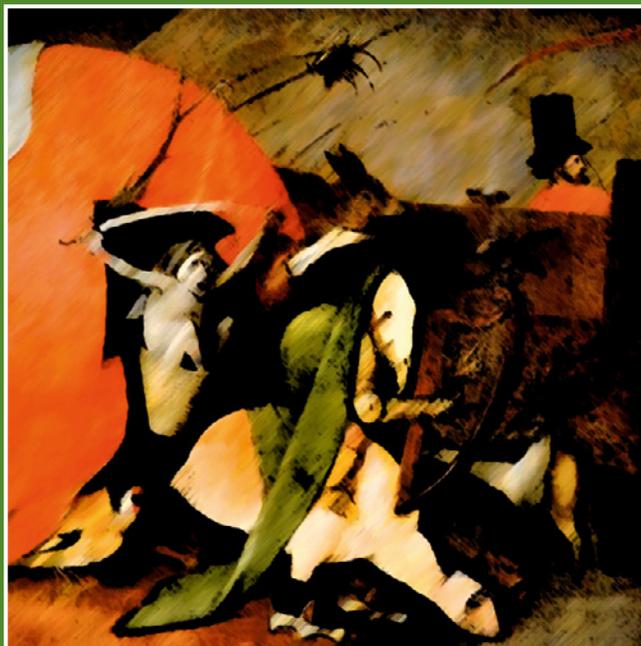


Jochen Peichl

2. Auflage



Die inneren Trauma-Landschaften

Borderline ■ Ego-State ■ Täter-Introjekt

Mit einem Geleitwort von Ulrich Sachsse

 Schattauer

Jochen Peichl

Die inneren Trauma-Landschaften

2. Auflage

Für Hanna, Lena und Jonathan

Jochen Peichl

Die inneren Trauma-Landschaften

Borderline • Ego-State • Täter-Introjekt

Mit einem Geleitwort von
Ulrich Sachsse

2., überarbeitete Auflage

Mit 18 Abbildungen
und 21 Tabellen

Dr. med. Jochen Peichl

Innere Hallerstraße 5/RG

90419 Nürnberg

E-Mail: jochen.peichl@t-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2007, 2013 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau; Dipl.-Chem. Claudia Ganter, Stuttgart
Umschlagabbildung: „Die Versuchung des heiligen Antonius“ von Hieronymus Bosch; modifizierter Ausschnitt

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: Himmer AG, Steinerne Furt 95, 86167 Augsburg

ISBN 978-3-7945-2935-3

Geleitwort

In der aktuellen Psychotherapie-Diskussion spielt die Auseinandersetzung mit dem Trauma eine zentrale Rolle. Diese Auseinandersetzung entfaltet erhebliche synthetische Wirkungen. Sehr separate, bisher klar gegeneinander abgegrenzte Therapiemethoden, Forschungsfelder und Denktraditionen bewegen sich aufeinander zu, nehmen sich gegenseitig wahr, profitieren voneinander und entwickeln sich in und an diesen Begegnungen selbst fort. Dies ist auch ein individueller Entwicklungsprozess, der sich häufig in den professionellen Biografien von vielen Trauma-Therapeuten ablesen lässt, die sich in den letzten 20 bis 30 Jahren intensiv mit dem Thema Trauma auseinandergesetzt haben.

Diese Tendenz zum synthetischen Denken wird einen Psychoanalytiker zunächst erstaunen, denn üblicherweise inszeniert sich ein Thema. Eine traumatische Erfahrung ist eine verletzende, verwundende, vielleicht sogar zerstörerische Erfahrung, die bleibende Spuren hinterlässt, bestenfalls Narben, schlimmstenfalls bleibende offene Wunden. Insofern wäre zu erwarten gewesen, dass die Auseinandersetzung mit dem Trauma spaltet, zerstört, Feindschaften begründet und dauerhaft aufrechterhält.

Psychodynamisch ist die gegenwärtig psychosynthetische Wirkung der Auseinandersetzung mit dem Trauma nicht ganz zu enträtseln. Die Aktualität des Themas und die sich ausbreitende Literatur, die sich mit der Erforschung und Behandlung posttraumatischer Störungen beschäftigen, sind allerdings gut nachvollziehbar. Einmal geht es bei dieser Auseinandersetzung um Erforschung. Nicht nur die neuen bildgebenden Verfahren, sondern auch die Ergebnisse der Tierforschung sind auf diesem Feld sehr aussagekräftig und leicht übertragbar. Das Säugetier *Homo sapiens* unterscheidet sich in einer traumatischen Situation wahrscheinlich wenig von dem Säugetier Ratte oder dem Säugetier Katze. Nach wie vor ist es aber nicht ganz einfach, in der Forschung aussagekräftige Tiermodelle für Depression oder Schizophrenie zu finden. Ist eine resignierte, erschöpfte, verzweifelte und ausgelaugte Maus, die im Versuch beinahe ertrunken wäre, wirklich das Gleiche wie ein depressiver Mensch? Und was – bitte schön – ist eine schizophrene Ratte? Da ist es auf dem Feld der Trauma-Forschung einfacher. Die biologischen Abläufe in der traumatischen Situation sind ähnlich, vergleichbar, gut übertragbar, manchmal geradezu identisch.

Die zweite Quelle der Auseinandersetzung mit dem Trauma sind die aktuellen Entwicklungen im Bereich der psychotherapeutischen Methoden. Durch die Trauma-Expositionsbehandlungen hat die Psychotherapie einen Wirksam-

keitsschub entwickelt. So rasche, überzeugende und dauerhafte Veränderungen wie etwa durch eine indizierte, gut vorbereitete und *lege artis* durchgeführte EMDR-Sitzung waren mir aus der Psychotherapie bisher unbekannt. Aber auch die anderen Methoden, auf die in diesem Buch größtenteils Bezug genommen wird, haben sich an der Auseinandersetzung mit den posttraumatischen Störungen fortentwickelt. Vor allem die breit angelegte Darstellung der Ego-State-Therapie nach John und Helen Watkins halte ich deshalb für so wichtig, weil ihre Beschreibung und kritische Würdigung den Gedanken des „Teile“-Modells der Persönlichkeit, der Multiplizität unseres Selbst wieder in die zeitgenössische Psychotherapiediskussion zurückholt. Diese Sichtweise wurde schon von Paul Federn, einem Schüler von Sigmund Freud, beschrieben. Eine Verschränkung des Ego-State-Ansatzes mit der Objektbeziehungstheorie von Otto F. Kernberg ermöglicht genauer zu erfassen, wie Ego-States sich in der Entwicklung des Kindes herausbilden, vor allem unter traumatischen Bedingungen.

Forschungsergebnisse und konkrete therapeutische Anwendung befruchten sich gegenseitig. Wer als Werkzeug nur einen Hammer hat, für den ist eben alles ein Nagel. Wer in seinem therapeutischen Werkzeugkasten neben dem Hammer auch noch den Schraubenzieher, die Kneifzange, die Säge, die Feile und den Zollstock parat hat, wird als Heimwerker wie als Profi bessere Resultate erzielen.

Spätestens jetzt sind wir auf dem Feld der Metaphern. Würden wir die genannten Werkzeuge nicht als Metaphern, nicht als Symbole verstehen, dann würden wir uns auf das Feld des Sadismus in der Psychotherapie zubewegen. Das ist sicher auch ein interessantes Thema, aber nicht dasjenige dieses Buches und seines Vorwortes. Symbole und Metaphern sind allerdings ein Thema. In der aktuellen psychoanalytischen Diskussion um die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen hat Fonagy sehr überzeugend dargelegt, wie zentral für die Psychotherapie die Fähigkeit eines Patienten ist, seine Objektbeziehungen, seine Affekte, seine Lebensgeschichte und auch seine aktuellen Beziehungserfahrungen außerhalb und innerhalb der Therapie zu symbolisieren, immer auch als Symbole zu behandeln, zu mentalisieren und damit handhabbar zu machen. Anderenfalls fehlt der Dritte, fehlt die Metaebene, fehlt die Reflektion, bleibt es bei der dyadischen, unaufgelösten Konfrontation, in der es nur darum gehen kann, wessen Weltsicht richtig ist und sich durchsetzt. Menschen, die ihre frühkindlichen Erfahrungen nicht mentalisiert haben, bleiben im Erleben des so genannten Äquivalenz-Modus. Das bedeutet, dass sie davon ausgehen, dass die Welt immer so ist, wie sie sie wahrnehmen: Meine Wahrnehmung bildet die Realität unverändert, unverfälscht ab. Das ist bestenfalls naiv, schlimmstenfalls sehr gefährlich. Reif und erwachsen ist die Wahrnehmung im Pretend-Modus, im Als-ob-Modus. Dabei bin ich mir bewusst, dass meine Realität von jemand anderem sehr unterschiedlich wahrgenommen werden könnte. Die Beatles haben das in einem Lied besungen:

Try to see it my way,
 Do I have to keep talking till I can't go on? [...]
 Think of what you're saying,
 You can get it wrong and still you think that it's alright,
 Think of what I'm saying,
 We can work it out and get it straight, or say good-night.
 We can work it out. We can work it out.
 Life is very short, and there's no time,
 For fussing and fighting, my friend,
 I have always though that it's a crime,
 So I will ask you once again.
 Try to see it my way, [...]
 Only time will tell if I am right or I am wrong,
 While you see it your way,
 There's a chance that we may fall apart before too long.
 We can work it out. We can work it out.

Der kritische Traumaforscher Hans Stoffels zeigt in seinen Vorträgen gern ein Bild, das mich spontan überzeugt hat. Auf dem Bild ist eine Pfeife klassischer Form zu sehen, handwerklich perfekt dargestellt. Unter das Bild hat der Künstler auf Französisch – dessen ich nicht mächtig bin – geschrieben: „Ceci n'est pas une pipe.“ Mir wurde gesagt, dies bedeute: „Dies ist keine Pfeife.“ Der Titel des Bildes lautet: „La trahison des images“ (Der Verrat der Bilder). Gemalt hat das Bild der belgische Surrealist Magritte. Foucault hat diesem Bild 1973 ein Essay gewidmet. Es ist also wohl bedeutend.

