

Psychose, Dissoziation und Trauma

Ein Beitrag zur Diskussion

Annäherungen in der psychiatrischen Forschung und Therapie

" *'Psychose'* ist ein phänomenologisch-psychologisches Konzept. Es gibt weder eine biologische Definition des Begriffs noch einen spezifischen biologischen *'Marker'* der Psychose. Jeder Versuch, ein neurophysiologisches Korrelat zu finden, ist bisher gescheitert."

– schreibt Johann CULLBERG am Anfang seiner neuen umfassenden Monografie zur Therapie von Psychosen (2008, S. 37). Im psychiatrischen Alltag allerdings werden Betroffenen und Angehörigen bis heute Vorträge über Stoffwechselstörungen im Hirn gehalten, um den Vorrang der medikamentösen Therapie zu begründen; dabei wirken die Neuropharma durchaus – zumindest symptomatisch und solange sie kontinuierlich genommen werden. Daß beweisbare Stoffwechselveränderungen im Hirn logischerweise ebensogut Folge eines (psychischen?) Phänomens sein können wie dessen Ursache, wird wohl nur selten diskutiert. Daß die Medikamente erhebliche gesundheitsschädliche Nebenwirkungen haben sowie (psychisch oder sogar körperlich) abhängig machen können, wird allenfalls am Rande erwähnt, nicht selten auch bestritten.

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Wer nach anderen Möglichkeiten sucht, Menschen in Psychosen zu helfen, sollte aufmerksam werden für die Botschaften im Handeln und Empfinden der Betroffenen. So heißt es bei DÖRNER/PLOG: 'Irren ist menschlich', dem bedeutenden sozialpsychiatrisch orientierten Lehrbuch von 1978:

"Der Mensch hat viel erfunden, um Spaltungen zu überbrücken und zu kitten, Fremdes auszuhalten und Konflikte zu leben. (...) Schizophrenes Handeln ist eine allgemeinmenschliche Möglichkeit, so daß ich grundsätzlich mich und den Anderen in einer Zerrissenheit, einer Teilung verstehen kann." (1980, S. 97)

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Charlotte KÖTTGEN stellt 1994 beim XIV. Weltkongreß für soziale Psychiatrie in unüblich deutlichen Sätzen den Zusammenhang her zur gesellschaftlichen '*Normalität*':

"Gefühlsmäßige Spaltung, Uneinfühlbarkeit, Mangel an emotionaler Schwingungsfähigkeit, Fremdsteuerung – all dies kennzeichnet den modernen Menschen, ist Teil des notwendigen täglichen Überlebenskampfes.

Was für den einen Voraussetzung ist für seinen besonderen Erfolg, gilt beim Schizophrenen als sein Versagen: Ihm gelingt häufig die Abspaltung fremdgesteuerter Impulse nicht mehr. Ist die zusammenbrechende Panzerung, mit der ein psychisch Kranker reagiert, vielleicht sensibler? Ist es nicht auch krank, wie gefühlsarm auf Umweltzerstörung, Kriege, Not von Kindern und Flüchtlingen, Elend in der Dritten Welt, Atomgefahren, also kaputtmachende Verhältnisse, normalerweise reagiert wird?

Die Vergewaltigung der Gefühle gelingt vielen Normalen bis hin zur Perversion. Die totale Abspaltung von Empathie, Mitleiden, ein fragmentiertes Leben sind so sehr Normalität, daß derjenige, der die Verleugnung nicht mehr erträgt, Selbstkontrolle verliert und den Zwang zur Anpassung durchbricht, erbarmungslos ausgegrenzt werden muß.

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Spiegelt er vielleicht in unerlaubter Weise die allgemeinen Ängste vieler anderer? Signalisiert er seismographisch nicht nur die eigene, sondern auch eine allgemeine Bedrohung?

Trauer, Schwäche, Ängste und Verzweiflung müssen verleugnet werden. Wer das Spiel *'don't worry, be happy'* durchbricht, verletzt die Spielregeln." (1995, S. 156)

Solche Achtsamkeit für den lebensgeschichtlichen Hintergrund psychotischer Episoden war und ist Leitlinie verschiedener psychosenpsychotherapeutischer Ansätze. Bekannte Namen dafür sind Frieda FROMM-REICHMANN, Gaetano BENEDETTI, Stavros MENTZOS und Norman ELROD. Letzterer schreibt über die Arbeit des finnischen Psychiaters Martti SIIRALA:

"Siiralas Grundthese lautet in aller Kürze etwa so: Der Mensch, der in der Medizin und besonders in der Psychiatrie als *'Fall'* gilt, bringt mit seinen *'Symptomen'* eine Leidensgeschichte zum Ausdruck, die in wesentlichen Punkten weder mit ihm selbst angefangen hat noch mit ihm selbst aufhören kann. Die *'Krankheit'* oder *'psychische Störung'* bezeichnet höchst komplizierte individuelle, kollektive und gesellschaftliche Dilemmas, die beim Individuum, einer Gruppe oder sogar einer Klasse bestehen. Meist geht man aber davon aus, daß es weitgehend nur Sache des unmittelbar Betroffenen sei, diese Verstrickungen, die man sich oft als Last vorstellen kann, zu lösen. Das dem Einzelnen zugeschobene Leiden muß jedoch in seinen individuellen, kollektiven und gesellschaftlichen Bezügen entdeckt, als psychische und soziale Pathologie untersucht und in der *'Übertragung'* behandelt werden, wobei Übertragung hier heißt: Leidender bzw. Leidende und Helfenwollender bzw. Helfenwollende sind herausgefordert, Formen der Mitmenschlichkeit zu finden und zu praktizieren, die zu einer Neuverteilung, zu einer *'Ent-dinglichung'* und somit zu einer Reduzierung der Last führen sollen, unter der der Betroffene bisher gelitten hat. Der Verfasser sieht in dieser Teilnahme am Tragen und Verarbeiten individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Dilemmas eine große

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Chance der Lebensbereicherung für alle Beteiligten, weil oft in den Dilemmas Wertvolles steckt, das man nicht wahrnimmt und verwertet, wenn man es als Symptom der einen oder anderen Krankheit bezeichnet." (1987, S. 387/8)

Siiralas grundlegendes Buch erschien bereits 1961 auf deutsch, - wohl Jahrzehnte zu früh, um öffentlich beachtet zu werden. Im Jahr 2000 kam eine Neuauflage heraus.

L. Bryce BOYER (ein Psychoanalytiker, der viele Jahre mit nordamerikanischen Indianern gearbeitet hat) macht in der Einleitung seiner Monografie zur psychotherapeutischen Behandlung Schizophrener deutlich, wie der Schizophreniebegriff im Laufe der Zeit immer vieldeutiger und damit unbrauchbarer wurde:

"Die Reaktionen militärischer und ziviler Populationen auf die verschiedenen durch die beiden Weltkriege hervorgerufenen Streßsituationen zeigten, daß viele Menschen, die vorher adäquat funktioniert hatten, Regressionen durchmachten, die '*schizophrene*' Symptome einschlossen. Sofern die Manifestationen solcher Zustände rasch auf kombinierte Therapien wie Umgebungswechsel, Ruhe, Medikamente und physische Behandlungen wie Elektro- und Insulinschock ansprachen, erhielten sie neutrale Etiketten. So fanden Bezeichnungen wie *battle fatigue* (Gefechtskoller) Eingang in Militärstatistiken, während die regressiven Reaktionen von Zivilpersonen mit einer Reihe anderer Termini belegt wurden. Wir verfügen heute über viele diagnostische Begriffe mit vage definierter Bedeutung, wie pseudoschizophrene Neurosen, pseudoneurotische Schizophrenien, passagère Schizophrenien, Grenzfall-Schizophrenien, *borderline*-Zustände, latente Psychosen, schizoide Persönlichkeitsstörungen und psychotischer Charakter. Häufig hängt das Etikett von der theoretischen Orientierung des Diagnostikers ab, und manchmal wird eine Bezeichnung angewandt, die eher soziale und ökonomische Bedingungen widerspiegelt als den psychopathologischen

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Zustand des Patienten. Obwohl sich nur ein geringer Teil der Literatur speziell mit solchen Reaktionen befaßt, machen doch eine Reihe von Patienten, die als neurotisch diagnostiziert wurden, im Verlauf der Psychoanalyse vorübergehend psychotische Episoden durch." (1976, S. 23)

