



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Sandra Wieland (Hrsg.)

Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Grundlagen, klinische Fälle und Strategien

Mit einem Vorwort von Karl Heinz Brisch

Aus dem Englischen von Winja Lutz

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel

»Dissociation in Traumatized Children and Adolescents:
Theory and Clinical Interventions« im Verlag Routledge,
Taylor & Francis Group, New York

© 2011 by Taylor and Francis Group

Für die deutsche Ausgabe

© 2014 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © altanaka/fotolia

Gesetzt von Kösel, Krugzell

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-608-94826-4

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.

Inhalt

Vorwort von Karl Heinz Brisch	7
Einleitung	11
1 Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen: Symptomatik, Störungsbild und Implikationen	17
<i>Sandra Wieland</i>	
2 Ich und alle meine Schwestern Dalma (4 bis 7 Jahre) Die Therapie eines sexuell missbrauchten Mädchens mit dissoziativer Identitätsstörung	50
<i>Sandra Baita</i>	
3 Meine Anteile zusammenschmelzen Emma (6 bis 9 Jahre) Die Behandlung nach frühkindlichem sexuellen Missbrauch	89
<i>Els Grimminck</i>	
4 Alle müssen gerettet werden Jason (7 Jahre) Zwei Wochen Intensivtherapie für ein adoptiertes Kind	110
<i>Renée Potgieter Marks</i>	
5 Kontakt zum Körper finden Ryan (8 bis 10 Jahre) Die Behandlung somatoformer Dissoziation	147
<i>Frances S. Waters</i>	
6 Den dissoziativen Schutz aufgeben Joey (11 bis 12 Jahre) Die Therapie mit einem Kind nach frühem familiären Trauma	191
<i>Sandra Wieland</i>	

7	Worte finden für den Schmerz	Angela (14 bis 16 Jahre)	
	Eine dissoziative Jugendliche mit medizinischem Trauma		241
	<i>Joyanna Silberg</i>		
8	Er ist fast wie zwei verschiedene Kinder	Leroy (7 Jahre)	
	Die Arbeit mit einem dissoziativen Kind in der Schule		266
	<i>Na'ama Yehuda</i>		
	Zusammenfassung		332
	Literatur		340
	Abkürzungen		349
	Register		351
	Herausgeberin		360
	Autorinnen		361

Vorwort

Es ist Sandra Wieland und ihren Koautorinnen gelungen, ein faszinierendes Buch über das Phänomen der Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu schreiben. Dieses Buch wird im deutschsprachigen Raum absolut benötigt, weil es kein vergleichbares gibt, das sich derart in Theorie und Praxis mit dem Phänomen der Dissoziation bei dieser Altersgruppe beschäftigt. Als ich anfang, die englische Ausgabe zu lesen, war ich erschüttert und fasziniert zugleich und konnte das Buch nicht mehr aus den Händen legen. Im theoretischen Teil des Buches wurde genau das aufgeschlüsselt, was ich versucht hatte, mir mühevoll in eigener Kleinarbeit über die Entstehung von dissoziativen Prozessen bei Kindern und Jugendlichen zu erarbeiten. Sandra Wieland beschreibt in eindrucklicher Klarheit und nachvollziehbaren Gedankengängen die verschiedenen theoretischen Ansätze und Möglichkeiten, das Phänomen der Dissoziation – speziell bei Kindern und Jugendlichen – zu entschlüsseln und dieses Verständnis in therapeutisches Handeln umzusetzen.

In den letzten Jahren wurde über dissoziative Phänomene und die Entwicklung der dissoziativen Identitätsstörung bei Erwachsenen schon einiges publiziert und erforscht. Obwohl die dissoziativen Prozesse bei Erwachsenen vermutlich bereits in deren Kindheit durch schwerwiegende, langjährige Traumatisierung entstanden sind, schienen das Gebiet der Dissoziation und ihre Erforschung sowie auch die therapeutische Arbeit mit der Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen Jahre lang nicht im Fokus des Interesses zu stehen. Genau hier beginnt die Pionierarbeit von Sandra Wieland und ihren Kolleginnen.

Vermutlich sehen Therapeutinnen und Therapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, seit vielen Jahren Phänomene der Dissoziation, die sie aber nicht genau einordnen konnten. Die Versuche, dissoziative Phänomene und Symptome in den gängigen Theorien der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie oder auch der humanistischen Psychologie erklärbar »unterzubringen«, waren nur teilweise erfolgreich. Es bedurfte neuerer theoretischer Überlegungen und Konzeptualisierungen unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus Neurobiologie und

Psychotraumatologie, die von Sandra Wieland und ihrem Autorenteam in hervorragender Weise durchgeführt und festgehalten wurden. Diese theoretischen Überlegungen basieren vorwiegend auf der klinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die oftmals schon in frühester Kindheit schwerwiegende Traumatisierungen erlitten haben. Hierzu gehören alle Formen von Gewalt, sei es sexuelle, körperliche oder emotionale Gewalt, der häufige Wechsel von Kontexten der Betreuung oder auch der Verlust von wichtigen Bindungspersonen. Charakteristisch ist, dass die Traumatisierungen über lange Zeit und in großer Intensität von den Kindern erlitten wurden, so dass sie in der Regel keine sicheren Bindungsbeziehungen entwickeln konnten und stattdessen auf dissoziative Strategien zurückgreifen mussten. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass die Integration von psychischen, traumatischen Erfahrungen, die Affektregulation, die Mentalisierungsfähigkeit und die Möglichkeit, kognitive und affektive Prozesse zu steuern und zu regulieren, bei diesen Kindern vielfältig gestört sind. Die Fähigkeit des menschlichen Gehirns, auf größten Stress mit Dissoziation zu reagieren – dies bedeutet: keinen Schmerz, keine Panik, weder Affekte noch den eigenen Körper wahrzunehmen –, ist eine überlebenswichtige Funktion. Sie wurde vermutlich von den Kindern bei länger bestehenden Traumatisierungen immer häufiger und intensiver genutzt, um auf diese Weise überhaupt ihre Existenz erträglich zu machen. Mit der Fähigkeit zur Dissoziation entstehen aber im Alltagsleben erhebliche Schwierigkeiten und vielfältige Symptome, besonders in Beziehungen zu Mitmenschen.

Die verschiedensten Therapiebeispiele aus unterschiedlichen Altersgruppen zeigen sehr anschaulich und sehr bewegend, wie vielfältig die Auffälligkeiten sind, unter denen diese Jungen und Mädchen leiden. Die große Varianz der Symptome, die sich entwickeln können, unterscheidet sich teilweise von derjenigen, die bei Erwachsenen beobachtet werden kann. Aus diesem Grunde ist es auch notwendig, ein eigenes Arbeitsfeld für die theoretischen Erklärungsmodelle und die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die unter Dissoziation leiden, zu entwickeln. Die internationalen und deutschsprachigen Fachgesellschaften haben dies inzwischen aufgegriffen.

Die Therapiebeispiele sind ein unglaublicher Schatz dieses Buches, weil sie einen sehr differenzierten Einblick geben, wie auf unterschiedliche Art und Weise in der Langzeittherapie, aber auch durch kürzere Interventionen, mit diesen Kindern gearbeitet werden kann. Voraussetzung ist allerdings, dass die Therapeutinnen und Therapeuten etwas von den Phänomenen der Dissoziation verstehen und entsprechend ihre therapeutischen Interventionen darauf abstimmen können.

