

V o r t r a g : M a r i a H e i l m a n n

W e n n d i e S e e l e s p l i t t e r t

D i s s o z i a t i o n a l s Ü b e r l e b e n s m e c h a n i s m u s

Ich freue mich, dass ich heute diesen Vortrag zum Thema „Dissoziative Störungen“ halten darf, da ich gerne einen Beitrag dazu leisten möchte, diese besonderen Formen von psychischer Erkrankung, die für die Betroffenen häufig mit viel Leiden verbunden sind, etwas bekannter zu machen.

Selbst unter Fachleuten ist der Themenkreis „Dissoziative Störungen“ und vor allem die Möglichkeiten diese zu behandeln immer noch weitgehend unbekannt, so dass es nicht verwundert, dass viele Patienten oft jahrelang aufgrund von Fehldiagnosen behandelt werden, ohne dass es zu nennenswerten Verbesserungen ihrer Symptomatik kommt.

Dass dem Thema in Deutschland bislang so wenig Beachtung geschenkt wurde, hängt möglicherweise mit einem Tabu zusammen, das bei uns lange Zeit aufrechterhalten wurde:

Es handelt sich dabei um das sogenannte „Trauma-Tabu“, nämlich die Vorstellung, dass es in Deutschland lange Zeit keine traumatisierten Menschen gab und folglich auch keine Menschen existierten, die an den Folgen früherer Traumatisierung litten.

Dieses Tabu hat bewirkt, dass bis heute weitgehend geleugnet werden konnte, dass es in der Generation unserer Väter und Großväter Tausende von Traumaopfern gibt – Menschen, die ihre Kriegserlebnisse niemals wirklich verarbeitet haben – genauso wie die vielen Opfer sexuellen Missbrauchs und familiärer Gewalt, die noch immer darum kämpfen müssen, dass ihnen geglaubt wird, auch wenn ihre Symptome eine sehr deutlich Sprache sprechen.

Zum Glück bewirken Ereignisse wie das Zugunglück von Eschede und der Amoklauf eines Schülers in Erfurt, dass sich dieses Tabu langsam auflöst. Vielleicht führen diese Ereignisse dazu, dass endlich anerkannt wird, dass etwa 1/3 der Menschen irgendwann in ihrem Leben ein schweres Trauma, d. h., eine Situation mit Todesnäheerfahrung durchleben und von

diesen Menschen es nur zwei Dritteln gelingt, diese Erfahrung ohne dauerhafte psychische Schäden zu überstehen. Vielleicht führen diese Ereignisse dazu, dass das Interesse an „Dissoziativen Störungen“ als eine der wichtigsten Folgeerscheinungen traumatischer Erlebnisse vielleicht etwas größer wird.

Die Psychotraumatologie als neues Forschungsgebiet gibt Anlass, auf positive Entwicklungen zu hoffen.

Ich selbst beschäftige mich als Therapeutin seit etwa 10 Jahren schwerpunktmäßig mit dissoziativen Störungen, insbesondere als Folge sexuellen Missbrauchs in der Kindheit. Es sind vor allem Frauen, die in meine Praxis kommen und ich möchte meinen Ausführungen über „Dissoziation“ und über Behandlungsformen „Dissoziativer Störungen“ einige typische Aussagen von Klientinnen voranstellen, in denen bereits deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer solchen Störung enthalten sind:

Eine Klientin berichtet auf die Frage nach ihrer Kindheit:

„An meine Kindheit kann ich mich überhaupt nicht erinnern. Es gibt Photos aus dieser Zeit, aber ich habe das Gefühl, dass ich nicht dabei gewesen bin.“

Eine andere Klientin beschreibt das Verhältnis zu ihrem Körper:

„Mein Körper ist wie ein Anhängsel oder etwas das nicht zu mir gehört. Ich schaue an mir herunter und habe null Beziehung zu mir. Beim Sex habe ich das Gefühl nicht da zu sein.“

Und ein weiteres Beispiel:

„Immer, wenn ich den Geruch von Bier wahrnehme, überfällt mich eine totale Panik. Ich bin wie gelähmt und kann nichts mehr tun.“

Was haben diese Beispiele, bei denen es einmal um den Verlust von Erinnerungen, dann um den Verlust von Körpergefühlen und schließlich um die Angst, die durch einen Geruch ausgelöst wird, mit „Dissoziation“ zu tun?