Der holländische Psychiater, Psychoanalytiker und Psychotherapeut Jan FOUORAINE hatte in den 70er Jahren einiges Aufsehen erregt mit seiner, von wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse wie mitmenschlicher Achtsamkeit gleichermaßen geprägten Suche nach den lebensgeschichtlichen Hintergründen von hospitalisierten Menschen mit angeblich "chronischer" Schizophrenie. Er bezieht sich wesentlich auf Harry Stack SULLIVAN, auf Erving GOFFMAN, aber auch, im Hinblick auf frühe Traumatisierungen, auf den Psychoanalytiker Sandor FERENCZI, einen Protagonisten der Psychotraumatologie. Am Ende seiner Monografie (implizit ein Lehrbuch zur Geschichte der psychiatrischen Therapie) schreibt er:

"Für mich besteht das Bestürzendste meiner persönlichen Erfahrung mit sogenannten '*Schizophrenen*' in der Entdeckung, wie viel der mutloseste, vereinsamteste und verwirrteste Mensch uns zu sagen und zu lehren hat. Ich sage mit Absicht bestürzend, weil gerade auf diese Kategorie Mensch so erschreckend wenig gehört wird. Auch Psychoanalytiker haben sich bitter wenig darum gekümmert." (1974, S. 365)

Foudraine gehörte zu jenen, die seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts die Institution '*Psychiatrisches Krankenhaus*' ohne Wenn und Aber als Anachronismus einschätzten. In seinem Buch plädierte er für den Aufbau von Krisen-Interventionszentren, für Tages- aber auch Nachtkliniken und ähnliche Angebote nach dem Prinzip des '*community containment*' (heutige Stichwörter wären: Sozialpsychiatrie, Gemeinwesenarbeit):

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

"Der Patient behält seinen Arbeitsplatz und seine eigene Wohnung und erfährt nicht den Prozeß langdauernder Entfernung aus seiner ursprünglichen Lebens- und Arbeitsgemeinschaft." (1974, S. 367)

Nachdem viele Traumabetroffene (schon ohne Psychosediagnose) in den auch 50 Jahre später noch bestehenden psychiatrischen Kliniken (jetzt zumeist in gewinnorientierter privater Trägerschaft!) krisen-verwahrt, mißachtet, hospitalisiert und manchmal retraumatisiert werden, kann es nicht schaden, an diese geschichtliche Phase psychiatriekritischer Konzeptionen zu erinnern. Sicher, inzwischen gibt es eine Fülle gemeindepsychiatrischer/komplementärer Angebote, - aber auch die psychiatrischen Krankenhäuser gibt es noch, meist am Stadtrand, wo sie nicht stören.. – und diese Krankenhäuser quellen über von PatientInnen! Es liegt auf der Hand, daß sozialpsychiatrisch engagierte, kreative und kritische Mitarbeiter sich nicht dort, sondern eher bei den gemeindepsychiatrischen Trägern einen Arbeitsplatz suchen werden. Peter KRUCKENBERG, langjähriger Klinikleiter und prominenter Sozialpsychiater seit den 60er Jahren, schreibt im Januar 2010:

"Man darf es ruhig aussprechen: Alles in allem ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung in Deutschland schlecht, vor allem für Patienten mit schweren Beeinträchtigungen und erheblichen sozialen Problemen – konzeptionell rückständig, personell unterbesetzt, gemeindepsychiatrisch kaum integriert. Die Situation auf Akutstationen ist vielerorts im Grunde skandalös. Wir haben uns fast schon daran gewöhnt. (...)

Nicht selten sind psychiatrische Krankenhausbehandlungen nicht nur hilfreich, sondern auch ein zusätzliches Lebenstrauma.

Ich zögere, dies auszusprechen – der Patienten wegen, denn sie haben meist keine Alternative; der Mitarbeiter wegen, denn viele bemühen sich und würden gern anders arbeiten. Andere sind ausgebrannt, ohne die Erwartung, daß sich etwas bessern könnte." (2010, S. 10)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Deutliche Hinweise auf frühe Psychotraumatisierungen bei Menschen mit psychotischen Episoden finden sich am ehesten in Veröffentlichungen zur Psychosenpsychotherapie, so in den Dokumentationen des Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit e. V. (um den Psychoanalytiker Stephan BECKER) oder bei J. READ et al. (1997, 2001, 2004), LARKIN/MORRISON (2006), T. JANSSEN et al. (2004), RUPPERT (2004), bei W. MÜLLER und M. DÜMPELMANN (hier in der Folge).

In privaten Gesprächen erwähnen psychiatrisch tätige Ärzte/Ärztinnen zwar nicht selten unbezweifelhafte traumatische Erfahrungen in der Anamnese von PatientInnen mit Psychose-Diagnose. Manchmal wird auch die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs eingeräumt. Daß solche Erkenntnisse therapeutische Entscheidungen beeinflussen (können), möchte ich eher bezweifeln. Pragmatisch-engagierte Lernbereitschaft wie beim Team des Psychiaters Wolf MÜLLER (langjähriger Chefarzt einer Psychiatrischen Tagesklinik) dürfte selten sein:

"Zunehmend haben wir uns mit den Inhalten der Psychose beschäftigt. Die Konflikte, die sich im psychotischen Erleben spiegeln, sind sehr vielfältig und letztlich nur individuell biografisch zu verstehen. (...)

So fanden wir heraus, daß einige unserer Patientinnen als Kind oder auch in späteren Jahren sexuell mißbraucht worden waren. Wir erlebten, daß diese Ereignisse in den psychotischen Bildern des Wahnes und der Halluzinationen, der Affektdurchbrüche und Emotionen verschlüsselt sind. Diese Erkenntnis traf uns mit voller Wucht und erschütterte uns jedesmal von neuem. Von einigen Patientinnen haben wir inzwischen definitiv erfahren, daß unsere anfänglichen Vermutungen zu Recht bestanden haben. Die Bilder sind oft wiederkehrend: der Teufel, der gesehen wurde; Schritte, die nachts im Zimmer gehört werden; Angst, jemand stehe hinter einem; das Gefühl, jemand beuge sich über das Bett; Angst, es werde eingebrochen mit dem Ziel der Vergewaltigung.

Eine junge Frau berichtete in ihren Krisen, sie sei mit acht Jahren von einem Bus angefahren und zu Fall gebracht worden. Der Busfahrer habe die Eltern gebeten, keine Anzeige zu machen, weil er schon vor kurzem einen Unfall gehabt habe. Sie selbst habe nur Abschürfungen gehabt, keine

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Knochenbrüche oder Kopfverletzungen. Voller Überzeugung brachte die Patientin immer wieder vor, daß dies der Anfang ihrer Erkrankung gewesen sei. Sie habe sich von der Mutter im Stich gelassen gefühlt und man habe ihr die Schuld an dem Vorfall gegeben. Für mich als Mediziner war bis dahin klar, daß diese Geschichte zu dem systematisierten Wahn der Patientin gehörte, da keine körperlichen Verletzungen vorgelegen hatten. Schließlich begriff ich, daß in der *'Kindersprache'* uns der sexuelle Mißbrauch geschildert wurde mit der typischen Schuldzuordnung und der Gewißheit, daß damit die Leidensgeschichte begann. Sexueller Mißbrauch durch andere Männer folgte in den Jahren danach, eine häufig zu findende Wiederholung. Auch diese Patientin klagte wie viele andere z.B. über Regelstörungen, Schmerzen bei der Regel, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Unfähigkeit zum Orgasmus und Schmerzen hinter dem Brustbein.

In therapeutischer Hinsicht bewegen wir uns im Neuland. Es erscheint uns wichtig zu sein, daß wir die Möglichkeit des sexuellen Mißbrauchs mit in unsere Überlegungen einbeziehen, das Thema überhaupt in uns zulassen. Das ist der erste Schritt für eine Atmosphäre, die es den Frauen offensichtlich erleichtert, selbst wieder an die verdrängten Inhalte zu kommen. Inwieweit bei Männern diese Thematik beim Entstehen von Psychosen eine Rolle spielt, können wir noch nicht sagen. Immer wenn ich mit diesem Leid konfrontiert bin, erschüttert mich der Gedanke, daß seit Jahrzehnten, wenn nicht seit Jahrhunderten, diese Frauen abgetan wurden mit der Einordnung als uneinfühlbare Psychose.