Allen Koautorinnen dieses Buches, die ihre Therapiebeispiele zur Verfügung gestellt haben, ist gemeinsam, dass sie schon lange mit Kindern mit schwerwiegenden Traumatisierungen arbeiten, aber die Therapien in früheren Zeiten nicht so erfolgreich durchführen konnten, weil sie das Phänomen der Dissoziation noch nicht ausreichend verstanden hatten. Mit dem neuen Verständnis wurde es teilweise erst möglich, überhaupt einen Zugang zu der Innenwelt dieser Kinder zu bekommen und therapeutische Möglichkeiten in ganz unterschiedlichen Settings, von der stationären bis zur ambulanten Behandlung, ja auch bis zur schulischen Arbeit im Klassenzimmer, zu entwickeln.

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich um eine Pionierarbeit, die vielen Kindern- und JugendlichentherapeutInnen für ihre Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern die Augen öffnen und neue Möglichkeiten der therapeutischen Interventionen an die Hand geben wird. Ebenso werden TherapeutInnen, die Erwachsene behandeln, durch die Lektüre des Buches besser verstehen, was diese als Kinder erlebt haben und wie sie schon sehr früh durch Dissoziation Strategien entwickelten, um trotz ihrer Traumatisierungen zu überleben.

Ich wünsche dem Buch daher im deutschsprachigen Raum eine enorme Verbreitung. Möge es PsychotherapeutInnen, PädagogInnen und SozialarbeiterInnen sowie anderen Berufsgruppen, die für diese Kinder Sorge tragen, sowohl für das individuelle Studium als auch für Supervisions- und Intervisionsgruppen, Workshops und Weiterbildungskurse als Grundlage dienen. Somit werden viele für diese schwierige und doch so dringend notwendige Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen ein passendes Handwerkszeug erhalten und auch Ermutigung erfahren. Denn jedes einzelne Kind wird in seinem innersten Kern sehr glücklich sein, wenn sich jemand auf den Weg macht, es in seiner dissoziativen Welt zu verstehen.

München, im Januar 2014

Karl Heinz Brisch

Einleitung

Als ich meinen zweiten Fortbildungskurs zur Diagnostik und zur Behandlung von komplextraumatisierten/dissoziativen Kindern und Jugendlichen vorbereitete (der von der ISSTD gesponsert wird), dachte ich mir: »Wunderbar, wir verdoppeln die Anzahl der Kindertherapeuten in British Columbia, Kanada, die auf dissoziative Kinder spezialisiert sind.« Mein zweiter Gedanke war: »Wie armselig – wir kommen von 15 auf 30.« Mittlerweile sind wir bei 60 und in einem weiteren Jahr vielleicht bei 90, und das ist immer noch armselig. Das sind 90 von weit über 1000 Therapeuten in einem kleinen Teil Kanadas. Der Fortbildungskurs wurde 2009 in Schweden, den Niederlanden, England, den USA und Kanada angeboten, eine spannende Entwicklung. Andere Fortbildungskurse werden in so verschiedenen Ländern wie Argentinien, Südafrika, Irland, Neuseeland und Estland angeboten. Trotzdem beläuft sich die Anzahl der Kinder- und Jugendtherapeuten, die auf Trauma und Dissoziation *spezialisiert* sind, nach wie vor auf Hunderte, während es vermutlich Hunderttausende Therapeuten gibt, die mit traumatisierten und dissoziativen Kindern und Jugendlichen *arbeiten*. Ich dachte mir, es muss einen Weg geben, wie man Therapeuten erreichen kann, die keine tagelangen Workshops besuchen können. Die gebräuchlichste Methode, um Wissen zu verbreiten, sind Bücher und heute auch das Internet. Ich musste wieder an die Kurse denken, die ich abhielt: Die Therapeuten hatten mit Abstand am häufigsten rückgemeldet, dass es die Fallbeispiele waren, die sie am hilfreichsten fanden. Das anschauliche Erzählen von dem, was in der Therapie zwischen mir und dem Kind oder Jugendlichen geschah und von meinen Gedanken dabei. Konzeptuell zu verstehen, was Dissoziation ist, kann hilfreich und notwendig sein; um sich aber bereit zu fühlen, den Therapieraum zu betreten und mit diesen Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, muss man die therapeutische Dynamik *erleben*. Aus dieser inneren Debatte zwischen meinem entmutigten Selbstanteil und meinem Problemlöse-Selbstanteil ist die Idee zu diesem Buch entstanden, das den Lesern nicht nur die Grundlagen der Dissoziation vermittelt, sondern ihnen auch Einblicke in reale Therapie-sitzungen und in die Gedanken der behandelnden Therapeuten ermöglicht.

Der erste dokumentierte Fall eines unverkennbar dissoziativen Kindes (dissoziative Identitätsstörung in der Kindheit) war der eines elfjährigen Mädchens, dessen Behandlung (Hypnotherapie) 1840 von Prosper Despine beschrieben wurde (engl. Übersetzung McKeown & Fine, 2008). Leider erregte dieser Fall keine große Aufmerksamkeit, zudem kann die kindliche Dissoziation leicht mit anderen Diagnosen verwechselt werden (wie es in Kapitel 1 diskutiert wird), und so tauchte das Thema der kindlichen Dissoziation für die nächsten 140 Jahre in der Literatur nicht mehr auf. In den 1970er Jahren suchte Dr. Richard Kluft, einer der frühen Pioniere der Diagnostik und Behandlung von dissoziativen Störungen, nach Fällen von Dissoziation in der Kindheit. Er glaubte, dass man den damals beliebten Vorwurf, dissoziative Anteile seien von Therapeuten hergestellt und nicht die innere Realität eines hochgestressten Individuums, erfolgreich entkräften könne, wenn man die Existenz von Dissoziation bei traumatisierten Kindern belegt (Kluft, persönliche Mitteilung, 2010). Und natürlich gab es diese Fälle. Es zeigte sich bald, dass die Therapie kürzer und einfacher war als bei Erwachsenen, aber es gab deutliche Ähnlichkeiten in der Notwendigkeit, bei Kindern die traumatischen Erfahrungen und die dissoziativen Anteile therapeutisch zu bearbeiten. 1984 veröffentlichte Kluft eine Beschreibung von fünf Fallbeispielen von Kindern mit multipler Persönlichkeitsstörung (Kluft, 1984) und Fagan und McMahon (1984) veröffentlichten eine Beschreibung von vier Kindern mit »beginnender multipler Persönlichkeitsstörung« (heute bekannt unter dem Begriff *nicht näher bezeichnete dissoziative Störung*¹). In beiden Artikeln betonten die Autoren, wie wichtig es sei, die Familie in die Arbeit miteinzubeziehen, sichere Lebensumstände herzustellen sowie die dissoziativen Episoden und das frühe Trauma zu bearbeiten. In den folgenden 25 Jahren wurden zahlreiche Artikel und einige Bücher veröffentlicht: Beschreibungen von Fallbeispielen und Symptomen, diagnostische Checklisten, Konzepte der Dissoziation sowie Forschung zur Inzidenz von Dissoziation in bestimmten Populationsgruppen Kinder und Jugendlicher (Überblick in Silberg, 2009).

In den 1980er Jahren waren es hauptsächlich die Therapeuten, die Erfahrungen mit erwachsenen dissoziativen Patienten hatten, die sich dann der Behandlung dissoziativer Kinder zuwandten (Polly McMahon und Gary Peterson waren erwähnenswerte Ausnahmen). Ende der 80er Jahre fingen endlich auch die Kinder- und

¹ Anmerkung der Übersetzerin: Im englischsprachigen Klassifikationssystem ist das die *Dissociative Disorder, Not Otherwise Specified*, kurz DDNOS. Im Folgenden wird entweder der Begriff »nicht näher bezeichnete dissoziative Störung« verwendet oder die englische Kurzform DDNOS, da diese auch im deutschen Fachbereich üblich ist.

