

## **Der Körper als Ort der Erinnerung und des „Unaussprechlichen“ Gedanken zur Psychosomatik aus der Arbeit mit Trauma und Dissoziation**

**Claudia Igney, Sozialwissenschaftlerin;  
Marie-Helene Streicher, Psychotherapeutin und Allgemeinärztin,  
und das Team von VIELFALT e.V.**

In der Arbeit mit multiplen Menschen und dem Thema „Trauma und Dissoziation“ fällt uns immer wieder auf verschiedenen Ebenen eine Trennung zwischen Körper und Seele(n) auf. Es scheint so, als ob die Dissoziation sich hier fortsetzt, in der Diagnostik und Behandlung und in den Denkmustern. Wir möchten im Folgenden einige Beobachtungen aufgreifen und Diskussionsanregungen geben. Im Mittelpunkt steht der Versuch, Körper und Seele(n) zusammenzubringen.

Es geht uns darum, den Körper wahrzunehmen, ihn auch ernst zu nehmen, gleichberechtigt mit der Seele und beides als ein Zusammengehöriges, als ein Ganzes zu betrachten. Seelisches Leid spüre ich im Körper, körperliches Leid hinterlässt seine Spuren in der Seele. Auf traumatische Erfahrungen, auf Erfahrungen mit Gewalt, Hilflosigkeit, Alleingelassenwerden reagieren immer beide. Eines scheint uns beachtenswert: die Seele hat als Überlebensstrategie die Möglichkeit, einiges abzuspalten, aufzuteilen, ins Vergessen zu schicken, der Körper muss jedoch alles aushalten, ertragen. Er speichert alles, muss mit den Folgen zurechtkommen, Folgen, die manchmal ein ganzes körperliches Leben bleiben.

### **Vielfalt der körperlich- seelischen Phänomene**

Psychosomatische Reaktionen sind keine „Einbahnstrasse“, es gibt auch den anderen Weg: „somatopsychische Reaktionen“, das heißt eine körperliche Erkrankung erzeugt Leid in der Seele. Das beinhaltet auch, dass es oft schwierig ist, Ursachenforschung zu betreiben, bzw. sagen zu können, was woher kommt. Es ist ähnlich wie die Frage: was war zuerst da, die Henne oder das Ei. Hinzu kommt, dass es selten nur eine Ursache in der Krankheitsentstehung gibt, fast immer spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Im Fachjargon reden wir von einem „multifaktoriellen“ Geschehen, das heißt, erst wenn verschiedene Punkte zusammentreffen, führt das zu einer sichtbar werdenden Erkrankung des Körpers, die ÄrztInnen erkennen und diagnostizieren können.

Es gibt eine Vielzahl von Reaktionen, Symptomen und körperlichen Phänomenen, von wenig bedeutsamen, banalen Erscheinungen im schulmedizinischen Sinne, bis hin zu schweren Erkrankungen.

Der Körper „spricht“, das heißt: Gefühle drücken sich über den Körper aus. Bei Auftreten von Angst erhöht sich die Pulsfrequenz, ich spüre „einen Kloß im Hals“, ich bin hellwach, alle Sinne ebenso wie die Muskeln sind angespannt. Auch bei allen anderen Gefühlen äußert sich der Körper. Individuell kann sich das dabei durchaus unterschiedlich anfühlen. Bei Wut bekommen die Einen Magenschmerzen, Andere einen hochroten Kopf, sie könnten „platzen“. Diese Körpersprache ist wichtig, sie soll uns zum adäquaten Handeln führen. Wenn wir die Gefühle jedoch nicht wahrnehmen, unterdrücken, kann das im Laufe von Jahren Schmerzen bereiten, auch zu Krankheitssymptomen und zu manifesten Krankheiten führen.

Auch der Körper vergisst nichts, auch im Körper sind alle Erinnerungen gespeichert, sowohl angenehme Erinnerungen an Gerüche, an wohltuende Hautkontakte, an schmerzlindernde Eispackungen etc. als auch an Misshandlungen, an Krankheiten und Schmerz.

Treten später Schmerzen auf, können es Erinnerungsschmerzen sein, manchmal dauerhaft oder auch als Flashbackerleben, die keine aktuelle Krankheitsbedeutung haben müssen, sondern zum traumatisch Erlebtem gehören.

