

Interview: Wenn die Persönlichkeit zerspringt

Schwerdhöfer, Anne

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sonstiges / other

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schwerdhöfer, A. (2016). Interview: Wenn die Persönlichkeit zerspringt. *360° – Das studentische Journal für Politik und Gesellschaft*, 11(2), 32-37. <https://doi.org/10.3224/360grad.v11i2.26246>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0>

Wenn die Persönlichkeit zerspringt

Michaela Huber arbeitet seit über 20 Jahren mit Traumapatient_innen und deren Therapeut_innen. Im Gespräch mit 360° erzählt sie, was dissoziative Störungen sind, wie man Betroffenen helfen kann und was die Wissenschaft in diesem Bereich falsch macht.

Frau Huber, Sie sind Expertin für dissoziative Störungen – für uns ein spannendes Thema, weil dissoziative Störungen immer durch traumatische Erlebnisse ausgelöst werden. Was sind aber dissoziative Störungen genau?

Nach seelischen oder körperlichen Erschütterungen hat man häufig erst einmal Entfremdungserlebnisse im Bewusstsein. Diese lassen sich auch unter dem Begriff Dissoziation zusammenfassen, sind aber noch recht oberflächlich: Man hat Zeitlücken, erinnert sich also nur bruchstückhaft an das, was gerade passiert ist. Teilweise fühlt man sich auch, als würde man neben sich stehen oder als würden einem die Ohren ‚zufallen‘ oder als könne man nicht mehr richtig sehen. Das sind häufig vorübergehende Phänomene, weil das Gehirn bei Stress erst einmal das Dringendste erledigt und die Koordination von Wahrnehmung und Gedächtnis etwas warten muss. Und dann gibt es die tiefe Dissoziation. Die passiert, wenn der Mensch etwas existenziell Bedrohliches erlebt – wenn man Todesangst hat oder das Gefühl: „Jetzt ist alles aus. Danach wird nie mehr etwas so sein wie vorher.“ Das denkt man meist zwar nicht bewusst, aber diese Qualität muss es haben, damit man von toxischem Stress sprechen kann. Dabei passiert etwas Charakteristisches im Gehirn: Da schalten sich die Bereiche herunter, die für das biographische, episodische Raum-Zeit Gedächtnis zuständig sind, und die Sprachzentren. Das heißt, man speichert das Erlebte einfach als pure Wahrnehmung – Geruch, Bild, Herzszenen, so etwas. Aber es wird nicht

koordiniert, verarbeitet und zusammenhängend im Gedächtnis gespeichert. Stattdessen bleiben abgespaltene Teile aus dem Erlebten, die man dann später immer mal wieder wahrnimmt und die mehr oder weniger rätselhaft plötzlich auftauchen, wenn ähnliche Reize in der Umgebung sind. Dieses Phänomen nennt man primäre Dissoziation.


Wenn Menschen das lange und viel erleben, insbesondere, wenn sie es früh im Leben erleben, baut sich das Gehirn anders auf. Das heißt, die Speicherinstanz für das biographische, episodische Raum-Zeit-Gedächtnis ist kleiner, weil sie kaum richtig genutzt wird und stattdessen speichert man häufig fragmentarisch und getrennt. Dann entstehen schwerere dissoziative Störungen.

Wie viele Menschen sind davon in Deutschland betroffen?

Schätzungen zufolge sind zwischen ein und zwei Prozent der Bevölkerung von schwersten dissoziativen Störungen betroffen. Das wären bei uns immerhin 800.000 bis 1,6 Millionen Menschen.

Was bedeutet das im Alltag für diese Menschen? Man fühlt sich ja nicht krank im eigentlichen Sinne, aber doch eingeschränkt im alltäglichen Leben – weil man anders reagiert, weil das Gehirn anders auf Stresssituationen einght.

