

**DIE EINWIRKUNG VON TRAUMATISIERUNG
AUF DIE PSYCHISCHE STRUKTUR UNTER
EINBEZIEHUNG DES
MULTIPLIZITÄTSKONZEPTS**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

"Master of Science"

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Transaktionsanalytische Psychotherapie

von

Mag. Anna Bolt; Salzburg

Department für Psychotherapie und
Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Salzburg, 09.09.2015

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Anna Bolt, geboren 17.01.1974 in Salzburg, erkläre,

dass ich diese Masterarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich den Leistungsnachweis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt des Leistungsnachweises unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Salzburg, 09.09.2015

ABSTRACT

Ausgehend von der Betrachtung der unterschiedlichen Bindungsstile und der Darstellung der Traumtypen wird der Einfluss von Traumatisierung auf die Entwicklung einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht. Die Bedeutung früher traumatisierender Einflüsse wird aufgezeigt und deren Einwirkung auf die psychische Struktur. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass Traumatisierung einen erheblichen Einfluss auf die Ausdifferenzierung der psychischen Struktur hat. Anhand unterschiedlicher therapeutischer Modelle zum Konstrukt der Multiplizität wird diese Sichtweise dargestellt. Zunächst wird auf den Begriff der Struktur allgemein eingegangen und dann aus Sicht der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse, der Ego-State-Therapie, des Modells von Jochen Peichl und der strukturellen Dissoziation der Einfluss von Traumatisierung auf die Struktur dargestellt. Es wird auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten eingegangen und es werden Implikationen für die therapeutische Praxis zusammengefasst.

Starting with the contemplation of the different attachment styles and the description of types of trauma, the impact of traumatization on the development of the complex post-traumatic stress disorder or the borderline personality disorder will be described. The relevance of early traumatic influences will be shown as well as their impact on the psychic structure. The hypothesis will be formulated, that traumatization does serious harm on the differentiation of the psychic structure. This will be demonstrated by showing different therapeutical models which work with the concept of multiplicity. The term structure will be discussed generally and then this will be discussed from several points of view (transactional analysis, ego-state-therapy, Jochen Peichl and structural dissociation). Differences and similarities will be shown and implications on the therapeutical work will be resumed.

Die in dieser Arbeit abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form steht jeweils pars pro toto, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
2. Bindung	5
2.1. Bindungsstile	6
2.1.1. Die sichere Bindung	6
2.1.2. Die unsicher-vermeidende Bindung	8
2.1.3. Die unsicher-ambivalente Bindung	9
2.1.4. Die desorganisierte-desorientierte Bindung	10
3. Trauma	13
3.1. Der Einfluss von Trauma auf die Gehirnentwicklung	14
3.2. Die Bindungsstörung	17
3.3. Die traumatische Bindung	19
3.4. Traumatypen	21
3.5. Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung	22
3.6. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die komplexe posttraumatische Belastungsstörung	24
4. Die psychische Struktur	27
4.1. Der Strukturbegriff allgemein	27
4.2. Die Struktur in der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse	30
4.2.1. Wissenschaftstheoretische und philosophische Vorwegannahmen	32
4.2.2. Basiskonzepte der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse	32
4.2.3. Die phasenspezifische Skripttheorie	38
4.3. Die Einwirkung von Traumatisierung auf die psychische Struktur	41
4.3.1. Die Einwirkung von Traumatisierung aus Sicht der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse	43
4.3.2. Die Ego-State-Therapie	47
4.3.3. Das Modell von Jochen Peichl	50
4.3.4. Die Strukturelle Dissoziation	54
4.3.5. Die Struktur bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	58
5. Implikationen für die therapeutische Arbeit	65
6. Zusammenfassung	79
7. Literaturverzeichnis	87

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Bindungsstile

Abbildung 2: Traumtypen

Abbildung 3: Diagnosekriterien der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Abbildung 4: Metamodell des transaktionalen Austausches

Abbildung 5: Das Ich-System als Strukturmodell der Psyche in Verbindung mit dem topografischen Modell der doppelt getriebenen Persönlichkeit

Abbildung 6: Entwicklungsphasenmodell der Ich-Zustände

Abbildung 7: Differenzierungs-Dissoziations-Kontinuum

Abbildung 8: Ebenen der Persönlichkeitsanpassung

1. Einleitung

Beschäftigt man sich im Rahmen theoretischer Auseinandersetzungen mit Traumatisierung oder begegnet man in der therapeutischen Arbeit traumatisierten Menschen, so wird man schnell mit dem Konzept der unterschiedlichen *Anteile* vertraut. In der psychologischen und therapeutischen Theoriegeschichte zieht sich dies wie ein roter Faden durch zeitlich überdauernde Theoriegebilde und in der derzeit gängigen Traumatiliteratur sind mehrere therapeutische Methoden auffindbar, die sich dem Konzept der Multiplizität verschrieben haben. Das Wort Multiplizität bedeutet ein *mehrfaches Vorhandensein* oder eine *Vielfalt*. Es finden sich viele Begriffe in der Literatur, die das Phänomen, dass wir uns zu zuweilen in unserem Verhalten ändern, eine Vielfalt an Verhaltensweisen aufweisen, erklären. Neben diesem normalen Persönlichkeits-Phänomen, dass wir uns in zuweilen in unterschiedlichen Rollen oder Ich-Zuständen befinden, ist auch die extreme Variante beobachtbar, die sich z.B. bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als traumatisches Introjekt zeigt oder bei schwer traumatisierten Menschen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung als Selbstanteil. Phänomenologisch ist ein Ich-Zustand ein in sich kohärentes Empfindungssystem und funktional ein kohärentes Verhaltenssystem (Berne, 1964). Zum Zeitpunkt des Auftretens ist der Ich-Zustand ich-synton, als das eigentliche Ich wahrnehmbar, der gerade inaktive, nicht mit Energie besetzte Ich-Zustand, ist oft nicht bewusstseinsnah.

Dass das Durchleben einer extremen Belastungssituation zu Beeinträchtigungen in somatischen, emotionalen, kognitiven und behavioralen Bereichen führt, ist mittlerweile unumstritten und eine Vielzahl psychiatrischer Diagnosen sind als komorbide Symptome zur Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfassbar. Der direkte kausale Zusammenhang zwischen einer Traumatisierung und einer dieser zusätzlichen Erkrankungen ist oft zu kurz gegriffen, da widrige Lebensumstände, schwierige sozio-ökonomische Bedingungen, das Temperament, die Art der bisherigen und späteren Bindungsmuster auch zu deren Entstehung beitragen. Die Langzeitwirkungen von Traumata sind umfangreich und umfassend. Auf unterschiedlichen

Entwicklungsstufen entfalten sich auch somatischen Traumafolgen in Form nachhaltiger physiologischer Dysregulation und im Unterschied zu nicht von Mensch erzeugten Traumatisierungen haben interpersonale Traumata in der Regel noch tiefgreifendere Effekte. Zuverlässige Bindungen schützen vor nachhaltigen Traumafolgen und das Fehlen dieser begünstigt die Dysregulation affektiver Zustände. Um wieder Kontrolle über die Affektdysregulation zu gewinnen werden zahlreiche Versuche unternommen, die sich dann teils in dysfunktionalen Verhaltensweisen zeigen, die selbstzerstörerisch wirken und in zusätzliche psychiatrische Diagnosen münden, die das klare Bild einer Traumafolgeerkrankung verschwimmen lassen. Die Tatsache, dass Menschen mit massiven traumatischen Erfahrungen eben aufgrund dieser Erfahrungen unterschiedliche, an die Traumasituation angepasste Anteile zu ihrem Selbstschutz entwickeln mussten, und diese Anteile, Ich-Zustände oder Trauma-States sich z.B. in einer neuen, noch „nicht sicheren“ Umgebung nicht zeigen, erschwert die genaue Diagnosestellung oftmals. Das Symptomspektrum von Patienten mit umfassenden Traumatisierungen wird durch die Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung unzureichend beschrieben.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist ein sehr heterogenes Krankheitsbild. Symptome, die sonst als komorbide Störungsbilder zu klassifizieren wären, werden durch das Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung auf ein einheitliches ätiologisches Modell zurückgeführt. Sie hat bisher in den gängigen Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV keine bzw. kaum Erwähnung gefunden, sie bleibt häufig lange unerkannt. Überdies besteht eine hohe Überschneidung mit anderen psychischen Erkrankungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der einfachen Posttraumatischen Belastungsstörung, den dissoziativen Störungen, Depressionen, Angst- bzw. Panikstörungen sowie Sucht- und Zwangserkrankungen. Oft werden deshalb zunächst andere Diagnosen gestellt. Dass ein Zusammenhang mit einer Traumatisierung besteht, wird nicht selten erst später erkannt. Die richtige Einschätzung ist jedoch die Voraussetzung dafür, dass komplex traumatisierte Menschen die Behandlung erhalten, die sie benötigen – zumeist eine spezifische und qualifizierte Traumatherapie.

Auch in der Diagnosestellung bei Kindern ist diese Tatsache zu beobachten und es hat sich gezeigt, dass bei Kindern nach sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung die häufigste Diagnose keineswegs die Posttraumatische Belastungsstörung ist – diese folgt erst an vierter Stelle nach Trennungsangst und Überängstlichkeit, oppositionell-trotziger Verhaltensstörung und Phobien. Dies liegt laut Weinberg (2010) an der Vielgestaltigkeit, Weiteit und zugleich Verstecktheit der Symptomatik. Typischerweise führt dies zu der viel zu häufig gestellten Diagnose ADHS, in der die Symptome als Folgen der ADHS verstanden werden. Übersehen werden hierbei oft dissoziative Phänomene und die Symptome des Wiedererlebens, traumabedingte Reinszenierungen, intrusive Erinnerungen und traumabedingte Projektionen. Weinberg entwickelte den Arbeitsbegriff „Komplexe Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung“ und beschreibt einen siebenteiligen Symptomkatalog, der den Diagnosekriterien der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen gleicht.

Auffallend ist momentan eine noch nicht geschärfte Wahrnehmung für das Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, das kein neues Konzept ist, sondern einen vorläufiger Begriff darstellt, der die Offenheit der aktuellen Diskussion beinhaltet. Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung steht oft in Konkurrenz zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und scheint aber doch eine Lücke im Kontinuum der traumainduzierten psychischen Folgen zu füllen.

Mich wird in diesem Zusammenhang zunächst interessieren, welche Bedingungen zu unterschiedlichen Bindungstypen führen, wie diese dann ein Wegbereiter für eine Bindungsstörung sein können und eine Bindungsstörung die Voraussetzung für eine spätere komplexe posttraumatische Belastungsstörung oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sein kann.

Weiters werde ich auf den Einfluss von Traumata auf die Gehirnentwicklung, auf das Bindungsverhalten unter traumatisierenden Bedingungen, auf die Traumtypen und den Unterschied zwischen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingehen.

Die Wurzeln der neueren Konzepte von Multiplizität des menschlichen Geistes sind schon in den traditionellen tiefenpsychologischen Strömungen nachgewiesen. Die neuere Traumatheorie hat diesen Blick multipler Phänomene beibehalten und weiterentwickelt.

Durch die Betrachtung der unterschiedlichen Bindungsstile, insbesondere des desorganisierten Bindungsstils und den sich darin zeigenden widersprüchlichen Handlungstendenzen, durch die maßgebliche Rolle dieses Bindungsstils bei der Entstehung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung werde ich auf diese Traumafolgeerkrankungen aus Sicht der Multiplizität eingehen.

Ausgehend von phänomenologisch beschreibbaren unterschiedlichen Zuständen des Ichs, die vor dem Hintergrund des Ich-Systems als theoretisches Konstrukt sichtbar werden, möchte ich sowohl allgemein auf den Begriff der Struktur eingehen, als diesen dann auch aus Sicht der Transaktionsanalyse darstellen. Anschließend werde ich auf weitere therapeutische Zugänge, die das Phänomen der Multiplizität erfassen eingehen und daraus die therapeutischen Implikationen der Autoren zusammentragen.

Der leitende Gedanke all dieser Ausführungen ist, dass Traumatisierung eine Fragmentierung des Selbst bewirkt - die Hypothese lautet:

- Traumatische Erfahrungen bewirken eine Fragmentierung der psychischen Struktur

Die sich daraus ergebenden Fragestellungen:

- Welche Auswirkungen haben frühe Traumatisierungen aus Sicht der Bindungstheorie?
- Welche Auswirkungen haben Traumatisierungen auf die psychische Struktur?
- Wie stellen dies die Autoren in ihren unterschiedlichen Modellen dar?
- Welche Implikationen ergeben sich daraus für die therapeutische Arbeit?

2. Bindung

Kinder brauchen von Anfang an sowohl Wurzeln als auch Flügel, ihre Autonomieentwicklung kann und sollte ebenso früh beginnen, wie auch eine gute und sichere Bindung an ihre Eltern und ihr Zuhause (Tschöpe-Scheffler, 1999).

Was ist, wenn die Wurzeln früh oder zu früh gekappt werden? Wenn sie vorschnell flügge werden „müssen“? Was ist, wenn ein Kind von denselben Menschen verraten, verlassen und misshandelt wird, die es versorgen, lieben und seiner Seele die sichere Verwurzelung bieten sollen? Dann nimmt das Kind auf allen Ebenen Schaden – von der Beziehungsgestaltung bis zu seiner Gehirnentwicklung, von der Leistungsfähigkeit bis zur Identität. (Huber, 2012, S.87).

Der Mensch ist von Geburt an genetisch darauf programmiert, sich mit seinen Bezugspersonen zu verbinden, die zu *Bindungsobjekten* in seinem weiteren Leben werden. Durch das angeborene *Bindungssystem* und das korrespondierende Verhalten der Bezugspersonen entsteht Bindung (Bonding). Bindungsverhalten wird durch unmittelbare Wechselwirkung ausgelöst: Blicke, Berührung, Nähe, Geruch, Geschmack,... (Huber, 2012).

All dies löst neurochemische Reaktionen im Gehirn des Babys aus, die für die Gehirnentwicklung ebenso wie für das Bindungs- und spätere Beziehungsverhalten verantwortlich sind – und das Zeitfenster für Entscheidendes ist dabei recht gering (Perry, 2002). Nicht die Quantität der Beziehung und des Umgangs der Bezugspersonen (die nicht unbedingt die leibliche Mutter sein muss), sondern die Qualität ist ausschlaggebend. Die Fähigkeit zur Bindung wird als basales, angeborenes, biologisch adaptives motivationales System betrachtet, welches das Baby dazu drängt, einige wenige enge Beziehungen in seinem Leben einzugehen. D.h. das Kind wird Nähe suchen, einen „sicheren Hafen“ im Bindungsobjekt vermuten und ein inneres Arbeitsmodell einer sicheren Basis entwickeln. Aus diesem inneren Arbeitsmodell entwickelt sich die Bindungsrepräsentation des erwachsenen Menschen (Huber, 2012).

2.1. Bindungsstile

Nicht alle Kinder sind in der Lage eine sichere Bindung zu entwickeln und so bilden erste Erfahrungen den Boden für spätere erkennbare Bindungsstile. „Die Reaktion auf Trennung, Verlassensein, Konfrontation mit dem Fremden und Wiedervereinigung mit der Mutter spiegelt die Geschichte der bisherigen Bindungs- und Trennungserfahrung eines Kindes mit 12 Monaten und zeigt sein derzeitig dominantes Arbeitsmodell zur aktiven Gestaltung von Beziehungen...“ (Peichl, 2008, S.150).

Bindungsstil	Bei Einjährigen %	Fremde Situation
<i>Typ B</i> <i>Sicher gebunden</i>	60-70	Zunächst neugierig, aufgeregt bei Trennung; warme Begrüßung der Mutter bei Rückkehr, strebt nach Berührung und Trost bei Rückkehr.
<i>Typ A</i> <i>Unsicher vermeidend</i>	15-20	Ignoriert anwesende Mutter, folgt ihr mit den Augen, wenn sie das Zimmer verlässt, wendet sich beim Wiedersehen ab.
<i>Typ C</i> <i>Unsicher ambivalent</i>	10-15	Wenig Neugier, bleibt in der Nähe der Mutter, sehr verzweifelt bei Trennung; ambivalent oder wütend und wehrt sich gegen Mutter beim Wiedersehen.
<i>Typ D</i> <i>Desorganisiert/ Desorientiert</i>	5-10	Gleichzeitigkeit oder schnelle Aufeinanderfolge von Annäherung und Meidung der Mutter; verwirrt und benommen; dissoziative Zustände.

Tabelle 1: Bindungsstile (nach Perry, 2002)

2.1.1 Die sichere Bindung

Der sicher gebundene Säugling zeigt sein Unwohlsein über das Verlassenwerden durch die Mutter mit zunehmender Unruhe, Irritation und Weinen. Es findet dabei

eine unter diesen Umständen normale Aktivierung des Sympathikus mit erhöhten Stresssymptomen statt. Er begrüßt seine Mutter mit Kopfwendung und signalisiert sein Nähebedürfnis. Nach kurzem Kuschelkontakt beruhigt sich das Kind und startet das unterbrochene Spiel erneut (Peichl, 2008). „Diese normale Aktivierung des Bindungssystems und die darauf folgende Aktivierung des Explorationssystem ... ist das Ergebnis einer Reihe von dyadischen Interaktionen mit einer zuverlässigen und reziprok auf das Kind bezogenen, sorgenden Mutter“ (Peichl, 2008, S. 151).

Ihr Interaktionsangebot war in der Lage, den Übererregungs-State des Säuglings herunterzuregeln, die negativen Affekte des Kindes zu minimieren und ihm zu helfen, aus einem negativen, unkoordinierten, nicht auf das Gegenüber bezogenen Interaktionsstil zu einem positiven, bezogenen Interaktionsstil zurückzukehren. Die Mutter moduliert und moderiert State-Übergänge durch beruhigende Worte, Hautkontakt und Markierung der Affekte. Auf diese Weise meistert das Kind, auch sich steigende Affektstärken zu tolerieren und lernt so, die Ich-Funktion der Objektkonstanz (Peichl, 2008, S.151).

Das Baby kann Selbstberuhigungsstrategien erlernen (erregende und hemmende Komponenten im limbischen System), die sich aus der Interaktion mit der Mutter, durch deren Spiegelung, entwickelt. Dies bildet die Grundlage für die Bewältigung unterschiedlicher Stresssituationen im zukünftigen Erleben und Verhalten. Auch bei erwachsenen Menschen sind Bindungsstile bemerkbar und wirken in der Art der Beziehungsgestaltung weiter.

Der Erwachsene sicher-gebundene kann von sich sagen: „Es fällt mir leicht, anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu sein. Ich weiß, dass ich in intimen Beziehungen von der anderen Person abhängig bin, und das ist ok so. Genau so ist es ok, wenn ich weiß, dass die andere Person von mir abhängig ist. Auch allein sein fällt mir leicht und es macht mir nichts aus, wenn ich mal feststelle, dass ich von anderen für das, was ich bin und

vertrete, nicht akzeptiert werde' (Bartholomew & Horowitz zit. nach Huber, 2012).

Die Übereinstimmung zwischen Bindungsstil als Kind und dem des Erwachsenen beträgt 70-90% (Huber, 2012).

2.1.2 Die unsicher-vermeidende Bindung

Nicht so geglückt scheint die Bindungserfahrung beim unsicher-vermeidenden Bindungsstil. Das Verhalten der Mutter, ihre eigenen inneren Arbeitsmodelle und ihre Interaktion finden beim Kind ihren Niederschlag in folgender Weise:

Mütter von diesen Kindern zeigen ihrem Kind gegenüber Verhaltensstile mit innerem Rückzug, Zögerlichkeit und Widerstreben bei dem Versuch, die Erregungszustände und Affektexpression ihrer Kinder zu modulieren und zu begrenzen. Diese defizitären Angebote helfen dem Kind wenig, den durch innere und äußere Ursachen induzierten Stress zu reduzieren, was dazu führt, dass der dyadische Kontakt entgleist und das Kind in States mit überwiegend negativem Affekten abgleitet. Kinder von gehemmten und zögerlichen Müttern zeigen wenig Interesse und an der Wiederaufnahme des Kontaktes nach Rückkehr der Mutter, im Gegenteil, sie ziehen sich zurück, vermeiden Augenkontakt und sind völlig damit beschäftigt, selbst die inneren negativen Affektzustände zu modulieren“ (Peichl, 2008, S.152).

Bei einem Rückzug als primäre Bewältigungsstrategie ist eine Neigung zu parasympathisch dominierten States zu beobachten, mit der Folge einer autonomen Unterregulierung. Diese Down-Regulation findet sich massiv verstärkt bei Kindern mit einer in frühen Phasen traumatisierenden Vernachlässigung. Verfestigt sich eine derartige Tendenz in neuronalen Schleifen, dann gelingt es dem Kind zunehmend schwerer, aus Zuständen niedriger Erregung herauszukommen (depressive Reaktion), sowie States mit hoher Erregung selbst

zu regulieren. Diese Kinder neigen in ihren Verhaltensantworten zu Überkontrolle, Unflexibilität und Neigung zur Internalisierung (Peichl, 2008).

Als Erwachsene beschreiben sie nahe Beziehungen eher ablehnend bis entwertend. „Ich brauche keine nahen emotionalen Beziehungen. Mir ist es vor allem wichtig, mich unabhängig zu fühlen und mir selbst genug zu sein. Von anderen abhängig zu sein, kann ich nicht leiden, und genauso wenig, wenn andere von mir abhängig sind“ (Huber, 2012, S.92).

2.1.3 Die unsicher-ambivalente Bindung

Auch in der unsicher-ambivalenten Bindung zeigen sich die Bindungserfahrungen in Form weiter wirksamer unregulierter Affektzustände.

Mütter von unsicher-ambivalent gebundenen Kindern zeigen ein unberechenbares Bindungsverhalten und zwingen so ihr Kind zur ständigen Wachsamkeit um Stimmungen zu erfassen und das weitere Verhalten der Mutter zu antizipieren. ... Sie sind ständig auf der Hut vor sich abrupt ändernder Nähe und Distanz. In der fremden Situation erreichen diese Kinder nach der Trennung einen hohen Stresspegel und sind von der Mutter nach der Wiedervereinigung kaum zu trösten... (Peichl, 2008, S.153).

Laut Schore (Schore zit. nach Peichl, 2008, S. 153) entspricht dieses „Reaktionsmuster des Kindes seiner Neigung zur Aktivierung des sympathikotonen, ..., autonomen Nervensystems“ – dieses steht in engem Zusammenhang mit Unkontrollierbarkeit, Impulsivität und einer Neigung zur Externalisierung.

Huber (2008) beschreibt den unsicher-ambivalenten Bindungsstil im Erwachsenenalter so, dass sie mit frühen Bindungspersonen verstrickt zu sein scheinen, sich an neue Bindungspersonen klammern und zugleich aber wütend und ärgerlich zu sein scheinen. Diese Ambivalenz beschreibt sie wie folgt:

Ich habe Sehnsucht danach, in nahen Beziehungen sehr eng und verschmelzend mit der anderen Person zu sein. Leider mache ich häufig die Erfahrung, dass ich es dann doch nicht lange so eng aushalte, oder

dass die andere Person mir nicht so nahe kommen möchte, wie ich es gerne will. Ohne nahe Beziehungen fühle ich mich nicht wohl. Manchmal mache ich mir Sorgen, warum es wohl so ist, dass ich anderen nicht so viel bedeute wie sie mir (Huber, 2008, S. 92)

Beide Formen von unsicheren Bindungsrepräsentanzen kommen häufig bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vor, bei denen die Störung der Beziehungsfähigkeit ein Hauptkennzeichen ist. Zwischen 60-90% der Persönlichkeitsstörungen haben (meist frühe) Traumata im Hintergrund (Huber, 2008).

2.1.4 Die desorganisierte-desorientierte Bindung

Nach Main und Solomon (Main & Solomon zit. nach Peichl, 2008, S. 153) zeigt dieser Bindungsstil einen augenscheinlichen Mangel an Organisationsstruktur im Moment der Wiedervereinigung mit der Mutter in der fremden Situation. „Das Kind zeigt konflikthafte Verhalten in Gegenwart ... [der Mutter] und vieles spricht dafür, dass dies ein Ausdruck von Angst ist. 80% dieser Kinder waren in der Vorgeschichte Misshandlungen ausgesetzt, die sie zwangen, schon sehr früh den Überlebensmechanismus der Dissoziation einzusetzen“ (Peichl, 2008).

Die Typ-D-Kinder zeigen eine Aktivierung gegensätzlicher Verhaltensmuster, plötzliches Erstarren (Freezing), unterbrochene Bewegungsmuster und dissoziative oder verwirrte Zustände. Mütter schätzen sich selbst in der Erziehung als hilflos ein, sie reagieren harsch, strafen hart und halten sich selbst für unfähig, für ihr Kind zu sorgen. Sie verlieren leicht die Kontrolle, reagieren ‚hysterisch‘ und fühlen sich oft depressiv. Das Kind schwankt zwischen seinem Wunsch nach Bindung und seiner Angst vor Ablehnung und Grenzverletzung; sein beobachtbares Verhalten drückt dieses Hin und Her der Eltern-Kind-Beziehung aus und spiegelt eine wenig verlässliche und insgesamt chaotische Umweltsituation wider...“ (Peichl, 2008, S. 154).

Oft sind die Eltern selbst traumatischen Erfahrungen ausgesetzt gewesen, die „häufig in der ‚zweiten Generation‘ ihre eigenen traumatischen Erfahrungen an ihr Kind weitergeben (Peichl, 2008, S.154).

