

Diplomarbeit

Körper, Haus meiner Seele

Dissoziation in der Craniosakralen Osteopathie

Schule für Craniosakrale Osteopathie Rudolf Merkel



Marie-Anne Gfeller
Lindenbühl 163
3635 Uebeschi

Präsenz

„Wer präsent ist,
wird zum Präsent für die Welt...“

Erlaube dir auch heute, ganz bewusst anzukommen bei dir, in deinem Leib ... nimm ihn wahr, so wie er sich dir heute zeigt ... und sage innerlich Ja zu ihm, indem du dich ganz in ihn einlässt ... er ist dir anvertraut, solange du lebst ... er ist das Geschenk der Schöpfung an dich. Fast 5 Milliarden Jahre hat die Erde gebraucht, bis sie dich hervorgebracht hat. Im Leib zu sein, heisst präsent zu sein ... den der Leib kann nicht aus der Gegenwart heraustreten. Nur unser Geist kann in Vergangenheit und Zukunft herum schweifen, der Leib aber ist immer in der Gegenwart. Darum: Bist du ganz Leib und ganz Atem, bist du gegenwärtig. Im Englischen gibt es den Ausdruck „to be present“ und „to be a present“, also „gegenwärtig sein“ und „ein Geschenk sein“. Nur wer bei sich ist, kann auch bei anderen sein. In dem Mass, in dem ich bei mir zu Hause bin, kann ich auch für andere ein Zuhause sein. Meditieren heisst in diesem Sinn, üben bei sich zu Hause zu sein, ganz unabhängig von den äusseren und inneren Umständen ... da sein im Hier und Jetzt, ganz präsent ...

Aus: Tiefe Stille weiter Raum
Marcel Steiner

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	4
2	Einleitung	6
2.1	Dissoziation	8
3	Vorgehen	10
3.1	Hypothese.....	10
3.2	Fragestellung	10
3.3	Zielsetzung	10
3.4	Methode.....	10
3.5	Aufbau der Arbeit.....	11
3.5.1	Analyseschritte der Fallbearbeitung.....	11
4	Theorieteil	12
4.1	Trauma	12
4.1.1	Charakteristika von Trauma.....	12
4.1.2	Charakteristika potentiell traumatisierender Ereignisse	13
4.1.3	Individuelle Charakteristika	14
4.1.4	Mentale Effizienz und mentale Energie.....	15
4.1.5	Trauma- Klassifikation	18
4.1.5.1	Posttraumatische Belastungsstörung PTBS	18
4.1.5.2	Klassifikation nach DSM-IV und ICD-10	19
4.2	Dissoziation	20
4.2.1	Geschichte der Dissoziation	20
4.2.2	Dissoziation Heute	22
4.3	Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit	24
4.3.1	Grundlagen	24
4.3.2	Entstehungsmechanismen der strukturellen Dissoziation	28
4.3.3	Ebenen der strukturellen Dissoziation.....	30
4.3.4	Phänomenologische Kategorisierung der dissoziativen Symptome	35
4.3.5	Bewusstsein und Dissoziation	37
4.4	Traumabezogene Symptome und Störungen	38

5	Craniosakrale Osteopathie CSO, Trauma und Dissoziation	41
5.1	Thematischer Bezug zur Literatur	41
5.2	Analyse der Fallbearbeitung	44
6	Ergebnisse	47
7	Ausblick	49
8	Persönlicher Lernprozess	50
9	Literaturverzeichnis	53
10	Anhang	54
10.1	Kategorisierung DMS-IV und ICD-10	54
10.1.1	Definition	54
10.1.2	DSM-IV-Klassifizierung	54
10.1.3	ICD- Klassifizierung	56

1 Vorwort

Solange ich mich erinnern kann, spüre ich eine starke, treibende Kraft in mir. Diese Kraft formuliere ich als:

Wo komme ich her?

Was bin ich?

Warum bin ich, und warum bin ich so wie ich bin?

Diese treibende Kraft nach Fragen und Antworten, nach Wissen und Verstehen, dieser Drang nach der Erkundung der Geheimnisse meines Lebens, diese Suche nach den Abgründen und der Heilung meiner Seele, haben mich bis hierhin ins Hier und Jetzt geführt.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse, die ich in den letzten Jahren auf diesem Weg gewonnen habe, kommt im Titel meiner Arbeit zum Ausdruck:

„Körper, Haus meiner Seele.“

In diesem Titel spiegeln sich meine Erkenntnisse wieder, dass es in meinem Leben darum geht, ganz und gar in meinem Körper zu wohnen, ihn zu spüren, durch ihn Zugang zu haben zu meinen Gefühlen, ihn ganz und gar anzunehmen und in ihm zu Hause zu sein. Ich habe auch erkannt, dass ich in vielen Momenten meines Lebens mit Situationen, Einflüssen und Geschehnissen konfrontiert worden bin, die es mir oft nicht ermöglicht haben, überhaupt ganz in meinen Körper zu gelangen, dort zu bleiben und mich dort sicher und zu Hause zu fühlen.

In meinen persönlichen Therapien habe ich mich zu Beginn stark mit dem Thema Trauma beschäftigt. Zuerst ging es darum, dass ich zu verstehen lernte, was traumatische Erlebnisse sind und in welchen Kontexten sie geschehen können. Was sie für Auswirkungen haben auf die physiologisch/neurobiologischen Funktionen des Körpers und auf meine Psyche, mein Verhalten als Betroffene. Ich begriff, dass Traumata nicht das Stigma von einzelnen Menschengruppen, Schicksalen und Kulturen sind, sondern dass Trauma zum Leben jedes einzelnen Individuums gehört, dass Trauma Teil unseres Lebens ist, und es darum geht, diese überwältigenden Erlebnisse zu integrieren und anzunehmen.

Diese Erkenntnisse ermöglichten es mir, in einem nächsten Schritt die Tür zu meinem Körper nach und nach aufzumachen und ihn in kleinen Schritten zu erkunden. Die Craniosacrale Osteopathie ermöglichte es mir zu lernen, den Körper zu spüren und zu erfahren, in Kontakt zu kommen mit meinen, auf der Körperebene gespeicherten Erfahrungen, den dazugehörenden Gefühlen und Gedanken. Dies macht es mir möglich, immer mehr mein Ich zu entdecken, mein „in der Welt stehen“ zu gestalten und meine Individualität und Einzigartigkeit zu leben.

In meiner praktischen Arbeit als Studierende der Craniosakralen Osteopathie kam ich mit Menschen in Kontakt, welche mir über das Gefühl „des nicht immer ganz im Körper seins“ zu erzählen begannen. Sie erzählten, dass sie Körperteile gar nicht spüren oder im Verlauf einer Therapiesitzung einen Körperteil plötzlich viel bewusster wahr zu nehmen begannen, dass sie sich oft ausserhalb des Körpers erleben und keinen Zugang zu Gefühlen haben oder kaum welche spüren und dass es während den Therapiesitzungen möglich wird, dem Körper Beachtung zu schenken und Gefühle wahr zu nehmen.

Schon zu Beginn, als ich mich mit dem Thema Trauma auseinanderzusetzen begann, begegnete ich dem Begriff der Dissoziation und er hat mich bis heute nicht losgelassen. In meinem heutigen Verständnis von Menschsein und Trauma bin ich mir sicher, dass die Dissoziation, in welcher Form und Ausprägung sie sich auch immer zeigt, eine wesentliche Rolle in der Entwicklung und der Gestaltung des Lebens eines jeden Menschen spielt und dass sie es als Überlebensstrategie möglich macht, unaushaltbaren Schmerz und Überwältigung überhaupt zu überleben. Nach meinem Verständnis geht es nicht darum Dissoziation als pathologisch und krankmachend zu sehen, sondern sie als Überlebensstrategie anzuerkennen, sie zu verstehen und sie mit ihren Ausprägungen ins Leben anzunehmen.

Ich verstehe Dissoziation als überlebensnotwendiges Konstrukt, welches meiner Meinung nach sehr vielen Menschen als Überlebestrategie dient. Und ich bin überzeugt, ihr sehr oft in meinem Lebensalltag, ohne mir dessen bewusst zu sein, zu begegnen.

2 Einleitung

„Es tut so weh.“

Wer etwas Unerträgliches erleidet, Unaushaltbares doch aushalten musste, wird oft spüren: Es tut so weh. Auch im Nachhinein schmerzt es, und zwar auf vielen Ebenen, seelisch, geistig, spirituell - und körperlich. Bei manchen Menschen äussert es sich in erster Linie körperlich. Da gibt es ein Zuviel an Empfinden: Unberechenbare, plötzlich einschliessende Schmerzen zum Beispiel oder immer wiederkehrende Entzündungen, die lange nicht weggehen oder „Male“ auf der Haut, dort, wo das Entsetzliche geschah; oder allgemein das Gefühl, schwer krank zu sein, dem Tode nahe....

„Ich fühle gar nichts.“

In denselben Menschen, die ein Zuviel an Empfindungen nach traumatischen Erlebnissen haben können, gibt es nicht selten auch - möglicherweise in bestimmten Phasen ihres Lebens nach dem Trauma - ein Zuwenig an Empfinden: Der Körper als Fremd-Körper fühlt sich wie taub an oder manche Körperteile fühlen sich wie „nicht zugehörig“ an, oder es gibt Lähmungserscheinungen, Schmerzunempfindlichkeit.... Ja, es kann sein, dass echte Verletzungen oder Erkrankungen so gut wie nicht wahrgenommen werden.

Überempfindlichkeit und „Fehlwahrnehmungen“ hier - „Taubheit“ für körperliche Bedingen dort: Beides kann sich abwechseln. Ähnlich wie die Seele einerseits höchst alarmiert sein kann: „Da ist doch etwas, das noch nicht verstanden, nicht integriert wurde!“ – schreit sozusagen das Unbewusste - kann sie andererseits „taub“ sein, nachdem das Unerträgliches geschehen ist, weil Nichtfühlen schützt. Hier könnte das Motto des Unbewussten lauten: „Du hast es damals, als das Ungeheuerliche geschah, nicht ausgehalten. Du wirst es jetzt auch nicht aushalten. Also weg damit.“

„Das ist psychosomatisch.“

Wer je dieses Urteil über die eigenen Schmerzen anhören musste, wird vielleicht vor allem eines spüren: Scham. Wie peinlich, denkt man und zieht sich zurück oder versucht sich heimlich mit Naturheilmitteln oder anderen frei verkäuflichen Medikamenten selber zu behandeln. Oder man setzt wütend dem Körper zu: Essanfälle oder Erbrechen, Schneiden, Brennen als eine Art der Selbst-Medikation... Innerlich ist man vielleicht verunsichert, auch empört: Aber da ist doch was. Wie kann es dann sein, dass der Arzt nichts findet?

Da ist was, auch wenn es sich nicht im Laborbefund niederschlägt. Da ist etwas, das weiter darauf hinweist: Da *war* etwas. Etwas, das noch nicht vom gesamten Organismus "verstoffwechselt" wurde und stets aufs Neue auf eigene Weise mit dem Bewusstsein spricht, nämlich auf körperliche Weise: Kümmere dich. Da ist was und da war was....“

(Nijenhuis, 2006, S.11-12)

2.1 Dissoziation

Menschen mit chronischen Schmerzzuständen haben eine lange Odyssee von vielen Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten, Überweisungen zu Spezialistinnen und Spezialisten sowie Spitalaufenthalten mit schulmedizinischen Abklärungen hinter sich, ohne je eine befriedigende Erklärung für ihre Leiden zu bekommen

Oft finden Menschen nach einem überwältigenden Erlebnis nicht mehr in ihren Alltag zurück. Sie leiden an Übererregtheit, Aggressivität, Schlaflosigkeit, Isolation und Angst. Sie fühlen sich vom eigenen Körper, ihrer Umgebung und der Umwelt abgeschnitten.

Sie sind konfrontiert mit Wahrnehmungen und Reaktionen ihres Körpers, welche sie nicht zuordnen können, nicht kontrollieren können und welche sie oft als anormal empfinden und darüber schweigen, was ihr Leiden zusätzlich verstärkt.

Diese Menschen haben in Folge ihrer überwältigenden Erlebnisse ihre Fähigkeit zur Selbstregulation im Kindesalter nicht oder wenig entwickeln können, oder diese Fähigkeit ist ihnen im Erwachsenenalter verloren gegangen.

Dieser Verlust zeigt sich in einem riesigen Spektrum an Symptomen und Störungen. Eine Auswirkung, welche in der Literatur beschrieben und im Klinikalltag beobachtbar ist, ist das Erleben dissoziativer Phänomene. Die gegenwärtige Literatur beschreibt ein unterschiedliches Verständnis von Dissoziation, bezüglich ihres Ursprungs, ihrer Ausprägung und ihre Relevanz in der Behandlung von traumatisierten Menschen.

Was ist Dissoziation?

„Dissoziation wird verstanden als ein traumabedingter Mangel an Integration“.

(Nijenhuis, 2006, S.13)

Die Dissoziation ist ein Phänomen, welches in seiner Multidimensionalität die Menschen im Erleben ihrer Realität stark beeinflusst und ihre Beziehungen prägt.