Hierzu zunächst einmal eine Definition, die das gemeinsame aller dissoziativen Störungen herausstellt:

„Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen Störungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.

Um es einfach zu sagen:

Dissoziation ist ein anderes Wort für Spaltung oder Auseinanderfallen. Das Gegenteil ist Assoziation.

Dissoziation ist ein Vorgang bei dem etwas was eigentlich zusammengehört, auseinander fällt. Ein zusammengehörender psychischer Vorgang zerfällt in einzelne Teile (das hat nichts mit der Spaltung bei Schizophrenie zu tun). Aus dem Gesamterleben ist etwas herausgeraten und nicht mehr voll bewusstseinsfähig.

Wie kommt es nun zu diesem psychischen Vorgang? Wozu passiert Dissoziation?

Dissoziation ist als ein Bewältigungsmechanismus zu verstehen, der dazu dient, traumatische Erlebnisse, unlösbare oder unerträgliche Konflikte erträglich zu machen.

Dabei geht es um Erlebnisse, die so belastend sind, dass sie vom Alltagsbewusstsein einer Person nicht integriert werden können. („Ich halte es im Kopf nicht aus!“)

Dissoziation ist ein psychischer Bewältigungsmechanismus – man kann auch von Abwehrmechanismus reden – der dazu dient, unerträgliche Gefühle, Körperempfinden, Erinnerungen, Wahrnehmungsinhalte abzuspalten, um auf diese Weise eine Situation erträglich zu machen, d. h. überleben zu können.

Obwohl klinische Studien inzwischen herausgefunden haben, dass es bei der Dissoziation auch zu physiologischen Veränderungen kommt (Medizin – neues Forschungsgebiet) ist Dissoziation vorwiegend eine Störung des Bewusstseins.

Übrigens dissoziieren alle Menschen mehr oder weniger stark. Eine gesunde Form von Dissoziation ist das alltägliche „Ausblenden“ von Wahrnehmungen oder Gefühlen, die uns unangenehm sind.

Dissoziation als Störung beginnt da, wo die Abspaltungen die Funktionsfähigkeit einer Person im täglichen Leben einschränken. (Bsp. Verlust von Körperempfindungen – häufig nach sexuellem Missbrauch).

Betrachten wir den Vorgang der Dissoziation einmal genauer:

Die Störung steht immer, ausgenommen hirnorganische Veränderungen und Substanzmittelmissbrauch, in einem nahen zeitlichen Zusammenhang mit dem Erleben einer sehr belastenden, sprich: traumatischen Situation, einer Situation die als ausweglos bzw. unlösbar empfunden wird.

Das vorherrschende Gefühl in solchen Situationen ist das Gefühl der Angst (bei schweren Traumata – die Angst vor Vernichtung) und genau diese Angst gilt es erträglich zu machen.

Solche „Stresssituationen“ versetzen den Organismus in der Regel in einen Aktivaktionszustand, in dem Kampf- und Fluchttendenzen einander abwechseln. Beide Tendenzen zielen darauf, die äußere Problemsituation zu bewältigen.

Das Besondere an einer traumatischen Situation, in der dann der psychische Mechanismus der Dissoziation einsetzt, ist nun, dass es weder die Möglichkeit zur Flucht, noch zum Kampf gibt.

Was nun passiert, ist ebenso kreativ wie interessant:

Der von traumatischem Stress Betroffene unternimmt eine Fluchtbewegung in der Wahrnehmung, in dem er z. B.

- aus seinem Körper heraustritt
- sich wie ein außenstehender Beobachter des Geschehens empfindet
- wie über den Dingen schwebend
- Teile seines Körpers nicht als zu ihm gehörig erlebt
- eine weitere Person schafft, die statt seiner das Trauma erlebt (→ Schmerzreduzierung)

Was die Dissoziation bewirkt ist, dass die unerträgliche Angst oder auch unerträgliche Körperempfindungen (Schmerzen) in erträgliche überführt werden, was für den Moment Rettung bedeutet, langfristig aber eine pathologische Situation schafft.

Was sich entwickeln kann sind Symptome, die unter dem Oberbegriff „Posttraumatische Belastungsstörung“ klassifiziert sind.

