontation mit Angstreizen, die Bewältigung von Phobien als auch der Aufbau des neuen Verhaltens durch Informationsvermittlung und Umstrukturierung auf kognitiver, emotionaler, somatoformer und Verhaltensebene abgestuft und in verdauliche Portionen geteilt. Fine (2004) beschreibt die fraktionierte BASK-Methode der Traumabearbeitung nach Kluft: Zuerst werden Verhalten, Affekte, Körpergefühle und dann Gedanken bearbeitet; das Traumageschehen wird nach Schwierigkeit aufsteigend dargeboten, damit es für die Überlebende erträglich und kontrollierbar wird.

Auch das 3-Phasen-Modell beruht auf schrittweisem Heranführen an Phobien, deren Bewältigung und dem Aufbau von alternativem Verhalten und Erleben. Man beginnt mit einzelnen Persönlichkeitsanteilen zu arbeiten, nicht gleich mit allen (obzwar die TherapeutIn alle Anteile im Auge hat). Zuerst wird mit den ANPs gearbeitet, danach mit den problematischen EPs Kampf, Wut oder Selbstverletzung. Die KVT steuert bewährte Methoden bei: Kognitive und emotionale Umstrukturierung bezüglich Fehlattribuierungen, auch mittels Sokratischen Dialogs, Shaping von Selbstbeobachtung über Auslöser-Kontrollbögen mit anschließender Möglichkeit der Selbstmodifikation; Zeit- oder Angst-Management, Konfliktentscheidung, Soziales Kompetenztraining über Rollenspiel, sehr schön bei Mobbing-Problemen

anzuwenden, an denen Überlebende überzufällig oft leiden. Auch kontrolliertes Depersonalisieren bei Wut- und Angstattacken wird in der VT schon lange angewandt.

In der ST verläuft das therapeutische Übungsprogramm ebenfalls fraktioniert. Vom Verdeutlichen und Abbauen von Angst, Unwissenheit, Scham zum anschließenden Aufbau neuen Verhaltens und Erlebens: von körperlicher Selbsterfahrung, Streicheln, über Erkunden des Genitalbereichs, Spielen mit sexueller Erregung, Einführen des Penis und Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen; dies jeweils bezogen auf die einzelne Person und die PartnerIn, mit oder ohne Selbstbefriedigung. Für lesbische oder homosexuelle Paare lässt sich das Konzept abwandeln. Sich äußern, abgrenzen (Neinsagen) und Wünsche äußern in partnerschaftlicher Autonomie ist wichtiger, als eine bestimmte Funktion erfüllen zu können.

EMDR als sehr erfolgreiche traumatherapeutische Methode kann zur Traumalösung und -verarbeitung herangezogen werden (Hofmann, 1999, 2004; Parnell, 1999, Wagner, 2005), jedoch immer eingebettet in eine auch hier sorgsam schrittweise geplante Therapie. EMDR-TherapeutInnen achten auf graduelles Vorgehen bezüglich stabiler Selbstkontrollkapazität und Traumapräsentation. Das Durcharbeiten von oben nach unten, von heute nach früher, mit dem Leichtereren beginnen ist ebenso selbstverständlich wie das Verankern von Ressourcen: »Wann war ich schon mal so selbstbewusst, wie ich es heute brauche, aha, ich

war ja schonmal so selbstbewusst« ist Selbstverstärkung. Ein Hinweis auf Kontraindikation von Traumatherapie bei Schwangerschaft sei gestattet: Ich hörte zweimal von einer Fehlgeburt wenige Tage nach EMDR-Behandlung. An die Adresse schneller Kritik: EMDR will und muss *gelernt* werden.

Die *Hypnotherapie* steuert die Methoden der Imagination bei, die wesentlich zur Stabilisierung beitragen (Reddemann). Mittels Containment lernt die Überlebende, sich von unangenehmen Triggern und deren Folgen zu distanzieren, durch andere Übungen, sich sicher- und wohlfühlen. Was sich daran mit der KVT deckt, ist die Erfahrung von Selbstbeobachtung und -modifikation, Selbstkontrolle und -steuerung, Selbstverstärkung und Shaping von Lebensfreude: »Ich habe es oft in der Hand, wie ich mich fühle, ich habe die Kontrolle, das Opferleben ist vorbei.« Und dass ein lebensfroher Mensch besser lernt, weiß jede Verhaltenstherapeutin und jeder Verhaltenstherapeut.