Inzwischen setze ich fast jede Patientin, die unter Intrusionen, Flashbacks, Spontanregressionen oder anderen Manifestationen alter Gefühle, Eindrücke und Empfindungen leidet, folgender Erfahrung aus: Ich weise auf irgendein Bild oder irgendeine Zeichnung, irgendein herumliegendes Foto hin und frage: „Was ist das?“ Fast immer bekomme ich die Antwort: „Das ist ein Strand, ein Delphin, ein Auto, ein Kind.“ Und dann sage ich scharf und entschlossen: „Falsch! Das ist das Bild eines Strandes, eines Delphins, eines Autos, eines Kindes [...].“

Stets werde ich etwas erstaunt angeschaut, und den meisten Patientinnen steht im Gesicht geschrieben, dass sie mein Vorgehen ein wenig billig finden. Habe ich das nötig, mir diesen schlichten Triumph zu verschaffen? Nein, habe ich zumindest an dieser Stelle nicht.

Vielmehr ist diese Konfrontation der Einstieg in einen Erkenntnisschritt, der für die Therapie unverzichtbar ist. „Sehen Sie! Genauso wenig, wie das hier ein Auto ist, sondern das Bild eines Autos, sind Ihre Intrusionen und Flashbacks das Trauma. Sie sind Bilder des Traumas. Hier im Raum geschieht nichts Schädliches. Sollten Sie sich dessen unsicher sein, prüfen Sie! Wenn Sie sich mit mir allein nicht wirklich sicher fühlen, dann werden wir unsere Therapie-sitzungen in Anwesenheit einer Bezugsschwester machen. Es muss völlig sicher

und absolut klar spürbar sein: Hier ist nichts Traumatisches! Nur dann ist es möglich, die Bilder des Traumas im Hier und Jetzt zu aktualisieren, zu erleben und die kognitive Dissonanz spürbar und wirksam werden zu lassen, die zwischen Hier und Heute und Dort und Damals besteht. Sie leiden unter Hirngespinnsten, Phantomschmerzen, Gespenstern, Trugbildern. Und als solche können wir diese Phänomene auch nur bearbeiten. Sie haben sicher schon von dem Schmerzgedächtnis gehört. Sie kennen sicher auch das Phänomen der Phantomschmerzen. Ich verstehe Ihre Symptomatik als etwas ganz Ähnliches. Für solche Gespenster, Trugbilder und Phantome im Kopf haben wir inzwischen sehr gute Behandlungsmethoden.“

War die Patientin anfangs etwas spöttisch amüsiert, reagiert sie jetzt oft verletzt. Das Trauma, die schlimmen Ereignisse sollen Gespenster, Phantome, Trugbilder sein? Wird ein unerträgliches Empfinden und Erleben, das zu Erinnerungsverlust und Wahrnehmungseintrübung führen kann, hier nicht bagatellisiert, abgewertet, verhöhnt? Das Gegenteil ist der Fall. Bilder im Kopf werden als das ernst genommen, was sie sind: sehr mächtige, sehr einflussreiche, sehr dominante Bilder, aber eben nur Bilder. Sie sollen in der Therapie in Konkurrenz treten zur Realität, und die Gegenwart des Hier und Jetzt soll das Dort und Damals besiegen.

Damit soll die Patientin einen Schritt machen, den vor einigen Jahrtausenden ein indischer Prinz namens Siddharta alias Buddha unter einem Affenbrotbaum meditierend vollzogen hat. Buddha war auf dem Weg zur Erleuchtung, und das passte dem Teufel Mara nicht. Er tat das ihm Mögliche, Buddha vom Weg der Erleuchtung abzubringen, indem er ihm Versuchungen, Trugbilder und teuflische Träume schickte. Recht ansprechend verfilmt ist das in dem Film „Little Buddha“. Nun steht dem meditierenden Buddha nächstens also eine höllische Armee gegenüber, legt die Pfeile auf den Bogen, setzt sie in Brand und schießt sie ab. Buddhas Gesichtsausdruck verändert sich kaum merklich: Sein meditatives Lächeln bekommt einen Hauch von Schmunzeln um die Mundwinkel und von leichtem Spott um die Augenwinkel. Die brennenden Pfeile regnen auf ihn herab als sanfte Blütenblätter. Der Spuk ist vorbei.

Buddha hatte offenkundig Luhmann gelesen, der ja auch festgestellt hat, dass unsere Welt Wahrnehmung ist. Buddha hatte erkannt, dass es zumindest zwei Arten von Wahrnehmung gibt. Es gibt die Wahrnehmung eines Blütenblattes, das hier und jetzt real vom Baum hernieder sinkt. Und es gibt die Wahrnehmung von Teufeln, Hexen, Göttern und anderen inneren Gestalten. Innere Wahrnehmungen können wir beeinflussen. Äußere können wir natürlich auch beeinflussen, aber dann wird es wirklich kompliziert.

So kompliziert sollte es erst einmal gar nicht werden. Mit diesem Buch als Reiseführer im Gepäck möchte ich Sie einladen zu Jochen Peichls Reise durch die Trauma-Landschaften der Forschung, der Methoden, der Theorien, Therapien, der Sichtweisen und der Gedankengebäude. Ein Reisebericht zu vielen attraktiven „Denk“-Würdigkeiten und Landstrichen im Trauma-Land: Neurobiologie, Borderline-Störung, Ego-State-Therapie, Täter-Introjekt-Arbeit,

Polyvagal-Theorie, Spiegelneurone und einiges mehr. Ein ehrgeiziger Vorsatz, vieles mit vielem zu verbinden, zumindest nebeneinanderzustellen, oft zu integrieren, aber wie alles in einem komplexen Geschehen nur eine Momentaufnahme in einer sich ständig ändernden Wissenswelt der Perspektiven und Erkenntnisse. Immer geht es in diesem Buch auch um zwei Menschheitsthemen: Liebe und Bindung ist das eine, Trauma und Verletzung das andere.

Wie bei der Lektüre jedes guten Buches wird diese Reise nicht ohne Folgen bleiben. Ich darf noch einmal auf Herrn Siddharta verweisen: „Niemand kann den gleichen Fluss zweimal durchqueren.“ Beim zweiten Mal ist der Fluss ein anderer, und der Mensch ist ein anderer.

Ulrich Sachsse

Abkürzungen

| | |
|-----------|---|
| AAI | Adult Attachment Interview |
| BPS | Borderline-Persönlichkeitsstörung |
| DDNOS | Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (dt.: Dissoziative Störung, nicht näher spezifiziert [DSNN]) |
| DESNOS | Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (dt.: Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet; Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung) |
| DID | Dissociative Identity Disorder |
| DIS | Dissoziative Identitätsstörung |
| DSM-IV | Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder IV. Version |
| ESD | Ego-State-Disorder (DDNOS) |
| fMRT | funktionelle Magnetresonanztomographie |
| HPA-Achse | Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (<i>hypothalamus pituitary adrenal glans</i>) |
| ICD-10 | International Classification of Diseases, Version 10 |
| NLP | Neurolinguistisches Programmieren |
| PET | Positronenemissionstomographie |
| PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| SASB | Structural Analysis of Social Behavior |
| ZNS | Zentralnervensystem |