Jugendtherapeuten an, das Thema Dissoziation zu beachten und sich darüber zu informieren. Joy Silberg (Baltimore, USA) schreibt in ihrem Buch *The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment and Management* (1996 a), dass ihr erster Gedanke war: Wenn Dissoziation eine Folge von Kindesmisshandlungen ist, musste es sie dann nicht auch schon gegeben haben, als diese Patienten Kinder waren? Nachdem Fran Waters einen Workshop zur Diagnostik der multiplen Persönlichkeitsstörung (MPS) bei Erwachsenen besucht hatte, fragte sie ihre achtjährige Patientin, deren Zustand sich trotz exzellenter therapeutischer Behandlung nicht verbessern wollte, ob sie Stimmen höre. Das Mädchen bejahte dies nicht nur, sondern war auch sofort bereit, ein Bild von den Stimmen in ihrem Kopf zu malen. Ungefähr zur selben Zeit arbeitete ich in der Kinderambulanz des psychiatrischen Krankenhauses in Ottawa, Kanada. George Fraser (1993; 2003), der in der Erwachsenenambulanz mit Patienten mit multipler Persönlichkeitsstörung arbeitete, rief mich an und fragte mich, ob ich die vierjährige Tochter einer seiner MPS-Patientinnen aufnehmen würde. Dank Dr. Fraser hatte ich nun einen Begriff: »Dissoziation«, mit dem ich die Widersprüche im Verhalten dieses Kindes benennen konnte. Tatsächlich waren es Widersprüche, wie ich sie schon bei vielen meiner Patienten beobachtet hatte.

Die Therapeuten begannen allmählich sich zu organisieren und Fallbeispiele und Theorien auszutauschen; die meisten von ihnen kamen aus der Arbeit mit dissoziativen Erwachsenen, aber es waren auch einige wenige Kinder- und Jugendtherapeuten darunter. 1983 veranstaltete die noch sehr junge Gesellschaft International Society for the Study of Multiple Personality & Dissociation (ISSMP&D) ihre erste Konferenz in Chicago, USA (Kluft, 2003). Diese Gesellschaft, die heute unter dem Namen ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) bekannt ist, wuchs und entwickelte sich. Die Entstehung und Behandlung von Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen fand verstärkt Beachtung, und so entstand in den späten 1990er Jahren das Kinder- und Jugendlichenkomitee mit dem Auftrag, die Forschung, die Veröffentlichungen und die Lehre im Bereich kindlicher Dissoziation voranzubringen. 2004 veröffentlichte das Kinder- und Jugendlichenkomitee die *Richtlinien für die Evaluation und Behandlung dissoziativer Symptome bei Kindern und Jugendlichen*. Diese sind auf der Internetseite der ISSTD abzurufen² (www.isst-d.org). 2006 wurde der Lehrplan für einen Fortbildungskurs zu Diagnostik und Behandlung von komplextraumatisierten/dissoziativen Kindern und Jugendlichen fertiggestellt, und dieser Fortbildungs-

2 Anmerkung der Übersetzerin: Die Richtlinien sind auch auf Deutsch erhältlich.

kurs wird mittlerweile in fünf verschiedenen Ländern und als Online-Kurs im Internet angeboten. In den Jahren 2008 und 2009 entwickelte das Kinder- und Jugendlichenkomitee einen Satz »Frequently Asked Questions« (FAQ's) für Eltern und für Lehrer. Diese finden sich auch auf der Internetseite der ISSTD. Die europäische Gesellschaft ESTD (European Society for Trauma and Dissociation) wurde 2006 gegründet und etablierte ein Kinder- und Jugendlichenkomitee zur Unterstützung aller europäischen Therapeuten, die mit traumatisierten und dissoziativen Kindern und Jugendlichen arbeiten (www.estd.org).

In dieses Buch haben wir sowohl Theorie als auch klinische Fallbeispiele aufgenommen. Es bietet mehr als die Richtlinien und FAQ's; es soll Ihnen einen umfassenden Einblick in den praktischen Therapieprozess mit dissoziativen Kindern und Jugendlichen geben, in die Symptomatik dieser Kinder, ihr Auftreten, ihre Bedürfnisse und ihren Heilungsprozess.

Im 1. Kapitel wird beschrieben, wie es zu Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen kommt, warum sie entsteht, in welcher Form sie auftreten kann, und die vielen möglichen (Begleit-)Symptome. Unser Verständnis der zugrundeliegenden neurologischen Mechanismen ist zwar immer noch relativ begrenzt, ich werde sie aber zumindest umreißen, weil wir sie in unserer Arbeit mitdenken sollten. Ich werde Ihnen fünf konzeptuelle Modelle der Dissoziation vorstellen, denen sieben klinische Fallbeispiele verschiedener Therapeutinnen folgen. Alle Autorinnen sind Mitglieder des Kinder- und Jugendlichenkomitees der ISSTD. Sie arbeiten in verschiedenen Ländern: Argentinien, Kanada, Großbritannien, Holland und den USA. Sie waren in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen tätig: in Psychiatrie, Tagesklinik und Ambulanz, in traumaspezialisierten Kliniken, für das Jugendamt, in Schulen und in eigener Praxis.

Die klinischen Fallbeispiele können einzeln oder in Folge gelesen werden. Jedes von ihnen ist einzigartig. Die Kinder kommen aus unterschiedlichen familiären Situationen: aus einer Pflegefamilie (Dalma), Adoptivfamilie (Jason), sind adoptiert von Verwandten (Joey), in Pflege bei Verwandten (Leroy) oder in ihrer Herkunftsfamilie (Emma, Ryan, Angela).

Die erlebten Traumata sind unterschiedlich: frühe Vernachlässigung (Dalma, Jason), sexueller Missbrauch (Dalma, Emma, Jason, Ryan, Angela), Misshandlung (Jason), Zeuge von häuslicher Gewalt (Jason, Joey), Verlust der primären Bindungsperson (Joey), schmerzhafte körperliche Krankheit (Angela), unbekannt (Leroy).

Das Alter zum Zeitpunkt der therapeutischen Behandlung ist sehr weit gefächert und reicht von 4 bis 16 Jahre. Die Therapieform ist unterschiedlich: zwei-

wöchige Intensivtherapie (Jason), zweijährige Therapie mit Unterbrechungen (Angela), langfristige wöchentliche Therapie (Dalma, Emma, Ryan, Joey), Interventionen in der Schule ohne Psychotherapie (Leroy).

In den ersten beiden Fallbeispielen beschreiben Baita und Grimminck frühe Fälle aus ihrer Arbeit mit dissoziativen Kindern. Sie hatten nicht nur wenig Erfahrung und spezifische Ausbildung im Bereich von Dissoziation, sondern es gab damals auch nur wenig Literatur und kollegiale Unterstützung. Für Therapeuten, die neu in diesem Feld sind, werden diese Erfahrungen von besonderem Interesse sein. Die anderen Therapeutinnen in diesem Buch präsentieren uns Kinder, die sie nach langjähriger Berufserfahrung behandelten. Wenn Sie, während Ihrer eigenen therapeutischen Arbeit, diese Geschichten lesen, werden Sie bald merken, dass es kein Privileg der unerfahrenen Therapeuten ist, vor schwierigen neuen Konfliktsituationen zu landen – wir erleben sie immer wieder.