Desorganisiert-desorientiertes Verhalten in der fremden Situation (Main & Solomon zit. nach Huber, 2008, S.93):

- Widersprüchliche Verhaltensmuster, kurz hintereinander oder auch gleichzeitig;
- Ungerichtete, fehlgerichtete, unvollständige und unterbrochene Mimik/Gestik;
- Seltsame Bewegungen in einem schlechten Timing, bizarre Posen;
- Eingefrorene, erstarrte und verlangsamte „Unterwasser-Bewegungen“ in Mimik/Gestik/Körperhaltung;
- Eindeutige Anzeichen dafür, dass sie sich vor der Bezugsperson fürchten oder Nicht-Reaktion;
- Klare Anzeichen für Desorientierung in Raum und Zeit.

Und Dorothea Weinberg (2010, S. 27) ergänzt weiter aus ihrer Praxis:

- Lächeln bei Schmerzen, bei Konflikten, wenn das Kind seine Eltern provoziert, oder bei der Trennung in unbekannter Umgebung. In späterem Alter oft bei Pflege- und Adoptivkindern beobachtbar;
- Antagonistisches Verhalten bei Täterkontakt, sodass der Mensch, der dem Kind Schmerzen oder Ängste zugefügt hat, überschwänglich begrüßt wird.

Mehr als 80% der misshandelten Kinder weisen ein desorganisiertes/desorientiertes Bindungsmuster auf. Eltern mit einer ungelösten Traumageschichte und einer Panikstörung, die ihrerseits selbst chronisch zutiefst erschreckt sind, neigen dazu, ihre Kinder zu erschrecken und ein desorganisiertes Bindungsverhalten auszulösen. Eigene ungelöste Verlust- und Misshandlungserfahrungen führen zu einer „Schreckhaftigkeit“ sowie dazu, dass sie ihr eigenes Kind oft erschreckend finden und ihm dies spiegeln.

Trauma, Verlust, Misshandlung und desorganisierte Bindungserfahrungen werden meist von Generation zu Generation weitergegeben (Huber, 2012).

„Desorientierte Kinder bekommen oft so viel Angst ‚mit‘, dass

- sie selbst mit Bedrohungssituationen schlechter fertig werden,

- ihre Stressresistenz geringer ist,
- ihre sozialen Probleme größer,
- ihr Selbstwertgefühl kleiner,
- das Risiko für schwere psychische Probleme bis hin zu Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität erhöht ist“ (Huber, 2012, S. 95)

Huber (2012) führt dazu weiter aus:

Außerdem besteht ein höheres Risiko eine dissoziative Störung zu entwickeln, da sie über eine gute Dissoziationsfähigkeit verfügen und diesen Abwehrmechanismus einzusetzen lernen, um mit den chaotischen und widersprüchlichen häuslichen Situationen fertig zu werden. Diese werden entweder sofort vergessen (Amnesien) oder es werden für überwältigende/chaotische/erschreckende Situationen bestimmte Persönlichkeitsanteile entwickelt oder sogar, bei schwerer Misshandlung, mehrere getrennte Persönlichkeitsanteile entwickelt (S. 97).

Das bedeutet, dass bestimmten Erlebnissen bestimmte Persönlichkeitsanteile zugeordnet werden, die teilweise die Verbindung zueinander verlieren und sich in States bzw. Ich-Zuständen zeigen können, die schlagartig wechseln können. Peichl (2008), der die Entwicklung von voneinander unabhängigen States beschreibt, dazu:

Wenn die Einwirkungen der traumatogenen Störungen zu heftig sind, werden die einzelnen States nicht zu einem kohärenten Selbst, einer einheitlichen inneren Selbstrepräsentanz über die Zeit verbunden, sondern sie bleiben separiert und sind die Grundlage für eine sich später bildende dissoziative Störung (S. 155).

3. Trauma

Psychotraumatologie ist eine vergleichsweise junge Wissenschaft, die sich in den letzten Jahren intensiv mit Ursachen und Folgen psychischer Traumatisierungen beschäftigt und sich dazu laufend aktuelle Erkenntnisse aus Medizin, Neurowissenschaften, Psychologie, Psychotherapie etc. zu Nutzen macht.

Für die Posttraumatische Belastungsstörung laut ICD-10 ist die Definition eines traumatischen Ereignisses klar festgelegt:

„Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (ICD-10 zit. nach Hofmann, 2014, S. 49).

Hofmann (2014) spricht sich, wie auch viele andere für einen erweiterten Traumabegriff aus. Tatsache ist, dass nicht alle Menschen auf ein so definiertes Ereignis hin eine (typisch posttraumatische) Störung entwickeln und auf der anderen Seite Menschen eine posttraumatische Symptomatik auf Ereignisse hin entwickeln, die die obigen Kriterien nicht erfüllen.

Laut Fischer & Riedesser (1998) ist ein psychisches Trauma ein „vitales Diskrepanzerlebnis (1) zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen (2) von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (3) bewirkt“ (S. 14).

Der Unterschied zwischen „kritischen Lebensereignissen“ und traumatischen Ereignissen liegt darin, dass potentiell traumatisierende Ereignisse Ausnahmeereignisse sind, die ausschließlich negativ, unerwartbar, entwicklungshemmend und unkontrollierbar zu bewerten sind. Dabei ist wichtig zu beachten, dass nicht das Ereignis an sich das Trauma darstellt, sondern der Umgang damit, d.h. wie sich die Reaktion jedes einzelnen Individuums darstellt. So haben existenziell bedrohliche Ereignisse im Kindesalter massivere Auswirkungen als im Erwachsenenalter und die Frage, ob ein bestimmtes Ereignis für einen bestimmten Menschen traumatisch ist, kann man letztlich erst

an den Reaktionen und den späteren Folgen bzw. am Verlauf über die Zeit hinweg erkennbar werden.

Hofmann (2012) führt weiter aus: „Der erweiterte Traumabegriff berücksichtigt die aus der ähnlichen Physiologie und Behandelbarkeit erwachsenden therapeutischen Implikationen, sollte aber nicht dazu führen, dass in diagnostischer Unklarheit alle derartigen Ereignisse als Traumata im Sinne einer Extremtraumatisierung verstanden und bewertet werden“ (S. 50).

Entstandene Symptomatiken können somit auch als Traumatisierungen des Bindungssystems, als Bindungstrauma verstanden werden, auch wenn das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung nicht gegeben ist, aber pathogene Erinnerungen und dysfunktionales Verhalten und Erleben gegeben sind.

3.1. Einfluss von Trauma auf die Gehirnentwicklung

Der Ansatz Allan Schores (zit. nach Peichl, 2008) fußt im Wesentlichen in der Bindungsforschung. Er verwendet den Terminus Trauma, um schwere Irritationen in Beziehungen und im Bindungssystem zu charakterisieren. Er spricht von *attachment* bzw. von *relational trauma*. Die Traumata zeigen sich als Missbrauch, aber auch als Vernachlässigung.

- **Vernachlässigung** (neglect), welche zu einer chronischen Unterstimulierung des Säuglings führt; die Folgen sind Phasen von Übererregung und langfristige Down-Regulation durch Überwiegen der parasympathischen Steuerung
- **Misshandlung/Missbrauch** (abuse), welche/r zu Überstimulierung, zum fixierten sympathogenen Hyperarousal führt.

Diese beiden Begriffe stehen in engem Zusammenhang mit der desorganisiert-desorientierten Bindung und sind dort wiedererkennbar. „Das oft verwirrend inkongruente und widersprüchliche Verhalten, ... kann man als Resultat der gleichzeitigen und alternierenden Stimulation zweier psychobiologischer Systeme mit entgegengesetzter Wirkung verstehen: des Bindungs- und Verteidigungssystems“ (Odgen, Minton & Claire, 2006, S.97).

Im Kind entsteht ein Paradoxon: Bei Unwohlsein sucht es menschliche Nähe, und genau dort erfährt es unter Umständen statt Trost und Sicherheit ein noch größeres Unglück. Das Kind kann also weder auf zufrieden stellende Weise Nähe suchen, noch fliehen – „wird das Bindungssystem aktiviert, so sucht es Nähe, wird das Verteidigungssystem aktiviert, werden Kampf-, Flucht-, Erstarrungsreaktionen oder Hypoarousal/Scheintod-Reaktionen mobilisiert. Das desorganisiert/desorientiert gebundene Kind erlebt die abwechselnde oder gleichzeitige Stimulation dieser beiden konträren psychobiologischen Systeme“ (Odgen, Minton & Claire, 2006, S. 98).

Laut Perry (Perry zit. nach Peichl, 2008, S. 42) lautet somit der Leitgedanke: „Die psychobiologische Antwort auf fortgesetzte Traumatisierung in der frühen Kindheit besteht aus zwei adaptiven Reaktionsmustern: der Übererregung und der Dissoziation.“

„Den Zustand gleichzeitiger sympathischer und parasympathischer Aktivierung nennt Schore den *traumatic state*, und er sieht in der neurochemischen Überflutung bzw. Vergiftung des Gehirns mit Stresshormonen die Ursache für frühkindliche Reifungsstörungen der Neuronenarchitektur“ (Peichl, 2008, S. 40).

Dies lässt sich noch einmal wie folgt darstellen:

Phase I: Übererregung

Gefahr – Schreck/Alarmreaktion (Sympathikus) – Fight/Flight/Freeze/Submit

Phase II: Dissoziation

Löst Bindungsschrei kein Bindungsverhalten aus oder der Erwachsene selbst ist die Ursache der Verzweiflung, erfolgt parasympathische Dissoziation.

Allgemein kann gesagt werden, dass bei einem traumatischen Ereignis alle sinnvollen Handlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und automatisierte Handlungsschemata die Kontrolle übernehmen. Der Stress wird durch fehlende Problemlösungsmöglichkeiten nicht bewältigbar. Durch die damit einhergehende Überstimulierung kommt es zu Phänomenen, die wie eine Notabschaltung wirken. Der Organismus friert im Schreck und Schock ein (freeze), oder das einheitliche Erleben zerfällt in mehr oder weniger viele Bruchstücke (Fragmentierung, Dissoziation).

Laut Peichl (2008) bestehen bei Borderline-Patienten, die von traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit berichten, neben der Größenreduktion des Hippocampus und der Amygdala auch markante präfrontale Defizite. Die orbitofrontale Region im Gehirn, die zentral ist für eine Reihe von Prozessen wie Gefühlsregulation, Empathie und autobiografisches Gedächtnis, macht eine erfahrungsabhängige Entwicklung durch, die von der Bindungserfahrung abhängig ist. Die Interaktionen mit Bindungsobjekten, die sich entwickelnden Muster mit fürsorglichen Erwachsenen braucht das Baby für die Reifung seines emotionalen und sozialen Gehirns. Die Entwicklung des Säuglings lässt sich beschreiben als die Fähigkeit, die extern notwendige Regulation durch die Mutter in einen Prozess innerer Selbststeuerung zu transformieren – und somit zu lernen, die eigenen Affekte zu regulieren.

Die rechte Gehirnhälfte, die in der Entwicklungsfrühzeit des Kindes dominante Hemisphäre, wird laut Schore (Schore zit. nach Peichl, 2008) „durch frühe Beziehungstraumata erhebliche Dysfunktionen erleiden. Ernsthaftige Entwicklungsverzögerungen durch traumatischen Stress zeigen sich in ineffektiven und irritierbaren Coping-Mechanismen nach Belastungssituationen und manifestieren sich erstmalig im Leben eines Kindes in der Bindungspathologie von desorganisiert-desorientierten Kleinkindern“ (S. 43).

Laut Peichl (2008) nehmen Bindungsforscher an, dass das Einfrieren und Erstarren der Typ-D-Bindung den Übergang zwischen widersprüchlichen, typischen Bindungsmodellen darstellt, sowie es aufzeigt, dass Systeme, die parallel und abgetrennt vom Bewusstsein existieren, plötzlich enthemmt werden. Die Verhaltensübergänge konnten mangels traumatisierender dyadischer Interaktionen nicht erlernt werden. „Diese psychopathologischen Mechanismen scheinen die Entwicklung einer Dissoziativen Störung zu begünstigen als auch die Ausbildung einer traumainduzierten Borderline-Störung“ (Peichl, 2008, S. 155).

Desorganisiertes Bindungsverhalten ist ein primärer Risikofaktor für die Entwicklung von seelischen Krankheiten, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung, der Borderline-Persönlichkeitsstörung und auch der soziopathischen Persönlichkeitsstörung.

Der überwältigende Stress früher Verlust- und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit ist also verbunden mit Veränderungen biologischer Stresssysteme und hat schädliche Einflüsse auf die Gehirnentwicklung und wird vom zustandsabhängigen zum überdauernden Reaktionsmuster, sichtbar in alternierend auftretenden Trauma-States.

3.2. Die Bindungsstörung

Wann spricht man von Bindungsstil – und wann wird dies zu einer Bindungsstörung? „Wenn zur desorganisierten Bindung häufige, wiederholte, unvorhersehbare und willkürliche Traumata hinzukommen – oder wenn desorganisierte Bindung aufgrund solcher Traumatisierungen entstanden ist, dann entwickeln Kinder in der Regel eine Bindungsstörung“ (Huber, 2012, S. 101).

Karl-Heinz Brisch (zit. nach Huber 2012, S. 101) nennt als Folgen:

- Bindungslosigkeit (Meidung)
- Promiskuität (Beliebigkeit in der Bindungswahl)
- Übererregung (Jede Trennung wird vermieden)
- Hemmung (sich der Bindungsperson anzunähern)
- Erhöhtes Unfallrisiko (um Aufmerksamkeit zu bekommen)
- Rollenwechsel/Parentifizierung
- Psychosomatische Auffälligkeiten

Das Kennzeichnende einer Bindungsstörung ist, dass Kinder kein Urvertrauen in ihre Pflegepersonen und das Gute in der Welt spüren. Dies wurde nicht erfahren und ist somit auch angstbesetzt. Sie können die Zuwendung, Wegweisung und Zuneigung ihrer „neuen“ Eltern als Pflegeeltern nicht als das wahrnehmen, was sie sind (Weinberg, 2010).

Augenscheinlich ist eine tiefgreifende und breit gefächerte Symptomatik, die sich über viele Teilbereiche hin erstreckt und sie darum so *komplex* in der Erkennung und Diagnostik macht. Dorothea Weinberg schreibt: „Genau so selten, wie diese Diagnosen (Trennungsangst und Überängstlichkeit, oppositionell-trotziges Verhalten, Phobien,...) als Traumafolgeerkrankungen erkannt werden – es gibt

sie schließlich auch ohne Traumahintergrund-, werden Kinder erkannt als Betroffene einer Traumafolgeerkrankung“ (Weinberg, 2010, S. 12).

Dorothea Weinberg (2010) widmet sich in ihrem Buch u.a. auch dem „Verlaufsmodell traumatischer Entwicklung in der frühen Kindheit“ von Peichl (2008) sowie den bisherigen und ihren eigenen Forschungen und führt dies wie folgt aus:

Neben der sympathischen Aktivierung gewinnt die parasympathische Aktivierung im Verlauf traumatisierender Handlungen zunehmend die Kontrolle über ein Individuum. Es erfolgt bei zunehmender Verzweiflung nun das Alarmieren der Pflegeperson oder das Rufen nach Hilfe. Eine noch stärkere parasympathische Aktivierung bei nachlassender sympathischer Aktivierung aber ermöglicht erst die Unterwerfung unter den Aggressor, das Eingehen einer traumatischen Bindung, die psychische Abspaltung von Gewalt- und Angsterlebnissen und in Reaktion darauf dissoziative Zustände. Zunehmend wird das angeborene Bedürfnis nach Geborgenheit zugunsten der verbleibenden Chancen auf Überleben auf niedrigem Niveau aufgegeben. Wenn auch dieses nicht mehr gewährt wird verschwindet die sympathisch-adrenerge Aktivierung ganz und die vitalen Systeme werden heruntergefahren. Peichl bezeichnet dies als den ‚sozialen Tod‘. Junge Menschen mit diesen Früherfahrungen erleben Todesnähe, lange bevor sie physiologisch am absterben sind! Diese Empfindungen von Todesnähe bleiben erhalten und tauchen in späteren Angst-, Verlassenheits-, Schmerz-, und Bedrohungserlebnissen als physiologische und emotionale Reaktionen auf. (S. 31)

Dieses Modell verbindet die traumapsychologische mit einer bindungspsychologischen Sichtweise und führt weiter zu ihrem verhaltensbiologischen Modell der Frühtraumatisierung.

3.3. Die traumatische Bindung

Weinberg konzeptualisiert die Täuschungsreaktion als vierte Stressreaktion und verortet diese neurophysiologisch in Peichls (2008) Modell. „Die Täuschungsreaktion ... stellt also im Wesentlichen zwei Fähigkeiten zur Verfügung: einerseits den Aggressor zu befriedigen, und andererseits, eine traumatische Bindung einzugehen und so seinen Platz im Leben zu sichern“ (S. 31). Das Prinzip der *traumatischen Bindung* ist: Ich passe mich dem Misshandler und seinen Erwartungen an und mache das Beste daraus. Je nach dem Anteil sympathischer und parasympathischer Aktivierung kommt es zu unterschiedlichen Täuschungsreaktionen und damit zu unterschiedlichen Auswirkungen auf die Bindungsqualität.

Hat die sympathische Steuerung ein Übergewicht, erleben wir diese Menschen als harte, oft unnahbare Kinder, die jeden Kampf führen werden, um ja nicht wieder in die Opferrolle zu geraten.

Mit der hohen Aggressionsbereitschaft täuschen sie sich selbst und alle anderen wirkungsvoll über die starken Ängste und Opfergefühle hinweg und dabei insbesondere über ihr durch einen verärgerten Blick oder ein scharfes Wort aktiviertes Grunderleben von Weggestoßensein und Bedrohtsein. Sie werden diesen Kampf aber fast nie gegen die wirklichen Täter führen. Nein, sie geraten in der Kampfaktivierung in Situationen, in denen sie einen schwächeren Gegner wählen. Dann bricht die traumabedingte Projektion ungehemmt durch, die täterbezogene Aggressionshemmung wird aufgehoben und der Aggressionsdurchbruch ist horrend. Dieses Phänomen finden wir oft bei fremduntergebrachten Kindern gegenüber ihren Adoptiv- oder Pflegeeltern oder bei leiblichen Eltern gegenüber dem non-offending-parent. Hier zeigt sich ein offensichtlich gestörtes Bindungsmuster, während dieselben Kinder gegenüber ihren Misshandlern meist in eines der weiter unten dargestellten Muster traumatischer Bindung fallen werden.

Denn sinkt die sympathische Aktivierung nur wenig über die erstarkende parasympathische Aktivierung, werden die Betroffenen aus einer traumatischen Bindung heraus hochgradig aktiv sein, um das Gefühl der Kontrolle und Eigenwirksamkeit in Bezug auf das eigene Opferverhalten

haben: Lolita-Syndrom, Stockholmsyndrom, Menschen, die innerhalb einer Unterwerfungsbeziehung andere quälen und foltern, Masochisten, ... Das Prinzip dieser Art traumatischer Bindung ist wieder: Ich passe mich an und mache das Beste daraus.

Überwiegt dagegen die parasympathische Aktivierung gegenüber der schwindenden sympathischen Aktivierung, werden die Betroffenen alles tun, um bloß nicht anzuecken und keinen Grund zur Aggression zu bieten. Sie wirken dann eifrig, lieb, engelhaft und verdammt unauffällig. Trotz des eifrigen Verhaltens liegt ihnen schon der Frost der Erstarrung in Gliedern und Seele („frozen watchfulness“). Das Prinzip dieser traumatischen Bindung lautet: Ich tue wirklich alles, was du willst! Bitte tu mir nichts!

Wenn auch mittels dieser eifrigen Unterwerfung kein Leben (emotional, physisch) ... mehr möglich ist, wird die Aktivität zunehmend erliegen und der Prozess des „Absterbens“ kann beginnen. ...

Aber bis dahin werden massenhaft Beobachter und auch Fachleute der Täuschung anheim gefallen sein, ... denn die Täuschung ist keine durchschaubare Schauspielerei, sie ist eine perfekte Instinktreaktion zur Lebensrettung und oft genug glaubt der Betroffene es ... selbst. All diesen Täuschungsreaktionen ist gemeinsam, dass ihnen keineswegs die Energie und Tatkraft anhanden gekommen ist. Im Gegenteil, es wird tatkräftig eine völlig falsche Botschaft über das Befinden und die Not des Betreffenden nach außen kommuniziert: Ich bin stark, ich komme klar, mit mir ist alles in Ordnung! (Weinberg, 2010, S. 32-33).

In der Psychotherapie kann es bei früh traumatisierten Menschen oft Jahre dauern, bis aus dem „Ur-Misstrauen“ eine zumindest tragfähige Arbeitsbeziehung geworden ist. Bei erwachsenen, vielfach traumatisierten Menschen kann die Therapie oft gar nicht bis zur Trauma-Durcharbeitung fortschreiten, weil die Hauptarbeit darin besteht, dem wichtigsten Ziel näher zu kommen: sich überhaupt auf andere Menschen beziehen und einlassen zu können (Huber, 2012).

3.4 Traumtypen

Um die Bandbreite der Psychotrauma-Folgestörungen zu erfassen, soll folgender Überblick der Traumtypen in Anlehnung an Terr (1994) helfen:

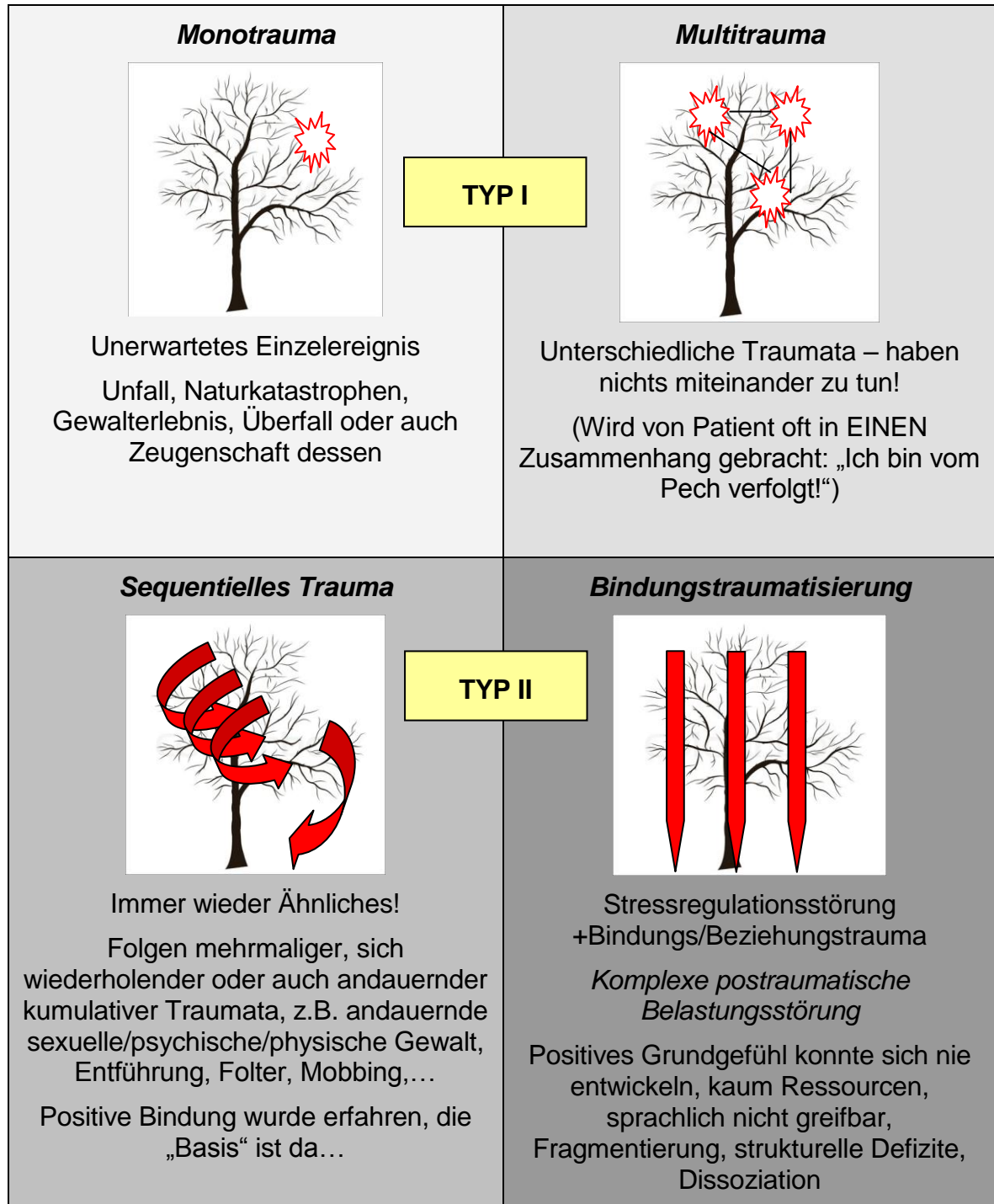


Abbildung 2: Traumtypen

Ausgehend von der Unterscheidung, ob ein Trauma einmalig im Erwachsenenalter und mehrmalig, schon im Kindesalter stattgefunden hat unterschied Lenore Terr (1994) zwischen Typ-I-Trauma (Monotrauma) und Typ-II-Trauma (wiederholte Traumatisierung im Rahmen eines nahen Beziehungsgefüges). Während bei Typ-I-Traumata die Folgen eines unerwarteten Einzelereignisses zu nennen sind (z.B. Gewaltereignis, Überfall, Unfall, Naturkatastrophen), so stehen in der Kategorie Typ II-Trauma die Folgen mehrmaliger sich wiederholender oder auch andauernder Traumata durch Einwirkung anderer Menschen im Mittelpunkt. Je früher diese Gewalteinwirkung durch Personen begonnen hat, desto tiefgreifender und umfassender sind die Folgen. Während bei der sequentiellen Traumatisierung die „Basis“, das Urvertrauen oder gute Bindungserfahrungen vor vollkommener Fragmentierung schützen, ist dies bei der Bindungstraumatisierung mit nachfolgender weiterer Traumatisierung nicht gegeben – hier fehlt die sichere Basis, es kommt zu Affektdysregulation, da dies von Bezugspersonen nie erlernt wurde – die Folgen finden sich in strukturellen Defiziten. Bei der Typ-II Traumatisierung und den damit zusammenhängenden Störungsbildern, ist sichtbar, dass das Störungsbild „komplexer“ und umfassender zu werden scheint.