Aus meiner Praxis

Ich werfe nun einige Schlaglichter auf meine Arbeit entlang einiger Symptome, um mehrgleisiges Verfahren zu verdeutlichen. Ich arbeite mit homo- und heterosexuellen früh bzw. chronisch traumatisierten Männern und Frauen. Nach meiner Erfahrung unterscheiden sich die Gruppen weniger bezüglich der Dissoziationen als hinsichtlich der bekannten sozialen bzw. sexuellen Kriterien. So ist am ehesten bei homosexuellen Männern harter Sex

an Autobahnraststätten zu erwarten, wenn Kampf-EPs die Selbstgefährdung nicht unterlassen können. Bei meinem Patienten nahm das ein Ende, als er endlich und erstmals eine tragfähige Beziehung hatte.

Amnesien: Die Geburt mehrerer Kinder kann »einfach weg« sein, festgestellt in Therapiephase 2. Vorher half sich die Frau, indem sie als eigenes Erleben ausgab, was sie von Ärzten und Verwandten über den

**Ein lebensfroher
Mensch lernt besser.**

Geburtsprozess gehört hatte (»Sie hatten es ja schwer«). Dies zuzugeben, bedeutete bereits eine Phobiebewältigung: Akzeptanz der inneren Spaltung, der Diagnose, der Therapeutin. Das Auftauchen der Erinnerungen bzw. der EPs, die die Geburt erlebt hatten, führte zu Erleichterung und Glücksgefühlen. – Ähnliches gilt für Koitusereignisse wie das Erste Mal oder eine Zeugungsnacht, für die zunächst Amnesie bestand.

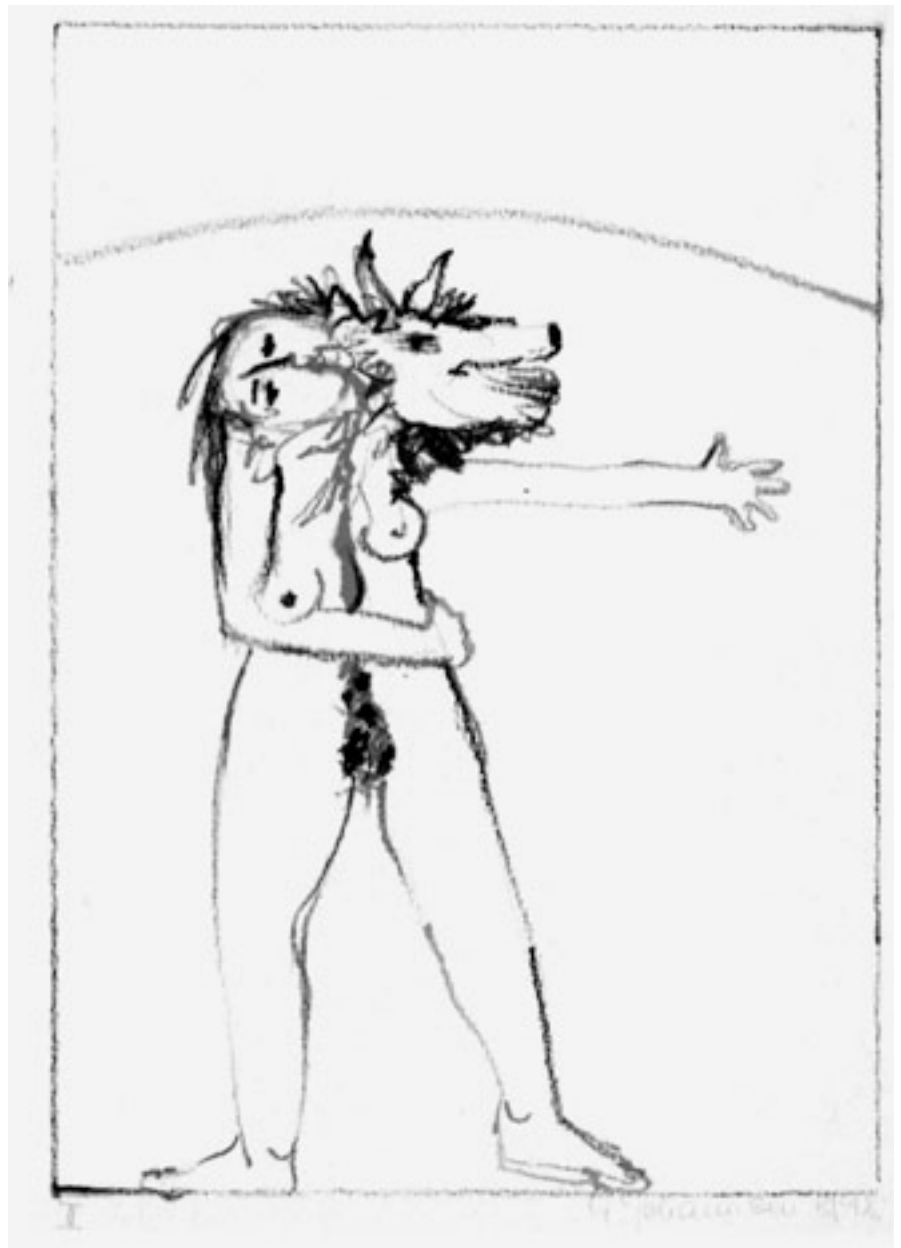
Gestörtes Körpergefühl: Im Körperschema können Körperteile abgespalten sein, etwa durch Depersonalisation, »das ist jene da, der EP«: »Mein Unterleib gehört von der Taille bis zu den Oberschenkeln nicht zu mir. Dadurch habe ich keine Schmerzen«, erzählte eine Frau, deren Scheide beim Gliedeinführen immer riss. Die Heilung: Zuerst Ver-