Typische Merkmale sind das:

- wiederholte Erleben des Traumas in Flashbacks oder Träumen
- Gefühle von Betäubtheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen
- Vermeidungsverhalten
- akute Durchbrüche von Angst, Panik, gelegentlich Aggression
- Zustände vegetativer Übererregtheit, übermäßige Schreckhaftigkeit
- häufig Depressionen/Suizidgedanken

Nicht selten kommt es zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung.

Typisch hierfür sind

- eine feindliche und misstrauische Haltung der Welt gegenüber
- sozialer Rückzug
- Gefühle der Leere/Hoffnungslosigkeit
- chronische Gefühle der Nervosität

- Entfremdungsgefühle

Was der Entwicklung solcher Symptome vorangeht, d. h. was in einem Menschen auch körperlich passiert, wenn es zur sogenannten „Dissoziativen Reaktion“ kommt, ist erst seit wenigen Jahren bekannt – seit sich die Medizin und die Hirnforschung für das Thema „Trauma“ interessiert.

Eine der wichtigsten Ergebnisse dieser Forschungen ist die Erkenntnis, dass das menschliche Gehirn unter extremen Stress – und eine traumatische Erfahrung bedeutet für den Betroffenen immer extremen Stress – anders arbeitet als in Situationen mit normalem Stresslevel.

Normalerweise arbeiten im Hirnstamm zwei Gedächtnissysteme zusammen – das sog. Hippocampus-System und das Amygdala-System – die für die Stressverarbeitung besonders bedeutsam sind.

Zusammen speichern sie Erinnerungen so, dass eine Person weiß, was in der Vergangenheit geschehen ist, dies auch zeitlich einordnen und erzählen kann.

Anders ist es bei Erlebnissen mit traumatischem Stressniveau. Hier schaltet sich das Hippocampus-System ab, das vor allem für die zeitliche Einordnung, die Zusammenhänge einer Erfahrung und die Vernetzung mit Sprache zuständig ist, und das Amygdala-System arbeitet selbständig oder weitgehend selbständig weiter.

Dieses System, das man sich wie so eine Art Feuerwehr vorstellen kann, beschäftigt sich nur mit den Teilen der Erfahrung, die am brennendsten sind. Das sind die Momente, die die heftigste Angst, die heftigsten Schmerzen und die unangenehmsten Gefühlsreaktionen erzeugen

Und genau die werden vom Amygdala-System gespeichert, zusammen mit den dazugehörigen Gefühlen, und zwar ohne jeden Zusammenhang und ohne Vernetzung mit dem Sprachzentrum einer Person.

Und hier liegt nun die Erklärung, warum Menschen, die traumatisiert werden, sich oft nicht oder nur bruchstückhaft erinnern.

Hier liegt die Erklärung, warum Menschen, die ein Trauma erlebt haben, immer wieder erleben, dass bestimmte Gerüche, Geräusche, Bilder, der Klang einer Stimme oder irgendetwas sonst heftigste Angstreaktionen und Körpererinnerungen (Herzklopfen, Atemnot, Übelkeit, Schwindel, Krämpfe, Schmerzempfindungen) auslösen.

Gefühlsmäßig durchleben sie die traumatische Erfahrung immer wieder und zwar so, als passiere sie gerade jetzt.

Was fehlt, ist jeder zeitliche und räumliche Zusammenhang sowie der Beziehungskontext der traumatischen Situation. Wären diese Zusammenhänge vorhanden wäre klar, dass es sich um eine Erinnerung an ein weit zurückliegendes Ereignis handelt, das abgeschlossen ist und von dem keine Bedrohung mehr ausgeht.

Leider sind diese abgespaltenen Traumaanteile aber im Gedächtnis wie „eingefroren“. Sie verändern sich nicht, sondern werden immer wieder ausgelöst durch äußere und innere Reize, die die Person in irgendeiner Form an das Traumgeschehen erinnern.

Wichtig ist zu erwähnen, dass bereits einmalige traumatische Erlebnisse zu dissoziativen Störungen führen können. Menschen, die besonders früh in ihrem Leben oder auch über einen längeren Zeitraum traumatisiert wurden und sich in ihrer Not immer wieder durch Dissoziation gerettet haben, nutzen diese Schutzmöglichkeit meistens auch im späteren Leben, und zwar auch in weniger bedrohlichen Situationen, wo es gar nicht notwendig wäre.