3.5 Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Von der amerikanischen Traumaforscherin Judith Herman (Herman, 1994) wurde 1994 eine Systematisierung der Folgen von Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit dargestellt. Sie schlug die Bezeichnung *komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS)* für ein charakteristisches Syndrom mit sechs Kategorien nach chronischer Traumatisierung vor. Beobachtbar waren Symptome in folgenden Bereichen:

- Störung der Affektregulation
- Dissoziative Symptome
- Störung der Selbstwahrnehmung
- Störung der Sexualität und Beziehungsgestaltung
- Somatoforme Körperbeschwerden

- Veränderung persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen (Herman, zit. nach Sack, Sachsse & Schellong, 2014, S.3).

Wenn man diese Symptomatik als Anpassungsstrategie und kompensatorische Bewältigung von zugrunde liegenden Regulationsdefiziten, die sich aus unzureichend sicheren Bindungserfahrungen entwickelten versteht, erklärt sich die Vielfalt der Beschwerden. Das Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung wurde von einer Expertengruppe rund um Judith Herman und Bessel van der Kolk weiter ausgearbeitet. 1996 wurde vorgeschlagen, die komplexe posttraumatische Belastungsstörung unter dem Kürzel DESNOS (Disorder of extreme stress not otherwise spezifizied) als diagnostische Kategorie anstelle der Kategorie Borderline-Persönlichkeitsstörung ins DSM-IV aufzunehmen. Die Bezeichnung DESNOS wird seit dem im amerikanischen Sprachraum synonym mit dem Begriff komplexe posttraumatische Belastungsstörung verwendet (Sack, Sachsse & Schellong, 2014).

„Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) ist in der Regel die Folge wiederkehrender Erfahrungen emotionaler, körperlicher, sexueller und /oder vernachlässigender Misshandlung im Kindesalter“ (Sack, Sachsse & Schellong, 2014, S.96). In sechs Störungsbereichen werden die Folgen einer weitreichenden Anpassung an die schädigenden Lebensumstände erfasst:

DIAGNOSEKRITERIEN	
1 Affekt- und Impulsregulationsstörung	1a Affektive Instabilität 1b Verminderte Steuerungsfähigkeit 1c Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen 1d Suizidalität 1e Störungen der Sexualität 1f Exzessives Risikoverhalten
2 Selbstbildstörungen	2a Unzureichende Selbstfürsorge 2b Gefühl, zerstört zu sein 2c Schuldgefühle 2d Schamgefühle 2e Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein 2f Bagatellisieren von gefährlichen Situationen
3 Beziehungsstörungen	3a Schwierigkeiten Vertrauen zu fassen 3b Reviktimisierung 3c Viktimisierung
4 Störung der Wahrnehmung und des Bewusstseins	4a Amnesien 4b Dissoziative Episoden und Depersonalisation
5 Somatisierung	5a Somatoforme Symptome 5b Hypochondrische Ängste
6 Veränderung der Lebenseinstellung	6a Fehlende Zukunftsperspektive 6b Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

Abbildung 3: Diagnosekriterien der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (nach Sack & Hofmann zit. nach Sack, Sachsse & Schellong, 2014, S.96-98)

Im Umgang mit der Diagnosestellung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sind immer wieder Unsicherheiten zu beobachten da sie nach wie vor nicht als eigenständige Diagnosekategorie vertreten ist. Da zahlreiche Überschneidungen zu anderen psychischen Erkrankungen bestehen, liegen oft andere Diagnosen nahe und vielerorts ist das Krankheitsbild noch weitgehend unbekannt (Sack, Sachsse & Schellong, 2014).

3.6 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die komplexe posttraumatische Belastungsstörung

In letzter Zeit intensivierte sich die Diskussion rund um das Thema der Vergleichbarkeit von Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatische Belastungsstörung in Fachkreisen. Schon Judith Herman (1992) stellte zur Diskussion, dass jede Borderline-Persönlichkeitsstörung im Grunde eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung sei. Auch war sie es, die

zusammen mit Kollegen die Aufnahme der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ins DSM-IV empfahl.

Die Vorgeschichte von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist meist von körperlicher, psychischer oder sexueller Traumatisierung geprägt und laut Sack, Sachsse & Schellong (2014) häufen sich Befunde, die von Prävalenzraten von über 50% bis hin zu 80% für schwere Traumatisierungen im Kindesalter bei Borderline-Patienten berichten.

Wenn die Diagnoserichtlinien des DSM und des ICD zugrunde gelegt werden, ist zweifelsfrei nicht jede Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung. Bezieht man schwere Bindungs- und Beziehungsschädigungen mit ein, dann ist sie eine Traumafolgestörung. In den Traumakriterien nach DSM-IV und ICD-10 sind Entwicklungstraumatisierungen in Form von schwerer Vernachlässigung oder wiederholter psychischer Gewalt nicht explizit vorhanden. Jedoch suchen meist Patienten mit Folgen ebendieser Erfahrungen psychotherapeutischer Hilfe.

Das lässt laut Sack, Sachsse & Schellong (2014) nahe legen, die Definition von Traumatisierungen um kindliche Erfahrungen von psychischer Gewalt und Vernachlässigung zu erweitern, da das erhebliche Schädigungspotential mehrfach belegt ist. Andererseits weisen sie darauf hin, dass durch eine Ausweitung des Traumabegriffs dieser kaum mehr operationalisierbar, sondern zu einem Synonym für „unverarbeitet, nicht zu bewältigen, nicht integrierbar, besonders schlimm“ werden würde. Die in den letzten Jahren sich häufenden Bezeichnungen wie z.B. „Entwicklungstraumatisierung, Bindungstrauma oder Entwicklungstraumastörung“ schaffen zusätzlich Probleme bei der Begriffsverwendung.

Sie legen darum nahe, „bei einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch bei einer Suchterkrankung, einer schweren Depression, einer schweren Somatisierungsstörung oder einem Schmerzsyndrom sowie bei allen dissoziativen Störungen zu überprüfen, ob es sich um eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung handeln könnte“ (S. 5).

Der Überschneidungsbereich zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ist laut Driessen et al. (2002) sehr hoch und deswegen legen Sack, Sachsse & Schellong (2014) nahe, beide

Diagnosen als Ausprägungen einer gemeinsamen, durch Entwicklungstraumatisierungen ausgelösten Grundproblematik zu erfassen. Sie zitieren Miller & Resick (Zit. nach Sack, Sachsse & Schellong, 2007, S. 5), die zwei Typen posttraumatischer Symptomatik in Form *externalisierender* und *internalisierender* Symptome beschreiben. Impulsivität, Substanzmissbrauch und Züge einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung werden der Externalisierung zugesprochen und depressive Reaktionen, Selbstverletzung, dissoziative Symptome sowie ängstliches Vermeidungsverhalten und sozialer Rückzug dem internalisierenden Typus. Somit wäre die Borderline-Persönlichkeitsstörung als externalisierender Typus einer komplexen Traumafolgestörung zu sehen, bei dem eine Störung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit im Mittelpunkt steht, während die von Herman (1994) vorgeschlagene Diagnose komplexe posttraumatische Belastungsstörung der internalisierenden Ausprägung einer Traumafolgestörung, bei der eine Störung der Selbstregulation und Selbstwahrnehmung im Mittelpunkt steht, entspricht. Dieses Konzept deckt sich gut mit den klinischen Beobachtungen und schlägt die Brücke zu dem oben beschriebenen desorganisiert-desorientierten Bindungsstil, innerhalb dessen Vernachlässigung zu parasympathischer Dissoziation und Missbrauch zu sympatiktoter Übererregung führt. Das oft beobachtbare Wechseln (Switchen) im Verhalten innerhalb dieser traumainduzierten States, die gleichzeitig und hintereinander in Erscheinung treten können, ist kennzeichnend und wird von Patienten selbst oft auch so beschrieben. Oft ist äußerlich ein Zustand von Freeze, eine körperliche Erstarrung beobachtbar, und innerpsychisch eine Affektüberflutung, eine unaushaltbare Anspannung zu berichten.

4. Die psychische Struktur

4.1 Der Strukturbegriff allgemein

Um die Auswirkung von Trauma auf die psychische Struktur zu erfassen, ist es notwendig, diesen Begriff theoretisch zu verorten. Die Begriffe *Struktur*, *Persönlichkeit* und *Charakter* werden oft synonym oder in Kombination verwendet, manchmal ist nicht ganz klar, was genau gemeint ist. Laut Boessmann (2010) ist der Begriff Struktur zentraler Bestandteil eines psychodynamischen Krankheitsverständnisses und er hebt dabei das Phänomen hervor, dass Menschen durch relativ stabile Muster ihres Verhaltens, Erlebens und Denkens gekennzeichnet sind. Als psychische Struktur wird eine zeitlich überdauernde Disposition eines Menschen, bezogen auf sein Erleben und sein Verhalten, verstanden. Bei der Entwicklung struktureller Muster sind entwicklungspsychologische Einflüsse von größter Bedeutung. Die frühe Entwicklung des Beziehungssystems geht nahtlos über in die Etablierung des Bindungssystems und zeigt sich im Bindungsstil.

Rudolf (2006) definiert Struktur als die „Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“ (S. 58). Diese psychischen Funktionen lassen sich laut Rudolf in sechs *Strukturdimensionen* abbilden:

- *Selbstwahrnehmung*: Als die Fähigkeit, sich als ein eigenes „Selbst“ wahrzunehmen und kritisch betrachten zu können, in sein Inneres schauen und unterschiedliche Gefühle erkennen zu können. (Selbstreflexion, Selbstbild, Identität und Affektdifferenzierung)
- *Selbststeuerung*: Als Fähigkeit, auf die eigenen Bedürfnisse, Gefühle, Selbstwertgefühl selbst steuernd Einfluss nehmen zu können. (Affekttoleranz, Selbstwertregulierung, Impulssteuerung, Antizipation)
- *Abwehr*: Als Fähigkeit, das seelische Gleichgewicht in Konflikten durch eigene Schutz- und Abwehrmechanismen aufrechtzuerhalten. (Internale versus interpersonale Abwehr, Flexibilität der Abwehr)
- *Objektwahrnehmung*: Als Fähigkeit zwischen innerer und äußerer Realität sicher unterscheiden zu können, Einfühlungsvermögen, den anderen

Menschen ganzheitlich und als mit eigenen Rechten ausgestattet wahrzunehmen. (Selbst-Objekt-Differenzierung, Empathie, ganzheitliche Objektwahrnehmung, objektbezogene Affekte)

- *Kommunikation*: Als Fähigkeit auf den anderen zuzugehen, ihn zu verstehen, sich ihm mitzuteilen und gefühlsbezogene Signale zu verstehen. (Kontaktaufnahme, Verstehen von Affekten, Mitteilung von Affekten, Reziprozität)
- *Bindung*: Als Fähigkeit, innere Repräsentanzen des anderen zu errichten und längerfristig mit Empfindungen zu besetzen, Bindungen zu lösen und die Fähigkeit sich auf Bindungen einzustellen, die nicht gleichmäßig verlaufen. (Internalisierung, Loslösung, Variabilität der Bindung)

Diese Strukturdimensionen sind als Erfahrungen im Kontakt mit Anderen erfahrbar und zeitlich überdauernd prägen sie die Beziehungserfahrungen und die Grundannahmen über sich und die Welt. Die Erfahrungen des Selbst innerhalb der Strukturdimensionen sind unterschiedlich ausgebildet und auf unterschiedlichem *Strukturniveau* operationalisierbar:

1. Gut integriert: Ein relativ autonomes Selbst verfügt über die Möglichkeiten, Nähe und Distanz zu den Objekten zu regulieren und bei ihnen ggf. Unterstützung und Sicherheit zu erfahren. Das Selbst verfügt über einen strukturierten psychischen Binnenraum, in dem konflikthafte Erfahrungen intrapsychisch durchgespielt werden können. Es gibt Steuerungsmöglichkeiten, welche die Konflikte intrapsychisch halten, sowie die Fähigkeit, die innere Welt selbstreflexiv, die äußere Welt realitätsgerecht und empathisch wahrzunehmen. In der inneren Welt finden sich ausreichend gute innere Objekte.

Zentrale Angst: Die Zuneigung der Objekte zu verlieren, beschämt, bestraft oder beschädigt zu werden und in der eigenen sozialen und psychosexuellen Identität bedroht zu sein.

1,5. Gut bis mäßig integriert: Anteile von 1 und 2

2. Mäßig integriert: Die Erfahrung von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität ist eingeschränkt möglich. Die entsprechenden Bedürfnisse sind heftig, die Konflikte sind scharf, die Steuerung ist schwierig. Es bestehen autoaggressive und selbstentwertende Tendenzen. Das Selbst ist bedürftig und kränkbar, die Bilder der Objekte sind auf wenige Muster eingengt, Konflikte können nur mit Mühe intrapsychisch gehalten werden, dyadische Beziehungen sind vorherrschend.

Zentrale Angst: Angst, das wichtige Objekt zu verlieren, von dem gewährenden Objekt verlassen zu werden; Angst vor Verlust der Kontrolle und Steuerung, Angst vor den eigenen heftigen Impulsen.

2,5. Mäßig bis gering integriert: Anteile von 2 und 3

3 Gering integriert: Das Selbst ist sehr bedürftig, sehr kränkbar, sehr impulsiv, das Bild der Objekte ist bedrohend-verfolgend oder als Sehnsuchtsobjekt ideal-gut. Positive Erfahrungen von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität werden selten gemacht. Es besteht ein wenig entwickelter psychischer Binnenraum und eine geringe Differenzierung psychischer Substrukturen, Konflikte werden interpersonell statt intrapsychisch erfahren. Die Beziehung zu den anderen ist durch fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit belastet.

Zentrale Angst: Angst vor der Überwältigung und Auslöschung durch die gefährlichen Objekte, vor dem vernichtenden Gekränkterwerden, Angst vor den gnadenlosen inneren und äußeren Objekten.

3,5 Gering bis desintegriert: Anteile von 3 und 4

4 Desintegriert: Desintegriert ist nicht gleichbedeutend mit desorganisiert. Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert.

Gute innere Objekte sind nicht verfügbar. Empathisches Objektwahrnehmen ist so gut wie unmöglich. Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt; Handlungen erfolgen teilweise in dissoziativen Bewusstseinszuständen. Gegenübertragung ist geprägt durch die Erfahrung des Unverständlichen oder unheimlich Bedrohlichen.

Zentrale Angst: Angst vor den unheimlichen Objekten, die eher medial als objektal erscheinen, Angst vor Ichverlust und Selbstauflösung; Angst vor dem Druck der Partialtriebe. (Rudolf, 2006, S. 61)

In dieser Übersicht ist erkennbar, dass ein gering integriertes oder desintegriertes Strukturniveau Überschneidungen mit der posttraumatischen Symptomatik enthält, die ihrerseits ein massives Stresserleben darstellt und sich in strukturellen Defiziten zeigen kann.

Rudolf (2006) beschreibt, dass ein traumatisierendes, durch chaotische Umstände gekennzeichnetes Umfeld in seinen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung strukturell erheblich ist und beschreibt weiter, dass die strukturelle Störung bei Traumatisierten bzw. der Borderline-Störung gekennzeichnet ist durch:

- Das Fehlen von internalisierten verlässlichen Objekten
- Die fehlende Fähigkeit zur Selbstberuhigung
- Das Überflutetwerden von ängstigenden Eindrücken, die oft nur durch Dissoziation bewältigt werden können
- Ein fehlendes Identitätsgefühl
- Fehlende selbstreflexive Fähigkeiten bei eigenen Affekten

4.2 Die Struktur in der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse

In der Transaktionsanalyse wurden bis dato verschiedenen Theorien, Modelle, Konzepte und Erklärungsansätze entwickelt, die nebeneinander bestanden und weiterhin bestehen. Berne versuchte, psychoanalytische, sozialpsychologische, lerntheoretische und humanistische Konzepte in seine Methode zu integrieren und vernachlässigte jedoch die Unvereinbarkeit dieser Konzepte (Rath, 1998). Er beschrieb Ich-Zustände als Reaktionen der Transaktionspartner im Hier und Jetzt. Diese unterteilt er in Erwachsenen-Ichzustände, die der Realität angemessen sind und in Kind- und Eltern- Ichzustände, die als unangemessen gelten. Damit entwickelt er das Modell der *doppelt getrübt* Persönlichkeit – die Psyche als Organ, das interne und externe Informationen und Stimuli verarbeitet, speichert und wieder zur Verfügung stellt.

Erfahrungen bilden sich in der psychischen Struktur als innere Vorstellungsbilder von mir, den Anderen und der Welt, ab. Berne verbindet diese Vorstellungsbilder mit den Ichgestalten von Paul Federn (1952), die einerseits als phänomenologischer Ausdruck der Psyche erlebbar sind und die andererseits in der Psyche gespeichert werden und beschreibt die Persönlichkeit des Menschen durch die Persönlichkeitsanteile Kind-, Eltern-, und Erwachsenen-Ich(zustand). Der Begriff *Ichzustand* wird also in zweierlei Hinsicht verwendet – als Reaktionen der Transaktionspartner und als Persönlichkeitsanteil. Ersterer führt zum Modell der doppelt getrübt Persönlichkeit und der zweite zu einem Modell, in dem die Persönlichkeitsanteile strikt voneinander getrennt sind. Laut Rath (1995) wechselt Berne hier von einer holistischen zu einer mechanistischen Sichtweise des Menschen, die er für die therapeutische Arbeit als nicht hilfreich ansieht. „Die Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse entwickelt die Theorie der Struktur und Dynamik der Persönlichkeit auf der Basis der frühen Überlegungen und Begriffsbildungen Bernes, die von Rath wissenschaftstheoretisch reflektiert werden. Als Ergebnis dieser Reflexion werden die Transaktionen in ihrem ursprünglichen Sinn als Austauschgeschehen zwischen Menschen und nicht zwischen Ich-Zuständen

definiert und die psychischen Organe von Berne (1961) als Ich-System neu gefasst (Rath, 1995, S. 44). Das Ich-System ist auf der Grundlage der „psychischen Organe“ (Berne, 1961) definiert, jedoch ist das Ich-System kein physiologischer Begriff, sondern ein Konstrukt, mit dem die intrapsychischen und interpersonalen Prozesse beschreiben und erklärt werden (Rath, 1995). Die Psyche des Menschen wird als eine nicht unterteilbare Ganzheit angesehen, die all die lebensgeschichtlichen Erfahrungen in sich trägt.

4.2.1. Wissenschaftstheoretische und philosophische Vorwegannahmen

Wissenschaftstheoretische und philosophische Vorwegannahmen liefern den Boden für die Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse, so wie sie Rath (2012) formuliert. Rath (2012) führt aus, dass der *Mensch* die Fähigkeit hat, zwischen der erlebbaren und der reflektiert rationalen Welt zu wechseln und dennoch mit beiden in Verbindung zu bleiben. Die menschliche Existenz verwirklicht sich in einem Beziehungsraum des transaktionalen Geschehens, das durch den gegenseitigen energetischen Austausch der Transaktionspartner beschrieben werden kann. Wenn Menschen einander begegnen, tauschen sie etwas miteinander aus.

Die Brücke zwischen einer mechanistischen und holistischen Sichtweise bietet der von Rath (2012) formulierte *dynamische Holismus*. Die mechanistische Sichtweise, die die Welt aus getrennten Objekten zusammengesetzt wahrnimmt und die holistische Sichtweise, die Subeinheiten, mit relativer Autonomie in einer Einheit beschreibt, werden integriert zum dynamischen Holismus mit impliziter und expliziter Ordnung.

Die *menschliche Psyche* wird als lebendes, sich selbst organisierendes holistisches System aufgefasst, dass sich selbstregulierend in Phasen von Differenzierung und Integration, Selbstbehauptung und Verbundenheit im transaktionalen Beziehungsgeschehen ökonomisch entwickeln kann (Rath, 2012). Die Psyche ist einerseits ein Informationsverarbeitungssystem und weiters ein psychosomatisches Netzwerk, in dem Körpervorgänge, Fühlen und Denken in einem permanenten Informationsaustausch stehen.

„Das transaktionale Geschehen ist eine universelle holistische Bewegung, die auch den Organismus Mensch ökonomisch organisiert und reguliert“ (Rath, 2012, S. 40). Die kleinste psychosoziale Einheit, die Beziehung, gestaltet und lässt die Transaktionspartner erleben und dieses wird als Beziehungserfahrungen verarbeitet und eingefaltet. Dies ist ein Wechselspiel- ein Agieren, ein Reagieren und ein Re-Reagieren, innerhalb dessen Ursache und Wirkung nicht mehr exakt voneinander trennbar ist.

4.2.2. Basiskonzepte der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse

Die Basiskonzepte der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse sind der transaktionale Austausch, das Ich-System als Strukturmodell der Psyche, das Modell der Persönlichkeit sowie die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit.

Der transaktionale Austausch

Laut Rath (2012) ist der transaktionale Austausch ein energetisch und/oder materieller Informationsaustausch zwischen zwei Personen oder einer Person und der Umwelt. Aus intrapsychischen und bewussten und unbewussten Gegebenheiten entsteht ein Erleben, ein Zusammenspiel von Internalisierung und Externalisierung. „Die Reaktionen der Interaktionspartner stellen unteilbare subjektive Erfahrungseinheiten im Fluss des Erlebens dar und werden als Ichzustände bezeichnet. Ein Ichzustand ist somit eine Interpunktion des transaktionalen Geschehens ...“ (Rath, 2012, S. 41).

„Ichzustände sind als rekursive Wahrnehmung somatischer, emotionaler und gedanklicher Vorgänge zu verstehen, die nicht strikte voneinander trennbar sind. Eine Analyse der phänomenologischen Ichzustände kann daher allein ohne der Berücksichtigung der Tiefendimension der mitbestimmenden Repräsentationen nicht zum Verstehen und Erklären der menschlichen Kommunikation beitragen“ (Rath, 2012, S.42). Rath betont weiter, dass Kommunikation jeweils immer in ihre subjektive Ganzheit eingebettet zu verstehen ist. Der transaktionale Austausch wirkt intrapsychisch und interpersonal und ist der Organisator des Beziehungsgeschehens und der Selbstorganisation der Psyche, er erschafft eine innere Welt und sichert durch den Hunger nach Zuwendung, Stimulierung und Struktur die Verbundenheit mit Anderen. Weiters gestaltet er

die Verbindung zwischen Unbewusstem und Bewusstem bzw. zwischen Affekt- und Denksystem und ermöglicht Kommunikation.

Rath entwickelt auf diesem Boden das Metamodell des transaktionalen Austausches.

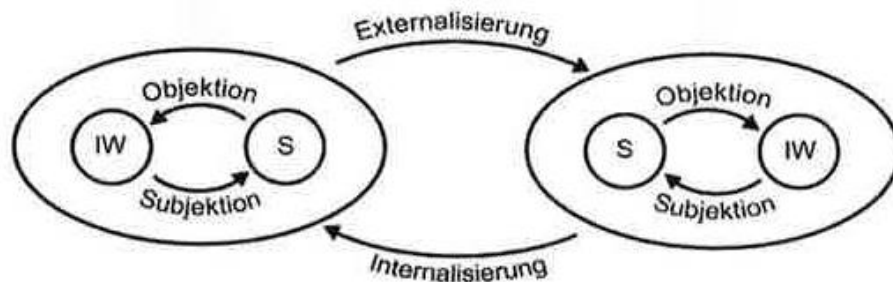


Abbildung 4: Metamodell des transaktionalen Austausches (Rath 1995)

S... Selbst als Ursache und Ausgangspunkt der Selbst- und Ichentwicklung

IW... Innere Welt

ICH... als Biorucksack des Selbst (Wechselspiel von Selbst und innerer Welt)

Die innere Welt, die repräsentationale Welt, besteht aus inneren Vorstellungsbildern von sich und der Welt, die Repräsentationen früherer Erfahrungen darstellen und nicht identisch mit der erlebten Welt sein müssen. Subjektion bedeutet, gespeicherte oder erlebte Erfahrungen zum Selbsterleben werden zu lassen und Objektion bedeutet, Distanz zu schaffen. In einem ständigen Wechselspiel, in einer ständigen Subjekt-Objekt-Differenzierung und der Selbstreflexion entstehen eine phänomenologische Welt des eigenen Erlebens und Handelns und eine repräsentationale innere Welt (IW).

Ich-System als Strukturmodell der Psyche

Das Ich-System als Strukturmodell der Psyche als zweites Basiskonzept beschreibt jene Struktur, die selbstorganisierend Informationen auswählt, verarbeitet, bewertet, speichert und für zukünftige Situationen verfügbar macht.

Nach Berne kann man das Ich-System der Psyche in die Subsysteme Archeopsychie, Exteropsychie und Neopsychie unterteilen. Jedes Individuum hat Eltern oder nahe Bezugspersonen gehabt, und es besitzt in seinem Innern *Einfaltungen* von externen Quellen, die sich unter gewissen Voraussetzungen aktivieren lassen (*exteropsychische Funktion*). Jedes Individuum war früher einmal jünger als zum gegenwärtigen Zeitpunkt, und es besitzt in seinem Inneren fixierte Relikte aus früherer Zeit; diese werden unter bestimmten Voraussetzungen wirksam (*archeopsychische Funktion*.) Jedes Individuum hat die Fähigkeit zur objektiven Übermittlung von Information, wenn der angemessene Ich-Zustand sich aktivieren lässt (*neopsychische Funktion*) (Rath, 1995).