änderung der Sexualpraktiken, Abbau von Ängsten, Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen zwecks Abbau der Anästhesie, dann erst Aufbau des jeweiligen sexuellen Zielverhaltens. Und viel Geduld.

Beziehungsfähigkeit: Klammern und gleichzeitig Verunmöglichen von Beziehung spiegelt die traumareisultierende Ambivalenz, auch gegenüber der TherapeutIn (Herman, 2003). Obsessiver Schwangerschaftswunsch als fixe Idee, Promiskuität, Sozialphobie können sich als dissoziative oder Decksymptome entwickeln, ebenso alle sexuellen Störungen. Hier ist das Konzept des Double Bind (Watzlawick et al., 1974) eine therapeutische Fundgrube (siehe auch Fine, 2004)!

Die Phobie vor dem anderen Geschlecht als Traumafolgestörung mag neben anderen Faktoren zu gleichgeschlechtlicher Hinwendung beitragen.

Gefühle tiefer *Scham*, *Schuld* und *Traurigkeit* entstehen beim Kind durch Herstellen einer Kausalbeziehung zur Misshandlung, um die Ambivalenz ertragen zu können: »Ich bin schuldig, also fügt mir Papi Schmerzen zu, es ist richtig und er ist gerecht« (weiteres siehe Herman, 2003). Neben der rettenden Fehlattribuierung entsteht die Organismus-Variable der Strukturellen Dissoziation im Gehirn (Hüther, 2002). Auch die fortgesetzte, totale Unterwerfung und Erniedrigung durch die (Mit)TäterInnen wirkt kausal und wird fatalerweise durch die im gegenwärtigen Geschlechtsakt geforderte Hingabe getriggert. Anarchisches physisches Lusterleben während einer Vergewaltigung ver-



Eva Maria Johannsen, Hamburg

stärkt die Schuld- und Schamgefühle. Plötzlich auftretendes *Weinen* beim Geschlechtsverkehr oder während/nach dem Orgasmus können Hinweise sein.

Auch die Behandlung von *Dyspareunie*, *Schmerzen* schon bei Berühren der Scheide als somatoforme Dissoziation kann zunächst trauma-

therapeutische Interventionen erfordern, und zwar möglichst vor der Generalisierung zur Lustlosigkeit, Anorgasmie oder Beziehungsstörung.

Sexuelle Lustlosigkeit wird als eigenständig agierend beschrieben: »Meine Lust sitzt auf dem Schrank, sie ist verschoben, verlegt.« »Sie (der EP) macht etwas mit mir, dafür soll sie bestraft werden.« Die Lust verhält sich autonom. Mal ist sie da, mal nicht. Die Bearbeitung erfolgt entlang der funktionalen Bedeutung: Wer ist das, die Lust, was will sie, schützt sie sich oder das Persönlichkeitssystem vor zuviel Hingabe, der EP muss lernen, dass das Trauma vorbei ist. Heute darf man/frau ungestraft Lust empfinden.

