

Trauma, Dissoziation und Affekte

Mimisch affektiver Ausdruck bei traumatisierten Patienten

Diplomarbeit
im Rahmen des Trauma-I-Projekts der
Klinischen Psychologie der Universität des Saarlandes

vorgelegt von
Diana Breunig

Betreuerin
Dr. phil. Anke Kirsch

Saarbrücken, den 26.11.2003

Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	<i>I</i>
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>VI</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>VII</i>
Einleitung.....	1
I. Theoretischer Hintergrund	4
1 Trauma.....	4
1.1 Definition.....	4
1.2 Die Entwicklung des Traumabegriffs in der Psychoanalyse.....	4
1.3 Dialektik des Traumas.....	5
1.3.1 Kontrollverlust.....	5
1.3.2 Erstarren und peritraumatische Dissoziation.....	5
1.4 Stressorkriterien in den Diagnosemanualen.....	6
1.5 Trauma-Klassifikationen.....	8
1.5.1 Differenzierung hinsichtlich der Ursache des Traumas.....	8
1.5.2 Differenzierung hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs.....	8
1.5.3 Differenzierung in Primäre und sekundäre Traumatisierung.....	9
1.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	9
1.6.1 PTBS Hintergrund.....	9
1.6.2 Hauptkategorien der Symptome.....	10
1.6.2.1 Übererregung.....	10
1.6.2.2 Intrusion.....	10
1.6.2.3 Vermeidung.....	11
1.6.2.4 Emotionale Taubheit (emotional numbing).....	11
1.6.3 PTBS in DSM-IV und ICD-10.....	12
1.6.3.1 Unterschiede: DSM-IV vs. ICD-10.....	12
1.6.3.2 Abgrenzung zu anderen Störungen.....	13
1.6.4 Prävalenz.....	14
1.6.5 Ätiologie.....	14
1.7 Psychoanalytische Traumatologie.....	16
1.7.1 Trauma und Objektbeziehung.....	17
1.7.1.1 Die traumatische Situation.....	17
1.7.1.2 Die traumatische Regression.....	18
1.7.1.3 Objektverlust und Introjektion des Verfolgers.....	19
1.7.1.4 Das phantasmatische Verbot.....	19

1.7.1.5	Abspaltung, Sexualisierung und Wiederholungszwang	20
1.7.1.6	Posttraumatische Aggression und Schuldgefühle	21
1.7.1.7	Trauma in der zweiten Generation	22
2	Dissoziation	23
2.1	Begriffliche Klärung	23
2.2	Geschichte des Dissoziationskonzeptes	23
2.3	Definition.....	25
2.4	Formen der Dissoziation	26
2.4.1	Primäre Dissoziation	26
2.4.2	Sekundäre Dissoziation	27
2.4.3	Tertiäre Dissoziation	27
2.5	Konzeptualisierung	27
2.5.1	Kontinuumhypothese	27
2.5.2	Kategoriale Perspektive.....	28
2.6	Dissoziation in den Diagnostischen Klassifikationssystemen.....	28
2.6.1	Dissoziation in der ICD-10.....	29
2.6.2	Dissoziation im DSM-IV.....	29
2.7	Aspekte der Dissoziation.....	30
2.7.1	Zustandsabhängigkeit der Dissoziation.....	30
2.7.2	Dissoziation – ein kreativer Prozess	30
2.7.2.1	Kreativität und Hypnose	31
2.7.2.2	Kreativität und Dissoziation.....	32
2.7.2.3	Dissoziation und Fähigkeiten.....	33
2.7.2.4	Resümee	33
3	Affekte.....	33
3.1	Das Affektsystem nach Krause.....	34
3.2	Primäraffekte	35
3.3	Genetische Sicht der Affekte	36
3.4	Bedeutung affektiver Strukturen.....	37
3.5	Trauma und Affekte	38
3.5.1	Affektregression.....	38
3.5.2	Traumatische Affekte	38
3.5.2.1	Auswirkungen einer Traumatisierung auf die Affektwelt	39
3.5.2.1.1	Infantiles psychisches Trauma.....	39
3.5.2.1.2	Katastrophenbedingtes Trauma beim Erwachsenen	40
3.5.2.1.3	Alexithymie und psychosomatische Symptomatik.....	40

II. Methodischer Teil	42
1 Forschungsrahmen	42
1.1 Forschungsarbeiten zur nonverbalen Interaktion.....	42
1.1.1 Übergeordnete Studie	42
1.1.2 Trauma-I-Projekt.....	42
1.1.3 Studie zu Dissoziation	44
1.1.3.1 Hypothesen und Ergebnisse zu mimischem Verhalten	45
1.1.3.2 Hypothese und Ergebnisse bezüglich des Zusammenspiels von Mimik und Blickverhalten.....	45
1.1.3.3 Hypothese und Ergebnis bezüglich der Blenden	45
2 Vorliegende Studie.....	46
2.1 Beschreibung und Rekrutierung der Stichprobe.....	46
2.1.1 Traumatisierte Patienten	46
2.1.2 Gesunde Kontrollgruppe	46
2.2 Fragestellungen.....	46
2.3 Eigene Hypothesen	48
2.3.1 Vergleich von traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen.....	48
2.3.1.1 Hypothesen bezüglich des mimisch-affektiven Ausdrucks	48
2.3.1.2 Hypothese bezüglich des Blickverhaltens	49
2.3.2 Vergleich von hochdissoziativen traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen	49
2.3.2.1 Hypothese bezüglich des mimisch-affektiven Ausdrucks.....	49
2.3.3 Vergleich von niedrig- und hochdissoziativen traumatisierten Patienten	49
2.3.3.1 Hypothesen bezüglich des mimisch-affektiven Ausdrucks	49
2.3.3.2 Hypothese bezüglich des Blickverhaltens	49
3 Verfahren	49
3.1 OPD-Interview	49
3.1.1 Die fünf Achsen	50
3.1.2 Die Durchführung	50
3.2 Mimikanalyse: FACS und EmFACS	51
3.2.1 Kodiervorgang	51
3.2.2 Für EmFACs relevante AUs.....	52
3.2.3 Kern-AUs und Kernkombinationen	53
3.2.4 Emotion dictionary.....	53
3.3 Kodierung des Blickverhaltens.....	54

3.4	Datenauswertung: Dissoziation	55
3.4.1	Hintergrundinformationen	55
3.4.1.1	Diagnostische Instrumente zur Erfassung dissoziativer Symptome	55
3.4.1.2	Methodische Probleme	56
3.4.1.3	Entwicklung und Beschreibung der Dissociative Experiences Scale (DES)	57
3.4.1.3.1	Reliabilität und Validität der DES	58
3.4.1.3.2	Faktorenanalyse	58
3.4.2	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	58
3.4.2.1	Faktorenanalysen	60
3.4.2.2	Reliabilitäten	60
3.4.2.2.1	Innere Konsistenz	60
3.4.2.2.2	Retest-Reliabilität	60
3.4.2.3	Validitätsuntersuchungen	61
3.4.2.3.1	Geschlechts- und Altersunterschiede	61
3.4.2.3.2	Zusammenhänge mit sozio-demographischen Variablen	61
3.4.2.3.3	Konvergente und divergente Validität	62
3.4.2.3.4	Diskriminante Validität	62
3.4.2.3.5	Änderungssensitivität der Skala	62
3.4.2.4	Anwendung des FDS	63
3.4.2.4.1	Indikation	63
3.4.2.4.2	Durchführung	63
3.4.2.4.3	Interpretation	64
4	Gruppenbildung	64
4.1	Gruppenbildung in Bezug auf die Traumatisierung	64
4.2	Gruppenbildung in Bezug auf dissoziative Symptome	66
 III. Ergebnisse		 71
1	Vergleich von traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen	71
1.1	Mimisches Verhalten	71
1.1.1	Ergebnisse zu Hypothese 1	71
1.1.2	Ergebnisse zu Hypothese 2	76
1.2	Blickverhalten	81
1.2.1	Ergebnisse zu Hypothese 3	82
1.3	Zusammenfassung	84
2	Vergleich von hochdissoziativen traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen	85
2.1	Mimisches Verhalten	85

2.1.1	Ergebnisse zu Hypothese 4.....	85
2.1.2	Zusammenfassung.....	88
3	Vergleich von niedrig- und hochdissoziativen traumatisierten Patienten.....	88
3.1	Mimisches Verhalten.....	89
3.1.1	Ergebnisse zu Hypothese 5.....	89
3.1.2	Ergebnisse zu Hypothese 6.....	90
3.1.3	Hypothesen 7 und 8.....	93
3.1.4	Ergebnisse zu Hypothese 9.....	93
3.2	Blickverhalten.....	95
3.2.1	Ergebnisse zu Hypothese 10.....	95
3.3	Zusammenfassung.....	97
4	Explorative Datenanalyse.....	97
4.1	Differenzierung im Hinblick auf Traumatisierung.....	97
4.1.1	Einschränkungen.....	97
4.1.2	Ergebnisse.....	98
4.2	Differenzierung im Hinblick auf Dissoziation.....	99
4.2.1	Ergebnisse.....	100
4.2.1.1	Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Amnesiewerten.....	100
4.2.1.2	Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Absorptionswerten.....	101
4.2.1.3	Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Derealisationswerten.....	102
4.2.1.4	Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Konversionswerten.....	103
	IV. Diskussion.....	107
1	Verfahren.....	107
1.1	OPD-Interview.....	107
1.2	FDS.....	108
1.3	EmFACS.....	108
2	Ergebnisse.....	109
2.1	Vergleich von Traumatisierten mit Gesunden.....	109
2.2	Vergleich von Hochdissoziativen mit Gesunden.....	110
2.3	Vergleich von Hochdissoziativen mit Niedrigdissoziativen.....	110
3	Kritik und Ausblick.....	112
	<i>Literaturverzeichnis.....</i>	<i>i</i>

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Modell zur Ätiopathogenese belastungsreaktiver Störungen	15
Abb. 2:	DES-Mittelwerte der hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten.	67
Abb. 3:	Subskalenwerte sowie Standardabweichungen der Stichproben von Gesunden und Patienten mit Dissoziativen Störungen (Freyberger et al., 1999).....	69
Abb. 4:	Insgesamt gezeigte AUs von Gesunden und Traumatisierten.	73
Abb. 5:	Insgesamt gezeigte Primäraffekte von Gesunden und Traumatisierten.	74
Abb. 6:	Einzelne Primäraffekte von Gesunden und Traumatisierten.	75
Abb. 7:	Insgesamt gezeigte Freudemimik (HA_G) von Gesunden und Traumatisierten.	79
Abb. 8:	Echte Freude (HAF) von Gesunden und Traumatisierten.	80
Abb. 9:	Echte Freudemimik mit Mutuellem Hinblicken von Gesunden und Traumatisierten.	83
Abb. 10:	Primäraffekte von Gesunden im Vergleich zu Hochdissoziativen.	87
Abb. 11:	Einzelne Primäraffekte von Hoch- und Niedrigdissoziativen.	92
Abb. 12:	Vergleich von Hoch- und Niedrigdissoziativen in Bezug auf Blenden.	94
Abb. 13:	Blickzustände MH und H2 von Hoch- und Niedrigdissoziativen.....	96

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Skala der Schwere psychosozialer Belastungen (Erwachsene)	7
Tab. 2:	Konzeptualisierung der Dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-IV	28
Tab. 3:	Übersicht über die diagnostischen Instrumente zur Erfassung dissoziativer Störungen (Freyberger et al., 1999).....	55
Tab. 4:	Prozentränge von FDS und DES für die Stichproben der Normalbevölkerung und der dissoziativen Störungen aus Neurologie und Psychiatrie (Freyberger et al., 1999).....	64
Tab. 5:	Traumatisierte Versuchspersonen im Hinblick auf Art, Schweregrad, Zeitpunkt und Häufigkeit der Traumatisierung(en).....	66
Tab. 6:	Traumatisierte Patienten und ihre jeweiligen DES-Werte, FDS-Subskalenwerte und die daraus resultierenden Kategorisierungen.....	68
Tab. 7:	Median, Mittelwert und Standardabweichung der Gesamt-AUs und der Primäraffekte von Gesunden und Traumatisierten.	72
Tab. 8:	Mann-Whitney-U-Test zu den Gesamt-AUs, zur Gesamtanzahl der Primäraffekte und zu den einzelnen Primäraffekten bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Traumatisierten.....	75
Tab. 9:	Median, Mittelwert und Standardabweichung der Lächelformen von Gesunden und Traumatisierten.	77
Tab. 10:	Mann-Whitney-U-Test zu den Lächelformen von Gesunden und Traumatisierten.	81
Tab. 11:	Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich der Blickzustände und des Blickverhaltens in Verbindung mit echter Freude von Gesunden und Traumatisierten.....	82
Tab. 12:	Mann-Whitney-U-Test zu den Blickzuständen und dem Blickverhalten in Verbindung mit echter Freude bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Traumatisierten.	84
Tab. 13:	Übersicht über die Ergebnisse des Vergleichs von Gesunden mit Traumatisierten (Hypothesen 1 bis 3).....	85
Tab. 14:	Median, Mittelwert und Standardabweichung der insgesamt gezeigten AUs, den insgesamt gezeigten Primäraffekten und den einzelnen Primäraffekten bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Hochdissoziativen.....	86
Tab. 15:	Mann-Whitney-U-Test zu den Gesamt-AUs, zur Gesamtanzahl der Primäraffekte und zu den einzelnen Primäraffekten bezüglich des Vergleichs von Gesunden mit Hochdissoziativen.....	88
Tab. 16:	Übersicht über das Ergebnis des Vergleichs von Gesunden mit Hochdissoziativen (Hypothese 4).....	88
Tab. 17:	Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich AU 5 von Hoch- und Niedrigdissoziativen.....	89
Tab. 18:	Mann-Whitney-U-Test zu AU 5 bezüglich des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen.....	89

Tab. 19: Median, Mittelwert und Standardabweichung der insgesamt gezeigten AUs, der insgesamt gezeigten Primäraffekte und der einzelnen Primäraffekte bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Hochdissoziativen.	91
Tab. 20: Mann-Whitney-U-Test zu den insgesamt gezeigten AUs, der Gesamtzahl an Primäraffekten und den Primäraffekten im Einzelnen in Bezug auf den Unterschied zwischen Hoch- und Niedrigdissoziativen.....	92
Tab. 21: Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich der insgesamt gezeigten Blenden von Hoch- und Niedrigdissoziativen.	93
Tab. 22: Mann-Whitney-U-Test zu den insgesamt gezeigten Blenden bezüglich des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen.	94
Tab. 23: Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich der Blickzustände von hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten.	95
Tab. 24: Mann-Whitney-U-Test zu den Blickzuständen bezüglich des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen.	96
Tab. 25: Übersicht über die Ergebnisse des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen (Hypothesen 5 bis 9).....	97
Tab. 26: Median, Mittelwert und Standardabweichung zu AN_H1 von Früh- und Spättraumatisierten.....	99
Tab. 27: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests hinsichtlich AN_H1 von Früh- und Spättraumatisierten.	99
Tab. 28: Median, Mittelwert und Standardabweichung hinsichtlich MW bei Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Amnesie des FDS.....	100
Tab. 29: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zum MW hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Amnesie des FDS.....	100
Tab. 30: Median, Mittelwert und Standardabweichung hinsichtlich H2, HG_MH und HA_G von Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Absorption des FDS.	101
Tab. 31: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zu H2, HG_MH und HA_G von Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Absorption des FDS.	102
Tab. 32: Median, Mittelwert und Standardabweichung bei Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Derealisation.	103
Tab. 33: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zu AN_H1 hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Derealisation des FDS.	103
Tab. 34: Median, Mittelwert und Standardabweichung von AU 10, DIS, SUR, DI_MH und PG_MW hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Konversionswerten.	104
Tab. 35: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zu AU 10, DIS, SUR, DI_MH und PG_MW hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Konversionswerten.....	104

Einleitung

Forschungsarbeiten der Klinischen Psychologie der Universität des Saarlandes unter Leitung von Prof. Dr. Rainer Krause befassen sich mit dem nonverbalen Interaktionsverhalten. Dabei wird angenommen, dass sich psychische Störungen in Form von Beziehungsstörungen darstellen. Sie drücken sich als sich wiederholende (repetitive) Beziehungsmuster aus. Für das Entstehen und Aufrechterhalten dieser Beziehungsmuster ist die affektive, nonverbale Kommunikation wesentlich. Aus diesem Grund muss sie auch auf der nonverbalen Mikroebene untersucht werden.

Die vorliegende Studie entstand im Rahmen des Projekts von Kirsch et al. (2001) „Nonverbales Interaktionsverhalten von Patientinnen mit Fibromyalgie, mit somatoformer Störung und mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich mit einer gesunden Stichprobe“. Darin wird das nonverbale Interaktionsverhalten während einer klinischen Interviewsituation von verschiedenen Patientengruppen (Fibromyalgie, somatoforme Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung) verglichen sowie dem Interaktionsverhalten gesunder Probanden gegenübergestellt. Erste Ergebnisse liefern Bernardy & Kirsch (in press), Bernardy et al. (2003), Breyer (2003) und Engelhart (2003).

Das Trauma-I-Projekt entstand im Zusammenhang mit der Studie von Kirsch et al. (2001). Darin sollten Traumatisierte mit Gesunden bezüglich ihres mimisch-affektiven Verhaltens verglichen werden. Die vorliegende Arbeit ist Teil des Trauma-I-Projekts. Mit neunzehn traumatisierten Patienten¹ wurde ein zwanzigminütiges Interview geführt, worin sie von ihren traumatischen Erlebnis(en) berichten. Die klinischen Interviews wurden videografiert. Im Anschluss an das Interview bearbeiteten die Patienten (neben anderen Fragebögen) den FDS². Forschungsergebnissen zufolge ist davon auszugehen, dass Traumatisierte eine erhöhte Dissoziationsneigung aufweisen.

Der erste Teil der empirischen Untersuchung befasst sich mit der Fragestellung, ob sich die traumatisierten Patienten in ihrem mimischen Ausdruck und im Blickverhalten von gesunden Kontrollpersonen unterscheiden. Die Patienten könnten sich beispielsweise durch eine reduzierte Mimik oder weniger positive Affekte auszeichnen. Dies wurde bereits bei anderen Störungsbildern gefunden (z.B. Steimer-Krause, 1994; Merten, 1997). Die Patienteninterviews wurden mit Hilfe von EmFACS³ kodiert und ausgewertet und anschließend mit den Daten

¹ Aus Gründen der flüssigeren Schreib- und Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet. Es sind jedoch beide Geschlechter angesprochen.

² FDS steht für Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (Freyberger et al., 1999).

³ EmFACS steht für Emotional Facial Action Coding System (Ekman et al., 2002).

einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. Die Gesunden absolvierten ca. einstündige OPD⁴-Interviews, die bereits vor dem Hintergrund der übergeordneten Studie geführt und ausgewertet wurden.

Der zweite Teil der empirischen Untersuchung orientiert sich an der Dissoziationsstudie von Blumenstock (2003). Darin überprüft Blumenstock (unter anderem), ob es in einer dyadischen Gesprächssituation spezifische affektive Interaktionsmuster gibt, die Indikatoren für Dissoziation darstellen. Dazu untersuchte sie das mimisch-affektive Verhalten (mittels EmFACS) einer universitären Studenten- und Mitarbeiterpopulation. Nachdem sie anhand der SDE⁵ Extremgruppen ermittelt hatte, verglich sie die Gruppen der Hoch- und Niedrigdissoziativen bezüglich des affektiv-expressiven Verhaltens. Sie fand jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. In der vorliegenden Arbeit soll nun geprüft werden, ob sich die Hypothesen von Blumenstock für hoch- und niedrigdissoziative traumatisierte Patienten bestätigen lassen. Dissoziative Symptome bei den traumatisierten Patienten bilden unter Umständen ein anderes Konstrukt ab, als dissoziative Symptome bei der Universitätspopulation. Anhand des FDS wird die traumatisierte Patientenpopulation in Hoch- und Niedrigdissoziative eingeteilt.