Wir unterscheiden bei den schweren dissoziativen Phänomenen drei Ebenen. Wenn man nur auf das Ereignis selbst und




alle damit zusammenhängenden Reize mit Dissoziation reagiert, aber ansonsten ein zusammenhängendes Wahrnehmen und Bewusstsein hat, dann ist das die erste Stufe. In der zweiten Stufe spalten Betroffene die mit dem Trauma verbundenen Zustände schon extrem stark ab, also zum Beispiel Angst, Verzweiflung, Aggression und Selbstbeschuldigungen. So werden daraus eigene emotionale und körperliche Zustände, aus denen wiederum traumanahe Ich-Anteile entstehen können – etwa ‚die fünfjährige Verzweifelte in mir, die immer so eine Wahnsinnsangst hat, dass sie glaubt gleich zu sterben, wenn ein Mann von hinten kommt‘. Ein auffälliges Symptom bei einer solchen Patientin wäre, dass sie sich immer dann irgendwo hinkauert oder wegläuft, wenn dieser Ich-Anteil in ihr hochkommt.

Die dritte Ebene bedeutet, dass die Betroffenen auch in ihrem Alltags-Ich eine Spaltung oder sogar mehrere haben. Diese Menschen haben früh und langjährig so viel massiven Stress erlebt – in der Regel auch massive Formen von Gewalt, Vernachlässigung und Bindungstraumatisierung –, dass sie gar kein zusammenhängendes Alltagsbewusstsein entwickelt haben. Dann wechselt sich zum Beispiel der eine Anteil, der zu Hause koordiniert denken kann, mit einem anderen Anteil ab, der Auto fahren kann. Und wieder ein anderer Anteil geht im Supermarkt einkaufen. Aber diese drei Anteile können einander nicht beeinflussen, sodass es viele Probleme in der Persönlichkeit geben kann. Selbst die Alltagsfunktionen können fragmentiert sein. Zusätzlich gibt es innere Ich-Anteile,

die traumanah sind in ihrem Erleben und die ab und zu voll die Kontrolle über den Körper übernehmen. Und schließlich haben sich die Betroffenen in Teilen ihrer Persönlichkeit so stark mit den Tätern identifiziert, dass sie Täter-imitierende Persönlichkeitsanteile entwickeln, die ebenfalls ab und zu ihre Impulse ausleben, also aggressiv werden, meist gegen andere Bereiche der Persönlichkeit, sodass es zu teils massiven Selbstschädigungen und Selbstverletzungen kommen kann. Wenn das der Fall ist, spricht man von einer dissoziativen Identitätsstörung.

Das ist also die schlimmste, oder sagen wir lieber die stärkste, Form.

Ja, die stärkste Form. Für die Psychotherapie und in der Forschung hat diese Gruppe eine sehr große Bedeutung, weil wir an ihr die ganze Spannweite der stressbedingten und dissoziativen Phänomene untersuchen können: vom Alltagsstress bis hin zum extremen Stress. Daran sieht man, wie das Gehirn und die Persönlichkeit versuchen, Megastress zu bewältigen. Sie teilen sich nämlich sehr, sehr systematisch ein und auf – nicht, als wenn eine Vase in tausend Teile zerspringt. Das zu erforschen hilft, herauszufinden, wie wir die entsprechenden Menschen therapeutisch begleiten können.



Es ist ja zugleich ein sehr erstaunlicher Schutzmechanismus, zu dem das Gehirn da in der Lage ist.

Das kann man so sagen. Das ist ein optimaler Schutz. Zwar gibt es auch bei Tieren Dissoziationen, aber diese radikalen Formen von Dissoziation gibt es nur beim Menschen. Das schützt unser Gehirn davor, vollkommen unfähig zu sein, überhaupt noch andere zu versorgen oder irgendwie in der Welt klarzukommen. Deshalb ist es so wichtig, dass wir verstehen, wie diese Phänomene funktionieren – weil wir daraus auch gelernt haben, was Stress im Gehirn macht, was Stress im Organismus macht und was Stress für die Speicherkapazität im Langzeitgedächtnis bedeutet. So verstehen wir, dass Menschen generell viele abgespaltene oder teilabgespaltene Situationselemente in sich tragen – auch ganz normale Leute, die zwar seelische Erschütterungen erlebt haben, die aber gar nicht schwerst-dissoziativ sind. Das hilft uns zu verstehen, wie Psychotherapie funktionieren und helfen kann, diese unverarbeiteten Stresselemente wieder zu verdauen.