Beziehungs- und Kontaktaufnahme sowie deren Aufrechterhaltung sind lebenswichtige Faktoren der menschlichen Entwicklung und beeinflussen die Lebensqualität nachhaltig. Die Fähigkeit zur Selbstregulation wird durch diese Entwicklung erst möglich.

Eine fehlende Selbstregulation zeigt sich im Unvermögen einer adäquaten generellen psycho-physiologischen Regulation, welche benötigt wird, um traumatische Erlebnisse zu integrieren.

Dazu gehören die Fähigkeiten:

- der Wahrnehmung
- Affekte, Impulse, mentale Differenzierungen zu tolerieren, zu nutzen und zu regulieren
- Stresstoleranz
- Gefühlen einen Rahmen zu geben
- Selbstberuhigung
- Selbsterschaffen und Erleben
- Aushalten können von Einsamkeit
- Entspannen können
- Balance des Energiehaushalts
- Erfahrungen mitteilen zu können
- Zeiteinteilung
- Aufmerksamkeit
- Problemlösungsfertigkeit

Die Dissoziation beinhaltet das Fehlen von Teilen oder in ihrer schwersten Form das Fehlen aller der oben genannten Fähigkeiten zur psycho-physiologischen Regulation.

3 Vorgehen

3.1 Hypothese

Aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen, dem Beobachten und Erleben all dieser oben genannten Phänomenen sowie den Erzählungen und Erfahrungen meiner Klientinnen und Klienten, dem Austausch mit meinen Kolleginnen und Kollegen und den Supervisorinnen und Supervisoren der Schule, entschied ich mich, Craniosakrale Osteopathie, Trauma und Dissoziation in dieser Arbeit zusammenzuführen und zu bearbeiten.

Im Setting der therapeutischen Arbeit ist die Dissoziation ein Zustand, welcher von Klientinnen und Klienten und den Therapierenden oft als eine Vielzahl von Phänomenen wahrgenommen, aber als solche nicht erkannt und benannt werden kann. Dies hat Folgen für die therapeutische Arbeit und den Verlauf der Therapie.

3.2 Fragestellung

Wie können sich dissoziative Zustandsbilder während einer Therapiesitzung in Craniosakraler Osteopathie zeigen?

3.3 Zielsetzung

Die Arbeit verbindet das Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit mit der Arbeit der Craniosakralen Osteopathie.

3.4 Methode

Die Arbeit basiert zum einen auf einer phänomenologischen Fragestellung und befasst sich mit den Themen Trauma, Dissoziation und Craniosakraler Osteopathie, mit dem Ziel, Informationen zusammenzutragen, zu ordnen und mit Perspektiven zu ergänzen, welche bisher noch nicht berücksichtigt wurden. Zum andern baut sie auf einer empirischen Fragestellung auf, welche dazu dient, durch eigene Erfahrungen etwas herauszufinden.

3.5 Aufbau der Arbeit

Im Theorieteil der Arbeit wird anhand der Literaturbearbeitung der Begriff der Dissoziation aufgenommen und erklärt.

In einem weiteren Schritt wird der Zusammenhang von Trauma, Craniosakraler Osteopathie und Dissoziation anhand von Literatur hergestellt.

Anhand definierter Analyseschritte werden persönliche Erfahrungen in Bezug zur Fragestellung bearbeitet

3.5.1 Analyseschritte der Fallbearbeitung

- Schritt 1** Beschreibung beobachteter Phänomene, in von mir durchgeführten Therapiesitzungen in Craniosakraler Osteopathie, welche ich als dissoziativ interpretiere.
- Schritt 2** Gegenüberstellung der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit und den, von mir als dissoziativ interpretierten und beschriebenen Phänomenen
- Schritt 3** Darstellung der Ergebnisse, Erkenntnisse und Schlussfolgerungen in Bezug zur Fragestellung und Zielsetzung.

4 Theorieteil

4.1 Trauma

4.1.1 Charakteristika von Trauma

„Das Leben chronisch traumatisierter Menschen kann ein nie endender Kampf sein. Meist leiden sie unter zahlreichen Symptomen und Problemen, welche die Diagnose und Behandlung solcher stark verkomplizieren und den Therapeuten verwirren. Viele dieser Patienten haben Probleme mit der Alltagsbewältigung und in ihren Beziehungen, was starke intrapsychische Konflikte und die Nutzung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien einschliesst. Ihr Leiden ist durch eine schmerzliche und entsetzliche Vergangenheit entstanden, die sie in der Gegenwart weiterhin verfolgt. Selbst wenn sie ihr Leiden hinter einer Fassade von Normalität zu verbergen suchen - was sehr häufig vorkommt - sind ihre Therapeuten angesichts ihrer zahlreichen Symptome und ihres starken Schmerzes oft ratlos. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass viele Überlebende chronischer Traumatisierung bereits mehr oder minder erfolglos bei mehreren Therapeuten in Behandlung waren und dass viele von ihnen zu hören bekamen, sie seien nicht behandelbar oder ihr Widerstand sei zu gross.“

(Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., 2008, S.8)

„Der Begriff Traumatisierung bedeutet Wunde, Verletzung oder Schock. In Bezug auf belastende Ereignisse wurde der Begriff seelisches Trauma von einem deutschen Neurologen 1878 eingeführt.

In der wissenschaftlichen und klinischen Literatur ist der Begriff - traumatisches Ereignis - sehr verbreitet, und der Begriff Trauma wird häufig als Synonym für solche Ereignisse benutzt.

Doch sind Ereignisse nicht an und für sich traumatisch, sondern sie können auf bestimmte Menschen traumatisierend wirken. Deshalb wird nicht jeder, der ein extrem belastendes Ereignis miterlebt, dadurch tatsächlich traumatisiert.

Wie stark ein Mensch traumatisiert wird, hängt von zwei Gruppen interagierender Faktoren ab. Von den objektiven Merkmalen des Ereignisses und von den subjektiven Eigenarten, welche die mentale Energie und Effizienz des Betreffenden ausmacht, das heisst, von den Komponenten seiner Integrationsfähigkeit.“

(Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., 2008, S.41- 42)

4.1.2 Charakteristika potentiell traumatisierender Ereignisse

„Bei bestimmten Ereignissen und Faktoren ist die Gefahr einer traumatisierenden Wirkung grösser als bei anderen. Dazu zählen Erlebnisse, welche wie folgt erlebt werden:

- plötzlich eintretend
- intensiv
- unkontrollierbar
- unvorhersehbar
- extrem negativ
- als interpersonale Gewalt
- als körperliche Beschädigung oder Bedrohung des Lebens
- als Verlust der Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson und Verrat durch eine solche Person
- als Vernachlässigung in Bezug auf Versagen von körperlicher und emotionaler Zuwendung von Bezugspersonen
- als Nichtermöglichen von beruhigenden und erholsamen Erlebnissen

Wiederholtes Erleben von starkem Stress über längere Zeit hat auf Traumatisierte die schädlichste Wirkung. Chronische Traumatisierung erhöht die Gefahr des Entstehens Trauma bedingter Störungen und schwerwiegender und weitreichender Symptome wie den Konsum von Drogen und Selbstmordversuchen.

Zu solchen Störungen zählen nicht nur mentale, sondern auch physische Symptome, weil die Entwicklung des Gehirns und die neuroendokrinen Funktionen beeinträchtigt sind.“

(Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., 2008, S.42)

4.1.3 Individuelle Charakteristika

„Bei vielen Erwachsenen treten nach überwältigenden Erlebnissen akute Belastungsstörungen auf, und manchmal dringen traumatische Inhalte in ihr Bewusstsein ein. Gewöhnlich verschwinden die Phänomene innerhalb von Wochen oder Monaten wieder, und im Allgemeinen entstehen da keine Trauma bezogenen Störungen. Solche peritraumatischen Intrusionen können als zeitweilige geringfügige Spaltung der Persönlichkeit verstanden werden, zu der es vor der vollständigen Integration eines belastenden Erlebnisses kommen kann.

Allerdings gibt es auch Menschen, welche in solchen Situationen extremen Stress erleben und Trauma bezogene Störungen entwickeln wie eine einfache Belastungsstörung oder eine PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung.

Untersuchungen haben gezeigt, dass es aussagekräftige Prädiktoren für eine PTBS bei Erwachsenen gibt:

- vorherige Traumatisierungen, welche kumulativ wirken
- chronische, dysfunktionale Betreuung während der Kindheit
- vorangegangene Psychologische Behandlung
- Fälle von Psychopathologie in der Ursprungsfamilie
- wahrgenommene Bedrohung des Lebens während der Traumatisierung
- peritraumatische emotionale Reaktionen
- peritraumatische Dissoziation
- Mangel an sozialer Unterstützung
- Geschlecht

Bei misshandelten Kindern liegen häufig alle genannten Risikofaktoren vor.

Als weiterer individueller Faktor wird die Gen – Umwelt - Interaktion genannt:

Die Persönlichkeit wird unter anderem durch die Interaktion zwischen unserer Umgebung und unserer genetischen Grundlage definiert. Genetische Faktoren können die Anfälligkeit für belastende Situationen ebenso erhöhen, wie für die Entstehung von Eigenarten, welche die Gefahr des Erlebens potentiell gefährlicher Situationen vergrößern.“

(Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., 2008, S.43-44)

4.1.4 Mentale Effizienz und mentale Energie

„Damit die Persönlichkeit eines Menschen nach dem Kontakt mit einem extrem starken Stressor relativ frei von Spannung bleibt, braucht es ein hohes Mass an mentaler Energie und mentaler Effizienz. Zwischen diesen beiden Kräften besteht bei geistig gesunden Menschen ein ausgewogenes Verhältnis.

Die Stärke der mentalen Effizienz ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich, sie steigt mit zunehmenden Alter (nimmt jedoch meist im hohen Alter wieder ab) und verändert sich im Einklang mit Variablen wie dem körperlichen und mentalen Energieniveau, der körperlichen und geistigen Gesundheit, der Stimmungslage, den aktuellen Emotionen und dem Erleben von Stress. Weil zwischen mentaler Effizienz und mentaler Energie, geistig gesunder Menschen ein ausgewogenes Verhältnis besteht, vermögen sie ihrem Entwicklungsniveau entsprechende Ereignisse zu integrieren.

Mentale Energie und mentale Effizienz werden im Begriff mentales Niveau zusammengebracht. Er bezeichnet die Fähigkeit, die in einem gegebenen Augenblick verfügbare mentale Energie mit einem bestimmten Effizienzgrad zu fokussieren und zu nutzen.

Das zum Zeitpunkt der Traumatisierung zur Verfügung stehende mentale Niveau, steht in engem Zusammenhang mit folgenden Merkmalen:

Alter

Je jünger ein Mensch zum Zeitpunkt des überwältigenden Ereignisses ist, umso wahrscheinlicher entsteht bei ihm ein Trauma.

Eine chronische Traumatisierung, welche in der Kindheit beginnt, unterscheidet sich von anderen Arten der Traumatisierungen insofern, als bei Kindern die mentale Effizienz noch nicht ausgereift und die psychologische Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist und sie noch in besonderem Mass Unterstützung benötigen.

Peritraumatische Dissoziation

Dissoziative Symptome während oder nach einem traumatischen Ereignis deuten darauf hin, dass der betreffende Mensch nur unzureichend in der Lage ist, zumindest einen Teil des zum Zeitpunkt des Ereignisses Erlebten zu integrieren.

Vehemente Emotionen und Hyperarousal

Traumata führen zu Manifestationen „wehementer“ Emotionen wie Panik und emotionales Chaos während und nach einem überwältigenden Ereignis. Dies zeigt sich im Erhöhen der Herzfrequenz und einer überstarken Schreckreaktion.

Hypoarousal

Nicht bei allen Menschen tritt während überwältigender Ereignisse Hyperarousal auf. Bei manchen manifestiert sich zuerst ein Hyper- in der Folge dann ein Hypoarousal.

Ein Hypoarousal zeigt sich im unwillkürlichen Absinken des Bewusstseinsniveaus. Sie nehmen nicht mehr bewusst wahr, was geschieht, sie empfinden das Ereignis möglicherweise als nicht real und erleben zuweilen einen emotionalen und körperlichen Zustand der Anästhesie.

Bedeutung

Die Bedeutung, welche Menschen einem Ereignis zuschreiben, ist für die Entwicklung einer PTBS wichtig. Kinder glauben gewöhnlich, dass sie selbst Missbrauchs-, Misshandlungs- und Vernachlässigungserlebnisse verschuldet hätten. Weil die Täter und andere ihnen oft die Schuld daran geben und weil sie nicht wissen, wie sie sonst verstehen sollen, warum Menschen, welche eigentlich für ihr Wohl sorgen sollten, sie verletzen.“

(Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., 2008, S.44-46)

4.1.5 Trauma-Klassifikation

„Die folgende Darstellung schlägt eine Unterteilung des Traumabegriffs in die Dimension der Ursache und des zeitlichen Verlaufs vor:

- Menschlich verursachte Traumata
- Katastrophen-, berufsbedingte- und Unfalltrauma
- Kurzdauernde traumatische Ereignisse
- Längerdauernde, wiederholte Traumata
- Primäre Traumatisierung, beschreibt das eigene Erleben
- Sekundäre Traumatisierung findet sich bei Beobachtern von Bedrohung, Verletzung oder Tötung Dritter“

(Breunig D., 2003, S. 8-9)

4.1.5.1 Posttraumatische Belastungsstörung PTBS

„Diese wird definitionsgemäss in engem Zusammenhang mit einer Traumatisierung gesehen und mit folgenden Symptomen definiert:

Übererregung

Die Übererregung zeigt sich in einer konstanten Aktivierung des sympathischen Nervensystems. Betroffene sind in ständiger Alarmbereitschaft und reagieren schreckhaft auf unerwartete, oft spezifische Reize, welche mit dem Trauma assoziiert sind.