Die vorliegende Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut:

Kapitel I bildet den theoretischen Rahmen dieser empirischen Arbeit und ist in die Abschnitte 1. Trauma, 2. Dissoziation und 3. Affekte untergliedert. Darin werden wichtige Begriffe und damit zusammenhängende theoretische Konzepte näher erläutert. An unserem Institut wurden schon einige Arbeiten zu den Themen Trauma (z.B. Kirsch, 2001) und Dissoziation (Blumenstock, 2003) verfasst. Deshalb werde ich auf Themenbereiche, die in diesen Arbeiten behandelt wurden, nicht näher eingehen. Statt dessen liegt der Schwerpunkt des Theorieteils neben Begriffsklärungen, historischen Hintergründen und diagnostischen Zuordnungen vor allem auf psychodynamischen Gesichtspunkten. An unserem Institut wird neben der Verhaltenstherapie vor allem die Analytische Psychotherapie im Hinblick auf Lehre und Forschung vertreten. Die analytische Richtung entspricht auch meinem Interesse. Die Arbeit hat nicht den Anspruch, verschiedene Therapieschulen einander gegenüberzustellen oder einen „groben“ Überblick über die Konzepte Trauma, Dissoziation und Affekte zu vermitteln. Vielmehr sollen einzelne Themenbereiche näher betrachtet und vorzugsweise aus analytischer Perspektive betrachtet werden.

⁴ OPD steht für Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2001).

⁵ SDE steht für Skala dissoziativer Erlebnisse (Brunner et al., 1999).

Im methodischen Teil (Kapitel II) wird zunächst der Forschungsrahmen abgesteckt, in den die Untersuchung eingebettet ist. Anschließend wird ein Überblick über das Forschungsdesign und die verwendeten Verfahren gegeben.

Der dritte Teil (Kapitel III) ist der empirischen Untersuchung des Materials und der Darstellung der Ergebnisse gewidmet.

Das letzte Kapitel (Kapitel IV) beinhaltet die Diskussion, die die Arbeit mit einer (kritischen) Betrachtung der Verfahren, der Ergebnisse sowie einem Ausblick auf mögliche weitere Forschungsarbeiten abschließt.

I. Theoretischer Hintergrund

1 Trauma

1.1 Definition

Unter „(Psycho-)Trauma“ wird *„eine psycho-somatische Verwundung verstanden, die auf ein Ereignis (oder auf deren mehrere) zurückgeht, bei dem im Zustand von extremer Angst (Todesangst) und Hilflosigkeit die Verarbeitungsmöglichkeiten des betroffenen Individuums überfordert waren“* (Seidler, 2002, S. 7). Seidler hält den Traumabegriff, entsprechend dem Trend der aktuellen Traumaforschung und der Definition in ICD-10 (World Health Organization, 1992) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), bewusst eng. In diesem Rahmen rechtfertigen Entbehrungen, Demütigungen und Entwertungen in der Frühgenese die Kennzeichnung eines Menschen nicht als traumatisiert (ebd.).

1.2 Die Entwicklung des Traumabegriffs in der Psychoanalyse

Der Begriff „Trauma“ wurde in der Medizin des 19. Jahrhunderts für eine durch äußere Verletzung entstandene Wunde verwendet. Der Pariser Arzt Jean-Martin Charcot bezeichnete 1887 die traumatische Vorgeschichte seiner Patientinnen als Ursprung ihrer hysterischen Symptome. Sein Schüler Pierre Janet trug mit seiner 1889 erschienen Doktorarbeit „L'Automatisme Psychologique“ wesentlich zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen psychischen Traumata und daraus resultierenden psychopathologischen Symptomen bei.

1895 konzipierten Breuer und Freud in den Studien zur Hysterie den Begriff des psychischen Traumas (Freud & Breuer, 1895). Zunächst lag für Freud die Ursache für hysterische Erkrankungen in einem über lange Zeit verdrängten Trauma der realen sexuellen Verführung (Verführungstheorie). Später relativierte er die Bedeutung des Traumas: Die Wurzeln der Neurosenentstehung sah er nun in der frühkindlichen Sexualität und der unzureichenden Bewältigung des Ödipuskomplex. Er nahm von der Vorstellung Abstand, dass allen hysterischen Symptomen eine sexuelle Verführung in der Kindheit zugrunde liegt.

In „Hemmung, Symptom und Angst“ betonte Freud (1926), dass das Wesentliche an einer traumatischen Situation die Erfahrung der Hilflosigkeit des Ichs angesichts unerträglicher Erregung ist. Diese Erregung kann inneren oder äußeren Ursprungs sein. Das Ich wird völlig unvorbereitet von einem äußeren Ereignis von überwältigender Qualität getroffen, wodurch

die Reizschranke niedergerissen und das Ich mit maßloser Angst überflutet wird. Es ist dann außer Gefecht gesetzt und zeitweise unfähig zu funktionieren. Das Ich des Traumatisierten versucht später, die übermäßige Erregung z. B. durch ständige Wiederholung nachträglich zu verarbeiten. Freud erweiterte diese Sichtweise und stellte der externen Reizüberflutung die Signalangst entgegen, die er als aktive, antizipatorische Ich-Leistung und als Antwort auf die Drohung von Gefahr verstand. Diese Signalangst ermöglicht seiner Meinung nach die Vermeidung einer traumatischen Situation sowie die damit verbundene automatische Angst (Bergman, 1996).

1.3 Dialektik des Traumas

„Psychisches Trauma ist das Leid der Ohnmächtigen. Das Trauma entsteht in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird (...) Traumatische Ereignisse sind nicht deshalb außergewöhnlich, weil sie selten sind, sondern weil sie die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordern“ (Herman, 2003).

Eine Traumatisierung stellt einen Prozess dar, für den die Merkmale Kontrollverlust sowie Erstarren und peritraumatische Dissoziation typisch sind.

1.3.1 Kontrollverlust

Mit einer traumatischen Erfahrung geht stets ein Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit einher. Das Gefühl eines absoluten Kontrollverlustes entsteht, wenn eine Situation gleichzeitig durch folgende Faktoren gekennzeichnet ist:

- 1) Informationsüberflutung mit aversiven Reizen
- 2) keine Möglichkeit der Gegenwehr
- 3) keine Fluchtmöglichkeit

Huber (1995) spricht in diesem Zusammenhang von einer Trauma-Zange .

1.3.2 Erstarren und peritraumatische Dissoziation

In bedrohlichen Situationen können wir uns ebenso wie andere Säugetiere entweder wehren („fight“) oder die Flucht ergreifen („flight“). Ist keine dieser beiden Reaktionen erfolgversprechend, bleibt noch die Möglichkeit des Totstellens, der Erstarrung („freeze“) oder das innere Aussteigen aus der Situation (peritraumatische oder sekundäre Dissoziation⁶). Die ohn-

⁶ Vergleiche Kapitel I.2.4.2 Sekundäre Dissoziation, S 27.

mächtige Person flieht nicht durch eine reale Handlung, sondern durch eine Veränderung des Bewusstseinszustandes aus der betreffenden Situation. Die Ereignisse dringen zwar weiter in das Bewusstsein, aber scheinbar losgelöst von ihrer üblichen Bedeutung. Die Wahrnehmung kann eingeschränkt oder verzerrt sein, das Schmerzempfinden kann teilweise verloren gehen, bestimmte Sinneseindrücke werden nicht mehr registriert. Das Zeitgefühl ist möglicherweise verändert, oft wird die Situation in Zeitlupe erlebt, und für den Betroffenen scheint der Bezug zur Realität verloren zu sein. Die Wahrnehmungsveränderungen sind oft mit Gleichgültigkeit, emotionaler Distanz und völliger Passivität verbunden. Das Opfer gibt jede Initiative und Kampfbereitschaft auf (Herman, 2003). Levine (1998) zufolge führt die Immobilitätsreaktion eines Traumaopfers dazu, dass die zuvor für die Flucht- oder Kampfreaktion mobilisierte Energie im Organismus gebunden wird. Die Rückstände dieser erstarrten Energie rufen später posttraumatische Symptome hervor. Tiere vermeiden derartige Symptome, indem sie im Anschluss an eine Gefahrensituation zu zittern und sich zu schütteln beginnen. Dadurch löst sich die Erstarrung des Opfers auf (ebd.).

Untersuchungen der letzten Jahre weisen darauf hin, dass die mit absoluter Hilflosigkeit einhergehende Erstarrung und peritraumatische Dissoziation die mittel- und langfristige psychische Verarbeitung eines Trauma massiv erschwert. Das Ausmaß der peritraumatischen Dissoziation stellt einen wesentlichen Prädiktor für die spätere Entstehung einer PTBS dar (Fischer & Riedesser, 1998).

1.4 Stressorkriterien in den Diagnosemanualen

Umgangssprachlich werden viele Situationen als „traumatisch“ bezeichnet (z.B. Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes, Durchfallen bei einer Prüfung). Diese Stressoren führen nur selten zu den charakteristischen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Ehlers, 1999).

Psychosoziale Belastungen können sich als kritische Lebensereignisse (life events) oder als chronische Belastungen manifestieren. Diese Ereignisse stellen für das Individuum bedeutsame, in die Struktur der Lebensgestaltung eingreifende Momente dar. Sie widersprechen den kognitiv repräsentierten Erwartungen, Gewohnheiten, Wünschen und Befürchtungen einer Person. Die Schwere einer solchen Belastung wird unter anderem durch die Antizipierbarkeit (Plötzlichkeit), den Bedrohungsgrad und die Kontrollierbarkeit der Ereignisse und Ereignisfolgen bestimmt. Das DSM-III-R teilt die Schwere psychosozialer Belastungen für Erwachsene in leicht bis katastrophal ein (vgl. APA, 1987):

Ausmaß der Belastung	Akute Ereignisse (Beispiele)	Andauernde (Beispiele)	Lebensumstände
leicht	Auseinanderbrechen einer Freundschaft Schulbeginn oder -abschluss Verlassen des Elternhauses	Familienstreit Unzufriedenheit mit Arbeitsplatz Leben in Wohngegend mit hoher Kriminalität	
mittel	Heirat Trennung vom Ehepartner Arbeitsplatzverlust Pensionierung Fehlgeburt	Eheprobleme Ernsthafte finanzielle Probleme Ärger mit Vorgesetzten Alleinerziehend	
schwer	Scheidung Geburt des ersten Kindes	Arbeitslosigkeit Armut	
extrem schwer	Tod des Partners Diagnose einer schweren körperlichen Erkrankung Vergewaltigung	Eigene schwere körperliche Erkrankung oder Erkrankung des Kindes Fortwährende Misshandlung oder sexueller Missbrauch	
katastrophal	Tod eines Kindes Selbstmord eines Partners Verheerende Naturkatastrophe	Gefangennahme als Geisel Konzentrationslagerhaft	

Tab. 1: Skala der Schwere psychosozialer Belastungen (Erwachsene)

In den Diagnosemanualen DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10 werden die Stressorkriterien unterschiedlich definiert:

Das **DSM-III-R** fordert, dass ein traumatischer Stressor außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegen muss (APA, 1987, S. 250). Dieses Kriterium erwies sich jedoch als zu streng. In Studien konnte belegt werden, dass einige PTB auslösende Stressoren weit verbreitet sind, wie beispielsweise Verkehrsunfälle (Norris, 1992) oder sexuelle Gewalt (Resnick et al., 1993).

Die **ICD-10** verwendet dagegen eine breitere Definition. Sie schließt ein belastendes Ereignis, eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend) ein, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (Dilling et al., 1993).

Im **DSM-IV** (APA, 1994) werden traumatische Stressoren spezifischer definiert. Um hier eine Posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren, muss der Betroffenen entweder eine Situation erlebt/beobachtet haben oder damit auf andere Weise konfrontiert worden sein, die Tod, Lebensgefahr oder starke körperliche Verletzungen beinhaltet, oder die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person muss bedroht gewesen sein. Bei Kindern werden dem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen eingeschlossen. Ein

wichtige Weiterentwicklung bestand darin, traumatische Stressoren nicht allein anhand der Situation zu definieren, sondern die subjektive Reaktion auf diese Situation als weiteres Kriterium aufzunehmen. Der Betroffenen muss mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert haben (bei Kindern: chaotisch oder agitiertes Verhalten) (Ehlers, 1999).

Gegenwärtig wird das Stressor Kriterium des DSM-IV weiter diskutiert. Neuere Forschungen zeigen, dass die Definition wahrscheinlich erweitert werden muss. Einerseits sollten weitere mögliche emotionale Reaktionen auf traumatische Stressoren aufgenommen werden, wie emotionale Taubheit (emotional numbing) oder Schamgefühle (z.B. bei Mittätern von Verbrechen oder Opfern sexueller Gewalt). Andererseits ist die Bedrohung der körperlichen Integrität wahrscheinlich nicht die einzige ausschlaggebende Dimension traumatischer Ereignisse. Die Bedrohung der Wahrnehmung, ein autonom handelnder und denkender Mensch zu sein, wirkt ebenfalls traumatisierend. Ein Sich-Aufgeben und der wahrgenommene Verlust jeder Autonomie sagt die Schwere der PTB (Posttraumatischen Belastung) vorher, unabhängig von der Lebensbedrohung und wahrgenommenen Hilflosigkeit (Dunmore et al., 1999; Boos et al., 1998).

1.5 Trauma-Klassifikationen

Maercker (1997) schlägt eine Unterteilung des Traumabegriffs in die Dimensionen der Ursache und des zeitlichen Verlaufes vor:

1.5.1 Differenzierung hinsichtlich der Ursache des Traumas

- Ø menschlich verursachte Traumata („man made disasters“), wie etwa sexuelle/körperliche Misshandlungen in der Kindheit, kriminelle und familiäre Gewalt, Vergewaltigungen, Kriegserlebnisse, zivile Gewalterlebnisse (Geiselnahmen), Folter und politische Inhaftierung.
- Ø Katastrophen-, berufsbedingte- und Unfalltraumata, wie technische Katastrophen, berufsbedingte Katastrophen (z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr), Arbeits- und Verkehrsunfälle.

1.5.2 Differenzierung hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs

- Ø kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ I-Traumata) sind gekennzeichnet durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung. Diese Bedingungen finden sich beispielsweise bei Naturkatastrophen, Unfällen, technischen Katastrophen und kriminellen Gewalterfahrungen.

- Ø Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ II-Traumata) können Geiselnhaft, mehrfache Folter, Kriegsgefangenschaft, Haft in einem Konzentrationslager oder wiederholte Gewalterfahrungen in Form von Missbrauch und Misshandlung als Ursache beinhalten. Typisch für diese Art des Traumas ist, dass es aus verschiedenen Einzelereignissen besteht und sich der weitere Verlauf durch eine geringe Vorhersagbarkeit auszeichnet.

1.5.3 Differenzierung in Primäre und sekundäre Traumatisierung

Diese weitere Unterscheidung bezieht sich auf die Perspektive des Traumatisierten:

- Ø Primäre Traumatisierung beschreibt das eigene Erleben eines Traumas,
- Ø Sekundäre Traumatisierung findet sich bei Beobachtern von Bedrohung, Verletzung oder Tötung Dritter (z. B. bei Zeugen, Helfern).

1.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder (PTSD) oder Posttraumatisches Stresssyndrom) wird im engen Zusammenhang mit einer Traumatisierung gesehen. In letzter Zeit finden sich Hinweise darauf, dass es „die“ Posttraumatische Belastungsstörung nicht gibt, sondern dass die Symptomatik je nach Art und zeitlichen Verlauf des Traumas deutlich variieren kann. Für die Symptomatik, die Prognose sowie die Therapie der Störung ist es jedoch durchaus bedeutsam, ob es sich um einmalige Unfallereignisse oder langjährige, menschlich verursachte Traumatisierungen handelt.

1.6.1 PTBS Hintergrund

Medizinische Aufzeichnungen, die bis zum amerikanischen Bürgerkrieg zurückreichen, dokumentieren das Vorkommen von kampfbedingtem Posttraumatischem Stress. 1666 wurden gut dokumentierte Aufzeichnungen über Posttraumatische Stresssyndrome anlässlich eines Großbrandes in London verfasst (Trimble, 1981). Militärärzte verwendeten Begriffe wie „Granatenschock“ (shell shock), „Kampf- oder Kriegsneurose“ (combat/war neurosis), „Überlebenden Syndrom“ (survivor syndrome) und „Posttraumatische Neurose“, um gefechtsbedingten Posttraumatischen Stress zu beschreiben.

Es wurde lange angezweifelt, dass traumatische Ereignisse Symptome wie ungewolltes Wiedererleben von traumatischen Aspekten (z.B. Flashbacks, Alpträume), Anzeichen einer erhöhten Erregung (z.B. Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen), Vermeidungsverhalten (z.B. von Si-

tuationen, Gesprächen und anderen Reizen, die an das Trauma erinnern) sowie emotionale Taubheit (z.B. Interesselosigkeit oder Entfremdung von anderen Menschen) auslösen können. Viele Experten gingen von organischen Ursachen aus. Beispielsweise wurde vorgeschlagen, dass eine Rückenmarksverletzung dem „Eisenbahn-Rückgrat-Syndrom“ (railway spine syndrome) zugrunde liegt oder dass ins Gehirn gelangte kleinste Teile explodierender Bomben die Ursache für den „Granatschock“ darstellen. Andere Experten bezweifelten das Vorhandensein der berichteten Symptome und hielten in den meisten Fällen Simulieren und den Wunsch nach finanzieller Kompensation (Kompensationsneurose) für die wichtigste Ursache der Beschwerden. Nach vorherrschender Meinung waren psychische Reaktionen auf traumatische Erlebnisse vorübergehender Natur und nur labile Menschen mit bereits bestehenden neurotischen Konflikten oder Geisteskrankheiten entwickelten demzufolge chronische Symptome (Kinzie & Goetz, 1996).

Die Erforschung dieses psychischen Phänomens wurde durch den 1. Weltkrieg, den 2. Weltkrieg und den Koreakrieg vorangebracht. Erst der Vietnamkrieg zwang die moderne Psychiatrie dazu, Posttraumatischen Stress offiziell als psychische Störung anzuerkennen (Mitchell & Everly, 1998). Heute hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass auch Personen mit stabiler Persönlichkeit klinisch bedeutsame psychische Symptome entwickeln können, wenn sie außergewöhnlich schrecklichen Erfahrungen ausgesetzt sind. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) wurde in den einschlägigen Klassifikationssystemen als Diagnose eingeführt.

1.6.2 Hauptkategorien der Symptome

1.6.2.1 Übererregung

Das Symptom der Übererregung spiegelt die ständige Erwartung einer Gefahr wider. Das Selbstschutzesystem des Menschen befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft und deshalb ist der physiologische Erregungszustand permanent erhöht. Traumatisierte reagieren häufig extrem schreckhaft auf unerwartete und vor allem auf spezifische Reize, die mit dem Trauma assoziiert sind. Da die erhöhte Erregung auch im Schlaf anhält, sind oft massive Schlafstörungen die Folge.

1.6.2.2 Intrusion

Intrusion bezeichnet ungewollt sich aufdrängende Erinnerungen und Gedanken an das traumatische Ereignis. Lange nachdem das belastende Ereignis vorüber ist, erleben traumatisierte

Personen das Ereignis immer wieder so, als ob es gerade geschähe. Sie finden nicht mehr in ihr normales Leben zurück, weil das Trauma (bzw. die abnorm gespeicherte Erinnerung daran) sie immer wieder herausreißt. Selbst scheinbar bedeutungslose Reize können sehr lebensnahe und emotional starke Erinnerungen an das vergangene Leid wecken. Weitere Formen von Intrusionen sind Träume, Flashbacks⁷ und psychische sowie körperliche Reaktionen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren. Verbale, zusammenhängende Erzählungen fehlen bei traumatischen Erinnerungen. Sie sind statt dessen als intensive Gefühle und als Bilder gespeichert (Hinckeldey & Fischer, 2002).

Zwischen dem Erleben traumatischer und nicht-traumatischer Erinnerungen gibt es einen prinzipiellen Unterschied: Traumatische Ereignisse hinterlassen voneinander dissoziierte „*mental inprints*“ (van der Kolk & Fiesler, 1995, S. 505) und manifestieren sich als intrusive Erinnerungen oder Flashbacks. Nicht-traumatische Eindrücke werden dagegen als kontextualisiertes, persönliches Narrativ ausgearbeitet und können intendierbar erinnert werden. Diese traumaspezifische Informationsverarbeitung wird als „*the very core of the pathology of PTSD*“ gesehen (ebd., S. 523).

1.6.2.3 Vermeidung

Reize, die an das traumatische Erlebnis erinnern (z.B. Situationen oder Personen), werden als sehr belastend erlebt und rufen starke körperliche Reaktionen hervor. Sie werden ebenso wie das Sprechen über das Ereignis vermieden. Betroffene versuchen, Erinnerungen an das Erlebnis zu verdrängen und nicht an die schlimmsten Momente des Traumas zu denken (Ehlers, 1999).