Orgasmusstörungen treten heute zwar viel seltener auf, jedoch immerhin noch bei jeder vierten Frau (Hartmann, 2006; Hauch et al., 2006). Eine angepasste Anleitung nach Hauch ist in Absprache mit den beteiligten Persönlichkeitsanteilen möglich. Bei hoch dissoziativen PatientInnen ist das immer ein Gruppenprozess. In Schilderungen Überlebender »wird Kontrollverlust oft als besonders erniedrigender Aspekt des Traumas geschildert« (Herman, 2003, S. 79). Das Erleben von Lust und Orgasmus bei sexueller Gewalt, das sich autonom normalerweise einstellen kann, wird von den Betroffenen als besonders problematisch erlebt. Spätere Störungen können da den Ursprung haben, und »Angst vor Kontrollverlust, ich muss immer die Kontrolle haben (auch im Alltag!« höre ich dann regelmäßig.

Frau A sprach wegen Schwierigkeiten beim Einführen des Gliedes beim Koitus mit ihrem Mann vor. Sie litt an *Verkrampfungsreaktionen* der Scheide, eine Schmerz-Angst-Reaktion. Bald fanden Paargespräche statt, die eine Einstellungsänderung

hinsichtlich anderer Sexualpraktiken bewirkten. Entspannung hinsichtlich Leistungsdruck bei beiden ermöglichte zunächst die Bearbeitung von Schuld- und Versagensgefühlen. Der Mann lieferte aufschlussreiche Schilderungen des Verhaltens seiner Frau nach einem misslungenen Koitus: Sie sei wie abwesend, nicht ansprechbar. Da der Verdacht auf einen Bewusstseinswechsel nahelag, explorierte ich Frau A einzeln intensiver. Der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil versuchte, mich zu besänftigen – es sei alles in Ordnung, die Paargespräche seien ungemein hilfreich. Erst auf beharrliches Nachfragen – nicht unbedingt normales ST-Verhalten – und nach Konfrontation mit nonverbalem Verhalten brach sie in Tränen aus und berichtete Flashbacks von grauenvollen Traumatisierungen im Kindesalter. Die Paargespräche (CS) hatten die EPs getriggert. Die sexuellen Probleme waren nun Komorbidität; die neue Diagnose lautete auf Strukturelle Dissoziation DDNOS der Frau. Das Paar wurde informiert, beide waren froh, dass die gemeinsamen und die individuellen Probleme angegangen waren. Die Einzeltherapie wurde mit sporadisch eingestreuten Paargesprächen fortgesetzt. Die Therapieziele waren Abbau verschiedener Ängste und der Aufbau zufriedenstellenden Beziehungsverhaltens einschließlich der Sexualität sowie Traumabearbeitung bei der Frau.

Resümee und Schluss

Die Methoden der Strukturellen Dissoziationstherapie sind für die Behandlung von Überlebenden extremer Gewalt von großer Bedeutung.

Zentrale Aspekte bei der Therapie sind die Phobien vor der Diagnose, der inneren dissoziativen Struktur, vor der Therapie und dem Trauma, deren Erkennen und lerntheoretisch begründete Behandlung. Mit Letzterem begeben wir uns auf das Terrain der Kognitiven Verhaltenstherapie, die ihrerseits sehr praktische Methoden bietet. Grenzen findet die KVT bei den Strukturellen Dissoziationen höheren Grades, vor allem der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen und Amnesien. Hier hat Catherine Fine (2004) in den USA eine wichtige Fortentwicklung geleistet. Spezialwissen der Sexualtherapie ist für adäquate Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen unerlässlich. *Erst die Integration der Ansätze, ergänzt durch die Hypnotherapie, ist in der hier dargestellten Arbeit sinnvoll.* Wie verschränkt die Störungen sein können, zeigen die Fallbeispiele. Bei Frau F stand hinter dem Waschzwang die Scham über die sexuellen Gefühle. Das Thema der Lust war Vehikel für das Zusammenführen traumabezogener und alltagsregulierender Persönlichkeitsanteile. Einen Satz von Anne Boos, »Ziele der Sexualtherapie sind denen der Traumatherapie nachgeordnet«, (2005, S. 133) möchte ich bestätigen und relativieren: Sie können nebengeordnet sein. Wenn die Beziehung gefährdet erscheint, gilt es, den Partner oder die Partnerin einzubeziehen und mehrere Ziele parallel anzugehen. Ein Plus für die Verhaltenstherapie: Sie subsumiert erprobte Fremdmethoden.