Intrusion

Intrusionen sind ungewollt sich aufdrängende Erinnerungen in Form von Träumen und Flashbacks. Sie zeigen sich als Emotionen, sensorische Wahrnehmungen und Gedanken an das traumatische Ereignis.

Vermeidung

Reize, welche an das traumatische Ereignis erinnern, werden als belastend erlebt und rufen starke Reaktionen hervor. Sie werden ebenso wie das Sprechen über das Erlebte vermieden.

Emotionale Taubheit

Diese meint Derealisation- und Depersonalisationserlebnisse in Form von „sich losgelöst“ fühlen von sich und der Umwelt, Ohnmachtsgefühle und das Gefühl der Lähmung.

Differenzialdiagnostisch wird die PTBS von folgenden Störungen abgegrenzt:

- Depression
- Akute Belastungsreaktion, welche ebenfalls die Symptome des ständigen Wiedererlebens, der Vermeidung und der Übererregung beinhaltet, sich aber nur innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis zeigt.
- Anpassungsstörung
- Dissoziative Störungen
- Andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung
- Trauerreaktion
- Angststörung
- Organische Psychosyndrome“

(Breunig D., 2003, S. 9-12)

4.1.5.2 Klassifikation nach DSM-IV und ICD-10

Klassifikationssysteme wie das DSM-IV und die ICD-10 werden in der Gegenwart unter anderem für die Einteilung der Dissoziation eingesetzt.

Die Systeme klassifizieren mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Im DSM-IV werden traumatische Stressoren spezifischer definiert. ICD-10 verwendet eine breitere Definition.

Eine Darstellung der beiden Klassifikationssysteme befindet sich im Kapitel 10.1 Kategorisierung DMS-IV und ICD-10 des Anhangs.

4.2 Dissoziation

4.2.1 Geschichte der Dissoziation

„Als wolle die Natur alle Versuche, sie zu entschleiern, lächerlich machen, hat sie in dieser Klasse von Krankheiten Widersprüche miteinander versöhnt und mit geheimnisvoller Vielseitigkeit Unwahrscheinliches Wirklichkeit werden lassen, was den wahren Philosophen verzagen und den Systematiker verzweifeln lässt.“

Ferriar 1795

„Die Geschichte der Dissoziation beginnt mit der Beschreibung der Hysterie. Diese war in Ägypten schon zur Pharaonenzeit bekannt und wurde lange als Krankheit mit somatischem Ursprung und Krankheit des Wesens verstanden. Die Theorie des somatischen Ursprungs gab man auf, als Thomas Sydenham (1624- 1689), ein englischer Arzt, der sich auch mit neurologischen und psychiatrischen Krankheiten wie der Epilepsie und der Hysterie beschäftigte, die Auffassung vertrat, Hysterie werde durch emotionale Einflüsse verursacht. Pierre Briquet (1796–1881), ein französischer Arzt, beobachtete auch psychische Störungen bei Hysterikern. Diese Beobachtung ebnete der Hysterie den Boden für das Verständnis einer mentalen Krankheit, was der französische Neurologe Charcot 1877 als solche formulierte. Er erkannte, dass mit der Hysterie zwingend Störungen der Wahrnehmung und des Kontrollvermögens verbunden waren. Nach seiner Auffassung waren Hysteriker aus irgend einem Grund nicht in der Lage, absichtlich und bewusst zu fühlen, zu sehen oder zu hören, was sie eigentlich wahrnehmen mussten, und ausserdem vermochten sie ihre Körperbewegungen nicht auf die ansonsten normale Weise zu kontrollieren.

Abgesehen von diesen Funktionsverlusten leiden Hysteriker unter intrusiven Phänomenen wie Schmerzen, die sich physisch nicht erklären lassen.

Pierre Janet, ein französischer Philosoph, Psychiater und Psychologe (1859-1947), knüpfte an Briquets Auffassung an, indem er ausdrücklich darauf hinwies, dass an der Entstehung dieses Phänomens, Geist und Körper beteiligt seien.

Briquet, Charcot und Janet waren der Auffassung, dass bei der Hysterie erblich bedingte Schwächen eine Rolle spielten und dass sie auch durch emotionale Ereignisse häufig traumatischer Art hervorgerufen würde. Hingegen glaubte Janet nicht, dass körperliche Verletzungen als organische Ursache des Problems in Betracht kamen.

Janet verwies auf zwei eng miteinander verbundene psychologische Phänomene, die nach seiner Auffassung für die Störung charakteristisch waren:

Einengung des Wahrnehmungsfeldes und Dissoziation. Er beobachtete, dass dissoziative Prozesse in der Regel den ganzen Organismus betreffen, dass sie ihren Ausdruck in somatoformen Störungen des Empfindens, der Bewegung, des Sprechens, des Sehens und des Hörens sowie in Störungen des Bewusstseins, des Gedächtnisses und der Identität finden.“

(Nijenhuis, 2006, S.15-17)

4.2.2 Dissoziation heute

„In der gegenwärtigen Literatur wird Dissoziation, sofern es um Trauma geht, lediglich als eines unter vielen Symptomen angesehen, nicht auf eine Symptomkomplexen zugrunde liegende Organisationsform. Kliniker bezeichnen eine Dissoziation bei manchen Patienten als „leicht“, weil ihnen nicht klar ist, dass auch andere Symptome, beispielsweise komplexe Verhaltensweisen, wie wiederholten Substanzmissbrauch, Affektdysregulation oder chronische Beziehungsprobleme, durchaus dissoziativen Ursprungs sein können. Schliesslich ist charakteristisch für eine Dissoziation, dass einige ihrer Symptome nicht sogleich zu erkennen sind und dass ein verängstigter oder beschämter Mensch sie möglicherweise sogar absichtlich verbirgt oder verheimlicht.

In der Fachliteratur besteht Verwirrung darüber, welche Symptome dissoziativ sind und ob der Begriff Dissoziation in allen diagnostischen Kategorien die gleiche Bedeutung hat.“

(Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., 2008, S. 115)

Eine Einteilung der dissoziativen Symptome und dissoziativen Störungen findet sich in den Klassifikationssystemen von DSM-IV und ICD-10. Van der Hart, Nijenhuis und Steele zeigen in ihrer Arbeit „Das verfolgte Selbst“, dass Dissoziation und Trauma in einem weit grösseren Zusammenhang stehen als bis jetzt angenommen worden ist. Sie stellen Traumatisierung und Dissoziation in Bezug zueinander, insbesondere da, wo Traumatisierung chronisch und in der frühen Kindheit erfolgte und somit dem Bewusstsein der Betroffenen oft nicht zur Verfügung steht.

In der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit betonen die Autoren die Wichtigkeit der Beziehung zwischen der strukturellen Dissoziation bei trauma-bezogenen Störungen und den zahlreichen Symptomen und sogenannten komorbiden Störungen, welche bei vielen traumatisierten Menschen vorkommen. Das bedeutet, dass in den gegenwärtigen Klassifikationssystemen den Faktoren Traumatisierung und Dissoziation zu wenig Beachtung geschenkt werden. Sie werden als beteiligte Faktoren in Form von Störungen und Symptomen und nicht als eigentliche Ursache selbst klassifiziert.

Im Buch „Das verfolgte Selbst“ stellen die Autoren das Konzept der strukturellen Dissoziation vor. Darin werden viele Forschungsergebnisse und Theorien zusammengeführt und in einem Konzept dargestellt, welche es dem Leser ermöglicht, einen strukturierten Einblick in die Auswirkungen von Trauma und Dissoziation zu erhalten.

4.3 Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Im folgenden Kapitel „Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit“ und „Trauma-bezogene Symptome und Störungen“ stütze ich mich auf die Arbeit von Van der Hart, Nijenhuis, Steele, (2008)

4.3.1 Grundlagen

Psychologie des Handelns

Die Grundlage dieser konzeptionellen Überlegungen und Forschungen der Autoren basiert auf dem Verständnis der "Psychologie des Handelns" von Pierre Janet (1859-1947). Die strukturelle Dissoziation beschreibt einen Mangel an Integration zwischen zwei oder mehreren psychobiologischen Subsystemen der Persönlichkeit. Die unterschiedlichen Anteile sind nicht komplett voneinander getrennt, können aber in den Bereich des Anderen eindringen und stören. Ebenso können sie sich gegenseitig ablehnen oder voreinander fürchten. Die Folge ist ein Mangel an Kohärenz und Koordination innerhalb der Gesamtpersönlichkeit von Traumatisierten.

Handlungssysteme

Es gibt zwei Hauptkategorien von psychobiologischen Systemen, welche die Persönlichkeit ausmachen. Die eine dieser beiden Hauptkategorien besteht aus Systemen, deren hauptsächliche Aufgabe darin besteht, sich im Alltag attraktiven Reizen wie Nahrung und Gesellschaft zu nähern.

Die andere Kategorie von Systemen ist auf das Vermeiden aversiver Reize oder die Flucht vor ihnen konzentriert, beispielsweise bezogen auf verschiedene Arten von Gefahren.

Diese Systeme helfen uns, zwischen nützlichen und schädlichen Erlebnissen zu unterscheiden und so adaptiv wie möglich auf die aktuellen Lebensumstände zu reagieren. Dies schliesst unsere interozeptive wie die exterozeptive Welt ein, unsere innere und äussere Umgebung, so wie wir sie wahrnehmen.

Diese psychobiologischen Systeme werden Handlungssysteme genannt, weil jedes von ihnen eine angeborene Neigung, auf eine bestimmte zielorientierte Weise zu handeln, beinhaltet.

1. Verteidigung
2. Bindung
3. Erforschung
4. Energieregulierung
5. Fürsorge
6. Soziabilität
7. Spiel
8. Sexualität

Handlungstendenzen

Die Handlungssysteme beinhalten sogenannte Handlungstendenzen. Obgleich verschiedene Handlungssysteme bestimmte Handlungstendenzen gemeinsam haben können (sprechen, gehen), gibt es auch ausschliesslich für sie charakteristische Handlungstendenzen und mit diesen verbundene Ziele. Handlungstendenzen verkörpern nicht nur die Neigung, auf eine bestimmte Weise zu handeln, sondern beinhalten auch den gesamten Handlungszyklus. Dieser Handlungszyklus umfasst die Phasen von Latenz, Handlungsbereitschaft, Initiierung, Ausführung und Abschluss.

Handlungstendenzen stellen Adaptionen an Herausforderungen dar, mit denen uns unsere Umgebung konfrontiert. Viele dieser Handlungstendenzen sind in der langen Geschichte der Evolution entstanden und somit genetisch übertragen worden. Doch die meisten von ihnen bedürfen trotzdem der Reifung und adäquaten, äusseren Stimulation, um zu erblühen.

Es wird zwischen verschiedenen Ebenen der Handlungstendenzen unterschieden, einer niederen, mittleren und einer hohen. Man nennt sie Hierarchie der Handlungstendenzen.

Handlungstendenzen niederer Ordnung sind automatisiert und relativ einfach strukturiert und spielen oft bei Reflexhandlungen eine Rolle, welche weitgehend automatisch initiiert, also nicht nach sorgfältigem Abwägen ausgeführt werden.

Die höchste Ebene von Handlungstendenzen, welche ein Mensch in einem bestimmten Augenblick erreichen kann, wird als das mentale Niveau des Betreffenden bezeichnet. Das mentale Niveau umfasst zwei Faktoren, zwischen denen eine dynamische Beziehung besteht:

Die verfügbare mentale und physische Energie und die mentale Effizienz. Der Begriff mentales Niveau bezeichnet also die Fähigkeit, die in einem gegebenen Augenblick verfügbare mentale Energie mit einem bestimmten Effizienzgrad zu fokussieren und zu nutzen. Mentale Effizienz schliesst das Konzept der Integrationsfähigkeit ein. Dass ein Mensch eine höhere mentale Ebene erreichen kann, ist für seine Fähigkeit, Erlebtes zu integrieren, von zentraler Bedeutung.

Mentale und behavioraler Handlungen

Jede Handlungstendenz umfasst ein mehr oder minder komplexes Spektrum mentaler und behavioraler Handlungen. Diese mentalen und behavioralen Handlungen ermöglichen uns ein adaptives Handeln im Sinne unserer Ziele.