Inhalt

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Die Vermessung der Trauma-Landschaft: eine Landkarte | 1 |
| | Was erwartet Sie in diesem Buch? _____ | 5 |
| 2 | Traumatisierung aus Sicht der Neurobiologie _____ | 21 |
| 2.1 | Der Fall Jill oder was kann ein Säugling aushalten? _____ | 21 |
| 2.2 | Vom Ruhepol zum Alarmpol _____ | 23 |
| 2.3 | Reaktion auf Gefahr _____ | 26 |
| 2.4 | Angst ist nicht gleich Angst _____ | 28 |
| | 2.4.1 Das Furchtsystem _____ | 28 |
| | 2.4.2 Das Paniksystem _____ | 31 |
| 2.5 | Reaktion auf den Angstalarm _____ | 32 |
| 2.6 | Anpassung an Überreizung und Alarmreaktion _____ | 34 |
| | 2.6.1 Das Übererregungskontinuum _____ | 34 |
| | 2.6.2 Das Dissoziationskontinuum _____ | 36 |
| 2.7 | Anpassung an die Traumasituation _____ | 38 |
| 2.8 | Wie Traumastress die Hirnentwicklung stört _____ | 41 |
| 2.9 | Folgen des Beziehungstraumas: ein Verlaufsmodell _____ | 43 |
| 2.10 | Traumastress und neurobiologische Folgen _____ | 46 |
| | Literaturempfehlungen _____ | 49 |
| 3 | Zur Differenzierung des Traumabegriffs _____ | 51 |
| 3.1 | Von Viren und Trojanern in unserem Biocomputer _____ | 51 |
| 3.2 | Das Trauma – ein weites Feld _____ | 52 |
| 3.3 | Der traumatische Moment _____ | 53 |
| | 3.3.1 Zurück zu Sigmund Freud _____ | 55 |
| | 3.3.2 Sandor Ferenczi _____ | 58 |
| | 3.3.3 Michael Balint _____ | 60 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.3.4 | Heinz Kohut | 61 |
| 3.3.5 | Otto F. Kernberg | 63 |
| 3.4 | Jenseits der Psychoanalyse | 65 |
| 4 | Die Selbstfamilie oder der Ego-State-Ansatz | 66 |
| 4.1 | Spurensuche | 67 |
| 4.2 | Paul Federn und Edoardo Weiss | 70 |
| 4.3 | Das Verdienst von John and Helen Watkins | 73 |
| 4.4 | Die Energietheorie | 75 |
| 4.5 | Das Energiemodell – etwas verstaubt | 78 |
| 4.6 | Wie entstehen Ego-States? | 80 |
| 5 | Was bedeuten die Begriffe Ich, Ego und Selbst? | 83 |
| 5.1 | Die Begriffe Ich und Ego | 83 |
| 5.2 | Der Begriff des Selbst | 85 |
| 5.3 | Mein Arbeitsmodell: das Ich – die Konstruktion eines dualen Begriffs | 88 |
| 5.3.1 | Das Ich: Identifikation und mentale Konzeptbildung | 88 |
| 5.3.2 | Das duale Ich | 90 |
| 5.4 | Die Ego-States: eine psychodynamische Beschreibung | 92 |
| 5.4.1 | Das Selbst-Objekt-System – ein autoregulatives System | 95 |
| 5.4.2 | Ego-State als Dramaturgie der episodischen Repräsentanzen | 100 |
| 5.4.3 | Ego-State: ein Definitionsversuch | 103 |
| 6 | Die innere Struktur der Ego-States | 105 |
| 6.1 | Von der Ich-Besetzung zur Aufmerksamkeitsbesetzung | 106 |
| 6.2 | Die Innenwelt der Ego-States | 107 |
| 6.2.1 | Nichtpathologische Ego-States | 107 |
| 6.2.2 | Manifestation pathologischer Ego-States | 109 |
| 6.3 | Die Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten nach Otto F. Kernberg | 110 |
| 6.3.1 | Kernbergs Annahmen über das frühe Entwicklungsstadium | 112 |
| 6.3.2 | Die frühe Entwicklung des Ich – Internalisierungsprozesse | 113 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 6.3.3 | Die Spaltung | 116 |
| 6.3.4 | Das Affektsystem | 117 |
| 6.3.5 | Zusammenfassung anhand eines Fallbeispiels | 118 |
| 7 | Einwände der Säuglingsforschung: normale versus pathologische Spaltung | 122 |
| 7.1 | Der Einfluss von Melanie Klein | 122 |
| 7.2 | Angst und Aggression: die basalen Affekte | 124 |
| 8 | Die Borderline-Persönlichkeitsstörung | 127 |
| 8.1 | Ätiologie – ein 3-Ebenen-Modell | 127 |
| 8.1.1 | Die konstitutionell-neurobiologische Ebene | 128 |
| 8.1.2 | Die Ebene der frühen Bindungserfahrung | 130 |
| 8.1.3 | Massive traumatische Erfahrungen | 132 |
| 8.2 | Hypothesenbildung zur multidimensionalen Ätiologie | 134 |
| 8.2.1 | Die Bedeutung der prätraumatischen Beziehung | 134 |
| 8.2.2 | Die Über- und Unterstimulation des Säuglings | 136 |
| 8.3 | Zusammenfassung: das Diathese-Stress-Modell | 138 |
| 9 | Frühe Bindungsstile, State-Übergänge und orbitofrontaler Kortex | 142 |
| 9.1 | States in der frühen Kindheit – die dyadische Zustandsregulation | 142 |
| 9.2 | Putnams Modell der <i>discrete behavioral states</i> | 144 |
| 9.3 | Entstehung pathologischer State-Übergänge | 146 |
| 9.4 | Funktion und Störung der orbitofrontalen Hirnareale | 147 |
| 9.5 | Regulation positiver und negativer Affektzustände | 149 |
| 9.6 | Zur Neurobiologie der frühen Bindungsstile | 150 |
| 9.6.1 | Die sichere Bindung | 151 |
| 9.6.2 | Die unsichere Bindung | 152 |
| 9.6.3 | Die desorganisiert-desorientierte Bindung | 153 |
| 9.7 | Typ-D-Bindung: Keimzelle der Borderline- und der Dissoziativen Identitätsstörung? | 154 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 10 | Der Zusammenhang zwischen Traumaerleben, Spaltung, Dissoziation und Ego-States _____ | 157 |
| 10.1 | Eine Phänomenologie der traumabedingten Ego-States _____ | 158 |
| 10.2 | Im Zentrum der neueren Traumaforschung: die Dissoziation _____ | 161 |
| 10.3 | Strukturelle Dissoziation – die Arbeiten von Nijenhuis _____ | 163 |
| 10.3.1 | Der emotionale Persönlichkeitsanteil (EP) _____ | 164 |
| 10.3.2 | Der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil (ANP) _____ | 166 |
| 10.3.3 | Das Handlungssystem und die Entstehung von ANP und EP _____ | 166 |
| 10.3.4 | Sekundäre Dissoziation und die Aufspaltung in einzelne Ego-States _____ | 169 |
| 10.4 | Aufspaltung in Persönlichkeitsanteile: klinische Beobachtungen _____ | 171 |
| 10.5 | Inhaltliche Ausgestaltung der Selbst-Zustände _____ | 175 |
| 10.6 | Zusammenfassung _____ | 180 |
| | | |
| 11 | Das Border-Land: Ortsbestimmung, Überblick und Klärungsversuch _____ | 182 |
| 11.1 | Dissoziative Identitätsstörung und Borderline-Störung: ein entwicklungspsychopathologisches Modell _____ | 184 |
| 11.2 | Unterschiede zwischen Borderline-Störung und Dissoziativer Identitätsstörung _____ | 188 |
| 11.2.1 | Dissoziative Identitätsstörung als Teilsymptom der Borderline-Störung _____ | 190 |
| 11.2.2 | Dissoziative Identitätsstörung als Prototyp eines Borderline-Kontinuums _____ | 191 |
| 11.2.3 | Dissoziative Identitätsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung als zwei voneinander unabhängige Störungen _____ | 192 |
| 11.2.4 | Am Anfang steht die chronifizierte Belastungsstörung _____ | 193 |
| 11.3 | Die Polyvagal-Theorie von Stephen Porges _____ | 193 |
| 11.3.1 | Die Rolle des Nervus vagus _____ | 194 |
| 11.3.2 | Ein kleiner Ausflug in die Anatomie _____ | 195 |
| 11.3.3 | Die drei Hauptstufen der Evolution _____ | 197 |
| 11.4 | Zusammenfassung _____ | 201 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 12 | Dissoziative Ausgestaltung traumatischer Ego-States bei der Borderline-Störung | 203 |
| 12.1 | Die Sicht der Psychoanalyse: vom <i>distributed self</i> zum <i>dissociated self</i> | 205 |
| 12.1.1 | Verschiedene Formen der Spaltung | 205 |
| 12.1.2 | Traumabedingte Multiplizität des Selbst | 207 |
| 12.2 | Wechsel zwischen Opfer- und Täter-Selbst-Zuständen | 209 |
| 12.2.1 | Hypoarousal und Hyperarousal und die Ego-States | 210 |
| 12.2.2 | Die Abwehrmechanismen: eine neue Sichtweise | 213 |
| 12.2.3 | Inszenierung der Ego-States auf der äußeren Bühne | 215 |
| 12.3 | Personifizierte psychische Zustände – das Einzel-Selbst-Modell | 217 |
| 12.4 | Jeffrey Young: Kategorien der Ego-States | 219 |
| 13 | Ein Fremdkörper im Selbst: das traumatische Introjekt | 224 |
| 13.1 | Ein Arbeitsmodell: Wechsel zwischen Machtausübung und Unterwerfung | 224 |
| 13.2 | Das Täter-Introjekt – ein Beispiel aus der Literatur | 225 |
| 13.3 | Das Introjekt und das Modell der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens | 227 |
| 13.4 | Wie entsteht ein Täter-Introjekt? Verinnerlichung interpersoneller Erfahrung | 231 |
| 13.5 | Introjektion und traumatisches Introjekt | 234 |
| 13.5.1 | Das Stockholm-Syndrom | 235 |
| 13.5.2 | Erklärungsmodelle | 236 |
| 13.5.3 | Das Täter-Introjekt: Fremdkörper im Selbst oder innerer Helfer? | 238 |
| 13.6 | Schutzfunktion der Täter-Introjekte | 241 |
| 13.6.1 | Die therapeutische Arbeit mit Täter-Introjekten | 242 |
| 13.6.2 | Täter-Introjekte: verschluckter Täter oder Beschützer? | 245 |
| 13.6.3 | Ego-State-Therapie nach Watkins und Watkins | 247 |
| 14 | Der virtuelle Täter im Kopf des Opfers – die Entdeckung der Spiegelneurone | 249 |
| 14.1 | Der Spiegel im Kopf | 250 |
| 14.2 | Was aus dem Gesagten folgen könnte: eine psychologische Perspektive | 256 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 14.3 | Entstehung der Spiegelneurone und Bildung der Selbst- und Objektrepräsentanzen | 259 |
| 14.4 | Unterscheidung der Handlungen des Selbst von denen der anderen | 262 |
| 14.5 | Täter-Introjekt als Verlust der Selbst-Objekt-Grenze: eine Hypothese | 266 |
| 15 | Ein Blick zurück nach vorn | 270 |
| 16 | Literatur | 273 |
| | Sachverzeichnis | 291 |

1

Die Vermessung der Trauma-Landschaft: eine Landkarte

Mit 14 Jahren hatte ich mir von meinen Eltern zu Weihnachten einen Weltatlas gewünscht – ein etwas ungewöhnliches Geschenk für einen Pubertierenden, wie mein Vater etwas abfällig bemerkte. Ich gab aber nicht auf und präzierte meine Wünsche: Nicht so ein Allerweltsding wollte ich, das man damals „Schulatlas“ nannte, sondern einen großen, mit vielen Karten, Bildern und Einzelheiten. Er sollte die Welt bis in ihren letzten Winkel zeigen, die Forschungsstationen am Südpol, die Oasen in der Wüste und die Ströme des Amazonas. Aus pädagogischer Sicht war natürlich gegen das Geschenk nichts einzuwenden, und so lag er dann auch unter dem Weihnachtsbaum: „Knaurs großer Weltatlas“.