1.6.2.4 Emotionale Taubheit (emotional numbing)

Zu Beginn werden häufig verstärkt Angst- und Hoffnungslosigkeitsgefühle erlebt, die jedoch in distanzierte Teilnahmslosigkeit oder Anhedonie (Lustlosigkeit) übergehen können. Oft treten auch Derealisations- und Depersonalisationserlebnisse auf. „*Patienten berichten dann von einem allgemeinen Gefühl des Losgelöst-Seins von der Umwelt, Ohnmachtsgefühlen und dem Gefühl der Lähmung gegenüber lebenspraktischen Herausforderungen, von Selbstbezeichnungen und dem Gefühl stigmatisiert zu sein. Zukunftserwartungen bezüglich der beruflichen Karriere, Kinder oder Partnerschaft gehen verloren*“ (Brunnhuber, 2001).

⁷ Flashbacks sind plötzlich auftretende Erinnerungen, Gefühle oder Wahrnehmungserfahrungen, die im Zusammenhang mit dem Trauma stehen.

1.6.3 PTBS in DSM-IV und ICD-10

Im diagnostisch statistischen Manual (DSM IV) wird das Posttraumatische Stresssyndrom (PTSD) mit den folgenden Kriterien operationalisiert (APA, 1996):

- Ein schwer belastendes Ereignis außerhalb gewöhnlicher menschlicher Erfahrung (Kriterium A) liegt vor.
- Das Ereignis wird ständig wiederbelebt (Intrusion, Kriterium B).
- Was an das traumatische Ereignis erinnert, wird vermieden (Vermeidung, Kriterium C).
- Es kommt zu gesteigerter Erregbarkeit mit Symptomen wie Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen usw. (Kriterium D).
- Die Dauer der Symptome beträgt mindestens einen Monat (Kriterium E).
- Eine Beeinträchtigung oder ein Leiden ist vorhanden (Kriterium F).

Die ICD-10 (Dilling et al, 1993) stimmt mit dem DSM-IV hinsichtlich der Kernsymptome der PTB (Wiedererleben, Vermeidung, emotionale Taubheit und Übererregung) überein.

Die PTB-Diagnose kann frühestens einen Monat nach dem traumatischen Ereignis vergeben werden. Somit fallen zeitlich unmittelbare psychische Folgen nach einem traumatischen Ereignis unter die Diagnose „Akute Belastungsstörung“, die wesentliche Symptome der PTBS umfasst. Von „Chronischer Belastungsstörung“ wird gesprochen, wenn die Symptome länger als drei Monate anhalten.

1.6.3.1 Unterschiede: DSM-IV vs. ICD-10

- Ø 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung von der American Psychiatric Association (APA, 1980) in ihr Krankheitsklassifikationssystem DSM-III aufgenommen. Die Weltgesundheitsorganisation folgte 1992 diesem Beispiel mit der Ausgabe des ICD-10 (WHO, 1992).
- Ø Die diagnostischen Systeme unterscheiden sich hinsichtlich der Gewichtung der Symptome. Die ICD-10 betont die Symptome des Wiedererlebens, das DSM-IV gewichtet dagegen die Vermeidungs- und Taubheits-Symptome stärker. Insgesamt betrachtet sind die DSM-IV-Kriterien strenger. In einer großen Stichprobe fand sich nach ICD-10 eine PTB-Prävalenz von 7% und nach DSM-IV von 3%. Die Übereinstimmung von beiden diagnostischen Systemen betrug nur 35% (Andrews et al., 1999).

- Ø Darüber hinaus wird die PTB im ICD-10 den Belastungsstörungen, im DSM-IV dagegen den Angststörungen zugeordnet.

1.6.3.2 Abgrenzung zu anderen Störungen

Differentialdiagnostisch ist die PTBS von einer Reihe von Störungen zu unterscheiden, die teilweise verwandte Symptome aufweisen:

§ Depressionen

§ **Akute Belastungsreaktion** beinhalten ebenfalls Symptome des ständigen Wiedererlebens, der Vermeidung und eines erhöhten Arousal, allerdings nur innerhalb des ersten Monats nach Konfrontation mit dem traumatischen Ereignisses.

§ **Anpassungsstörung** resultiert aus psychosozialen Belastungen deren Bewältigung dem Betroffenen aufgrund einer individuellen Disposition nicht störungsfrei gelingt. Mit Belastungen sind hier einschneidende Lebensveränderungen oder belastende Lebensereignisse nicht katastrophalen Ausmaßes gemeint, die das soziale Umfeld des Betroffenen (z.B. Trennungen, Trauerfälle, Migration) oder seine körperliche Integrität (z.B. die Diagnose schwerer körperlicher Erkrankungen) betreffen. Die Symptome beginnen innerhalb eines Monats nach der Belastung und dauern höchstens bis sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an.

§ Dissoziative Störungen⁸

§ **Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung** bezeichnet späte, chronifizierte Folgen von extrem belastenden Erfahrungen. Die Belastung infolge des traumatisierenden Erlebnisses muss so extrem sein, dass die Vulnerabilität der Betroffenen als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht ausreicht. Die Diagnose setzt eine mindesten zwei Jahre andauernde Persönlichkeitsänderung voraus, die sich nicht auf eine bereits vorher bestehende Persönlichkeitsstörung oder auf eine hirnnorganisch bedingte Störung mit vergleichbarer Symptomatik zurückführen lässt. Eine Posttraumatische Belastungsstörung kann derartigen dauerhaften Persönlichkeitsveränderungen vorangehen, sie können sich aber auch ohne diese entwickeln.

§ Trauerreaktion

§ Angststörungen

§ organische Psychosyndrome

⁸ Siehe Kapitel I.2 Dissoziation, S. 23.

Genauere diagnostische Erläuterungen zu den einzelnen Störungen finden sich in den Diagnosemanualen DSM-IV und ICD-10.

1.6.4 Prävalenz

Kessler et al. (1995) schätzen die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-III-R-Kriterien zu entwickeln auf 8%. Frauen wiesen eine doppelt so hohe Prävalenz auf wie Männer (10% versus 5%). Das höhere Erkrankungsrisiko bei Frauen hatte zweierlei Ursachen: Zum einen wiesen sie schwerwiegendere traumatische Ereignisse (z.B. Vergewaltigung, Kindesmisshandlung) auf. Zum anderen bildeten sie mit höherer Wahrscheinlichkeit eine PTB nach einem traumatischen Ereignis aus. Die höhere Prävalenz für das weibliche Geschlecht konnte auch für Kinder und Jugendliche nachgewiesen werden (Giaconia et al., 1995).

1.6.5 Ätiologie

Die Ursachen posttraumatischer Belastungsreaktionen können nicht in einem linearen Stressor-Störungs-Zusammenhang abgebildet werden, denn es handelt sich um ein komplexes Bedingungsgefüge von Ereignis-, Schutz- und Risikofaktoren. Die folgende Abbildung zeigt ein Modell zur Ätiopathogenese belastungsreaktiver Störungen nach dem DSM-III-R (APA, 1987):

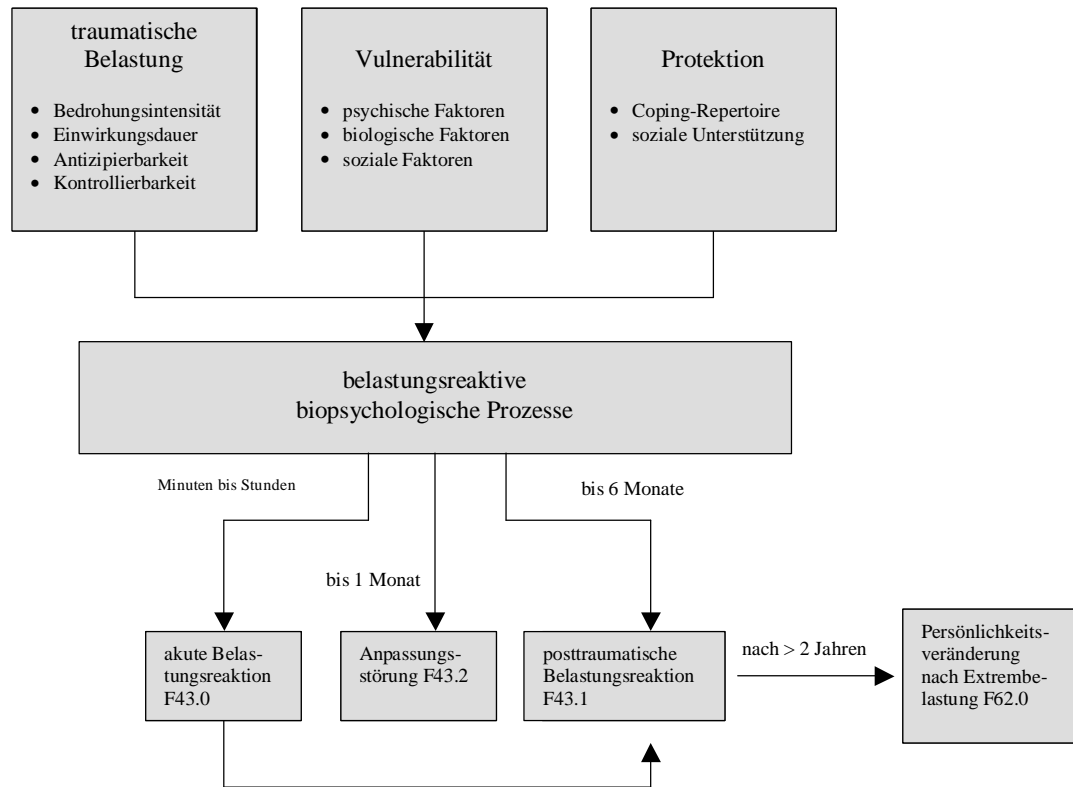


Abb. 1: Modell zur Ätiopathogenese belastungsreaktiver Störungen

Nach diesem Modell ist die Schwere einer traumatischen Belastung abhängig von Faktoren wie der Bedrohungsintensität⁹ (milder bis katastrophaler Bedrohungsgrad), der Einwirkungsdauer (akut oder chronisch) und verschiedenen situativen Bedingungen (Kontrollierbarkeit und Antizipierbarkeit). Aber selbst massive Traumata wirken nicht bei allen Betroffenen pathogen. Für die Entwicklung einer belastungsreaktiven psychischen Störung spielen auch Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren eine Rolle. Vulnerabilitätsfaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit eine pathologische Belastungsreaktion nach einem traumatischen Erlebnis auszubilden. Hierzu zählen bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z.B. emotionale Instabilität), ungünstige sozioökonomische Bedingungen (z.B. geringes Bildungsniveau und niedriger Lebensstandard) und lebensgeschichtliche Einflüsse (z.B. zerrüttete Familienverhältnisse in der Kindheit). Protektive Faktoren wie differenzierte Copingmechanismen und ausreichende soziale Unterstützung setzen die Wahrscheinlichkeit vieler Traumatisierungen herab (Schutz-

⁹ Siehe Kapitel I.1.4 Stressorkriterien in den Diagnosemanualen, S. 6.

schildfunktion) und reduzieren die psychosozialen Auswirkungen der Belastung (Pufferfunktion). Die drei Einflussbereiche – Schwere der traumatischen Belastung, Vulnerabilität und Protektion – beeinflussen belastungsreaktive biopsychosoziale Prozesse. Unterschiedliche Schulen und Richtungen beachten dabei unterschiedliche Aspekte dieser Prozesse, die für die Ausbildung bestimmter belastungsreaktiver Störungen ausschlaggebend sind (Schwarz, 2002). Beispielsweise gehen neurophysiologische Erklärungsansätze davon aus, dass psychische Traumatisierungen zu kurz- und langfristigen Struktur- und Funktionsveränderungen des psychophysiologischen und neurochemischen Systems führen (eine Übersicht hierzu bietet Kirsch, 2001). Dagegen beleuchten kognitive Ansätze die mit einer Traumatisierung verbundenen negativen Überzeugungen und deren Auswirkungen auf die Symptome. Im Folgenden wird die psychoanalytische Traumatologie fokussiert.

1.7 Psychoanalytische Traumatologie

In der psychoanalytischen Traumatologie können zwei basale Richtungen angenommen werden: Die Ich-Psychologie, deren Repräsentant *Freud* ist, und die Objektbeziehungstheorie mit *Ferenczi* als Vertreter.

Den Schwerpunkt von Psychodynamik, Pathogenese und psychischer Entwicklung legt *Freud* auf intrapsychische Vorgänge des Individuums. Dabei werden in der Kindheit angelegte Konflikte fokussiert, die durch eine traumatische Belastung aktiviert werden können. Der Theorie zufolge können durch die Traumatisierung ausgelöste Emotionen und Kognitionen nicht vom „Ich“ in das bestehende Selbst- und Weltkonzept integriert werden. Daraufhin einsetzende Abwehrmechanismen führen zu zwanghafter mentaler Wiederholung des Erlebten und zu Vermeidungsverhalten (*Hirsch*, 2000).

Bei Objektbeziehungstheoretikern werden Beziehungen grundsätzlich als Ergebnis des Handelns und Fühlens aller Beteiligten verstanden. Im Gegensatz zu *Freud*, wo das Trauma das Tribschicksal bestimmt, verändert das Trauma bei *Ferenczi* die Beziehung zu äußeren Objekten und deren inneren Repräsentanzen (*Cremerius*, 1983).

Inzwischen werden in der psychoanalytischen Traumatologie äußere Einwirkungen, die innere Verarbeitung sowie die Verbindung von äußerem Trauma und entsprechenden inneren Phantasien berücksichtigt (*Hirsch*, 2000).

Im Folgenden beziehe ich mich hauptsächlich auf den Artikel „Das Trauma als Objektbeziehung“ (*Ehlert-Balzer*, 1996). Darin werden die durch schwere Traumatisierungen verursachten Veränderungen der inneren Objektwelt vor analytischem Hintergrund beleuchtet.

1.7.1 Trauma und Objektbeziehung

Ehlert-Balzer bezieht sich im Folgenden auf Verfolgungstraumata, die er als eingegrenzte Ereignisse im Jugend- und Erwachsenenalter definiert. Sie zeichnen sich durch ein plötzliches Aufeinandertreffen von Täter und Opfer aus (wie es z.B. bei Vergewaltigung, Geiselnahme und Folter der Fall ist).

Der Begriff „Urvertrauen“ wurde von Erikson (1950) geprägt und stellt den Niederschlag früher Objektbeziehungen dar. Kommt es im Erwachsenenalter zu einer Traumatisierung, können bisher stabile funktionstüchtige Strukturen, die sich in der frühen Kindheit entwickelt haben, nachträglich geschädigt werden. Traumatische Neurosen werden deshalb oft fälschlicherweise als frühe Störungen verkannt und somit auf eine mangelhafte frühe Beziehung zur Mutter zurückgeführt (Ehlert-Balzer, 1996).

Die weit verbreitete Meinung, dass ein Trauma nur vorher bereits Geschwächte vernichten kann, wertet Ehlert-Balzer als Abwehr gegen die Destruktivität eines traumatischen Erlebnisses: *„Dass der Einbruch traumatischer Gewalt noch bis ins hohe Alter jede Lebensgeschichte in ihren Grundfesten erschüttern und möglicherweise auch endgültig zerstören kann (...), stellt eine fortwährende narzisstische Wunde dar, an die niemand gerne erinnert werden möchte...“* (ebd., S. 292).

1.7.1.1 Die traumatische Situation

In der traumatischen Situation sind die Schutzvorrichtungen des Organismus aufgrund äußerer Kräfte überfordert. Einerseits stellt die traumatische Erfahrung etwas Fremdes dar, denn das Ereignis tritt nicht wie üblich im lebensgeschichtlichen Kontext des Opfers auf. Andererseits wird das Trauma als etwas Bekanntes empfunden – als déjà-vu-Erlebnis für das Unbewusste (ebd.). *„Es ist, als ob plötzlich und in unerwarteter Form wirklich real würde, was wir einmal gefürchtet, dann vor uns abgeleugnet und aus unseren Gedanken verbannt haben. Das dunkle Unheil, das wir unbewusst erwartet haben, ist plötzlich da“* (Reik, 1926, S. 273).

Die äußere des Verfolgungstraumas ist durch das **Macht-Ohnmacht-Gefälle** zwischen Täter und Opfer gekennzeichnet. Der Täter hat zumindest zeitweise die faktische Macht über Leben und Tod des Opfers und löst bei ihm ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit aus. Innerlich werden die zentralen Ich-Funktionen des Opfers zweifach untergraben: Erstens kann aufgrund des déjà-vu-Charakters nicht mehr zwischen innen (Phantasie) und außen (Realität) unterschieden werden. Die äußere Bedrohung und plötzlich reaktivierte Ängste verschmelzen miteinander. Zweitens degradiert der Täter das Opfer zu einem wertlosen Objekt. Dadurch

geht jegliche narzisstische Besetzungszufuhr von außen verloren. Es droht die vollständige narzisstische Entleerung des Opfers, was der Vernichtung entspräche.

Die Kombination dieser Faktoren – Macht-Ohnmacht-Gefälle, unkontrollierbare Angst, Hilflosigkeit und nachhaltige Schwächung der Ich-Funktionen – erzeugen für das Ich einen zunehmenden **regressiven Sog**. Die **Reinfantilisierung des Opfers** erscheint als unausweichliche Konsequenz, denn die Regression erfordert im Gegensatz zu allen anderen Abwehrmechanismen keine zusätzliche Besetzungsenergie. Sie ist mit der Suche nach einem **Hilfs-Ich** verbunden, an das aufgegebenen Ich-Funktionen delegiert werden können. Dies ist mit der Hoffnung verbunden, dass die Mächtigeren – in der traumatischen Situation der Täter – doch noch alles zum Guten wenden.

1.7.1.2 Die traumatische Regression

Ehlert-Balzer zufolge löst das Trauma auf Objektbeziehungsebene archaische Verschmelzungswünsche mit omnipotenten Objekten der frühesten Kindheit aus. Schutz verspricht in dieser Situation nur die narzisstische Verschmelzung mit diesen omnipotenten Elternimages. Die Regression stellt den Versuch dar, diesen Zustand zu reaktivieren. Aufgrund des immensen Regressionsssoges erscheint der Täter in der aktuellen Situation wie die herbeigewünschten Elternfiguren. Die Delegation von Ich-Funktionen, das Liebesbedürfnis und die Verschmelzungswünsche richten sich zwangsläufig auf ihn. Der Täter wird daraufhin in der Phantasie des Opfers mit den narzisstisch-omnipotenten Qualitäten früher Elternimages ausgestattet. Er wird zum Primärobjekt, der das Leben des Opfers garantieren kann und in den alle Hoffungen gesetzt werden.

In der **Isolierung** sieht Ehlert-Balzer den zentralen Abwehrmechanismus der traumatischen Reaktion. Mittels der Isolierung wird ein bestimmter Gedanken oder ein Verhalten von den sonstigen Gedanken und dem übrigen Verhalten getrennt gehalten (Dorsch, 1998). Sie wird sowohl gegen die von außen kommende traumatische Reizüberflutung als auch gegen die vom regressiven Sog ausgelöste, innere Bedrohung eingesetzt. Mit Hilfe dieser Abwehroperation versucht das Opfer, die affektive Bedeutung der gesamten Situation auszuschalten. So soll verhindert werden, dass der Täter die existentielle Bedeutung des Primärobjektes erhält, darauf richtet sich die gesamte Sehnsucht nach Liebe und Trost. Auch diesbezüglich steht das Ich von außen und innen gleichzeitig unter starkem Druck. Dieser Kraft kann es auf Dauer nicht standhalten, da es von allen narzisstischen Ressourcen abgeschnitten ist. Nur die regressive Verschmelzung mit dem Täter kann scheinbar diese unerträgliche Spannung auflösen. Für Ehlert-Balzer ist der Moment, in dem das Ich die für die Isolierung benötigte Gegenbeset-

zung nicht mehr aufrechterhalten kann, der Beginn der eigentlichen irreversiblen psychischen Traumatisierung. Beispielsweise berichten Vergewaltigungsopfer häufig von einem bestimmten Moment, von dem an sie sich dem Täter völlig ergeben. Ehlert-Balzer nennt dies die „**Implosion der Gegenwehr**“ (S. 297): Das Opfer wünscht sich mehr oder weniger bewusst, dass die Tat nun endlich passiert, weil es sich davon eine Befriedigung – die Auflösung der unerträglichen Spannung – verspricht.