Trotzdem ist es ja so, dass Menschen, die dissoziative Störungen haben, natürlich therapeutische Hilfe brauchen. Aber wie kann man diesen Menschen denn eigentlich am besten helfen?

Die Therapie ist inzwischen sehr erfolgversprechend, wenn bestimmte Dinge zusammenkommen. Das Allerwichtigste ist zunächst eine verlässliche, vertrauensvolle Beziehungserfahrung. Denn das war

besonders bei denen, die früh und schwer traumatisiert sind, das größte Problem: dass sie immer wieder verlassen wurden und so überflutet wurden mit Reizen, die sie nicht verarbeiten konnten. Daher versuchen Therapeuten, eine langfristige, verlässliche und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu schwerst- und frühtraumatisierten Menschen aufzubauen. Das ist allerdings häufig schwierig herzustellen in unserer Gesellschaft, die nur relativ kurze bezahlte Psychotherapieformen kennt. In der Praxis kämpfen wir seit Langem darum, dass wir diese Menschen längerfristig sorgsam behandeln dürfen. Denn wenn sie erst einmal Vertrauen gefasst haben, auch mit ihren abgespaltenen inneren Anteilen, können sie nicht einfach wechseln und zu jemand anderem gehen. Das wäre, als wenn Sie einem Diabetiker sagen: „Jetzt haben wir Ihnen ein Jahr lang Insulin gegeben, jetzt müssen Sie selbst klarkommen, das muss reichen.“ Die Behandlung muss so lange fortgeführt werden, wie sie notwendig ist. Das steht zwar im Gesetz, in Wirklichkeit aber werden die Psychotherapien meist nach 80 Stunden nicht weiter bewilligt. Was für ein Unsinn! Denn es führt zu einer Drehtür-Psychiatrie, zu immer wieder abgebrochenen und wieder nach Jahren bei jemand anderem angefangenen Therapieprozessen – und das kostet auf Dauer sehr viel mehr.

Was muss dann bei der Therapie beachtet werden?

Es ist wichtig zu verstehen, dass fragmentierte Menschen mit allen Fragmenten zu




uns kommen und wir nicht nur den Anteil behandeln können, der momentan im Vordergrund ist. Wir müssen also wahrnehmen, dass sie bestimmte Zustände oder Anteile nicht unter Kontrolle haben und dass diese auch teilautonom agieren. Das heißt, dass wir sozusagen auf der inneren Bühne mit verschiedenen Persönlichkeitsanteilen arbeiten müssen, die wir helfen zu koordinieren. Wie man Brücken baut zwischen verschiedenen Teilbereichen der Persönlichkeit, das ist etwas, wo wir relativ weit sind.

Muss also quasi ein innerer Austausch stattfinden?

Genau. Denn es gibt eine Phobie nach solchen Schreckensereignissen, die innerlich allseits existiert. Es gibt drei Großbereiche der Persönlichkeit, die sich in der Folgezeit in einem inneren Krieg befinden. Das Alltags-Ich will funktionieren. Die inneren traumatisierten Anteile erleben das Ereignis häufig noch im Hier und Jetzt, wollen also ihr Leid loswerden und gehört werden. Und dann gibt es noch die sogenannten Täterintjekte – also die Anteile, die mit den Menschen identifiziert sind, die einem etwas angetan haben. Die treiben dann als negative innere Stimmen, Selbstverletzungstendenzen, Suizidimpulse, Ekelgefühle oder Selbstbeschuldigungen ihr Unwesen in der Persönlichkeit. Das zusammen zu koordinieren, das bekommen die Betroffenen nach solchen schweren Brüchen alleine nicht hin. Dabei brauchen sie Unterstützung.