Was hatte damals in mir den Wunsch nach Orientierung in der Welt geweckt? In diesen Jahren als Jugendlicher hatte ich mich durch einen großen Teil der gesammelten Werke von Karl May regelrecht „hindurchgefressen“ und war immer neugieriger geworden, wo diese Orte denn alle lagen, ob es sie wirklich gab und wie man zu ihnen reisen konnte: Wo war das wilde Kurdistan, die Quellgebiete des Rio Pecos aus Winnetou I und die Sierra Madre?

Mich zu den Orten, die mir in den Büchern begegneten, in Beziehung zu setzen und mit dem Finger auf der Landkarte dem Weg – von meinem kleinen Wohnort aus bis in die große Welt von Winnetou und Old Shatterhand – zu folgen, das gab mir ein unmittelbares Gefühl, dabei zu sein, und die beschriebene Landschaft entfaltete sich in meinem Kopf. Diese Faszination für Landkarten ist mir bis heute geblieben und zugleich der Wunsch, alles, was ich direkt erfahre oder lese, was ich mir dann zusammen- und auseinanderdenke, im Raum zu verorten; ich versuche mir das Wahrgenommene visuell vorzustellen, um mir eine Abstraktion davon zu machen, mit allen Verbindungen, Hindernissen, Bezügen, Verdichtungen und Leerstellen: eine Landkarte meiner Gedanken und Gefühle eben.

Als ich begann, dieses Buch zu planen, stellte ich mir vor meinem inneren Auge nicht ein kühles (Gedanken-)Gebäude mit klar gegliederter Front, hierarchisch getrennten Ebenen und verbindenden Treppen vor, wie ich es von Lehrbüchern zu Genüge kannte, sondern vielmehr einen Reisebericht über die Erkundung eines unbekanntes Landes, eine Art Wegbeschreibung einer Landschaft, in der es Vergnügen bereiten würde, in Gedanken hin- und herzureisen, um immer wieder Neues und Unterschiedliches zu entdecken und trotzdem

das Gefühl zu behalten, dass alles mit allem assoziativ verbunden ist. Diese Reisen, auf denen ich mich schon seit über 30 Jahren nach Abschluss meiner universitären Ausbildung befinde, sind meine ganz individuellen „Lehr- und Wanderjahre“ durch die Psychotherapielandschaft, die ich zu Beginn als einen undurchschaubaren und verwirrenden Dschungel erlebte, der sich nun langsam, Schritt für Schritt, in eine vertraute und beschreibbare Landschaft verwandelt. Bei all der Vertrautheit, die mit der Zeit entstand, hat mich ein Großteil dieser Landschaft immer besonders beeindruckt, gefesselt, aber auch wegen seiner wortlosen Bedrohlichkeit beunruhigt: das Trauma-Land. Heute weiß ich, dass es sehr nahe am Border-Land liegt, mit ihm eine Grenze teilt und einige Landschaftsabschnitte gleichermaßen zu beiden Ländern gehören – und dennoch ist das Trauma-Land nicht mit dem Border-Land identisch.

Warum heißt das erste Kapitel „Die Vermessung der Trauma-Landschaften: eine Landkarte?“ Beim Nachdenken über die einzelnen Abschnitte, über die ich unter den Schlüsselwörtern Trauma und Psychotherapie zu schreiben beabsichtigte, erinnerte ich mich an einen Satz, den ich einmal irgendwo gelesen hatte: Unsere Sicht der Welt gleicht einer Landkarte, denn auf ihr bilden wir ab, wie wir die Umgebung und die Dinge darin wahrnehmen. Landkarten unseres Denkens dienen der Orientierung, sie zeigen unseren Standort, sind aber immer nur subjektive Modelle der Wirklichkeit; Landkarten sind reduzierte Abbilder der Realität, oder wie Alfred Graf Korzybski (1880–1950)¹ sagte: „The map is not the territory.“ Die Metapher der Landkarte verweist auf das, was sie repräsentiert, mit dem sie aber nie identisch ist, die „Landschaft“.

Die Landkarte, die ich bei meinen Erkundungsreisen durch die Trauma-Landschaft anlegen werde und die ich Ihnen in Form dieses Buches vorlege, ist eine Abstraktion von all dem, was ich in den letzten Jahren selbst erfahren habe: die unzähligen Gespräche und Therapien mit den Menschen, die durch frühe und späte Traumata geprägt wurden und die häufig befürchteten, darin ganz verlorenzugehen; die Auseinandersetzungen mit meinem Team in der Klinik, wo wir zusammen und auch getrennt dabei sind, eigene Landkarten der Traumatherapie-Erfahrungen aufeinander abzustimmen; und das Studium der vielen gedruckten Seiten, Bücher, Straßenkarten und Reiseführer, in verschiedenen Sprachen und aus unterschiedlichen Blickwinkeln – manche hilfreich, den Blick auf die Landschaften erweiternd, manche eng und einspurig. Und nicht zuletzt meine eigene Erfahrung eines schweren Verkehrsunfalls in Afrika „in the middle of nowhere“, wo ich ganz unmittelbar verstand, was es heißt: In einer viertel Stunde kann sich die Welt verändern. Aus allen immer wieder begeisternden, aber auch frustrierenden Erfahrungen vor Ort hat sich bei mir eine Vorstellung davon entwickelt, wie man diese Landschaften bereisen könn-

1 Alfred Graf Korzybski war Mathematiker und Ingenieur, einer der frühesten analytischen Philosophen und ein anerkannter Sprachwissenschaftler. Er gilt als einer der ersten Kybernetiker, auch wenn der Begriff Kybernetik für seine Art zu denken damals noch nicht verwendet wurde.

te, um sie in ihrer Komplexität besser verstehen und sich somit in Zukunft besser orientieren zu können.

In diesem Buch gibt es drei Hauptthemen, die immer wiederkehren, sich aufeinander beziehen, die tragenden Fundamente sozusagen: Borderline, Ego-State und Täter-Introjekt – deshalb habe ich sie auch in den Titel des Buches geschrieben. Sie stehen exemplarisch für Phasen meiner Entwicklung als Therapeut, sind verbunden mit Autoren und Menschen, denen ich in dieser Zeit begegnete und denen ich viel verdanke; sie sind aber auch Kristallisationskerne wichtiger einzelner Theoriekonzepte zum Thema der Traumatisierung. „Borderline-Störung“ war der Anfang meiner therapeutischen Sozialisation, die Begeisterung für die Konzepte von Otto F. Kernberg und Heinz Kohut über die „frühe Störung“ Mitte der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts. Die seelenlose Ich-Psychologie der 1950er- und 1960er-Jahre, die Verkleidung der Psychoanalyse als psychologisches Experiment auf der Couch, all das schien mir durch die Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie überwunden. Die Falle der neuen Theorie aber war, dass wir sie im Kreise der Assistenten in der Klinik Tiefenbrunn bei Göttingen begannen zu absolutieren; aus der „frühen Störung“ wurde die „ganz frühe Störung“, und das Ödipale entschwand aus unserem Vorstellungshorizont. Meinen Lehrern Franz Heigl, Anneliese Heigl-Evers, Karl König, Hannes Friedrich und Ekkehard Bönisch habe ich es zu verdanken, dass ich wieder einen Blick für das Ganze der Psychopathologie bekam. Später hat sich das alles relativiert, ich lernte noch andere Borderline-Theorien und Behandlungsmethoden kennen und weiß heute, dass das Konzept der Behavioral-dialektischen Psychotherapie von Marsha Linehan für die klinische Praxis am besten taugt.

Das Konzept vom traumatischen Introjekt, vom Täter-Introjekt, habe ich über meine Erforschung der Arbeiten von Sandor Ferenczi kennengelernt. Es steht für meine Beschäftigung mit dem „mütterlichen“ Weg in der Psychoanalyse, nicht dem Primat der Deutung und Einsicht, sondern dem der therapeutischen Beziehung und der Empathie. Hier ist es vor allem Michael Ermann in München, der mir half, meine innere Landkarte um Namen wie Edith Jakobson, Janine Chasseguet-Smirgel, Peter Fonagy und Joseph Sandler zu erweitern.

Was hat es nun mit dem für viele meiner Leser sicher überraschend und fremdartig klingenden Begriff Ego-State auf sich? Dahinter verbirgt sich ein Therapiekonzept, das ich in der traumazentrierten, imaginativen Therapie durch Luise Reddemann und Ulrich Sachsse als sehr hilfreich kennengelernt habe und dem ich in diesem Buch einen besonderen Raum geben möchte; dabei interessiert mich vor allem die Suche nach theoretischen Verbindungen und Überschneidungen zwischen der Objektbeziehungstheorie und der Ego-State-Therapie. Für mich ist sie die seriöse Variante der bei uns und in den USA sehr populären und manchmal etwas esoterisch angehauchten Therapieform der Arbeit mit dem inneren Kind. Die Ego-State-Therapie wurde von Helen und John Watkins aus ursprünglich psychoanalytischen Konzepten, die von Paul Federn, einem Schüler Sigmund Freuds, vorgeschlagen und von seinem Prote-

gé Edoardo Weiss weiterentwickelt wurden, konzipiert als eine Form hypnoanalytischer Therapie. Anstatt das Ich (*Ego* in der englischen Übersetzung des Freud'schen Elementes der Strukturtheorie: *Ich*, Es, Über-Ich) als eine monolithische Einheit wahrzunehmen, wird es beschrieben als aus Subselbsten bestehend und als sich wandelnden Energien. Die Methodologie der Ego-State-Therapie konzentriert sich darauf, Konflikte in den einzelnen Ego-States – und nicht zwischen dem Ich, dem Unbewussten und den Geboten des Über-Ich – zu lösen, um Integration in der *Selbstfamilie* zu ermöglichen. Watkins und Watkins sehen die Pathologie des Selbstsystems in einer Uneinigkeit und einem Mangel an Kooperation zwischen den Ego-States. Dementsprechend definieren sie das Ziel der Therapie als Integration der Ego-States ins Selbstsystem; die einzelnen Ego-States sollen also in einem ständigen Dialog miteinander stehen, mentale Inhalte teilen und in harmonischer und kooperativer Wechselbeziehungen existieren.