Auch die Diagnosen der Kinder sind nicht einheitlich: Baita, Marks und Waters präsentieren Fälle von Kindern mit dissoziativer Identitätsstörung (DIS). Wieland und Silberg beschreiben ein Kind/eine Jugendliche mit DDNOS. Grimminck beschreibt das Störungsbild ihrer Klientin Emma als »sich entwickelnde dissoziative Identitätsstörung«, eine Kategorie, die sie selbst entworfen hat, um die Dynamik, die sie bei Emma beobachtete, zu identifizieren. Nach DSM IV-R (American Psychiatric Association, 2000) würde Emma wahrscheinlich als DDNOS eingestuft. Ähnlich wie Silbergs Jugendliche zeigte Emma zahlreiche Charakteristiken, die zur DIS-Diagnose passen würden, hatte aber kein so ausgefeiltes inneres System, wie es typisch ist für Menschen mit einer DIS.

Trotz der Unterschiede bestehen auch viele Ähnlichkeiten unter den vorgestellten Fallbeispielen. Alle Therapeutinnen wissen, wie wichtig es ist, dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Stabilität zu vermitteln, eine sichere Bindung herzustellen oder zu stärken und für Beruhigung (Affektregulation) im neurologischen und physiologischen System des Kindes zu sorgen. Allen Fallbeispielen ist gemeinsam, dass die Psychoedukation eine integrale Rolle für die Therapie spielt und dass es vorrangig wichtig ist, sich aller Anteile oder Selbstzustände bewusst zu werden, die innere Kommunikation zwischen den Anteilen zu fördern und die traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten. Die Therapeutinnen teilen ihre Gedanken und Ideen mit uns und beschreiben, wie sie die dissoziative Symptomatik der Kinder und die Dynamik im Laufe der Therapie einschätzen. Sie liefern uns Literaturhinweise, an denen wir uns orientieren können. Im Anschluss an jedes Fallbeispiel finden Sie eine kurze Zusammenfassung der Themen, die in diesem Beispiel zur Sprache kamen, zu den speziellen Interventionen und dazu, wie die theoretischen

Modelle aus dem 1. Kapitel in der therapeutischen Arbeit auftauchen und Anwendung finden. Wenn Sie in Ihrer Praxis mit einem Kind arbeiten, werden Sie diese Anmerkungen vielleicht hilfreich finden, um einen Überblick zu bekommen und entscheiden zu können, welches Fallbeispiel Sie zur Unterstützung der Arbeit an Ihrem Fall noch einmal lesen könnten.

Die meisten von uns dachten so ähnlich, wie Frances Waters es beschreibt: »Ich dachte, so etwas begegnet mir vielleicht nur einmal im Leben« (persönliche Mitteilung, 2009). Seither hat jede von uns zahlreiche dissoziative Kinder und Jugendlichen begutachtet und behandelt, manche von uns Hunderte. Wir möchten Sie einladen, sich uns anzuschließen. Als Therapeut/in, Arzt/Ärztin, Ergotherapeut/in, Logopäde/in, Sozialarbeiter/in, Lehrer/in, Mutter oder Vater oder welche Rolle Sie auch immer für die betroffenen traumatisierten Kinder spielen mögen, damit Sie Ihre Kenntnisse vertiefen und Wege zur Hilfe erkennen können.

Ich möchte an dieser Stelle dem Kinder- und Jugendlichenkomitee der ISTD meinen Dank aussprechen, weil es sich dieser Aufgabe verschrieben hat, aber auch für die Geduld, die seine Mitglieder mir gegenüber in den Jahren der Fertigstellung dieses Buches bewiesen haben. Besonderer Dank geht an meine Kollegin und Freundin Margaret Stephens, die mit mir Ideen diskutiert, das Manuskript gegengelesen und mich generell angefeuert hat. Ein herzliches Dankeschön an Chris Whelan, für deine Geduld und Unterstützung. Und von allen Autorinnen dieses Buches geht ein großes Dankeschön an die Kinder und Jugendlichen, mit denen wir gearbeitet haben. Danke für euer Vertrauen und dafür, dass ihr uns beigebracht habt, was ihr braucht.

1. KAPITEL

Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen: Symptomatik, Störungsbild und Implikationen

Sandra Wieland

Kinder und Säuglinge, die extrem bedrohliche Situationen erleben, sei es Vernachlässigung, körperliche Grenzüberschreitungen oder eine gefährliche Lebensumwelt, versuchen sich zu schützen – sie versuchen, sich von den Geschehnissen fernzuhalten. Physisch können sie zwar nicht weglaufen, aber psychisch können sie es.

Dissoziation ist eine Möglichkeit, überfordernde und vor allem sich wiederholende Schrecken zu überleben. Der Säugling oder das Kind wird vielleicht psychisch in den Teddy im Regal schlüpfen oder von der Zimmerdecke aus beobachten, was mit dem Körper geschieht, den es »zurückgelassen« hat. Oder es bleibt zwar im eigenen Körper präsent, schaltet dafür aber alle Gefühle und Empfindungen ab. Mit dem Aufbau einer solchen Barriere zwischen sich und der Gefahr lindert es seine Not und Angst. Und wie bei allen Bewältigungsstrategien, die Stress lindern, wendet es diese erfolgreiche Abwehr (Dissoziation) erneut an, sobald die nächste Gefahr auftaucht. Mit der Zeit kann das Kind diese Form des Ausweichens zu einem Reaktionsmuster entwickeln, mit dem es gewohnheitsmäßig auf beängstigende oder emotional destabilisierende Situationen reagiert.

Dissoziation kann auch als normales Phänomen bei Kindern und Erwachsenen auftreten, aber bei Kindern und Erwachsenen, die misshandelt, vernachlässigt oder auf andere Art traumatisiert werden, entwickelt sich die Dissoziation zu einem Schutzmechanismus, der regelmäßig wiederholt wird (Kluft, 1985; Putnam, 1997; Saxe et al., 1993). Zunächst schützt sie zwar, aber sie führt auch zu einer verzerrten Wahrnehmung und eingeschränkten kognitiven Integration; das Kind verliert den Kontakt zu einem Teil seiner Gefühle und Erfahrungen. Obwohl die

Gefühle, die körperlichen Empfindungen, Bedürfnisse, Erinnerungen und Selbstanteile der integrierten Aufmerksamkeit (also dem Bewusstsein) des Kindes nicht zugänglich sind, bestehen sie weiter – nur abgespalten, in seiner inneren Welt. Das innere Arbeitsmodell des Selbst ist fragmentiert (Liotti, 2009; Wieland, 1998). Wer als Therapeut oder Therapeutin mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeitet, muss das Phänomen der Selbstfragmentierung – die Dissoziation – verstehen.

Im Folgenden beschreibe ich den Unterschied zwischen normaler und dysfunktionaler Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen sowie die verschiedenen Ebenen dysfunktionaler Dissoziation. Warum dissoziieren einige Kinder, während andere, die ein ähnliches oder sogar noch schlimmeres Trauma erlitten haben, dies nicht tun? Wir wissen noch nicht viel darüber, wie Dissoziation auf neurobiologischer Ebene funktioniert, aber ich werde einen Überblick über die bislang bekannten neurologischen Zusammenhänge geben. Danach wende ich mich den konzeptuellen Modellen von Dissoziation zu, um das Verständnis für diese Symptomatik zu erweitern und therapeutische Richtlinien zu formulieren. Ich werde fünf theoretische Modelle der Dissoziation genauer vorstellen und diskutieren, wie nützlich sie für den Therapeuten in der Arbeit mit dissoziativen Kindern oder Jugendlichen sein können. In den nachfolgenden Kapiteln stellen wir Ihnen Fallbeispiele im Therapieverlauf vor, die einen unmittelbaren Einblick in den Therapieprozess und die Schwierigkeiten der Therapeuten erlauben, wenn sie darum ringen zu verstehen, was dem Kind widerfahren ist und wie es in der Therapie weitergehen kann.