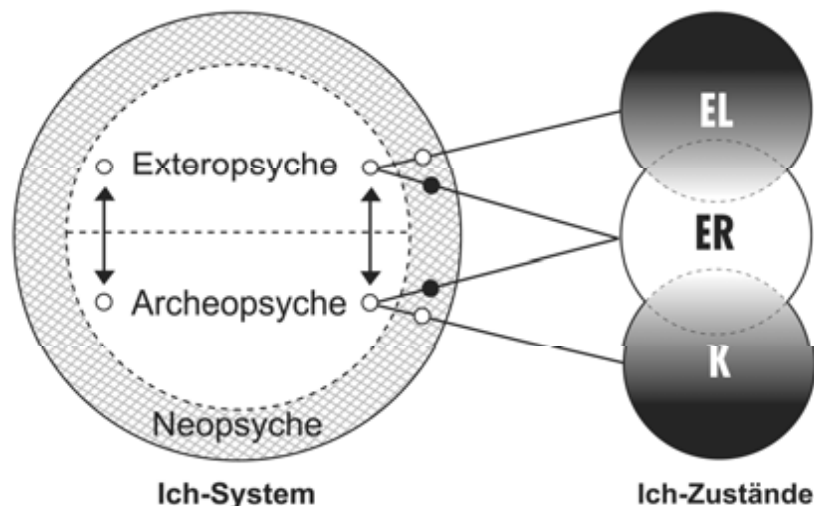


Abbildung 5: Das Ich-System als Strukturmodell der Psyche in Verbindung mit dem topografischen Modell der doppelt getriebenen Persönlichkeit (Rath, 1995)

“Die Bedeutung des Ich-Zustandsmodells liegt in der Trennung zwischen angemessenem und pathologischem Ich-Zuständen und der weiteren Differenzierung der pathologischen Ich-Zustände hinsichtlich der archeo- und exteropsychischen Erfahrung“ (Rath, 1995, S. 57).

In der Archeopsychie sind eigene Lernerfahrungen, die aus eigenen Entdeckungen und Erfahrungen entstanden sind gespeichert. Durch weitere Erfahrungen kann eine Modifizierung stattfinden. Entfalten sich diese Erfahrungen aber unangemessen, in einem unangemessenen Ich-Zustand, so

ist dies die phänomenologisch sichtbare Antwort auf eine persönlich erlebte Traumatisierung, die einen Entwicklungsstillstand in einer bestimmten Entwicklungsphase in Form einer Fixierung notwendig machte. Relikte der Kindheit können sich im späteren Leben als ein Ich-Zustand zeigen, der alte Erfahrungen reproduziert und sich phänomenologisch als regressives Verhalten zeigt. „Fixierung ist ein Abwehrvorgang, in dem Entwicklungsbestrebungen zugunsten der Aufrechterhaltung der Beziehung angehalten, fixiert werden“ (Springer, 1999, S. 68).

In der Exteropsyche befinden sich von wichtigen Bezugspersonen übernommene Erfahrungen und Informationen, die ebenfalls zur Problembewältigung dienen. Introjektionen kapseln elterliche Beziehungsstile ein und kommen in einem unangemessenen Eltern-Ichzustand zum Ausdruck. „Introjektion als Abwehrvorgang heißt in der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse, dass das Gesamt der Beziehungsatmosphäre, konkret meist das elterliche Beziehungsmilieu und elterliche Eigenschaften verinnerlicht werden mussten. Das Ziel dieses Abwehrvorganges ist, ... eigenständige Kontrolle über den Konflikt zu gewinnen“ (Springer, 1999, S. 69).

Neopsychische Funktionen organisieren das Abrufen gespeicherter Gedächtnisinhalte, die Verarbeitung und Speicherung des Erlebens und steuern Prüf- und Entscheidungsprozesse.

Das Ich-System als Ganzes kanalisiert, lenkt und ordnet und schafft Konstanz, Kontinuität und Kohärenz im Erleben und Verhalten. Archeo- und exteropsychische Anteile wirken zusammen und sind dann als angemessene oder auch unangemessene Ich-Zustände erleb- und beobachtbar.

Die Unangemessenheit wird im Konzept der Trübung dargestellt. Intrapsychische Vorgänge, die aus Introjektionen und Fixierungen stammen, kommen in unangemessenen Denk-, Fühl-, und Verhaltensweisen zum Ausdruck und werden fälschlicherweise als der Realität angemessen und Ich-synton erlebt. Die Befreiung von pathologischen exteropsychischen und archeopsychischen Einflüssen wird als Enttrübung bezeichnet.

Im topographischen Modell der doppelt getrübt Persönlichkeit (Abb. 5) ist die idealtypische Vorstellung des Integrierten Erwachsenen sichtbar gemacht. „Im therapeutischen Blickpunkt steht das Erleben und Handeln einer Person, das durch verdrängte oder abgespaltene archeopsychische und exteropsychische Einflüsse kontaminiert (getrübt) sein kann, erkennbar in pathologischen Kind- bzw. Eltern-Ichzuständen, was Bernes erstem Modellansatz entspricht“ (Rath, 2012, S.44).

Die Archeo- und exteropsychischen Erfahrungen werden durch die Neopsyche gefiltert und abgerufen und entsprechend einer Situation, entsprechend der äußeren Realität, modifiziert und angepasst. Sichtbar wird dies in einem Erwachsenen-Ichzustand. Gelingt die Modifizierung nicht, so sind Reaktionen im transaktionalen Austausch als unangemessene Eltern-Ich und/oder Kind-Ichzustände sichtbar.

Modell der Persönlichkeit

Das Modell der Persönlichkeit mit den Metaphern *Integrierter Erwachsener*, *Inneres Kind* und *Innere Eltern* als drittes Basiskonzept bildet die Beziehungserfahrungen des Menschen ab. Diese Erfahrungen sind gleichsam *eingefaltet* und bilden eine subjektive Theorie über sich, die Anderen und die Welt. Dieses Modell stellt den Übergang zu der weiter unten vorgestellten phasenspezifischen Skripttheorie dar (Springer, 1997).

Der Integrierte Erwachsene ist die idealtypische Vorstellung einer doppelt getrübt Persönlichkeit und stellt eine Metapher für den autonomen Menschen dar. Die Metapher Inneres Kind beinhaltet zum einen den realtypischen Aspekt – wohin es sich aufgrund der vorhandenen Möglichkeiten hin entwickelt hat – und den idealtypischen Aspekt – wohin es sich auf Grund der innewohnenden Möglichkeiten hätte entwickeln können. Die Inneren Eltern stellen eine Metapher dar für jenen Teil der Persönlichkeit, der Aspekte der Eltern introjiziert, verinnerlicht oder auch nicht verinnerlicht hat.

Im Zustand des Integrierten Erwachsenen ist Erleben und Verhalten zusammengefasst, die bei der Entfaltung des gesamten Ich-Systems im Hier

und Jetzt realitätsangemessen zum Ausdruck gebracht wird. Die archeo- und extero-psychischen Erfahrungen werden durch die Neopsyche so modifiziert, dass sie im spezifischen Kontext im Hier und Jetzt als hilfreiche und angemessene Erfahrungen genützt und als realitätsangemessene Zustände des Ichs wahrgenommen und erlebbar werden. Gelingt diese Modifizierung nicht, so wird das Verhalten im Hier und Jetzt als nicht angemessen wahrgenommen und im Zustand der Inneren Eltern bzw. im Zustand des Inneren Kindes sichtbar (Rath, 1995, 2012).

Der Zustand der Inneren Eltern ist eine Sammlung von Einstellungen, Gedanken, Verhaltensweisen und Gefühlen gekennzeichnet, die eine Person im Lauf der Entwicklung von Eltern bzw. nahestehenden Bezugspersonen übernommen hat. Dabei stehen oft Werte, Normen, Gebote und Verbote im Vordergrund, die häufig in ungeprüften Überzeugungen sowie Vorurteilen sichtbar werden.

Im Zustand des Inneren Kindes sind alle Erfahrungen zu gespeichert, die man als Kind und im weiteren Verlauf seines Lebens im Zusammenhang mit sich selbst, anderen Menschen und der Umwelt gemacht hat. Dazu gehören sowohl Gefühle, Empfindungen, Bedürfnisse und Erfahrungen, die viele Jahre, sowie auch erst kurz zurückliegen. Der Speicher enthält sowohl unlustvolle als auch freudvolle Erinnerungen von Selbstbestimmung und Freiheit, als auch jene mit denen wir uns angepasst haben.

Ich-Zustandsgrenzen sind wie durchlässige Membranen von unterschiedlicher Durchlässigkeit, die die Geschwindigkeit des Energieflusses bestimmen. Es gibt sehr bewegliche Personen, die schnell den Ich-Zustand wechseln und solche, die eher träge wechseln.

Ich-Zustände sind durch psychische Energie aktivierbar, für jegliche Veränderung benötigt man eine Veränderung der Ich-Zustandsbesetzung (Besetzungsenergie). Die Besetzung eines Ich-Zustandes ist davon abhängig, wo die psychische Energie gebündelt ist. In einem gegebenen Moment ist der Ich-Zustand, der gerade mit Energie besetzt ist, verhaltensbestimmend.

Die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit

Als viertes Basiskonzept der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse dient die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Als Krankheit gilt die Einschränkung psychischer Möglichkeiten im Sinne von Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Kommunikation und weiters die Einschränkungen des persönlichen Erlebens. Das Leitbild für Gesundheit orientiert sich am Ideal des Integrierten Erwachsenen, dem autonomen Mensch, der bewusst, spontan und kreativ lebt und Handlungsspielraum entsprechend der Realität gestalten kann.

4.2.3. Die phasenspezifische Skripttheorie

Das Ich-System mit seinen lebensgeschichtlichen Einfaltungen ist der intrapsychische Ort des Skriptgeschehens. Das Wechselspiel von in die Exteropsyche eingefalteten Introjektionsvorgängen und Schlussfolgerungen mit den in die Archeopsyche eingefalteten Fixierungen bildet im Menschen ein Bild über sich, die Anderen und die Welt. Sichtbar wird dies im Skript als unbewußter/vorbewußter Lebensplan, der sich, basierend auf Entscheidungen in der Kindheit und Erfahrungen die generalisiert werden, entwickelt. „Die auf verschiedenen Entwicklungsstadien entstandenen Fixierungen, Introjektionen und Schlussfolgerungen, die zum Teil widersprüchlich und verdrängt sind und der Skriptbildung vorausgehen, werden im kreativen Akt der Skriptbildung überformt und zu einer einheitlichen Sicht des Individuums von sich, den Anderen und der Welt im Dienst der Abwehr zusammengefasst“ (Springer, 1999, S. 26).

Laut Springer (1999) wird das Skript als Organisation der Abwehrleistungen des Kindes betrachtet. Gesunde und pathologische Aspekte sind hier gleichsam wirkend. Die Abwehr verhindert das Durchbrechen von z.B. traumatischen Affekten im Falle von Traumatisierungen und ist als Ich-Leistung zu sehen. Das Skript bildet sich auf Grund einer Fülle intuitiver Schlüsse bzw. Schlussfolgerungen, die ein Kind im Laufe seiner Erfahrungen generalisiert. Die Determinanten der phasenspezifischen Skripttheorie sind, dass das Skriptmodell

nicht nur pathologiezentriert sondern auch auf gesunde Aspekte hin ausgerichtet ist und dass biologische Voraussetzungen mitbeachtet werden. Weiters werden die Eltern als Organisatoren und Vermittler angesehen, die in einem wechselseitigen Austausch Material für die Skriptgestaltung des Kindes liefern. Das Kind wird in diesem Zusammenhang aber nicht nur als passiver Empfänger von Einflüssen gesehen sondern mit seiner sozialen Interaktionsfähigkeit als Mitgestalter des transaktionalen Austausches.

In der phasenspezifischen Skripttheorie werden vor einem entwicklungspsychologischen Hintergrund extero- und archeopsychische gespeicherte Aspekte vernetzt und in Zusammenhang gesetzt. Fixierung und Introjektion sind gleichzeitig ablaufende Prozesse zu einem historischen Zeitpunkt und können nicht getrennt voneinander gesehen werden. „Fixierung als ‚in der Vergangenheit festhängen‘ von Entwicklungsstrebungen des Kindes kann nur bei gleichzeitiger Introjektion (Verinnerlichung) der problematischen Beziehungsatmosphäre und von elterlichen Eigenschaften dieses Entwicklungsstadiums gedacht werden“ (Springer, 1999, S. 68).

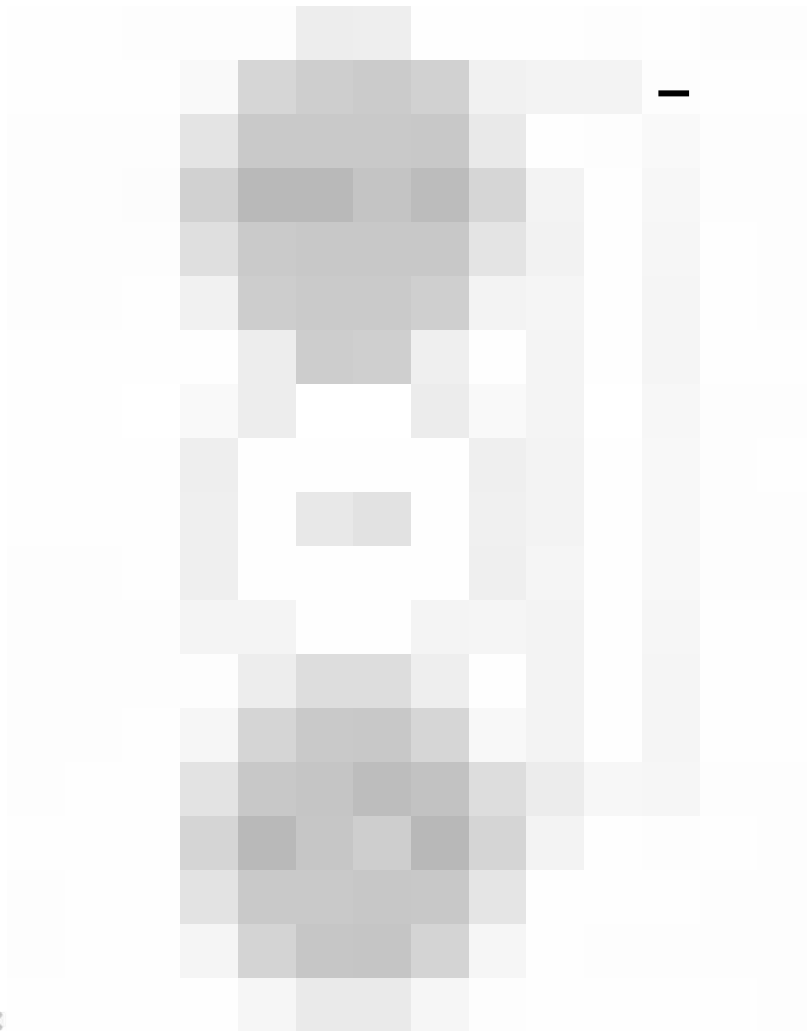


Abbildung 6: Entwicklungsphasenmodell der Ich-Zustände (Springer 1999, S. 67)

Die phasenspezifische Skripttheorie orientiert sich an den Entwicklungsphasen von Mahler (1983, zit. nach Springer, 1999) und dem Baumstamm-Modell von Fanita English (1980 zit nach Springer, 1999) und integriert diese in das Modell der Ich-Zustände. Die ersten fünf Subsysteme folgen Mahler, der sechste English.

1. Die Vorläufer des Loslösungs- und Individuationsprozesses
2. Die erste Subphase: Differenzierung und die Entwicklung des Körperschemas
3. Die zweite Subphase: das Üben
4. Die dritte Subphase: Wiederannäherung und Triangulierung

5. Die vierte Subphase: Konsolidierung der Individualität und die Anfänge der emotionalen Objektkonstanz
6. Die Phase des Skriptbildners

In konzentrischen Kreisen werden die einzelnen Phasen von Innen nach Außen gedacht und stellen somit die einzelnen Subphasen dar, auf denen dann die entsprechenden Fixierungen, Introjektionen und Schlussfolgerungen aufgezeigt und in ihrer Vernetztheit dargestellt werden können.

Im Skript zeigt sich die eingefaltete implizite Ordnung eines Menschen als generalisierte Antwort auf die erlebten Erfahrungen in einem transaktionalen Austausch mit der Umwelt. Der Ich-Zustand ist die persönliche Ausfaltung dieser Erfahrungen, der angemessen oder unangemessen zum Ausdruck kommen kann. Berne (1961) spricht davon, dass das Skript als ein komplexes Set von Transaktionen ein Versuch ist, ein ganzes Übertragungsdrama zu wiederholen, das dann sichtbar in der szenischen Gestalt („Script in action“), im Übertragungsgeschehen, ist.

4.3. Die Einwirkung von Traumatisierung auf die psychische Struktur

Jede Erfahrung eines Kindes findet ihren Niederschlag in der Ausformung der psychischen Struktur. Rudolf (2006) erwähnt dabei Borderline-Störung und Traumafolgestörungen und betont deren Gemeinsamkeiten in der lebensgeschichtlichen Entwicklung, die sich in schwerwiegenden Defiziten in der frühen Versorgung widerspiegeln und weist auf die Folgen in Form schwerer struktureller Mängel hin. In der Regel finden sich „das Fehlen von internalisierten verlässlichen Objekten, das fehlende Fähigkeit zur Selbstberuhigung, das Überflutetwerden von ängstigenden Eindrücken, die oft nur durch Dissoziation bewältigt werden können, ein fehlendes Identitätsgefühl und fehlende selbstreflexive Fähigkeiten speziell in der Differenzierung eigener Affekte. (Rudolf, 2006, S. 178). Reinszenierungen traumatischer Erfahrungen, die als

Bewältigungsversuch dieser verstanden werden können (Wöller, 1998), bestimmen das Verhalten.

Komplexe Traumata als Untergruppe des Spektrums psychischer Traumata beeinträchtigen die Entwicklung. Dazu erklären Cortois & Ford:

Sie beinhalten somit nicht nur die Schockwirkung der Angst, sondern auch – und das ist eine wesentlich grundlegendere Auswirkungen – eine Verletzung und Infragestellung des noch unreifen, weil eben erst entstehenden Selbst. Ein komplexes Trauma zerstört vielfach die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes und macht es ihm unmöglich, ein Integritätsgefühl zu entwickeln und Beziehungen als nährend und zuverlässige Ressourcen anzusehen, die Selbstregulation und Selbstintegrität fördern (Cortois & Ford, 2011, S.35).

Das bedeutet auch, dass abgesehen von den Folgen der Bedrohung von Außen, (Hyperarousal und Hypervigilanz) auch eine ständige *innere* Gefahr droht – nämlich die der fehlenden Fähigkeit zur Selbstregulation – also die Gefahr der zunehmenden Fragmentierung. Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung zeigt sich in den Schwierigkeiten der Diagnosefindung im Speziellen bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, da die Komorbidität anderer Störungsbildern sehr hoch ist und diese dann in der Verhaltensbeobachtung im Vordergrund stehen. Ebenso zeigen Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine hohe Komorbiditätsrate, was oft zum Überdenken der Diagnosestellung und zur Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung führt.

Die Einwirkung von anhaltender Traumatisierung und ihr schädigender Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Struktur ist unumstritten und zeigt sich deutlich in gering integrierten bis desintegrierten Strukturniveaus in den sechs Strukturdimensionen von Gerd Rudolf. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sind in diesem Bereich des Strukturniveaus anzusiedeln.

4.3.1 Die Einwirkung von Traumatisierung aus Sicht der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse

Aus transaktionsanalytischer Sicht gibt es keine dezidiert „traumapsychologische“ Sicht oder Herangehensweise, jedoch kann man aus der Theorie der Basiskonzepte Schlussfolgerungen ziehen, die speziell traumatherapeutischen Konzepten die Hand reichen. In dieser kurzen Zusammenstellung werde ich auf einige Ansichten eingehen, die unterschiedliche transaktionsanalytische Hintergründe und Basisannahmen aufweisen.

Eric Berne beschreibt in seinem Buch „Die Transaktions-Analyse in der Psychotherapie“ (1961) das psychische Leben als ein Kontinuum, dass gemäß den Prinzipien der biologischen Fluidität und Homöostase ständig modifiziert wird. Die natürlichen Perioden von Aktivität und Ruhe lassen den Menschen lernen und prägen ihn. Ein traumatisches Erlebnis jedoch bringt den Menschen in eine „Schieflage“, vergleichbar mit einem Stapel Münzen, in dem eine einzelne Münze den Turm aus dem Lot bringt. Je nach Häufigkeit und Ähnlichkeit der unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen gerät der Turm in eine Instabilität mit kumulativer und additiver Wirkung. „...“, so könnte ein frühes Trauma den Stapel aus der Geraden werfen; ein späteres könnte dies noch verstärken; und weitere Traumata könnten ihn immer mehr der Instabilität annähern, ...“ (Berne, 1961, S. 50). Berne beschreibt weiter, dass traumatisierte Kind-Ich-Zustände verwirrte Ich-Zustände sind, die zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt fixiert wurden und unter ähnlich widrigen Bedingungen wiederkehren. Das bedeutet, dass traumatische Erfahrungen im Ich-System eines Menschen gespeichert sind und je nach Stimulus aktualisiert werden können.

Aus Sicht der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse und vor dem Hintergrund des Ich-Systems des Konzepts der doppelt getrübt Persönlichkeit und dem phasenspezifischen Skriptmodell können folgende Annahmen gelten: ein traumatisches Aussenerlebnis trifft auf ein Individuum auf und manifestiert sich entsprechend der impliziten Ordnung in Form einer Fixierung und zeitgleich eines Introjekts im Ich-System. Bei intakter Neopsyche kann ein Handeln aus einem

Integrierten Erwachsenen Zustand aufrechterhalten werden – ich reagiere und handle angemessen, ich bin autonom und der Integrierte Erwachsene ist mit Energie besetzt. Vor dem Hintergrund des phasenspezifischen Skriptmodells trifft dieses Aussenereignis vielleicht auf ein sicher gebundenes, gut strukturiertes Individuum und so kann ein potentiell traumatisierendes Aussenereignis gut verarbeitet werden, da der sichere Boden gegeben ist.

Anders bei frühtraumatisierten bzw. komplex/bindungstraumatisierten Menschen. Hier fehlt die Basis von Beginn an. Fixierungen und Introjektionen führen aufgrund fehlender oder schwacher neopsychischer Verarbeitungsmechanismen zu unangemessenen Ausfaltungen archeopsychischer und extero-psychischer Internalisierungen – sichtbar im Verhalten und Erleben. Je mehr die Inneren Eltern oder das Innere Kind mit Energie besetzt ist, desto pathologischer stellen sich Symptome dar. Bindungstraumatisierung und kumulative Traumata finden immer im Beziehungsraum statt und dies oft zu einem Zeitpunkt, an dem die kognitive Entwicklung noch nicht hinreichend ausgebildet ist um Erfahrungen einzuordnen. "Dies bedeutet, dass die jeweiligen Erfahrungen in ihrer ganzen Unmittelbarkeit, unverbunden nebeneinander stehen und in ihrer ganzen Wucht fixiert bzw. introjiziert werden" (Springer, 1999, S. 74). An der Intensität des phänomenologisch sichtbaren Ausschlusses vom Erwachsenen-Ich kann man feststellen, wie intensiv eine Traumatisierung das Individuum getroffen hat. So kann man bei traumatisierten Menschen oft die stark voneinander getrennt gehaltenen, abgespaltenen Persönlichkeitsanteile wahrnehmen, deren Pathologie zu sein scheint, nicht nebeneinander bzw. zugleich bestehen zu können. Der Zustand des Integrierten Erwachsenen scheint oft nicht zu existieren und ein Wechseln zwischen Zuständen der Inneren Eltern bzw. des Inneren Kindes bestimmt den Alltag und das Beziehungsgeschehen.

Innerhalb der Transaktionsanalytischen Psychotherapie gibt es neben dem beschriebenen psychodynamisch orientierten Konzept noch ähnliche, die ich hier nicht unerwähnt lassen möchte.

Schlegel (1984) erwähnt, dass es laut Berne Menschen gibt, „bei denen bei einem Wechsel von einer Haltung zur anderen das eine Ich nicht mehr weiß, was das andere gesagt oder sogar getan hat“ (S. 33). Berne bezeichnet solche Menschen als äußerst unberechenbar und Schlegel führt weiter aus: „Sie wechseln sozusagen kopf- und verantwortungslos von einer Haltung zur anderen, wobei sie sich zudem jedes Mal identisch mit sich selber fühlen“ (S. 33).

Und weiters beschreibt Schlegel (1984) die Möglichkeit eines „Ausschlusses“ von bestimmten Ich-Zuständen. Während derjenige, der sein Eltern-Ich abspaltet, keine Grundsätze und kein Gewissen hat und die Gefühle der Scham, der Reue, der Verlegenheit und der Schuld nicht kennt, hat derjenige, dessen Kind-Ich ausgeschlossen ist keine Möglichkeit unbekümmert und ausgelassen zu sein – jegliche spielerische Einstellung ist ihm fremd. Und wird das Erwachsenen-Ich ausgeschlossen, so fehlt ein echter Bezug zur Realität und ein Mensch bleibt „realitätsfremd, oft wirr und in seinen Überlegungen und Handlungen ‚dissoziiert‘“ (Harris, 1967 zit. nach Schlegel, 1984, S. 37).