Handlungen sind mehr als Bewegungen und Verhaltensweisen. Sie beinhalten mentale Vorgänge wie die Wahrnehmungsfähigkeit unserer Sinne (einschliesslich der Körperempfindungen), Emotionen, Gedanken, Erinnerungen, Phantasien und Urteile. Mentale Handlungen sind auch ohne körperliche Bewegungen möglich. Die behavioralen Handlungen hängen von der dynamischen, integrierenden Interaktion perzeptiver, affektiver, kognitiver und motorischer Handlungen ab, welche auf das Erreichen spezifischer Ziele gerichtet sind.

Nach neusten neurobiologischen Erkenntnissen haben mentale und behaviorale Handlungen vieles gemeinsam. Beispielsweise werden die Spiegelneuronen nicht nur bei der Ausführung von behavioralen Handlungen aktiviert, sondern auch bei der mentalen Handlung des Beobachtens anderer Menschen bei der gleichen behavioralen Handlung. Spiegelneuronen helfen uns, das Erleben anderer in unserem Geist ganz generell zu simulieren, was unsere Empathie und Mentalisierungsfähigkeit verstärkt. Diese zwei Handlungstendenzen unterstützen die Fähigkeit, sich das Verhalten eines anderen Menschen durch mentale Stimulation anzueignen. Weiter helfen die Spiegelneuronen, die Auswirkungen unserer behavioralen Handlungen vorauszusagen. Die mentale Handlung des Wahrnehmens beinhaltet weitaus mehr als das Beobachten von Ereignissen,

nämlich auch die Fähigkeit, vorauszusagen, was als nächstes geschehen wird, weil es uns die mentale Simulation der behavioralen Handlung ermöglicht. Unsere Wahrnehmung und unsere Kognition werden verkörpert.

Die mentalen Handlungen, die Kognition und die behavioralen Handlungen bilden ein Ganzes, innerhalb dessen alle Bestandteile ihren Input und Output ständig aufeinander abstimmen. Diese Feedbackschleife wird dynamischer perzeptuell-motorischer Handlungszyklus genannt. Diese Zyklen müssen eine Organisation und einen Fokus aufweisen, weil sie andernfalls ein chaotisches Gewirr mentaler und behavioraler Handlungen bilden würden. Tatsächlich werden sie durch Ziele koordiniert, welche sich aus den Handlungssystemen ergeben und schliessen die ständige Überprüfung der Fortschritte in Richtung der Ziele ein. Ziele, die sich auf den Umgang mit anderen Menschen, auf Spielen, Ausruhen, Arbeiten, auf das Lösen von Problemen oder das Bemühen um die eigene Sicherheit beziehen, werden weitgehend durch Handlungssysteme determiniert, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt aktiviert sind. Demnach werden spezifische perzeptuell-motorische Handlungszyklen durch die Beschränkung der Handlungssysteme, von denen sie ein Bestandteil sind, organisiert und begrenzt.

Eine adaptive behaviorale Handlung hängt grundsätzlich von der korrekten Antizipation der mentalen Handlung ab.

Ersatzhandlungen

Je niedriger das mentale Niveau ist, auf dem sich ein Mensch befindet, umso stärker muss er auf Ersatzhandlungen zurückgreifen, durch welche er sich vor überwältigenden Emotionen und Gedanken schützt, wobei er gleichzeitig die Integration traumatischer Erinnerungen und der mit ihnen verbundenen dissoziierten Anteilen verhindert.

Integrationsfähigkeit

Charakteristisch für geistige Gesundheit ist eine hohe Integrationsfähigkeit, welche ein umfassendes Spektrum an psychobiologischen Phänomenen in einer Persönlichkeit vereinigt. Wenn Menschen über ein hohes mentales Niveau verfügen, welches erforderlich ist, um schockierende Ereignisse zu integrieren, entwickeln sie keine strukturelle Dissoziation.

Doch verfügt jeder Mensch nur über begrenzte Möglichkeiten der Integration unter extrem starkem oder anhaltendem Stress. Wenn wichtige organisierende Faktoren der Persönlichkeit, beispielsweise Handlungstendenzen und Handlungssysteme, jeweils für sich und untereinander ausreichend integriert sind, können die mentalen und behavioralen Handlungen koordiniert und flexibel ausgeführt werden, was es möglich macht, sich auf differenzierte und kreative Weise anzupassen.

Von diesen Handlungstendenzen und Handlungssystemen hängt ab, was in einem bestimmten Augenblick oder in einer bestimmten Situation sowie über eine längere Zeitspanne integriert werden kann.

Synthese und Realisation

Integration erfordert zwei wichtige mentale Handlungen: Synthese und Realisation.

Im Fall einer geglückten Synthese ist es möglich, Komponenten von inneren und äusseren Erlebnissen wahrzunehmen, zu vernetzen, zu verbinden und zu differenzieren. Verschiedene Wahrnehmungen zu einem integrierten Ganzen zu verbinden, erfordert die Nutzung mentaler Handlungen niederer Ordnung. Diese Handlungen niederer Ordnung erfordern ein geringes Mass an mentaler Energie und Effizienz und ermöglichen es dem Menschen, eine normale Einheit des Bewusstseins und der eigenen Lebensgeschichte zu erreichen.

Die Realisation ist eine integrative, mentale Handlung höheren Grades und beinhaltet die Entwicklung eines Gewahrseins der Realität, die Schaffung eines Selbstempfindens im Kontinuum der Zeit und des Erlebens, was eine kohäsive autobiographische Erzählung oder ein episodisches Gedächtnis einschliesst.

Die Realisation ist grundsätzlich eine komplexere Handlung als die Synthese. Eine Synthese kann ohne vollständige Realisation eintreten.

4.3.2 Entstehungsmechanismen der strukturellen Dissoziation

Handlungssysteme helfen, uns auf bestimmte Weise zu verhalten und auf bestimmte Art zu denken, zu fühlen und wahrzunehmen, uns bestimmten Handlungstendenzen zu bedienen, welche für uns vorteilhaft sein sollen.

Die erste Kategorie von Handlungssystemen, aus denen die Persönlichkeit besteht, bilden diejenigen, welche die Menschen in ihren Bemühungen, ihr Alltagsleben zu bewältigen, unterstützen. Zur zweiten Kategorie zählen Handlungssysteme, die der Abwehr grosser Gefahren und der Erholung dienen. Nun hat uns die Evolution zwar sowohl auf die Bewältigung der Alltagsaufgaben als auch auf die Sicherung des Überlebens in gefährlichen Situationen vorbereitet, doch können wir nicht ohne weiteres in beiden Bereichen aktiv sein. Deshalb entwickeln einige Menschen, wenn sie beide Funktionen benötigen, insbesondere wenn dies über einen längeren Zeitraum erforderlich ist, eine ziemlich starre Aufteilung ihrer Persönlichkeit, mit deren Hilfe sie auf stark divergierende Zielsetzungen gleichzeitig eingehen können.

Diese Aufteilung oder Spaltung ist die Grundform der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit. Die strukturelle Dissoziation ist somit ein Mangel an Kohäsivität und Flexibilität der Persönlichkeitsstruktur. Dieser Mangel beinhaltet nicht, dass die Persönlichkeit völlig in verschiedene Systeme von Ideen und Funktionen gespalten ist, sondern dass es zwischen den Systemen, welche die Persönlichkeit des Traumatisierten ausmachen, an Kohäsion und Koordination mangelt.

Die Spaltung der Persönlichkeit wird im Sinne dissoziierter Persönlichkeitsanteile beschrieben. Durch diese Formulierung wird hervorgehoben, dass die dissoziierten Persönlichkeitsanteile zusammen ein Ganzes bilden, aber trotzdem ihrer selbst bewusst sind und jeweils zumindest über ein rudimentäres Selbstempfinden verfügen und dass sie grundsätzlich komplexer sind als ein einzelner psychobiologischer Zustand. Diese verschiedenen dissoziierten Anteile werden durch Handlungssysteme vermittelt. Ausserdem empfinden traumatisierte Patienten im Allgemeinen Formulierungen wie "Persönlichkeitsanteile" oder „Teile von uns“ als adäquate Beschreibung dessen, was sie subjektiv erleben.

Persönlichkeitsanteile

ANP: Anscheinend Normaler Persönlichkeitsanteil

ANP bemühen sich, ihr normales Alltagsleben zu führen und werden deshalb von Handlungssystemen bestimmt, die der Bewältigung dieses Alltagslebens dienen, wohingegen sie traumatische Erinnerungen zu vermeiden versuchen.

EP: Emotionaler Persönlichkeitsanteil

EP sind auf das/die Handlungssystem(e) fixiert, welches/welche zur Zeit der Traumatisierung aktiviert war(en).

ANP und EP sind gegeneinander unverhältnismässig stark abgegrenzt, weil die spezifischen Handlungssysteme, die sie vermitteln, sie einschränken und sich die Handlungstendenzen, welche für sie erreichbar sind, sich auf einem niedrigen Niveau befinden.

Die strukturelle Dissoziation kann sich auch in Form bestimmter Emotionen oder Überzeugungen manifestieren, die weniger klar einem bestimmten Handlungssystem oder einer Konstellation von Handlungssystemen zuzuordnen sind.

4.3.3 Ebenen der strukturellen Dissoziation

Primäre strukturelle Dissoziation

Die einfachste Trauma bedingte Spaltung der Persönlichkeit erzeugt einen ANP und einen EP. Dies wird als primäre strukturelle Dissoziation bezeichnet. Während der ANP im Besitz des grössten Persönlichkeitsanteils ist, sind Wirkungsbereich, Funktionsumfang und Selbstempfinden des EP gewöhnlich sehr begrenzt. Deshalb bleibt der Persönlichkeitsanteil des EP unterentwickelt und kann im Alltag nicht besonders autonom agieren.

Traumatisierte als EP sind auf bestimmte Handlungstendenzen fixiert, welche während traumatischer Erlebnisse evoziert wurden. Im Fall der primären strukturellen Dissoziation stammen die Handlungstendenzen des EP in der Regel aus den für Säugetiere charakteristischen, überlebenssichernden Defensivhandlungen, welche im Falle einer physischen Bedrohung schützen sollen.

Sekundäre strukturelle Dissoziation

Wenn die negativen Auswirkungen traumatisierender Ereignisse stark zunehmen oder wenn sie länger anhalten, kann es zu einer erneuten Teilung des EP kommen, wovon der einzig existierende ANP unberührt bleibt. Diese sekundäre strukturelle Dissoziation entsteht aufgrund des Fehlschlagens der Integration verschiedenartiger Abwehrstrukturen. Diesen Abwehrstrukturen liegen verschiedene psychobiologische Konfigurationen zugrunde, was unterschiedliche Kombinationen von Affekten, Kognitionen, Wahrnehmungen und motorischen Handlungen bedeutet. Dies bedeutet Zustände wie Kampf, Flucht oder vollständige Unterwerfung.

Im Fall der sekundären strukturellen Dissoziation stammen die Handlungstendenzen von zwei oder mehreren EP, aus den für Säugetiere charakteristischen Handlungssystemen Verteidigung und Bindung sowie dem Bindungsmuster der Annäherung und des Vermeidens.

Die tertiäre strukturelle Dissoziation

Schliesslich kann es nicht nur zur Spaltung des EP sondern auch zu solchen des ANP kommen. Erfüllt der ANP seine Aufgabe schlecht, so dass die betreffende Person das normale Leben als überwältigend empfindet, können durch Abspaltung weitere ANP entstehen.

In schweren Fällen von sekundärer und in allen Fällen von tertiärer Dissoziation kann es vorkommen, dass mehr als ein Teil stark entwickelt ist, was bedeuten kann, dass er einen Namen, ein Geschlecht, ein bestimmtes Alter und bestimmte Präferenzen hat. Janet hat hier den Begriff Emanzipation geprägt, der die tatsächliche oder wahrgenommene Getrenntheit von und Autonomie gegenüber dem Einfluss anderer dissoziierter Anteile bezeichnet.

In der tertiären strukturelle Dissoziation ist jeder ANP auf die Funktionen und Bedürfnisse seiner spezifischen Handlungssysteme beschränkt, weshalb es für die Betroffenen schwierig ist, im Alltag eine gewisse Kontinuität und Kohäsivität zu erreichen.

Die meisten EP zeigen sich in ähnlichen Erscheinungsformen wie in der primären und sekundären strukturellen Dissoziation. Es können sich sehr rudimentäre wie auch sehr ausgeprägte, autonome EP zeigen.

Zusammenfassend

Ein umfassendes Verständnis der strukturellen Dissoziation setzt voraus, dass eine Beziehung der verschiedenen Dissoziationsebenen zu den aktuellen diagnostischen Kategorien hergestellt wird.

Die Theorie geht von der Grundannahme aus, dass bei allen Trauma bezogenen Störungen die strukturelle Dissoziation eine gewisse Rolle spielt. Bei chronisch Traumatisierten bestehen in der Regel noch weitere komorbide, mentale Störungen, die mit der Traumatisierung und ihren neurobiologischen Auswirkungen zusammenhängen.

Je umfassender die Dissoziation ist, umso komplexer sind auch die auftretenden Störungen. Viele Traumatisierte erleben eine strukturelle Dissoziation, ohne dass sich jene stark ausprägenden und „emanzipierten“ dissoziierten Anteile manifestieren, welche bei einer Dissoziativen Persönlichkeitsspaltung DIS zu finden sind.