Wir lernten weiter: In Psychosen finden auch Regressionen statt. Bei genauem Hinsehen kann man ziemlich genau das dazugehörige Alter erkennen. Im Vergleich mit der Lebensgeschichte lassen sich genau zu diesen Zeitpunkten schwere kindliche Traumata festmachen. Im neuen Durchleben dieser Phase kann ein wichtiger Neuanfang stattfinden." (1994, S. 199f.)

Kindgemäße Metaphern oder Symbole für traumatische Erinnerungen, wie Wolf Müller sie bei Menschen mit Psychosen erwähnt, finden sich regelmäßig auch in Alpträumen von bekanntermaßen frühtraumatisierten Betroffenen ohne psychotische Episoden.

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Stimmenhören gilt üblicherweise als Leitsymptom für schizophrene Psychosen. Seit Menschen mit psychotischen Erfahrungen sich zunehmend auch öffentlich äußern zu ihren (Selbst-)Erfahrungen, werden innere Stimmen erkannt als bedeutsamer Schlüssel zum Verständnis psychotischer Episoden.¹ In diesem Zusammenhang referiert Irene STRATENWERTH in einem von ihr und Thomas BOCK herausgegebenen Buch eine niederländische Studie (ENSINK 1997):

"Frauen, die *wußten*, daß sie als Kinder sexuell mißhandelt worden waren, wurden befragt, ob sie schon einmal außergewöhnliche Wahrnehmungen wie visuelle oder akustische Halluzinationen erlebt hätten. Die Ergebnisse waren beeindruckend: Insgesamt 43 Prozent der knapp hundert Frauen, so Bernadine Ensink, Psychologin an der Universität Amsterdam, 'berichteten, Stimmen zu hören. Acht beschrieben akustische Halluzinationen, die zumindest teilweise mit sexuellem Kindesmißbrauch zusammenhingen. Weitere vier erzählten uns, daß sie sich nicht unmittelbar an ihre Erlebnisse erinnern, ihnen jedoch Stimmen von ihrer Kindheit berichten.' (...)
Ein weiteres Ergebnis der Studie: Frauen, die Stimmen hörten, hatten insgesamt frühere und schlimmere sexuelle Aggressionen erlebt als andere Mißbrauchsoffer. Bei den stimmenhörenden Frauen waren besonders häufig die Väter Täter gewesen; eine Rolle spielt aber auch eine gleichgültige, vernachlässigende Haltung durch die Mütter." (1999, Seite 187f.)

Selbstverständlich gibt es auch frühe Traumatisierungen, die nichts mit sexueller Gewalt zu tun haben. In dem berühmten romanhaften Bericht '*Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen*' von Hannah GREEN wird der fließende Übergang vom jugendlichen Widerstand gegen andere nicht zu bewältigende schlimme Lebenserfahrungen zur Flucht in die Scheinrealität der Psychose nachvollziehbar.

¹ Diese sind (in noch nicht gekläarter Weise) zu unterscheiden von den (inneren wie äußeren) Stimmen dissoziierter Teilpersönlichkeiten bei der traumabedingten Dissoziativen Identitätsstörung (DIS/'Multiple Persönlichkeit').

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Sehr schlimme Erfahrungen in der Kindheit, über die nicht gesprochen werden kann oder darf bzw. die von den Bezugspersonen nicht als solche erkannt werden, können traumatisierend wirken. Sie bleiben dann im wesentlichen außerhalb des alltäglichen Bewußtseins und können oft erst innerhalb der traumatherapeutischen Aufarbeitung ans Tageslicht gebracht werden; - dies gilt selbstverständlich auch bei Traumaüberlebenden mit psychotischen Episoden im späteren Leben. Es ist zu vermuten, daß die traumatischen Erinnerungen bei ihnen in besonders komplexer Weise kaschiert werden durch "psychotische Inhalte". Als psychiatrische PatientInnen haben sie zudem gelernt, bedrohliche und sozial störende eigene Empfindungen und Interpretationen selbst als "krank" und irrelevant einzuschätzen. Selbst bei Betroffenen, die sich heutzutage relativ freimütig, sogar in Publikationen, über ihre Selbsterfahrungen in psychotischen Krisen äußern, sind offensichtliche Hinweise auf psychotraumatische Lebensgeschichten aus diesem Grund kaum zu erwarten. Klare Aussagen wie die folgenden dürften selten sein:

"Eine so genannte Psychose ist nun nichts anderes als die Wiederholung der als Kind erlebten Grausamkeiten in verschlüsselter Form. Die existenzielle Angst zum Beispiel, sprich: Todesangst von damals, wird wiedererlebt als Todesangst. Es sind nun freilich nicht mehr die Eltern, die damals fast die ganze Welt für den kleinen Menschen bedeuteten, die jetzt drohen und kontrollieren und mißbrauchen und einem Gewalt antun, es ist die Welt des Erwachsenen. Der Busfahrer heckt ein Mordkomplott aus, die Muster in der Tapete fordern einen dazu auf, sich Schaden zuzufügen oder die Stimmen im Kopf quälen ihn. Die Wiederholung der Kindheit in verschlüsselter Form ist eine Regression der Psyche, die darauf abzielt, nun endlich Hilfe zu erfahren. So existenziell die Ängste und das Verlassensein als Kind waren, so existenziell bedrohlich ist die Umwelt und so von Allen verlassen erlebt der Mensch sich in der Psychose. Oft so unvorstellbar und nicht nachvollziehbar, weil der Leidende gar nicht mehr zwischen sich und der Außenwelt unterscheiden kann, so wie das auch in der Frühphase der Kindheit der Fall ist. Besonders tragisch ist nun, daß er von seiner Umwelt wiederum keine Hilfe, keine Nestwärme, sondern wieder

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Bestrafung erfährt. Diese Zusammenhänge sind offensichtlich und seit Langem bekannt. Die Ignoranz, die in breiter Front bei Fachärzten, Therapeuten, Angehörigen und tatsächlich auch bei Betroffenen auszumachen ist, grenzt an Blindheit und ist nur dadurch zu erklären, daß man nicht bereit oder in der Lage ist, sich der eigenen Kindheit zu stellen." (KLEIN 2004)

Margot-Dorothea KENDRICK war während der ersten 10 Lebensjahre sexueller und anderer Gewalt durch zwei Täter im engsten Familienkreis ausgesetzt. Innerhalb der Psychiatrie wurde sie mit folgenden Neuropharmaka behandelt: Amisulprid, Fluanxol, Glianimon, Haldol, Taxilan, Truxal (alles Neuroleptika), Aponal (Antidepressivum), Limbatriel (Antidepressivum/Tranquilizer), Akineton (gegen Dyskinesien als Nebenwirkung der Antipsychotika). Sie schreibt:

Ich habe keinerlei Tendenzen mehr, mich in die Unübersichtlichkeit einer Institution zu flüchten, die ich als *'Kerkersystem'* bezeichnen möchte. Was ich mir anstelle der heutigen Psychiatrie wünsche, sind Heil- und Schutzräume für traumatisierte Menschen, denn – wie ich schnell feststellen konnte – die überwiegende Mehrheit psychiatrisierter Leute ist zum Teil schon während der frühen Kindheit Gewalt ausgesetzt gewesen, sei diese psychischer, emotionaler oder spiritueller Art gewesen, und bräuchte deshalb in Krisensituationen verständige und gewaltfreie Hilfe. (...)

Im weiteren Verlauf meiner jahrelangen Bemühungen war es entscheidend, ob ich in meinen Visualisierungen alle Kräfte in das Bild meiner vollständigen Gesundheit geben konnte oder an negativen Krankheitsvorstellungen kleben blieb. Ich fing an zu begreifen, daß meine *'schwere Depression'* im Grunde genommen eine tiefe Wut und massivster Zorn auf meine Mißbraucher war, die ich nur nicht hatte ausdrücken dürfen, da dies in meinem *'christlichen'* Umfeld wiederum schwere Konsequenzen nach sich gezogen hätte." (KENDRICK 1998, S.151f.)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Durchaus typisch für Traumaüberlebende, muß Margot-Dorothea Kendrick ihren Weg zur seelischen Heilung weitgehend ohne fachliche Hilfe suchen. Ich zitiere ausführlich, weil dieser (verkürzte) Bericht für viele ähnliche Erfahrungen von PatientInnen mit Traumavergangenheit (mit oder ohne Psychose) steht – auch heute noch.