Dieser Tradition folgend hat eine zweite Generation von Ego-State-Therapeuten sehr viel zu einer Weiterentwicklung, aber auch Präzisierung der Theorie und Praxis der Ego-State-Psychologie beigetragen. In diesem Zusammenhang möchte ich Ernest Hilgard, Frank Putnam, Richard Kluft, Collin Ross, Claire Frederick und Maggie Phillips erwähnen. Zurzeit ist eine dritte Generation von Ego-State-Therapeuten dabei, die Theorie von Watkins und Watkins weiterzuentwickeln – zu nennen ist hier vor allem mein Lehrer Woltemade Hartman (1995), der Leiter des Milton Erickson Institutes Pretoria (Südafrika), der die Ego-State-Epistemologie mit dem Utilisationsansatz von Milton Erickson (1959) verschränkt. Hier möchte ich auch mich einreihen: Nicht die Theorie von Erickson hat es mir an erster Stelle angetan, sondern der Versuch, die Ego-State-Theorie mit der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, namentlich dem Ansatz von Kernberg bezüglich der frühen Ich-Zustände, zu verbinden. Trotzdem integriere ich hypnotherapeutische Techniken und Psychodrama-Elemente in meine praktische Arbeit. In späteren Arbeiten habe ich dann den oben beschriebenen klassischen Ansatz des Ehepaars Watkins zu einem neuen Hypno-analytischen Teilekonzept weiterentwickelt (Peichl 2012). Ulrich Sachsse's Frage, ob ich denn dann noch Analytiker sei, lasse ich jetzt einmal unbeantwortet und komme am Ende der Reise durch die inneren Trauma-Landschaften noch einmal darauf zurück.

Die Themen Borderline, Ego-State und Täter-Introjekt werden in diesem Buch immer wieder auftauchen, wie musikalische Leitmotive in einer Oper. Bei all den psychologischen Themen möchte ich aber den entscheidenden Einfluss der Neurobiologie auf die Entstehung und Verarbeitung des Traumas eines Menschen nicht zu kurz kommen lassen. Im Gegenteil: Das Trauma ist eine Psychosomatose des Gehirns, mit funktionellen und auch massiven strukturellen Auswirkungen auf die Zytostuktur des Gehirns. Gerade die neuesten Veröffentlichungen der Forschungsgruppe um Eva Irle und Ulrich Sachsse (Lange et al. 2005; Irle et al. 2005) aus Göttingen zeigen, wie weitreichend und schwerwiegend die morphologischen Abnormitäten der Gehirne von Patienten

mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung, vor dem Hintergrund schwerer physiologischer und sexueller Traumatisierung in der Kindheit, sind, die sie mit der Methode der strukturellen Magnetresonanztomographie (3D-MRI) und dem Fluor-2-desoxyglucose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) untersuchten.

Bevor wir unsere Reise beginnen, möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick über die Themen und Landschaften verschaffen, durch die wir reisen werden.

Was erwartet Sie in diesem Buch?

Kapitel 2: Neuropsychologie und Neurobiologie. In diesem Kapitel präsentiere ich Ihnen *keine* umfassende Darstellung der Neurobiologie traumatischer Störungen, *keine* erschöpfende Beschreibung der Stressphysiologie und der morphologischen Veränderungen, sondern entsprechend der Absicht des Buches einen Streifzug durch die Landschaften der Neuropsychologie und Neurobiologie in Bezug auf frühe und späte Traumata.

Vier Namen von großartigen Forschern, die mich mit ihren Arbeiten sehr beeindruckt haben, sollen auf der Trauma-Landkarte besonders hervorgehoben werden: Jaak Panksepp, Bruce Perry, der Psychoanalytiker und Hirnforscher Allen Schore und Stephen Porges. Wichtige Aspekte ihrer Arbeiten dienen mir im 2. Kapitel als Grundlage, um ein Verlaufsmodell traumatischer Entwicklung in der frühen Kindheit und deren kurz- und langfristigen Anpassungsstrategien zu konzipieren. Der zentrale Leitgedanke lautet: Die psychobiologische Antwort auf fortgesetzte Traumatisierung in der frühen Kindheit besteht aus zwei adaptiven Reaktionsmustern: der Übererregung und der Dissoziation. Furcht, als eine objektbezogene Form der Angst, und auch Panik, sind von allen führenden Emotionsforschern in den letzten 2 Jahrzehnten zwei fest im Gehirn verdrahteten, dem Überleben dienenden neuronalen Systemen zugeordnet worden. Betrachten wir also anhand der interessanten Forschungen von Panksepp (1998) das Thema Angst von einem entwicklungsbiologischen Standpunkt aus, so lässt sich innerhalb dieses Distress-Systems ein Furchtsystem (*basic fear system*) von einem Paniksystem (*panic system*) abgrenzen. Die durch äußere oder innere Bedrohung ausgelöste Angst eines Menschen setzt sich, je nach Art der Traumatisierung, aus den oben beschriebenen Teilkomponenten zusammen: Vernichtungsangst (*basic fear system*) mit Aktivierung des Sympathikussystems und Trennungspanik (*panic system*) mit Aktivierung des Parasympathikus. Beide hirnanatomisch getrennten Systeme weisen nach Panksepp funktionell vielfältige Verbindungen auf, in der Phase der Bedrohung werden im Gehirn beide Systeme, das Furchtsystem und das Paniksystem, aktiviert. Das erste der beiden Systeme ist für die Vorbereitung auf die Flucht- oder Kampfsituation zuständig und wird durch den Sympathikus gesteuert, das zweite setzt das Bindungssystem in Gang und steht unter dem Einfluss des Parasympathikus. Ziel des letzteren ist es, andere Bezugspersonen

zu veranlassen, dem bedrohten Hilflosen Schutz zu bieten oder durch Piepsen (z.B. bei Säugetieren) oder Weinen die Stärkeren zu veranlassen, sich mit dem Opfer zu solidarisieren und für dieses eine Lösung zu entwickeln.

Nach Perry kann man zwei verschiedene Adaptionismuster auf traumatisierende Überreizung und persistierende Alarmreaktion beim Menschen unterscheiden. Kann das Individuum in der bedrohlichen Situation einen Handlungsspielraum behalten und die Kapitulation vermeiden, sprechen wir von einem Übererregungskontinuum, welches im Idealfall zu einer Flucht- oder Kampfreaktion führt. Dieser Handlungsspielraum ist entscheidend und unterscheidet das Übererregungskontinuum von der Kapitulationsreaktion, dem Dissoziationskontinuum.

Nach den Forschungsergebnissen von Allen Schore und Kollegen spricht vieles dafür, dass es durch frühe Beziehungstraumata zu erheblichen Dysfunktionen in der rechten Hemisphäre, namentlich des mediofrontalen Kortex kommt, derjenigen Hemisphäre, die bei Kindern als die dominante gilt. Die linke Gehirnhälfte ist verbal-linguistisch, bewusst, entfaltet sich aber erst nach dem 18. Lebensmonat und übernimmt dann bis zum 5. Lebensjahr immer mehr die Seitendominanz. Die rechte Hirnhälfte wird in der Forschung der letzten Jahre mit vielen Themen in Verbindung gebracht, die uns in diesem Buch beschäftigen werden: mit Bindungsverhalten, mit traumatischem Stress, mit der Entwicklung sehr früher Formen reaktiver Bindungsstörungen, mit Persönlichkeitsstörungen, mit einer Anzahl psychiatrischer Symptome und mit der Unterscheidung zwischen Selbst und Objekt. Ernsthafte Entwicklungsverzögerungen durch traumatischen Stress dieser fälschlich als „nichtdominant“ bezeichneten Hemisphäre zeigen sich in ineffektiven und irritierbaren Coping-Mechanismen nach Belastungssituationen und manifestieren sich erstmalig im Leben eines Kindes in der Bindungspathologie von desorganisiert-desorientierten Säuglingen und Kindern (Typ-D-Bindung), so wie dies schon 1986 von Mary Main und Kollegen beschrieben wurde. Es ist zu vermuten, dass diese traumatischen Zustände im Säugling psychobiologische Veränderungen triggern, welche das Affektsystem, das Kognitionssystem und das Verhaltenssystem betreffen. Entscheidend sind dabei die Verzögerung der Ausreifungen in präfrontolimbischen Arealen und vor allem des orbitofrontalen Kortex. Dieser *traumatic state* (Schore 2001a) des Säuglings ist die neurobiologische Antwort auf die Frage, was denn nun das eigentlich Traumatische am Trauma ist, und der Punkt, von dem die pathologische Entwicklung ihren Ausgang nimmt.

Kapitel 3: Trauma in der Tiefenpsychologie. Ganz andere Antworten erhalten wir, wenn wir uns im 3. Kapitel dem Thema Trauma aus einer psychologischen Perspektive nähern und uns mit den Aussagen und Vermutungen verschiedener psychoanalytischer Theoretiker aus einem Jahrhundert der Tiefenpsychologie beschäftigen. Die Revue der Namen reicht von Sigmund Freud, Michael Balint, Heinz Kohut bis zu Otto F. Kernberg und anderen. Doch bevor wir uns diesen Theoretikern widmen, will ich mich mit dem Ideom Trauma näher aus-

einandersetzen – ein Begriff der in den letzten Jahren immer inflationärer gebraucht wurde und dem einen (Patienten) oder anderen (Therapeuten) zum *Schlagwort* diente.

Meiner Sicht nach sollte der Begriff Trauma oder traumatisch nur auf Situationen und Ereignisse angewendet werden, aus denen eine Person weder fliehen noch gegen die Bedrohung kämpfen kann und die im Opfer das Gefühl von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Todesangst erzeugen. Was so einfach klingt, ist dennoch schwierig zu operationalisieren, da die subjektive Bewertung des Vorfalls das (Trauma-)Ereignis erst zu einem Traumaerlebnis macht.