1.7.1.3 Objektverlust und Introjektion des Verfolgers

Auf unbewusster Ebene wird jeder schwere Angriff auf die Integrität einer Person als ein Verlassensein vom „guten Objekt“ und somit als Liebesverlust aufgefasst. Dies ist beim Verfolgungstrauma von existentieller Bedeutung, denn das Opfer scheint von der Liebe des Täters – wie der Säugling von seinen Eltern – abhängig zu sein. Auf der Ebene der Objektbeziehungen löst das schwere Trauma Phantasien der endgültigen Abwendung des Primärobjektes aus. Diese Abwendung würde einer Vernichtung der psychischen Existenz des Opfers gleichkommen. Um die Weiterexistenz des Primärobjektes zu sichern (d.h. die Wiederherstellung des vorher existierenden Zustands der narzisstischen Geborgenheit), versucht das Opfer, die „Liebe“ des Täters zurückzugewinnen. Aufgrund der Verwechslung des Täters mit dem Primärobjekt nimmt das Opfer nun fälschlicherweise an, dass es vor der Tat vom Täter geliebt wurde und er sich mit der Tat abgewandt hat. Um diese Abwendung rückgängig zu machen und die Einheit mit dem real abwesenden Primärobjekt in der Phantasie wieder zu vollziehen, verwendet das regredierte Ich die **Introjektion**. Dieser Vorgang in der Literatur zur meist als „Identifikation mit dem Aggressor“ (A. Freud, 1936) bezeichnet. Ehlert-Balzer zufolge ist diese Bezeichnung in diesem Zusammenhang irreführend, da es sich bei der Identifizierung um eine Nachahmung des Angreifers handelt und somit um eine Verwandlung vom Opfer zum Täter. Im Falle des Traumas ist dies nicht der Fall. Hirsch (1996) beschreibt die Identifikation als Veränderung der Selbstrepräsentanz durch die Übernahme von Objektaspekten. Dagegen werden bei der Introjektion Objektaspekte aufgenommen, die als Introjekte abgetrennt bleiben. Durch die Introjektion erhält der Täter unmittelbaren Anschluss an die unbewussten Phantasien (Triebrepräsenzen) des Opfers. Als Folge kann das Ich überhaupt nicht mehr zwischen innen und außen unterscheiden.

1.7.1.4 Das phantasmatische Verbot

Das traumatische Introjekt als innerer Fremdkörper zwingt das Opfer dazu, sich den phantasierten Wünschen des Täters anzugleichen. Das Opfer versucht so zu sein, wie es glaubt, dass

der Täter es haben möchte (Im Falle einer Identifizierung würde es versuchen, so zu sein, wie der Täter). „*Es reagiert nämlich auf das Trauma, wie ein Kind auf den Rückzug der Mutter reagiert: wie auf eine Verfehlung, als hätte man ein Verbot übertreten, ein Verbot, das man in sich aufnehmen muss, um die Liebe des Primärobjekts zurückzugewinnen*“ (Ehlert-Balzer, 1996, S. 300). Folglich tritt an die Stelle des verloren gegangenen Primärobjekts die **Introjektion eines Verbots**, das sich als psychischer Fremdkörper vor allem im Über-Ich und im Ich-Ideal manifestiert.

Die verschiedenen Verbrechen, die von den Opfern als Verbote verstanden und verkannt werden, sind mit spezifischen Feindbildern verbunden: Oft denken Traumatisierte ganz genau zu wissen, wofür sie „bestraft“ wurden (im Falle der Vergewaltigung einer Frau, weil sie z.B. sexuelle Gefühle kennt). Das fantasmatische Verbot rechtfertigt für das Opfer die Unterwerfung. Damit macht sich das Opfer auf unbewusster Ebene zum Komplizen des Täters. Des weiteren ist mit dem traumatischen Introjekt die Hoffnung auf Versöhnung verbunden, weshalb es trotz der von ihm ausgehenden Identitätsbedrohung nicht aufgegeben werden kann.

1.7.1.5 Abspaltung, Sexualisierung und Wiederholungszwang

Das introjizierte Feindbild des Täters wird zu einem Bestandteil des Ich-Ideals des Opfers („so muss ich sein, damit ich wieder geliebt werde“). Diese Idealvorstellung ist mit allen anderen Vorstellungen des Ich von sich selbst unvereinbar und wird vom Über-Ich als Verbotsübertretung verfolgt. Das Über-Ich bekämpft somit das, was vom Ich-Ideal verlangt wird. Das Ich kann diesen strukturellen Widerstand nicht auflösen. Aufgrund dieser Unvereinbarkeit kann es nie zur unbewusst ersehnten Versöhnung mit dem Täter kommen und das traumatische Introjekt bleibt ein feindlicher, ichdystoner¹⁰ Fremdkörper. Das Ich versucht daraufhin, die vom feindlichen Introjekt infizierten Teile von den gesunden Teilen der Persönlichkeitsstruktur **abzuspalten**. Zwei Teilpersönlichkeiten entstehen: Eine, die dem Trauma ausgesetzt war und von ihm zerstört wurde, und eine, die davon weiß, aber scheinbar nicht betroffen ist und somit ein pseudonormales Funktionieren ermöglicht. Das Opfer bemüht sich, die traumatische Erinnerung und die aktuellen Affekte getrennt zu halten. Daraufhin wird alles, was an das Trauma erinnert, aus dem Alltag entfernt und dem abgespaltenen Persönlichkeitsanteil zugeordnet. Dies sind in erster Linie die Schmerz- und Angstaffekte, doch mit der Zeit dehnt es sich auf alle stärkeren Affekte und Emotionen aus. Schließlich sind alle Gefühlsregungen

¹⁰ Ichdyston steht für ichfremd.

davon betroffen. Ähnlich verläuft es mit Erinnerungen: Zunächst werden nur Erinnerungen an das traumatische Ereignis verbannt, später kann die gesamte persönliche Vergangenheit im abgespaltenen Bereich liegen. Das traumatische Introjekt zieht somit immer mehr vorher gesunde Persönlichkeitsanteile zu sich. Im Extremfall bleibt nur noch eine völlig emotionslose, sinnentleerte Persönlichkeitsfassade übrig. Ehlert-Balzer sieht in dieser traumatischen Persönlichkeitsspaltung die gravierendste posttraumatische Veränderung der psychischen Struktur. Darüber hinaus kann sich die Bewertung des traumatischen Bereichs verkehren. Das Trauma wird dann idealisiert und ist der Sinnersatz für den durch das Trauma zerstörten Lebensbereich. Der Schmerz symbolisiert die Garantie für die Existenz des Liebesobjektes und garantiert, dass das Opfer noch nicht völlig verlassen ist. Mit der Zeit ersetzt der Schmerz das Liebesobjekt zunehmend und wird zur Lustquelle. Ehlert-Balzer nennt diesen Vorgang **Sexualisierung** des traumatischen Schmerzes.

Klinisch zeigt sich diese Sexualisierung vor allem in der masochistischen Selbstdestruktivität posttraumatischer Symptome, in psychosomatischen Symptomatologien und in dem Festhalten der Opfer an dem traumatisierenden Objekt.

Hirsch (2000) sieht im **Selbstbeschädigungsagieren** sowie im **psychosomatischen Somatisieren** Traumatisierter eine Wiederholung der traumatischen Gewalt. Sie wird dadurch im Körper gebunden und kontrolliert. Der Körper als Teil des Selbst bestraft. Dadurch findet das von massiven Schuldgefühle ausgelöste Strafbedürfnis kurzfristige Befriedigung. Wie die Selbstbeschädigung soll der Schmerz, das Ich vor Desintegration schützen.

Der **Wiederholungszwang**, dem viele Opfer traumatisierender Gewalt unterliegen, wird in der Literatur unterschiedlich verstanden: Für Freud hatte er die Wirkung „*das Trauma wieder zur Geltung zu bringen, also das vergessene Erlebnis zu erinnern, oder noch besser, es real zu machen, eine Wiederholung davon von neuem zu erleben, wenn es auch nur eine frühere Affektbeziehung war, dieselbe in einer analogen Beziehung zu einer anderen Person wieder neu aufleben zu lassen*“ (Freud, 1939a, S. 180). Der Wiederholungszwang kann als nachträglicher Bewältigungsversuch verstanden werden, mit der Hoffnung auf einen günstigeren Ausgang (Zepf et al., 1986). Zum einen überprüft er Ich-Funktionen immer wieder auf ihre Tauglichkeit, zum anderen könnte er als Versuch gesehen werden, die psychischen Verhältnisse vor der Traumatisierung wieder herzustellen (Hirsch, 2000).

1.7.1.6 Posttraumatische Aggression und Schuldgefühle

Durch die Traumatisierung kommt es zur Freisetzung von **archaischem Hass**, denn das Trauma wird als primärer Objektverlust erfahren. Das Ich kehrt zu primitiven, längst aufge-

gegebenen Aggressionsformen zurück. Dieser Hass gilt nur scheinbar dem Täter, denn er ist anwesend und somit nicht gänzlich verloren. Endgültig abwesend erscheint dagegen die Mutter, die ihr Kind zum Zeitpunkt der Tat nicht geschützt hat. Die mütterliche Zuverlässigkeit wird grundlegend angezweifelt, so dass alle darauf basierenden Objektbeziehungen ebenfalls hinterfragt werden. Darin sieht Ehlert-Balzer einen Grund, warum eine schwere posttraumatische Symptomatik leicht mit einer frühen Störung – der immer eine massive Störung der frühesten Mutter-Kind-Beziehung zugrunde liegt - verwechselt werden kann. Die archaischen Wut- und Hassgefühle bedrohen die gesamte innere Objektwelt. Mittels Projektion dieser Gefühle auf die Mutter versucht das Ich sich zu schützen. Diese Aktivität des Ich bewirkt jedoch eine immer weiter fortschreitende Zerstörung der inneren Objektwelt.

Darüber hinaus entwickeln fast alle Traumaopfer **schwere Schuldgefühle**. Bereits Ferenczi (1933) beschäftigte sich mit dieser Thematik und verstand sie als introjizierte Schuldgefühle des Täters. Ehlert-Balzer sieht dagegen aus den folgenden Gründen innere Quellen als zentraler für die Genese von Schuldgefühlen ,zumindest bei erwachsenen Traumatisierten, an: Erstens lädt das Opfer auf unbewusster Ebene Schuld auf sich, indem das Opfer sich aufgrund des regressiven Soges zum heimlichen Komplizen des Täters macht. Weiterhin weckt der Anschluss des traumatischen Introjektes an verdrängte Triebimpulse immense Schuldgefühle, denn dies kann im nachhinein beim Opfer den Eindruck erwecken, als habe es die Tat selbst herbeigewünscht. Das tiefe Schuldgefühl hat jedoch die Zerstörung der eigenen inneren Objektwelt und somit der „*Mord an der guten Mutter*“ (ebd. S. 305) zur Folge.

1.7.1.7 Trauma in der zweiten Generation

Auf identifikatorisch-introjektiven Wegen werden psychische Inhalte von einer Generation zur nächsten weitergegeben. Dies wurde von verschiedenen Autoren untersucht: Nach Grubrich-Simitis (1979) versuchen sich die Kinder der nachfolgenden Generation in die Ich-Defekte empathisch einzufühlen, um in einer Art Rollenumkehr den Defekt auszufüllen. Kogan (1991) spricht in diesem Zusammenhang von „*transgenerationaler Transmission*“. Die Kinder sind Ziele der Projektion von Trauer und Aggression der Eltern. Sie verschmelzen in der Sorge symbiotisch mit den unzulänglichen Eltern und wollen in der Phantasie das Trauma der Eltern wiedererleben, um sie verstehen zu können. „*Ebenso wie bei den Opfern selbst durch Introjektion ein Schuldgefühl entsteht, kann ein solches auch in der Nachfolgegeneration massive Formen annehmen (...). Denn es ist das introjizierte Schuldgefühl der Eltern (der eigentlichen Opfer), noch potenziert durch das eigene Schuldgefühl, in der notgedrungen übernommenen Aufgabe, die Eltern zu retten, versagt zu haben*“ (Hirsch, 2000, S. 131).

2 Dissoziation

2.1 Begriffliche Klärung

Im ursprünglichen Sinne bedeutet Dissoziation Trennung, Zerfall, Abspaltung. Ein zusammengehöriger psychischer Vorgang zerfällt in seine Einzelteile. Das dabei aus dem Gesamterleben Herausgeratene ist nicht (mehr) oder nicht (mehr) voll bewusstseinsfähig (Tölle, 1994). Bei der Dissoziation handelt es sich um eine strukturierte Separation mentaler Prozesse. *„In seiner weitesten Bedeutung steht der Begriff „Dissoziation“ für eine Auffassung, nach der zwei oder mehr mentale Prozesse oder Inhalte offensichtlich nicht miteinander assoziiert sind, obwohl diese Teilbereiche normalerweise in das Bewusstsein, Gedächtnis oder Selbstbild integriert sein sollten“* (Fiedler, 2001, S. 55-56). Es können z.B. Gedanken, Erinnerungen, Gefühle, Bewegungsabläufe, Handlungsimpulse und Körperempfindungen dissoziiert werden. In den letzten zwanzig Jahren stellt das Konzept der Dissoziation eine zentrale These der Traumaforschung dar. In einer der ersten Monografien über Multiple Persönlichkeitsstörung fasst Putnam (1989) zusammen, auf welchen Ebenen das Dissoziationskonzept verstanden und angewandt werden kann:

- in der akuten Reaktion auf traumatische Erfahrungen,
- als Mechanismus, der den Langzeitfolgen traumatischer Erfahrungen unterliegt,
- als Versuch, die psychophysiologische Grundlage psychosomatischer Phänomene zu fassen und
- als Möglichkeit, die Auswirkungen von Traumata auf die Entwicklung der Selbstwahrnehmung zu konzeptualisieren.

2.2 Geschichte des Dissoziationskonzeptes

In allen Kulturen und zu allen Zeiten können dissoziative Phänomene nachgewiesen werden (Ross, 1996). Im Schamanismus sind sie in kulturell akzeptierter und sogar geheiligter Form z. B. als Trance- oder Extasezustände zu finden (Eliade, 1964). Gesellschaftlich verpönt und sogar unerwünscht waren dissoziative Zustände beispielsweise im Mittelalter, wo sie meist als Besessenheit oder Hexerei verstanden und gefürchtet wurden (Mentzos, 1986).

Das Dissoziationsmodell ist eng mit der Geschichte der Hysterie verknüpft (Spitzer et al., 1996). Erste vorwissenschaftliche Modellvorstellungen zur Dissoziation und Hysterie stammen aus der ägyptischen Hochkultur. Bestimmte Symptomkonstellationen, die vorwiegend

bei Frauen vorkamen, wurden auf eine im Körper auf der Suche nach Feuchtigkeit umherwandernde Gebärmutter zurückgeführt. Aus dem ägyptische Wort für Gebärmutter „hysteron“ leitet sich unser Begriff der „Hysterie“ her (Mentzos; 1986).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts fanden im Rahmen der Neurologie Frankreichs erste wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dem klinischen Phänomen der Hysterie statt. Bereits der Nervenarzt Paul **Briquet** versuchte 1859 eine phänomenologische Einordnung der hysterischen Symptome (Briquet, 1859), ohne jedoch Ätiologie oder Pathogenese zu berücksichtigen.

Später entdeckt Jean Martin **Charcot** (Charcot & Richer, 1881) dass sich hysterische Symptome unter Hypnose auflösen können. Er legte die Vermutung nahe, dass alternierende Bewusstseinsanteile für diese Störung ausschlaggebend sind (Wölk, 1992). Seine Schüler Pierre Janet und Sigmund Freud wandten sich stärker der psychodynamischen Dimension der Hysterie zu: **Janet** (1889, 1907, 1919, 1925) formulierte als erster um die Jahrhundertwende das Grundkonzept der Dissoziation, wonach bestimmte Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein abgespalten werden, jedoch weiterhin aktiv bleiben und so für dissoziative Zustände verantwortlich sind. Er interpretierte die Konversionssymptome¹¹ seiner Patientinnen als vom Bewusstsein dissoziierte Erinnerungsfragmente an ein traumatisches Erlebnis. (Van der Kolk, 1996).

Zunächst schlossen sich auch **Breuer** und **Freud** (1895) in ihren „Studien über Hysterie“ der Auffassung an, dass hysterische Symptome als Reinszenierungen traumatischer Erinnerungen zu verstehen sind. Ihrer Konversionstheorie zufolge wird die von der ursprünglich affektgeladenen Vorstellung ausgehende Erregung in ein somatisches Phänomen, dem Konversionssymptom, umgewandelt. Die Vorstellung löst dann das körperliche Symptom und nicht mehr den Affekt aus. Breuer und Freud nahmen zunächst wie Janet an, dass Patienten eine Verbindung zwischen der Symptomatik und dem traumatischen Ereignis in der Regel nicht herstellen können. Erst wenn das Trauma und die dazugehörigen Affekte wieder zugänglich und in Worte gefasst werden können, ist ein Rückgang der hysterischen Symptome zu erwarten.

In der späteren von **Freud** erarbeiteten Verdrängungstheorie wird die ursprüngliche Auffassung, die Hysterie den dissoziativen Störungen zuzuordnen, relativiert. Er erklärt von nun an die Konversionssymptome als Verdrängungsmechanismus. Mit dem bewussten Erleben unvereinbare Phantasien, Wünsche, Vorstellungen und Affekte, die meist aggressiver und sexueller Natur sind, können mit Hilfe dieses Mechanismus aus dem Bewusstsein verbannt wer-

¹¹ Konversion meint die Umsetzung eines intrapsychischen Konfliktes in ein körperliches Symptom.

den. Symptome entstehen dann als Kompromisse zwischen Triebwunsch und Abwehr (Hinkeldey & Fischer, 2002).

Nach der ersten Hochphase des Dissoziationskonzeptes (in etwa zwischen 1890 und 1910) folgte aus verschiedenen Gründen ein rasanter Interessensverlust an dissoziativen Symptomen (Ross, 1996): Eugen **Bleuler** beschäftigte sich intensiv mit dem Mechanismus der Spaltung oder Dissoziation, verband ihn jedoch mit der Schizophrenie und der Desintegration vor allem in Bereichen des Denkens, der Affektivität und des Wollens (Bleuler, 1911). Sein Konzept fand weite Anerkennung und trug zu einem raschen Interessensverlust am Dissoziationsmodell bei (Rosenbaum, 1980). Der vielleicht wichtigste Grund für das nachlassende Interesse am Dissoziationskonzept ist jedoch in Freuds Verständnis zur Hysterie begründet. Den zentrale Mechanismus der Hysterie sah er im Konversionsprozess und nicht im Prozess der Dissoziation. Die Konversion ist nach Freud ein Konflikt zwischen verbotenen Wünschen und Phantasien, die meist von sexueller Natur sind, und den Strebungen diese Wünsche nicht im Bewusstsein zulassen. Sie werden durch den Körper symbolhaft dargestellt (Freud & Breuer, 1895; Freud, 1916/1917)

Später wurde das Dissoziationskonzept von Janet vor allem im Rahmen der Ichpsychologischen Modellvorstellungen, der Narzissmustheorie und im Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung weiterentwickelt (z.B. von Kohut, 1973; Kernberg, 1978).

Die Dissoziation erlebte aus verschiedenen Gründen ihre Renaissance: Das wiedererwachte Interesse für die Hypnose – in den Bereichen experimenteller Psychopathologie (z.B. Frankel, 1990) und als therapeutischer Techniken (z.B. Revenstorf, 1990), lenkte die Aufmerksamkeit auf phänotypische Ähnlichkeiten zwischen hypnoiden und dissoziativen Erfahrungen (Whalen & Nash, 1996). Weiterhin belebte die Auseinandersetzung mit den psychischen Langzeitfolgen von Vietnamveteranen das Interesse an der posttraumatischen Belastungsstörung, bei der dissoziative Phänomene einen erheblichen Teil der Störung ausmachen (Bremner et al., 1992). Vor allem auch die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von körperlichem und sexuellem Missbrauch in der Kindheit und deren ätiopathogenetische Wichtigkeit für psychische Störungen, betonte die Bedeutung des Konzeptes der Dissoziation (Waldinger et al., 1994).

2.3 Definition

Allgemein lässt sich Dissoziation als psychophysiologischen Prozess verstehen (Bernstein & Putnam, 1986), der sich vor allem in einer Desintegration der normalerweise integrativen

Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt zeigt (APA, 1994; Saß et al., 1996).