Von normaler zu dysfunktionaler Dissoziation

Dissoziation im Sinne einer eingeschränkten Wahrnehmung gegenüber dem eigenen Tun und Erleben ist ein normaler Prozess, der im Alltag von Zeit zu Zeit vorkommt. Fantasiegeschichten und -charaktere, die Vorschulkinder sich ausdenken, nehmen oft eine eigene Realität an. Imaginäre Freunde können eine unterhaltsame Fantasie sein, eine Erweiterung der eigenen Welt, eine Möglichkeit, der Einsamkeit oder der Langeweile zu begegnen, oder eine Strategie, um Ängste und ambivalente Gefühle zu verarbeiten (Baum, 1978; Trujillo, Lewis, Yeager & Gidlow, 1996). Ein Kind kann bei einem Videospiel so tief in das Spiel einsteigen, dass es die äußere Welt überhaupt nicht mehr wahrnimmt. Erwachsene können eine ähnliche Form der Dissoziation erleben, wenn sie ein Buch lesen oder Auto fahren, aber mit den Gedanken ganz woanders sind. Am Ende der Buchseite oder am Ziel

der Autofahrt bemerken sie, dass sie keine Ahnung haben, was sie gerade gelesen haben oder welche Strecke sie gerade gefahren sind. Eine solche Erfahrung passiert einem leichter in Zeiten hoher Stressbelastung.

In beängstigenden Situationen (wenn man z. B. von einem Hund gebissen wird oder einen Autounfall hat) oder während einer stark belastenden Zeit können Kinder und Erwachsene auch Depersonalisationserfahrungen machen: Sie nehmen sich selbst wie von außen wahr. In einer Studie mit Universitätsstudenten (Dixon, 1963) berichtete fast die Hälfte aller Studenten von vereinzelt Depersonalisationserfahrungen im Laufe ihres Lebens. Putnam (1997) hat festgestellt, dass eine vorübergehende Depersonalisationssymptomatik bei Jugendlichen relativ normal ist. Diese Erlebnisse lassen mit dem Alter nach.

Bei einer normalen Entwicklung führen dissoziative Erfahrungen nicht zur Fragmentierung der Erinnerung oder des Selbst. Das Kind wird immer noch bewusst wahrnehmen, was vorgefallen ist, und mit anderen darüber sprechen können. Die Fantasiewelt oder das Überleben eines Autounfalls werden Teil der Geschichte des Kindes und dementsprechend ein integrierter Teil seines Selbst.

Wenn andererseits die bedrohliche Erfahrung andauert oder das Kind keine Unterstützung erhält und somit das Vorgefallene nicht verarbeiten kann, wird auch die Dissoziation mit hoher Wahrscheinlichkeit andauern. Im Zuge dieser andauernden Dissoziation wird ein immer größerer Teil der kindlichen Wahrnehmung – seine Gefühle, Empfindungen und sein Verstehen der Welt – außerhalb der aktiven und bewussten Wahrnehmung gespeichert. Die innere Selbstwahrnehmung des Kindes wird gestört. Wahrnehmungen, Gefühle und Empfindungen sind immer noch vorhanden – sie wurden ja vom Gehirn und vom Körper aufgenommen – aber sie sind aus der bewussten Wahrnehmung ausgeschlossen. Da diese Dissoziation das Kind vor beängstigenden Situationen schützt, muss es keine gesunden Bewältigungsmechanismen entwickeln. Eine solche dysfunktionale Dissoziation erschwert dem Kind nicht nur das Lernen und den Aufbau von Freundschaften; die Fragmentierung wird sich auch nicht auflösen, solange es keine zuverlässige Unterstützung oder Therapie bekommt, sie wird sich im Laufe der Entwicklung eher noch verstärken.

Dissoziative Symptome treten selten isoliert auf, sie können sich im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) einstellen (vgl. unten die weiterführende Diskussion: *Warum Dissoziation entsteht*), Teil einer kindlichen Depression oder schwerwiegender Angststörungen sein. Da sich die Symptome stark ähneln, kann es mit einigen der folgenden Störungen verwechselt werden oder komorbid mit ihnen auftreten: mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperakti-

vitätsstörung (ADHS), mit oppositionellem Trotzverhalten, mit der Anpassungsstörung, der reaktiven Bindungsstörung und der bipolaren Störung. Kinder können leichte, moderate und schwere Dissoziation erleben (ISSTD, 2008).

Leichte Dissoziation

Eine leichte Dissoziation zeigt sich als eine Art Wegdriften. Dieses Wegdriften unterscheidet sich von der Lethargie eines depressiven Kindes oder vom Rückzug eines Kindes mit Angststörung. Ein depressives Kind hat vielleicht nicht genug Energie, um an den Aktivitäten in seinem Umfeld aktiv teilzunehmen, aber es nimmt bewusst wahr, was um es herum passiert. Ein Kind mit Angststörung wird Schwierigkeiten haben, sich auf die Dinge zu konzentrieren, ist sich ihrer aber dennoch bewusst. Dissoziatives Wegdriften kommt mit und ohne Unaufmerksamkeit vor und häufig, ohne dass das Kind es selbst überhaupt bemerkt. Dabei hat es wenig bis keine bewusste Wahrnehmung von den Vorgängen in seiner Umgebung.

Bei leichter Dissoziation kann es auch zu abrupten Stimmungswechseln kommen. Die meisten Kinder erleben, wie sich ihr emotionaler Stress langsam steigert bis zu einem Punkt, an dem sie keine vollständige Kontrolle mehr über ihr Verhalten haben. Ein Kind mit leichter Dissoziation verhält sich dann eher wie ein Säugling oder ein Kleinkind, das ohne Übergang in reaktive Zustände rutscht; hier fehlen die Übergangszustände moderater Emotionen teilweise oder sogar völlig.

Moderate Dissoziation

Ein Kind mit moderater Dissoziation kann eine Art Taubheit der eigenen Gefühle und/oder Körperempfindungen erleben. Es hat gelernt, beängstigende Erfahrungen, heftige Emotionen, körperliche Zustände, emotionale Bedürfnisse und sogar schwere Schmerzen abzublocken. Mitunter hat es sogar das Gefühl, außerhalb seines eigenen Körpers zu stehen, während es sich selbst beobachtet. Dieser Zustand wird Depersonalisation genannt. Wenn ihm eine Situation unwirklich vorkommt, als wäre seine Umgebung oder die Situation nicht echt, handelt es sich um Derealisation. Meistens entstehen Depersonalisation und Derealisation in einer beängstigenden Situation, danach können sie aber immer wieder auftauchen, sobald das Kind an die ursprünglich bedrohliche Situation erinnert wird. Da diese Ursprungssituation zumeist auf einer unbewussten Ebene erinnert wird, wird auch die

ursprüngliche Angstreaktion mit angetriggert und mit ihr der dissoziative Schutzmechanismus. Diese Wiederholungen führen zu dem verstärkten Einsatz von Depersonalisation und Derealisation zur Stressvermeidung.