"Weitere regelmäßige Körperarbeiten waren Joggen, Gymnastik und Yogaübungen in den Pausen während der Uniseminare. (...) Das Wichtigste war, daß ich damit meine Magersucht überwand, an der ich ab dem Alter von ca. 17 Jahren litt. Diese Magersucht (vorangegangen war bis ins 14. Lebensjahr eine Bulimie, das heißt eine Eß-Brech-Sucht) war das Ergebnis der Abspaltung der *'Kopfkkräfte'* vom restlichen Körper, der ja über viele Kindheitsjahre mißbraucht, mißhandelt und gedemütigt worden war. Zwischen meinem ersten und zweiten Psychiatrieaufenthalt liegen 18 Jahre. Dies mag seltsam erscheinen für Außenstehende (...). Doch es verbirgt sich für mich hinter dieser langen Zeit ein typischer psychischer Zyklus. Es ist – oft unerträglicherweise – eine Tatsache, daß die konkreten Erinnerungen an den sexuellen Mißbrauch so stark verdrängt werden, daß die Überlebenden an regelrechten Erinnerungslücken leiden. Erst durch weitere Gewalterfahrungen oder *'übergestülpte Zweittraumen'* tauchen unerbittliche Flash-Backs auf: anfallartig, übertölpelnd und damit unabweislich. Eine statistische Zahl belegt, daß diese Flash-Backs vorzugsweise zwischen dem 32. und 38. Lebensjahr auftreten (vgl. u.a. HERMAN 1993).

Meine Gewalterfahrungen waren nach meiner Entlassung 1973 aus der Psychiatrie noch lange nicht zu Ende. Ich lernte weitere Stigmatisierungen, Traumatisierungen und weiteren sexuellen Mißbrauch kennen. Unsere Kultur und Familienstruktur scheint äußerst gewalttätig zu sein, kein Ort der Geborgenheit, Sicherheit und sozialen Solidarität. Jedenfalls leitete dieser zweite Psychiatrieaufenthalt 1990/91 ein *'Schwingtürprinzip'* bei mir ein: rein – raus – rein – raus, wiewohl alles mit einem für Inzestbetroffene *'normalen'* Panikanfall, der mit starken Rückenschmerzen anfang, begonnen hatte. (...)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Ich hatte ja schon eine Mißbraucherfamilie und nun (...) in eine zweite eingehiratet. Dies war mir psychisch jedoch zuviel geworden, und unglücklicherweise geriet ich für kurze Zeit in die Vorstellung, ich hätte meinen Ehemann umgebracht. Der größte Fehler meinerseits war, über diesen Inhalt meiner Panik gesprochen zu haben. Mit Polizeiaufwand wurde ich auf die geschlossene Abteilung einer Universitätsklinik verschleppt, obwohl meine innere Aufwallung ca. 20 Minuten nach dieser Panik bereits abgeflaut war. Aber immerhin hatte ich über das – für patriarchale Verhältnisse – Kapitalverbrechen schlechthin gesprochen: den Mord am eigenen Ehemann! Damit war ich *'endogen psychotisch'*, gerade auch deshalb, da mein Ehegatte ja noch lebte." (KENDRICK 1998, S.152-54)

Kendrick wird nach 3 Wochen entlassen, setzt abrupt das Neuroleptikum ab, dekompensiert durch den Entzug, dazu kommen Parkinsonsche Zitterlähmungen (als typische Nebenwirkung von Antipsychotika). – Dies alles muß bei einem psychotraumatisch geschädigten Menschen fast unweigerlich zur Retraumatisierung führen: "Jetzt bekam ich wirklich Psychosen." – Noch 3 kurzzeitige Psychiatrieaufenthalte folgen, die oben erwähnte Palette an Neuropharmaka wird eingesetzt. "Übersensibilitätspsychosen. Neurologische Verstümmelung. – Der Entzug von Haldol war gravierend und gestaltete sich als fünftägige Vollpsychose."

Margot-Dorothea Kendrick hat zuletzt ihren eigenen Weg zur Gesundheit gefunden, - aber darin ist sie wohl eher eine Ausnahme.

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Der Psychiater und Psychoanalytiker Michael DÜMPELMANN erforscht seit vielen Jahren konzeptionell wie klinisch Zusammenhänge zwischen schizophrenen bzw. affektiven Psychosen und traumatisierenden Lebenserfahrungen:

"Bei psychotischen, auch bei schizophrenen und schizoaffektiven Störungen wurden vielfach hohe Koinzidenzen mit Traumata in der Vorgeschichte gefunden, insbesondere mit schweren und früh durch andere Menschen erlittenen Traumatisierungen. Neurobiologische wie auch psychologische Untersuchungsbefunde sprechen dafür, daß die Entwicklung psychischer Funktionen, die für Psychosen relevant sind, durch Traumatisierungen gravierend gestört werden. Diese Befunde belegen auch, daß die zu Psychosen prädisponierende Vulnerabilität oft unter dem Einfluß traumatischer Erfahrungen entsteht und nicht nur umgekehrt Traumatisierungen das Ergebnis genetisch oder konstitutionell erhöhter Vulnerabilität sind.

Für einen Teil der heterogenen Gruppe der *'psychotisch'* bezeichneten Krankheitsbilder und für die Gruppe der Schizophrenien bilden frühe Traumata offenbar einen hoch wirksamen, entwicklungspsychologisch faßbaren Risikofaktor. Das verändert die Rezeption von Psychosen: die Annahme einer stark endogenen Ätiologie von Psychosen, die von psychoreaktiven Krankheitsbildern abgetrennt klassifiziert werden, läßt sich zumindest für einen größeren Teil dieser Krankheitsbilder nicht aufrecht erhalten.

Psychotraumatologische Befunde steuern wertvolle Konzepte für das Verständnis und die Therapie vieler Psychosen bei. Können in Wahn und Halluzinationen und in typischen Beziehungsepisoden traumatische Kontingenzen erfaßt werden, kann die Therapie präziser auf individuelle Entwicklungsdefizite abgestimmt werden." (2003, S. 9/10)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Aus dem Blickwinkel der Psychotraumatologie

Es zeigen sich also zwei mögliche und nötige Fragestellungen zum Thema:

- a) Lassen Empfindungen, Reaktionsweisen und andere Hinweise bei konkreten PatientInnen mit psychotischen Episoden frühere Realtraumatisierungen vermuten?
- b) Lassen sich (darüberhinausgehend) Erkenntnisse der psychotraumatologischen Forschung bzw. entsprechende Erfahrungen aus der traumatherapeutischen Praxis (bei PTBS, Borderline, dissoziativen Störungen) nutzen, um traumatische Erfahrungen regelhaft zumindest als Mitursache psychotischer Entwicklungen zu erkennen?

Zu a):

Entsprechende Zusammenhänge wurden in Fallberichten zur Psychotherapie bei Psychosen seit jeher dokumentiert, in der allgemeinspsychiatrischen Praxis jedoch selten. - Während meiner Arbeit in der Akutpsychiatrie (als Gestaltungs-/Soziotherapeut) haben mir nahezu sämtliche PatientInnen (mit Psychose-Diagnose), mit denen sich entsprechendes Vertrauen entwickelte, von mit großer Wahrscheinlichkeit traumatischen Sozialisationsbedingungen und/oder entsprechenden späteren Lebenssituationen berichtet. Behandelnde ÄrztInnen bzw. Klinische PsychologInnen wußten davon meist nur wenig. Ich hatte den Eindruck, sie wollten auch nichts wissen, denn schließlich – wie hätten sie damit umgehen sollen? Manchmal bestand Konsens darin, daß schlimme Kindheitserfahrungen das Ausbrechen einer Psychose begünstigen können; aber jetzt hatte der Patient/die Patientin eben diese Psychose und es galt, sie mithilfe von Medikamenten und unterstützenden Angeboten in den Griff zu bekommen. Schon für ausführlichere Gespräche über die individuelle Lebensgeschichte war kaum Zeit, ganz zu schweigen von der Suche nach geeigneten Psychotherapeuten bzw. von Antragsformulierungen für Krankenkasse oder Sozialhilfeträger.

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

zu b):

Neuere psychotraumatologische Erkenntnisse/Erfahrungen haben dazu geführt, daß Traumafolgeschädigungen (bei nicht-psychotischen Betroffenen) in zunehmendem Maße verstanden werden können im Zusammenhang mit neurophysiologischen Strukturen, insbesondere phylogenetisch angelegten Überlebensmechanismen (Angriff, Flucht, Erstarrung) sowie Abspaltungen (Dissoziationen) bei überlebensgefährdender Reizüberflutung. Es könnte versucht werden, diese Erkenntnisse und Erfahrungen der psychotraumatologischen Forschung/Praxis konsequent anzuwenden auf psychotherapeutische Arbeit (sowie Recovery-Konzepte und stabilisierende Betreuung – auch als Aspekte der psychiatrischen Therapie) bei PatientInnen mit Psychosen.