Kapitel 4: Ego-State-Therapie. Noch gefangen von der psychoanalytischen Beschreibung dieses Teils der Trauma-Landschaft wollen wir uns im 4. Kapitel einem Denkansatz zuwenden, der sich mit John und Helen Watkins ausdrücklich auf die frühe Psychoanalyse von Sigmund Freud und seinem Schüler Paul Federn beruft: die Ego-State-Therapie. Die Grundidee ist, dass das Ich oder das Selbst eines Menschen nicht nur aus einem konsistenten, identitätsstiftenden Zustand sich aufbaut, sondern aus verschiedenen Teilen, Rollen, Ich-Zuständen (Ego-States), Selbstanteilen zusammengesetzt ist. Durch ein multidimensionales Selbst lässt sich die innere Wirklichkeit von uns Menschen besser verstehen. Die Ego-State-Theorie lässt sich nach Watkins und Watkins als ein Energie- oder Teilemodell der Persönlichkeit beschreiben, eine Selbstfamilie, die aus umgrenzten und beschreibbaren Subselbsten besteht. Obwohl diese Auffassung vom Ich bzw. Selbst in der Literatur der Psychoanalyse immer wieder auftauchte, konnte sie sich bis heute gegen die klassische Theorie nicht offiziell durchsetzen – der Ego-State-Ansatz findet sich aber in der Transaktionsanalyse von Eric Berne wieder. Ich halte den Ansatz von Watkins und Watkins deshalb für so bemerkenswert, da er psychoanalytische Konzepte mit hypnotherapeutischen Techniken kombiniert und durch sein innovatives Denken einen vollkommen neuen Zugang zum Patienten und in Folge eine veränderte Praxiologie therapeutischer Techniken schafft.

Kapitel 5: Klärung der Begriffe. Meine Ausführungen zur Ego-State-Theorie im 4. Kapitel verdeutlichen die vage und rein deskriptive Definition des Begriffs Ego-State durch Watkins und Watkins. Außerdem wurde die Nähe des Ego-State-Ansatzes zu der aus heutiger Sicht etwas verstaubten Energietheorie der frühen Psychoanalyse ersichtlich. In den folgenden Kapiteln werde ich deshalb versuchen, aus der Perspektive der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, die vor allem auf den Arbeiten von Kernberg basiert, die Inhalte der Ego-State-Theorie neu zu bestimmen. Dazu ist als erster Schritt im 5. Kapitel eine genaue Begriffsklärung notwendig, denn in den zitierten Texten von Watkins und Watkins und von Federn wurden die Begriffe Ego-State, Ich-Zustand, Selbstanteil oder Teilpersönlichkeit unterschiedlich verwendet und nicht deutlich voneinander abgegrenzt.

Dieses Problem inkonsequenter Sprachregelung hat in der psychoanalytischen Literatur eine lange Tradition, da auch Freud zwischen der Verwendung von Ich und Selbst zumeist nicht genau differenzierte. Vielleicht wäre die Ego-State-Theorie besser bedient, ein Self-State-Ansatz genannt zu werden, und ihr Thema und Interventionsziel wären Selbst-Zustände und nicht Ich-Zustände. Um das zu entscheiden, erscheint es mir sinnvoll, dass wir uns mit Theorie-Modellen der Ich-Bildung in der Frühzeit der Säuglingsentwicklung und mit dem Selbst-Objekt-System auseinandersetzen. Von den vielen unterschiedlichen Konzepten zum Selbst werde ich mich, neben den Veröffentlichungen von Kernberg, auf die Publikationen von Friedrich-Wilhelm Deneke (1989, 2001) stützen, der in seinen Arbeiten über das Selbstsystem Befunde der Säuglingsforschung, psychoanalytische Objektbeziehungstheorie und Erkenntnisse der modernen Hirnforschung verbindet. In Denekes Arbeitsmodell des Selbstsystems (respektive Selbst-Objekt-Systems), wird dieses als intrapsychischer Niederschlag der erlebten inneren und äußeren Wirklichkeit eines Menschen angesehen. Dieses Selbst-Objekt-System repräsentiert die Gesamtheit des Individuums, seiner Beziehungen zur äußeren Welt, zu seinem eigenen Körper, zu seiner inneren Welt und den beobachtbaren Regulations- und Steuerungsprozessen. Unser Erleben ordnet sich entlang eines zeitlichen Verlaufs zu verdichteten Einheiten, die Deneke als „Episoden“, das heißt in sich zusammenhängende Einheiten des Erlebens, bezeichnet. Diese im Gedächtnis abgespeicherten Episoden sind die Grundbausteine, die, mit Verweis auf den Babyforscher Daniel Stern (1985/1992), die Welt der inneren Repräsentanzen aufbauen. Sie sind somit Niederschläge von Beziehungsrelationen und bilden eine subjektive Wirklichkeit ab. Die episodischen Repräsentanzen verdichten sich als Niederschläge eines Prozessgeschehens, sie sind dynamische Konfigurationen und setzen sich aus Situationskontext, Selbst-Objekt-Interaktion und affektiver Resonanz zusammen. So spricht aus meiner Sicht vieles dafür, in den Ego-States Manifestationen von prototypischen episodischen Repräsentanzen zu sehen, welche wegen ihrer Dringlichkeit, Affektbesetzung und Generalisierung eine hohe Organisationspotenz für das Selbstsystem besitzen. Im Erleben während der Manifestation der Ego-States – spontan oder hervorgerufen im therapeutischen Prozess – steht entweder der Objektaspekt der kompletten Szene im Vordergrund (z.B. ein rachevolles Introjekt, welches der Internalisierung des traumatisierenden Vaters entspricht) oder der Selbstaspekt, die *Ich*-Perspektive des hilflosen Kindes (z.B. ein verlassenes, untröstliches Kind von 4 Jahren).

Kapitel 6: Struktur der Ego-States. In diesem Kapitel werden die Fragen nach der inneren Struktur und der Innenwelt der Ego-States weiter verfolgt und sowohl ihre Manifestation bei Normalpersonen als auch ihre pathologischen Varianten untersucht. Ein Beispiel von Phillips und Frederick (2003) dient uns als Bezugspunkt für den Normalfall, ein Fallbeispiel aus der Klinik soll die pathologische Variante beleuchten. Der mit Aufmerksamkeit besetzte Ich-Zustand

wird als „Ich bin, ich tue“ erlebt, als mein Selbstgefühl. Der andere Ich-Zustand, der gerade nicht als im Vordergrund stehend erlebt wird, ist dennoch bewusst oder vorbewusst und kann auf Nachfrage mental abgerufen werden. Im Normalfall sind die Übergänge der einzelnen Ego-States fließend und werden nur bei sehr pointierter Ausprägung, wie in dem Beispiel von Phillips und Frederick, bewusst wahrgenommen. Vieles des bisher Gesagten spricht dafür, dass ein Ego-State aus einem Niederschlag von prototypischen Szenen der Vergangenheit besteht; diese Szenen sind die aus dem biografisch-episodischen Gedächtnis in einer Auslösesituation im Hier und Jetzt leicht abrufbar, und zwar mit den dazugehörigen affektiven bewussten und unbewussten Reinszenierungen. Die Ich-Zustände stellen also ein Konzentrat aus übereinandergeschichteten Interaktionsmustern dar, die durch ein gemeinsames Thema und einem gemeinsamen Affekt zusammengehalten werden. Wenn dies so ist, dann sollten wir prüfen, ob die Objektbeziehungstheorie uns nicht Modelle zur Verfügung stellt, um besser zu verstehen, welche Ich-Zustände die normale und welche die pathologische Variante ist. Um ein tieferes Verständnis von der Dynamik der Ego-States zu bekommen, habe ich die Theorie von Kernberg über die Selbst-Objekt-Einheiten (*self-object affect units*) herangezogen; mit ihrer Hilfe lässt sich die innere Struktur der Ich-Zustände näher beschreiben. Für unsere Überlegungen interessant sind Kernbergs Ausführungen zu den frühen Stadien der Ich-Entwicklung, zu Introjektion und Identifikation, die für die Ausbildung der Ego-States eine herausragende Rolle spielen.

Kapitel 6: Ego-States in der Objektbeziehungstheorie. Da wir die Ego-State-Theorie, wie sie Watkins und Watkins vorgelegt haben, jenseits des vereinfachenden Konzeptes der Ich- und Objekt-Besetzung (Besetzungsenergie) weiterentwickeln und dafür die neuere psychoanalytische Objektbeziehungstheorie benutzen, so wäre es sicher die Mühe wert, sich im 6. Kapitel mit deren etwas sperriger und unterkühlter Nomenklatur vertraut zu machen. Denn mittels dieser sprachlichen Hilfsmittel ist es uns möglich – wie unter einer Lupe – den genauen Aufbau der Ego-States aus einzelnen Beziehungsepisoden, Niederschlägen von Interaktionserfahrungen zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen zu erkennen. Außerdem wird ersichtlich, warum dieser Cluster zeitlich geschichteter Erfahrung – zu diesem Schema, zu diesem Ego-State – thematisch zusammengefasst wurde. Was nun die Frage betrifft, ob mit dem Terminus Ego-State inhaltlich Ich-Zustände oder Selbst-Zustände gemeint sind, was bereits im 5. Kapitel ausführlich erörtert wurde, findet sich bei Kernberg eine weiterführende Klärung im Zusammenhang mit seiner Diskussion zum Begriff der Spaltung.

Kapitel 7: Spaltung. Kernbergs Begriff der Spaltung steht im Zentrum des 7. Kapitels mit dem Thema „Einwände der Säuglingsforschung: Normale versus pathologische Spaltung“. Vor allem die Erkenntnisse der Säuglingsforschung der letzten Jahre stehen im Widerspruch zu einigen hypothetischen Annah-

men Kernbergs über die Spaltung und über die Entstehung der Borderline-Störung usw. Das hat vor allem damit zu tun, dass sich unsere Sicht auf den Säugling in den letzten Jahren deutlich verändert hat: vom passiven, symbiotischen Säugling zum aktiven, beziehungsgestaltenden Wesen. Die neuere Säuglingsforschung bestreitet nicht, dass der Abwehrmechanismus der Spaltung für das Konzept der Borderline-Störung klinisch-therapeutische Relevanz hat. Sie weist aufgrund ihrer direkten Säuglingsbeobachtungen nur die Behauptung zurück, der Spaltungsvorgang sei eine normale Entwicklungsphase in der Frühentwicklung eines jeden Menschen. Hierzu gebe ich in diesem Kapitel einige Anmerkungen.