Das klingt sehr nachvollziehbar. Sie sind, nachdem Sie ihr Diplom gemacht haben, relativ schnell aus dem System Universität verschwunden. Sie publizieren, Sie sind ein sehr aktiver Mensch, aber in einem Bereich, der auf einer ganz anderen Ebene Strukturen aufbaut. Vereinsarbeit ist ein großer Teil davon oder die Traumazentren, die Sie gegründet oder geholfen haben zu gründen und viele, viele Workshops. Warum? Also warum nicht Forschung oder ein Lehrstuhl? Warum diese so lebensnahe Herangehensweise, zum Beispiel dieses große Vernetzungsprojekt?

Ich musste mich früh entscheiden, weil ich von beiden Bereichen Angebote hatte. Heute bin ich sehr froh, dass ich nicht an die Universität gegangen bin. Denn von den Universitäten – und jetzt sage ich das mal sehr zugespitzt – kommt so gut wie nichts praktisch Brauchbares, außer von den Neurowissenschaften und der Genetik. Aber die Medizin hat völlig den Menschen aus dem Blick verloren. Sie sieht ihn nur noch als eine Ansammlung von Knie, Leber, Gehirn und jedes wird einzeln untersucht und behandelt. Die ganzheitliche Sichtweise ist aus dem Blick geraten. Die Psychiatrie ist eine Katastrophe, weil sie von der Pharmaindustrie dominiert wird. Die Psychologie ist inzwischen überwiegend reine Fliegenbeinzählerei, weit entfernt von der Praxis. Und selbst die Studien der Sozialen Arbeit werden immer stärker bürokratisiert und verändern sich mehr oder weniger zu BWL-Studien. Nur in den Praktika erleben die Medizin-, Psychologie- oder Soziale-Arbeit-



Studenten noch den rauen Wind der harten Realität leidender Menschen. Die Universitäten haben sich zunehmend abgekoppelt von dem ‚Schmutz‘ der sozialen Wirklichkeit. Das wollte ich nie! Und ich bin sehr froh, dass ich es andersrum mache. Heute bin ich seit 22 Jahren Präsidentin einer Fachgesellschaft, in der wir interessante Wissenschaftler mit Praktikern zusammenführen. Wir veranstalten zum Beispiel jedes Jahr eine große Tagung mit den interessantesten Aspekten. Aber von vielen Bereichen der Universität kommt leider herzlich wenig, was für Leidende und für sich in Not befindliche Menschen brauchbar ist.


Dass da viel Auffangbedarf besteht, sieht man stark in diesem Netzwerkprojekt, in dessen Zentrum sie wirken.

Wir können in unseren Netzwerken nur mit Praktikern und ausgewählten Kollegen arbeiten, die bereit sind, sich der Mühsal zu unterziehen, Menschen bindungsorientiert zu begleiten. Daher müssen wir auch ständig nach Geldern zur Finanzierung suchen. Dass die Stellenschlüssel bei der Privatisierung der Kliniken immer zusammengestrichen werden, ist da nicht sehr hilfreich. Wir müssen versuchen alle Zusammenarbeit, etwa mit Stiftungen oder mit den wenigen Universitäten, die überhaupt Forschungen in unserem Bereich der Psychotraumatologie machen wollen, immer wieder zu suchen und zu bestärken.

Und es hilft den Betroffenen natürlich überhaupt nicht, wenn da irgendwer einfach nur Dinge auf Papier druckt.

Ja und dass irgendwelche Standardtherapieverfahren benutzt werden sollen, wenn überhaupt von Psychotherapie an der Uni die Rede ist. Die meisten Uniabsolventen müssen nach der Uni noch mal lange Jahre Therapieausbildungen machen, damit sie sich dann irgendwann Psychotherapeuten nennen dürfen. Da lernen sie zum ersten Mal Dinge, die sie an der Uni nie gehört haben. Dann müssen sie noch die Praxis machen und dann kommen die Leute zu mir in die Fortbildung – da sind sie 45 und älter – wo sie lernen mit komplextraumatisierten Menschen zu arbeiten, die viele, viele Belastungserfahrungen hatten, mit denen sie kaum fertig werden. Diese Menschen dissoziieren nicht nur, sondern haben auch schwere Angststörungen, sind depressiv, immer wieder auch suizidal. Sie haben Süchte, verletzen sich selbst – das sind Menschen in Not. Und davon haben wir Millionen bei uns! Und es kommen immer mehr. Nicht zuletzt auch durch die Flüchtlinge.