Körperliche Symptome werden ignoriert, „weg dissoziiert“ aus der Wahrnehmung. Intensive Schmerzen sind „wie weggeblasen“ sobald die Klientin die Arztpraxis betritt. Dadurch wird eine Klärung der Situation, die notwendige Diagnostik oder auch eine Behandlung sehr erschwert.

Ein häufiges Phänomen beim Besuch eines Zahnarztes, das sicher viele kennen, aber es tritt durchaus auch in anderen Situationen auf.

Wir kennen die direkten körperlichen Folgeschäden von Gewalt und Vernachlässigung wie Hautschäden, Narben nach Verletzungen, Probleme im Magen-Darm-Trakt. Als wohl wichtigsten Punkt sind hier die körperlichen Folgen der andauernden Übererregung mit Überlastung des Stresssystems zu nennen. Daraus können eine ständige Anspannung, Schlafmangel und eine Überforderung des Stresssystems entstehen. Übermüdung, Dauererschöpfung, gehäufte Infekte und eine geschwächte Abwehr sind weitere Folgen.

Wie bei anderen Menschen auch können ganz „normale“ Krankheiten wie Blinddarmentzündung, Gallensteine, Herz- und Blutdruckprobleme ohne direkten Bezug zum Trauma auftreten.

Psychosomatische Reaktionen wie Luftnot, Magenschmerzen, Herzrasen o. ä. können traumabedingt sein, aber auch körperlicher Ausdruck eines aktuellen Konfliktes in der Partnerschaft, im Job oder auch mit den Nachbarn sein, also auf dem Hintergrund eines seelischen Konfliktes entstehen.

Richtig schwierig wird es, wenn unterschiedliche Innenpersönlichkeiten an verschiedenen Krankheiten leiden. Die eine Innenpersönlichkeit leidet an Diabetes, eine andere ist abhängig von Suchtmitteln, oder es treten epileptische Krampfanfälle auf. Schulmedizinisch ist das bisher kaum zu verstehen. Ellert Nijenhuis, Onno van der Haart und Kathy Steele (2004) berichten unter anderem über unterschiedliche Hormonausschüttungen, unterschiedliche Herzfrequenzen, wechselnden Blutdruck, je nachdem, ob eine Alltagspersönlichkeit, relativ stressfrei, oder eine traumatisierte Persönlichkeit die Kontrolle über den Körper hatte. Die Erforschung der körperlichen Situation befindet sich noch sehr in den Anfängen, weitere Forschung ist dringend nötig<sup>1</sup>.

### **Spaltungen im Hilfesystem**

Spaltungen sind auch zu beobachten bei dem Weg der Betroffenen auf der Suche nach Hilfe. Viele multiple, dissoziierende Frauen erzählen, dass sie schon ihr ganzes Leben lang unter körperlichen Symptomen/ Krankheiten gelitten haben und deswegen auch behandelt wurden. Der Zusammenhang zu Gewalterfahrungen und/oder Dissoziation wird jedoch noch immer selten hergestellt, sowohl von den Betroffenen als auch im Medizinsystem. Beschrieben werden eine Vielzahl organmedizinischer Untersuchungen, auch invasive Eingriffe und Operationen. Meist jedoch ohne dauerhafte Besserung und ohne Überweisung an psychosomatische oder traumatherapeutische ExpertInnen.

---

<sup>1</sup> Hinweisen möchten wir an dieser Stelle auf das kurz nach Erstellung dieses Artikels erschienene Fachbuch von Ellert R.S. Nijenhuis: Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messungen und theoretische Aspekte. Junfermann Verlag Paderborn

Es gibt auch die andere Variante: Frauen, die schon sehr früh Kontakt zum psychiatrischen/therapeutischen Versorgungssystem haben und deren körperliche Symptome ebenfalls nicht in ihrer Differenziertheit gesehen und behandelt werden. Dann ist „alles psychisch“ oder körperliche Symptome werden den (Neben-)Wirkungen der Psychopharmaka zugeschrieben oder von diesen verdeckt.

### **Diagnostik I: Dissoziative Störungen versus somatoforme Störungen**

Das DSM IV (1994) macht die Trennung augenfällig: zu den dissoziativen Störungen zählen Amnesie, Fugue, DIS, Depersonalisationsstörung und die Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (DDNOS). Die Definitionskriterien beziehen sich fast ausschließlich auf mentale, psychische und identitätsbezogene Symptome.