Ein Wort noch zu den *dissoziativen Amnesien*, Teilamnesien und Amnesien für die Amnesien (»Ich wusste lange nicht, dass ich Amnesien

hatte«). Ich werde oft gefragt, wozu denn diese anrühren, (über Selbstbeobachtungsprotokolle, Interview oder Ideomotorische Fingerbewegungen) diagnostizieren und behandeln? – Die Unterscheidung von Verdrängen und Vergessen einerseits und den Dissoziativen Amnesien andererseits zeigt, dass es sich bei letzteren nicht um tröstliches Vergessen, sondern um *Krankheitssymptome* handelt (Herman, 2003, S. 387). Die Amnesie ist eine Störung, entweder Indiz einer schweren Identitätsveränderung oder Komplikationen generierend. Die Relevanz von Entdeckung und Behandlung von Amnesien allein für die Forensik und die Prognosen für Sexualstraftäter sich vorzustellen, ist atemberaubend.

Einen gravierenden Einflussfaktor stellen die Bestimmungen der Richtlinientherapie für die Kassenfinanzierung dar, die die Arbeit mit Schwertraumatisierten leider häufig amputieren; Ausnahmen bilden Teilzielbehandlungen. Die Vorschriften begrenzen die Behandlung durch VT

auf 60–80 Stunden, durch Tiefenpsychologie auf 100, die PsychoanalytikerInnen bekommen wesentlich höhere Kontingente. Die Zuteilung der Stunden nach Therapieausbildung anstatt nach Diagnosen ist überholt. Die Überlebenden in meiner Praxis kamen mit bis zu zwölf verschiedenen Diagnosen und oft mehreren ziemlich ergebnislosen Klinikaufhalten; man nannte das früher »Drehtürpsychiatrie«. Angesichts dieser »Karrieren« ist das Effizienz- und Ökonomieprinzip eine hohle Forderung und nur mit deutlicher Erhöhung der ambulanten Stundenzahl zu realisieren. Will sich die Gesellschaft nicht ex post noch zum Mittäter machen, gebührt den Schwerstraumatisierten mehr Beachtung. Die neuen Forschungserkenntnisse der Traumatherapie untermauern das.

Zum Schluss danke ich meinen PatientInnen, die mir viel beigebracht haben, und meinen KollegInnen und FreundInnen, die mir mit Rat und Tat zur Seite stehen, insbesondere Dagmar Eckers, Simone Ernst und Jürgen Heinrichs.

Zur Person



Elke Kügler ist Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltens-, Hypno- und EMDR-Therapeutin, zertifizierte Traumatherapie DeGPT, Supervisorin BDP und EMDR-Coach, mit Schwerpunkt Sexualpsychologie; Niederlassung in Hamburg.

Kontaktadresse

*Dipl. Psych. Elke Kügler
Klopstockplatz 1
22 765 Hamburg
E-Mail: elkekuegler@hotmail.de*