Kleine Kinder dissoziieren besonders gut und besonders häufig. Dies hängt damit zusammen, dass das Hippocampus-System erst ab dem Alter von 12 Jahren voll funktionsfähig ist.

Betrachtet man nun diese Zusammenhänge, verwundert es nicht, dass „Dissoziative Störungen“ oft nicht erkannt werden und es häufig zu Fehldiagnosen kommt.

Die häufigsten Fehldiagnosen sind:

- Depression
- Psychosomatosen (körperliche Störungen)
- Angst-/Panikstörungen
- Minipsychosen
- Persönlichkeitsstörungen (Borderlinestörung und Histrionische Persönlichkeitsstörung)

Die meisten Patienten gehen oft lange Behandlungswege, bevor eine dissoziative Störung erkannt wird und dann vielleicht auch behandelt werden kann.

Dabei gibt es einige Hinweise, die Ärzte und Psychotherapeuten immer an das mögliche Vorliegen einer „Dissoziativen Störung“ denken lassen sollten:

- Amnesien/Erinnerungslücken
- Trancezustände
- Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung ohne organische Ursache
- Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- Störungen der Selbstwahrnehmung oder des Selbsterlebens (neben sich selber stehen)
- Unerklärliche Krampfanfälle
- Störungen der Körperwahrnehmung
- Existenz von zwei oder mehr Persönlichkeiten in einer Person (Dissoziative Identitätsstörung – schwerste Form von dissoziativer Störung)

(Diese Störungen sind im diagnostischen Manual psychischer Störungen ICD 10 im einzelnen klassifiziert.)

Der Zusammenhang zwischen traumatischer Erfahrung und Dissoziation ist durch viele Untersuchungen nicht nur in den USA, sondern auch in Europa eindeutig belegt.

Ebenfalls nachgewiesen ist der Zusammenhang zwischen der Heftigkeit eines Traumas und dem Ausmaß von Erinnerungslücken.

Je heftiger ein Trauma für den Betroffenen ist, um so stärkere Erinnerungslücken können erwartet werden.

Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen Dissoziation und Alter.

Kindheitstraumata führen zu häufigeren und schwereren dissoziativen Störungen als Traumata in späteren Lebensaltern.

Diese Zusammenhänge werden besonders eindrucksvoll bestätigt an der schwersten Form dissoziativer Störungen, der „Multiplen Persönlichkeitsstörung“, bzw. „Dissoziativen Identitätsstörung“ durch eine Untersuchung von Brown aus dem Jahr 1985.

Von 1.000 Patienten mit DIS-Diagnose berichteten 96,8 %, dass sie

physische Gewalt (über 80 %),
sexualisierte Gewalt (fast 90 %) und
Vernachlässigung (über 50 %) erlebt hatten.

Frage: Was war mit den restlichen 3,2 %?

Hier gab es eine interessante Erklärung:

2 % von diesen Menschen hatten keine Traumatisierung durch Eltern oder Umgebung erlebt, sondern sie waren als Kinder während Operationen aufgewacht, weil die Narkose nicht ausreichte. Diese Kinder erlebten hier ihre erste Spaltung und konnten sich auf diese Weise in der Situation vor unerträglichen Schmerzen und Angstgefühlen retten.

Durch eine Art tiefer Trance wurde das reale Geschehen hinter eine amnestische Barriere gebannt, d. h.: Es kam zu einer Spaltung zwischen normalem Bewusstseinzustand und der Erinnerung an die traumatische Situation (Amygdala-Reaktion).

Für den Moment war dies eine überaus hilfreiche und kreative Lösung, die jedoch in der Folge dauerhaft eine Situation schaffte, die Menschen mit dissoziativen Störungen allzu bekannt ist:

Es besteht zwar keine Erinnerung an die traumatische Erfahrung – sie wird verwahrt und verschlossen in einem abgespaltenen Fragment der Persönlichkeit – aber dieses Fragment kann durchaus durch bestimmte Auslöser (Trigger) immer wieder ins Bewusstsein geschwemmt werden.

Losgelöst von der aktuellen Situation wird dann die traumatische Erfahrung oder Teile dieser Erfahrung (Angst, Schmerzen, Ekel, Wutgefühle) immer wieder durchlebt.