Körperliche dissoziative Symptome zählen dagegen nicht unter die Dissoziativen Störungen, sondern sind „abgespalten“ unter die somatoformen Störungen (als Konversionsstörung, d.h. somatische oder neurologische Symptome ohne nachweisbare körperliche Ursache, z.B. Lähmungserscheinungen, Sinnesausfälle wie Blindheit und Verlust des Körpergefühls, Schmerz, Anfälle).

Auch in den Diagnoseinstrumenten ist diese Trennung noch überwiegend zu finden, z.B. SKID –D (Gast u.a. 2000) für Dissoziative Störungen und SDQ 20 (Nijenhuis u.a. 1996) für somatoforme Störungen/ somatoforme Dissoziation.

Nijenhuis (zit. nach Lüderitz 2005, S. 107) kritisiert diesen gespaltenen Fachdiskurs und stellt die Behauptung auf, dass Dissoziation immer auch mit somatoformer Dissoziation, d.h. mit Somatisierung, einhergeht.

Der ICD 10 verwendet ein grundsätzlich anderes Klassifikationssystem in diesem Bereich: hier werden auch alle dissoziativen Störungen (außer Depersonalisation/Derealisation) unter die Konversionsstörungen subsummiert.

Damman & Overkamp (2004, S. 24) stellen in einem Übersichtsartikel fest, dass „das nosologische Gebiet zwischen Somatisierungs-, Konversions- und dissoziativen Störungen nach wie vor nur unvollständig verstanden“ wird. Die unterschiedlichen Klassifikationen im DSM IV und ICD 10 werden in der Fachliteratur intensiv diskutiert (s. Fiedler 2001, S. 287 ff). Mit dem Erstarken der psychobiologischen Traumaforschung und wachsender Kritik an der Einseitigkeit und mit der Praxis oft nicht übereinstimmenden Definitionen entstanden Vorschläge für eine Neuformulierung des Kriterienkataloges Dissoziativer Störungen. Der Kriterienkatalog von Dell (2001) ermöglicht die Klassifizierung von einfachen bis komplexen dissoziativen Störungen und vereint mentale, psychische und körperliche Kriterien- was der diagnostischen und therapeutischen Praxis eher entspricht und einfacher zu handhaben ist.

### **Diagnostik II: Dissoziative Störungen versus Posttraumatische Belastungsstörungen**

Eine andere Art der diagnostischen Trennung ist die zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und Dissoziativen Störungen.

Folgt man Janet und der Forschungsgruppe um Nijenhuis so ist das posttraumatische Geschehen unterteilt in zwei konträre traumaspezifische, entwicklungsgeschichtlich sehr alte, schon bei Tieren vorkommende Reaktionsmuster: „positive“ (posttraumatische) Symptome wie Übererregung, Spannungszustand, Herzrasen, Schmerzen, Flashbacks, übermäßige Wachsamkeit, Todesangst einhergehend mit Sympathikusaktivierung im autonomen Nervensystem (Angriffsreaktion) zum einen und zum anderen „negative“ (dissoziative) Symptome wie Erstarrung, Lähmung, emotionale Taubheit, Schmerzunempfindlichkeit, Nicht-Mehr-Wahrnehmen der Umwelt (Derealisation), Vermeidung einhergehend mit Parasympthikusaktivierung (Totstellreflex). „Negative“ bzw. dissoziative Symptome sind bei

dieser Betrachtungsweise eine Antwort auf absolute Ohnmachtserfahrungen ohne jegliche Handlungs- oder Verteidigungsmöglichkeit.  
(Lüderitz 2005, S. 104 ff, Huber 2003, S. 41 ff)

Folgt man diesen Gedanken, so lässt sich vermuten, dass bei frühkindlichen, schweren Traumatisierungen mit geringen Handlungsmöglichkeiten eher das dissoziative Reaktionsmuster aktiviert wird, während bei Traumatisierungen im Erwachsenenalter – abhängig von den Ressourcen des Opfers- verstärkt posttraumatische Reaktionen zu erwarten sind. Jedoch haben unserer Erfahrung nach multiple/ stark dissoziierende Menschen immer beide Reaktionsmuster, wenn auch in individuell unterschiedlicher Ausprägung.

### **Der Körper in der Psychotherapie**

In der Praxis finden sich in der Regel keine so klaren Trennungen, sondern eine Vielzahl komplexer körperlicher und psychischer Symptome mit unterschiedlicher Herkunft und Dynamik.