Die ICD-10 (WHO, 1992; Dilling et al., 1993) nimmt diesen Integrationsverlust zusätzlich auch für die neurophysiologischen Funktionen der Sensorik, Sensibilität und Motorik an. Diese erweiterte Anwendung des Dissoziationsbegriffs basiert sowohl auf historischen Entwicklungen als auch auf inhaltlichen Überlegungen. Beispielsweise konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden, dass Patienten mit dissoziativen Störungen signifikant häufiger unerklärte körperliche Symptome aufweisen als andere psychiatrische Diagnosegruppen (z.B. Saxe et al., 1994). Die Zusammenführung „hysterischer“ Phänomene in der ICD-10 wird positiv beurteilt (Hoffmann & Hochapfel, 1995) und geht mit der Vorstellung einher, dass Dissoziation einen integrierenden und basalen Mechanismus bei allen „hysterischen“ Erscheinungen darstellt (z.B. Cardena & Spiegel, 1996).

Die selektive Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die unmittelbare Aufmerksamkeit bedeutsam werden, ist bei den dissoziativen Störungen in einem Ausmaß gestört, welche ständig wechseln kann. Der Zustand der Dissoziation kann plötzlich oder schleichend auftreten und vorübergehend oder chronisch verlaufen (Bernstein & Putnam, 1986; WHO, 1992; APA, 1994).

2.4 Formen der Dissoziation

In Bezug auf eine psychische Traumatisierung lassen sich grundsätzlich drei Formen der Dissoziation unterscheiden (van der Kolk et al., 2000):

- Primäre Dissoziation,
- Sekundäre Dissoziation sowie
- Tertiäre Dissoziation.

2.4.1 Primäre Dissoziation

Bezeichnet den Vorgang der besonderen Informationsverarbeitung während einer psychischen Traumatisierung. Das Erlebnis ist für den Menschen derart überwältigend, dass es vom Bewusstsein nicht integriert werden kann und vom gewöhnlichen Bewusstsein isoliert bleibt. Diese Fragmentierung geht mit Bewusstseinszuständen einher, die sich vom normalen Bewusstseinszustand unterscheiden, sie gelten als typisches Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung.

2.4.2 Sekundäre Dissoziation

Befindet sich ein Mensch erst einmal in einem dissoziierten Zustand, kann eine weitere Desintegration des persönlichen Erlebens stattfinden – eine Dissoziation zwischen beobachtendem und erlebendem Ich. Das Opfer distanziert sich so stark vom Geschehen, dass das Ereignis aus einer Zuschauerperspektive wahrgenommen wird. Das Ich überflutende Körperempfindungen und Affekte werden dissoziiert und dadurch gedämpft. Die Wachsamkeit wird intensiviert. Dies hat eine Minderung des hohen Erregungsniveaus zur Folge und geht in der Regel mit einer Veränderung des vertrauten Selbst- (Depersonalisation) und Umwelterlebens (Derealisation) einher. Die Sekundäre Dissoziation wird teilweise auch als peritraumatische Dissoziation bezeichnet¹².

2.4.3 Tertiäre Dissoziation

Aufgrund fortschreitender Traumatisierungen können Menschen voneinander unabhängige Ich-Zustände (Ego States) entwickeln, die verschiedene Aspekte der traumatischen Erfahrung beinhalten. Im Extremfall können diese Ich-Zustände so ausgeprägt sein, dass sie eigenständige komplexe Identitäten darstellen (Dissoziative Identitätsstörung).

2.5 Konzeptualisierung

Das Konzept der Dissoziation ist nach wie vor nicht einheitlich konzeptualisiert. Es herrscht Uneinigkeit vor, ob die Dissoziation eine kontinuierlich verteilte Persönlichkeitsvariable darstellt, oder ob man grundsätzlich zwei Arten der Dissoziation – eine nicht pathologische und eine pathologische Form – unterscheiden muss:

2.5.1 Kontinuumhypothese

Dissoziation wurde in der klinischen Forschung einerseits als Kontinuum konzeptualisiert (Ross, 1996), das von alltäglichen, subklinischen Symptomen (z.B. Tagträumen) bis zu schwersten Formen der Dissoziativen Identitätsstörung reicht (z.B. Putnam, 1994; Steinberg, 1995). Es konnte empirisch belegt werden, dass dissoziative Störungen auf psychischem Niveau (Amnesie, Fugue, Trance- und Besessenheitszustände und Multiple Persönlichkeitsstörung) eine im Schweregrad aufsteigende Psychopathologie zeigen (Bernstein & Putnam, 1986; Ross, 1989). Ob diese auch für pseudoneurologische Konversionsstörungen gilt wurde bisher noch nicht empirisch belegt.

2.5.2 Kategoriale Perspektive

Andererseits häuft sich die Kritik an dieser „Kontinuumshypothese“. Von Anhängern der kategorialen Perspektive wird vermutet, dass es zwei Arten von dissoziativen Phänomenen gibt: Eine kontinuierlich verteilte, nicht pathologische Form sowie einen diskreten, pathologischen Typus (Cardena, 1994). Dies konnte zumindest teilweise empirisch belegt werden (Waller et al., 1996). Vertreter dieser kategorialen Auffassung verstehen Dissoziation als eine extreme Abweichung von der Normalität und betrachten ihre Klassifizierung als ein vollständig von der normalen Dimension getrenntes, durchgehend psychopathologisches Konstrukt. Zu dissoziativen Erfahrungen im normalen Bereich zählen beispielsweise die Hypnose oder „Out of body Erlebnisse“, dagegen werden Phänomene wie die Dissoziative Amnesie, die Dissoziative Identitätsstörung und Depersonalisation als pathologisch angesehen.

2.6 Dissoziation in den Diagnostischen Klassifikationssystemen

In beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV liegt die Betonung auf deskriptiven Merkmalen und weniger auf ätiopathogenetischen Vorstellungen. In Bezug auf die Klassifikation von Dissoziation sind sie jedoch nicht einheitlich. In der folgenden Tabelle werden die beiden Klassifikationsmanuale ICD-10 und DSM-IV einander gegenübergestellt (vgl. Blumenstock, 2003):

ICD-10	DSM-IV
Dissoziative Amnesie	Dissoziative Amnesie
Dissoziative Fugue	Dissoziative Fugue
Dissoziativer Stupor	
Dissoziative Trance- und Besessenheitszustände	
Dissoziative Bewegungsstörungen	Konversionsstörung
Dissoziative Krampfanfälle	
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	
Dissoziative Störungen, gemischt	
Sonstige Dissoziative Störungen	
Ganser-Syndrom	
Multiple Persönlichkeit	Dissoziative Identitätsstörung
Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störung	
Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung	Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung
Depersonalisations-/Derealisationsstörung	Depersonalisationsstörung

Tab. 2: Konzeptualisierung der Dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-IV

¹² Siehe hierzu auch Kapitel I.1.3.2 Erstarren und peritraumatische Dissoziation, S. 5.

2.6.1 Dissoziation in der ICD-10

Dissoziative Störungen werden in der **ICD-10** zusammen mit konversionsneurotischen Symptomen aufgeführt, dabei findet eine Untergliederung in **Dissoziative Amnesie** (Unfähigkeit sich zu erinnern), **Dissoziative Fugue**¹³, **Dissoziativer Stupor**¹⁴, **Dissoziative Trance- und Besessenheitszustände**, **Dissoziative Störungen der Bewegungen und der Sinnesempfindungen**¹⁵, **Sonstige dissoziative Störungen**¹⁶ und **Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störungen** statt. **Depersonalisations- und Derealisationsstörungen** werden unter die **Neurotischen Störungen** eingeordnet. Zwei Leitlinien der ICD-10 fordern bezüglich aller dissoziativen Störungen, dass somatische Erkrankungen ausgeschlossen werden müssen. Zudem muss es einen zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn des dissoziativen Symptoms und des traumatisierenden Ereignisses, der unlösbaren Konflikte oder der gestörten Beziehungen geben.

2.6.2 Dissoziation im DSM-IV

Das **DSM-IV** hat das frühere Hysteriekonzept durch die vier Störungskategorien **Somatisierungsstörungen**, **Konversionsstörungen**, **histrionische Persönlichkeit** und **Dissoziative Störungen** ersetzt. Die Gruppe der **Dissoziativen Störungen** gliedert sich in **Dissoziative Amnesie**, **Dissoziative Fugue**, **Dissoziative Depersonalisationsstörung**, **Dissoziative Identitätsstörung** und **Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung**. Nach dem DSM-IV ist eine Dissoziative Störung nur dann zu diagnostizieren, wenn sie klinisch bedeutsames Leid und/oder eine Beeinträchtigungen in zentralen Lebensbereichen verursacht. Darüber hinaus muss ausgeschlossen werden, dass sie nicht allein auf eine andere psychische Störung, eine körperliche Erkrankung oder auf die Einnahme einer Substanz zurückzuführen ist.

¹³ Dissoziative Fugue bezeichnet ein durch die Dissoziation ausgelöstes plötzliches Verlassen der gewohnten Umgebung.

¹⁴ Dissoziativer Stupor bezeichnet eine durch die Dissoziation ausgelöste beträchtliche Verringerung oder das Fehlen willkürlicher Bewegungen und normaler Reaktionen auf äußere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung.

¹⁵ Dissoziativer Stupor bezeichnet einen durch die Dissoziation ausgelöster vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit einer oder mehrer Körperteile und/oder verschiedener sensorischer Modalitäten.

¹⁶ In die Kategorie Dissoziative Identitätsstörung wird unter anderem die ehemals Multiple Persönlichkeit subsumiert.

2.7 Aspekte der Dissoziation

2.7.1 Zustandsabhängigkeit der Dissoziation

Während der traumatischen Situation auftretende dissoziative Erlebniszustände werden als psychotraumatische Abwehrmechanismen verstanden, die eine adaptive, das Selbst schützende Funktion haben (Fischer & Riedesser, 1999). Mittels Dissoziation versucht die traumatisierte Person eine gewisse Kontrolle über die Situation aufrechtzuerhalten, in der die physische Kontrolle und somit die Handlungsmöglichkeit extrem eingeschränkt oder nicht vorhanden ist. Im Gegensatz zu verdrängten Gedächtnisinhalten sind dissoziierte Erinnerungen dem Bewusstsein zeitweise nicht zugänglich (Spiegel, 1997). Dissoziierte Zustände zeichnen sich meist durch einen zentralen Affekt, einen bestimmten kognitiven Stil und ein bestimmtes Verhaltensmuster aus. Sie gelten als *zustandsabhängig*, d.h. sie können bei entsprechend veränderten Bewusstseinszuständen wieder zugänglich werden (Reviere, 1996). Diese Art von Gedächtnisstörung wird als Folge von dissoziativen Prozesse angesehen und mit der **Theorie des zustandsabhängigen Lernens und Erinnerns** in Zusammenhang gebracht (z.B. Fischer & Riedesser, 1999). Gemäß dieser Theorie können Gedächtnisinhalte, die während eines bestimmten funktionellen Zustandes des Gehirns gelernt wurden, am leichtesten wieder abgerufen werden, wenn derselbe funktionelle Zustand wieder erreicht ist. Durch die Theorie des zustandsabhängigen Lernens und Erinnerns lässt sich erklären, warum traumatische Erinnerungen bei veränderten Bewusstseinszuständen (z.B. unter Hypnose oder nach Einwirkung von Barbituraten) wieder zugänglich werden. Die dissoziierten Erinnerungen sind nicht verloren oder völlig unzugänglich, sondern nur in einem bestimmten Zustand, unter situativer und emotionaler Rückbindung an die traumatische Situation, abrufbar (Spiegel, 1991). Reviere (1996) postuliert, dass nur bei der Dissoziation eine zustandsabhängige Verfügbarkeit von Gedächtnisinhalten besteht – bei der Verdrängung dagegen nicht.

2.7.2 Dissoziation – ein kreativer Prozess

Im Folgenden beziehe ich mich hauptsächlich auf den Artikel von Braude (2002), in dem die mit der Dissoziation verbundenen kreativen Momente hervorgehoben werden:

2.7.2.1 Kreativität und Hypnose

Das Induzieren **negativer Halluzinationen**¹⁷ war in der Psychologie des späten neunzehnten und frühen zwanzigsten Jahrhunderts weit verbreitet. Beispielsweise löste Bernheim bei einer achtzehnjährigen Dienerin, Elise B., negative Halluzinationen aus. Er suggerierte ihr während ihres Trancezustandes, dass sie ihn nicht länger sähe und er weg sei, wenn sie aufwache. Anschließend setzte er Elise verschiedenen Demütigungen (z.B. Beschimpfungen) und schmerzhaften Prozeduren (z.B. Nadelstichen) aus, die sie jedoch nicht zu bemerken schien (Binet, 1896). Die Wahl Elises, die visuelle Wahrnehmung Bernheims sowie seiner direkten Wirkungen auf sie zu dissoziieren, stellt eine kreative Leistung dar. Schließlich hätte Elise auch auf eine andere Weise reagieren können. Sie hätte ihre „Behandlung“ wahrnehmen können, während sie den Ausführenden ausblendet. Oder sie hätte einen anderen Angreifer positiv halluzinieren¹⁸ können.

Dieses Phänomen steht dem Phänomen der sogenannten **hysterischen Anästhesie**¹⁹ nahe, das vor allem in frühen Studien Beachtung fand (z.B. bei Janet, 1901; Myers, 1903), aber auch in neueren Studien fokussiert wurde (Oakley, 1999). In diesen Arbeiten wird über Personen berichtet, die sich in Bereichen selbst betäuben, die weit verbreiteten, eigenwilligen Auffassungen über die Körperanatomie folgen. Beispielsweise wird eine sensorische Unempfindlichkeit beschrieben, die wie ein um den Arm geschlungener Gürtel verläuft.

In Studien zu **hypnotischer Blindheit** und zu **visuellen Konversionsstörungen** (hysterische Blindheit) fiel verschiedenen Autoren auf, dass hypnotisierte Personen von Objekten oder Informationen, die sie scheinbar nicht wahrnehmen, beeinflusst werden (z.B. Oakley, 1999). Myers (1903) konstatierte in diesem Rahmen, dass hysterische Anästhesie kaum zu Verletzungen der Gliedmaßen führt, wirkliche Anästhesie dagegen häufig. Hypnotisierte Subjekte geben in Halluzinationsexperimenten oft zweifelhafte Erklärungen bezüglich ihrer Wahrnehmung ab. Beispielsweise folgt auf die Frage, warum eine Person doppelt wahrgenommen wird, die Antwort, dass es sich um ein Zwillingsgeschwister oder einen Spiegeltrick handeln muss (Marks et al., 1989). Antworten tief hypnotisierter Personen sind *„always characterized by a remarkable incongruity that does not appear to unduly trouble them“* (Orne, 1972, S. 427).

¹⁷ Negative Halluzinationen beinhalten die Suggestion, bestimmte körperliche Sensationen, Personen oder Gegenstände nicht wahrzunehmen.

¹⁸ Positives Halluzinieren beinhaltet, etwas nicht vorhandenes wahrzunehmen.

¹⁹ Hysterische Anästhesie bezeichnet eine sensorische Empfindungslosigkeit ohne organische Ursache.

Diese Beispiele illustrieren die der Dissoziation immanenten Möglichkeiten, neue mentale Zusammenhänge zu generieren, einen Handlungsplan aus vielen Optionen auszuwählen und mittels Kreativität dissoziative bzw. halluzinierte Zustände zu bewahren.

2.7.2.2 Kreativität und Dissoziation

Die Dissoziation traumatischer Erinnerungen und die Erschaffung von Alter-Identitäten stellen kreative Bewältigungsformen bezüglich intolerabler Ausnahmesituationen (wie sexuellem Missbrauch) dar.

Das Bewusstwerden des traumatischen Ereignisses kann durch eine Vielzahl von Situationen wieder ins Bewusstsein dringen und dies muss verhindert werden. Braude sieht Dissoziation nicht als einfache Isolation einer komplexen Disposition an, sondern für ihn entsteht eine neue, komplexe Disposition. Dabei verschwindet die alte Disposition niemals gänzlich. Beispielsweise werden dissoziierte Überzeugungen oder Erinnerungen von Missbrauchsoffern durch andere Überzeugungen oder Erinnerungen abgelöst. Diese steuern dann die meiste Zeit das Verhalten und schreiben sich ins Wachbewusstsein ein. Die Person fühlt und handelt daraufhin, als hätte der Missbrauch nie stattgefunden, oder als könnte er nicht erinnert werden. Mentale Zustände wie Überzeugungen oder Erinnerungen können nicht völlig isoliert werden. Sie haben eine unbegrenzte Anzahl autobiographischer Verbindungen zu anderen Überzeugungen, Gefühlen, Erinnerungen. Sie sind somit mit Gewohnheiten und Persönlichkeitseigenschaften verwoben. Missbrauchsoffer, die den Missbrauch dissoziiert haben, müssen folglich anders handeln, fühlen und denken. Dies hat weitreichende Auswirkungen auf ihr gesamtes Leben, denn auch andere mit dem Ereignis verwandte Aspekte müssen daraufhin neu interpretiert werden: Kann sich das Opfer beispielsweise daran erinnern, mit dem Täter in einem Raum gewesen zu sein, muss diese Erinnerung von diesen Assoziationen „bereinigt“ werden. Die bisherigen Beispiele untermauern Brauds These, dass die Dissoziation keine bloße Grenze zur Vergangenheit darstellt. Eine derartige passive Struktur hätte nicht den erforderlichen Grad an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Hinblick auf neuartige Situationen und Anforderungen.

Dissoziation beinhaltet keine bewusste Täuschung anderer, sondern eine Selbst-Täuschung und sie kann mit Lügen verglichen werden: Genau wie das Lügen erfordern dissoziative Prozesse Aufmerksamkeit und eine sekundschnelle Adaptionsfähigkeit. Dissoziationen können ebenso wie Lügen auf zahlreiche Arten ausgedrückt werden und uns in weitere Dissoziationen verwickeln. Interpretiert ein Missbrauchsoffer beispielsweise kürzlich erfolgte sexuelle Annäherungsversuche eines Elternteils als nicht-sexuell, dann wirkt sich das auf die Art und

Weise aus, wie das Elternteil gesehen wird. Im Rahmen von dissoziativen Symptomen muss – wie auch beim Lügen – aus vielen Täuschungsmöglichkeiten ausgewählt werden.

2.7.2.3 Dissoziation und Fähigkeiten

Kreativität ist Braude zufolge auch in Bezug auf Fähigkeiten, Eigenschaften und Fertigkeiten wichtig. Sie stellen ein komplexes und sich überlappendes Netzwerk an Dispositionen dar und tragen dazu bei, Überzeugungen oder Erinnerungen vom Bewusstsein getrennt zu halten. Bilden beispielsweise Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung eine neue Alter-Identität aus, schöpfen sie aus ihrem ganzen Repertoire an Kapazitäten und setzen diese auf kreative und neuartige Weise zusammen. In diesem Rahmen werden andere Situationen aufgesucht, das Verhalten wird anders nuanciert und neue Personengruppen werden interessant.

2.7.2.4 Resümee

Braude sieht die Dissoziation als äußerst komplexen Prozess an, der die gesamte Psychologie eines Menschen beeinflusst. Die klinische Wichtigkeit seiner Erkenntnisse liegt in folgenden Punkten begründet:

- Sie machen auf die Komplexität der Dissoziation aufmerksam, die Kreativität beinhaltet, denn Dissoziation wird oft sehr vereinfacht als bloßes Durchtrennen assoziativer Verknüpfungen oder als Errichten psychischer Barrieren angesehen.
- Mittels neuer Erkenntnisse wird deutlich, dass menschliches Coping- und Anpassungsverhalten mechanischen Analysen widersteht.
- Diese neue Sichtweise widersetzt sich Erklärungsversuchen, die Dissoziation in Termini reiner Distinkt-Module oder Ich-Zustände erklären wollen.
- Bewältigungsstrategien können nur in Bezug auf einzelne Personen beschrieben werden, für die Konflikte bestehen.

3 Affekte

Die Bezeichnung „Affekt“ leitet sich aus dem lateinischen Wort „affectus“ ab, das soviel wie „Stimmung“, „Leidenschaft“ oder „Begierde“ bedeutet. Der Begriff ist nicht einheitlich definiert. Meist wird darunter ein intensives, relativ kurz andauerndes Gefühl verstanden (Dorsch, 1998). Daneben steht die Bezeichnung „Emotion“ im allgemeinen Sprachgebrauch oft für „Gefühl“. Es gibt zahlreiche Emotionstheorien und folglich auch unterschiedliche Definitio-

nen des Begriffs. Eine Auflistung der fünf wichtigsten Emotionstheorien findet sich bei Traue (1998).