Schwere Dissoziation

Schwere Dissoziation tritt auf, wenn das Kind seine Emotionen, körperlichen Empfindungen oder Erfahrungen komplett aus der eigenen Wahrnehmung verbannen muss, um sich wieder halbwegs sicher zu fühlen. In diesem Fall wird das Kind abgespaltene Anteile außerhalb seines Bewusstseins »herstellen«, die diese Emotionen, Empfindungen oder Erfahrungen speichern. Diese Anteile werden dissoziative Anteile oder dissoziative Selbstzustände genannt. Das Kind kann diese Anteile/Selbstzustände als Stimmen erleben, die ihm sagen, was es tun soll, oder es kann eine Verschiebung in sich selbst erleben, bei dem es von den Gefühlen oder Empfindungen des erlittenen Traumas überwältigt wird oder sich wieder genauso klein fühlt, wie es zur Zeit des Traumas war. Solche Wechsel zwischen verschiedenen Selbstzuständen nennen wir Switches. Das Problem dabei ist, dass das Kind jegliches Bewusstsein für alle Lernerfahrungen, die es in seinem Leben gesammelt hat, verlieren kann, während es sich in einem dissoziativen Anteil befindet. Es ist sich unter Umständen der Jahre, die seit dem Trauma vergangen sind, überhaupt nicht bewusst und weiß nicht, dass es mittlerweile in Sicherheit ist. Es kann ohne jeden regulativen Einfluss seiner heutigen sicheren Lebensumstände in Angstzustände geraten. Es kann Wutanfälle bekommen, ohne jede Regulation durch die positiven und unterstützenden Erfahrungen, die es schon gemacht hat. Ebenso kann es Verlustgefühle und Einsamkeit erleben, ohne dass diese von der Fürsorge und Bindung gelindert werden, die ihm derzeit zur Verfügung stehen.

Das Kind wird sich nicht unbedingt daran erinnern können, was es aus einem dissoziativen Zustand heraus getan hat. Jeder Anteil – der emotionale Anteil, der jüngere-Kind-Anteil, der Jetzt-Anteil – hat sehr wahrscheinlich, zumindest teilweise, unterschiedliche Erinnerungen. Deshalb kommt es zu einem eingeschränkten Erinnerungsvermögen innerhalb der einzelnen Anteile. Das wird dissoziative Amnesie genannt. Das Kind nimmt allerdings wahr, dass es in ihm andere Anteile gibt, andere Gefühls- oder Verhaltenszustände. Der diagnostische Begriff für diese Form der Dissoziation ist die DDNOS (American Psychiatric Association, 2000). Ein wütender oder sich benachteiligt-fühlender Anteil des Kindes könnte z. B.

stehlen oder Gegenstände zerstören; an diese Verhaltensweisen kann sich das Kind aber später in einem anderen Anteil, der vielleicht anderen nah sein möchte, gar nicht mehr erinnern. Oft werfen ihm seine Eltern, Lehrer und Freunde vor, dass es lügt oder sich irrational verhält, und es fühlt sich missverstanden und schlecht behandelt. Soziale Interaktionen dieser Art reaktivieren die alten negativen Gefühle und führen so häufig zu einer Verstärkung der Dissoziation.

Bei einem dissoziativen Kind werden neue Situationen oder Informationen, die nur ein Anteil erlebt, nicht zwangsläufig auch von allen anderen Anteilen erlebt, oft werden sie nicht einmal informiert. Ein dissoziativer Baby- oder Kleinkind-Anteil entwickelt sich durch die nachfolgenden Erfahrungen nicht weiter, weil sie in einem anderen Kind- oder Jugendlichenanteil gespeichert werden. Manche Kinder haben zahlreiche verschiedene Anteile in jeder Altersgruppe. Beispielsweise kann ein Anteil die Wut speichern, damit ein anderer Anteil liebevoll sein kann; ein Anteil speichert die Angst, damit ein anderer Anteil wagemutig sein kann. Dieser schwerwiegendsten Form der Dissoziation begegnen wir, wenn diese dissoziativen Zustände oder Anteile die Kontrolle übernehmen, anstatt durch das Kind zu agieren. Das Kind kann dabei wirken, als wäre es unterschiedliche Personen, weil seine Mimik, seine Bewegungen und seine ganze Haltung von Anteil zu Anteil sehr stark variieren kann. Wenn sich ein solches Kind in einem Anteil befindet, hat es kein Bewusstsein dafür, dass auch noch andere Anteile existieren. In Ermangelung dieses integrativen Bewusstseins hat es auch wenig oder gar keine Kontrolle darüber, welcher Anteil in jedem beliebigen Moment vorn ist. Die Switche zwischen den Anteilen finden meist sehr plötzlich statt und häufig ohne dass das Kind oder die Menschen um es herum verstehen können, was den Switch gerade angetriggert hat. Dieses Störungsbild bezeichnen wir als dissoziative Identitätsstörung (DIS) (American Psychiatric Association, 2000). Hier können die Anteile eigene Namen oder andere definierende Merkmale haben (Gefühle, Alter, Geschlecht), sie müssen es aber nicht zwangsläufig.

Wie es zu Dissoziation kommt

Dissoziation ist hauptsächlich mit Trauma in Verbindung gebracht worden. Das wirft die Frage auf, inwieweit Dissoziation und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) miteinander in Verbindung stehen. Auch wenn sie oft gleichzeitig auftreten, weil beides Traumafolgestörungen sind, kann man sie nicht gleichsetzen (Simeon, 2007; American Psychiatric Association, 2000). Simeon (2007) hat

anhand von kognitiven und neurologischen Studien vier mögliche Beziehungen zwischen PTBS und Dissoziation untersucht: Komorbidität, ähnliche Risikofaktoren, ähnliche Pathogenese oder dieselbe Störung. Die beiden Störungsbilder teilen zwar viele Risikofaktoren, aber gerade die frühkindliche Traumatisierung ist besonders relevant für die Entwicklung schwerer Dissoziation und nicht für die komplexe PTBS. Bindungsstörungen sind höchst relevant für die Entwicklung von dissoziativen Störungen, aber nicht unbedingt für die Entwicklung einer PTBS. Gedächtnisschwierigkeiten und Einschränkungen der kognitiven Flexibilität stehen in enger Verbindung mit der PTBS, während Absorption und Vergesslichkeit in Kombination mit schlechter Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit von Emotionen eng mit der dissoziativen Symptomatik in Verbindung stehen. Die einfache PTBS zeichnet sich durch Intrusionen und Hyperarousal mit nur minimaler Dissoziation aus, während eine moderate dissoziative Störung unter Umständen keine weiteren PTBS-Charakteristika aufweist. Überschneidungen der beiden Störungsbilder scheint es speziell bei komplexer Traumatisierung zu geben (wiederholtes, schweres Trauma, ohne Trost oder Verarbeitung), die zu komplexer PTBS und schwerwiegenderer komorbider Dissoziation führt (vgl. Simeon, 2007). Scaer (2005) beschreibt die PTBS als eine extreme Reaktion des sympathischen Nervensystems, dem eine extreme parasympathische Reaktion folgt. Bei komplexem Trauma findet der Wechsel vom sympathischen Hyperarousal zum parasympathischen Hypoarousal (Dissoziation) schneller statt, und der Mensch verbleibt länger in der Dissoziation (Scaer, 2005; Schore, 2009). PTBS und Dissoziation sind demzufolge also oft – aber nicht zwangsläufig – komorbid, sie teilen eine Reihe Risikofaktoren, wobei Bindungsmuster relevanter für die Dissoziation sind, und sie teilen die anfängliche Pathogenese, unterscheiden sich dann aber im Verlauf. PTBS und Dissoziation stehen offensichtlich miteinander in Verbindung, sind aber nicht dieselbe Störung (Simeon, 2007).