ANZEIGE

Literatur

- Arentewicz, Gerd & Schmidt, Gunter (1993). Sexuell gestörte Beziehungen – Konzept und Technik der Paartherapie: Springer, Heidelberg.
- Boon, Suzette (2005). Unterschiede zwischen Patienten mit DIS, DDNOS, PTBS, BPS, Histrionischer Persönlichkeit und Patienten, die eine DIS imitieren; SKID-D, Symptomprofile und Begleitsymptomatik, Manuskript des Psychotraumatology-Institute Europe (PIE).
- Boos, Anne (2005). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung – ein Therapiemanual: Hogrefe, Göttingen.
- Ellenberger, Henry F. (1996). Die Entdeckung des Unbewußten: Diogenes, Zürich.
- Fine, Catherine G. (2004). Zielorientiertes Integrationsmodell für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung und ihr verwandter Störungen. In: Reddemann, Luise, Hofmann, Arne. und Gast, Ursula. (Hg.): Psychotherapie der dissoziativen Störungen: Thieme, Stuttgart.
- Freyberger, Harald J., Spitzer, Carsten, Stieglitz, Rolf-Dieter B. (1999). Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS): Huber, Göttingen, Bern.
- Gast, Ursula, Oswald, Thomas, Zündorf, Friederike, Hofmann, Arne (2000). SKID-D, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Dissoziative Störungen: Hogrefe, Göttingen.
- Gast, Ursula, Rodewald, Frauke, Hofmann Arne, Mattheß, Helga, Nijenhuis, Ellert, Reddemann, Luise, Emrich, Hinderk K. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert, Deutsches Ärzteblatt, 103, 47, 3193 ff.
- Hartmann, Uwe (2006). Therapie sexueller Störungen: ein Zukunftsfeld der Psychologischen Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal, 4, 353 ff.
- Hauch, Margret (Hg.) (2006). Paartherapie bei sexuellen Störungen – das Hamburger Modell, Konzept und Technik: Thieme, Stuttgart.
- Herman, Judith L. (2003) Die Narben der Gewalt – Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden: Junfermann, Paderborn.
- Hofmann, Arne (1999). EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome: Thieme, Stuttgart.
- Hofmann, Arne (2004). EMDR bei schweren dissoziativen Störungen. In Reddemann, Hofmann, Gast (Hg.): Psychotherapie der dissoziativen Störungen: Thieme, Stuttgart.
- Huber, Michaela (2004). Wege der Traumabehandlung, Teil 2: Junfermann, Paderborn.
- Hüther, Gerald (2002). Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Göttingen 2002. URL: www.agsp.de/UB_Veröffentlichungen/Aufsätze/Aufsatz_34/hauptteil_aufsatz_34.html
- Kanfer, Frederick H., Reinecker, Hans, Schmelzer, Dieter (2000). Selbstmanagementtherapie: Berlin, Springer.
- Nijenhuis, Ellert; Van der Hart, Onno & Steele, Kathy (2004). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In Reddemann, Luise; Hofmann, Arne; Gast, Ursula (Hrsg.): Psychotherapie dissoziativer Störungen. S. 47–69, Thieme: Stuttgart.
- Nijenhuis, Ellert R. S. (2006). Somatoforme Dissoziation, Phänomene, Messung und theoretische Aspekte: Junfermann, Paderborn.
- Nijenhuis, Ellert R. S. (2006). Diagnostik und Behandlung nach der Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, Handouts Teile 1–4, Hg.: PIE Psychotraumatology Institute Europe. Veröffentlicht als: Van der Hart et al.: The Haunted Self, s. u.
- Nijenhuis, Ellert R. S. und Mattheß, Helga (2006). Traumabezogene Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit, Psychotherapie im Dialog, 4, 393 ff.
- Parnell, Laurel (1999). EMDR – der Weg aus dem Trauma, Über die Heilung von Traumata und emotionalen Verletzungen: Junfermann.
- Pudel, Volker & Westenhöfer, Joachim (2003). Ernährungspsychologie. Eine Einführung: Hogrefe, Göttingen.
- Reddemann, Luise, Hofmann, Arne & Gast, Ursula (2004). Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Thieme.
- Steele, Kathy, van der Hart, Onno & Nijenhuis, Ellert R. S. (2006). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. Journal of Trauma and Dissociation, 6, 11–53.
- Van der Hart, Onno & Psychotraumatology Institute Europe (2006). Phasenorientierte Behandlung komplexer Traumastörungen, Inspiration durch die Theorie der Strukturellen Dissoziation und Janets Aktionspsychologie. Unveröff. Manuskript.
- Van der Hart, Onno, Nijenhuis, Ellert R. S. & Steele, Kathy (2006). The Haunted Self: W. W. Norton, New York.
- Wagner, Frank (2005). Die Wirksamkeit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu Kontrollbedingungen und kognitiv-behavioralen Therapien – eine metaanalytische Untersuchung. Dissertation.de – Verlag im Internet: Berlin.
- Watzlawick, Paul, Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (2000). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien: Huber, Bern.
- Weltgesundheitsorganisation (1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien: Huber, Bern.