Professionelle Achtsamkeit aus einem eher psychotraumatologischen Blickwinkel ist hierfür wohl zweckmäßig:

Wer aufwächst in einem massiv dysfunktionalen Elternhaus, in dem psychische Dekompensationen von Bezugspersonen, körperliche/sexuelle Gewalt, Alkoholexzesse, seelische Drangsalierung und ähnliches zum Alltag gehört, wird sich nicht selten in eine **Traumwelt** flüchten. In kindgemäßer Weise werden dann reale Gewalterfahrungen symbolisiert durch Tiere, Teufelsfratzen, Gespenster und Elemente aus Kinderbüchern oder Fernsehsendungen. Insbesondere wenn Vater, Mutter oder andere für das Kind existenziell notwendige Bezugspersonen zugleich TäterInnen sind, wird die traumatische Erfahrung auf diese Weise abgespalten von der weiter bestehenden Bindung. Geräusche vor dem Haus, das Heulen des Windes – alles kann besetzt werden mit den auf andere Weise nicht begreifbaren schlimmen Empfindungen. Fehlende Bindung und Zuwendung wird ersetzt durch imaginierte Gefährten, eigene Hilflosigkeit kompensiert durch kindgemäße Machtphantasien. Diese dissoziative Derealisierung und Depersonalisierung kann sich nuanciert ausdifferenzieren und weitgehend zur **Ersatzwelt** werden gegenüber dem alltäglichen Terror. Ein Bezug zur sozialen Realität wird dann eventuell nur im unbedingt nötigen Maße hergestellt (Schulbesuch, häusliche Mithilfe). Zumindest Momente von Beziehungswahn und (Pseudo-)Halluzinationen sind dann fast unausweichliche Folgen, die die weitere Persönlichkeitsentwicklung des

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

betroffenen Kindes unweigerlich beeinflussen. Dies ist therapeutische Erfahrung bei Betroffenen mit PTBS/Borderline-Syndrom/Dissoziativen Störungen. Es ist anzunehmen, daß auch psychotische Episoden eine entsprechende lebensgeschichtliche Grundlage haben können. Michael DÜMPELMANN schreibt dazu aus seinen Erfahrungen in der auf Psychotrauma spezialisierten Fachklinik Tiefenbrunn bei Göttingen:

"Im Verlauf lange unbehandelter posttraumatischer Syndrome kommt es oft zu gravierenden kognitiven Verzerrungen, die konkretistischen Wahrnehmungsmodi psychotischer Menschen entsprechen und kaum von denen zu unterscheiden sind. Daneben bleibt häufig eine extreme Sensibilität für das Gegenüber zurück, durch die feinste Signale größte Angst auslösen können." (2002[a], S. 17)

Die psychotraumatologisch relevanten Symptome sind im wesentlichen in den Diagnosekatalogen enthalten (wenn auch z.T. erst unzureichend ausdifferenziert) und können zur Grundlage von krankenkassenfinanzierter Traumatherapie (wohl auch bei Psychosen) gemacht werden. In der psychiatrischen/psychotherapeutischen Praxis gibt es jedoch erst wenig Kenntnis über psychotraumatologische Zusammenhänge. Psychotherapie (sowie Krisenintervention in allgemeinpsychiatrischen Stationen) orientiert sich bei Betroffenen mit Traumafolgeschäden (ohne Psychose-Diagnose) noch immer meist an den unspezifischen Symptomen, die teilweise Ausdruck von kompensatorischen Selbstheilungsversuchen sind: Suizidalität, Eßstörungen, Sucht, Selbstverletzungen, aber auch depressiven Reaktionen, Angststörungen, Soziophobie. Derartige Symptomtherapie führt allenfalls zu kurzfristiger Entlastung/Besserung. Das zugrundeliegende traumabedingte Leid sowie die über die Jahre zunehmende Hoffnungslosigkeit/Resignation führt zur Verfestigung der kompensatorischen Reaktionen.

Würden Traumafolgeschäden frühzeitiger als solche erkannt und fachgerecht traumatherapeutisch betreut, könnte dies erheblich zu **Prävention** solcher verfestigter Symptome beitragen, deren kostenintensive Therapie dazuhin meiner Erfahrung nach nur selten erfolgreich ist.

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Bei psychotraumatologisch orientierter Traumatherapie liegt großes Gewicht auf Ressourcenorientierung und Stabilisierung im sozialen Umfeld, Faktoren also, die mittlerweile über Recovery-Konzepte und Klinische Sozialarbeit auch oder gerade für PatientInnen mit Psychosen als relevant erkannt werden.

Mit all dem gibt es umfassende (und wohl weitgehend konsensuelle) positive praktische Erfahrungen bei Psychotraumatologen/Traumatherapeuten und Betroffenen, die sich jedoch bisher fast ausnahmslos auf Trauma-Überlebende ohne Psychose-Diagnose beziehen.

Noch einmal Johann CULLBERG:

"Es herrscht nach wie vor ein Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Einflüssen der Kindheit und früher Erfahrungen auf die Entwicklung einer Psychose oder der Schizophrenie. (...) Negative Kindheitserfahrungen und Persönlichkeitsstörungen können als psychologische Vulnerabilitätsfaktoren für die Entstehung von Psychosen fungieren. (...)

Die systematische Forschung auf diesen Gebieten ist dürftig und unser Wissen beruht nach wie vor überwiegend auf *'anekdotischen'* Daten. Eine Übersicht zeigt, daß der Anteil schizophrener Patienten, die unter traumatischen Bedingungen aufgewachsen sind, überzufällig groß ist (READ 1997). In diese Gruppe sind Personen eingeschlossen, die als Kinder sexuelle oder andere Mißhandlungen erlitten haben oder in frühem Alter starker Vernachlässigung ausgesetzt waren. Der Autor sieht den Grund dafür, daß dies in der früheren Literatur nicht bemerkt wurde, darin, daß nicht nach solchen Problemen gefragt wurde, wenn die Vorgeschichte der Patientinnen und Patienten erfaßt wurde." (2008, S. 8f.)

Zu einer eigenen Studie mit 30 Patienten (von 2002) kommentiert er:

"In vier von fünf Fällen von Schizophrenie ohne klare Auslösefaktoren hatte der Patient eine extrem traumatische Kindheit hinter sich." (2008, S. 94)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Nach einer früheren eigenen Erhebung mit acht Personen mit Schizophrenie (1991) war Johann Cullberg zwar der Überzeugung, daß "viele (die meisten?)" dieser Patienten nicht besonders schwerer Vernachlässigung ausgesetzt waren: "Es gab keinerlei Anzeichen darauf, daß sie im Kleinkindsalter traumatischem Streß ausgesetzt gewesen waren. Demgegenüber hatten sie alle sehr belastende Erfahrungen im Vorschulalter oder vor der Pubertät gemacht." (S.81) – Dies entspricht jedoch möglicherweise den häufigen Erfahrungen in der Traumaberatung bzw. traumatherapeutischen Arbeit mit **Deckerinnerungen**, hinter denen erst bei wachsendem Vertrauen Erinnerungen an frühere Traumasituationen ins Bewußtsein treten.

Cullberg erwähnt eine Patientin mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen, deren psychotraumatische Lebensgeschichte aktenkundig war:

"Maria hatte eine klar erkennbare psychologische Vulnerabilität nach ihrer traumatischen Kindheit. Ihr Zusammenbruch kam nicht unerwartet, er ging zum Teil auf die erlebten starken suizidalen Impulse zurück. Ihre Fähigkeit, konstruktiv mit ihren Gefühlen des Verlassenseins und der Zurückweisung umzugehen, war von Beginn an niedrig. Hinzu kam ihre Zukunftsangst. Die Identifikation mit ihrer Tochter und die Angst, daß man sie ihr wegnehmen könne, wurden dadurch verstärkt, daß ihre Tochter jetzt in dem Alter war, in dem man Maria aus ihrem Heimatland fortgeschickt hatte.