Eine Diagnostik der Traumafolgestörungen aus transaktionsanalytischer Sicht erlaubt die Darstellung der Psychodynamik mit Hilfe der Ichzustandsanalyse und der Skriptanalyse bzw. können innerhalb der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse die Basiskonzepte (Transaktionaler Austausch, Ich-System, Modell der Persönlichkeit und die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit) herangezogen werden. Wie schlägt sich die traumatische Erfahrung im Ich-System, der Struktur, nieder und welche Skripte werden dadurch initiiert?

Ilse Brab (2004) beschreibt, dass Inhalte des Eltern-Ichs (EL) oft davon geprägt sind, im Speziellen bei bindungstraumatisierten Menschen, dass ein Kind wenig wahrgenommen wurde, nicht geschützt wurde und die Eltern selbst oft sehr belastet waren – entsprechend sind die traumatisierten Kinder oft auf sich allein gestellt und tragen die Erfahrung des Alleineseins und sich-selbst-nicht-Schutzgeben-Könnens in sich. Die interne Kommunikation ist brüchig und die Selbstfürsorge stark eingeschränkt bis gar nicht möglich. Es sind wenig protektive Faktoren vorhanden, was zu selbstschädigenden Aktionen und Verhaltensweisen

führen kann. Destruktive Grundgebote (aus dem Kind-Ich der Eltern) kommen hier zur Wirkung. Je nachdem, woran die Eltern selbst litten, erhalten diese ihre besondere Färbung: Armut, eigene traumatische Erfahrungen, schwierige psychosoziale Verhältnisse...etc. Die „Nicht“-Botschaft, welche die eigene Angst der Eltern widerspiegelt, die „Sei-Nicht“-Botschaft, bei Weitem die destruktivste, innerhalb der Kinder direkt oder subtil für die Befindlichkeiten der Eltern verantwortlich gemacht werden und diese die Ablehnung der Eltern ausdrückt; die „Laß dich nicht ein“-Botschaft, welche Resignation und Distanz in Beziehungen vermittelt, die „Sei nicht wichtig“-Botschaft, die gerade in belasteten Familien oft auftritt oder in rigiden Erziehungsmaßnahmen ihren Ausdruck findet – sie alle wirken als skriptgebundenes Verhalten weiter.

Der Kind-Ich-Zustand (K) der angesichts traumatischer Erfahrungen zumeist um das Thema „Sicherheit“ organisiert ist, wird aufgrund dieser Erfahrungen oft ausgeschlossen und so wird der Kontakt zu den emotionalen Reaktionen unterbrochen. Dissoziation von körperlichem Erleben, Dissoziation von Erfahrenem und insgesamt eine emotionale Taubheit als Selbstschutz ist bestimmend. Traumatisches wird nicht in die Gesamtpersönlichkeit integriert und die Kind-Ichzustandsgrenzen sind durch Trigger leicht zu durchbrechen und labil. In Form von Flash-Backs bestätigen solche Erfahrungen die skriptgebundene Erfahrung, dass Gefühle gefährlich seien.

Im Erwachsenen-Zustand (ER) finden sich meist Trübungen aus den beiden anderen Ich-Zuständen. Aus dem EL wirken destruktive Grundgebote, die oft ein Beziehungsmuster von Misstrauen schaffen und aus den Erfahrungen des Kindes ihre Bestätigung finden. Aus dem Kind-Ich-Zustand heraus verhindert Dissoziation die Realitätsprüfung, zwischenmenschliches Problemlöseverhalten und soziale Fähigkeiten. Der ER ist stark beeinträchtigt, es kommt aufgrund der überbordenden Affekte aus dem dissoziierten Kind-Ich-Zustand zu Störungen der Affektregulation und aufgrund fehlender Möglichkeiten der Emotionsregulation zu unzureichendem Selbstschutz. Weiters sind die oft vorherrschenden Emotionen von Schuld und Scham verantwortlich für einen stark eingeschränkten Selbstwert mit verzerrter Selbstwahrnehmung – die Annahme der „eigenen Schuld“ bietet

hier ein subjektives Erklärungsmodell, dass gefühlter Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegenwirkt.

4.3.2. Die Ego-State-Therapie

Ausgehend von den Arbeiten von Paul Federn entwickelten Watkins und Watkins (2012) ebenso wie Eric Berne ein Modell von unterschiedlichen Ich-Zuständen. Sie definieren: „Ein Ich-Zustand kann definiert werden als organisiertes Verhaltens- und Erfahrungssystem, dessen Elemente durch ein gemeinsames Prinzip zusammengehalten werden und das von anderen Ich-Zuständen durch eine mehr oder weniger durchlässige Grenze getrennt ist“ (S. 45).

Für die Genese verschiedener Ego-States zeichnen die Watkins vor allem drei Prozesse verantwortlich - wobei die ersten beiden Prozesse Teile der allgemeinen Persönlichkeitstheorie sind und sich aufgrund der normalen Entwicklungsgeschichte ergeben. Letzterer ist Teil der Traumatheorie, der die Annahme einer Aufspaltung des Selbst durch Trauma aufzeigt.

Die normale Differenzierung entsteht aus einem frühen Erlernen von kontextangepasstem Verhalten- einem Rollenerlernen. Das Kind lernt früh, dass ein der Situation adäquates Verhalten Vorteile bringt. Ego-States sind so gesehen "...Verhaltens- und Erfahrungssyndrome, die sich um ein zentrales Motiv herum angeordnet haben" (Watkins & Watkins, 2003, S. 51). Diese ausdifferenzierten Ego-States dienen der schnellen Anpassung auf die verschiedensten Herausforderungen des Lebens und erlauben so eine gewisse Rollenflexibilität.

Neben dieser normalen Entwicklung gibt es zwei pathologische Entwicklungen der Ausdifferenzierung - die Introjektion und die Traumatisierung.

John und Helen Watkins (2012) definieren *Introjektion* folgendermaßen: "Aufgrund der Introjektion bedeutsamer Anderer errichtet das Kind Verhaltensmuster, die, sobald sie eine Ich-Besetzung erfahren, zu Rollen

werden, die es selbst erfährt, und sobald sie eine Objektbesetzung erfahren, innere Objekte repräsentieren, mit denen es in Beziehung treten und interagieren muss“ (S. 52). Ein Kind nimmt die Werte, die Glaubensbekenntnisse, das Verhalten, die Meinungen und die Bedürfnisse wichtiger Personen in sich auf indem es eine Replikation dieser Person auf seiner inneren Bühne installiert. Die Werte, Glaubensbekenntnisse, Verhalten, Meinungen und Bedürfnisse erfahren eine Objektbesetzung, um die herum das Kind einen entsprechenden Ego-State organisiert. Werden diese Verhaltensmuster später schließlich assimiliert und identifiziert sich das Kind mit diesen Mustern, so erfahren diese eine Ich-Besetzung und werden zu einem Ego-State.

Erlebt ein Mensch eine Traumatisierung, so ist eine mögliche Überlebensstrategie des Organismus die Dissoziation, ein Mechanismus, der in traumatischen Situationen das Weiterleben ermöglichen soll und in der Zeit der Traumatisierung sehr funktional ist. Bei dieser Abspaltung entstehenden Ego-States, die im Moment der Traumatisierung zwar eine kreative Lösung des Problems darstellen, aber im späteren Leben in der Regel zu einem Problem werden, da diese durch Auslöser leicht aktivierbar sind und häufig in einer böartigen, destruktiven und bestrafenden Form in Erscheinung treten. Ein wesentlicher Unterschied zu den durch normale Differenzierung entstandenen adaptiven Ego-State ist der, dass adaptive Ego-States gut integriert sind und untereinander in Kommunikation stehen. Das Kohärenzgefühl der Person ist nicht beeinträchtigt. Anders bei den durch Traumatisierung entstandenen Ego-States. Hier sind die Persönlichkeitsanteile durch massive Kommunikationsbarrieren getrennt. Die Person verliert das Ich-Gefühl, die Selbstkohärenz. Sie hat das Gefühl aus mehreren eigenständigen Alter-Egos zu bestehen.

Die einzelnen Ego-States werden voneinander durch das von Watkins & Watkins formulierte *Differenzierungs-Dissoziations-Kontinuum* abgegrenzt. Von links nach rechts ist die Entwicklung von einer „normalen“ Persönlichkeitsstruktur (gute Grenzen nach außen; einzelne Ego-States, die miteinander im Austausch – in Co-Bewusstheit - stehen) hin zu einer „multiplen“ Persönlichkeitsstruktur (keine

Bewusstheit untereinander, keine Bewusstheit über einzelne Selbst-Anteile) dargestellt. Mit zunehmend rigideren Grenzziehungen zwischen den einzelnen Ego-States verliert die Person das eigentliche Ich-Gefühl, die Selbst-Kohärenz. Watkins & Watkins gehen davon aus, dass es einen Übergang zwischen „Alltagsdissoziation“ bis hin zur pathologischen Dissoziation gibt – beschrieben durch das Dissoziations-Kontinuum.

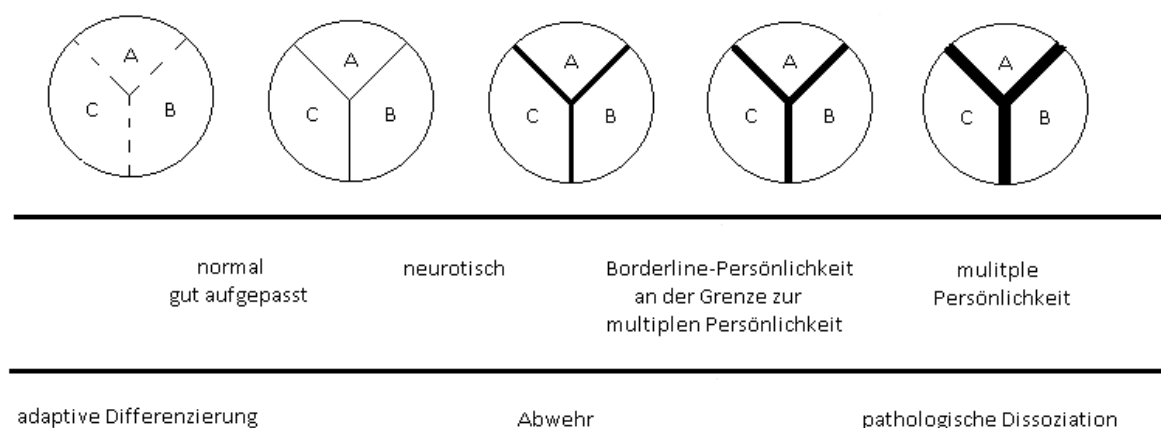


Abbildung 7: Differenzierungs-Dissoziations-Kontinuum nach Watkins & Watkins (2006)

Das Ichgefühl entscheidet, ob etwas zum Erleben des Selbst oder zum Nicht-Selbst gehört. Die verschiedenen Ego-States bewirken, dass wir uns manchmal so verhalten, als ob wir aus unterschiedlichen Persönlichkeiten bestehen würden. Dies ist an sich nichts Pathologisches, sondern vielmehr ein Ausdruck der Vielfältigkeit und Kreativität als menschliches Wesen zu agieren. Meist laufen die Wechsel der Ego-States unbewusst ab und sind nur bedingt kontrollierbar.

Watkins & Watkins unterscheiden die Begriffe „Ich-Zustand“ und „Selbst“. Mit letzterem meinen sie eine Form der Besetzungsenergie. Wenn man in einem energetisch aktiviertem Selbstzustand ist, sind mir alle anderen Ich-Zustände zwar co-bewusst, aber mit Objektenergie besetzt – und gehören somit zu meinem „Nicht-Selbst“. Es existiert somit eine individuelle Anzahl an „Ich-Zuständen“, die durch die abwechselnde Ich- bzw. Objektenergie herausgehoben werden und als das „Selbst im Moment“ erlebt werden.

Weiters führen Watkins & Watkins die Begriff des „Kern-Selbst“ bzw. „Kern-Ich“ und des „Inneren Beobachters“ ein. Beschrieben wird das „Kern-Selbst“ als eine Reihe von Verhaltens- und Erfahrungselementen, die bei einem Menschen mehr oder weniger konstant sind und die (sowohl in den Augen des Menschen selbst wie auch von seiner Umwelt) das einigermaßen konsistente Bild bestimmen, wie jemand selbst und andere sein „Selbst“ wahrnehmen. Der „Innere Beobachter“ wird als eine fiktive innere Instanz beschrieben, der aus einer distanzierten beobachtenden Position heraus berichten kann, was im Innenraum passiert – ein Art innerer Zeuge, der auch zur Kategorie der Ich-Zustände gezählt wird.

4.3.3. Das Modell von Jochen Peichl

Jochen Peichl bezieht sich in seinen Ausführungen immer wieder auf John und Helen Watkins und macht für die Entstehung der Ego-States in einem Menschen ebenfalls drei Prozesse verantwortlich:

1. Normale Differenzierung und
2. Bei pathologischer Entwicklung
 - a. Die Introjektion der „important others“ und
 - b. Die Reaktion auf ein Trauma

Die wichtigsten Punkte der Ego-State Theorie von Peichl (2007) zusammengefasst:

- Aufgrund normaler Differenzierung in der Entwicklung, der Introjektion und der Auswirkung von Trauma kann die Segmentierung der Persönlichkeit in Ego-States an verschiedenen Punkten des Dissoziationskontinuums erfolgen.
- Ein Ego-State ist ein organisiertes System von Verhalten und Erfahrung in einem neuronalen Netzwerk, zwischen normal und dissoziiert.
- Ego-States haben unterschiedliche Grenzen und Barrieren.
- Das Ego-State-System organisiert sich, um die Coping-Fähigkeit in Bezug auf bestimmte Ereignisse oder Probleme zu verbessern.

- Ego-States differenzieren sich entlang einer Zeitlinie, nach Funktion, Eigenschaften, Rollen, z.B. Selbst-Hasser, Ernährer, Kritiker, Führer, Kinder-States, innerer Beobachter usw.
- Ego-States, die in der Kindheit entstanden, reagieren oftmals in der Gegenwart dysfunktional.
- Ego-States verteidigen ihre Rolle und Funktion, auch wenn das für den Erwachsenen ungünstig ist. Sie befürchten Vernichtung, wenn sie ihren »Job verlieren«.
- Ego-States können wegen ihrer Rollen mit anderen im Widerspruch stehen; das schafft intrapsychische Konflikte.
- Ego-States haben von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter die Fähigkeit, sich zu verändern, sich zusammenzuschließen, zu wachsen und sich anzupassen.
- Dass ein Individuum Ego-States besitzt, muss diesem nicht bekannt sein.
- Die Ego-States alle zusammen kann man beschreiben als inneres Familiensystem, Teile der Persönlichkeit oder »states of mind« (S. 55)

Weiters geht Peichl auf "Die Innenwelt der Ego-States" ein und beschreibt deren Phänomenologie und Funktion.

Der Mensch besteht aus einer größeren Anzahl Ego-States, die in ihrer Gesamtheit *Ego-State-Familie* genannt wird. Trotz aller dieser Anteile fühlen wir uns als eine Person. Wir fühlen uns als konsistente Persönlichkeit.

Der im Augenblick beherrschende Selbst-Anteil, der quasi gerade die innere Bühne für sich beansprucht, der wird *executive State* genannt. Manchmal sind es aber auch mehrere Ego-States die zur gleichen Zeit beanspruchen, der executive State zu sein. Dies zeigt sich in inneren Konflikten oder auf Symptomebene.

Peichl liefert eine neuronale Definition der Ego-States und verweist dabei auf eine Arbeit von Daniel Siegel. Eine Definition der Ego-States auf der neuronalen Ebene: "Ego-States sind komplexe neuronale Netzwerke, die Gefühle, Körpergefühle Überzeugungen und Verhaltensweisen in einem bestimmten Augenblick oder über einen bestimmten Zeitraum festhalten. Es sind

voneinander abgegrenzte psychische Einheiten." (Siegel zit. nach Peichl, 2007, S.62).

Peichl definiert Ego-States weiter als nicht eliminierbar, nur veränderbar. Sie haben je eine eigene Wahrnehmung, Motivation und Rollen innerhalb der Gesamtpersönlichkeit und ihren eigenen Charakter, Werte, Bedürfnisse, Interessen und Ziele. Ego-States haben weiters eine überdauernde und in sich geschlossene Geschichte, Kognitionen und Affekte und sie können sich in Stimmungen oder Symptomen (Depression, Kopfschmerzen, Angst) manifestieren. Weiters sind sie in der Lage untereinander Konflikte zu erzeugen, die sich als Symptome zeigen können. Ego-States kann man ansprechen und befragen wie eine Person (Alter, Geschlecht, Funktion, Bedürfnisse) und eine Ego-State-Pathologie entsteht, wenn ein oder mehrere Teile mit den anderen nicht in Harmonie sind, selbstbezogen handeln und Symptome produzieren.

Das Ziel der Ego-State-Therapie ist Ko-Bewusstheit und Integration und nicht die Verschmelzung der States.

Im Weiteren werden noch *Oberflächen-Ego-States (surface states)* von *Tiefen-Ego-States (underlying states)* unterschieden. Oberflächen Ego-States sind solche, die leicht abrufbar und aktivierbar sind um unseren Alltag zu erleichtern. In der Regel besitzt jeder Mensch zwischen fünf und 15 solcher Oberflächen-States, die prinzipiell bewusstseinsfähig sind. Sie sind die Funktionsträger der täglichen Lebensbewältigung, es besteht eine gute Kommunikation zwischen ihnen, d. h. große Co-Bewusstheit und sie sind relativ konfliktfrei.

Darüber hinaus haben wir aber auch solche, die in der Vergangenheit gebraucht wurden und die jetzt eher im Vorbewussten (oder Unbewussten) ruhen, aber Wichtiges aus unserer Vergangenheit bewahren – die Tiefen-Ego-States. Sie sind mehr oder weniger weit von der Oberfläche entfernt, d. h. unterschiedlich leicht zu aktivieren. Sie tragen wichtige Kindheitserinnerungen und lassen sich meist durch Hypnose an die Oberfläche bringen. Ungelöste Traumaerfahrungen werden in der Regel hier abgelegt.

Zur weiteren phänomenologischen Betrachtung der Ego-States, teilt Peichl die Ego-States aus klinischer Sicht in drei Kategorien ein:

- Der Anpassung dienende Ego-States
- Introjekte
- Traumabezogene Ego-States.

Diese Einteilung entspricht ihrer Entstehungsmöglichkeit.

Ego-States, die der Anpassung dienen

Diese Ego-States – auch adaptive Ego-States genannt – helfen dem Individuum schwierige Lebenskrisen zu bewältigen. Sie verhalten sich in bestimmten Situationen schützend und strategisch, um die Sicherheit des Individuums aufrechtzuerhalten. Peichl schreibt: "In ihrem Verhalten haben sie sehr viel gemein mit den klassischen Abwehr-Mechanismen der Psychoanalyse, die sie sozusagen verkörpern" (Peichl, 2007, S.65). Zu dieser Kategorie von Ego-States gehören die z.B. die "Inneren Helfer", da sie viele Ressourcen und Stärken mit sich führen. Es ist daher wichtig diese Ego-States zu kennen, da mit diesen Teilen gute Allianzen gebildet werden können, die den therapeutischen Fortschritt fördern. Sie sind auch flexibler in Bezug auf Veränderungsprozesse als die Introjekte oder die traumabezogenen Ego-States. Sie verfügen über ein größeres Wissen und eine größeres Co-Bewusstsein als die anderen Kategorien der Ego-States. Es sind diese adaptiven States, die auf die Seite des Therapeuten zu bringen sind.

Introjekte

Introjekte sind die mentalen Replikationen physischer Objekte des Außenraums auf der inneren Bühne. Die mentale Repräsentanz einer Person. Introjekte beinhalten die Glaubensbekenntnisse, das Verhalten, die Meinungen und Bedürfnisse und die Geschichte der introjizierten Person. Es werden aber nicht nur die Eigenschaften der Bezugsperson introjiziert, sondern auch deren Konfliktmuster. Beim therapeutischen Arbeiten mit diesen Introjekten werden daher auch oft intergenerative Konflikte sichtbar.

Traumabezogene Ego-States

In der Traumasituation kann es zu einer peritraumatischen Dissoziation kommen, in deren Folge es zu einer Fraktionierung der sonst synchronisierten Wahrnehmungskanäle kommt. Es handelt sich dabei um Wahrnehmungen auf der Handlungsebene, der Affektebene, der Körperempfindungen, der Kognitionen, der Bilder und Bindungserfahrungen, welche abgetrennt vom Hauptstrom des Bewusstseins an unterschiedlichen Orten des Gehirns abgespeichert werden. Jedes dieser so entstandenen Fragmente kann Kristallisationspunkt eines Ego-States sein. Die traumabezogenen Ego-States tragen so die traumatischen Erlebnisse in sich mit.

Für die therapeutische Arbeit heißt dies, dass die Aktivierung der traumabezogenen Ego-States auch bedeutet, unmittelbar in der Traumaerfahrung und an der Adaption dieses traumatischen Ereignisses bei der traumatisierten Person zu arbeiten. Es ist vor der Aktivierung dieser traumabezogenen Ego-States mit dem Kern-Selbst oder dem Erwachsenen-Anteil der Person zu klären, ob eine Aktivierung sein darf, da eine Aktivierung zu einer beträchtlichen Verstörung des Systems führen kann. Diese Ego-States haben aus ihrer eigenen Sicht die Aufgabe, das System vor Re-Traumatisierung zu schützen und haben deswegen eine besonders große Furcht davor, in ihrer Existenz durch den Therapeuten bedroht zu werden.

4.3.4. Die Strukturelle Dissoziation

Die Identität ist nichts Statisches - sie ist ein Prozess, der soziale Beziehungen und ihre Wahrnehmung beschreibt. Wichtig wird dies, wenn man die Folgen von Traumatisierungen betrachtet. Individuelle Erfahrungen und unterschiedliche Entwicklungseinflüsse und besondere Neigungen lassen bei uns allen verschiedene Persönlichkeitsaspekte entstehen, die unauffällig miteinander kooperieren. Traumatisierte Menschen unterliegen in auslösenden Situationen oft ganz bestimmten, unwillkürlichen und nicht steuerbaren Empfindungen, Einschätzungen und Verhaltensweisen. Hierbei handelt es sich nach van der Hart, Nijenhuis und Steele (2006) um Momente einer strukturellen Dissoziation.

Van der Hart, Nijenhuis und Steele (2006) griffen das ursprüngliche Dissoziationskonzept von Janet auf. Sie entwickelten es weiter zu ihrer Theorie und Therapie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit in Form eines Phasenkonzeptes, in das sie eigene und moderne psychobiologische und neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse einflochten.

Die zentrale These der Autoren ist, dass das Konzept der Dissoziation entscheidend für ein befriedigendes Verständnis des Phänomens der Traumatisierung ist. Nach ihrer Auffassung entsteht die psychische Organisation, die Struktur, nicht willkürlich, sondern im Falle einer Traumatisierung „an bestimmten entwicklungsgeschichtlich vorbelasteten Sollbruchstellen in der Persönlichkeitsstruktur“ (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006, S. 18). Ausgehend von dieser Sicht der Persönlichkeit entwickelten sie den Begriff *strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit*. Die Spaltungen aufgrund ernsthafter Bedrohungen entstehen primär zwischen dem Verteidigungssystem auf der einen Seite und dem System der Alltagsbewältigung auf der anderen Seite. Sie bezeichnen diese psychobiologischen Systeme als *Handlungssysteme (action systems)*, die zur Steuerung unserer Anpassungsfähigkeit zum Überleben in der Umwelt aktiviert werden. Diese beiden Persönlichkeitsanteile oder Handlungssysteme werden *anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP – apparently normal personality)* und *emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP – emotional personality)* genannt. Sie beschreiben eine Koexistenz des ANP und EP. Während der ANP versucht, ein normales Alltagsleben zu führen und von Handlungssystemen bestimmt ist, die der Bewältigung des Alltagslebens dienen und die traumatischen Erinnerungen vermieden werden, ist der EP ganz auf Handlungssysteme fixiert, die zum Zeitpunkt der Traumatisierung aktiviert waren (Hypervigilanz, Kampf, Flucht, Aufgeben,...).

ANP und EP sind gegeneinander unverhältnismäßig starr abgegrenzt, weil die spezifische Handlungssysteme, die sie vermitteln, sie einschränken und sich die Handlungstendenzen, die für sie erreichbar sind, auf einem niedrigen Niveau befinden. Das bedeutet, dass Traumatisierte als ANP und EP bestimmte, für sie charakteristische, relativ unflexible Muster von Handlungstendenzen zeigen, die zumindest

teilweise dysfunktional sind (van der Hart, Nijenhuis und Steele, 2006, S. 20).

Die Autoren betonen hierbei, dass nicht nur ein EP Emotionen erlebt und dass es um die Vehemenz der gelebten und gezeigten Emotion gehe.

Eine vehemente Emotion unterscheidet sich von einer starken Emotion insofern, als erstere nicht adaptiv, die betroffene Person ihr nicht gewachsen und ihr Ausdruck nicht von Nutzen ist. Je intensiver ausgedrückt wird, um so dysfunktionaler verhält sich der Traumatisierte und um so überwältigender wirkt sie auf ihn. Dies ist häufig bei „Borderline“-Patienten zu beobachten, die Wut ausdrücken: Je stärker ihr Gefühlsausdruck ist, umso mehr verlieren sie die Kontrolle über sich (van der Hart, Nijenhuis und Steele, 2006, S. 20).

Die Autoren weisen darauf hin, dass Dissoziation in unendlich vielen Varianten zum Ausdruck gelangen kann – von sehr einfachen bis zu extrem komplexen Formen, die wiederum bestimmte Behandlungsmaßnahmen erfordern.