Emotionen werden in einem Informationsverarbeitungsprozess generiert, wobei eine sensorische und kognitive Verarbeitung interner oder externer Reize stattfindet. Sie drücken sich auf physiologischer, motorischer und vegetativer Ebene aus. Bei den Informationsverarbeitungsprozessen handelt es sich um Prozesse, an denen verschiedene miteinander interagierende Komponenten beteiligt sind. Die verschiedenen Subsysteme sind weitgehend eigenständig. Um dies hervor zu heben, werden die einzelnen Komponenten als „Module“ bezeichnet (Scherer, 1997).

3.1 Das Affektsystem nach Krause

Im empirischen Teil dieser Arbeit beziehe ich mich auf folgendes Affektverständnis: *„Unter Affekt verstehen wir den Prozess, der die Motorik, Physiologie, das Denken und das kommunikative Handeln geordnet ansteuert. Ein Affekt ist so gesehen der Prozess, ein und dieselbe Sache in verschiedenen „Readouts“ darzustellen“* (Krause, 1997, S. 61). Krause fand bei der Untersuchung klinisch erkrankter Personen sechs verschiedene Subsysteme, die relativ unabhängig parallel von einander agieren. In Anlehnung an Scherer bezeichnet er die folgenden sechs Komponenten als Module (Krause, 2000):

- 1) Ein **motorisch expressives Modul** in der Körperperipherie aktiviert Gesichtsausdrücke und Vokalisierungen in der Stimme. Ein begrenzter Satz kulturinvarianter bedeutungstragender Zeichen wird mobilisiert, der maßgeblich zur Beziehungsgestaltung beiträgt. Die Primäraffekte Angst, Wut, Ekel, Trauer, Verachtung, Freude und Neugier/Interesse werden symbolisiert.
- 2) Ein **physiologisches Modul** aktiviert bzw. deaktiviert (nur teilweise spezifisch) das autonome und endokrine System. Dadurch wird die innere und äußere Handlungsbereitschaft (arousal) hergestellt.
- 3) Ein **willkürmotorisches Modul** bahnt das Verhalten in der Körpermuskulatur an. Die rudimentäre Intentionsbewegung deutet die Vollform der Intention an, jedoch ohne symbolische Bedeutung. Dieses Modul ist nicht mit dem expressiven Signalanteil (Modul 1) deckungsgleich.
- 4) Ein **Modul zur Situationswahrnehmung** bildet den affektiven Prozess als Episode mit dem Erlebenden als Subjekt, einem mit ihm verbundenen Objekt und einer spezifischen Interaktion zwischen beiden ab.

- 5) Ein **Modul der Wahrnehmung der Körperprozesse** ermöglicht die Registrierung der in den ersten drei Modulen beschriebenen physiologischen Prozesse als Wahrnehmung (Interozeption).
- 6) Ein **Modul für die Semantik der Affekte** benennt eines der anderen Module und bewertet sie somit implizit.

Vor diesem Hintergrund versteht Krause (1998) **Affekte** als körperliche Reaktionen ohne bewusste Repräsentanz (Module 1 bis 3). **Gefühle** beinhaltet dagegen die bewusste Wahrnehmung und/oder Erleben der situativen Bedeutungsstruktur und der autonomen Anteile (Module 1 bis 4). Werden alle sechs Module einbezogen, handelt es sich um **Empathie**. Die autonomen Anteile werden bei empathischen Vorgängen bewusst erlebt und gleichzeitig einem Objekt (Empathie, Fremdverständnis) oder dem Selbst (Selbstepathie, Einsicht, Mitleid) zugeordnet.

Im klinischen Rahmen kommt das Wort „Affekt“ in vier verschiedenen Kontexten vor (vgl. ebd.): In Form von **Zuständen** (wie Scham, Schuld, Stolz), als Folge von **Trieben und/oder kognitiven Prozessen** (Empfindungen der Lust-Unlustreihe), im Kontext **traumatischer Affekte**²⁰ und stärker **auf das Gegenüber bezogen**, im Sinne von im Gegenüber Wirkungen hervorrufend.

3.2 Primäraffekte

Innerhalb der Emotionsforschung herrscht Konsens darüber, dass bestimmte Affekte in allen Kulturen vorkommen. Ortony und Turner (1990) haben vierzehn Ansätze zur Bestimmung von Grundemotionen untersucht. Dabei variiert die Anzahl der propagierten Grundemotionen von zwei bis achtzehn Grundemotionen. Der Hauptgrund für diese Variationsbreite liegt vermutlich in den unterschiedlichen Schwerpunkten hinsichtlich der Aspekte oder Funktionen, die die Emotionen beinhalten. Es finden sich unter anderem attributionstheoretische, sprachpsychologische, neuroanatomische und evolutionstheoretische Begründungen. Ich beziehe mich auf die Annahme, dass sich diese Grundemotionen durch eine universelle Gesichtsmimik ausdrücken. Im Hinblick auf die damit verbundenen Gefühle werden sie als „Primäraffekte“ bezeichnet (Krause, 1983). Hierbei handelt es sich um visuell eindeutig identifizierbare Signale, die der Beziehungsregulation dienen. Ekman (1994) propagiert diese Universalität für die Affekte Freude, Trauer, Wut, Ekel, Überraschung, Furcht und Verachtung. Ob jedoch Verachtung tatsächlich zu den Primäraffekten gehört, ist letztendlich noch nicht geklärt. Die

Primäraffekte decken nicht das ab, was als „Gefühl“ oder „Empathie“ bezeichnet wird, sondern sie beziehen sich nur auf die Affekte – den motorisch-expressiven Signalanteil (Krause, 1998).

Ein Affekt drückt die Wahrscheinlichkeit aus, dass ein bestimmtes Verhalten folgt und dass bestehende Aktivitäten unterbrochen werden. Diese phylogenetisch erworbenen Zeichen erlauben die Berücksichtigung möglicher Intentionen, ohne dass sie realisiert werden müssen. Affekte dienen unter anderem der Verhaltensökonomisierung, der innerartlichen Schadensminimierung, der Bewusstwerdung von Intentionen und der Objektbeziehungsregulierung. Der Ausfall dieser Ordnung kann massive Beeinträchtigungen mit sich bringen, da hiermit ein wesentliches Steuerungs- und Verführungsmittel verloren gegangen ist. Desweiteren liegt jedem Affekt eine bestimmte Bedeutungsstruktur zugrunde, die propositionale Struktur der Affekte genannt wird. Sie setzt sich aus einem Subjekt, einem Objekt und einer gewünschten Interaktion zusammen. Positiven Affekten liegt dabei der Wunsch nach Aufrechterhaltung der Beziehung zwischen Subjekt und Objekt zugrunde, negativen Affekten dagegen Veränderung der bisherigen Beziehung. Primäraffekte stellen somit Lokomotionswünsche zwischen dem Selbst und dem Objekt dar (Krause, 1998). Eine Übersicht über die propositionale Struktur der Affekte nach Krause liefert Breyer (2003).

3.3 Genetische Sicht der Affekte

Die Fähigkeit des Menschen Gefühle zu erleben entwickelt sich in einer bestimmten Abfolge. Nach Krystal (2001) entwickeln sich Emotionen aus drei Uraffekten des Neugeborenen, denen drei globale Reaktionsmuster zugeordnet sind:

1. ein **Zustand des Wohlbefindens und der Zufriedenheit**;
2. ein **Zustand des Unwohlseins** und
3. ein **Reaktionsmuster des Erstarrens**, das sich beim normalen Säugling nur bis zum Alter von ca. zwei Monaten zeigt und dann verschwindet. Im traumatischen Zustand kann dieses Muster jedoch wieder auftauchen und als dauerhafte Reaktionsbereitschaft auf überwältigende Erlebnisse bestehen bleiben.

Diese Uraffekte weisen eine bestimmte Entwicklungslinie auf: **Affekt-Differenzierung**, **Verbalisierung** und **Desomatisierung**. Primäre Bezugspersonen fördern diese Reifung, indem die hinreichend gute Mutter versucht, die ersten Bedürfnis-signalisierenden Lauten ihres Ba-

²⁰ Siehe Kapitel I.3.4.3 Traumatische Affekte, S. 38.

bys mit sofortiger Befriedigung zu beantworten. Dadurch belohnt sie den Affekt-Differenzierungs-Prozess. Im Verlauf der Sprachentwicklung lernt das Kind, bestimmte Gefühle zu benennen und zu unterscheiden. Darüber hinaus sollte die Erziehung das Kind dabei unterstützen, mit seinen Gefühlen angemessen umzugehen, damit sich eine Vertrautheit mit diesen Affekten einstellen kann. Je präziser ein immer spezifischer werdender Affekt benannt werden kann, desto leichter kann dieser als Signal und als Affektregulativ im Leben dienen.

3.4 Bedeutung affektiver Strukturen

Im vorsprachlichen Dialog dienen Affekte dem Austausch von Absichten. Anfangs ist die Fähigkeit, affektiv zu reagieren, ein genetisch kodiertes Reflexphänomen, das sich hauptsächlich über die Gesichtsmimik ausdrückt. Die Primäraffekte Ekel, Überraschung, Interesse/Neugier sind von Geburt bzw. vom 1. Monat an vorhanden, Freude ist spätestens ab der 4. bis 6. Woche, Trauer und Ärger ab dem 3. bis 4. Monat und Furcht ab dem 6. bis 8. Monat zu finden. Ungefähr bis zur Mitte des ersten Lebensjahres hat sich ein Affektsystem herausgebildet, das der Mutter die Bedürfnisse ihres Kindes signalisiert und die Beziehung sichert (Paulsen, 1998).

Wie ein Kind Gefühle erlebt und ausdrückt, hängt eng mit seiner Reifung und Ich-Entwicklung zusammen. Bereits wenige Monate alte Kinder können sich in die affektive Befindlichkeit anderer einschwingen (**affect attunement**). Die Gesichtsmimik dient dabei der „*Transmissionsriemen der Gefühlswelten von Ich und Du*“ (Kugele, 1998).

Affekte sind in der präverbalen Zeit vorrangig dazu da, die Beziehung zum Objekt zu regulieren und das innere Erleben über Erwartungsmuster und Verhaltensdispositionen zu organisieren. Im Laufe der weiteren affektiv-kognitiven Entwicklung wird die Gefühlswelt immer weiter ausdifferenziert und individualisiert. Erinnerungsspuren dieser Erfahrungen verdichten sich zu Erwartungsmustern, die in ähnlichen Situationen aktiviert werden und bestimmte Reaktionen nach sich ziehen. Das affektive Entwicklungspotenzial des Kindes ist von der Responsivität seiner Umwelt abhängig (Kugele, 1998). Wird ein Affekt nicht beantwortet oder auf gravierende Weise umgedeutet, erlebt das Baby seine affektive Wirkungslosigkeit. Dies kann weitreichende Folgen für die Affektregulation und das entstehende Bild des eigenen Selbst haben: Die Erfahrung des Scheiterns droht Teil des eigenen Selbstempfindens zu werden (Paulsen, 1998). Die kindliche Psyche kann somit über das Affektsystem geschädigt werden.

3.5 Trauma und Affekte

3.5.1 Affektregression

Ein psychisches Trauma kann einen Stillstand und eine Regression der Funktion von Affekten nach sich ziehen. Da eine Traumatisierung jederzeit geschehen kann, sind die Ursachen, Phänomene und Auswirkungen sehr unterschiedlich. Die Regression eines reifen erwachsenen Affekts bewirkt eine **Ent-Differenzierung**, **Ent-Sprachlichung** und **Re-Somatisierung**. Mildere Formen der Regression äußern sich im diffusen, undifferenzierten und unmodulierten Erleben eines Affektes. In schweren Fällen zeigen sich Emotionen meist in körperlichen Reaktionen. Hier haben Affekte keine Verständigungsfunktion mehr, sondern werden als Belastung und Herausforderung erlebt. Krystal (2001) zufolge wird in dieser Situation dann meist eines von zwei möglichen Verhaltensmustern gewählt:

- a) Menschen unterdrücken oder ignorieren ihre Gefühle. Dadurch verlieren sie dadurch die Fähigkeit Gefühle zu erkennen und sie zu nutzen. Oft wird die Sicht der Welt zu einer rein intellektuellen und es kommt zu narzisstischen Überlegenheitsgefühlen, zu Gleichgültigkeit und zur Beherrschung und Ausbeutung anderer Menschen.
- b) Äußere Faktoren werden durch somatische Reaktionen für die Blockade schmerzlicher Affekte verantwortlich gemacht. Solche Menschen entwickeln oft Süchte.

„Bei der Affektregression kann man für gewöhnlich beobachten, dass der Schmerz wiederkehrt und ein Teil der Affekte zum einzigen Symptom, z.B. zur Depression wird“ (Krystal, 2001, S. 199).

3.5.2 Traumatische Affekte

Traumatische Affekte stellen „*surrender patterns*“ dar – einen „*Zustand vollständiger Hilf- und Hoffnungslosigkeit mit einem „Wissen“ um die Unlösbarkeit der Bedrohung und einer emotional-kognitiven Entdifferenzierung der erlebenden Person*“ (Krause, 1998, S 26). Im traumatischen Rahmen dienen Affekte nicht der Regulierung anderer Prozesse. Sie treten auf, wenn die innere Regulierung und/oder die Beziehungsregulierung zusammenbricht. Die traumatische Angst und das traumatische Schamgefühl sind nicht aus den Primäraffekten ableitbar, sondern stellen selbstreflexive Affekte dar, die etwas fundamentales über das Selbst und seinen Zustand aussagen (ebd.).

Krystal (1978) erklärt, den Mechanismus traumatischer Affekte folgendermaßen: Ein „*catastrophic trauma*“ (ebd., S. 112) führt dazu, dass der Tod nicht mehr verdrängt werden kann. Diese Barriere stellt jedoch eine Grundvoraussetzung für das alltägliche Funktionieren dar. Aufgrund dieser Konfrontation mit dem eigenen Tod verringert sich die Hoffnung des Traumatisierten und als Reaktion auf die wahrgenommene Gefahr nimmt die Angst. Dadurch wird die Abwehr der Angst immer dringlicher. Gleichzeitig wird auch der psychische Tod in Betracht gezogen und somit das selbstdestruktive Potenzial der affektiver Reaktionen freigesetzt. Mit dem Zusammenbruch der Abwehr des tödlichen Emotionspotenzials verringert sich die Toleranz für Emotionen und es findet eine Regression der Affekte statt. Aufgrund der Undifferenziertheit ihrer Emotionen in diesem Zustand können diese Personen weder ihre Gefühle erkennen, noch können sie Emotionen als Signale verwenden.

3.5.2.1 Auswirkungen einer Traumatisierung auf die Affektwelt

Traumatische Erlebnisse werden primär als intensive affektive Zustände organisiert und gespeichert. Durch die Wahrnehmung von Gefahr und Bedrohung werden sehr intensive Affekte negativer Qualität hervorgerufen. Diese Emotionen können von den Betroffenen oft nicht benannt oder verstanden werden. Aufgrund der traumatischen Überaktivierung kommt es zu rein emotional gesteuerten Abwehrmaßnahmen, wie Angst/Flucht- oder Aggression/Kampfreaktionen. Diese automatischen Abbruchformen sollen die bedrohliche Situation verändern. Die Abwehrreaktionen sind bei allen Menschen gleich und sollten nicht mit den klassischen Abwehrmechanismen verwechselt werden, die vorwegnehmend eine Reaktivierung der Gefahr vermeiden wollen. Hierbei handelt es sich dann um Signalangst und nicht um die automatische Angst des Traumas (Kugele, 1998).

3.5.2.1.1 Infantiles psychisches Trauma

Das Kind benötigt Hilfe, um die zunehmende Intensität und Dauer von Affekten zu ertragen. Aufgabe der Bezugsperson ist es das Kind vor einer Überwältigung zu schützen. Die Spannungstoleranz beim Säugling ist im Gegensatz zum Erwachsenen stark eingeschränkt. Aufgrund mangelnder Reife und rasch anwachsender Uraffekte wird der ganze Organismus des Kindes schnell in höchste Erregung versetzt. Extreme, sich wiederholende Erregungszustände stellen den Beginn einer psychischen Traumatisierung des Kindes dar. Das infantile Trauma entsteht durch die Intensität und die Dauer schmerzlicher Affektvorläufer (Uraffekte) und führt zum Scheitern der Entwicklung (Krystal, 2001).

Unkontrollierte Empfindungen prägen das Erleben früh traumatisierter Kinder. Es kann zu heftigen Wut-, Rache-, Scham, und Schuldgefühlen kommen, die ein Leben lang bestehen bleiben können. Es fehlt die beruhigende Erfahrung einer überwiegend positiven Intersubjektivität basierend auf affektiver Abstimmung. Statt dessen ist das Selbsterleben von Kontaktabbrissen und Bedrohungen geprägt (Kugele, 1998). Diese missglückte Bindung an ein Objekt zieht akute sowie chronifizierende Folgen nach sich, die sich bei Kindern oft in psychosomatischen Störungen (z.B. in Ess- und Schlafstörungen, Koliken, Ekzemen und Asthma) manifestieren (Krystal, 2001).

Eine generalisierte Furcht vor Gefühlen stellt den Vorboten für die erwartete Wiederkehr des infantilen psychischen Traumas dar. Als Erwachsene haben diese Menschen oft keine Erinnerung an ihre Kindheitstragödie mehr, richten ihre Aggressionen gegen sich selbst und schreiben sich die Schuld an ihren Problemen selbst zu. Sie sind oft mit quälenden Affekten behaftet, die nicht leicht zu identifizieren sind, da noch keine Affektdifferenzierung stattgefunden hat und somit nicht verbalisiert werden können. In schweren Fällen, in denen das Vertrauen in die elterliche Fürsorge untergraben ist, besteht oft eine Furcht des erwachsenen Patienten vor möglichen „guten Objekten“ (ebd., S. 201).

3.5.2.1.2 Katastrophenbedingtes Trauma beim Erwachsenen

Ein sehr massives Trauma beim Erwachsenen sieht Krystal (2001) nicht durch intensive Affekte ausgelöst, sondern durch empfundene Hilflosigkeit angesichts einer drohenden, aber unausweichlichen Gefahr. Der Furchtaffekt verwandelt sich mit diesem Ausgeliefertsein in die katatone Reaktion – einen Prozess zunehmender Abstumpfung gegenüber physischem und psychischem Schmerz. Dabei kommt es zu Dissoziationen und Spaltungen der Selbstrepräsentanz. Der Prozess muss durch einen „roboterähnlichen Zustand“ (ebd., S. 201), in dem alle affektiven Reaktionen blockiert werden, angehalten werden. Sonst setzt die maligne Phase des Traumas ein, in der alle psychischen Funktionen fortlaufend eingeschränkt werden, bis hin zum psychogen bedingten Tod durch diastolischen Herzstillstand (Krystal, 1978).

3.5.2.1.3 Alexithymie und psychosomatische Symptomatik

Bei der Alexithymie handelt es sich um das Unvermögen, Gefühle angemessen wahrzunehmen und zu beschreiben (Dorsch, 1998). Krystal (2001) zufolge liegt diesem Phänomen eine traumabedingte Regression des Affektes durch Ent-Differenzierung, Ent-Sprachlichung und Re-Somatisierung zugrunde. Alexithymie-Patienten reagieren meist mit körperlichen Symptomen anstelle einer erwachsenen Form von Emotionen, die sich vorwiegend durch das Vor-

stellungsvermögen ausdrückt. Sie antworten in Handlungstermini auf Fragen nach ihrem Gefühlszustand, d.h. sie beschreiben was sie tun. Diese Reaktion stellt eine direkte Fortsetzung der zum Zeitpunkt der Traumatisierung relevanten Funktionsweisen dar. Darüber hinaus sind die kognitiven Funktionen dieser Personen oft steril und monoton. Vorstellungskraft und Kreativität sind eingeschränkt. Auf Kosten des symbolischen Denkens ist die Denkweise dingorientiert und minimiert. In ihren Objektbeziehungen fehlt die emotionale Bindung und Anerkennung des Anderen. Ihre Fähigkeit sich selbst zu „bemuttern“ und zu steuern, ist oft stark beeinträchtigt. Affektsignale, die normalerweise hilfreiche Hinweise geben, können aufgrund der Affektregression nicht wahrgenommen werden. Eine organische Reaktion in Form von chronischer Hyperaktivität ist die Folge. Oft kommt es dadurch zu körperlichen Erkrankungen mit gemischter Ätiologie in Bezug auf Veranlagung und Umwelt. *„Alexithymie mit psychosomatischer Erkrankung geht immer mit einer Affektregression einher. Wenn also ein Patient sowohl unter Alexithymie als auch unter Lustlosigkeit leidet, dann ist dieses Syndrom mit ziemlicher Sicherheit ein posttraumatisches“* (Krystal, 2001, S. 203).