In der folgenden Darstellung sind die Ebenen der strukturellen Dissoziation mit den Trauma bezogenen Störungen der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV zusammengeführt

Primäre strukturelle Dissoziation

Ein dominierender AP und ein EP, welcher oft nicht besonders stark entwickelt und autonom ist.

- Einfache Formen der akuten Belastungsstörung
- Einfache Formen der PTBS
- Einfache Formen dissoziativer Störungen nach den DSM-IV-Definition
- Einfache Formen dissoziativer Bewegungs- und Empfindungsstörungen nach den ICD-10 Definitionen

Sekundäre strukturelle Dissoziation

Ein dominierender ANP und mehrere EPs, welche höher entwickelt und autonom sein können als im Fall der primären strukturellen Dissoziation, die aber gewöhnlich weniger entwickelt und weniger autonom sind als im Fall einer tertiären Dissoziation.

- Komplexe PTBS
- Nicht näher spezifizierte Störung infolge extremer Belastung
- Nicht näher spezifizierte Trauma bezogene Störung
- Trauma bezogene Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Komplexe dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörung nach ICD-10 Definition

Tertiäre strukturelle Dissoziation

Mehr als ein ANP und mehr als ein EP, oft sind mehrere ANPs und EPs ausgeprägter und autonomer (was den Gebrauch verschiedener Namen und unterschiedliche, körperliche Merkmale einschliesst) als im Fall der sekundär strukturellen Dissoziation.

- DIS Dissoziative Identitätsstörung

Einfluss der persönlichen Entwicklung auf die Ausprägung der strukturellen Dissoziation:

Bei der primären strukturellen Dissoziation wird davon ausgegangen, dass die Persönlichkeit vor der Traumatisierung ein relativ stark integriertes mentales System war. Dies ist jedoch bei traumatisierten Kindern so gut wie nie der Fall. Eine integrierte Persönlichkeit ist das Produkt einer erfolgreich verlaufenden Entwicklung. Die komplexeren Formen einer strukturellen Dissoziation entstehen folglich bei Erwachsenen, welche als Kinder chronisch traumatisiert wurden und deren Persönlichkeit es aufgrund dieser Entwicklungsstörung an Kohärenz und Kohäsion mangelt. Im Kindesalter traumatisierte Menschen sind auch nicht in der Lage, mit schwierigen Affekten und Erlebnissen fertig zu werden, und sie benötigen viel Unterstützung, um dies zu lernen. Die meisten chronisch traumatisierten Menschen haben die dazu erforderliche Fertigkeit nie erworben und in belastenden Situationen nie die erforderliche Unterstützung erhalten.

4.3.4 Phänomenologische Kategorisierung der dissoziativen Symptome

In der Literatur werden die Symptome der Dissoziation sehr unterschiedlich dargestellt. Es werden negative dissoziative Symptome; welche sich auf den Verlust mentaler Handlungen von Wahrnehmungen, Affekten, Erinnerungen sowie auf den Verlust mentaler Funktionen wie der Fähigkeit, sich auf die Gegenwart zu konzentrieren oder das eigene Verhalten zu kontrollieren, erwähnt.

Zu den positiven dissoziativen Phänomenen zählen das Eindringen traumatischer Erinnerungen und von Stimmen in das Bewusstsein. Diese werden kaum oder nur im Zusammenhang mit der dissoziierten Persönlichkeitsspaltung DIS, die in der Theorie der strukturellen Dissoziation der tertiären strukturellen Dissoziation entspricht, erwähnt. Positive Symptome werden als mentale oder physische, behaviorale Phänomene beschrieben, welche in einen oder mehrere Persönlichkeitsanteile eindringen oder diese stören und die Charakteristika von einem oder mehreren Persönlichkeitsanteilen repräsentieren. Zu den positiven Symptomen können Erinnerungen zählen, welche diesen Anteilen zugänglich sind als Stimmen, Absichten, Wahrnehmungen, Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen.

Das DSM-IV erwähnt, dass es im Zusammenhang mit einem dissoziativen Zustand zu einem Wiedererleben eines Traumas kommen kann und benennt dieses Kriterium unter der PBST als dissoziative Flashback-Episoden.

Generell kann gesagt werden, dass positive Symptome ein Zuviel und negative Symptome ein Zuwenig bedeutet. Weiter werden die Symptome in psychoforme und somatoforme dissoziative Symptome eingeteilt. Diese manifestieren sich mental als psychoforme Phänomene und Phänomene, welche im Körper als somatoforme Symptome in Erscheinung treten.

	Psychoforme dissoziative Symptome	Somatoforme dissoziative Symptome
Negativ dissoziative Symptome	<p>Gedächtnisverlust; dissoziative Amnesie</p> <p>Verlust der kritischen Denkfähigkeit</p> <p>Verlust mentaler Fähigkeiten</p> <p>Depersonalisierung in Verbindung mit einer Spaltung zwischen dem erlebenden und dem beobachtenden Persönlichkeitsanteil</p> <p>Affektverlust; emotionale Anästhesie</p> <p>Verlust der Charakterzüge</p>	<p>Verlust des Empfindungsvermögens: Anästhesie (betrifft alle Sinnesmodalitäten)</p> <p>Verlust der Schmerzempfindlichkeit: Analgesie</p> <p>Verlust motorischer Aktivität, d.h. sich bewegen, sprechen, schlucken usw.</p>
Positiv dissoziative Symptome	<p>Psychoforme Intrusionssymptome, z.B. (Stimmen hören, „gemachte“ (von aussen eingegebene) Emotionen, Gedanken und Ideen</p> <p>Phantasien und Tagträume</p> <p>Psychoforme Aspekte des Wiedererlebens traumatisierender Ereignisse, z.B. bestimmte visuelle und auditive Wahrnehmungen, Affekte und Ideen</p> <p>Psychoforme Aspekte von Wechseln zwischen verschiedenen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen</p> <p>Veränderungen in Beziehung zu anderen Menschen</p> <p>Veränderungen des Affekts</p> <p>Psychoforme Aspekte einer dissoziativen Psychose, d.h. einer Störung, bei der es zu einer relativ langfristigen Aktivierung eines psychotischen dissoziierten Anteils kommt</p>	<p>Somatoforme intrusive Symptome, z.B. (von aussen aufgezwungene) Empfindungen und Körperbewegungen (z.B. in Form von Tics), Pseudoanfälle</p> <p>Somatoforme Aspekte des Wiedererlebens traumatisierender Ereignisse, z.B. bestimmte, traumbezogene Empfindungen und Körperbewegungen</p> <p>Somatoforme Aspekte von Wechseln zwischen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen</p> <p>Somatoforme Aspekte einer dissoziativen Psychose</p>

4.3.5 Bewusstsein und Dissoziation

Veränderungen des Bewusstseins

Ein gewisses Mass an Bewusstseinsveränderung ist für eine adaptive Funktionsfähigkeit notwendig. Normale Veränderungen finden jeden Tag bei jedem Menschen statt. Alle Handlungssysteme erfordern ein adaptives Zurückziehen des Bewusstseinsfeldes oder eine Einengung der Aufmerksamkeit, um die Konzentration auf bestimmte Handlungstendenzen wie der Arbeit oder die Sorge für andere Menschen zu ermöglichen.

Das Bewusstseinsfeld

Das Bewusstseinsfeld bezieht sich auf die Quantität der Reize, welche sich zu einem bestimmten Zeitpunkt im Bewusstseinsfeld befinden. Es ist ein Spektrum von sehr eng bis zu sehr weit möglich, was bedeutet, dass sich ein Mensch in einem Moment sehr vielen oder sehr wenigen Dingen bewusst sein kann. Die Ausdehnung des Bewusstseinsfeldes wird willentlich in der Meditation, zielgerichteter Konzentration und geführter Imagination herbeigeführt. In anderen Fällen sind die Auslöser für den Prozess der Ausdehnung des Bewusstseinsfeldes Stress und Müdigkeit, die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren und zu fokussieren, ein exzessives Phantasieleben, stundenlanges Anstarren einer Wand, ohne das Vergehen der Zeit zu bemerken.

Im Fall von Bewusstseinsveränderungen der strukturellen Dissoziation wird angenommen, dass es sich um ein Fehlschlagen des Bemühens handelt, in irgendeinem der Persönlichkeitsanteile episodische und semantische Erinnerungen zu erzeugen.

Das Bewusstseinsniveau

Auch hier umfasst das Spektrum von einem sehr niedrigen bis zu einem sehr hohen Bewusstseinsniveau.

Das Bewusstseinsniveau ist im Falle von Wachsamkeit sehr hoch. Die Qualität der mentalen wie behavioralen Handlungen ist durch eine Senkung des Bewusstseinsniveaus beeinträchtigt, so sind die Betroffenen nicht in der Lage, wichtige Erlebnisse und Tatsachen adäquat wahrzunehmen und sich an sie zu erinnern, unabhängig von der Weite oder Enge ihres Bewusstseinsfeldes.

Eine Senkung des Bewusstseinsniveau kann sich in Form von Konzentrationsproblemen infolge von Erschöpfung, Angst oder Krankheit manifestieren sowie in Form von Depersonalisationssymptomen wie dem Gefühl irreal, benommen, benebelt, oder aus der Situation „herausgelöst“ oder „seltsam“ zu sein sowie Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) und Zeitverzerrung. Schwere Formen sind Stupor oder Koma.

Zwischen Bewusstseinsfeld und Bewusstseinsniveau besteht immer eine Beziehung.

Fokussierte Aufmerksamkeit beinhaltet die Verbindung des willentlichen Rückzugs der Aufmerksamkeit mit einem hohen Bewusstseinsniveau. Aufmerksamkeit kann ein weites oder enges Bewusstseinsfeld und ein hohes Bewusstseinsniveau beinhalten. Ein niedriges Bewusstseinsniveau in Verbindung mit einem weiten oder engen Bewusstseinsfeld ruft Zustände wie Benommenheit oder Schläfrigkeit, Trance oder Teilnahmslosigkeit hervor.

Zusammenfassend

Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit manifestiert sich in der Regel in einem Spektrum mentaler und körperlicher Symptome, welche in negative und positive unterteilt und den Kategorien psychoform und somatoform zugeordnet werden können.

Pathologische Bewusstseinsveränderungen treten häufig als Begleiterscheinung der strukturellen Dissoziation auf.

Man kann ein Symptom nur dann als dissoziativ bezeichnen, wenn klare Beweise für die Existenz dissoziierter Persönlichkeitsanteile vorliegen und die Symptome in einem Anteil gefunden werden, in einem anderen jedoch nicht.

4.4 Trauma bezogene Symptome und Störungen

In der Literatur werden zahlreiche Symptome von Trauma bezogenen und komorbiden Störungen erwähnt.

Die Theorie der strukturellen Dissoziation stellt eine Beziehung her zwischen diesen Störungen und der strukturellen Dissoziation, im dem Sinne, dass ein wichtiger Faktor dieser Störungen die strukturelle Dissoziation ist.

Zu den Trauma bezogenen Störungen zählen:

- Depressive Verstimmung
- Angst und Panik
- Sexuelle Dysfunktion
- Schlafstörungen
- Selbstverletzung
- Somatoforme Symptome
- Aggressive Impulse
- Suizidimpulse
- Beeinträchtigung in der beruflichen Situation und in Beziehungen
- Affektdysregulation

- Akute Belastungsstörung ABS
- Posttraumatische Belastungsstörung PTBS
- Komplexe PTBS
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Dissoziative Störungen:

- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Fugue
- Depersonalisationsstörungen
- Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen NBDS
- Dissoziative Persönlichkeitsstörung DIS

- Störungen im Zusammenhang mit Psychose und Trauma
- Somatisierungsstörungen
- Konversionsstörungen/Dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörung

- Komorbiditäten
- Major Depression
- Substanzinduzierte Störungen
- Essstörungen

Das grosse Spektrum von Symptomen und Störungen und deren Überschneidungen, welche für traumatisierte Menschen charakteristisch sind, insbesondere wenn es sich um eine schwere und chronische Traumatisierung handelt, lässt vermuten, dass die verschiedenen Symptome und Störungen eng miteinander verbunden sind.

Die in der Gegenwart gültigen Klassifikationssysteme wie ICD-10 und DSM IV würdigen diesen Umstand zu wenig.

Eine Aussage der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit lautet:

Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit ist die gemeinsame psychobiologische Basis oder zumindest eine Grundlage der Symptome und Störungen, welche bei traumatisierten Menschen vorgefunden werden.

Der Theorie gemäss umfasst das Spektrum Trauma bezogener Störungen unterschiedliche Grade der strukturellen Dissoziation.

Diese Grundlagen zu verstehen hat wichtige Implikationen für die Behandlung von traumatisierten Menschen.

5 Craniosakrale Osteopathie CSO, Trauma und Dissoziation

5.1 Thematischer Bezug zur Literatur

In der von mir durchgeführten Literaturrecherche ist ein Bezug zwischen Craniosacraler Osteopathie -Trauma - Dissoziation nicht herzustellen.

Wie im Theorieteil zum Thema Dissoziation erläutert, zeigt die Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit klare Verbindungen zum Thema Trauma und den verschiedenen Trauma bezogenen Symptomen und Störungen auf.