Kapitel 8: Wie entsteht die Borderline-Störung? Dieses Kapitel widmet sich den Theorien über die Entstehung der Borderline-Störung und greift die Frage nach der Funktion und Entstehung der Spaltung noch einmal auf. Diese Spaltungsneigung, die wir bei frühtraumatisierten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung klinisch beobachten, könnte nun verschiedene Ursachen haben: Bei einer Theorie über die Entstehung der Borderline-Störung müssen wir sowohl die Annahme angeborener Temperamenteigenschaften und neurologischer Defizite als auch die Möglichkeit traumatisierend wirkender Lebenserfahrungen einbeziehen, um der Komplexität der Störung ausreichend Rechnung zu tragen. Die strikte Gleichsetzung „Borderline-Störung ist gleich Sexualtrauma“ ist sicher genauso falsch, wie die Verkürzung „Selbstverletzung ist gleich Borderline-Störung“. Um der Vielschichtigkeit des Problems gerecht zu werden, wird ein 3-Ebenen-Modell der Ätiologie der Borderline-Störung vorgestellt und detailliert beschrieben. Da anerkanntermaßen umweltbedingte und genetische Faktoren bei der Entstehung der Symptome und Charaktermerkmale der Borderline-Störung zusammenspielen, gibt es für jeden einzelnen Patienten eine typische Mischung aus individueller Verwundbarkeit, Umweltstress, Vernachlässigung und Gewalterfahrung in seiner frühen Kindheit und eine Serie von Ereignissen, welche den Beginn der Störungen im frühen Erwachsenenalter triggern – also nicht „das eine oder das andere“, sondern eher Übergangsbereiche mit einem „Mehr oder Weniger“, verschränkt mit protektiven Faktoren und Ressourcen.

Für die Fälle schwerer Traumatisierungen im Sinne von grenzüberschreitender Penetration und das Erleben von Todesangst und völliger Hilflosigkeit in der psychischen oder sexualisierten Gewaltsituation erscheint mir der Hinweis von Birger Dulz (1999, 2011) wichtig, dass Angst, und zwar existenzielle Vernichtungsangst, ein primäres pathologisches Gefühl ist. Bei der Genese von Makrotraumata ist das Einzelereignis in seiner traumatischen Potenz so übergewichtet, dass das Schockerleben die frühe Psychodynamik der pathologischen Persönlichkeitsentwicklung überdeckt. Da aber nur bei einem Teil der Patienten mit Borderline-Störung eine massive Realtraumatisierung eruierbar ist, darf der Spezialfall nicht für die Ätiopathologie der Borderline-Störung generalisiert werden.

Die Theorie von Kernberg bezieht sich auf die Entstehung der Borderline-Störung zwischen dem 8. und dem 20. Lebensmonat, der primäre Affekt ist nach seiner Anschauung die Wut und der reaktive Hass; dies ist eine Zeit, in der reproduzierbare Erinnerungsspuren im Sinne von Bildern und Fantasien noch nicht möglich sind und diese Erfahrungen im Amygdalasytem und mesolimbischen System als körpernahe Affekterinnerungen gespeichert werden (prozedurales Affektgedächtnis). Kernbergs Theorie ist breiter angelegt und unterscheidet zwischen Faktoren für eine Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und einer traumazentrierten Theorie. Das schwere Trauma in der Kindheit wäre demnach additiv zur Borderline-Störung und würde auch eine Doppeldiagnose Borderline-Störung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) rechtfertigen. Kernberg möchte zu Recht vermeiden, dass die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Kategorie „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ aufgeht. Frei flottierende Angst und Wut bzw. Hass sind für die Entstehung der Borderline-Störung zentral. Dabei handelt es sich um kein Entweder-oder, sondern beide Affekte sind Ausprägungen einer Übergangsreihe – individuelle Reaktionsweisen eines Säuglings auf ganz unterschiedliche externe Reize auf dem Boden seiner konstitutionellen oder früh erworbenen Verwundbarkeit.

Kapitel 9: die frühen Bindungsstile. Im Zusammenhang mit den Befunden der Säuglingsforschung zur Entstehung der Borderline-Störung habe ich auf Arbeiten von Joseph Lichtenberg zu den wiederkehrenden *high tension states* (hohe Erregungszustände) des Säuglings verwiesen, und ich möchte nun im 9. Kapitel dieses Thema mit Ausführungen zu den frühen Bindungsstilen, zu den State-Übergängen im ersten Jahr der Säuglingszeit und zur Rolle des orbitofrontalen Kortex in Vernetzung mit mesolimbischen Strukturen fortsetzen. In diesem Kontext rückt das Thema der Funktion der Dissoziation für die Borderline-Störung und die Dissoziative Identitätsstörung, vormals „Multiple Persönlichkeit“ genannt, immer deutlicher in den Fokus unserer Aufmerksamkeit. Die klinische Literatur belegt die Verbindung zwischen früherem Trauma und Dissoziation, indem sie sich auf Zeugnisse von dissoziativen Patienten mit einer hohen Inzidenz von physischen, sexuellen oder anderen Arten von Traumata in ihrer Kindheit stützt – und das über einen Zeitraum von mehr als 150 Jahren. Die Glaubwürdigkeit der Ereignisse muss allerdings kritisch hinterfragt werden, basieren sie doch auf retrospektiven, persönlichen und meistens nicht durch Dritte belegten Erinnerungsberichten von Patienten.

In den letzten Jahren versuchten Forscher, sich dem „dunklen Kontinent“ Dissoziative Identitätsstörung aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive zu nähern; sie verbanden klinisch gesichertes Wissen über massive sexuelle Traumata in der frühen Kindheit der Patienten mit der stetig wachsenden Anzahl neurobiologischer Erkenntnisse über Folgen von Traumatisierung. Anhand von Befunden bei Patienten mit PTBS und dem immer genaueren Wis-

sen über die Verwundbarkeit des sich entwickelnden Gehirns in den ersten 2 bis 3 Lebensjahren unter Stress konnten erste neuropsychologische Hypothesen entworfen werden. Mit diesen Befunden werde ich mich in diesem Kapitel beschäftigen. Wie die wechselseitige State-Regulation zwischen Mutter und Säugling vonstattengeht, was diese für das sich entwickelnde Selbst bedeutet und welche psychopathologischen Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung entstehen können, ist in Putnams Modell der *discrete behavioral states* (zu übersetzen mit Modell der getrennten Verhaltenszustände) anschaulich beschrieben. Putnam vermutet, dass traumatische Umgebungseinflüsse den Säugling in seiner Entwicklung dabei stören, ein integriertes Gefühl und Verständnis vom eigenen Selbst zu entwickeln, dessen Basis und Rohmaterial die ursprünglichen, unterscheidbaren Verhaltenszustände darstellen, welche die frühe Kindheit dominieren. Ein *State*, in dem sich ein Säugling befinden kann, wird von Putnam als ein Zustand des Seins definiert, der alle mentalen und emotionalen Funktionen des Säuglings einschließt. Diese Verhaltenszustände, die von Geburt an existieren, entfalten sich in der Interaktion der ersten Lebensmonate in Form verschiedener, getrennter Zustände (*discrete states*) und bilden ein wichtiges Ordnungsprinzip der frühen, aber auch späten Kindheit. Bei Erwachsenen, so Putnam, manifestierten sich diese getrennten Verhaltenszustände am deutlichsten bei psychiatrischen Störungen (z.B. manisch-depressive Störungen, Angst-Panik-Attacken). Nach Putnams Ansicht könnten wir alle, von der Anlage her, eine „multiple Persönlichkeit“ werden, falls es uns nicht gelingt, eine konstante Selbststruktur über die getrennten Verhaltenszustände und über einen längeren Zeitabschnitt hinweg zu entwickeln. Dies ist ein wichtiger ätiopathologischer Hinweis auf die mögliche Entstehung überdauernder Ego-States bis ins Erwachsenenalter.

In dem Abschnitt über die Funktion und Störung der orbitofrontalen Hirnareale werde ich mich auf neuere Untersuchungen über die Größenreduktion des Hippocampus- und des Amygdalavolumens bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehen, die in der Anamnese von traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit berichtet hatten (z.B. Irle et al. 2005; Schmahl et al. 2003; Tebartz van Elst et al. 2003). Diese Forscher fanden anhand von Untersuchungen mit der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) und Positronenemissionstomographie (PET) bei dieser Patientengruppe markante präfrontale Defizite bei Funktionen, die von Soloff ursächlich mit der Affektregulationsstörung der Borderline-Störung in Zusammenhang gebracht wurden (vgl. z.B. Soloff et al. 2000, 2003). Auch als mögliches neuronales Substrat für die Ausbildung einer dissoziativen Symptomatik wird der Präfrontallappen, genauer gesagt der orbitofrontale Kortex, gehandelt.