II. Methodischer Teil

1 Forschungsrahmen

1.1 Forschungsarbeiten zur nonverbalen Interaktion

Im Rahmen von Forschungsarbeiten der Klinischen Psychologie der Universität des Saarlandes unter Leitung von Prof. Dr. Rainer Krause wird das nonverbale Interaktionsverhalten fokussiert. Den Hintergrund für diese Arbeiten bilden die folgenden Annahmen: Psychische Störungen werden als Beziehungsstörungen verstanden, die sich als sich wiederholende (repetitive) Beziehungsmuster ausdrücken. Die affektive, nonverbale Kommunikation ist für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Beziehungsmuster zentral. Um psychische Störungen verstehen und geeignete Behandlungsmethoden entwickeln zu können, muss die affektive Kommunikation auch auf der nonverbalen Mikroebene untersucht werden. Bisher wurde das emotionale Ausdrucksverhalten von verschiedenen Störungsgruppen untersucht, zum Beispiel von Schizophrenie-Patienten (Steimer-Krause, 1994) und von Patienten mit somatoformen Störungen (Merten, 1997). Diese Arbeiten belegen, dass wichtige störungsspezifische Anteile nur in sozialen Situationen sichtbar werden.

1.1.1 Übergeordnete Studie

Die Studie von Kirsch et al. (2001) „Nonverbales Interaktionsverhalten von Patientinnen mit Fibromyalgie, mit somatoformer Störung und mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich mit einer gesunden Stichprobe“ ist dieser Diplomarbeit übergeordnet. Sie stellt ein umfassendes Forschungsprojekt im Rahmen der Gesundheitsforschung der Universität des Saarlandes/Empirische Humanwissenschaften dar. Darin wird das nonverbale Interaktionsverhalten von verschiedenen Patientengruppen (Fibromyalgie, somatoforme Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung) in einer klinischen Interviewsituation verglichen und dem Interaktionsverhalten gesunder Probanden gegenübergestellt. Erste Ergebnisse liefern Bernardy & Kirsch (in press), Bernardy et al. (2003), Breyer (2003) und Engelhart (2003).

1.1.2 Trauma-I-Projekt

Im Rahmen der übergeordneten Studie sollten auch Traumatisierte mit Gesunden bezüglich des mimisch-affektiven Verhaltens verglichen werden. In Zusammenarbeit von Dr. Anke Kirsch (Universität des Saarlandes), Dr. Dr. Stefan Brunnhuber (Universität Würzburg) und

der (psychosomatischen) Rhön-Reha Klinik der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Bad Kissingen entstand das Trauma-I-Projekt.

In der Klinik wurden Patienten rekrutiert, die eine oder mehrere traumatisierende Erfahrung(en) erlebt hatten. Sie wurden gebeten in einem ca. 20minütigen Interview über ihre Traumatisierung(en) sprechen. Die zwanzigminütigen Interviews, die Brunnhuber und Kirsch führten, wurden mit Split-Screen-Technik aufgezeichnet. Als Richtlinien des Interviews dienten die Achsen „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung“ (Achse I) und „Struktur“ (Achse IV) der **Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik** (OPD; Arbeitskreis OPD, 2001). Hatten die Patienten nach dem Interview das Bedürfnis nach einem therapeutischen Gespräch, stand zu diesem Zweck therapeutisches Personal der Klinik zur Verfügung. Die beiden Interviewer entschieden (entweder vor Ort oder nach Ansicht des aufgezeichneten Interviews), ob die Patienten für die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt geeignet sind. Im Anschluss an das Interview (bzw. an das Gespräch), wurden die Patienten gebeten, folgende Selbstbeurteilungsinstrumente zu bearbeiten:

- Ø DIA-X SSQ (Wittchen, 1997)
- Ø Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS, Freyberger et al., 1999)
- Ø Differentielle Affektskala (DAS, Merten & Krause, 1993)

Das Stamm-Screening Questionnaire (SSQ) des *DIA-X* Interview wird kurz **DIA-X SSQ** genannt. Das *DIA-X* ist ein diagnostisches Beurteilungsinstrument psychischer Störungen, das die Forschungskriterien der ICD-10 des DSM-IV unterstützt. Es können Fragebögen [SSQ, Anxiety-Screening-Questionnaire (ASQ) oder Depressions-Screening Questionnaire (DSQ)] mit Interviewansätzen kombiniert werden. Die Screening-Fragebögen sollen zeitökonomisch und sensibel abschätzen, ob überhaupt eine oder mehrere psychische Störungen vorliegen. Falls das der Fall ist, können diese dann detailliert im Interview beurteilt werden. Das SSQ ist somit ein Screening-Instrument für psychische Störungen. Werden die sechzehn Fragen des SSQ verneint, liegt mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit keine psychische Störung vor. Es ist dann nicht notwendig, das (gesamte) aufwendige *DIA-X* Interview durchzuführen. Die Daten des *DIA-X* SSQ finden in der vorliegenden Arbeit keine Verwendung.

Auf den **Fragebogen zu dissoziativen Symptomen** wird später näher eingegangen²¹.

Die **Differentielle Affektskala** (DAS, Merten & Krause, 1993) ist ein Instrument zur Erhebung der Gefühlslage (des Erlebens) von Interaktionspartnern. Die DAS wurde jeweils von

²¹ Siehe Kapitel II.3.4.2 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS), S. 58.

den Patienten sowie den Interviewern ausgefüllt. Dabei werden jeweils zwei identische Listen von Adjektiven bearbeitet. Die erste Liste fragt das emotionale Befinden des Patient bzw. des Interviewers ab, während die zweite Liste erfasst, wie man glaubt, dass sich der Interaktionspartner während der Interviewsituation gefühlt hat.

Die Interviewer nahmen bereits am Tag des Interviews eine Auswahl der in Frage kommenden Patienten vor. Bei einigen der Patienten schien nach Ansicht der Interviewer primär eine andere Problematik als die erfahrene Traumatisierung herausragend (z.B. Alkoholismus oder Persönlichkeitsstörung). Einige Patienten konnten aus anderen Gründen nicht in die Studie aufgenommen werden, so hatte z.B. eine Patientin eine Sehstörung, die sie dazu veranlasste, ständig die Augen stark zusammenzukneifen, was eine Kodierung der Mimik mit dem Facial Action Coding System (FACS, Ekman et al., 2002) bzw. dem Emotional Facial Action Coding System (EmFACS, Friesen & Ekman, 1984) verfälschen würde. Am Ende kamen neunzehn Patienten für dieses Forschungsprojekt in Frage.

1.1.3 Studie zu Dissoziation

Da die Hypothesen von Blumenstock (2003) zum Teil in die vorliegende Arbeit einfließen werden, wird ihre Studie im Folgenden kurz skizziert. Ihr Ziel war es (unter anderem) zu überprüfen, ob es spezifische affektive Interaktionsmuster gibt, die in einer dyadischen Gesprächssituation als Indikatoren für Dissoziation gelten. Sie untersuchte dafür das mimisch-affektive Verhalten (mittels EmFACS), sowohl auf individueller als auch auf dyadischer Ebene. Weiterhin beschäftigte sie sich mit dem Konzept der Dissoziation in Bezug auf Abwehrmechanismen, welches in dieser Arbeit jedoch keine Berücksichtigung findet.

In einer **Voruntersuchung** rekrutierte Blumenstock 171 Studenten und Mitarbeiter der Universität des Saarlandes zwischen 18 und 39 Jahren (81 weibliche und 89 männliche Versuchspersonen). Das Ziel war die Ermittlung von Extremgruppen bezüglich der Dissoziation bei einer studentischen Stichprobe anhand der *Skala dissoziativer Erlebnisse* (SDE; Brunner et al., 1999).

In der **Hauptuntersuchung** wurden jeweils 20 Probanden aus dem obersten und untersten Abschnitt der Verteilung ausgewählt, die die Gruppen Hoch- und Niedrigdissoziative bildeten. In den folgenden Untersuchungen wurden diese beiden Gruppen in Bezug auf den mimisch-affektiven Ausdruck und das Blickverhalten miteinander verglichen (Blumenstock, 2003).

1.1.3.1 Hypothesen und Ergebnisse zu mimischem Verhalten

- ∅ Die Hypothese, dass Hochdissoziative ein starrenderes Blickverhalten (AU 5) zeigen als Niedrigdissoziative, ließ sich tendenziell bestätigen.
- ∅ Die Hypothese eines reduzierten mimisch-affektiven Interaktionsstils (weniger Ärger, Ekel, Verachtung, echte Freude, Überraschung, Angst und Trauer) Hochdissoziativer bei der Beschreibung des Selbst konnte nicht nachgewiesen werden.
- ∅ Die Hypothese einer spezifischen Einschränkung in der Freudemimik Hochdissoziativer bei der Schilderung traumatischer Erlebnisse ließ sich ebenfalls nicht finden.
- ∅ Die Hypothese, dass Hochdissoziative bei der Schilderung traumatischer Erlebnisse verstärkt anhedonische Affekte zeigen, konnte nicht verifiziert werden (im Gegenteil: Niedrigdissoziative zeigen fünf- bis siebenmal so häufig Trauer wie Hochdissoziative).

1.1.3.2 Hypothese und Ergebnisse bezüglich des Zusammenspiels von Mimik und Blickverhalten

Die Hypothese, dass Hochdissoziative häufiger zur Interviewerin blicken, ergab folgende Ergebnisse:

- ∅ Niedrigdissoziative halten tendenziell häufiger bei echter **Freude** Blickkontakt zur Interviewerin als Hochdissoziative.
- ∅ Niedrigdissoziative zeigen häufiger **Trauer** als Hochdissoziative und halten dabei Blickkontakt zur Interviewerin.
- ∅ Hochdissoziative blicken tendenziell häufiger bei **Wutausdruck** zur Interviewerin.

1.1.3.3 Hypothese und Ergebniss bezüglich der Blenden²²

- ∅ Die Hypothese eines verstärkten Zeigens von Blenden bei Hochdissoziativen während der Beschreibung des Selbst wurde bestätigt. Hochdissoziative zeigen zweimal so häufig die Blende positiv/negativ wie Niedrigdissoziative.

²² Mit Blenden sind multiple Affekte gemeint.

2 Vorliegende Studie

2.1 Beschreibung und Rekrutierung der Stichprobe

2.1.1 Traumatisierte Patienten

Meine Arbeit entstand im Rahmen des Trauma-I-Projektes, aus dem das Datenmaterial der neunzehn traumatisierten Patienten stammt. Das Videomaterial wurde mit Hilfe des EmFACS im Rahmen einer Stelle als Hilfswissenschaftlerin und meiner Diplomarbeit von der Autorin analysiert. Dabei wird das nonverbale Interaktionsverhalten der Interviewpartner kodiert. Mit Hilfe dieses Kodiersystems können emotionsrelevante Gesichtsbewegungen (Action Units) erfasst werden. Anschließend werden sie mit Hilfe eines „emotion dictionary“ (Friesen, 1988) interpretiert. Es deckt die Emotionskategorien Freude, Wut, Verachtung, Ekel, Trauer, Angst und Überraschung ab.

Um das Ausmaß der Dissoziation bei den traumatisierten Patienten zu erfassen, wertete ich den FDS aus. Auf dieser Basis wurden zehn Patienten der Gruppe der Hochdissoziativen und neun Patienten der Gruppe der Niedrigdissoziativen zugeordnet. Anhand der Subskalen des FDS wurden noch weitere Gruppeneinteilungen vorgenommen²³.

2.1.2 Gesunde Kontrollgruppe

Die Daten von zwanzig gesunden Kontrollpersonen wurden aus der übergeordneten Studie herangezogen. Die Personen wurden über Zeitungsinserate und Telefonanrufe rekrutiert und erhielten ein Honorar von (damals noch) 50 DM für die Teilnahme an einem ca. einstündigen OPD-Interview. Die Videos wurden ebenfalls mit Split-Screen-Technik aufgenommen und das mimische Interaktionsverhalten im Rahmen vorausgehender Forschungsaktivitäten²⁴ auf der Basis von EmFACS kodiert und interpretiert.

2.2 Fragestellungen

Studien über das mimisch-affektive Verhalten von Gesunden und Patienten zeigen, dass psychische Störungen auch auf der nonverbalen Mikroebene ihren Ausdruck finden. Im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe weisen Patientengruppen häufig eine reduzierte Mimik,

²³ Siehe Kapitel II.4.2 Gruppenbildung in Bezug auf dissoziative Symptome, S. 66.

²⁴ Siehe Kapitel II.1.1.1 Übergeordnete Studie, S. 42.

einen negativen Leitaffekt²⁵ (z.B. Ekel) und ein verändertes Blickverhalten auf (z.B. Steimer-Krause, 1994). Darüber hinaus ist der mimisch-affektive Ausdruck von Freude bei den unterschiedlichen Störungsbildern geringer, wie z.B. bei Stotterern, Schizophrenie-Patienten und bei Patienten mit somatoformen Störungen (Merten, 2001). Eine reduzierte Freudemimik stellt somit ein unspezifisches Merkmal von Krankheit dar. Schulz (2000) bringt die Störung im mimisch-affektiven Ausdruck darüber hinaus mit dem Strukturniveau der Störung (nach der OPD) in Beziehung. Sie interpretiert die bei Personen mit geringem psychischen Strukturniveau gefundene Reduktion des nonverbalen Involvements als den Versuch, die Intimität in der Gesprächssituation zu begrenzen. Dies soll vor unerträglichen affektiven Zuständen schützen, die an frühe negative Beziehungserfahrungen erinnern. Die Entwicklung der Fragestellungen und Hypothesen stützt basiert auf den Ergebnissen dieser Studien:

- Ø Ich gehe davon aus, dass die traumatisierten Patienten – ähnlich wie andere bereits untersuchte Patientengruppen – eine geringere mimisch-affektive Aktivität aufweisen als die gesunde Kontrollgruppe.
- Ø Weiterhin ist anzunehmen, dass eine verringerte Freudemimik bei den traumatisierten Personen vorliegt.

Neben der Mimik ist auch das Blickverhalten ein wichtiges Mittel zur Beziehungsgestaltung. Merten (1996) verglich neben dem mimisch-affektiven Verhalten das Blickverhalten von Schizophrenen im Vergleich zu ihren gesunden Gesprächspartnern und fand Unterschiede bezüglich der beiden Gruppen. Beispielsweise tritt bei den schizophrenen Personen Freudemimik nicht wie in einer gesunden Interaktion verstärkt bei Blickkontakt auf. Merten zufolge dient die Verknüpfung von Freudemimik und Blickkontakt der Herstellung und Aufrechterhaltung von Interaktionen und stellt ein interaktives Verstärker- und Belohnungssystem dar.

- Ø Es ist zu vermuten, dass sich die traumatisierten Patienten von den Gesunden auch im Hinblick auf das Blickverhalten unterscheiden.

Vor dem Hintergrund der Dissoziationsstudie von Blumenstock (2003) wird untersucht werden, ob sich hoch- und niedrigdissoziative traumatisierte Patienten (die Einteilung wird auf Basis des FDS vorgenommen) bezüglich der mimisch-affektiven Aktivität und des Blickverhaltens in der Interviewsituation unterscheiden.

²⁵ Affekt, der am häufigsten vorkommt.

Bisherige Dissoziationsstudien (Armstrong & Loewenstein, 1990; Putnam, 1997) weisen darauf hin, dass die Interviewsituation eine Stresssituation darstellt, die dissoziatives Verhalten (dissoziative Flashbacks, Trancezustände und verändertes Verhalten) bei Hochdissoziativen forciert. Deshalb ist Folgendes anzunehmen:

- Ø Hochdissoziative Personen versuchen durch einen affektreduzierten Interaktionsstil, dissoziatives Verhalten abzuwehren (Kirsch, 2001).
- Ø Auch ein verstärkter Blickkontakt zum Interviewer (einseitig oder beidseitig) soll der Vermeidung dissoziativer Zustände dienen.
- Ø Das konflikthafte Material sollte sich darüber hinaus im affektiven Interaktionsstil Hochdissoziativer durch das vermehrte Auftreten von Blenden (gleichzeitiges Ausdrücken unterschiedlicher Affekte) zeigen.
- Ø Plötzlich auftretende Affektintrusionen lösen verstärkt negative Expressionen aus (anhedonische Affekte) und reduzieren die Wahrscheinlichkeit des Ausdrucks von Freude (hedonischer Affekt).
- Ø Weiterhin lassen Trancezustände stereotype Kopf- und Augenbewegungen (z.B. Hin- und Herbewegungen der Augen oder des Kopfes, Aufreißen der Augen) vermuten. Da darauf verzichtet wurde, Kopf- und Augenbewegungen zu kodieren, wird das Augenaufreißen (AU 5) fokussiert. Es ist davon auszugehen, dass AU 5 verstärkt gezeigt wird.

Schließlich soll rein explorativ überprüft werden, ob signifikante oder tendenzielle Unterschiede in Bezug auf die zusätzlichen Gruppenbildungen²⁶ bezüglich Mimik oder Blickverhalten vorliegen.

2.3 Eigene Hypothesen

2.3.1 Vergleich von traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen

2.3.1.1 Hypothesen bezüglich des mimisch-affektiven Ausdrucks

Hypothese 1: Traumatisierte Patienten zeigen eine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

Hypothese 2: Traumatisierte Patienten zeigen weniger positive Affekte.

2.3.1.2 Hypothese bezüglich des Blickverhaltens

Hypothese 3: Traumatisierte Patienten weisen gegenüber gesunden Kontrollpersonen ein verändertes Blickverhalten auf.

2.3.2 Vergleich von hochdissoziativen traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen

2.3.2.1 Hypothese bezüglich des mimisch-affektiven Ausdrucks

Hypothese 4: Hochdissoziative zeigen eine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

2.3.3 Vergleich von niedrig- und hochdissoziativen traumatisierten Patienten

Bei der Aufstellung dieser Hypothesen nehme ich Bezug zu den Hypothesen von Blumenstock (2003).

2.3.3.1 Hypothesen bezüglich des mimisch-affektiven Ausdrucks

Hypothese 5: Hochdissoziative zeigen häufiger AU 5 (Augen aufreißen) als Niedrigdissoziative.

Hypothese 6: Hochdissoziative zeigen weniger Primäraffekte als Niedrigdissoziative.

Hypothese 7: Hochdissoziative zeigen weniger hedonische Affekte als Niedrigdissoziative.

Hypothese 8: Hochdissoziative zeigen mehr anhedonische Affekte als Niedrigdissoziative.

Hypothese 9: Hochdissoziative zeigen gegenüber Niedrigdissoziativen verstärkt Blenden.

2.3.3.2 Hypothese bezüglich des Blickverhaltens

Hypothese 10: Hochdissoziative blicken häufiger zum Interviewer als Niedrigdissoziative.

3 Verfahren

3.1 OPD-Interview

Das Interview zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik wurde vom Arbeitskreis OPD (2001) im Laufe von 30 Jahren entwickelt. Es orientiert sich am ICD-10-Modell und erweitert diese um psychodynamisch relevante Dimensionen.

²⁶ Beschreibung der Gruppenbildung unter Kapitel II, Abschnitt 4.

Wie schon erwähnt wurde mit den gesunden Probanden ein komplettes OPD-Interview von geschulten OPD-Interviewern an der Universität Saarbrücken durchgeführt. Das Kurzinterview mit den traumatisierten Patienten orientiert sich an den Achsen „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung“ (Achse I) und „Struktur“ (Achse IV) der OPD.

3.1.1 Die fünf Achsen

Das diagnostische Interview setzt sich aus fünf Achsen zusammen:

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung,
- Achse II: Beziehung,
- Achse III: Konflikt,
- Achse IV: Struktur und
- Achse V: psychische und psychosomatische Störung.

Einen Überblick über die Konzeptualisierung und Operationalisierung der Achsen findet sich bei Breyer (2003).