Auch in der Psychotherapie ist in der Regel eine Spaltung zu beobachten: Die Ausbildungen zu den anerkannten Richtlinienverfahren sind auf die Behandlung psychischer Symptome ausgerichtet, körperbezogene bzw. körpertherapeutische Elemente werden eher selten integriert. Das (unzweifelhaft wichtige!) Abstinenzgebot wird meist so weit ausgelegt, das körperliche Berührungen nur in sehr eng begrenztem Rahmen (z.B. Handhalten) erlaubt sind bzw. als therapieförderlich angesehen werden. Was macht die/der TherapeutIn aber dann, wenn eine dissoziierende Klientin im Persönlichkeitszustand eines schwer traumatisierten Kleinkindes mit Worten nicht zu erreichen ist und schwere körperliche Symptome zeigt (Atemnot, Krampfanfälle etc.)?

Auch in der spezifischen Literatur zu Dissoziation/ DIS spielen die (psycho-)somatischen Aspekte und ihre Behandlung nur eine untergeordnete Rolle, z.B. als Begleiterscheinungen von Konflikten zwischen den Persönlichkeiten und Bestandteil von Flashbacks/ Abreaktionen.

In der medizinischen, psychosomatischen Fachliteratur fehlt die somatische Dissoziation oft ganz.

Die allgemeinere Traumaliteratur und Therapieverfahren für die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung beziehen somatische und neurobiologische Aspekte stärker ein. Imaginationsübungen zur Stabilisierung ebenso wie z.B. EMDR zur Traumaverarbeitung, regen alle Sinne an und vereinen Körper und Seele.

Ressourcenorientierte Verfahren helfen, die Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen schonender zu gestalten und körperliche Abreaktionen zu vermeiden. Im stationären Setting vieler Traumatherapiestationen sind neben diesen Verfahren auch Gestaltungstherapie, Qigong oder Aromatherapie anerkannter Bestandteil (Reddemann 2001). Es ist zu hoffen, dass auch im ambulanten Bereich Traumatherapie als Regelverfahren und Qualifikation von den Kostenträgern anerkannt werden, einerseits um den Bedarf zu decken und andererseits, damit TraumatherapeutInnen in Therapieanträgen nicht mehr ihre Arbeitsweise in verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologischen Handlungsschemata „unterbringen“ müssen.

Auch in der spezialisierten Arbeit mit erwachsenen Folterüberlebenden werden häufig die körperlichen Folgen thematisiert, die real physischen und die psychosomatischen - die „Spur des Schmerzes“ (Wenk- Ansohn, 1996). Vielleicht liegt es daran, dass Folter in der Mehrzahl erwachsene Menschen trifft. Sie verfügen über ein entwickeltes Körperbild und Körpergefühl, das durch die Folter erschüttert wird, aber an das trotzdem im Rahmen der Therapie wieder angeknüpft werden kann. Die Zusammenhänge zwischen der Gewalt und den körperlichen

Folgen sind für die Betroffenen i.d.R. selbst erkennbar oder zumindest im Rahmen einer guten Therapie verstehbar. Dies hilft, in der Therapie und der individuellen Bewältigung Körper und Seele als gemeinsam Verletztes zu sehen und zu heilen.

### **Das ist nicht mein Körper!**

Für multiple Menschen gibt es häufig kein „Leben vor der Gewalt“, an das angeknüpft werden kann. Die Gewalt hat in der Lebensgeschichte so früh (i.d.R. vor dem fünften Lebensjahr) begonnen, dass kein „normales“ Körperbild entstehen konnte bzw. die einzelnen Persönlichkeiten keine Erinnerung daran haben. Die dissoziative Spaltung setzt sich auch im Körperbild fort. Manche Persönlichkeiten haben eine eigene Vorstellung von ihrem Äußeren, die der sichtbaren Realität nicht entspricht. Oder sie sind der festen Überzeugung, dass eine Bestrafung anderer Innenpersonen nur „deren“ Körper und nicht „ihren“ eigenen trifft. Oder dass der Körper als Ort der Gewalt nicht zu ihnen gehört und deshalb vernachlässigt bzw. verletzt wird.

Körperliche Symptome erscheinen oft generalisiert (-oder andererseits auch sehr speziell nur an eine Persönlichkeit gebunden), losgelöst von konkreten Erinnerungen oder realen Lebensumständen, verwirrend, wechselhaft und wenig greif- bzw. veränderbar. Dies erschwert es sowohl für die Betroffenen als auch die BehandlerInnen.