Dissoziation schützt das Kernselbst vor überwältigenden Ereignissen, Gefühlen, Empfindungen und Gedanken. Gewalt zu erfahren oder auch Zeuge von Gewalt gegen eine andere Person oder gegen ein Tier zu sein, kann ein Kind überwältigen. Der Verlust eines Elternteils (durch Tod, physische oder psychische Krankheit oder Vernachlässigung) oder das beängstigende Verhalten einer Bezugsperson können es dem Kind unmöglich machen, ein integriertes Selbst aufrechtzuerhalten. Beängstigende oder sehr schmerzhaftes Krankheiten oder medizinische Prozeduren können ebenso zu Dissoziation führen wie Naturkatastrophen.

Auch wenn bei traumatisierten Kindern dissoziative Symptome zu erwarten sind, so entwickeln die meisten von ihnen keine dissoziative Störung. Kluft (1984)

hat schon früh eine Vier-Faktoren-Theorie aufgestellt, um die Entwicklung dissoziativer Identitäten zu erklären. Als ersten Faktor beschreibt er die biologische Anlage zur Dissoziation. Der zweite Faktor ist das Vorhandensein traumatischer Erfahrungen, durch die der Schutzmechanismus Dissoziation aktiviert wird. Der dritte Faktor besteht in der Verknüpfung der dissoziativen Abwehr mit einem Teil des Selbstsystems, und der vierte Faktor ist die Abwesenheit eines fürsorglichen und unterstützenden Umfelds in der frühkindlichen Entwicklung.

Spätere Forschung hat gezeigt, dass es sich beim ersten Faktor eher um einen familiären Faktor handelt. Obwohl Menschen mit DIS hoch hypnotisierbar sind (Frischholz et al., 1992), haben andere Studien gerade eine fehlende Korrelation zwischen Hypnotisierbarkeit, die als biologischer Faktor gewertet wird, und Dissoziation festgestellt (Putnam et al., 1995). Es gibt allerdings die klare Tendenz, dass dissoziative Störungen gehäuft innerhalb einer Familie auftreten (Yeager & Lewis, 1996). In vielen dieser Familien mag das Trauma in Form von fortgesetzter Gewalt weitergegeben worden sein. In anderen Familien, in denen das Trauma außerhalb der Familie geschah oder das Trauma beendet wurde, könnte die Bezugsperson dissoziationsartiges Verhalten zeigen oder tatsächlich dissoziativ sein. Das widersprüchliche Verhalten einer dissoziativen Bezugsperson wird auf den Säugling oder das Kind beängstigend wirken und wiederum einen Schutzmechanismus (Dissoziation) erforderlich machen. Selbst wenn dieses Maß an Beängstigung nicht auftrat, könnte das Kind auch schlicht das elterliche Verhalten nachgeahmt und so die Vermeidung von Gefühlen, Gedanken und Erinnerungen übernommen haben: am-Modell-gelernte Dissoziation (Mann & Sanders, 1994; Putnam, 1997; Yeager & Lewis, 1996).

Den zweiten Faktor, die traumatisierende Erfahrung, habe ich schon angesprochen. Klufts dritter Faktor (die Verknüpfung der dissoziativen Erfahrung mit einem Teil des Selbstsystems) führt uns zur Forschung, mit der untersucht wurde, welche Beziehung es zwischen dem Lebensalter, in dem die Traumatisierungen stattfanden, und der Entwicklung dissoziativer Identitäten gibt (Cole & Putnam, 1992; Dorahy & Van der Hart, 2007; Putnam, 1997). Dabei wurde festgestellt, dass frühe Traumatisierungen eher zur dissoziativen Selbstfragmentierung führen und Dissoziation ohne Fragmentierung häufiger nach späteren Traumata entsteht.

Der vierte Faktor nach Kluft betrifft fehlende fürsorgliche und heilende Erfahrungen in den ersten Lebensjahren, die darüber entscheiden, ob dissoziative Reaktionen sich bis zur Abspaltung verschiedener Anteile entwickeln. Es kann zu schweren Traumatisierungen ohne anhaltende Dissoziation kommen, wenn die Bezugsperson in der Lage ist, das Kind im Anschluss zu beruhigen, ihm zuzu-

hören und ihm zu helfen, seine Gefühle und Empfindungen, die es während der Traumatisierung hatte, durchzuarbeiten. Dies würde bedeuten, dass die Bezugsperson sich feinfühlig auf das Baby oder das Kind einstimmen kann (auf sein emotionales, physisches oder auch kognitives Leid), egal wie groß sein Leid ist. Nur so kann das Kind sein Leid (weinen, zittern oder auch darüber sprechen) in einer sicheren Situation ausleben und dann getröstet werden (Levine & Kline, 2007).

Dissoziative Symptome

Die Kategorien leichte, moderate oder schwere Dissoziation sind hilfreich, wenn der Therapeut seine Gedanken ordnen und einen Behandlungsplan erstellen will. Sie nützen uns allerdings nicht, wenn wir versuchen eine dissoziative Symptomatik in den ersten Gesprächen mit dem Kind oder den Eltern abzuklären. Worauf sollte ein Therapeut also achten? Plötzliche Wechsel im Auftreten und Verhalten des Kindes oder in seiner Gestik können den Therapeuten auf eine mögliche Dissoziation aufmerksam machen. Es zeigt häufige extreme Veränderungen auch in den Gefühlen, die es ausdrückt; darin, wie es lernt, und sogar in den Körperempfindungen, die es erlebt. Bei anderen Kindern können die Veränderungen sehr subtil sein, viel subtiler, als wir das von erwachsenen Patienten kennen (ISSTD, Child & Adolescent Committee, 2008). Die Veränderungen für sich genommen bedeuten noch nicht unbedingt, dass das Kind dissoziativ ist. Ähnliche Veränderungen können auch bei anderen psychischen Störungen auftreten, dennoch können sie den Therapeuten veranlassen, zumindest die Möglichkeit einer dissoziativen Störung in Erwägung zu ziehen.

Verhaltensauffälligkeiten

Veränderungen auf der Verhaltensebene sind oft am leichtesten zu beobachten. Ein dissoziativer Switch kann dazu führen, dass das Kind sich auf einmal so verhält, als sei es viel jünger, oder plötzlich aggressiv wird, wenn es sich normalerweise sehr passiv oder angepasst verhält. Ein dissoziatives Kind hat bestimmte Fähigkeiten nur manchmal und zu anderen Zeiten wieder nicht; vielleicht bevorzugt es ein bestimmtes Spiel, bestimmte Kleidung oder Speisen sehr stark und zu einem anderen Zeitpunkt lehnt es sie komplett ab. Seine Stimme könnte sich auffällig verändern. In einigen Fällen spricht das Kind von sich selbst mit verschiede-

nen Namen oder im Plural. Manchmal starrt es vielleicht unansprechbar ins Leere. Therapeuten, die schon mit erwachsenen dissoziativen Patienten gearbeitet haben, müssen sich bewusst machen, dass das Switchen bei Kindern oft sehr viel subtiler vor sich geht.