Was Sie auch machen: Sie bieten eine ganze Reihe von Workshops an, wie man als Helfer oder Helferin, egal auf welcher Ebene, auch länger in diesem Bereich arbeiten kann, ohne selber irgendwann völlig ausgebrannt zu sein. Ist das ein akutes Problem unter Leuten, die sich mit dissoziativen Störungen und schwersttraumatisierten Menschen beschäftigen?



Ja, das kann man wohl sagen. Eine Diplomarbeit, die ich gelesen habe, hat sich damit beschäftigt, dass der Alkoholkonsum bei den Traumatherapeuten von allen Therapeuten am größten ist. Man sieht daran, dass viele Kolleginnen und Kollegen sich abends runterfahren müssen. Dann trinken sie halt ein Glas mehr, als es ihnen guttut, weil sie so viel Stress haben. Das kommt vor allem durch die Arbeit mit schwerstem Trauma. Da kriegen wir so viel Stress indirekt ab, dass wir lernen müssen, damit umzugehen. Als Traumatherapeuten dürfen wir daher nicht dasselbe fühlen wie unsere Patienten. Das ist sehr wichtig. Wir müssen also sozusagen die etwas höhere Ebene des Mitgefühls erreichen: Wir spüren ungefähr, wie es den Patienten geht, aber rutschen nicht herunter auf die basalste Ebene der Empathie. Das hieße nämlich: Ich fühle, was du fühlst. Dann sind wir besonders gefährdet auszubrennen. Deswegen mache ich ganz viel dafür, die Kollegen zu unterstützen, dass sie sich immer wieder selbst aufforsten, ihre eigenen Ressourcen aktivieren, ihre Zeit besser einteilen und so weiter. So können sie ihre Arbeit möglichst lange machen. Denn gut ausgebildete Kollegen sind kostbar. Die haben oft Jahrzehnte an Fortbildungen hinter sich.

Sie haben eben einen weiteren Bereich angesprochen, in dem immer mehr gute Therapeuten gebraucht werden. Dazu bieten Sie auch neue Workshops an, mit dem Thema: Krieg, Flucht und Migration. Das ist selbstverständlich ein neues großes Thema, das auf Deutschland zukommt. Und da gibt es auch einen großen Mangel

an Traumatherapiemöglichkeiten, die für die Geflüchteten zur Verfügung stehen. Ist das ein Feld, das viel mit dissoziativen Störungen zu tun hat, oder ist das eigentlich etwas ganz anderes?

Krieg ist natürlich einer der Faktoren, die Megastress bedeuten. Erst recht, wenn man noch Vertreibung hinter sich hat, wenn man auf der Flucht sehr viele existenzielle Erfahrungen machen musste, wenn man sich in einem Land zurechtfinden muss, indem man nicht einmal die eigene Sprache verwenden darf, weil man möglichst rasch eine ganz fremde Sprache lernen muss und so weiter. Die Flüchtlinge sollen auch ganz schnell funktionieren, denn die sollen arbeiten, arbeiten, arbeiten. Was machen die Menschen dann mit ihrer Verzweiflung? Mit ihren Schlafstörungen? Mit den ständigen Flashbacks an Schreckenserfahrungen von Gewalt, Vergewaltigung, existenzieller Not und von tiefem Verlassensein, Getrenntsein von ihren Familienmitgliedern und Ähnlichem? Das ist übrigens kein neues Thema. Wir beschäftigen uns in der Psychotraumatologie auch mit transgenerationalen Phänomenen, wobei wir die Erfahrungen aus den Weltkriegen einbeziehen. Hinzu kommen immer mehr ethnische Konflikte, Rassismus sowie gender- und kulturspezifische Probleme. Die Arbeit wird uns garantiert nicht ausgehen.

Interview: Anne Schwerdhöfer