Die von Schore in den letzten Jahren publizierten Arbeiten über die erfahrungsabhängige Ausreifung des orbitofrontalen Systems sind aus meiner Sicht für das Verständnis der Entwicklungspsychologie und Neurobiologie der frühen Mutter-Kind-Beziehung von eminenter Bedeutung und werden an dieser Stelle vorgetragen. Die sich Tag für Tag wiederholenden affektiven Interak-

tionserfahrungen zwischen dem Säugling und den primären Bindungspersonen stellen die Grundstrukturen dar, aus denen im Laufe repetitiver Durchläufe Strukturen und Muster geprägt werden können. Eine zentrale Aufgabe der Bindungspersonen in der frühen Kindheit ist es, zuerst stellvertretend für den noch unterregulierten Säugling von außen zu regulieren und ihm Schritt für Schritt zu helfen, diese State-Übergänge und damit sein Selbsterleben immer effektiver und damit autonomer zu gestalten. Es ist verständlich, dass eine verzögerte Ausreifung dieser Regulationssysteme durch eine Frühgeburt, genetische neurologische Defizite (z.B. Zeitmuster-Störung) oder durch traumabedingte Entwicklungsretention, Einfluss darauf nimmt, ob der Säugling in der Lage ist, mit inneren und externen Problemen fertigzuwerden. Die Folge derartiger Verzögerungen ist ein Überhandnehmen negativer Affekte und damit die synaptische Verstärkung der mit diesen Affekten befassten Rückkopplungsschleifen des orbitofrontalen Kortex.

Welche dominierenden Muster bis zu einem willkürlich gesetzten Zeitpunkt, wie dem 12. bis 14. Lebensmonat, aus den dyadischen Erfahrungen extrahiert wurden und welche für den Säugling am besten der Anpassung an die vorgefundene Umwelt dienen, zeigt die von Mary Ainsworth und Mitarbeitern entwickelte *Fremde Situation* (1978). Für unser Thema von großem Interesse sind die Beobachtungen von Main und Solomon (1986) bei Säuglingen mit desorganisiert-desorientiertem Bindungsstil (Typ-D-Bindungsstil). Die dort beschriebenen psychopathologischen Mechanismen scheinen sowohl die Entwicklung einer dissoziativen Störung, als auch die Ausbildung einer traumainduzierten Borderline-Störung zu begünstigen. Referenzpunkt beider sich im Erwachsenenalter manifestierenden Pathologien ist das Verhalten von Annäherung und Vermeidung des Säuglings mit Typ-D-Bindungsstil in der Fremde Situation. Die gleichzeitige Aktivierung unterschiedlicher Verhaltenssysteme (Bindung versus Abwehr) aufgrund von traumatischen Erfahrungen und die neurobiologisch begründete Notfallreaktion der Dissoziation lässt vermuten, dass dieses die Keimzelle einer späteren dissoziativen Störung sein könnte. Das Symptom Dissoziation ist somit ein Selbstschutzmechanismus, ein Rückzug vor bedrohlichen äußeren und inneren Reizen und Affektüberflutungen. Aber auch die Borderline-Störung kann mit dieser Szenenbeschreibung in Verbindung gebracht werden.

Kapitel 10: die Theorie der strukturellen Dissoziation. Die Ausgestaltung von traumainduzierten States in der frühen und späten Kindheit bis hin zu unterschiedlich akzentuierten Störungsmustern wird mich in den nächsten Kapiteln ausführlicher beschäftigen. Am lehrreichsten scheint es mir, mit der Dissoziativen Identitätsstörung zu beginnen, da hier die traumainduzierte, strukturelle Dissoziation nicht zufällig erfolgt, sondern entlang von evolutionär vorbereiteten psychobiologischen Überlebenssystemen – emotionalen Systemen –, die das Überleben im Hochstress sichern sollen. Auch hier werden wir auf die Möglichkeit der Weiterentwicklung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

stoßen. Das Kernthema dieses 10. Kapitels ist die Theorie der strukturellen Dissoziation nach Ellert Nijenhuis und seiner Arbeitsgruppe. Die Autoren gehen davon aus, dass ernsthafte Bedrohung zu einer strukturellen Dissoziation der prämorbidem Persönlichkeit führt: primär zwischen dem Verteidigungssystem und dem System, welches in die Organisation des täglichen Lebens und des Überlebens der Art involviert ist (Bindungssystem). Diese beiden Ich-Zustände oder Persönlichkeitsanteile werden „anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil“, kurz ANP (*apparently normal personality*), und emotionaler Persönlichkeitsanteil, kurz EP (*emotional personality*), genannt. Die Säuglinge mit desorganisiertem und desorientiertem Bindungsverhalten zeigen eine abwechselnde oder schnelle Aktivierung sowohl des *Bindungssystems* als auch des *Verteidigungssystems*. Besonders dann, wenn die primären Bindungspersonen wie Vater und Mutter Ursache des Erschreckens sind, wird ein teuflisches Dilemma für traumatisierte Kinder sichtbar: Die Person, von der das Kind eigentlich Schutz erwarten kann bei einer Bedrohung, ist in der Tat die Ursache der Bedrohung. Der Konflikt zwischen Annäherung und Vermeidung, der vom Kind nicht gelöst werden kann, bewirkt eine strukturelle Dissoziation des Bindungssystems und des Verteidigungssystems, wie es Nijenhuis mit den Begriffen EP und ANP beschreibt.

Bei der *primären strukturellen Dissoziation* repräsentiert die emotionale Persönlichkeit (EP) das Abwehrsystem und die dazugehörigen traumatischen Erinnerungen des Missbrauchs und der Vernachlässigung. Häufig verbleibt die Alltagspersönlichkeit (ANP), als Zeichen des aktivierten Bindungssystems, in einer Abhängigkeit gebunden an den Täter und Vernachlässiger. Mit wachsendem traumatischen Stress und der Zunahme sequenzieller Traumata kann die Integration der Verteidigungssysteme auch in Mitleidenschaft gezogen werden, es kommt zur Aufspaltung, zur *sekundären strukturellen Dissoziation*. Die charakteristische Aufspaltung der EP in Untereinheiten erfolgt entlang der Verhaltensintentionen der Verteidigungssysteme und deren psychologische Repräsentation durch Selbst-Objekt-Beziehungen. Die bei den meisten Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung oder auch komplextraumatisierten Patienten regelhaft zu beobachtenden Selbst-Zustände werden im Einzelnen beschrieben: z.B. die Alltagspersönlichkeit (*host*), innere Kinder, interne Helfer, interne Verfolger, innerer Beobachter. Der ursprüngliche Sinn dieser Aufspaltung ist die Schaffung einer inneren Wirklichkeit, durch die das emotionale Überleben in der Traumasituation gewährleistet wird, das Ziel der Dissoziation ist die Traumabewältigung.

Kapitel 11: das „Border-Land“. In diesem Kapitel lade ich Sie zu einer Reise ins Border-Land ein, und ich muss gestehen, dass die Frage, was denn nun letztendlich die Borderline-Störung sei, so einfach nicht mehr zu beantworten ist. Vielleicht gibt es *die* Borderline-Störung als eine geschlossene Krankheitsentität gar nicht, und es wäre besser, zum ursprünglichen Begriff Border-Land zurückzukehren, um der Tiefendimension der Störung mit ihren Subgruppen

Rechnung zu tragen. Das Gleiche gilt für die Frage, ob die Dissoziative Identitätsstörung nun vielleicht doch eine eigene Kategorie einer Persönlichkeitsstörung (Achse 2 des DSM-IV) darstellt, oder aber in erster Linie eine posttraumatische Störung ist (ein Syndrom der Achse 1 des DSM-IV). Der Stand der Diskussion dazu ist stellenweise konträr und auch verwirrend, dennoch werde ich mich um Klarheit bemühen. Damit wären wir wieder zu einem weiteren schwer umkämpften Feld der schulenspezifischen Auseinandersetzung zurückgekehrt, der Funktion und der Struktur der Dissoziation.

Das psychoanalytische Konzept der Dissoziation als Abwehr fußt auf der Annahme, dass unakzeptable Erfahrungen in den Bereich des *dynamischen Unbewussten* aktiv verdrängt und abgewehrt werden. Durch seine Gleichsetzung mit dem Kernberg'schen Begriff der Spaltung auf der Ebene der Borderline-Organisation wird seine Dynamik als vorsprachlich organisierter Primärprozess aufgefasst.

Nichtpsychoanalytische Traumaforscher zeichnen über die Funktion und Ätiologie der Dissoziation ein ganz anderes Bild: Die Dissoziation ist für sie eine hochkomplexe und differenzierte Anpassungsleistung des Individuums an eine potenziell lebensbedrohliche oder zumindest entwicklungserschädigende Erfahrung. Um mir den Entwicklungsprozess einer traumaassoziierten Störung, von ihrer möglichen frühkindlichen Verursachung bis hin zum Krankheitsausbruch in der Pubertät, vorstellen zu können, war für mich das entwicklungspsychopathologische Modell von Franz Resch und Kollegen (Resch u. Brunner 2004; Resch et al. 1999) hilfreich – eine Art Landkarte der frühen Entwicklung. Denn die Reduktion aufs Wesentliche hat den Vorteil, dass von diesem Basismodell ausgehend sich viele neue Verstehenswege eröffnen. Mithilfe des Modells will ich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Dissoziativer Identitätsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung ausloten, und dazu konzentriere ich mich bei meinem entwicklungspsychopathologischen Paradigma auf die protektive und destruktive Rolle der Dissoziation.

Ich habe bereits mehrfach erwähnt, dass die Dissoziation eine hochkomplexe Anpassungsleistung einer Person auf traumatischen Stress darstellt. Davon war z.B. schon im 2. Kapitel die Rede, als ich den theoretischen Ansatz von Perry (Dissoziationskontinuum) und die Forschungsergebnisse von Panksepp zum sympathikogenen *basic fear system* und dem parasymphatisch gesteuerten *panic system* bei den höheren Säugetieren und dem Menschen vorstellte. Auch Nijenhuis und seine Arbeitsgruppe sehen in der Dissoziation eine strukturelle Verankerung in komplexen, dem Überleben dienenden zerebralen Funktionskreisen und leiten aus ihren neurophysiologischen Manifestationen Erkenntnisse über die Ausgestaltung einzelner Selbst-Zustände bei Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung und ihren abortiven Formen (DDNOS)² ab. Beginnt man sich für die entwicklungsbiologische Seite der Dissoziation zu in-

2 DDNOS: Dissociative Disorder Not Otherwise Specified, dt.: Dissoziative Identitätsstörung, nicht näher bezeichnet.