Die *primäre strukturelle Dissoziation* ist charakteristisch für einfache Formen der PTBS und erzeugt einen ANP und einen EP. Der EP ist der Träger der traumatischen Erinnerung. Innerhalb des EP werden im weiteren Leben entsprechende Empfindungen, Wahrnehmungen und Reaktionen reaktiviert und der Zugang zu realitätsgerechteren Erfahrungen, Einschätzungen und Handlungsmöglichkeiten bleibt dem EP oft versperrt. Davon getrennt funktioniert der ANP oft relativ kompetent und normal. Patienten erleben sich entweder in das traumatische Geschehen plötzlich zurückversetzt (EP) oder aber auch vom Trauma distanziert und relativ alltagsstabil (ANP).

Bei länger anhaltender Traumatisierung kann es zu einer weiteren Aufspaltung der Ich-Zustände kommen, der *sekundären strukturellen Dissoziation*, die sich in mehreren, voneinander unterscheidbaren Handlungssystemen zeigen. Der ANP bleibt davon unberührt. „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, ... und die somit ‚kreative‘ Überlebensstrategien darstellen“ (Peichl, 2007, S. 171). Diese Abwehrstrukturen zeigen sich in unterschiedlichen psychobiologischen Konfigurationen von Affekten, Kognitionen, Wahrnehmung und motorischen Handlungen, die auf Erstarren, Kampf Flucht und Unterwerfung zurückgehen. Meist entsteht auch ein erlebender und ein beobachtender Anteil bzw. ein dem jeweiligen Entwicklungsalter entsprechender Anteil, der dann das Verhaltens- und Entwicklungsrepertoire dieses Alters entsprechend handelt, denkt und fühlt. Bei der *tertiären strukturellen Dissoziation* kommt es zu einer Spaltung des ANP bezüglich einzelner Alltagsanforderungen. Diese kann dann entstehen, wenn massive Bindungstraumatisierungen und Gewalt in der Kindheit/Jugend erlebt wurden. Es gibt von Anbeginn keine Geborgenheit, keine sicheren Bindungspersonen und zusätzlich sexuelle, körperliche Gewalt und/oder Vernachlässigung. Der Sinn der Dissoziation ist hier, Erkenntnis zu verhindern und in diesem Sinne ist sie hier ein Überlebensmechanismus, der vor Schmerz und Überflutung von unbeherrschbaren Affekten schützt (Peichl, 2012). Ein Kind hatte hierbei nicht die Möglichkeit verschiedene Rollen hinsichtlich der Handlungssysteme Erforschung, Bindung, Fürsorge und Sexualität in einem ANP zu integrieren. „Auch die EPs sind hier komplexer und autonomer, sie können sich im Alltagsleben manifestieren und zusätzlich zu den Defensivhandlungen auch Merkmale anderer Handlungssysteme annehmen“ (Peichl, 2012, S. 233), was dann zur Herausbildung von „Teilpersönlichkeiten“ führt. Der Grad der Emanzipation und Elaboration nimmt im Lauf der Entwicklung von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen noch zu und zeigt sich darin, wie komplex bezüglich Gedächtnis, Fähigkeiten, Selbstempfinden und Unabhängigkeit von anderen Persönlichkeitsanteilen der jeweilige Persönlichkeitsanteil ist.

Van der Hart, Nijenhuis und Steele (2006) geht es in der Behandlung Traumatisierter darum, sie zu adaptiveren Handlungen zu befähigen, d.h., sie von Handlungen niederer Ordnung, die in ihrer Komplexität einfach sind zu Handlungen höherer Ordnung, mit flexiblerer und geplanter Handhabung zu befähigen.

4.3.5. Die Struktur der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein weiteres Modell zur Diagnose der psychischen Struktur, und damit auch dem Grad der Beeinträchtigung der Struktur (durch Traumatisierung), liefern Divac-Jovanovic und Radojkovic (1990). Anhand des Störungsbildes der Borderline-Störung zieht Gooss (1994) deren Modell zur Erklärung der unterschiedlichen Ausprägungsgrade der Borderline-Störung heran.

Die manchmal unklare Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und der damit einhergehende Bedeutungswandel in den letzten Jahrzehnten, rührt laut Gooss daher, dass man versucht hatte, die Borderline-Persönlichkeitsstörung rein deskriptiv zu beschreiben – es entstand schließlich ein Bild „als gäbe es kein Symptom, das nicht bei Borderline-Patienten beobachtet und beschrieben worden sei. Leider erwies sich zudem kein einziges dieser Symptome als obligat und damit diagnoseweisend“ (Gooss, 1994, S. 12). Otto Kernberg wies darauf hin, dass die Borderline-PS einer ganz anderen diagnostischen Ebene zuzuordnen sei, als die üblichen „Persönlichkeits-Entwicklungseinseitigkeiten“. Er nannte dies „intrapyschische strukturelle Charaktermerkmale“ (Gooss, 1994, S. 12).

Kernberg verweist damit auf einen Unterschied, der uns aus der transaktionsanalytischen Persönlichkeits-Theorie vertraut ist: Das sichtbare, hörbare etc. Verhalten eines Menschen, also seine vom Mitmenschen wahrnehmbare *Funktion*, ist durch die Diagnose im Funktionsdiagramm beschreibbar. Diese rein deskriptive Diagnose beschreibt aber immer nur die *äußere* Erscheinungsform, nicht die verursachenden inneren Strukturen und Kräfte. Wollen wir etwas über die verursachenden *inneren* Gegebenheiten (Strukturen und Kräfte) aussagen, dann müssen wir uns auf eine andere diagnostische Ebene, die des Struktur-Diagramms begeben (Gooss, 1994, S. 12).

Divac-Jovanovic und Radojkovic unterscheiden die vertikalen Ebenen der „*Persönlichkeitsanpassungen*“ oder Persönlichkeitstypen depressiv, zwanghaft, schizoid und hysterisch von vier horizontalen *Funktionsebenen* (normal, neurotisch, Borderline und psychotisch). Sie veranschaulichen damit, dass jede

Persönlichkeitsanpassung auf jedem der vier unterschiedenen Funktions-Niveaus vorkommen kann.

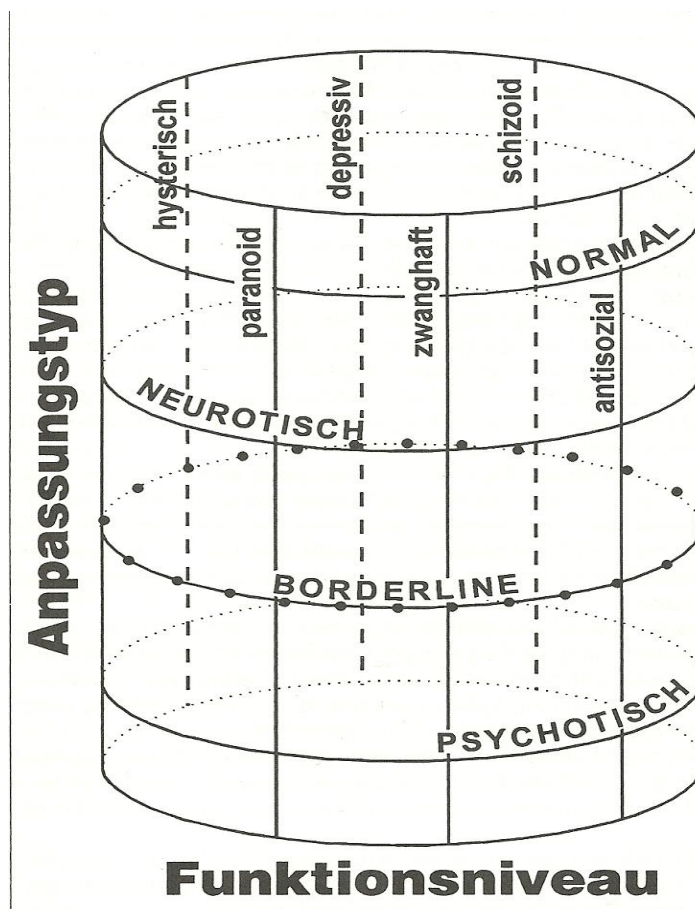


Abbildung 8: Ebenen der Persönlichkeitsanpassung (Gooss & Kottwitz, 1994)

Diese Abbildung legt auch nahe, dass im Grunde immer zwei Diagnosen zu stellen sind: die des Funktionsniveaus und die der Persönlichkeitsanpassung. Wendet man dies nun an, so kann man z.B. bei der Borderline-Störung Personen auf unterschiedlichem Funktionsniveau antreffen, je nach dem welche reale Bedrohung erlebt wurde und zu welchem Zeitpunkt diese entwicklungspsychologisch gesehen, stattgefunden hat. Gooss (1994) beschreibt weiter, wie dies bei Menschen mit einer Borderline-Symptomatik aussehen kann: Beobachten wir einen Menschen in einer einmaligen Situation, so kann dies eine einmalige kurzfristig heftige Regression auf einen als sehr bedrohlich erlebten Reiz darstellen – eine „Borderline-Episode“. Es könnte sich aber auch um eine relativ gewohnheitsmäßige und damit häufige Regression auf Borderline-Niveau

handeln, die schon beim geringsten Anlass bemerkbar wird – eine Neigung zu Regression auf Borderline-Niveau. Oder es könnte sich um eine Art Dauerzustand auf Borderline-Niveau handeln. Dies wäre dann eine manifeste und diagnostizierbare Borderline-Persönlichkeitsstörung, die weniger vom funktionalen Aspekt (Abhängigkeit von Situation, Befindlichkeit etc.) abhängig ist, und der strukturelle Aspekt am ehesten deutlich ist, wobei der Zeitfaktor hier maßgeblich ist – erst über einen längeren Beobachtungszeitraum hinweg kann man beurteilen, ob ein Entwicklungsdefizit, oder ein situationsabhängige Regressionsneigung besteht. Im Falle dieser manifesten Borderline-Persönlichkeitsstörung kann man von einer Bindungstraumatisierung ausgehen auf die möglicherweise noch zusätzliche traumatische Erfahrungen folgten. Kottwitz (1993) beschreibt zwei unterschiedliche Erscheinungsformen der Borderline-Persönlichkeitsstörung die an die von Miller & Resick (Zit nach Sack et al, 2007), beschriebenen zwei Typen posttraumatischer Symptomatik in Form externalisierender und internalisierender Symptome erinnern. Sie beschreibt den emotional zurückgezogenen Typus, der nach Außen hin nicht besonders auffällig erscheint, eher isoliert lebt, in seinem Leid erstarrt scheint oder in innerpsychischen Dramen lebt. Der zweite, nach Außen hin auffällige Typus, erscheint extrovertiert, manchmal provokativ, lebt in labilen Beziehungssystemen und die Borderline-Symptomatik wird in Form von teils dramatischen „Spielen“ ausagiert.

Ausgehend von einer an Margret Mahler angelehnten Entwicklungspsychologie und deren Entwicklungslinie bzw. Fixierungspunkte in der Entwicklung, beschreiben Stauss (1993) und Gooss (1994), wie sich die Beziehungserfahrungen eines Kindes mit der Mutter strukturell in der Internalisierung von guten und bösen Teilobjekten niederschlägt.

Phase I

In der der Fütterungsphase (0-3. Monat) sind die Teilobjekte der Mutter (gut, böse) Quellen der Lust/Unlust und diese sind affektiv durch die vegetative Erregungslage mit einem guten und schlechten Selbsterleben verbunden. Es gibt noch keine Unterscheidung zwischen Ich und Du.

In der Bindungsphase (zwischen 3. und 6. Lebensmonat) ist das Verhalten des Kindes darauf ausgerichtet eine Symbiose mit der Mutter einzugehen. Die Entwicklungsaufgabe ist es, eine psychologische Bindung zu anderen Menschen aufzubauen. Das Kind kann noch nicht zwischen eigenen Gefühlen und denen der Beziehungsperson unterscheiden. Bei Unlust ist es die Aufgabe der Mutter, durch Nähe zu entlasten. In dieser Phase werden sowohl gute/böse innere Bilder der Mutter (Objektrepräsentanzen) also auch gute/böse innere Bilder des Selbsterlebens (Selbstrepräsentanzen) aufgebaut. Diese Objekt- und Selbstrepräsentanzen sind noch nicht voneinander unterschieden aber durch polare Affektqualitäten (ganz gut/ganz schlecht) durch Spaltung voneinander getrennt.

Phase II

In Phase II (6.-18. Lebensmonat) kann das Kind sich zunehmend als getrennt von der Mutter wahrnehmen.

In der Differenzierungs- und Separationsphase (6.-9. Monat) sind die inneren Bilder vom Selbst und von den Objekten nur unscharf voneinander differenziert und die Spaltung zwischen gut und böse besetzten Teileinheiten wird aufrechterhalten. Zwischen dem 12. und 13. Monat schreitet die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanz fort, bis eine klare Trennung der nach wie vor gespaltenen Selbst- und Objektrepräsentanzen stattgefunden hat.

Typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine pathologische Regression in diesem Bereich gespaltenen, aber klar voneinander differenzierter Selbst-Objektbilder (Stauss, 1993).

Stauss (1993) führt weiter aus, dass bei der Psychose die Differenzierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen scheitert, während bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung die zweite Entwicklungsaufgabe, die Integration der durch Spaltung getrennt gehaltenen bösen und guten Selbst- und Objektrepräsentanzen misslingt. Die Fähigkeit zur Objekt- und Beziehungskonstanz gelingt somit nicht.

„Die dritte Entwicklungsaufgabe, die Illusion der symbiotischen Allmacht aufzugeben, gelingt dem Borderline-Patienten nur zeitweilig. Er ist in der Ambitendenz zwischen symbiotischen Verschmelzungswünschen und Individuationswünschen gefangen. Dadurch ist sein Beziehungsmuster durch Stabilität-Instabilität gekennzeichnet“ (Stauss, 1993, S. 47).

Und Gooss (1994) beschreibt weiter, dass Kinder in dieser sensiblen Wiederannährungsphase Trost, Versicherung und Ermutigung benötigen. Zwei ungünstige Muster können in dieser Phase den Boden für die Entwicklung einer Borderline-Störung bilden: die *Aufrechterhaltung der Spaltung* und die *Bestrafung von Autonomie*.

Eine Mutter kann aufgrund eigener ausgeprägter Spaltungstendenzen oder in Übernahme rigider Erziehungsmaßnahmen ihr Kind, wenn es die Wünsche und Erwartungen erfüllt, liebevoll und zugewandt behandeln, dem enttäuschend erlebten Kind jedoch die Liebe und Zuwendung entziehen. Ein Kind erlebt die Situation so, als gäbe es zwei Kinder. „Das liebe Kind fühlt sich gemocht, während sich das böse Kind gehasst oder wie Luft behandelt (= nicht existent) erlebt“ (Gooss, 1994, S. 19). Die Selbstwahrnehmung (Selbst-Repräsentanz) in gutes/böses Kind und die der Mutter (Objekt-Repräsentanz) kann nicht überwunden werden. Ist der Ärger der Mutter hingegen eingebettet in eine liebevolle Grundhaltung, so kann sich das Kind als „Eins“ erleben und auch die Mutter als ein und dieselbe erleben. „Kann die Mutter Zorn und Liebe nicht gleichzeitig in sich beheimaten, so kann das Kind diese Spaltung nicht überwinden“ (Gooss, 1994, S. 20).

Die Ausbildung von stabilen Ich-Du-Grenzen ist eine weitere wichtige Voraussetzung für die gesunde Entwicklung. „Nur eine Mutter, die sich von ihrem Kinde lösen kann, die die größere Selbständigkeit und die Von-ihr-weg-Bewegung des Kindes ohne Ressentiment bejaht, wird auch das immer wieder folgende Zu-ihr-wieder-Zurückkommen bejahen und mit dieser ‚Ambitendenz‘ ihres Kindes wohlwollend und geduldig umgehen können“ (Gooss, 1994, S. 22). Findet sich das Kind aufgrund seiner Eigenständigkeit bei der Mutter nach Rückkunft zurückgewiesen, weil die Mutter die zunehmende Verselbständigung des Kindes als persönliche Kränkung erlebt, so spürt es, „wie böse“ es war, die Mutter nicht benötigt zu haben. Es sucht die Nähe und braucht Trost, ist aufgrund der Zurückweisung der Mutter dort unglücklich und will wieder weg. So entsteht die nicht endende Dynamik, die ferne Mutter immer wieder dringend zu vermissen und die nahe Mutter gleich wieder verlassen zu wollen. Das einzig Zuverlässige ist der rasche Wechsel: die Beziehung zur Mutter ist „stabil-instabil“.

Und auch die Ich-Du-Grenzen sind in dieser Phase noch nicht ausdifferenziert. So scheint das Kind sich in der nahen Beziehung zur Mutter immer wieder selbst zu verlieren – das neu gewonnene „Ich“ und die Autonomie schmelzen rasch dahin, wenn die ersehnte Geborgenheit und Sicherheit da ist.

Zahlreiche Gründe und Konstellationen können letztendlich zu dem gleichen unglücklichen Ergebnis führen: „das sich das Kind für seine neu gewonnene Selbständigkeit, seine beginnende Eigenart, ... bestraft fühlt. Dies mehr oder weniger heftig, bis hin zur drohenden Vernichtung, denn ohne Mutter kann das Kind sich noch kein Weiterleben vorstellen“ (Gooss, 1994, S.24).

Diese Kommunikation zwischen Mutter und Kind dürfte schon recht früh beginnen und ein Kind macht eventuell schon vor der Trennungs- und Wiederannäherungsphase die Erfahrung, dass es wenig Einfluss darauf hat, ob die Mutter seinen Bedürfnissen entsprechend einfühlsam ist.

Diese Erfahrungen gehen in grundlegende Glaubenssätze ein und der ursprüngliche psychische Dialog mit der Mutter wirkt nach der Verinnerlichung als innerer Dialog im gespaltenen System weiter. In vielen Bereichen wird dieser innere Dialog Denken, Fühlen und Handeln von Borderline-Patienten bestimmen – der Integrierten Erwachsenen Zustand ist dann getrübt und eine realistische Einschätzung des Hier-und-Jetzt oft nicht gegeben. Je nach Ausprägung des Strukturniveaus wird diese Trübung unterschiedlich stark auftreten – auf neurotischem Niveau ist die typische Trübung eine Vermischung der Einflüsse verschiedener Ich-Zustände, auf niedrigerem Strukturniveau ist die Trübung als Spaltung zu verstehen: als eine radikale Separierung der Persönlichkeitsanteile. Sind bei der Trübung meist umgrenzte Teilbereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betroffen, so trennt die hier beschriebene Spaltung ganzheitlich jeweils komplette innere „Welten“ (Gooss, 1994).

In diesen oben ausgeführten Modellen und Konzepten ist sichtbar, dass sich in den letzten Jahren die Sichtweisen immer mehr ausdifferenzierten und auch komplexer wurden. Berne sprach von extero- und archeopsychischen Einflüssen, die einen Ich-Zustandswechsel initiieren können und durch Überflutung zu einer „Schieflage“ führen können. Diese Darstellung ist noch etwas bildhaft. Schlegel beschreibt (1984) die Möglichkeit eines „Ausschlusses“ von bestimmten Ich-

Zuständen und „dissoziierten“ Handlungen. Damit nimmt er Annahmen vorweg, die wir im Strukturmodell des Ich-Systems (Rath, 2012) als Ausschluss des Integrierten Erwachsenen im Inneren mit einer im Außen sichtbaren Dissoziation als Symptom erklären.

Durch das in den letzten Jahren stark zunehmende Interesse an Modellen zum Verständnis von Traumatisierung und damit einhergehenden Modellen zur therapeutischen Behandlung, stieg auch die Zahl der Konzepte und deren inhaltliche Ausdifferenziertheit. Erkennbar ist, dass diese Konzepte mit ähnlichen Begriffen arbeiten, die sich alle rund um Themen wie Spaltung, Ich-Zustände, Innen-Außen, Anteile, Ego-States uvm. konzentrieren. D. h. es war den Autoren ein Anliegen, dieses äußerlich erkennbare Phänomen von unterschiedlichem Verhalten, dass sich innerlich in Form von unterschiedlichem Fühlen, Denken und Verhalten präsentiert, in einer gewissen Form zu „verorten“, zu benennen oder zu systematisieren. Berne (1961) entwickelte die Begriffe *Eltern-, Erwachsenen- und Kind-Ich*. In seiner ursprünglich holistischen Sichtweise war der damit bezeichnete jeweilige phänomenologisch wahrnehmbare Ich-Zustand, der sich in einem aktuellen Beziehungsgeschehen manifestiert, gemeint als eine Ausfaltung abgespeicherter Beziehungserfahrungen mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten an Beziehungsgestaltung sowie deren Notmaßnahmen. Diese Möglichkeiten waren abhängig von der Qualität der erlebten Erfahrungen in der jeweiligen Entwicklungsgeschichte. Dazu entwickelte Berne auch das Modell des Skripts, in dem der Kreislauf zwischen gemachten Beziehungserfahrungen, daraus resultierenden Abspeicherungen und den damit verbundenen Reaktionsmustern aufgezeigt wird. Dieser Kreislauf steht im Dienste des lebensnotwendigen Beziehungserhalts und inszeniert sich in den aktuellen Begegnungen. Damit wird der phänomenologisch wahrnehmbare Ich-Zustand eine Informations- und Hypothesenquelle für die mögliche innere Struktur der Persönlichkeit. Und diese Quelle ist Helfer dafür, im therapeutischen Setting einen adäquaten hilfreichen Beziehungszugang zum Gegenüber zu finden.

Watkins & Watkins beschreiben eine ganze Reihe, eine individuelle Menge von Ego-States, die meist in der Kindheit entstanden sind und zusätzlich einen Inneren Beobachter und das Kern-Selbst. Bei Nijenhuis et. al. entstehen Selbstanteile entlang entwicklungsgeschichtlich vorbelasteter Sollbruchstellen und es bilden sich Anteile die dem Verteidigungssystem zugeordnet werden können und solche, die der Alltagsbewältigung dienen. Peichl trägt in seiner hypnoanalytischen Teile-Therapie unterschiedliche Sichtweisen zusammen und hält für sich fest, dass ein Ich-Zustand einer neuropsychologischen Matrix als Niederschlag autobiografischer Erinnerungen und Lernerfahrungen entspricht, dass es ein „Narratives Selbst“ gibt, dessen Aufgabe Selbstkontrolle und Introspektion ist. Unter traumatischem Stress treten ebenfalls Handlungssysteme in den Vordergrund, die sich entlang der animalischen Reaktionsformen orientieren.

5. Implikationen für die therapeutische Arbeit

Wie gehen nun die unterschiedlichen Autoren an ihre therapeutische Arbeit heran? Welche Gemeinsamkeiten gibt es, worin unterscheiden sich die Theoriekonzepte, wenn sie mit traumatisierten Menschen, die erhebliche Defizite in ihrer Struktur aufweisen, die komplex traumatisiert sind, arbeiten?

Van der Kolk (Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 2000) betont zusammenfassend, welche Rolle das Trauma in der Psychopathologie der komplex traumatisierten Patienten einnimmt, in dem er die vielen Aspekte der Symptomatik als Manifestationen der Anpassung an traumatische Erfahrungen erklärt, die dem jeweiligen Entwicklungsstand, zu dem das Trauma geschah, entsprechen. Borderline-Patienten fallen unter Belastung in die Entwicklungsstufe zurück, in der sie noch keine Ambivalenz empfinden können. „Die erfolgte Traumatisierung in der Lebensgeschichte dieser Patienten könnten den Klinikern helfen, zu verstehen, dass die Störung der interpersonalen Beziehungen auf Wiederholung früherer realer Erfahrungen basieren: mangelhafte Affektmodulation, ...schwache Über-Ich-Integration, fehlende Angsttoleranz,

schwache Impulskontrolle, und schlecht entwickelte Sublimierungsmöglichkeiten“ (Van der Kolk et al., 2000, S.192). Patienten werden dieselben Mittel anwenden um mit aktuellen Belastungen umzugehen, die sie auch damals angewendet hatten. Schwer und komplex traumatisierte Menschen fehlt die sichere Bindung und diese ist grundlegend dafür, dass Kinder lernen, die Veränderung ihrer internalen Zustände zu regulieren. Somit scheint das Thema der Sicherheit, des Vertrauens, der interpersonalen Beziehung von vorrangiger Bedeutung zu sein. Es ist wichtig, zu verstehen, welches Trauma reinszeniert wird und sich zugleich nicht hineinziehen zu lassen.

Rudolf (2006) bezieht sich in der Arbeit mit traumatisierten Menschen und in der Folge strukturell beeinträchtigten Menschen auf die von Tress et al. (Tress zit. nach Rudolf, 2006, S. 178) beschriebenen Leitlinien für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. „Das Vorgehen der strukturbezogenen Psychotherapie mit seiner regressionsbegrenzenden strukturierenden Zielsetzung, seiner durch Aktivität und Akzeptanz bestimmten therapeutischen Haltung und seiner besonderen Aufmerksamkeit für maladaptive Beziehungsgestaltung und Selbstregulierung entspricht in allen wichtigen Punkten dieser Leitlinie“ (Rudolf, 2006, S.178).

In der konkreten Arbeit bedeutet dies aus Sicht der strukturorientierten Psychotherapie, dass die traumabezogene Behandlung vor der Arbeit an der Struktur erfolgen soll. In erster Linie geschieht dies durch die Anwendung von Stabilisierungstechniken, die den Umgang mit emotionaler Erregung und Dissoziation erleichtern sollen. Im zweiten Schritt schlägt Rudolf (2006) vor, eine Traumaexposition vorzunehmen um erst dann, in einem dritten Schritt, die Durcharbeitung der strukturellen Vulnerabilität zu beginnen.

Die Ego-State-Therapie konzeptualisiert Dimensionen von Anteilen - Ego-States. Ziel in der Ego-State–Therapie ist Integration. Man versucht, Ego-States die komplett abgespalten sind, wieder einzubinden, zu ihnen eine Beziehung aufzubauen und ihren Wert für das Gesamtsystem erhalten, da sie das Überleben der Person gesichert haben. Die intrapsychische Kommunikation ist wesentliches Ziel, nicht Kampf, sondern Demokratie soll hier herrschen (Seibold, 2011).