Zum Thema Craniosacrale Osteopathie und Trauma finden sich nur sehr oberflächliche Angaben. Diese ähneln sich sehr in ihren Aussagen, indem verschiedene Arbeiten und Artikel die Arbeit der Craniosacralen Osteopathie am vegetativen Nervensystem und die, an der Verarbeitung von Erinnerungen beteiligten Strukturen des zentralnervösen Systems beschreiben. In diesem Zusammenhang wird auch die Arbeit an und Auflösung von Traumata erwähnt. Nach der Philosophie der Craniosacralen Osteopathie werden die Selbstheilungskräfte aktiviert und die persönlichen Ressourcen aufgebaut sowie gestärkt.

In den drei folgenden Texten wird ein Bezug zwischen Craniosacraler Arbeit und Dissoziation hergestellt.

„Warum lässt sich Traumaarbeit so gut mit der Craniosacral-Therapie verbinden?“

„Sanfte, somatisch orientierte Traumaarbeit und sanfte Craniosacral-Therapien gehen beide davon aus, dass das, was man die Lebenskraft nennen könnte, sich durch eine Reihe wellenartiger Bewegungen ausdrückt. In beiden Ansätzen wurde beobachtet, dass sich Stress im menschlichen Organismus oft in Form von Mustern der Beschränkung äussert. Beide Methoden zielen darauf ab, den Organismus „aus der Fixierung in den Fluss“ zu bringen und dabei alle Quellen freizulegen und zu mobilisieren, welche dem ganzen Menschen in Körper, Gemüt und Geist zu Verfügung stehen.

Beide Arbeitsweisen gehen davon aus, dass es beim Aufarbeiten überwältigender Erfahrungen auf das Wiederherstellen von Gleichgewicht und Spannkraft auf mehreren Ebenen ankommt, was man auch beim Umgang mit weiterem Stress als potentielle Kraftquelle genutzt werden kann.“

(Kriener 2007)

„Nach einer Aktivierung des Nervensystems durch einen Angstausröser findet normalerweise auch wieder eine Deaktivierung statt. Die aufgeladene Energie, welche der Körper in der Angstsituation zum Handeln bereitstellt, wird dabei wieder entladen. Ist das jedoch bei anhaltenden Ängsten nicht mehr möglich, kann der Organismus immer weniger entspannen und keine Kraft mehr aufladen, das erschöpft ihn. An dieser Stelle kann die Craniosacrale Behandlung Einfluss nehmen. Sie wirkt sich deutlich auf das vegetative Nervensystem aus.

Bevor wir lernen, uns selbst zu beruhigen, übernehmen unsere Eltern diese Aufgabe. Eine wichtige Erfahrung ist hierbei das Gehalten-, Getragen- und Beschützt werden und damit die Vermittlung von Sicherheit. In der Craniosacralen Behandlung erinnert der Behandelnde den Körper durch die Berührung an die früh erlebte Regulation. Menschen berichten oft nach kurzer Zeit der Behandlung, wie wohltuend sie das „Gehalten werden“ empfinden.

Einige Menschen können sich nicht mehr ohne Hilfe beruhigen, wenn sie Angstgefühle erleben. Sie haben es „verlernt“. Jetzt muss der Behandler diesen scheinbaren Umweg mit dem Patienten über die Beruhigung von aussen gehen - so lange, bis der Patient sich immer mehr selber beruhigen (regulieren) kann.

Es entstehen bei der Craniosacralen Behandlung neuronale Verschaltungen, welche ein gezielter Ansatz für ein solches Lernen sind. Integrieren sich diese Verschaltungen durch bewusstes Erleben und Wiederholen der Erfahrung im Körper, kann der Patient in der nächsten angstbesetzten Situation anders handeln und sich selber wieder beruhigen. Dieser Prozess des Lernens ist jedoch nur möglich, wenn während der Behandlung das bewusste Erleben der Patienten einbezogen wird. Der Körper kann dann mit seinen Reaktionen besser „be-griffen“ werden. Dies fördert beim Patienten das aktive Handeln bei den ersten Anzeichen von Angst, im Gegensatz zu einem vielleicht lähmenden Gefühl.

Wie es sich zeigt, ist es wichtig, bei der Behandlung mit dem Patienten zu kommunizieren, um zu erfahren, wie er das jeweilige Erleben empfindet. Wenn sich das Nervensystem entspannt und reguliert, kann Energie wieder besser zirkulieren. Ist es einem Menschen nicht mehr vertraut, dass sein Körper mit mehr Energie durchflutet wird, kann er darauf mit Angstgefühlen reagieren. Dabei könnte sich ein Ablauf wiederholen, der nicht hilfreich ist, denn jedes Wiederholen der unkontrollierten Übererregung festigt diese Verschaltung der Stressreaktion im Nervensystem.

Respektieren wir von Anfang an die Grenzen, in denen sich ein Mensch bewegt und bleiben während der gesamten Behandlung in Kontakt mit den jeweiligen Ressourcen der jeweiligen Person, so stellt sich relativ schnell Vertrauen in die eigene Kraft ein, und der Körper selbst wird immer mehr zur Ressource.

Der Ausspruch von Paracelsus „Die Dosis macht das Gift“ sollte auch beim Craniosacralen Behandeln berücksichtigt werden.“

(Schneider 2010, S. 28-30)

„Ein kräftiger Craniosacraler Rhythmischer Impuls CRI ist Ausdruck für ein ausgeglichenes und kräftiges vegetatives Nervensystem und somit Ausdruck für eine gute Selbstregulation.“

(Merkel 2009, S. 26)

5.2 Analyse der Fallbearbeitung

Anhand der nun folgenden Analyseschritte, welche ich im Kapitel „Vorgehen“ schon beschrieben habe, verbinde ich meine persönlichen Erfahrungen als Therapeutin der Craniosacralen Osteopathie mit der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit.

Schritt 1 Beschreibung beobachteter Phänomene, in von mir durchgeführten Therapiesitzungen in Craniosakraler Osteopathie, welche ich als dissoziativ interpretiere.

In der folgenden Liste sind Phänomene aufgeführt, welche ich bei verschiedenen Menschen in unterschiedlichen Phasen der Therapie wahrgenommen und/oder gehört habe, sei es durch Äusserungen des Klienten, aufgrund meines Nachfragens oder/und durch meine Wahrnehmung von Undurchlässigkeiten auf struktureller und energetischer Ebene.

Im Vorgespräch durch Klientinnen und Klienten formuliert:

- „Fühle mich oft nicht ganz im Körper“
- „Bin etwas neben den Schuhen, nicht ganz bei mir, neben mir“
- „Habe Schmerzen“

Während der Therapie:

- Versteifung, Erstarrung von Nacken und/oder Extremitäten
- Tachykardie und Tachypnoe
- auftauchende Emotionen
- auftauchende Schmerzen
- auftauchende Bilder
- auftauchendes Taubheitsgefühl
- auftauchende Wahrnehmung von Körperteilen, welche sich anders oder nicht zugehörig anfühlen
- auftauchende Schluckstörungen, Gefühl, dass sich der Hals zuschnürt
- auftauchendes Entgrenzungsgefühl des Bewusstseins
- Unwillkürliches Zucken des ganzen Körpers, würgen, hyperventilieren

Im Nachgespräch durch Klientinnen und Klienten formuliert:

- „Bin etwas neben den Schuhen, nicht ganz bei mir“
- „Fühle mich wie in Watte gepackt, etwas schwammig“
- „Habe keine, oder weniger Schmerzen“
- „Habe mehr Schmerzen“
- „Der Körper fühlt sich steif an“
- „Spüre den Körper, Körperteile mehr“
- „Körper fühlt sich an wie nach einem Marathon“

Allgemein:

- Schwierigkeiten der Klientin, des Klienten, Terminabsprachen zu vereinbaren oder einzuhalten; diese werden immer wieder verschoben
- Schwierigkeiten der Klientin, des Klienten, Blickkontakt aufnehmen zu können

Schritt 2 Gegenüberstellung der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit und den, von mir als dissoziativ interpretierten und beschriebenen Phänomenen

Ich nehme Bezug zur formulierten Zusammenfassung im Theorieteil:

Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit manifestiert sich in der Regel in einem Spektrum mentaler und körperlicher Symptome, welche in negative und positive unterteilt und den Kategorien psychoform und somatoform zugeordnet werden können. Pathologische Bewusstseinsveränderungen treten häufig als Begleiterscheinung der strukturellen Dissoziation auf.

Man kann ein Symptom nur dann als dissoziativ bezeichnen, wenn klare Beweise für die Existenz dissoziierter Persönlichkeitsanteile vorliegen und die Symptome in einem Anteil gefunden werden, in einem anderen jedoch nicht.

Dies ist aus meiner Sicht das Kernelement der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit und eine wichtige Erkenntnis dieser Arbeit.

Bevor ich Phänomene oder Symptome oder Menschen als dissoziativ bezeichnen kann, müssen dissoziierte Persönlichkeitsanteile identifiziert sein.

Die Identifikation solcher Anteile passiert in einer sorgfältigen und differenzierten Anamnese und fortlaufender Reflexion des Therapieverlaufs mit dem Fokus auf die Thematik der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit und Trauma.

Eine Auflistung von beobachteten und interpretierten Phänomenen, so wie ich sie aufgestellt habe, reicht bei weitem nicht aus, um Dissoziation in ihrer ganzen Ausprägung gerecht zu werden.

Anhand dieser Erkenntnis ist es nicht möglich, den zweiten Analyseschritt zu erarbeiten und eine Zuordnung der Phänomene zur Theorie der strukturellen Dissoziation zu machen. Um diesen Schritt ausführen zu können, ist die Identifikation von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen Voraussetzung.

Schritt 3 Darstellung der Ergebnisse, Erkenntnisse und Schlussfolgerungen in Bezug zur Fragestellung und Zielsetzung.

Diesen Punkt erläutere ich im Kapitel 6 „Ergebnisse“.

6 Ergebnisse

In der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit findet sich meiner Meinung nach eine sehr nachvollziehbare Darstellung des Themas der Traumatisierung, insbesondere der chronischen Traumatisierung. Die Auswirkungen überwältigender Erlebnisse auf das weitere Leben eines Menschen sind oft viel ausgeprägter als dies im ersten Moment scheint und sich der Mensch bewusst ist. Aus diesem Grund ist der Aspekt des Traumas für die Arbeit im therapeutischen Setting von grosser Bedeutung. In der Arbeit als Therapeutin der Craniosacralen Osteopathie bin ich auf verschiedenen Ebenen mit der Klientin, dem Klienten in Kontakt. Dies erlaubt mir, über verschiedene Möglichkeiten der Wahrnehmung Kontakt zum ihr/ihm aufzunehmen und zu halten. Das Wissen über die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit ist mir Hilfe und Möglichkeit, um mehr und mehr nachvollziehen und verstehen zu können, was bei meinem Gegenüber vorgeht.

Reflexion zur Fragestellung

Können sich dissoziative Zustandsbilder während einer Therapiesitzung in Craniosakraler Osteopathie zeigen?

Der Begriff „dissoziative Zustandsbilder“ ersetzte ich mit „dissoziative Symptome“ im Sinne der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit. Diese lassen sich aus meiner Sicht in Sitzungen der Craniosacralen Osteopathie häufig beobachten. Sie bedingen, um als solche benannt zu werden, der Identifikation von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen. Dies wiederum bedingt eine Auseinandersetzung der Therapierenden mit der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit und einer, in diesem Sinne fokussierten, Arbeit.

Reflexion zur Zielsetzung

Die Arbeit verbindet die Theorie der strukturellen Dissoziation mit der Arbeit der Craniosakralen Osteopathie

Das Ziel, Informationen zusammenzutragen, zu ordnen und mit Perspektiven zu ergänzen, welche bisher noch nicht berücksichtigt worden sind, habe ich erreicht. Ich bin davon ausgegangen, dass ich sehr wenig zu diesem Thema in der Literatur finden würde. Dass es jedoch nichts dazu gibt habe ich nicht erwartet.

In diesem Sinn zeigt die Arbeit durch die Bearbeitung der Fragestellung eine erste Verbindung zwischen den Themen der Theorie der strukturellen Dissoziation der Arbeit der Craniosakralen Osteopathie auf.

Dissoziative Symptome, wenn sie als solche erkannt werden, sind in der Berufspraxis der Craniosakralen Osteopathie beobachtbar. Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit betrifft viele Menschen, wenn sie als solche erkannt wird. So ist sie die Realität vieler Menschen in unserem Umfeld und verdient Aufmerksamkeit und Achtsamkeit.

7 Ausblick

In meiner Arbeit bin ich nicht auf die Therapie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit eingegangen. In diesem Zusammenhang stelle ich mir folgende Fragen:

Sind während der Behandlung, wenn es zu einem Wechsel von Persönlichkeitsanteilen kommt, auch Veränderungen im Wahrnehmen der Craniosacralen Rhythmen beobachtbar?

Wo ist die Craniosacrale Osteopathie im Dreiphasenmodell des aktuellen Behandlungsansatzes der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit einzuordnen?