Für die Betroffenen besonders dramatisch ist es, wenn sich als Folge langjähriger fortgesetzter Traumatisierung aus den abgespaltenen Fragmenten eigenständige Persönlichkeiten mit abgrenzbaren Gedächtnissen, Emotionen, Verhaltensweisen und Fähigkeiten entwickelt haben.

Da diese Persönlichkeiten oft keinerlei Kontakt untereinander haben, aber immer wieder die Kontrolle über den Körper und das Verhalten der Person übernehmen, kommt es ständig zum Erleben extremer Zeitlücken und Amnesien im Alltag, die vielfältige Probleme nach sich ziehen.

Hinzu kommt, dass es im Alltag überall Reize gibt, die immer wieder die erfahrenen – abgespaltenen – Traumatisierungen wiederbeleben bzw. Persönlichkeitswechsel erforderlich machen, um die Person vor Überflutung zu schützen.

Dass es sich hierbei um ein überaus kreatives und wirksames Überlebensmuster handelt, wird einem als Therapeutin spätestens dann bewusst, wenn die einzelnen Persönlichkeiten beginnen über das erfahrene Leid zu berichten. Die Grausamkeiten überschreiten in der Regel bei weitem unser normales Vorstellungsvermögen.

Wären da nicht die Kopfschmerzen, Panikanfälle, Depressionen, Selbstverletzungen, Schlafstörungen, Sexualstörungen, Zwangsphänomene und unerklärlichen Schmerzen, die die Betroffenen meist zum Aufnehmen einer Therapie veranlassen, wäre es eine sehr gnädige

Lösung, diese schrecklichen Erinnerungen hinter den Barrieren zu lassen, die die Seele zu ihrem Schutz aufgebaut hat.

Leider ist dies aber dauerhaft keine Lösung, da eine wirkliche Heilung nur stattfinden, kann wenn es gelingt, die abgespaltenen Teile (bei DIS→Persönlichkeiten) zu integrieren.

Solange Dissoziation und Amnesie die Erfahrungsfragmente noch voneinander getrennt halten, kann ein traumatisches Ereignis nicht als gesamte Geschichte gesehen, gefühlt, körperlich gespürt und gedacht werden. Dies ist jedoch Voraussetzung für die Integration. Um ein Ereignis zu einer „neutralen“ Erinnerung machen zu können, braucht unser Gehirn zum Lernen die bekannte Sequenz und Wahrnehmungsstruktur von „Anfang-Verlauf-Ende“ sowie Informationen über die Bedeutung eines Ereignisses. Das Trauma wird erst dann verarbeitbar, wenn es gelingt, es wie einen zersprungenen Spiegel, dessen Splitter nicht mehr erkennen lassen **was** passiert ist, sondern nur noch, **dass** etwas passiert ist, wieder zusammenzufügen.

Hierzu ist eine sehr spezifische Therapie erforderlich, eine sehr strukturierte Therapie, die ich Ihnen zum Abschluss schwerpunktmäßig noch kurz vorstellen möchte.

Was nach bisheriger Erfahrung sich als wenig hilfreich erwiesen hat zur Behandlung dissoziativer Störungen ist, in der Therapie **nicht** über das Trauma zu sprechen oder **nur** über das Trauma zu sprechen.

Eine Therapie, die sich auf das Reden über das Trauma beschränkt, wirkt eher retraumatisierend, ebenso, wie das bloße „Rauslassen“ von abgespaltenen Gefühlen nicht ausreichend ist.

Sehr mit Vorsicht zu genießen sind Entspannungsverfahren (wenn, dann „Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen“). Auf keinen Fall sollte Atemtherapie oder Autogenes Training ausprobiert werden.

Was ebenfalls nicht hilft – außer in absoluten Krisensituationen – sind Medikamente.

Aus der Erfahrung heraus, dass viele gängige Verfahren der Psychotherapie dazu geführt haben, dass es Patienten mit dissoziativen Störungen oft noch schlechter ging, hat sich in den

letzten Jahren eine spezielle Traumatherapie entwickelt, die vor allem folgende Erkenntnis berücksichtigt:

Bei dissoziativen Störungen haben wir es immer mit zwei Formen von Erinnerung/Gedächtnis zu tun, nämlich einem

Expliziten Gedächtnis, das dem Bewusstsein zugänglich und mit Sprache vernetzt ist, und einem

Impliziten Gedächtnis, das dem Bewusstsein nicht zugänglich ist, das schlagartig ausgelöst wird durch sogenannte „Trigger“, und dessen Inhalte ohne zeitlichen Zusammenhang Bestandteile traumatischer Erfahrung repräsentieren.