### **Bei uns ist das anders!**

Es gibt aber oft auch innerhalb eines multiplen Systems Persönlichkeiten, die über ein großes Wissen über innere Zusammenhänge verfügen – auch auf der energetischen und körperlichen Ebene. Ihre Erklärungen erscheinen jedoch oft –ebenso wie real beobachtbare körperliche Phänomene (z.B. Allergien nur bei einem Persönlichkeitsanteil, unterschiedliche Brillenstärken)- nicht mit unserem naturwissenschaftlichen Erkenntnisstand vereinbar. Für die medizinische Praxis ergibt sich hier mitunter ein (nicht nur juristisches) Dilemma: Wenn es keine wissenschaftlich abgesicherte Handlungsgrundlage gibt bzw. die vorhandenen Standards guter Praxis bei den PatientInnen keinen Erfolg haben, bleibt nur das eigene Erfahrungswissen (so vorhanden), Mut, Besonnenheit und Offenheit, d.h. auch die Abwägung zwischen naturwissenschaftlich- medizinischem Fachwissen und Erfahrungen mit dieser Patientin im Einzelfall. Ist es zu verantworten, einer (angeblich) „wissenden“ Innenperson zu folgen und unkonventionelle Methoden anzuwenden oder abzuwarten, auch wenn die gute medizinische Praxis jetzt eigentlich den Einsatz invasiver Diagnostik und medikamentöser Behandlung verlangt?

Verstärkte Forschung ist notwendig, aber auch ein intensiverer bzw. umfassenderer kollegialer Austausch zwischen PsychotherapeutInnen und HausärztInnen/ Internisten/Chirurgen etc. Zwar sind Telefonate unter (ärztlichen) KollegInnen z.B. über einen Organbefund oder Klinikentlassungsbericht durchaus üblich, aber es geht so gut wie nie um Fragen, die den Körper-Seele-Zusammenhang bzw. psychosomatische Aspekte betreffen. Einen beachtenswerten und gelungenen Anfang macht hierzu ein soeben neu erschienenes Fachbuch, das in Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen und somatisch/ psychosomatisch tätigen ÄrztInnen entstand und sich speziell an ÄrztInnen der Primärversorgung (v.a. HausärztInnen) richtet (herausgegeben von Luise Reddemann 2006). Seelische und körperliche Aspekte von Trauma(folgestörungen) werden gemeinsam betrachtet und konsequent die Ressourcen sowohl der BehandlerInnen als auch der traumatisierten PatientInnen in den Mittelpunkt gestellt.

## Was hilft?

Bei all diesen Gedankengängen scheint der verbindende rote Faden zu sein, stets Körper und Seele zusammenzubringen, gleichberechtigt zu denken/ zu behandeln und als Einheit zu sehen. Das bedeutet, die dissoziativen Mechanismen zu verstehen, aber nicht unhinterfragt fortzuführen, sondern die KlientInnen (und die professionellen BegleiterInnen verschiedener Disziplinen) auf dem Weg zu mehr Verbundenheit zu unterstützen.

Gefragt ist Mut, Kraft und Unterstützung der Betroffenen, den Körper gemeinsam wahr- und ernst zu nehmen, die traumatischen Erfahrungen auf allen Ebenen zu verarbeiten und neue Erfahrungen zu machen.

Gefragt ist auch die ärztliche Professionalität. Der ärztliche Alltag erfordert Fähigkeiten des „Dissoziieren und Assoziieren“. Ein Chirurg muss sich auf die vor ihm liegende „Galle“ und seine professionellen Fähigkeiten konzentrieren und den zur Galle dazugehörenden Menschen während der Operation „wegdissoziieren“.

Außerhalb des medizinischen Kontextes wären seine Handlungen Körperverletzung, die einem anderen Menschen Schmerzen verursacht. Als Chirurg operiert er gut, wenn er während der Operation sich nur auf das Operationsgebiet konzentriert und alles andere ausblendet. Gefühle und emphatische Reflexion der Lebenssituation des Patienten sind im Op-Saal eher hinderlich.