Gibt es eine Phase innerhalb des Therapieprozesses, in welcher sich die Craniosacrale Osteopathie besonders eignet?

8 Persönlicher Lernprozess

Während dem Entstehen dieser Arbeit habe ich mich entschieden, in einem Kapitel meinem persönlichen Prozess Raum und Rahmen zu geben, welcher über mein Wahrnehmen, Empfinden, Denken und schlussendlich auf das Papierbringen meines Gedankenguts Einblick gewährt.

Ich stellte mir das Schreiben dieser Arbeit nicht schwierig vor. Da ich genau wusste, welche Themen ich bearbeiten wollte, wählte ich dementsprechend die Literatur aus. Ich hatte viele praktische Beispiele in meinem Praxisalltag, diskutierte die Phänomene der Dissoziation rege mit meinen Kolleginnen und Kollegen und besuchte Weiterbildungen zu diesem Thema. Dann begann ich zu lesen....

Das erste Buch zum Thema somatoforme Dissoziation hatte ein spannendes Vorwort zur Geschichte und Entstehung der Dissoziation. Ich ging davon aus, dass es genau dem Anliegen meiner Arbeit, so wie ich es in der Einleitung der Arbeit geschrieben habe, entsprechen würde.

Das tat es nur in geringer Weise. Nebst Enthalten vieler Forschungsbeschreibungen und Ergebnissen zur somatoformen Dissoziation machte ich meine erste wichtige Entdeckung: Dissoziation, wie ich sie bis anhin verstand, bestand nicht nur aus verloren gegangenen Empfindungen von Körperteilen und einer Wahrnehmung von „neben sich stehen, nein, Dissoziation schien viel, viel mehr zu sein!

Also wandte ich mich dem zweiten Buch zu. Und ich muss gestehen: Mein erster Eindruck war: Sollte Dissoziation so kompliziert sein? In dieser Literatur tauchte ich in die Entstehungsmechanismen und -formen von Dissoziation ein. Diese schienen mir sehr abstrakt und kompliziert. Ich begann mich zu fragen, wie ich das wohl in meine Arbeit bringen sollte. Also ab zur nächsten Lektüre. Dort begegnete mir die ausgeprägteste Form der Dissoziation, die der Multiplen Persönlichkeitsspaltung.

Nach dem Lesen dieser drei Bücher hatte ich einen ersten Einblick über die Komplexität und Multidimensionalität der Dissoziation. Immer mehr schien mir die Geschichte hochkomplex und unübersichtlich, und ich hatte keine Ahnung, wie ich das Ganze auf meine Diplomarbeit reduzieren sollte. Mir wurde bewusst, dass ich auch in meinem Praxisalltag mit dem Phänomen dieser Komplexität konfrontiert war. In meiner Praxis betreute ich eine Klientin mit einer Borderline-Diagnose und jemanden mit den Anzeichen einer Dissoziativen Identitätsspaltung DIS.

Mir wurde weiter bewusst, dass die Diagnose Dissoziation nicht einfach gestellt werden kann und für die Betroffenen oft eine Stigmatisierung bedeutet.

Meine formulierte Hypothese am Anfang der Arbeit...

„Im Setting der therapeutischen Arbeit ist die Dissoziation ein Zustand, welcher von Klientinnen und Klienten sowie Therapierenden oft als eine Vielzahl von Phänomenen wahrgenommen, aber als solche nicht erkannt und benannt werden kann. Dies hat Folgen für die therapeutische Arbeit und den Verlauf der Therapie.“

... hatte auch Folgen für das Schreiben meiner Arbeit.

Mir wurde bewusst, warum ich mit Schreiben nicht weiter kam. Genauso beschreiben Therapierende ihre Arbeit mit dissoziierten Klientinnen und Klienten, genauso erging es mir in meiner therapeutischen Arbeit:

Vor lauter Einflüssen und Wahrnehmungen, vor Komplexität und Unüberschaubarkeit:

„nur Verwirrung“!

Mich nicht verlieren, Orientierung suchen und mir Struktur und Sicherheit geben, meine Ressourcen aktivieren, meine innerpsychischen, körperlichen und sozialen, das waren die Prozesse während der Geburt dieser Arbeit, und dies sind Parallelen zum Erleben struktureller Dissoziation der Persönlichkeit.

Immer wieder dieselben Themen und Kapitel lesen, um zu verstehen und zu verknüpfen, zu integrieren. So geht es Menschen während ihrer oft langen Therapiephasen. Das Geschehene zu ordnen, zu verstehen, zu integrieren und anzunehmen.

Und da - endlich - verstehen, begreifen, mich langsam zu recht finden im Wirrwarr der Literatur oder im Wirrwarr der Erinnerungen.

So fühlt es sich an, wenn der Schritt vom Überleben zum Leben gelingt.

Und dann.....leben! Zuhause sein im Körper, sich sicher und ganz fühlen!

...und die Arbeit abgeben!...

Osteopathie und Swedenborg

„Das Thema „Zerebrospinale Flüssigkeit“ als ein Phänomen, das mit dem Thema Seele und damit Spiritualität zusammenhängt, ist ein Erbe des Amerikanischen Transzendentalismus, in dem es – noch stärker als in der frühromantischen Philosophie – eine starke Rezeption des schwedischen Wissenschaftlers, Metaphysikers und Spiritualisten Emanuel Swedenborg gab. Dieser gehörte zu denjenigen Wissenschaftlern, die den Sitz der Seele dort vermuteten und auch einen Zusammenhang der Zerebrospinalen Flüssigkeit mit dem gesamten Körper unterstellten.

Schon Swedenborg behauptete eine Kontinuität der Faszien im ganzen Körper, so dass Faszien auch als umfassendes körperliches Kommunikationssystem gedeutet werden können.“

Merkel R. Von der Struktur zur Biodynamik Teil 2, Skript
Fortbildung Zürich, 2010, S. 13

In meinem persönlichen Glaubenssystem ist der Körper das Haus der Seele, und in jedem irdischen Leben geht es darum, mit dem Innewohnen im jeweiligen Haus die anstehenden Erfahrungen zu sammeln. Überwältigende Erlebnisse machen es einer Seele oft nicht möglich, als Ganzes in den Körper zu kommen oder ganz zu bleiben. Das Haus ist so kaum oder nur zum Teil bewohnt. So ist nach meinem Glaubenskonstrukt und meiner freien Auslegung von Swedenborgs Aussage, Craniosacrale Osteopathie eine der wunderbarsten Möglichkeiten, Menschen im Entdecken und Erfahren ihres Zuhauses zu unterstützen, und ermöglicht es mir als Therapeutin, dankbare und stille Beobachterin der Architektur des Menschenseins zu sein.

9 Literaturverzeichnis

Breunig D. (2003) Trauma, Dissoziation und Affekte. Diplomarbeit.

Klinische Psychologie der Universität des Saarlandes, Saarbrücken

Merkel R. Von der Struktur zur Biodynamik Teil 2, Skript Fortbildung Zürich, 2010, S. 13

Nijenhuis, E. R. (2006). Somatoforme Dissoziation. Paderborn: Junfermann Verlag.

Schneider J. (2010).Lernen sich selbst zu beruhigen -

Craniosacrale Behandlung bei Angst. In: Deutsche Heilpraktikerzeitschrift DHZ, 2010, (2) S. 28-30

St. Just, A. Auszug aus einem Interview von Sonja Kriener,
Institut für Systemisch-Phänomenologische Lösungen

Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2008) Das verfolgte Selbst.

Paderborn: Junfermann Verlag.

Titelbild: by © Urs Rufener, Engadin 2008

10 Anhang

10.1 Kategorisierung DMS-IV und ICD-10

10.1.1 Definition

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, die diese das erste Mal 1952 in den USA herausgegeben hat. Aktuell liegt die Version DSM-IV vor (Stand: März 2003).

Das DSM-IV ist ein Ersatz und/oder eine Ergänzung für die jeweiligen Passagen im ICD-10.

Die ICD-10 ist ein internationales Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen. Das DSM-IV ist ein nationales Klassifikationssystem der Vereinigten Staaten von Amerika. Es muss daher nicht die zahlreichen Kompromisse und Ergänzungen der ICD-10 berücksichtigen und beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien. Das macht es für die Forschung sehr interessant. Die ICD-10 hingegen setzt ihren Schwerpunkt intensiver auf die interkulturelle Perspektive und die Anwendbarkeit vor allem auch in den Ländern der Dritten Welt.

Quelle:

http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders
gefunden (01.06.2011)

10.1.2 DSM-IV-Klassifizierung

Dissoziative Störungen

Das Hauptmerkmal der Dissoziativen Störungen ist eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Die Störung kann plötzlich oder allmählich auftreten und sowohl vorübergehend wie chronisch verlaufen.

Dieses Kapitel enthält folgende Störungen:

Die Dissoziative Amnesie ist charakterisiert durch die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zumeist traumatischer oder belastender Natur sind. Das Ausmass der Störung ist zu umfassend, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

Die Dissoziative Fugue ist gekennzeichnet durch plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom gewohnten Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine Vergangenheit zu erinnern, mit Verwirrung über die eigene Identität oder mit der Annahme einer neuen Identität.

Die Dissoziative Identitätsstörung (vormals Multiple Persönlichkeitsstörung) ist charakterisiert durch das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen. Begleitet wird dies durch die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

Bei der Depersonalisationsstörung kommt es zu einem ständigen oder wiederholt auftretenden Gefühl von Losgelöst sein von den eigenen geistigen Prozessen oder dem Körper; eine intakte Realitätskontrolle bleibt bestehen.

Die Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung beinhaltet Störungen, deren vorherrschendes Merkmal ein dissoziatives Symptom ist, die jedoch nicht die Kriterien einer spezifischen Dissoziativen Störung erfüllen.

Dissoziative Symptome kommen auch in den Kriterien für die Akute Belastungsstörung, die Posttraumatische Belastungsstörung und die Somatoforme Störung vor. Die zusätzliche Diagnose einer Dissoziativen Störung wird jedoch nicht vergeben, wenn die dissoziativen Symptome ausschliesslich im Verlauf dieser Störungen vorkommen. In einigen Klassifikationen wird die Konversionsreaktion als dissoziatives Phänomen betrachtet. Im DSM-IV befindet sich die Konversionsstörung im Kapitel der Somatoformen Störungen um zu betonen, dass auch neurologische oder andere medizinische Krankheitsfaktoren bei der Differentialdiagnose in Erwägung zu ziehen.

Quelle:

<http://www.dissoc.de/issd16.html>en sind.
gefunden (01.06.2011)

10.1.3 ICD 10 - Klassifizierung

F00-F99

Psychische und Verhaltensstörungen

Inkl.: Störungen der psychischen Entwicklung.

Exkl.: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind ([R00-R99](#))

Info.: Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

F00-F09	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Dieses Kapitel enthält die folgenden Sternschlüsselnummern:

F00*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F02*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Exkl.: In Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens ([F91.-](#), [F92.8](#))

F40. Phobische Störungen

Info.: Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschliesslich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.

F40.0- Agoraphobie

Info.: Eine relativ gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Eine Panikstörung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor. Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden.

Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund, und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen meiden können.

F40.00 Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung

F40.01 Agoraphobie: Mit Panikstörung

F40.1 Soziale Phobien

Info.: Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern.

Inkl.: Anthropophobie
Soziale Neurose

F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien

Info.: Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt sind. Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie hervorrufen.

Inkl.: Akrophobie
Einfache Phobie
Klaustrophobie
Tierphobien

Exkl.: Dymorphophobie (nicht wahnhaft) ([F45.2](#))
Nosophobie ([F45.2](#))

F40.8 Sonstige phobische Störungen

F40.9 Phobische Störung, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Phobie o.n.A.
Phobischer Zustand o.n.A.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Exkl.: In Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens ([F91.-](#), [F92.8](#))

F41.- Andere Angststörungen

Info.: Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.

F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]

Info.: Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression.

Inkl.: Panikattacke
Panikzustand

Exkl.: Panikstörung mit Agoraphobie ([F40.01](#))

F41.1 Generalisierte Angststörung

Info.: Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, oder auch nur besonders betont in solchen Situationen, sie ist vielmehr "frei flottierend". Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.

Inkl.: Angstneurose
Angstreaktion
Angstzustand

Exkl.: Neurasthenie ([F48.0](#))

F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

Info.: Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen beide Diagnosen gestellt und auf diese Kategorie verzichtet werden.

Inkl.: Ängstliche Depression (leicht oder nicht anhaltend)

F41.3 Andere gemischte Angststörungen

Info.: Angstsymptome gemischt mit Merkmalen anderer Störungen in [F42-F48](#). Kein Symptom ist allein schwer genug um die Diagnose einer anderen Störung zu stellen.

F41.8 Sonstige spezifische Angststörungen

Inkl.: Angsthysterie

F41.9 Angststörung, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Angst o.n.A.

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Exkl.: In Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens ([F91.-](#), [F92.8](#))

F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Info.: Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein assergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen ("life events") den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen dieses Kapitels auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heisst, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären. Im Gegensatz dazu entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

F43.0 Akute Belastungsreaktion

Info.: Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine aussergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsminderung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe [F44.2](#)) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe [F44.0](#)) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.