Auch in der Ego-State-Therapie wird ein phasenorientiertes Vorgehen, so wie in anderen therapeutischen Schulen auch beschrieben. Einschlägige Techniken der Imagination sowie der Psychoedukation dienen in einer Anfangsphase der Stabilisierung. Weiters soll Stabilisierung durch den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung erfolgen, durch den immer mehr Anteile bereit sind mitzuhelfen, da sie eine positive Wirkung spüren. Oft ist ein Verhandeln mit Stabilisierung boykottierenden Anteilen notwendig, die Widerstand leisten und die Therapie blockieren. Dies macht eine möglichst frühe direkte Kontaktaufnahme zu den unterschiedlichen Anteilen notwendig. Diese vermeintlich schwierige Aufgabe scheint einfacher, wenn man die Anzeichen der Ego-States aufmerksamer beachtet. Schon ein einzelnes Symptom, ein psychosomatischer Schmerz oder ein Affekt kann ein Zugang zu einem Ego-State sein (Watkins & Watkins, 2012). Der Zugang wird einerseits über Hypnose erreicht, andererseits reichen auch Externalisierungsverfahren (Stuhlkreis) aus, um Kontakt aufzunehmen. So werden Schritt für Schritt Informationen gesammelt, erarbeitet und immer mehr verfeinert. Schließlich hat man es mit der „Ego-State-Familie“ zu tun und es findet Kommunikation zwischen den einzelnen Anteilen statt.

Täterkontakt wirkt destabilisierend. Hierfür sind oftmals bestimmte Ego-States (Täterintrojekte) verantwortlich. Die Beziehungsarbeit mit diesen Anteilen ist dann notwendig, um Täterkontakt zu beenden.

Seibold (2011) beschreibt, wie auch hier, sowie beim Konzept der strukturellen Dissoziation (Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2006), die Aufrechterhaltung der Dissoziation, die Phobie vor anderen Anteilen, den eigentlichen psychopathologischen Zustand darstellt. „Aus Sicht der Ego-State-Therapie könnte man davon sprechen, dass verschiedene Anteile sich voreinander fürchten bzw. sich ablehnen, hassen oder schlichtweg nicht kennen“ (Seibold, 2011, S. 9). Aufrechterhalten wird dies durch Traumaskripts, Erinnerungssequenzen, Bilder, Gefühle und anderes traumaasoziiertes Material. Ziel aus Sicht der Ego-State-Therapie ist ein Bewusstwerden (Realisieren) der Existenz der Ego-States untereinander und den Abbau der Ängste voreinander, die Bindung aneinander durch gegenseitiges Verständnis und Kooperation zu fördern. Dies wirkt laut Seibold (2011) nachhaltig stabilisierend sowie heilsam auf das desorganisierte Bindungsmuster. „Der Prozess in der Ego-State-Therapie liegt in der

Bindungsarbeit im Selbst, im Wachsen der inneren Kooperation bis zur Integration. Er ist dialogisch und dialektisch – und vergleichbar mit dem Prozess in der Gruppentherapie, nur in der inneren Gruppe“ (Seibold, 2011, S.17).

Ähnlich stellt sich dies im Konzept der Strukturellen Dissoziation dar. Bei der Therapie einfacher dissoziativer Störungen im Falle eines Monotraumas mit damit einhergehender PTBS ist die Arbeit an den Auslösern und dem Vermeidungsverhalten zentral (Gast, 2011). Dissoziation muss durch neue Lösungsstrategien ersetzt werden. Die verhaltenstherapeutische Herangehensweise mit der Suche nach Auslösern, den vorangegangenen Bedingungen und dem Ausprobieren von alternativen Verhaltensweisen ist hier vorrangig. Die Selbstbeobachtung ist wesentlich und wird im therapeutischen Kontext geübt.

Anders bei komplexen dissoziativen Störungen, bei denen nicht nur das Gedächtnis und die Wahrnehmung betroffen sind, sondern auch das Selbsterleben. Im Falle einer sekundären oder tertiären Dissoziation, mit einer damit einhergehenden Aufspaltung in mehrere emotionale Persönlichkeitsanteile (EP) oder einer Aufspaltung in mehrere anscheinend normale Persönlichkeitsanteile (ANP) geht es ebenfalls um die Integration vermiedener mentaler Inhalte, jedoch muss die Behandlung stärker an die momentanen integrativen Fähigkeiten angepasst sein. Integration ist ein wesentliches Behandlungsziel und bedeutet weit mehr als die „Fusion“ der dissoziierten Anteile. Integration bedeutet für den Patienten, ein einheitliches Selbstempfinden und ein konstantes Identitätsempfinden zu haben, sowie die Fähigkeit zur Ausführung integrativer Handlungen, die die Funktionsfähigkeit im Alltag gewährleisten. In welchem Maße ein Mensch zur Integration und zu adaptivem Handeln in der Lage ist, wird als *mentale Ebene* bezeichnet. Ist die mentale Ebene dauerhaft unzureichend, sind Dysregulation und maladaptive mentale und behaviorale Handlungen die Folge.

In der *ersten Phase* wird die Funktion der ANP's erhöht – durch Überwinden von Phobien vor mentalen Inhalten, Phobien der ANP's voreinander und vor EP's. Die meist stark ausgeprägte Phobie vor Bindung wird ebenfalls thematisiert und es muss ein Arbeitsbündnis zwischen ANP's und EP's und dem Therapeuten

bestehen. Ziel ist ein Anstieg des mentalen Niveaus der dissoziierten Anteile und eine bessere Bewältigung des Alltags und der Selbstfürsorge. In der therapeutischen Beziehung schafft der Therapeut eine „haltende Umgebung“, die die Phobie vor Bindung durch konstante Zuverlässigkeit allmählich verringert. Das desorganisierte/desorientierte Bindungsmuster hinsichtlich Bindung und Bindungsverlust aktiviert unterschiedliche Handlungssysteme (Kampf, Flucht, Erstarren, Nähe suchen, Unterwerfung...) die unterschiedliche dissoziierte Persönlichkeitsanteile aktivieren und in entsprechend widersprüchlichen Übertragungsphänomenen sichtbar werden. In dieser Phase muss ausdauernd an regulativen Fertigkeiten gearbeitet werden und die Reflexionsfähigkeit muss gestärkt werden. Weiters bildet Psychoedukation einen wichtigen Faktor.

In der zweiten Therapiephase wird, wenn genügend Stabilität erreicht wurde und die Integrationsfähigkeit gesteigert wurde, an der Phobie von traumatischen Erinnerungen gearbeitet werden, indem man eine schrittweise Exposition durchführt und an antidissoziativen Fertigkeiten arbeitet. Die geführte Synthese (Steele & van der Hart, 2011) erfolgt in mehreren Schritten und beinhaltet die Erschließung traumatischer Erinnerungen. Wichtig ist in dieser Phase auch die Behandlung unsicherer Bindungsbeziehungen zum Täter, die den Beziehungsabbruch zu diesen/m erforderlich machen.

Im *letzten Teil* der Therapie stellen die Integration der Persönlichkeit, die Überwindung der Angst vor intimer Bindung und die Lebensbewältigung ohne Dissoziation oder anderweitige Vermeidung die Schwerpunkte dar.

Auch hier wird, wie in der Ego-State-Therapie, eine Identifizierung der dissoziierten Selbstanteile vorgenommen und eine Kooperation angestrebt. Erst wenn hierdurch mehr Stabilität gegeben ist, kann die nächste Phase beginnen, in der gängige Expositionsverfahren zur Anwendung kommen können.

Wie arbeitet man in der Transaktionsanalyse mit traumatisierten Menschen?

Dazu möchte ich zunächst auf eine Zusammenfassung von Ilse Brab (2004) verweisen, die in der Zeitschrift für Transaktionsanalyse Leitlinien einer transaktionsanalytischen Therapie für sexuell traumatisierte Klienten entwirft. Brab vertritt hier einen humanistischen Ansatz innerhalb der Transaktionsanalyse. Zwar wird hier besonderes Augenmerk auf die sexuelle Traumatisierung gelegt, jedoch

denke ich, dass sich hier allgemeine Prinzipien für die Arbeit mit Traumatisierten ablesen lassen.

Brab (2004) bezeichnet als generelle Ziele der transaktionsanalytischen Therapie mit Opfern traumatischer (sexueller) Gewalt die Integration des Erlebnisses mit seinen Kognitionen und Affekten in das Selbst, in die eigene Geschichte. Dies bedeutet für den Therapeuten, Gegenübertragungsgefühle genau wahrzunehmen und nicht in die „traumatische Gegenübertragung“ zu kippen, die mit Verleugnung, Dissoziation einhergehen und die Gefühle des Ekels, der Scham oder Wut hervorrufen kann. Grundlegend ist selbstverständlich die Ermöglichung einer vertrauensvollen, kontinuierlichen therapeutischen Beziehung.

Brab stellt die Wichtigkeit des Vertragskonzeptes in Vordergrund, das vor selbstschädigendem Verhalten schützen soll indem es Halt und Orientierung bietet und auch einen sicheren Beziehungsrahmen bietet, in dem die Grenzen der Patientin gewahrt werden und auch darauf geachtet wird, dass sie selbst ihre Grenzen nicht überschreitet, indem sie sich beispielsweise zu schnell öffnet und sich einer emotionalen Überflutung im Kind-Ich-Zustand ausliefert. Schutz- und Erlaubnistransaktionen ermöglichen eine Veränderung der Eltern-Ich-Zustands-Inhalte, der Informationen im Erwachsenen-Ich-Zustand und eine korrigierende Erfahrung für den Kind-Ich-Zustand.

Ein Kernstück in der therapeutischen Arbeit stellt die Analyse der Inhalte und der Funktion der Ichzustände dar. Weiteres Ziel ist die interne Kommunikation zum Kind-Ich-Zustand hin, da dieser zu wenig Schutz erfahren hat.

Brab betont die notwendige Langsamkeit im fortschreitenden Therapieprozess, da das Aussprechen von so lange Verschwiegenem angstausslösend ist. Der ursprünglich „geglückte“ Selbstschutz in Form von Verleugnung und Dissoziation bedarf einer Würdigung und das innere Kind benötigt Botschaften im Sinne von : „Ich glaube dir“, „Du bist unschuldig“, „Du musst dich nicht schämen, für das, was ein anderer dir angetan hat, die Scham liegt bei ihm“ und „Dein Körper ist in Ordnung“.

Es ist wichtig, das „Früher“ vom „Hier und Jetzt“ unterscheiden zu lernen und immer wieder, in Wiederholungen, Erlaubnistransaktionen, die vermitteln, dass es

heute anders als früher sein darf, dass „Nein“-Sagen erlaubt ist. Als spezielle Techniken erwähnt Brab z.B. das „Eltern-Interview“ und das „Selbstbeeltern“

Die Selbstbeelterung zur Stärkung des Erwachsenen-Ich basiert auf der Annahme, dass der erwachsene Mensch mit Hilfe seines Erwachsenen-Ichs den Kind-Ich-Zustand und den Eltern-Ich-Zustand analysieren kann und sich dann entschließen kann, hinderliche Einflüsse des Eltern-Ichs zu verändern und neue Erfahrungen zuzulassen. Es wird Kontakt mit dem Kind-Ich aufgenommen, dessen Bedürfnisse werden erfragt und es wird ein Vertrag abgeschlossen, dass der „Erwachsene“ für das Wohlergehen des „Kindes“ sorgen wird und förderliche elternhafte Verhaltensweisen zeigen wird. Wichtig sind hierbei hilfreiche Erlaubnisse und Ermutigungen. Diese Arbeit kann in Form von „Sesselarbeit“ erfolgen oder auch als geleitete Phantasie. Wenn die Klientin es schafft, im Alltag neues fürsorgliches Verhalten zu zeigen, bedeutet dies eine Art emotionaler Versöhnung mit sich selbst bzw. dem verletzten Kind-Ich.

Therapeutisch begleitet sollte dies dadurch werden, dass die Patientin immer wieder aufgefordert wird, die Rollen zu wechseln, dass der Therapeut/die Therapeutin selbst Modell für angemessenes Eltern- oder Erwachsenenverhalten ist und die Patientin ermutigt, lobt und differenziertes Feedback gibt wenn diese selbst ein adäquates Erwachsenenverhalten zeigt und dass Psychoedukation immer wieder eingewoben wird.

Weiters erwähnt Brab schulenübergreifende Methoden wie kreative Techniken, Visualisierungstechniken sowie Körpertechniken, falls dies möglich ist.

Aus dynamisch-holistischer Sicht der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse stellt sich zunächst Frage, wie ich bei einem traumatisierten Menschen den Integrierten Erwachsenen zurückholen und ihn stärken kann? Oder wie ich einen Menschen dazu befähigen kann, überhaupt einmal neopsychische Funktionen zu entwickeln, wenn er diese nicht erlernen konnte? Es bedeutet, dass ich im therapeutischen transaktionalen Geschehen, einem dynamischen Zusammenspiel neue Repräsentationen schaffen kann, die im Sinne des transaktionalen Austausches internalisiert und subjektiviert werden und so zu einer adaptierten repräsentationalen inneren Welt werden können. Neue Erfahrungen im

Beziehungsgeschehen bilden sich in der inneren Welt ab, indem mein Gegenüber mir hilft, mich auf meine Fähigkeiten zu besinnen. Dies geschieht in einem Prozess emotionaler Einsicht, die kognitiv eingebettet ist, d.h. es geht um eine Veränderung der inneren Konzepte, die die Beziehungsgestaltungen in der äußeren Welt mitgestalten (Rath, 2012). Strukturelle Veränderungen beinhalten somit Veränderungen des Skripts und führen an die Arbeit mit Introjektionen und Fixierungen heran.

Ingo Rath (Rath, 2010) führt aus, wie „Enttrübungsarbeit“ die Grundlage der differenzierenden „Inneren-Kind-Arbeit“ bildet. Der gegenwärtige Erwachsene beobachtet im objektivierten reflexionsfähigen Zustand ein traumatisches Ereignis der Vergangenheit. In Anlehnung an Peichl (2007) und Watkins & Watkins kann dies auch als Film, oder auf einer Bühne imaginiert werden um Distanz zu schaffen und überlaufende Affekte zu mildern. „Die differenzierende Innere-Kind-Arbeit legt die Grundlage für eine spätere Integration der unterdrückten oder abgespaltenen Anteile des Inneren Kindes in die Gesamtpersönlichkeit und aktiviert die Selbstfürsorglichkeit“ (Rath, 2010, S. 98). Bei ausreichender Entwicklung des inneren Fürsorgesystems kann das innere Kind von damals angenommen werden und die nicht zu ändernde Tatsache einer Traumatisierung kann angenommen und betrauert werden.

Dem gängigen Vorgehen in der Traumatherapie mit Imaginationen zu arbeiten, gibt Martin Daigger (2010) aus transaktionsanalytischer Sicht einen Rahmen. Er beschreibt, wie in der in der Stabilisierungsphase u.a. mit dem Motiv des „inneren Helfers“ gearbeitet wird und setzt dies in direkte Verbindung mit dem Erwerb von Selbstbeelterungsfertigkeiten. Das bei Frühtraumatisierten pathologische innere Eltern-System hindert den nach Autonomie strebenden Kind-Ich-Zustand durch introjizierte destruktive elterliche Grundbotschaften an der Weiterentwicklung oder der Überwindung traumatischer Ereignisse. Imaginierte innere Helfer übernehmen die Aufgabe eines kreativ geschaffenen Übergangsobjekts, dass ein Kind sich in der realen Welt schafft. In Anlehnung an Winnicot (Winnicot zit. nach Daigger, 2010, S. 131) bezeichnet Daigger die inneren Helfer als Übergangsobjekte, die dazu dienen, Selbstfürsorge zu erlernen und passive Beziehungsbedürfnisse zu

befriedigen. „Das Übergangsobjekt symbolisiert abgespaltene und verdrängte unbewusste Selbstanteile im Sinne von Fähigkeiten (z.B. Selbstfürsorge), zu denen der Patient (noch) keinen Zugang hat und die ein Wunschbild darstellen. Es nimmt für den Patienten so lange eine stellvertretende Funktion ein, bis er in der Lage ist, diese Selbstanteile nach ihrer Integration zu nutzen“ (Daigger, 2010, S. 135). Die neue verinnerlichte Haltung modifiziert das pathologische Elternsystem und wird nach Integration ein Teil des Selbst

Eine weitere Fortentwicklung innerhalb der Transaktionsanalyse stellt der Teilarbeitsansatz von Mary McCloure Goulding (2011) dar. Sie beschreibt Persönlichkeitsanteile, die innerhalb der Gesamtpersönlichkeit handeln und die einen eigenen Willen und ein eigenes Ziel vertreten. Gouldings Ansatz basiert auf der so genannten Neuentscheidungstherapie, die betont, dass jeder Mensch den freien Willen hat und entscheiden kann, wie er sich verhält. Die Umgangsweise mit den eigenen Persönlichkeitsanteilen sieht wie folgt aus:

1. dem inneren Anteil wird ein Name gegeben
2. die Frage nach der nützlichen Botschaft des Anteils wird gestellt
3. sich bedanken für die guten und wertvollen Botschaften
4. die wertvollen Botschaften sollen von einem anderen inneren Anteil mit positiven Eigenschaften vertreten werden
5. der fünfte Schritt besteht darin, den negativen inneren Anteil aus der inneren Mannschaft rauszuwerfen

Goulding nimmt an, dass alle Persönlichkeitsanteile in der Kindheit entstanden sind und damals eine wichtige Aufgabe zu erfüllen hatten. Sie sind meist Abbilder bedeutender Bezugspersonen - „die Monster in deinem Kopf resultieren von den verfehlten Versuchen deiner Eltern, dich perfekt zu machen“ (Goulding, S. 42).

In der therapeutischen Arbeit bedarf es dreier Entscheidungen, um sich nicht länger tyrannisieren zu lassen.

1. Die Entscheidung sich nicht länger tyrannisieren zu lassen
2. Das Heute so zu akzeptieren wie es ist ohne die Vergangenheit ändern zu wollen

3. Den Wunsch aufzugeben, dass sich Andere für frühe Fehler zu entschuldigen haben

Gouldings Ansatz ist ein sehr bilderreicher und fast schon humorvoller Ansatz, der durch seine einfache und experimentierfreudige Art auffällt.

Goulding schlägt vor, gezielt hilfreiche und förderliche Anteile für die innere Mannschaft zu konstruieren und ihnen eine Position, aus welcher heraus sie den inneren Dialog gut beeinflussen können, zu geben. Kopfbewohner mit negativen Inhalten sind entbehrlich und hinderlich für die weitere Entwicklung, sie sollen nicht integriert werden, sondern nur auf eventuell hilfreiche Botschaften hin untersucht werden, die dann anderen Anteilen zugeordnet werden sollen. Goulding beschreibt zwar nicht explizit eine zentrale Instanz, jedoch beruht das Prinzip der Neuentscheidung darauf, dass eine Instanz in der Lage sein muss, diese Entscheidungen zu treffen und somit mit Funktionen des Erwachsenen-Ich ausgestattet sein muss.

In der therapeutischen Arbeit scheint den oben zusammengetragenen Theorien gemeinsam zu sein, dass es zunächst einmal um das Herstellen von einer sicheren therapeutischen Beziehung geht um das zu gewährleisten, was diese Personen missen mussten. In einem von Unsicherheit geprägten Umfeld konnte nie Vertrauen gefasst werden und so stellt jede neue menschliche Begegnung zunächst einmal eine potentielle Bedrohung dar.

Gerd Rudolf (2006) betont, dass aus Sicht der Strukturorientierten Psychotherapie zu allererst am Trauma bzw. den Traumafolgen gearbeitet wird, was bedeutet, dass die Arbeit an der Affekttoleranz und dem dissoziativen Vermeiden Vorrang hat. Struktur in der Arbeit und wenig Möglichkeit zur Regression steht im Vordergrund. Aus Sicht der strukturellen Dissoziation (Nijenhuis et al. 2006) muss ebenfalls sichergestellt werden, dass der ANP ein sicheres Arbeitsbündnis, eine Kooperation mit dem Therapeuten eingeht, was somit die Angst vor Bindung anspricht und diese gleich mitbearbeitet.

In der therapeutischen Arbeit an struktureller Dissoziation soll zunächst die Funktion des ANP erhöht werden – eine Stabilisierung im Alltagsleben ist erforderlich bevor auf weitere Ziele, wie der Überwindung der Phobie vor ANP's voreinander und der Phobie vor den EP's, eingegangen werden kann.

In der Ego-State-Therapie geht es, ebenso wie im Konzept der Strukturellen Dissoziation darum, die abgespaltenen Anteile bewusst zu machen, sie in eine Form der Kommunikation bringen und zum Verhandeln einzuladen.

Auch in der Transaktionsanalytischen Psychotherapie geht es zunächst um Schutz, Erlaubnis und Selbstwirksamkeit (Brab, 2004). Neue Beziehungserfahrungen sollen entlastend wirken und der schützende Bezugsrahmen soll schnelles Regredieren verhindern. Das Vertragskonzept bietet einen klaren Rahmen, in dem Sicherheit und Selbstwirksamkeit erfahren wird. Es geht darum, den Integrierten Erwachsenen zu stärken, um so die Trübung aus anderen Bereichen zu verringern. Es soll die Kommunikation zum Inneren Kind hergestellt werden und zugleich der Integrierte Erwachsene mit psychoedukativer Information versorgt werden. Zugleich werden neue Beziehungserfahrungen integriert und internalisiert. Im Laufe einer Therapie kann durch korrigierende Erfahrungen das Skript verändert werden und diese Erfahrungen können neu in Szene gesetzt werden – im Übertragungsgeschehen kann eine neue szenische Gestalt sichtbar werden. Strukturelle Veränderungen im Ich-System werden phänomenologisch sichtbar in adäquaten Ausfaltungen des Ichs.

Den beschriebenen unterschiedlichen Therapierichtungen ist grundsätzlich gemeinsam, dass sie sich indirekt des in der Traumatherapie mittlerweile selbstverständlich angewendeten SARI-Modells bedienen. Peichl (2007) betont die Wichtigkeit einer therapeutischen Beziehung „auf Augenhöhe“, selbstverständlich treten auch Übertragung- und Gegenübertragungsphänomene auf, aber er betont weiters, nicht damit zu arbeiten und Regression und Reinszenierung des Traumas in der Übertragung als falsches therapeutisches Mittel zu sehen. Als wichtigen Einstieg betont er die Transparenz des therapeutischen Tuns und psychoedukative Einheiten, die verständnis- und vertrauensbildend wirken. Herman (1994) spricht von den drei Phasen der Traumatherapie (Stabilisierungsphase, Traumaexposition und Integrationsphase) und Luise Reddemann (2001) betont nochmals extra die Wichtigkeit von der Phase der Stabilisierung mittels Imagination.

Im SARI-Modell (Phillips und Frederick, 2007) kommt der Phase der Stabilisierung eine ebenfalls wichtige Rolle zu. In den vier Phasen

- Sicherheit und Stabilisierung
- Schaffung eines Zuganges zum Traumamaterial
- Durcharbeiten der Traumaerfahrung und Restabilisierung
- Integration in die Persönlichkeit und Festigung der Identität

kann die Phase der Stabilisierung laut Peichl (2008) zwischen 6 Wochen und mehreren Jahren dauern – und manchmal genügt sogar diese Phase. Sie konzentriert sich darauf, innere und äußere Sicherheit zu finden, eine bessere Alltagfähigkeit zu gewinnen und zu lernen mit Symptomen umzugehen. Positiv auf das Bindungssystem wirkt sich die gute therapeutische Beziehung aus – sie hat durch die Aktivierung des Bindungssystems eine direkte regulative Funktion auf die Neurobiologie des Patienten. Es sollen Ressourcen erkundet werden, der Körper aktiv in die Beruhigung miteinbezogen werden und es sollen Imaginationsübungen wie der Sichere Ort, der Tresor und die inneren Helfer erlernt werden. Diese erste Phase steht ganz unter den Überschriften: Stärkung, Stabilisierung, Schaffung von Schutz und Sicherheit. Durch Imaginationsübungen bekommt der Patient Zugang zu seinen positiven und ressourcenvollsten Ego-States (Peichl, 2008). In der Sprache der strukturellen Dissoziation bedeutet dies, dass der ANP Schritt für Schritt lernt, mehr Kontrolle über die abgespaltenen oder z.T. schon zugänglichen EP's zu bekommen. Dies bedeutet, dem Patienten zu helfen sein persönliches „Toleranzfenster“ in einem ersten Schritt erst einmal wahrzunehmen, um dann im Laufe der therapeutischen Arbeit in der Lage zu sein, dieses zu erweitern, so dass auch vormals belastende Situationen im Alltag zunehmend einer persönlichen Kontrolle unterliegen. Der Patient soll hier die Möglichkeit erlernen, Selbstwirksamkeit zu erleben und dem Gefühl des Ausgeliefertseins erstmalig selbst etwas entgegenzusetzen. In dieser Phase geht es immer wieder um die persönliche Einschätzung der Stabilität – und um eine Entwicklung derselben. Dies geschieht durch Einheiten der Psychoedukation, die dem Patienten (vielleicht erstmalig) erfährt, welche Abläufe seinem subjektiven Leiden zu Grunde liegen und in welchen er erfährt, dass all diese Symptome eine „normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis“ darstellen und ursprünglich Überlebensmechanismen darstellten, um in einem schwierigen Umfeld zu

überleben. Weiters stellt in dieser Phase die Erkundung von Ressourcen einen wichtigen Bestandteil dar. Dass hierbei vom Patienten oft keine Ressourcen wahrgenommen werden können oder diese äußerst versteckt sind, tritt bei schwer traumatisierten Menschen häufig auf. Wichtig ist hierbei, dass auch die noch so kleine positive Erfahrung, oft in Form einer sinnlich erfahrenen angenehmen Tätigkeit („...wissen Sie, wie Schokolade schmeckt...?“), als Ressource angesehen werden kann. Weiters ist wichtig, in dieser ersten Phase die ersten „Übungen“ in Form von Imaginationsübungen anzubieten. Zum Standardrepertoire gehören der sichere Ort, der innere Helfer und die Tresorübung (Peichl, 2012). Diese können mit oder ohne einer leichten Tranceinduktion oder auch einfach in einem entspannten Zustand geübt werden. Zu Schwierigkeiten zählen hierbei, dass Patienten oft betonen, sich einen „sicheren Ort“ überhaupt nicht vorstellen zu können und dies ist aus der persönlichen Biografie heraus auch verständlich. Schwer bindungstraumatisierte Menschen haben oft kein Bild von Sicherheit und können hierfür schwer eine Vorstellung entwickeln. Weiters vermuten sie, dass vom Therapeuten (bzw. der Übung) erwartet wird, diesen Ort in sich zu „spüren“, was augenblicklich Stress oder eine innere Überflutung bewirken kann. Es ist hilfreich, dies vorweg zu erklären und z.B. von einem „Wohlfühlort“ zu sprechen, der mehr gemeinsam ausgedacht wird, als dass er erfüllt werden soll.