Emotionale Veränderungen

Dissoziative Kinder können rasch von einer Emotion zur nächsten wechseln, ohne die Übergangsphasen, die andere Kinder dabei zeigen. Die Emotionen eines dissoziativen Kindes passen möglicherweise nicht zur Situation; es lacht unter Umständen, wenn es sieht, wie sich ein anderer wehtut oder wenn etwas Trauriges besprochen wird, oder es wird ärgerlich, wenn etwas Erfreuliches passiert. In anderen Situationen wirkt das Kind mitunter so, als hätte es überhaupt keine Gefühle.

Kognitive Veränderungen

Auch kognitive Veränderungen sind zu beobachten. Dissoziative Kinder können eine bestimmte Aufgabe an einem Tag ohne Probleme lösen, am nächsten Tag ist es ihnen völlig unmöglich und am dritten Tag bewältigen sie dieselbe Aufgabe wieder einwandfrei, ohne Extraaunterricht bekommen zu haben. Das Kind hat möglicherweise keine Erinnerungen an frühere Erfahrungen, unter Umständen fehlen ihm sogar die Erinnerungen an Dinge, die es gerade erst getan hat. Einen Moment lang kann sich das Kind ganz hoffnungsfroh fühlen und im nächsten völlig entmutigt oder sogar suizidal. Es ist sich möglicherweise bewusst, Stimmen in seinem Kopf zu hören. In manchen Situationen kann es verstehen, was diese Stimmen sagen, in anderen hört es nur ein Stimmengewirr ohne erkennbare Worte. Innere Stimmen haben die Tendenz, bedrohlich zu sein, entweder gegenüber dem Kind und/oder gegenüber anderen Personen. Es kann auch vorkommen, dass Kinder die Stimmen wie von außen hören, als würden »äußere Figuren« das Kind bedrohen³.

3 Normalerweise werden Stimmen, die als von außen kommend erlebt werden, als Indikation für Schizophrenie gewertet; es ist aber wichtig zu beachten, dass sie auch Ausdruck eines dissoziativen Persönlichkeitsanteils sein können, wenn sie in Kombination mit dissoziativen Symptomen auftreten.

Körperliche Probleme

Körperliche Probleme, für die es keine medizinische Erklärung gibt, können auch auf Dissoziation hinweisen und eine somatoforme Dissoziation konstituieren (Nijenhuis, 2009). Das gilt insbesondere für physische Symptome, die kommen und gehen; wie z.B. Bewegungsschwierigkeiten, Schwindel und Ohnmachten oder Schmerz in bestimmten Körperteilen oder -regionen. Ein Kind, das fähig ist, körperlichen Schmerz zu dissoziieren, kann ernsthaft verletzt sein, ohne dies wahrzunehmen. Es kann einnässen oder einkoten, ohne dass es dies fühlt oder riecht.

Bei manchen Kindern treten solche dissoziativen Veränderungen täglich oder sogar mehrmals am Tag auf. Einige Kinder switchen bis zu zweimal in der Minute. Andere erleben dissoziative Veränderungen nur ab und zu. Es fehlt noch an Forschung dazu, wie oft Kinder switchen; die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass die Frequenz mit der Schwere der Dissoziation zusammenhängen könnte, auch damit, wie groß das Sicherheitsgefühl des Kindes ist, oder mit dem Auftauchen von traumatischen Erinnerungen oder wenn die Möglichkeit einer Therapie besteht. Am Anfang der Therapie kann sich das Switchen des Kindes erst einmal verstärken, weil es sich seines inneren Leids und der Erinnerungen oder seiner eigenen Dissoziation stärker bewusst wird.

Viele der oben beschriebenen Symptome finden sich auch bei anderen Störungsbildern, beispielsweise bei der ADHS, beim oppositionellen Trotzverhalten, bei der Anpassungsstörung, der bipolaren Störung und bei der PTBS. Zudem können dissoziative Störungen auch komorbid mit diesen Störungen auftreten. Die Konsequenz ist leider, dass viele Psychotherapeuten und Ärzte die dissoziativen Störungen häufig übersehen, auch weil sie immer noch zu wenig über dieses Störungsbild im Studium oder in der anschließenden Ausbildung erfahren. Zusätzlich zählt das DSM-IV⁴ (American Psychiatric Association, 2000) die dissoziativen Störungen nicht zu den *Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend*, und in den diagnostischen Kriterien für Erwachsene fehlen viele störungsspezifische Merkmale, wie wir sie bei Kindern beobachten. Die Scheu vieler Fachkräfte, nach frühen Traumatisierungen zu fragen, führt zusammen mit dem Widerstand mancher Eltern, von frühen negativen Situationen zu berichten, dazu, dass Traumafolge-

⁴ Anmerkung der Übersetzerin: Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (deutsch: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), welches es seit 2013 in der 5. Revision gibt, ist das diagnostische Klassifikationssystem, das im englischsprachigen Bereich hauptsächlich gültig ist.

störungen und/oder Dissoziation als Grund für die aktuellen Symptome viel zu oft übersehen werden.

Aus verschiedenen Gründen ist es unwahrscheinlich, dass die Kinder selbst von ihren dissoziativen Symptomen berichten. Ein Kind, das die meiste Zeit seines Lebens Stimmen gehört, Zeit verloren oder Ereignisse als unzusammenhängend erlebt hat, wird sich vielleicht gar nicht darüber klar sein, dass dies nicht normal ist. In dysfunktionalen Familien wird es zudem nicht ermutigt oder oft sogar bestraft, wenn es versucht, von seinen Gefühlen und seinem inneren Erleben zu sprechen. Wenn es schließlich erkennt, dass sein Erleben anders ist als das der meisten anderen Menschen, scheut es oft davor zurück, sich mitzuteilen, aus Angst, lächerlich gemacht oder bestraft zu werden. Zudem fehlen ihm oft die Worte, um sein Erleben auszudrücken (Yehuda, 2005) und es hat wenig Anreiz zu erzählen – die Dissoziation hält schließlich die schmerzlichen Gefühle, Empfindungen und Erinnerungen von ihm fern, warum sollten es diese zurückhaben wollen? (Wieland, 1998)

Über die Jahre wurden einige diagnostische Instrumente entwickelt, um dissoziative Symptome bei Kindern und Jugendlichen zu erfassen: die Child Dissociative Checklist – CDC (Peterson & Putnam, 1994), die von den Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen des Kindes ausgefüllt wird; sie hat eine gute Reliabilität und Validität (nachzulesen bei Silberg & Dallam, 2009); den Children's Dissociative Experience Scale and Posttraumatic Symptom Inventory – CDES-TSI (Stolbach, 1997), einen Selbstbericht-Befragungsbogen, den man schon bei Kindern ab einem Alter von sieben Jahren einsetzen kann⁵; außerdem die Adolescent Dissociative Experience Scale – A-DES⁶ (Armstrong, Putnam, Carlson, Liberto & Smith, 1997) und schließlich die Jugendlichenversion des Multidimensional Inventory for Dissociation – MID-A (Ruths, Silberg, Dell, & Jenkins, 2002), die von Jugendlichen ab 16 Jahren selbst ausgefüllt werden. Sie alle sind hilfreich für das diagnostische Screening von Trauma und/oder dissoziativen Symptomen. Die Verhaltensbeobachtung in Kombination mit den Antworten aus den Fragebögen und Interviews und den Beobachtungen von Eltern und Lehrern/Erziehern (Silberg, 1996 b; Silberg & Dallam, 2009; Waters, 2005; Wieland, 1998) ist derzeit die effektivste Form der Diagnostik für Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen.

5 Die deutsche Übersetzung ist frei verfügbar unter: <http://www.kindertraumainstitut.de/de/Materialien/>

6 Deutsche Übersetzung: wie Anm. 5.