Inkl.: Akut:
. Belastungsreaktion
. Krisenreaktion
Kriegsneurose
Krisenzustand
Psychischer Schock

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Info.: Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung ([F62.0](#)) über.

Inkl.: Traumatische Neurose

F43.2 Anpassungsstörungen

Info.: Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Ausserdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

Inkl.: Hospitalismus bei Kindern
Kulturschock
Trauerreaktion

Exkl.: Trennungsangst in der Kindheit ([F93.0](#))

F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung**F43.9 Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet****F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**

Exkl.: In Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens ([F91.-](#), [F92.8](#))

F44.- Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]

Info.: Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Alle dissoziativen Störungen neigen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist. Eher chronische Störungen, besonders Lähmungen und Gefühlsstörungen, entwickeln sich, wenn der Beginn mit unlösbaren Problemen oder interpersonalen Schwierigkeiten verbunden ist. Diese Störungen wurden früher als verschiedene Formen der "Konversionsneurose oder Hysterie" klassifiziert. Sie werden als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Die Symptome verkörpern häufig das Konzept der betroffenen Person, wie sich eine körperliche Krankheit manifestieren müsste. Körperliche Untersuchung und Befragungen geben keinen Hinweis auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit. Zusätzlich ist der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse. Die Symptome können sich in enger Beziehung zu psychischer Belastung entwickeln und erscheinen oft plötzlich. Nur Störungen der körperlichen Funktionen, die normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen, und Verlust der sinnlichen Wahrnehmung sind hier eingeschlossen.

Störungen mit Schmerz und anderen komplexen körperlichen Empfindungen, die durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, sind unter Somatisierungsstörungen ([F45.0](#)) zu klassifizieren. Die Möglichkeit eines späteren Auftretens ernsthafter körperlicher oder psychiatrischer Störungen muss immer mitbedacht werden.

Inkl.: Hysterie
Hysterische Psychose
Konversionshysterie
Konversionsreaktion

Exkl.: Simulation [bewusste Simulation] ([Z76.8](#))

F44.0 Dissoziative Amnesie

Info.: Das wichtigste Kennzeichen ist der Verlust der Erinnerung für meist wichtige aktuelle Ereignisse, die nicht durch eine organische psychische Störung bedingt ist und für den eine übliche Vergesslichkeit oder Ermüdung als Erklärung nicht ausreicht. Die Amnesie bezieht sich meist auf traumatische Ereignisse wie Unfälle oder unerwartete Trauerfälle und ist in der Regel unvollständig und selektiv. Eine vollständige und generalisierte Amnesie ist selten, dann gewöhnlich Symptom einer Fugue ([F44.1](#)) und auch als solche zu klassifizieren. Die Diagnose sollte nicht bei hirnganischen Störungen, Intoxikationen oder extremer Erschöpfung gestellt werden.

Exkl.: Alkohol- oder sonstige substanzbedingte amnestische Störung ([F10-F19](#), vierte Stelle .6)

Amnesie:

. anterograd ([R41.1](#))

. retrograd ([R41.2](#))

. o.n.A. ([R41.3](#))

Nicht alkoholbedingtes organisches amnestisches Syndrom ([F04](#))

Postiktale Amnesie bei Epilepsie ([G40.-](#))

F44.1 Dissoziative Fugue

Info.: Eine dissoziative Fugue ist eine zielgerichtete Ortsveränderung, die über die gewöhnliche Alltagsmobilität hinausgeht. Darüber hinaus zeigt sie alle Kennzeichen einer dissoziativen Amnesie ([F44.0](#)). Obwohl für die Zeit der Fugue eine Amnesie besteht, kann das Verhalten des Patienten während dieser Zeit auf unabhängige Beobachter vollständig normal wirken.

Exkl.: Postiktale Fugue bei Epilepsie ([G40.-](#))

F44.2 Dissoziativer Stupor

Info.: Dissoziativer Stupor wird aufgrund einer beträchtlichen Verringerung oder des Fehlens von willkürlichen Bewegungen und normalen Reaktionen auf äussere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung diagnostiziert. Dabei lassen Befragung und Untersuchung keinen Anhalt für eine körperliche Ursache erkennen. Zusätzliche Hinweise auf die psychogene Verursachung geben kurz vorhergegangene belastende Ereignisse oder Probleme.

Exkl.: Organische katatone Störung ([F06.1](#))

Stupor:

. depressiv ([F31-F33](#))

. kataton ([F20.2](#))

. manisch ([F30.2](#))

. o.n.A. ([R40.1](#))

F44.3 Trance- und Besessenheitszustände

Info.: Bei diesen Störungen tritt ein zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung auf. Hier sind nur Trancezustände zu klassifizieren, die unfreiwillig oder ungewollt sind, und die ausserhalb von religiösen oder kulturell akzeptierten Situationen auftreten.

Exkl.: Zustandsbilder bei:

- . Intoxikation mit psychotropen Substanzen ([F10-F19](#), vierte Stelle .0)
- . organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma ([F07.2](#))
- . organischer Persönlichkeitsstörung ([F07.0](#))
- . Schizophrenie ([F20.-](#))
- . vorübergehenden akuten psychotischen Störungen ([F23.-](#))

F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen

Info.: Die häufigsten Formen zeigen den vollständigen oder teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile. Sie haben große Ähnlichkeit mit fast jeder Form von Ataxie, Apraxie, Akinesie, Aphonie, Dysarthrie, Dyskinesie, Anfällen oder Lähmungen.

Inkl.: Psychogen:

- . Aphonie
- . Dysphonie

F44.5 Dissoziative Krampfanfälle

Info.: Dissoziative Krampfanfälle können epileptischen Anfällen bezüglich ihrer Bewegungen sehr stark ähneln. Zungenbiss, Verletzungen beim Sturz und Urininkontinenz sind jedoch selten. Ein Bewusstseinsverlust fehlt oder es findet sich stattdessen ein stupor- oder tranceähnlicher Zustand.

F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Info.: Die Grenzen anästhetischer Hautareale entsprechen oft eher den Vorstellungen des Patienten über Körperfunktionen als medizinischen Tatsachen. Es kann auch unterschiedliche Ausfälle der sensorischen Modalitäten geben, die nicht Folge einer neurologischen Läsion sein können. Sensorische Ausfälle können von Klagen über Parästhesien begleitet sein. Vollständige Seh- oder Hörverluste bei dissoziativen Störungen sind selten.

Inkl.: Psychogene Schwerhörigkeit oder Taubheit

F44.7 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt

Info.: Kombinationen der unter [F44.0-F44.6](#) beschriebenen Störungen.

F44.8- Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]

F44.80 Ganser-Syndrom

F44.81 Multiple Persönlichkeit(sstörung)

F44.82 Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend

F44.88 Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]

Inkl.: Psychogen:

- . Dämmerzustand
- . Verwirrtheit

F44.9 Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Exkl.: In Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens ([F91.-](#), [F92.8](#))

F45.- Somatoforme Störungen

Info.: Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmass der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Für die Anwendung der Schlüsselnummer [F45.41](#) sind die vorgenannten Kriterien nicht heranzuziehen. Für die Anwendung dieser Kategorie gelten die im Hinweistext der Schlüsselnummer aufgeführten Kriterien.

Exkl.: Ausreißen der Haare ([F98.4](#))
Daumenlutschen ([F98.8](#))
Dissoziative Störungen ([F44.-](#))
Lallen ([F80.0](#))
Lispeln ([F80.8](#))
Nägelkauen ([F98.8](#))
Psychologische oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Störungen und Krankheiten ([F54](#))
Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit ([F52.-](#))
Ticstörungen (im Kindes- und Jugendalter) ([F95.-](#))
Tourette-Syndrom ([F95.2](#))
Trichotillomanie ([F63.3](#))

F45.0 Somatisierungsstörung

Info.: Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen. Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können. Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden. Eine kurzdauernde (weniger als zwei Jahre) und weniger auffallende Symptomatik wird besser unter [F45.1](#) klassifiziert (undifferenzierte Somatisierungsstörung).

Inkl.: Briquet-Syndrom
Multiple psychosomatische Störung

Exkl.: Simulation [bewusste Simulation] ([Z76.8](#))

F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Info.: Wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig sind, aber das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt ist, ist die Diagnose undifferenzierte Somatisierungsstörung zu erwägen.

Inkl.: Undifferenzierte psychosomatische Störung

F45.2 Hypochondrische Störung

Info.: Vorherrschendes Kennzeichen ist eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Die Patienten manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von dem betreffenden Patienten oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert. Depression und Angst finden sich häufig und können dann zusätzliche Diagnosen rechtfertigen.

Inkl.: Dymorphophobie (nicht wahnhaft)
Hypochondrie
Hypochondrische Neurose
Körperdymorphophobe Störung
Nosophobie

Exkl.: Auf die körperlichen Funktionen oder die Körperform fixierte Wahnphänomene ([F22.-](#))
Wahnhafta Dymorphophobie ([F22.8](#))

F45.3- Somatoforme autonome Funktionsstörung

Info.: Die Symptome werden vom Patienten so geschildert, als beruhen sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird, so etwa des kardiovaskulären, des gastrointestinalen, des respiratorischen oder des urogenitalen Systems. Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen. Die erste Gruppe umfasst Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation beruhen wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. Die zweite Gruppe beinhaltet subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur, wie flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden, die vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.

Inkl.: Da-Costa-Syndrom
Herzneurose
Magenneurose
Neurozirkulatorische Asthenie
Psychogene Formen:
. Aerophagie
. Colon irritabile
. Diarrhoe
. Dyspepsie
. Dysurie
. erhöhte Miktionshäufigkeit
. Flatulenz
. Husten
. Hyperventilation
. Pylorospasmen
. Singultus

Exkl.: Psychische und Verhaltenseinflüsse bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Krankheiten ([F54](#))

- F45.30 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem
- F45.31 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem
- F45.32 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem
- F45.33 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem
- F45.34 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem
- F45.37 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme
- F45.38 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme
- F45.39 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Nicht näher bezeichnetes Organ oder System

F45.4- Anhaltende Schmerzstörung

Info.: Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, sollten hier nicht berücksichtigt werden.

Exkl.: Rückenschmerzen o.n.A. ([M54.9-](#))

Schmerz:

- . akut ([R52.0](#))
- . chronisch ([R52.2](#))
- . therapieresistent ([R52.1](#))
- . o.n.A. ([R52.9](#))

- F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Info.: Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung.

Inkl.: Psychalgie

Psychogen:

- . Kopfschmerz
- . Rückenschmerz
- Somatoforme Schmerzstörung

Exkl.: Spannungskopfschmerz ([G44.2](#))

- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Info.: Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung sollen hier nicht berücksichtigt werden.

Exkl.: Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom ([F62.80](#))
Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten ([F54](#))

F45.8 Sonstige somatoforme Störungen

Info.: Hier sollten alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens klassifiziert werden, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, die auf spezifische Teile oder Systeme des Körpers begrenzt sind und mit belastenden Ereignissen oder Problemen eng in Verbindung stehen.

Inkl.: Psychogen:

- . Dysmenorrhoe
- . Dysphagie, einschließlich "Globus hystericus"
- . Pruritus
- . Tortikollis
- . Zähneknirschen

F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Psychosomatische Störung o.n.A.

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Exkl.: In Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens ([F91.-](#), [F92.8](#))

F48.- Andere neurotische Störungen**F48.0 Neurasthenie**

Info.: Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen.

Inkl.: Ermüdungssyndrom

Info.: Soll eine vorausgegangene Krankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.

Exkl.: Asthenie o.n.A. ([R53](#))
Benigne myalgische Enzephalomyelitis [postvirales Müdigkeitssyndrom] ([G93.3](#))
Burn-out-Syndrom ([Z73](#))
Psychasthenie ([F48.8](#))
Unwohlsein und Ermüdung ([R53](#))

F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom

Info.: Eine seltene Störung, bei der ein Patient spontan beklagt, das seine geistige Aktivität, sein Körper oder die Umgebung sich in ihrer Qualität verändert haben, und unwirklich, wie in weiter Ferne oder automatisiert erlebt werden. Neben vielen anderen Phänomenen und Symptomen klagen die Patienten am häufigsten über den Verlust von Emotionen, über Entfremdung und Loslösung vom eigenen Denken, vom Körper oder von der umgebenden realen Welt. Trotz der dramatischen Form dieser Erfahrungen ist sich der betreffende Patient der Unwirklichkeit dieser Veränderung bewusst. Das Sensorium ist normal, die Möglichkeiten des emotionalen Ausdrucks intakt. Depersonalisations- und Derealisationsphänomene können im Rahmen einer schizophrenen, depressiven, phobischen oder Zwangsstörung auftreten. In solchen Fällen sollte die Diagnose der im Vordergrund stehenden Störung gestellt werden.

F48.8 Sonstige neurotische Störungen

Inkl.: Beschäftigungsneurose, einschließlich Schreibkrämpfen
Dhat-Syndrom
Psychasthenie
Psychasthenische Neurose
Psychogene Synkope

F48.9 Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet

Quelle:

<http://www.icd-code.de/icd/code/F48.-.html>

gefunden (01.06.2011)