Diese Art des Umgangs mit ihren Kindheitstraumata – durch emotionale Isolation und eine 'arrogante' Fassade – ist häufig bei Menschen zu beobachten, die eine Psychose entwickeln, nachdem ihre emotionalen Grenzen plötzlich niedergerissen worden sind. (...) Die typischen Symptome sind nichtbizarre paranoide Wahnideen und möglicherweise halluzinatorische Erlebnisse. Der auslösende Streß kann durch das Wiederaufleben alter traumatischer Erfahrungen verschlimmert worden sein." (2008, S. 117)

Diese psychiatrischen Erfahrungen gelten ohne Einschränkung auch für Betroffene mit Psychotrauma-Schädigungen ohne Psychosen. Oft durch den Übergang ins Berufsleben, einen neuen intimen Beziehungskontakt oder durch den Tod einer Bezugsperson werden die fragilen emotionalen Grenzen

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

überschwemmt durch ans Bewußtsein drängende traumabezogene Assoziationen/Empfindungen. Gerade bei Menschen mit Borderline-Syndrom findet sich häufig die von Cullberg erwähnte "Fassade", sodaß nach Hilfe gesucht wird allenfalls dann, wenn es gar nicht mehr anders geht.

Im individuellen Beziehungskontakt mit einzelnen Betroffenen könnten und sollten psychiatrische Erfahrungen mit PatientInnen in Psychosen und psychotraumatologische Erfahrungen in Verbindung gebracht werden. **Vulnerabilität** als besondere Streßanfälligkeit kann wohl schon heute eine Brücke schlagen zwischen beiden Arbeitsbereichen:

"Hohe Vulnerabilität deutet auf eine erhöhte Sensibilität aufgrund früher und möglicherweise verdrängter [*sprich: dissoziierter; v.L.*] Traumata hin. In solchen Fällen fällt es der Umgebung noch schwerer zu verstehen, warum es zu der Psychose gekommen ist." (Cullmann, S. 95)

Noch immer allerdings gibt es bei Psychiatern, Psychotherapeuten und in den Medien auch fundamentale Ablehnung von Traumatherapie als "Modeerscheinung" (so z.B. der bekannte Sozialpsychiater Klaus DÖRNER 2005 im SPIEGEL).

Aufmerksamkeit für Realtraumatisierungen hat in Psychiatrie und Psychotherapie lange Tradition, die nur immer wieder überdeckt wurde durch andere "Modeerscheinungen", in den letzten 70 Jahren vor allem durch die konzeptionelle Abkehr der psychoanalytischen Theorie von (sexuell bestimmten) Realtraumatisierungen sowie durch die gegenwartsorientierte Verhaltenstherapie. Das derzeit stärker werdende Interesse für Realtraumatisierungen hängt wohl zusammen mit der begrüßenswerten Aufmerksamkeit für häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt an Kindern sowie traumatische Lebensumstände ganzer Bevölkerungsgruppen (Bürgerkriege/Genozid/Folter, Social Trauma); siehe hierzu HERMAN und St.JUST.

Tatsache ist allerdings, daß die Gesundheitsindustrie das Thema Traumatherapie für sich entdeckt hat und in Trauma-Fachkliniken anerkannte

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

traumatherapeutische Standardverfahren anbietet. Nicht selten werden diese dann (personalkostensparend) vorrangig in Gruppensituationen abgearbeitet, was den therapeutischen Nutzen deutlich reduziert. Leider neigen Psychiater (aber auch Krankenkassen) in ihrer Hilflosigkeit dazu, Betroffene, die vor Ort keine ambulante Traumatherapie finden, in solche Fachkliniken abzuschicken. Therapie der Wahl ist bei posttraumatischen Schädigungen jedoch anerkanntermaßen die ambulante Psychotherapie vor Ort, ggf. mit kurzzeitigen Intervallen in einer Traumaklinik, um dort bestimmte Themen in einem besonderen Setting bearbeiten zu können. –

Das Grundprinzip der Massenmedien, absatzfördernd immer neue "Modethemen" zu etablieren bzw. durch entsprechende Meinungsäußerungen Prominenter abwechselnd anzuheizen und zu diffamieren, dürfte mittlerweile allgemein bekannt sein; sich demgegenüber zu rechtfertigen, besteht kein Anlaß.

Der Psychiater Peter KRUCKENBERG betonte während des XIV. Weltkongresses für Soziale Psychiatrie (1994):

"Das Verständnis vom psychischen Kranksein muß ausgehen vom subjektiven Erleben des Erkrankten und vom Miterleben in der persönlichen Begleitung durch seine Bezugsperson und die in der Psychiatrie Tätigen. (...) Was hier – im Quellbereich der Psychiatriereform – nicht stimmt, ist durch andere Aktivitäten nicht gutzumachen. (...)

Einseitige Krankheitsmodelle haben ihren Ursprung immer in der Angst vor der persönlichen Begegnung mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen, sind als Abwehrhaltung zu verstehen und zu bearbeiten, insbesondere bei den Professionellen in der Psychiatrie, aber auch in den Verwaltungen, in der Politik und in der Öffentlichkeit." (1995, S. 463)

Diese **Abwehrhaltung** sehe ich in hohem Maße auch beim Umgang sehr vieler psychiatrischer und psychotherapeutischer Profis mit dem Thema '*Trauma*'.

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Aber es geht weiter..

In letzter Zeit nimmt bei Traumatherapeuten (HANTKE 1999, van der HART/NIJENHUIS/STEELE), aber auch bei manchen psychiatrischen Klinikern, die Aufmerksamkeit für die übergeordnete Relevanz dissoziativer Phänomene zu. Der züricher Psychiater und Psychoanalytiker Christian SCHARFETTER (1999, 2003) sieht **Dissoziation** als geeignetes Interpretationsinstrument für eine weite Spanne von psychischen Störungen; dazu gehört für ihn die dissoziative Identitätsstörung, die Borderline-Pathologie und, als schwerste Form der Dissoziation, die Ich-Fragmentation bei den sog. Schizophrenien. Daß solche Zusammenhänge in der psychiatrischen, aber auch psychotherapeutischen Praxis bislang wenig beachtet werden, könnte auch mit konzeptionellen Paradigmen zusammenhängen. Für die psychiatrische Praxis schreibt DÜMPELMANN:

"Die Fragmentierung der Einheit und Brüche in der Kohärenz der Persönlichkeit werden per definitionem an den schizophrenen Formenkreis gebunden und zugleich von lebensgeschichtlichen Einflüssen getrennt. Grundlage dafür ist offenbar eine antizipierte *'Einheit der Einheiten'*: Die Einheit des Erlebens der Person und ihre Störungen werden eng mit Abwesenheit oder Anwesenheit der Krankheitseinheit *'Schizophrenie'* verbunden. Das wirkt wie ein Maschinenmodell. Menschen mit einer *Zerbrechensgeschichte*, mit schrecklichen Erfahrungen menschlicher Interaktion, haben aber dissoziative Störungen (SCHARFETTER 1998, 1999).

Dadurch ergibt sich ein *'paradigmatischer Filter'* (READ 1997), der psychotische Fragmentierungszustände theoriegeleitet als Produkt endogener Faktoren festschreibt und kategorisch dem schizophrenen Spektrum zuordnet, während exogene und psychogene Faktoren, die ähnliche Symptome bewirken, als Dissoziation erklärt werden, ohne daß befriedigende Unterscheidungskriterien vorlägen." (2002[a], S. 5)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

"Bei Psychosen wird nicht nach Mißbrauch gefragt und umgekehrt werden psychotische Phänomene bei Traumapatienten als Pseudo-Psychosen bewertet. Traumaforscher schließen Psychosen aus ihren Untersuchungsgruppen aus und umgekehrt tun das Psychoseforscher mit Traumatisierten." (2002[a], S. 6)

Michael Dümpelmanns Beitrag enthält eine nuancierte Gegenüberstellung von gewöhnlich als psychotisch (schizophren, depressiv oder manisch) bzw. als traumatogen verstandenen Symptomen; - offensichtlich wird:

"Schwere posttraumatische Syndrome und Psychosen weisen oft so große Ähnlichkeiten auf, daß sie sich kaum oder auch nicht unterscheiden lassen. (...) Zum Bruch mit der Realität und zur Konstruktion privater Wirklichkeit kommt es bei Psychosen wie auch bei schweren posttraumatischen Störungen dann, wenn Ohnmacht und Zerrissenheit zwischen Angst vor bedrohlicher Auslieferung und extremer Bedürftigkeit und Angewiesenheit bei ein und demselben Objekt erlebt werden. Nähe und Gefahr fallen dann zusammen." (2002[a], S. 9)