Die ärztliche Kunst beinhaltet jedoch beides, im Op-Saal Einengung auf das Spezialgebiet und im Sprechzimmer bzw. vor der Entscheidung zur OP oder anderen invasiven Methoden den ganzen Menschen zu sehen. Das kann auch heißen, erstmal abzuwarten und bewusst auf die persönliche Ebene zu gehen, bevor die Richtung invasiver Diagnostik und Behandlung eingeschlagen wird. Und auch danach muss immer wieder die Spaltung in technisch messbaren Organbefund auf der einen Seite und dem ganzen, individuellen Menschen auf der anderen Seite aufgehoben werden, um den Befund richtig einordnen zu können und die bestmögliche Behandlung einleiten zu können.

Bei Schmerzen oder anderen Symptomen ist es ohne Zweifel wichtig, dass eine gründliche Diagnostik erfolgt, gründlich im Sinne von Anamnese, genaue Befunderhebung und gegebenenfalls auch weitergehende Maßnahmen. Wenn dann jedoch kein „ernster“ organischer Krankheitsbefund vorliegt, muss „Trauma“ als Ursache mitgedacht werden. Das bedeutet **nicht**, dass die Patientin nicht ernst genommen wird. Sondern das Gegenteil ist der Fall. Wenn Trauma als mögliche Ursache mit einbezogen wird, bedeutet das im Sinne einer ressourcenorientierten Behandlung, die Patientin wird, sobald schwerwiegende Erkrankungen ausgeschlossen sind, behandelt, um ihre körperliche Belastung abzumildern und ihre eigenen Kräfte zu stärken. Denn: jede weitere (unnötige!) Diagnostik wäre möglicherweise eine Belebung und Aktivierung von Traumaanteilen und damit eine Retraumatisierung. Ein Beispiel ist die Fibromyalgie, ein offensichtlich häufig nach Trauma auftretendes Syndrom. Häufige Wiederholungen der diagnostischen Maßnahmen bringen nichts, hier hilft nur ein gutes Behandlungskonzept.

Natürlich ist das im stressigen ärztlichen Alltag eine Herausforderung, dennoch ist es nicht nur eine Frage von genügend Zeit, sondern mehr noch von „es im (Hinter-)Kopf zu haben“, Gewalt/ Dissoziation als mögliche Ursache von körperlichen Symptomen mitzudenken.

Darüber hinaus gibt es einige Punkte, die v.a. aus Sicht der Hilfesuchenden als hilfreich beschrieben werden:

- HausärztIn, FrauenärztIn und ZahnärztIn möglichst in Ruhe suchen. Zunächst ein Gespräch vereinbaren (ohne Untersuchung). Dafür evtl. im Vorfeld einen Zettel machen: Was will ich wissen/ klären? Dies hilft den (potentiellen) Patientinnen,

Ängste abzubauen und jemand Passenden zu finden. Der/dem ÄrztIn hilft es, die Patientin „in guten Zeiten“ kennen zu lernen, um sie in Krankheits-/Krisenzeiten besser einschätzen zu können.

- So weit möglich: Absprachen treffen zum Umgang mit Triggern, Persönlichkeitswechselln etc. Was hilft, sich sicherer zu fühlen und die Persönlichkeit im Vordergrund zu halten, die Hilfe braucht/ krank ist?
- Evtl. manches schriftlich festhalten (welche Medikamente in welcher Dosierung, Telefonnummer einer Vertrauensperson oder der Therapeutin etc.) und bei ÄrztIn hinterlegen und/oder als Notfallzettel im Ausweis.
- Offenheit und Respekt! Bei unklaren Schmerzen kann es sehr hilfreich sein, abzuklären ob sie organmedizinische Ursachen haben. Dies sollte möglich sein, ohne als SimulantIn oder mit „sowieso alles psychisch“ abgestempelt zu werden. Allerdings sollten sich PatientInnen und ÄrztInnen hüten, in übermäßigen Aktionismus zu geraten.
- Aktiv gegen Schmerzen angehen, auch wenn sie keine organische Ursache haben! Ausprobieren, was hilft (Bewegung, Gymnastik, Wärme, beruhigende Musik...), notfalls auch kurzfristig (!) mit (ausreichend starken!) Schmerzmitteln das Schmerzgedächtnis ausschalten. Ständige starke Schmerzen absorbieren so viel Energie und Aufmerksamkeit, dass kein Platz mehr für positive Erfahrungen bleibt und eine Traumatherapie bzw. Verarbeitung der traumatischen Erfahrung kaum möglich ist.
- Positive Erfahrungen mit dem Körper machen (auch hier ausprobieren, was angenehm ist: Sport, Meditation, Baden, Aromaeöle, Massagen....). Der Körper „merkt“ sich nicht nur Schmerz und Gewalt sondern auch angenehme Dinge! Diese Körpererinnerungen können ein hilfreiches Gegengewicht sein.