Um einen therapeutischen Zugang auch zu diesem impliziten Gedächtnis (Traumabewusstsein) zu bekommen, hat sich die Kombination analytisch-tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Verfahren mit hypnotherapeutischen Verfahren und/oder EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als besonders effektiv erwiesen. Unterstützend können kreative Verfahren wie Mal- und Musiktherapie und sanfte Körpertherapien hinzugezogen werden.

Absolute Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung mit klarer Grenzsetzung, hoher Zuverlässigkeit, Regelmäßigkeit und klaren Regeln.

Eine weitere Voraussetzung, die vor allem bei sexuellem Missbrauch nicht immer gegeben ist, besteht darin, dass aktuell keine Traumatisierung mehr stattfindet.

Die Stadien der Behandlung gliedern sich in eine

- Phase der Stabilisierung
- Phase der Distanzierung von Traumamaterial
- Phase der Durcharbeitung des Traumas durch Exposition
- Phase der Integration, Trauerarbeit und Wiederanknüpfen an ein Leben ohne Trauma

Bevor an den eigentlichen Traumainhalten gearbeitet wird, ist ganz viel vorbereitende Arbeit notwendig, um sicherzustellen, dass die Traumabearbeitung selber nicht zu weiterer Destabilisierung und Regression führt.

In einer meist längeren Phase der Stabilisierung, für die nach meiner Erfahrung besonders eine Gruppentherapie von großem Nutzen sein kann, geht es u. a. um

- das Erlernen von Selbstfürsorglichkeit und Fürsorglichkeit für andere (z. B. Kinder) auch in Stresssituationen
- den Aufbau von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit
- den Aufbau einer sinnvollen und befriedigenden Alltagsstruktur
- das Erlernen von Kontrolle in Situationen, in denen Angstgefühle zu überfluten drohen

Das Erlernen von Techniken zur Bewältigung der Angst (imaginative Techniken wie „sicherer Ort“, „Tresor“, „Bildschirm-Technik“) leiten über in die Phase der Distanzierung von Traumamaterial.

Die eigentliche Integrationsarbeit, die Integration der abgespaltenen Trauma-erinnerungen in die „erwachsene Erinnerung“, erfolgt dann schrittweise in einem sehr strukturierten Vorgehen mit Hilfe der sogenannten „Bildschirm-Technik“ oder auch mit EMDR.

Hier geht es darum, das Trauma wirklich in allen Einzelheiten vom Anfang bis zum Ende noch einmal wiederzuerleben und dann endlich abzuschließen.

Sehr beeindruckend ist, wie hier oft eine einzige Sitzung bereits zum deutlichen Erleben von Entlastung und Befreiung führt.

Weitere mögliche Gewinne dieser Arbeit sind, dass Ängste, Körpererinnerungen, psychosomatische Erscheinungen, die auf ein Trauma zurückzuführen sind, sich völlig auflösen oder deutlich verbessern.

Nach gelungener Integrationsarbeit wird der betroffene Mensch nicht mehr von den alten Bildern und Traumafragmenten angetriggert und überwältigt, die **ihn** sozusagen in der Hand

hatten, sondern er selbst hat die Geschichte und die dazugehörigen Erfahrungen in seiner Hand und kann sie als Erinnerung Vergangenheit werden lassen.

Ich möchte enden mit einem Zitat von Pierre Janet, einem Zeitgenossen Freuds, der vor über hundert Jahren als erster über das Phänomen „Dissoziation und Trauma“ geschrieben hat:

„Ein Trauma, das nicht realisiert wird, muss stets aufs Neue reinszeniert werden. Realisiert – und damit wahr – wird ein Trauma, wenn der Mensch darüber sprechen kann, ohne gefühlsmäßig darin zu versinken.“

Ich möchte dazu ermutigen, sich dem heilsamen Prozess des Erinnerns zu stellen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.