Dazu paßt eine neue Konzeption des Psychiaters und psychoanalytischen Psychosenpsychotherapeuten Stavros MENTZOS. Er arbeitet in einer nuancierten Kritik an Otto F. Kernbergs Borderline-Konzeption heraus, daß sich beim Borderline-Syndrom – ebenso wie bei Psychosen! – sehr spezielle Dilemmata "zwischen Selbstidentität und Autonomie einerseits und Strebungen in Richtung auf Bindung, Vereinigung und Verschmelzung mit dem Objekt andererseits" auffinden lassen:

"Diese grundlegenden Gegensätzlichkeiten wurden Dilemmata genannt, um sie von den üblichen neurotischen Konflikten auch sprachlich zu unterscheiden. Die unter dem Druck dieser dilemmatischen Konstellationen resultierenden gravierenden Störungen, die wir psychotisch nennen, sind also nicht an erster Stelle als funktionale Ausfälle (Dysfunktionen), sondern als aktive Abwehr-, Schutz- und Kompensationsmechanismen zu

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

verstehen, obwohl sie es sind, die auf der deskriptiven Ebene die bekannten psychotischen Symptome und Syndrome abgeben, welche üblicherweise eben nur unter dem Gesichtspunkt der gestörten Funktion, also eben nur als '*Störung*' begriffen werden." (2001)

Eine derartige "Bipolarität zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Motivationen, die unter ungünstigen psychosozialen (oft auch biologischen) Bedingungen zu rigiden unlösbaren Dilemmata konfliktualisiert wird", sieht Mentzos "praktisch bei allen schweren psychischen Störungen".

"Die charakteristische oszillierende Wechselhaftigkeit des Borderline-Patienten, besonders in seinen Beziehungen, aber auch in seinem Umgang mit sich selbst" versteht Mentzos nun als dadurch "spezifisch charakterisiert, daß bei ihr jene durch den intrapsychischen Gegensatz entstehende unerträgliche Spannung (und Angst) auf eine besondere (pathologische) Art abgewehrt und kompensiert wird." (a.a.O.)

Diese ebenso praxisnahe wie streng theroriegeleitete Konzeption könnte zu einem wichtigen Baustein einer traumaorientierten Psychosenpsychotherapie werden. – Irritieren mag, daß da durch die Hintertür die uralte Borderlineinterpretation von der "Grenzfallpsychose" wieder aufzutauchen scheint, aber möglicherweise können wir heutzutage eher die meisten schweren psychischen Störungen (einschließlich der Psychosen) als Traumafolgeschädigungen verstehen lernen. –

Übrigens: Sobald solche Schlußfolgerungen sich herumsprechen, werden sie leider mit großer Wahrscheinlichkeit zur Grundlage interessengeleiteter Forschungen werden – mit dem Ziel, nun auch Psychotraumaüberlebenden entsprechende Antipsychotika anzudienen, aber: das ist die Welt, in der wir leben!

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

2009 wurde in der Fachzeitschrift 'TRAUMA UND GEWALT' eine phänomenologische Querschnittsstudie veröffentlicht unter dem Titel: 'Dissoziation und schizophrene Störungen. Zu den Folgen von Vernachlässigung und Traumatisierung in der Kindheit' (Matthias VOGEL u.a.). Grundlage der Studie waren Selbstbeurteilungsbögen, die von 80 PatientInnen mit Schizophrenie ausgefüllt wurden. Im Zusammenhang damit wurden etliche andere themenbezogene Forschungsarbeiten der letzten Jahre ausgewertet. Die Studie bestätigt konzeptionelle Überlegungen bzw. klinische Erfahrungen von Scharfetter und Dümpelmann (ohne diese jedoch zu erwähnen). Hier nur einige Zitate:

"Ein solcher dissoziativer Subtyp der Schizophrenie wurde von Ross und Keyes (2004) als integratives Modell vorgestellt, bei dem Erstrangsymptome bei einem Teil der Patienten mit einer Schizophrenie als ein posttraumatisches Syndrom angesehen werden, dem der Pathomechanismus der Dissoziation zugrunde liegt. Der Schätzung der Autoren zufolge liegt der Anteil jener Patienten mit einer Schizophrenie, die überdies die Kriterien einer dissoziativen Störung erfüllen, bei 25-40%." (S.149)

"Die Untersuchung traumatischer Kindheitserfahrungen erscheint, insbesondere unter Berücksichtigung unterschiedlicher Traumatypes, die die Pathogenese individuell prägen könnten, auch im Hinblick auf die Schizophrenie überaus vielversprechend, weil sie sowohl in konzeptioneller Hinsicht als auch für den klinischen Alltag wertvolle Erkenntnisse und optimierte therapeutische Ansätze hervorbringen könnte. (...) Die syndromale Überlappung zwischen dissoziativen und schizophrenen Syndromen führt zu einer diagnostischen Unschärfe, die bei dem ausgeprägten Signalcharakter schizophrener Kernsymptome wahrscheinlich zu einer systematischen diagnostischen Unterschätzung kategorialer Dissoziationsdiagnosen führt. Dabei wird die zusätzliche Diagnose einer dissoziativen Störung ein anderes Behandlungskonzept nach sich ziehen als die einer monomorbiden Schizophrenie. Bei einer nichtdiagnostizierten dissoziativen Störung würde dem Patienten dann eine spezifische Psychotherapie vorenthalten – Hinweisen zum Trotz, daß sogar

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

psychotische Symptome in der Regel gut auf Psychotherapie ansprechen." (S.149f.)

Auch hier wird betont, daß bestehende Zusammenhänge zwischen Traumafolgeschädigungen und dissoziativen Symptomen bei Psychosen unentdeckt bleiben können, "wenn danach nicht mit spezifischen Kategorien gesucht wird" (S.153). Die Autoren kommen zu dem Schluß:

"Würde diese konzeptionelle Unschärfe [*zwischen psychotischen und dissoziativen Zuständen; v.L.*] überwunden, so könnte möglicherweise eine Gruppe schizophrener Patienten erkannt werden, deren Psychosen sich von endogenen Psychosen im Hinblick auf ätiologische und Verlaufskriterien unterscheiden ließen. Schließlich könnte die konzeptionelle Berücksichtigung einer dissoziativen Schizophrenie auch die Bewertung standardmäßiger antipsychotischer Therapien verändern." (S.153)

Michael DÜMPELMANN hatte am Ende seiner Skizze zu therapeutischen Möglichkeiten bei Psychosen nach Traumatisierung geschrieben:

"Die rechtzeitige Erfassung und Behandlung schwerer traumatogener Störungen könnte praktische Bedeutung für die Prophylaxe später drohender Psychosen haben." (2002[a], S. 27)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Perspektiven?

Traumatherapeutische Verfahren orientieren sich zunehmend auch an neurobiologischen Forschungsergebnissen. Dies gilt selbst für psychoanalytisch begründete Konzepte (PEICHL 2007, HOCHAUF 2007). - Insbesondere die bei besonders schwerwiegende Psychotraumatisierungen entstehenden strukturellen Verbindungen zwischen bestimmten Situationen und starren, einseitigen, im späteren Leben meist unangemessenen "pathologischen" Empfindungs-/Verhaltensweisen (Persönlichkeitsanteile, Ego States), wie sie durch das Konzept der '**Strukturellen Dissoziation**' (NIJENHUIS/ van der HART/ STEELE) auch neurophysiologisch erklärt werden können, bietet sich an für einen neuen Ansatz von Diagnostik und (Psycho-)Therapie bei Psychosen. Nicht nur Wahnvorstellungen, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen/ Halluzinationen und motorische Unruhe können Inhalte/Funktionen dissoziierter traumabezogener Persönlichkeitsanteile sein, sondern auch innere Leere/Affektverflachung, kognitive und motorische Defizite, Schlafstörungen und depressive Elemente.

Zusammen mit ressourcenorientierten Ansätzen (AMERING/SCHMOLKE 2007) und Alternativen zur einseitigen medikamentösen Therapie bei Psychosen (ADERHOLD et al. 2003, WEINMANN 2008) könnte fachlich-konzeptionelle Aufmerksamkeit für die psychotraumatische Lebensgeschichte von PatientInnen mit Psychosen dazu beitragen, Leid zu verringern und für Traumaüberlebende zumindest die Gegenwart lebenswerter zu machen.