Für die ressourcenorientierte Arbeit von HausärztInnen und InternistInnen mit traumatisierten PatientInnen finden sich weitere wertvolle Empfehlungen in Reddemann (2006), für die zahnärztliche Praxis bei Kant (2006).

Beschreibungen zur körpertherapeutisch orientierten Traumatherapie sind z.B. zu finden bei Rothschild (2002).

### **Was bleibt?**

Viele Fragen, einige naturwissenschaftlich bisher kaum oder nicht erklärbare Phänomene, immer wieder Sprachlosigkeit und Erschütterung angesichts der Gewalt und ihrer Folgen, Staunen über die menschlichen (Über-)Lebensfähigkeiten und körperliche und seelische Regenerationsfähigkeit, Respekt und Freude über Heilungserfolge nach jahrelangen Odysseen durchs medizinische und soziale Hilfssystem – und die Hoffnung auf ein Anwachsen der Forschungsergebnisse, interdisziplinären Diskussionen und Handlungskompetenzen in allen Bereichen!

#### Zitierte Literatur

Damman, G.; Overkamp, B. (2004): Diagnose, Differentialdiagnose und Komorbidität dissoziativer Störungen des Bewusstseins

In: Reddemann, L; Hofmann, A.; Gast, U. (2004): Psychotherapie der dissoziativen Störungen . S.3-25, Thieme-Verlag Stuttgart

Dell, P.F. (2001): Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. Journal of trauma dissociation, 2, 1, S. 7-37

Deutsche Übersetzung des Kriterienkataloges in Lüderitz (2005), S. 294-297, Diskussion in Gast (2004)

Fiedler, P. (2001): Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung 2. Auflage, Beltz, Weinheim

Gast, U. (2004): Dissoziative Identitätsstörung- valides und dennoch reformbedürftiges Konzept  
In: Reddemann, L; Hofmann, A.; Gast, U. (2004): Psychotherapie der dissoziativen Störungen . S.26- 37,  
Thieme-Verlag Stuttgart

Huber, M. (2003): Trauma und Traumabehandlung, Teil 1: Trauma und die Folgen, Teil 2: Wege der  
Traumabehandlung  
Junfermann Verlag Paderborn

Kant, J. M. (2006): „Die Großen haben Schmerzen, aber ich merke nichts davon!“ Zahnärztliche Behandlung  
einer Patientin mit dissoziativer Identitätsstörung  
Quintessenz 2006; 57 (2):187-195

Lüderitz, S. (2005): Wenn die Seele im Grenzbereich von Vernichtung und Überleben zersplittert.  
Auswirkungen auf Behandlungskonzepte der Dissoziativen Identitätsstörung.  
Junfermann Verlag Paderborn

Nijenhuis, Ellert R.S. (2006): Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messungen und theoretische Aspekte.  
Junfermann Verlag Paderborn

Nijenhuis, E.R.S.; Spinhoven, P.; Dyck, R.; van der Hart, O.; Vanderlinden, J. (1996): The development and  
psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire- 20 (S.D.Q.- 20). Journal of Nervous  
and Mental Disease, 184, S. 688-694

Eine deutsche Übersetzung des Fragebogens befindet sich in: Huber, M. (2003): Trauma und  
Traumabehandlung, Teil 1, S. 244- 248, Junfermann Verlag Paderborn

Nijenhuis, E, van der Haart, O.; Steele, K. (2004): Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur,  
traumatischer Ursprung, phobische Residuen.  
In: Reddemann, L; Hofmann, A.; Gast, U. (2004): Psychotherapie der dissoziativen Störungen . S.47-72,  
Thieme-Verlag Stuttgart

Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft  
Pfeiffer bei Klett-Cotta Stuttgart

Reddemann, L. (Hg.) (2006): Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten  
Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Rothschild, B. (2002): Der Körper erinnert sich. Die Psychobiologie des Traumas und der Traumabehandlung.  
Synthesis-Verlag, Essen

Wenk-Ansohn, M. (1996): Die Spur des Schmerzes- Psychosomatische Störungen bei Folterüberlebenden  
In: Graessner, S; Gurriss, F., Pross, Ch. (Hg.) (1996): Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und  
Therapien. Verlag Beck, München