Wenn von ausreichender Stabilität ausgegangen werden kann – und dies muss immer wieder gemeinsam überprüft werden – kann der Zugang zu traumatischen Erinnerungen ein nächster Schritt sein. Dass dieser Wunsch vom Patienten ausgehen sollte betonen Phillips und Frederick (2007), da sonst die Möglichkeit besteht dass sich der Patient passiv verhält oder einen Widerstand entwickelt. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, dem Patienten zu helfen, soviel von der Erinnerung zu rekonstruieren, wie die Gesamtpersönlichkeit aufnehmen kann ohne geschwächt zu werden. Dabei kann immer wieder in die Phase der Stabilisierung zurückgekehrt werden und so ergibt sich über längere Zeit ein abwechselndes Vorgehen zwischen den ersten beiden Phasen.

In der dritten Phase geht es um „die Reassoziierung des traumatischen Materials, was bedeutet, dass die somatischen, visuellen, verhaltensbezogenen, affektiven und kognitiven Aspekte einer bestimmten Erfahrung oder einer Sequenz

traumatischer Ereignisse wieder mit dem normalen Wachbewusstsein verbunden werden“ (Phillips & Frederick, 2007, S. 73). Phillips und Frederick betonen, wie wichtig es ist, dem oft geäußerten Wunsch, oder der Idee, durch nochmaliges Durchleben der traumatischen Erfahrung und durch kathartische Abreaktion vom Trauma „befreit“ zu sein, entgegenzuwirken. Dies führt eher zu einer erneuten Destabilisierung und zu einem Gefühl der Reviktimisierung durch das erneut erlebte Gefühl von fehlender Kontrolle. Phillips und Frederick fassen als allgemeine derzeitige Meinung zusammen, dass „der primäre Fokus bei der Offenlegung traumatischen Materials auf der Integration und Regulierung der Affekte mit dem Ziel der Verbesserung der Selbstkontrolle liegen sollte, also weniger auf der emotionalen Entladung und dem emotionalen Ausdruck“ (Phillips & Frederick, 2007, S. 73), da sonst die Dissoziation erhalten bleibt. Die eventuelle Notwendigkeit der „Restabilisierung“ im Sinne einer Rückkehr zur ersten Phase ist auch hier oftmals angezeigt. Das Auftauchen starker emotionaler Reaktionen sowie die Rückkehr somatischer Phänomene, die zuvor abgespalten oder „betäubt“ waren, führt oft zu einer Rückkehr zu regressiven Bewältigungsstrategien. Patient und Therapeut müssen darauf vorbereitet sein und gegebenenfalls zu erneuter Stabilisierung zurückkehren.

In Phase vier geht es darum, statt der Identität des Traumaüberlebenden eine neue, von Hoffnung geprägte Identität entwickeln zu dürfen. Inhalte aus der ersten Phase werden erneut aufgegriffen, um eine „produktive, befähigende und proaktive Haltung zu entwickeln (Phillips & Frederick, 2007, S. 74).

6. Zusammenfassung

In dieser literarischen Übersichtsarbeit ging es mir darum, anhand aktueller Traumatiliteratur aufzuzeigen, welche schwerwiegenden Störungen der frühen Entwicklung von Bindungsmustern zwischen Kindern und Bezugspersonen der späteren komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung den Weg bereiten können. Dabei ging ich der Frage nach, welche Auswirkungen Traumatisierungen auf die psychische Struktur haben und wie sich dies in verschiedenen Konzepten der Multiplizität des Selbst zeigt. Ich formulierte die Hypothese, dass anhaltende Traumatisierung eine Fragmentierung des Selbst bewirkt und somit die psychische Struktur nachhaltig formt.

Im zweiten Kapitel wurde aufgezeigt, wie sich eine Bindungsstörung entwickeln kann, welche Bindungstypen sich zeigen können und wie diese auf die weitere Entwicklung Einfluss nehmen. Bindung ist die Voraussetzung, um weitere lebenserhaltende menschlichen Mechanismen entwickeln zu können. Die Qualität der Bindungsbeziehung und ihr Einfluss auf die Regulierung von Angsteffekten sind für die Entwicklung unverzichtbar. Sich gebildete neuronale Netzwerke, die in Interaktionen erlernt wurden, schlagen sich in späteren Beziehungserfahrungen nieder. Bei Typ-D-Kindern (desorganisiert/desorientiert) zeigt sich ein typisches Annäherungs-Vermeidungs-Verhalten, das gleichzeitig Angst und ein Gefühl von Bedrohung gegenüber der Person, die Sicherheit vermitteln sollte, hervorruft. Dieser Bindungsstil kündigt mit hoher Wahrscheinlichkeit die Existenz später vorhandener nicht miteinander zu vereinbarenden „innerer Arbeitsmodelle“ an, die sich in verschiedenen Entwicklungsstadien bis hin zur Adoleszenz und zum frühen Erwachsenenalter manifestieren können. Die wechselseitige Regulation von Zuständen (Stern, 2003) ist in einem frühen Stadium wesentlich und unter dem Begriff *affect attunement* bekannt. Immer wieder kehrende States und deren Übergänge bieten eine Grundlage für die ersten psychischen Strukturen und Erwartungen des Kindes. Eine Sicherheit vermittelnde Umwelt hilft dem Kind, den Übergang zwischen den States zu modulieren. Wenn externe Affektregulation ausbleibt

und der Erregungszustand noch weiter ansteigt bewirkt dies zunehmende Verwirrung. Dieser *mismatch* behindert positive Lernerfahrungen und neben einem Defizit der Selbstkontrolle entwickelt ein Kind die Selbsthilfestrategie der Anpassung in der Übernahme pathologischer Verhaltensangebote der Bindungspersonen. Das Kind erlebt eine Unverbundenheit der States deren Wechsel von einem Persönlichkeitszustand zum anderen über die Zeit hinweg verschiedene, dissoziierte States, mit den damit verbundenen Gefühlen, Erfahrungen und Erinnerungen zu eigenständigen Persönlichkeitsanteilen oder Selbst-Zuständen werden. Damit einhergehend kann sich das mit zunehmender Reifung so wichtige zustandsübergreifende Selbstgefühl oder Selbst-Bewusstsein mit entsprechend integrativen Fähigkeiten nicht ausbilden. Wesentlich ist hierbei die Getrenntheit von zwei unterschiedlichen Aktionssystemen oder States - Übererregung und Dissoziation. Das gleichzeitige Vorhandensein dieser beider Aktionssysteme – *der traumatic state* – wirkt in der Traumasituation und wirkt auch nachdem diese Situation beendet ist weiter als chronifizierter Alarmzustand und als Aktivierung des Bindungssystems. Bindungsbedürfnisse und Schutzimpulse gegenüber der gleichen Person sind nicht miteinander vereinbar und müssen im Erleben dann auch getrennt gehalten werden. Durch das bindungstheoretische Modell lassen sich viele beobachtbare Phänomene von traumatisierten Menschen erklären wie z.B. die Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, die gestörte Mentalisierungsfähigkeit, die fehlende Ich-Integration und Identitätsprobleme, das desorganisierte Bindungsmuster und dissoziative Symptome. Hier haben wir es mit Defiziten zu tun, die dem Bereich der psychischen Struktur zuzuordnen sind und sich, wie Peichl (2008) zusammenfasst, in einer späteren traumainduzierten Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen können.

Je früher und bedrohender die Traumatisierung war, desto deutlicher sind die Einschnitte im neurobiologischen Entwicklungsprozess. Hypoarousal führt ins Dissoziationskontinuum und Hyperarousal schließt Flucht- und Kampfreaktionen ein. Parasympathisch gesteuerte Erstarrungsreaktionen finden wir in den von einer Opferhaltung geprägten Ich-Zuständen und sympathisch gesteuerte Flucht- und Kampfreaktionen in hasserfüllten Ich-Zuständen. Die Trennung

zwischen den beiden wird durch anhaltende und wiederkehrende Dissoziation verfestigt.

Im dritten Kapitel wurde auf die Definition eines Traumas eingegangen und es wurden die unterschiedlichen Traumtypen beschrieben. So wurde der Unterschied zwischen einer „einfachen“ und einer komplexen Traumatisierung sichtbar, der wesentlich für die Konzeptualisierung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ist. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden herausgearbeitet und so konnte gezeigt werden, dass der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung meist traumatisierende Bedingungen zugrunde liegen und, wie aus dem zweiten Kapitel hervorgeht, erste Bindungserfahrungen, erste nicht geglückte Abstimmungen, eine desorganisierte/desorientierte Bindung bedingen können und diese den Grundstock für die Entwicklung einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung legen kann. In der neueren Literatur wurde der Vorschlag gemacht (Sack, Sachsse & Schellong, 2014) zwei Typen posttraumatischer Symptomatik festzulegen. Den externalisierenden Typus als Borderline-Persönlichkeitsstörung und den internalisierenden Typus als komplexe posttraumatische Belastungsstörung im Sinne Hermans (1994). Dies begründet auch den in dieser Arbeit vertretenen Ansatz, beiden Störungsbildern im Wesentlichen die gleiche therapeutische Haltung entgegenzubringen und traumatherapeutische Konzepte und Interventionen in der Arbeit mit Borderline-Patienten anzuwenden.

Der Begriff der Struktur wurde im vierten Kapitel zunächst allgemein aus Sicht der strukturorientierten Psychotherapie (Rudolf, 2006) definiert und dann aus Sicht der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse im Ich-System als Strukturmodell der Psyche dargestellt. Weiters wurde der Einfluss von Traumata auf die psychische Struktur in unterschiedlichen Konzepten herausgearbeitet.

In den strukturorientierten Konzepten wird von der äußeren und inneren Bedrohung, die traumatisierte Menschen erleben, gesprochen. Zusätzlich zur

äußeren Gefahr droht als Folge auch die fehlende Fähigkeit zur Selbstregulation und Desintegration, die innere Fragmentierung.

Die zitierten und für diese Arbeit herangezogenen transaktionsanalytischen AutorInnen gehen von unterschiedlichen wissenschaftlichen Grundannahmen aus. Rath (2012) sieht als Wurzel dafür den Wechsel Bernes vom holistischen zu einem mechanistischen Weltbild im Laufe seiner Theorieentwicklung. Verwirrend ist dabei für den Leser, dass der Begriff Ich-Zustand in beiden Sichtweisen verwendet wird, wobei er in der einen eine Ausfaltung der abgespeicherten Beziehungserfahrungen darstellt und in der anderen den Ort dieser Abspeicherungen bezeichnet. Ich beziehe mich in dieser Arbeit zur Darstellung des Arbeitsziels auf die Theoriekonzepte, die auf den ursprünglich holistischen Zugang verweisen (siehe Punkt 4.2.1 in dieser Arbeit), gleichzeitig stelle ich die interventionstechnischen Überlegungen der AutorInnen, die den anderen Zugang gewählt haben, ebenfalls zur Diskussion. Es ist nicht Ziel dieser Arbeit, die unterschiedlichen theoretischen Grundkonzeptionen der Transaktionsanalyse zu bearbeiten. Die Inkongruenzen bezogen auf die Theorie, die beim Lesen Verwirrung stiften könnten, sollen hier jedoch explizit benannt werden als Information über den derzeitigen Theoriestand. Sie könnten Forschungsgegenstand einer weiteren wissenschaftlichen Arbeit sein.

In der Therapie kann die interne brüchige Kommunikation sichtbar werden und es können sich destruktive Grundgebote sowie Trübungen des Integrierten Erwachsenen aus dem Bereich der Inneren Eltern und des Inneren Kindes zeigen. In der therapeutischen Arbeit, in der die therapeutische Beziehung zentral wirksam ist, geht es um die Entfaltung der inneren Welt im therapeutischen Geschehen, um die Kontaktaufnahme zum verletzten Inneren Kind oder den destruktiv wirksamen Inneren Eltern. Introjektionen und Fixierungen werden im Übertragungsgeschehen sichtbar und können gemeinsam verstanden und bearbeitet werden. In weiterer Folge geht es um die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sowie der erwachsenen Fähigkeiten, das zu mehr Autonomie und freien Wahlmöglichkeiten im Verhalten führen soll.

In der Ego-State-Therapie benennen Watkins & Watkins (2012) Dissoziation als eine Möglichkeit, eine Traumatisierung zu überleben. Dieses energetische Modell der Teilarbeit integriert bereits Dissoziation und leitet somit über zu Ansätzen, welche die Traumatheorien zum Verständnis von Teilarbeitsmodellen beigesteuert haben. Auch bei Peichl finden sich wesentliche Punkte der Ego-State-Therapie von Watkins & Watkins wieder.

Strukturelle Dissoziation als weiteres Konzept im Spektrum der Traumaarbeit ist laut van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006) der Kern vieler Störungen, denen traumatisierende Erfahrungen zugrunde liegen: akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, komplexe posttraumatische Belastungsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, traumaverknüpfte Konversionsstörung (DSM-IV), dissoziative Störung von Bewegung und Empfindung (ICD-10), Dissoziative Störung nnb. und dissoziative Identitätsstörung. Traumatisierung trennt das biopsychosoziale System, das die Person konstituiert, in Subsysteme auf. Die Trennlinie verläuft dabei zwischen wichtigen biopsychosozialen Handlungssystemen - Anteilen, die die Erhaltung der Art gewährleisten, die also das Alltagsleben (Bindung, Spiel, Forschung) ermöglichen und auch die Fortpflanzung und Anteilen, die an die traumatischen Erinnerungen fixiert sind und überlebensnotwendige Abwehrreaktionen gegen reale oder gefühlte Gefahren auslösen und damit der Erhaltung des Individuums dienen.

Die unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile verwenden dabei unterschiedliche Handlungssysteme, die sich in der evolutionären Entwicklung herausgebildet haben wie etwa: Bindung, Erkundungsverhalten, Spiel oder Verteidigung. Sie aktualisieren sich sowohl mental als auch im Verhalten.

Alle dissoziierten Persönlichkeitsanteile tendieren dazu, gestörte Bindungsmuster zu entwickeln – was als desorganisierte Bindung bekannt ist. Wie desorganisiert die Bindung ist, mag allerdings kaum auffallen, zumal die Handlungsmuster sehr unauffällig wechseln können: so neigt ein Muster dazu, Nähe zu übergriffigen und achtlosen Bezugspersonen aufzusuchen um Akzeptanz zu finden und Alleinsein, Ausgestoßensein zu vermeiden. Ein anderes Muster wiederum vermeidet gerade diese Nähe und zeigt

Abwehrmechanismen wie Flucht, Totstellreflex oder Kampf. Das Konzept der strukturellen Dissoziation ist für das Verständnis von Traumafolgestörungen essentiell.

Auch aus Sicht von Kottwitz und Goos (1993) wird der Einfluss von (Bindungs-) Traumatisierung auf die psychische Struktur sichtbar. Auch sie beschreiben aus transaktionsanalytischer Sicht zwei Typen der Borderline-Persönlichkeitsstörung – den introvertierten emotional zurückgezogenen Typus und den extrovertierten, manchmal provokativen und agierenden Typus. Hier bilden den Ausgangspunkt die Bindungstraumatisierung in Form ungünstiger Muster in der Mutter-Kind-Interaktion: die Aufrechterhaltung der Spaltung durch die Mutter oder die Bestrafung von Autonomie des Kindes. Je nach Ausprägung des Strukturniveaus haben wir auf neurotischem Niveau Ich-Zustandsvermischungen, auf niedrigem Niveau radikale Separierungen der Ich-Zustände durch Spaltung.

Es konnte gezeigt werden, dass traumatische Erfahrungen aus Sicht aller Autoren zu einer Abspaltung von Persönlichkeitsanteilen, Ego-States, EP's oder Ich-Zuständen führt.

Im fünften Kapitel wurden Implikationen für die therapeutische Praxis zusammengetragen. Allen dargestellten therapeutischen Richtungen ist gemeinsam, dass es in einem ersten Schritt um die Herstellung einer vertrauensvollen und Sicherheit vermittelnden therapeutischen Beziehung geht. Mehr als andere Patientengruppen, benötigt die Patientengruppe der (Entwicklungs-) Traumatisierten eine *sichere Bindung*, Struktur und eine transparente Begleitung, in die Psychoedukation immer wieder mit einfließt. Allen Richtungen ist ein phasenspezifisches Vorgehen, im Sinne von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Konfrontation, Integration gemeinsam.

In der Ego-State-Therapie geht es um Integration der einzelnen, getrennt gehaltenen Ego-States in dem man eine Beziehung aufbaut und ihren Wert für das Gesamtsystem würdigt. Die interne Kommunikation soll fließen und dies wirkt heilsam und stabilisierend.

Auch im Konzept der strukturellen Dissoziation von van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006) geht es um die Integration als wesentliches therapeutisches Ziel. Dies bedeutet, als Patient wieder ein einheitliches Selbstempfinden und konstantes Identitätsempfinden zu haben und in der Lage zu sein, ein höheres mentales Niveau mit höher strukturierten Handlungen zu erreichen.

Innerhalb der Transaktionsanalyse gibt es kein einheitliches traumaspezifisches Modell, jedoch findet man Ansätze von unterschiedlichen Autoren, deren gemeinsames Ziel die Stärkung des Erwachsenen-Ich mit Eigenverantwortlichkeit und Autonomie ist. Ein Ziel in der jeder traumatherapeutischen Arbeit kann die Integration der traumatischen Erinnerung mit all ihren Kognitionen und Affekten in die eigene Geschichte sein – dies ist aber nicht zwingend notwendig und gehört zur allgemein traumatherapeutischen Meinung. Oft reicht eine Phase der intensiven Stabilisierung aus, um einen Menschen wieder in seinen Alltagsfunktionen zu befähigen und eine direkte Traumakonfrontation ist somit nicht nötig.

Als Rahmen gibt der Therapievertrag Sicherheit und bietet eine Struktur, um dysfunktionales Verhalten zu verhindern. In der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse allgemein und auch in der Arbeit mit Traumatisierten, werden archeo- und extero-psychische Inhalte und deren sichtbares Verhalten in unangemessenen Ich-Zuständen betrachtet. Die interne Kommunikation zum Inneren Kind soll verstärkt oder überhaupt erst aufgebaut werden, seine Stimme soll gehört und wahrgenommen werden und es soll Schutz erfahren und lernen, dass die Vergangenheit vorbei ist und jetzt Sicherheit gegeben ist.

Das Konzept der Multiplizität, der unterschiedlichen Anteile, durchzieht die gesamte psychotherapeutische Landschaft. Die Parallelen und Gemeinsamkeiten der Modelle sind nicht auf den ersten Blick erkennbar, sprechen sie doch oft eine unterschiedliche Sprache. Ich bin der Meinung, dass wir in der therapeutischen Arbeit mit Traumatisierten letztendlich von den gleichen Grundannahmen ausgehen und das Ziel haben, Menschen dazu zu befähigen, das „Hier und Jetzt“ vom „dort und da“ zu unterscheiden, da die traumatische Erfahrung nachwirkt und

psychische Subsysteme geschaffen hat die den Menschen daran hindern, positive Erfahrungen im Hier und Jetzt zu machen.

Das Konzept der Multiplizität hilft uns in der Arbeit mit Traumatisierten, da sich bei ihnen strukturelle Veränderungen in Form einer Abspaltung, einer Fragmentierung, in einem Getrennthalten zeigen, bei dem uns das Arbeiten mit Anteilen, mit Ich-Zuständen, hilft. Dissoziative Symptome finden wir oft als eine Kernsymptomatik bei traumaassoziierten Störungen und so kann man die bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung auftretende Spaltung als Manifestation einer strukturellen Dissoziation, einer Abspaltung von emotional besetzten Persönlichkeitsanteilen sehen. Das zu beobachtende Verhalten spannt sich zwischen Dualitäten von Übererregung/Untererregung, gut/böse, external/internal und vielen mehr. Die sich uns präsentierenden Ich-Zustände zeigen phänomenologisch diese Dualitäten, die alternierend die Führung übernehmen und so zu zahlreichen interpersonellen Schwierigkeiten führen.

7. Literatur

Berne, E. (1964) *Games People Play: The Psychology of Human Relationship*. Dt.: (1970). *Spiele der Erwachsenen*. Hamburg: Reinbek.

Berne, E. (1961). *Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.

Boessmann, U. (2010). *Struktur und Psychodynamik*. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

Brab, I. (2004). Sexuelle Gewalt. *Zeitschrift für Transaktionsanalyse*: 2004(4), 262-273.

Cortois, C.A., Ford, J.D. (Hrsg.). (2011) *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung*. Paderborn: Junfermann

Daigger, M. (2010). Selbstbeelterung. *Zeitschrift für Transaktionsanalyse*: 2010(2), 130-142.

Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, RC., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt* 73:820 – 829.

Gast, U. (2011). Dissoziative (Identitäts)-Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Diagnostik, Differentialdiagnostik und therapeutische Implikationen. In B. Dulz, S. Herperz, O. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg), *Handbuch der Borderline-Störungen*. (412-428) Stuttgart: Schattauer

Goulding, M. (2011). *Kopfbewohner – oder wer bestimmt dein Denken?*. Paderborn: Junfermann

Federn, P. (1977). *Ichpsychologie und die Psychosen*. Frankfurt: Suhrkamp.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB.

Gooss, B. Kottwitz, G. (1994). *Die Borderline-Persönlichkeit*. Berlin: Verlag Institut für Kommunikationstherapie.

- Herman, J. (2010). Die Narben der Gewalt. Paderborn: Junfermann.
- Hofmann, A. (Hrsg.). (2014) EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Stuttgart: Thieme.
- Huber, Michaela (2012). Trauma und die Folgen. Paderborn: Junfermann.
- Kottwitz, G.(1993). Wege zu mir und dir bei Borderline-Störungen. Berlin: Verlag Institut für Kommunikationstherapie.
- Odgen, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). Trauma und Körper. Paderborn: Junfermann
- Peichl, Jochen (2007). Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Stuttgart: Clett-Cotta.
- Peichl, Jochen (2008). Die inneren Trauma- Landschaften. Stuttgart: Schattauer.
- Peichl, Jochen (2012). Hypno-analytische Telearbeit. Stuttgart: Clett-Cotta.
- Peichl, Jochen (2013). Innere Kritiker, Verfolger und Zerstörer. Stuttgart: Clett-Cotta.
- Perry, Bruce D. (2002). Bindung und Zuneigung bei misshandelten Kindern, in: May, 2002.
- Phillips, M., Frederick, C. (2003) Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Heidelberg: Carl-Auer.
- Rudolf, G., (2006). Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Rath, I. (1995). Ich-System, Ich-Zustände und Rollen. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse. 1-2/1995. 46 – 65.
- Rath, I. (1998). Transaktionsanalytische Psychotherapie. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse. 1/1998. 7 - 10.
- Rath, I . (2010). Das innere Kind als psychotherapeutisches Konzept. Zeitschrift für Transaktionsanalyse. 2010(2). 86 – 101.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (Hrsg.). (2014). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer.
- Schlegel, L. (1984). Die transaktionale Analyse. München: Francke Verlag.

- Seibold, R. (2011). Ego-State-Therapie in der Psychotraumatologie. *Journal für Psychologie*. 19(2011). 1-18.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2012) *Skillstraining bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung*. Wien: Springer.
- Springer, G. (1999). Grundlinien einer phasenspezifischen Skripttheorie. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse*. 2/1999. 57 - 82.
- Stauss, Konrad (1993). *Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom*. Paderborn: Junfermann
- Steele, K., & van der Hart, O. (2011) *Behandlung von Dissoziation*. In C.A. Cortois, J.D. Ford (Hrsg.), *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung*. (S. 170-192). Paderborn: Junfermann
- Stern, D. (2003). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Terr, L. (1994). *Unchained Memories*. New York: Basic Books/Harper Collins.
- Tschöpe-Scheffler, Sigrid (1999). *Kinder brauchen Wurzeln und Flügel. Erziehung zwischen Bindung und Autonomie*. Mainz: Matthias-Grünwald.
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.). (2000). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *Das verfolgte Selbst*. Paderborn: Junfermann.
- Watkins, J. & Watkins, H. (2012). *Ego-States – Theorie und Therapie: Ein Handbuch*. Heidelberg: Carl Auer
- Weinberg, Dorothea (2010). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.). (2007). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller, W. (2014). *Bindungstrauma und Borderline-Störung*. Stuttgart: Schattauer.