Mondrian Graf v. Lüttichau

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Erwähnte Literatur

- Volkmar ADERHOLD/ Yryö ALANEN/ Gernot HESS/ Petra HÖHN (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. Integrierte Behandlungsansätze aus Skandinavien (Gießen 2003)
- Michaela AMERING/ MARGIT SCHMOLKE: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit (Bonn 2007)
- Stephan BECKER: Objektbeziehungspsychologie und katastrophische Veränderung. Zur psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten (Tübingen 1990)
- Stephan BECKER (Hrsg.): Helfen statt Heilen. Ernst Federn zum 80. Geburtstag (Gießen 1995)
- Thomas BOCK: Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie (Bonn 1997)
- Thomas BOCK u.a. (Hrsg.): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn (Bonn 1994)
- L. Bryce BOYER: Die psychoanalytische Behandlung Schizophrener (München 1976)
- Johan CULLBERG: Therapie der Psychosen. Ein interdisziplinärer Ansatz (Bonn 2008)
- Klaus DÖRNER /Ursula PLOG: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie (Rehburg-Loccum 1980)
- Klaus DÖRNER: "Hilfsbedürftige gezüchtet" (Interview von G. Stockinger), in: *DER SPIEGEL* 13/2005 (S. 154)
- Michael DÜMPELMANN: Depression und Trauma: Psychosen und affektive Störungen nach Traumatisierungen, in: Böker, H./ D. Hell (Hrsg.): Therapie der affektiven Störungen (Stuttgart 2002[a]; S. 66-90)
(zitiert nach dem pdf: http://www.hs-magdeburg.de/fachbereiche/fsgw/master/Psychiatrie/duempelmann_2001.pdf)
- Michael DÜMPELMANN: Trauma und Psychose – Trauma oder Psychose? in: Jahrbuch der Gruppenanalyse, Bd. 8 (Heidelberg 2002[b]: S. 195-218)
- Michael DÜMPELMANN: Traumatische Aspekte bei psychotischen Krankheitsbildern, in: SELBSTPSYCHOLOGIE 12 (2003; S. 184-206)
(zitiert nach dem pdf: <http://www.sbpn.de/?download=Duempelmann%20Traumatische%20Aspekte%20bei%20psychotischen%20Krankheiten-205.pdf>)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

Norman ELROD: Rezension zu: Martti Siirala: 'Transfer To Transference' (1983),
in: Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Band II
(Zürich 1987)

Norman ELROD: Psychotherapie der Schizophrenie (Zürich 2002)

Bernadine ENSINK: Trauma: Eine Studie zu Kindesmißbrauch und Halluzinationen,
in: Romme, M./Escher, S.: Stimmenhören akzeptieren (Bonn 1997)

Gottfried FISCHER/ P. RIEDESSER: Lehrbuch der Psychotraumatologie
(München 1989)

Jan FOUORAINE: Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie (München 1974)

Erving GOFFMAN: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und
anderer Insassen (1961) (Frankfurt/M. 1973)

Hannah GREEN: Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen (Reinbek 1978)

Lydia HANTKE: Trauma und Dissoziation. Modelle der Bearbeitung traumatischer
Erfahrung (Berlin 1999)

Onno van der HART /Ellert R.S. NIJENHUIS /Kathy STEELE: Das verfolgte Selbst.
Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung
(Paderborn 2008)

Judith HERMAN: Die Narben der Gewalt
(München 1993; Neuauflage: Paderborn 2003)

Renate HOCHAUF: Frühes Trauma und Strukturdefizit (Kröning 2007)

T. JANSSEN/ L. KRABBENDAM/ M. BAK/ M. HANSEN/ W. VOLLEBERGH/ R. de
GRAAF/ J. VAN OS: Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences, *in:*
Acta Psychiatrica Scandinavia, Bd. 109 (2004, Nr.1, S. 38-45)

Anngwyn St. JUST: Soziales Trauma (München 2005)

Margot-Dorothea KENDRICK: Schamanische Selbsthilfe, *in: Peter Lehmann (Hrsg.):*
Psychopharmaka absetzen (Berlin 1998, S.150-160)

Stephan KLEIN: Frühe Kindheit und Traumata als Psychose-Ursache
(Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Saar e.V. 2004)

(http://www.weglaufhaus-saar.de/Lesenswertes/Trauma_und_Psychose.html)

Charlotte KÖTTGEN: Wir wissen nicht, was Schizophrenie ist, *in: T. Bock et al.*
(Hrsg.): Abschied von Babylon (Bonn 1995, S. 154-158)

Bessel A. van der KOLK/Alexander C. McFARLANE/ Lars WEISAETH (Hrsg.):
Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (Paderborn 2000)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

- Peter KRUCKENBERG: Die Entwicklung der kommunalen Psychiatrie in einer Großstadt – ein vieldimensionaler dynamischer Prozeß, *in: Th. Bock et al. (Hrsg.): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie* (Bonn 1995, S.461-472)
- Peter KRUCKENBERG: Perspektiven der Krankenhausbehandlung, *in: Soziale Psychiatrie 1/2010 (S. 10-13) (Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.)*
- Ronald D. LAING: Das geteilte Selbst (Köln 1972)
- Warren LARKIN/ Anthony P. MORRISON (Hrsg.): Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy (London 2006)
- Mondrian Graf v. LÜTTICHAU: Therapie oder Leben? Begegnungen in der Akutpsychiatrie (Leipzig 2009) (<http://www.autonomie-und-chaos.de>)
- Mondrian Graf v. LÜTTICHAU: Strukturelle Dissoziation (pdf der neuesten Version: <http://www.trauma-beratung-leipzig.de>)
- Stavros MENTZOS: Borderline-Störungen: Führt die inflationäre Ausweitung des Konzepts zu seiner Auflösung? Versuch einer Rettung, *in: Stavros Mentzos/ A. Münch (Hrsg.): Borderline-Störung und Psychose* (Göttingen 2001, S. 51-74)
- Wolf MÜLLER: Langfristig psychotisch durch Medikamente?, *in: Bock/Deranders/Esterer: Stimmenreich* (⁴1994, S. 199f.)
- Ellert R.S. NIJENHUIS: Somatoforme Dissoziation (Paderborn 2007)
- Ellert R.S. NIJENHUIS/ Onno van der HART/ Kathy STEELE: Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen, *in: Reddemann/Hoffmann/Gast: Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (Stuttgart 2004)
- Jochen PEICHL: Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline, Ego State, Täter-Introjekt (Stuttgart 2007)
- Frank W. PUTNAM: Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Paderborn 2003)
- PSYCHOSOZIAL 101 : Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens (Giessen 2005)
- J. READ: Child Abuse And Psychosis: A Literature Review and Implications for Professional Practise, *in: Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1997, S. 448-456)
- J. READ/ PERRY, D.B./ MOSKOWITZ, A./ CONOLLY, J.: The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: A Traumatogenic Neurodevelopmental Model, *in: Psychiatrie: interpersonal and biological processes*, 64 (2001, S. 319-345)

PSYCHOSE, DISSOZIATION UND TRAUMA

- J. READ/ L.R. MOSHER/ R. BENTALL (Hrsg.): Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia (Hove 2004)
- Franz RUPPERT: Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie (München ²2004)
- Christian SCHARFETTER: Dissoziation – Split – Fragmentation (Bern 1999)
- Christian SCHARFETTER: Schizophrenien, Borderline und das Dissoziationsmodell, *in: Schweiz Arch Neurol Psychiatr 151* (2000, S. 100-104)
- Christian SCHARFETTER: Die Vielfalt der Persönlichkeit – Gefährdung der Einheit der Person? *in: Forum der Psychoanalyse 19* (2003, S. 163-168)
- Irene STRATENWERTH /Thomas BOCK: Stimmen hören (München 1999)
- Martti SIIRALA: Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit (Göttingen 1961; Neuauflage: Eschborn 2000)
- VEREIN FÜR PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT e.V. (Hrsg.): Innere Orte Äußere Orte. Die Bildung psychischer Strukturen bei ich-strukturell gestörten Menschen (Tübingen 1993)
- Matthias VOGEL /Carsten SPITZER /Bertram MÖLLER /Philipp KUWERT /Harald J. FREYBERGER /Hans-Joergen GRABE: Dissoziation und schizophrene Störungen, *in: TRAUMA & GEWALT* (3. Jg. Heft 2/2009, S. 148-155)
- Stefan WEINMANN: Erfolgsmythos Psychopharmaka (Bonn 2008)

(Stand: Januar/Februar 2010)