3.1.2 Die Durchführung

Jede der fünf Phasen des ca. einstündige OPD-Interviews (bezogen auf die Achsen) zeichnet sich durch eine relativ offene Gesprächsführung aus. Sie beginnen jeweils zunächst möglichst offen und werden im Verlauf durch das gezielte Nachfragen des Therapeuten zunehmend strukturierter.

- Ø In der *Eröffnungsphase* versucht der Interviewer, die Kernsymptome nach ICD-10 zu erfassen (Achse V).
- Ø Die *zweite Phase* fokussiert das Beziehungsgeschehen. Das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen zwischen Patient und Interviewer ist dabei ebenso relevant wie bisherige Beziehungserfahrungen des Patienten (Achse II).
- Ø In der *dritten Phase* wird das Selbsterleben des Patienten herausgearbeitet. Der Patient stellt dar, wie er seine Herkunftsfamilie und seine jetzige Familie sieht, wie er seine Mitgliedschaft in verschiedenen sozialen Gruppen einschätzt und sich selbst definiert (Achse III).
- Ø Die *vierte Phase* erfasst das Objekterleben des Patienten im „Hier und Jetzt“ und im „Dort und Damals“ (Achse IV). Diese Phase hängt eng mit der vorhergehenden Phase zusammen.

- Ø Die letzte Phase fragt schließlich die Psychotherapiemotivation, die Behandlungsvoraussetzungen und die Einsichtsfähigkeit des Patienten ab (Achse I).

Die OPD vereint somit die psychoanalytische mit der phänomenologisch orientierten Diagnostik. In relativ kurzer Zeit kann somit eine umfassende diagnostische Einschätzung des Patienten erfolgen.

3.2 Mimikanalyse: FACS und EmFACS

Das mimische Verhalten der Interviewpartner wurde mit Hilfe des **Emotional Facial Action Coding System** (EmFACS, Friesen & Ekman, 1984) operationalisiert und interpretiert. Das EmFACS wurde auf Basis des **Facial Action Coding System** (FACS, Ekman et al., 2002) entwickelt. Dabei handelt es sich um ein umfassendes Kodiersystem, das sämtliche sichtbaren Muskelbewegungen, sogenannte „Action Units“, erfasst. In das FACS gehen 44 verschiedene Action Units ein. Zuzüglich werden mit dem FACS-Manual komplexere Bewegungsabläufe (miscellaneous actions bzw. action descriptors), Augen- und Kopfbewegungen erfasst.

3.2.1 Kodiervorgang

Mimische Verhaltensweisen laufen sehr schnell ab. Um diese genau zu erfassen, werden bei der FACS-Methode die Daten in Slow-Motion²⁷ analysiert. Ein kritisches Ereignis darf maximal dreimal angesehen werden. Beim Kodieren wird die Zeit kurz vor der höchsten Ausprägung der AUs (Apex) markiert. Die wahrgenommenen Gesichtsbewegungen werden als Zahlencode eingegeben. FACS ist ein sehr zeitaufwendiges deskriptives Instrument, das nicht schlussfolgernd vorgeht.

Das EmFACS stellt ein zeitsparenderes Verfahren dar. Es werden ausschließlich emotionsrelevante Action Units (core AUs / Kern-AUs) und Action-Unit-Kombinationen (core combinations / Kernkombinationen) kodiert. Andere mimische Ausdrucksmuster (Bewegungsabläufe, Augen- und Kopfbewegungen) werden in der Regel nicht berücksichtigt. Eine Ausnahme bilden die AUs 14 und 17. In Kombination mit diesen werden bestimmte Augen- und Kopfbewegungen (AUs 55, 56, 57, 58, 59, 60, 68, 69) erfasst. Das Videomaterial wird maximal drei mal in Echtzeit betrachtet. Erst wird das Obergesicht, dann das Untergesicht und schließlich beide zusammen analysiert.

Wird ein Ereignis kodiert, muss immer berücksichtigt werden, ob die Person spricht. Ist dies der Fall, wird zusätzlich AU 50 für das Sprechen kodiert.

3.2.2 Für EmFACs relevante AUs

Obergesicht

AU 1	Inner brow raiser	Heben der inneren Augenbrauen
AU 2	Outer brow raiser	Heben der äußeren Augenbrauen
AU 4	Brow lowerer	Zusammenziehen der Augenbrauen
AU 5	Upper lid raiser	Heben der Oberlider
AU 6	Cheek raiser	Heben der Wangen
AU 7	Lid tightener	Anspannen der Augenlider

Untergesicht

AU 9	Nose wrinkler	Rümpfen der Nase
AU 10	Upper lip raiser	Heben der Oberlippe
AU 11	Nasolabial deepener	Vertiefen der Nasolabialfurchen
AU 12	Lip corner puller	Heben der Mundwinkel
AU 14	Dimpler	„Grübchen Bildung“
AU 15	Lip corner depressor	Mundwinkel nach unten ziehen
AU 16	Lower lip depressor	Unterlippe nach unten ziehen
AU 17	Chin raiser	Anheben des Kinns
AU 18	Lip puckerer	Spitzen der Lippen
AU 20	Lip stretcher	Auseinanderziehen der Lippen
AU 22	Lip funneler	Vorstülpen der Lippen
AU 23	Lip tightener	Anspannen der Lippen
AU 24	Lip prssor	Zusammenpressen der Lippen
AU 25	Lips part	Öffnen der Lippen
AU 26	Jaw drop	Unterkiefer hängen lassen
AU 27	Mouth stretch	Aufreißen des Mundes

Bei folgenden AUs wird die Intensität mittels einer fünf Punkte Skala (A bis E) erfasst:

AU 5, AU 10, AU 12, AU 15, AU 17, AU 20 und AU 24.

Bei manchen AUs (z.B. AUs 10, 12, 14) wird zusätzlich die Lateralität erfasst. Bei AU 14 kann außerdem eine vorhandene Asymmetrie festgehalten werden.

²⁷ Videomaterial wird in verringerter Geschwindigkeit betrachtet.

3.2.3 Kern-AUs und Kernkombinationen

Das EmFACS berücksichtigt folgende Kern-AUs und Kernkombinationen:

Obergesicht	Ober- und Untergesicht	Untergesicht
1, 1+4	1+2+26, 1+2+27	9
1+2+4	1+2+14	10, U10
1+2+5		12
4+5, 4+7	5+26, 5+27	U14, A14
	6+15	14+55, 14+56, 14+57
	6+17	14+68, 14+69
		11+15
		11+17
		17+23
		17+24
		17+24+58, 17+24+59
		17+24+60
		20
		23

Tab. Zu den Kern-AUs und Kernkombinationen des EmFACS.

3.2.4 Emotion dictionary

Zu den Kodiersystemen FACS und EmFACS wurde das computergestützte Interpretationsprogramm **emotion dictionary** (Friesen, 1988) entwickelt. Befunden zur Erscheinungsweise mimischer Affektausdrücke zufolge, die aus kulturvergleichenden Studien stammen, bilden bestimmte AUs und AU-Kombinationen spezifische Affekte ab. Dagegen sind andere AUs für die Expression von Emotionen nicht relevant.

Das emotion dictionary enthält die **Primäraffekte** Wut (anger), Verachtung (contempt), Ekel (disgust), Furcht (fear), Trauer (sadness), Freude (happiness) und Überraschung (surprise). Darüber hinaus werden reine Affekte von Affekten unterschieden, die durch Blenden oder Maskierungen überlagert sind. Von **Blenden** spricht man, wenn mindestens zwei verschiedene Affekte mimisch ausgedrückt werden (z.B. gleichzeitiges zeigen von Wut und Furcht). Bei

Maskierungen werden negative Affekte durch einen positiven Affekt (z.B. Ärger durch Freude) überlagert.

Die Kategorie „no prediction“ bezeichnet **Illustratoren**. Darunter sind mimische Ereignisse zu verstehen, die das verbal Geäußerte unterstreichen oder modifizieren (z.B. wenn AU 1 oder AU 4 ohne sonstige AUs innerviert werden). Kodierungen, denen keine Interpretationen zugrunde liegen, fallen unter die Restkategorie „not in dictionary“.

Der Primäraffekt Freude wird in die Subkategorien „happy felt“, „happy unfelt“, „happy control“ und „happy uncontrol“ untergliedert. Das echte Lächeln (Duchenne Smile, happy felt) unterscheidet sich vom sozialen Lächeln (happy unfelt) dadurch, dass zusätzlich zu AU 12, die für jede der Freudeuntergruppen optional ist, AU 6 (Heben der Wangen) miteinbezogen ist. Bei „happy control“ sind im Gegensatz zu „happy uncontrol“ Kontrollelemente (AUs 14, 15, 17 und 24) enthalten.

Die Primäraffekte lassen sich in hedonische (positive) und anhedonische (negative) Affekte gliedern. Zur hedonischen Gruppe gehören Freude und Überraschung. Zu den anhedonischen Affekten gehören Wut, Verachtung, Ekel, Furcht und Trauer.

3.3 Kodierung des Blickverhaltens

Zeigten die Interviewpartner einen relevanten mimisch-affektiven Ausdruck, wurde parallel zur eben dargestellten Mimikkodierung auch das Blickverhalten der beiden Interaktionspartner zu diesem Zeitpunkt erfasst. Die vier möglichen Blickzustände lauten:

- 00 = keiner der Interaktionspartner blickt den jeweils anderen an
- 01 = der Interviewer blickt den Interviewten an
- 02 = der Interviewte blickt den Interviewer an
- 03 = beide blicken sich an

Das Blickverhalten gibt Auskunft darüber, inwiefern der gezeigte Affekt für die Beziehungsgestaltung der Interviewdyade bedeutsam ist. Blicken sich die Interaktionspartner gegenseitig an, während ein mimischer Emotionsausdruck folgt, kann angenommen werden, dass dieser Ausdruck der aktuellen Beziehungsgestaltung dient. Blicken sich die Interviewpartner dagegen nicht an, wenn eine Emotion gezeigt wird, kann dieser Ausdruck einem vom mimisch Aktiven phantasierten, nicht anwesenden Objekt gelten.

3.4 Datenauswertung: Dissoziation

3.4.1 Hintergrundinformationen

3.4.1.1 Diagnostische Instrumente zur Erfassung dissoziativer Symptome

Im Zuge der Veränderungen diagnostischer Konzepte der „Hysterie“ wurden eine Reihe von Erhebungsinstrumenten für klinische und wissenschaftliche Fragestellungen entwickelt. Es sind dabei die Verfahren, die auch andere Störungen erfassen (allgemeine Verfahren), von den speziellen Verfahren zu unterscheiden, die ausschließlich zur Erfassung dissoziativer Symptome und Störungen entwickelt wurden (Freyberger, et al., 1999).

In der Folgenden Tabelle findet sich eine Übersicht über die diagnostischen Instrumente zur Erfassung dissoziativer Störungen:

<i>Instrument</i>	<i>Abk.</i>	<i>Autor</i>
<i>Gesamtbereich psychischer Störungen</i>		
Composite International Diagnostic Interview	CIDI	WHO, 1990; Wittchen & Semler, 1991
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	SCAN	Wing et al., 1990; WHO, 1991; Gülick-Baileretal., 1996
Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen	DIA-X	Wittchen et al., 1997
<i>Spezielle Verfahren für dissoziative Störungen</i>		
Structured Clinical Interview for DSM-III-R/ DSM-IV Dissoziative Disorders	SCID-D/ SKID-D	Steinberg, 1990; 1993
Dissociative Disorder Interview Schedule	DDIS	Ross et al., 1989
Clinical Mental Status Examination for Complex Dissociative Symptoms	Loewenstein- Interview	Loewenstein, 1991
Perceptual Alteration Scale	PAS	Sanders, 1986
Questionnaire of Experiences of Dissociation	QED	Riley, 1988
Dissociation Questionnaire	DIS-Q	Vanderlinden et al., 1993
Dissociative Experiences Scale	DES/FDS	Bernstein et al., 1986

Tab. 3: Übersicht über die diagnostischen Instrumente zur Erfassung dissoziativer Störungen (Freyberger et al., 1999).

3.4.1.2 Methodische Probleme

- ∅ Differierende Diagnosekonzepte²⁸ bergen methodische Schwierigkeiten. So ergibt sich die Unklarheit, welche Fragestellung durch welches Instrument am besten abgebildet wird. Beispielsweise ergibt ein faktorenanalytischer Vergleich der *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986) und der *Perceptual Alteration Scale* (PAS; Sanders, 1986) an 507 Studenten, dass die PAS eher Störungen der emotionalen Kontrolle abbildet, die DES dagegen eher Störungen der kognitiven Kontrolle (Fischer & Elnitsky, 1990).
- ∅ Der Unterschied der Klassifikationsmanuale DSM-IV und ICD-10 führt zu diagnostischen Schwierigkeiten. Alle bisherigen Instrumente sind der Konzeptualisierung des DSM-III-R (APA, 1987; Wittchen et al. 1989) bzw. DSM-IV verpflichtet und bilden daher pseudoneurologische Konversionssymptome nicht ab (Spitzer et al., 1996).
- ∅ Selbstbeurteilungsverfahren sind grundsätzlich mit Fehlerquellen behaftet (Stieglitz, 1994). Bei dissoziativen Symptomen kommt hinzu, dass sie teilweise unbewusst sind (Steinberg, 1995). Dadurch kann es zu *unwissentlichen Fehlern* (aufgrund fehlerhaften Erinnerns, Selbstbeobachtung oder Selbstdarstellung) kommen. Weiterhin sind Selbstbeurteilungsskalen anfällig für *absichtliche Verfälschungen*, da sie teilweise leicht durchschaubar und dadurch in die eine oder andere Richtung manipulierbar sind (Gilbertson et al., 1992). Besonders *Dissimulationen* (Verheimlichungen) kommen vor, zum Teil deswegen, weil Patienten mit ausgeprägter dissoziativer Psychopathologie häufig Realtraumatisierungen aufweisen (Egle et al, 2000) und diese während des Bearbeitungsprozesses reaktualisiert und wiedererlebt werden können. Um dem entgegenzuwirken, wird dissimuliert. (Steinberg, 1995).
- ∅ Bezüglich der Selbstbeurteilungsinstrumente liegt bisher nur für die DES eine Untersuchung der diagnostischen Güte vor. Dabei wurde eine gute Übereinstimmung mit den Ergebnissen des Structured Clinical Interview for DSM-III-R/DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D; Steinberg, 1993) gefunden.
- ∅ Der bisherige Wissensstand erlaubt noch keine Entscheidung darüber, ob mit den Dissoziationsskalen ein Statemerkmale²⁹ oder ein Traitmerkmal³⁰, wie Dissoziationsfähigkeit bzw. Bereitschaft zur Dissoziation, erfasst wird (Foa & Hearst-Ikeda, 1996).

²⁸ Siehe Kapitel I.2.6 Dissoziation in den Diagnostischen Klassifikationssystemen, S. 28.

²⁹ temporärer Zustand

³⁰ relativ konstanter Wesenszug

- Ø Zwischen organisch bedingten und psychogenen dissoziativen Symptomen besteht das Problem der Differenzierung. Bestimmte organische Erkrankungen (z.B. Temporal-lappenepilepsien) sind mit sehr vielen dissoziativen Symptomen verbunden, aber auch Patienten mit Suchterkrankungen weisen signifikant höhere Dissoziationswerte auf als andere Diagnosegruppen (Dunn et al., 1993).
- Ø Es muss zwischen Verfahren mit dichotomer und Verfahren mit kontinuierlicher Skalierung differenziert werden. Die kontinuierliche Skalierung der DES erscheint sinnvoll, da die Kontinuumshypothese des Dissoziationskonstruktes (vgl. Kapitel Dissoziation) aufgegriffen und somit die Gefahr einer künstlichen Polarisierung (normal vs. krank) vermieden wird (Freyberger et al., 1999).

3.4.1.3 Entwicklung und Beschreibung der Dissociative Experiences Scale (DES)

Der in meiner Arbeit verwendete Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS, Freyberger, 1999) wurde auf der Grundlage der *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986) entwickelt. Weiterhin lässt sich anhand des FDS der DES-Mittelwert bestimmen, der in der vorliegenden Arbeit Verwendung fand. Im Folgenden wird der DES kurz beschrieben:

Aufgrund des wieder erwachten Interesses am Dissoziationskonzept ergab sich Mitte der achtziger Jahre die Notwendigkeit, dissoziative Symptome zu quantifizieren und so der Dissoziationsforschung eine empirische Basis zu ermöglichen. Bernstein und Putnam (1986) legten erstmals ein Selbstbeurteilungsinstrument zur quantitativen Erfassung dissoziativer Phänomene vor. Die Definition des DSM-III (APA, 1980) diente als zugrundeliegendes Dissoziationskonzept. Damit beziehen sich die Items ausschließlich auf dissoziative Phänomene im Bereich des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Identität und der Kognition. Um Überschneidungen mit Gefühls- oder Impulsschwankungen bei affektiven Störungen zu vermeiden, wurden Items, die Dissoziation im Affekt- oder Impulsbereich abbilden, nicht berücksichtigt. Die DES besteht aus 28 Fragen zur Erhebung dissoziativer Symptome (Selbstbeurteilungsverfahren ermöglichen eine symptomatologische bzw. syndromale, jedoch keine klassifikatorische Diagnostik).

Kritisch zu sehen ist, dass in der ersten Publikation zur DES nicht explizit ausgesagt wurde, ob Dissoziation als Trait- oder Statemerkmale verstanden wird. Die folgenden Publikationen zur DES (Carlson & Putnam, 1993) betonen jedoch, dass die DES zur Erfassung eines Traitmerkmals entwickelt wurde.

3.4.1.3.1 Reliabilität³¹ und Validität³² der DES

Die Reliabilitätsparameter sind als befriedigend bis gut einzuschätzen. Bezüglich der Validität konnte gezeigt werden, dass die DES hochsignifikant Patienten mit dissoziativen Störungen von anderen Patientengruppen und nichtklinischen Probanden diskriminiert (Carlson & Putnam, 1993; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

3.4.1.3.2 Faktorenanalyse

Eine Faktorenanalyse mit 1574 nicht-klinischen und klinischen Probanden) erbrachte drei Hauptfaktoren, die insgesamt 49% der Varianz erklären (Carlson et al., 1991): Der erste Faktor spiegelt amnestische Dissoziation (Subskala **Amnesie**) und besteht aus acht Items (Item-Nr. 3, 4, 18, 19, 26, 27, 30 und 31 in der deutschen Version des FDS). In den zweiten Faktor gehen neun Items ein (Nr. 2, 16, 17, 20, 37, 38, 39, 41 und 42 in der deutschen Version). Er stellt eine Tendenz zur Absorption und imaginativen Erlebnisweisen (Subskala **Absorption**) dar. Der dritte Faktor wird unter Depersonalisation und Derealisation (kurz **Derealisation**) geführt und beinhaltet sechs Items (Nr. 6, 7, 10, 11, 21 und 32 in der deutschen Version). Die Faktoren werden als in sich kohärente und relativ unabhängige Konstrukte gesehen (Carlson & Putnam, 1993).

Andere Studien weisen jedoch darauf hin, dass sich nur ein Faktor ableiten lässt (z.B. Marmar et al., 1994). Dadurch wurde die Frage laut, ob Dissoziation tatsächlich ein Kontinuum darstellt und ob nicht doch eine distinkte Form „pathologischer Dissoziation“ anzunehmen sei (Waller et al., 1996).

3.4.2 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Aus der DES wurde eine deutschsprachige Version entwickelt – der *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (FDS; Freyberger et al., 1999). Dabei wurden weitere Symptome, die gemäß der ICD-10 (Dilling et al., 1993) ebenfalls als dissoziative Phänomene gewertet werden (vor allem pseudoneurologische Konversionssymptome), als Items formuliert. Insgesamt zählt der FDS sechzehn zusätzliche Items:

Die in der ICD-10 in der Hauptgruppe dissoziativer Störungen (F44) aufgeführten pseudoneurologischen Symptome wurden durch folgende Items ergänzt:

³¹ Die Reliabilität gibt die Zuverlässigkeit einer Messmethode an. Sie gibt an, wie genau ein Verfahren das misst, was es messen soll.

³² Die Validität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Verfahren das Kriterium misst, dass es zu messen vorgibt.

- Item Nr. 5 für dissoziative Sehstörungen,
- Item Nr. 11 für dissoziative Hörstörungen,
- Item Nr. 14 für dissoziative Aphonien/Dysphonien (Stimmlosigkeit/-störung),
- Item Nr. 23 für dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen,
- Item Nr. 25 für dissoziative Lähmungen,
- Item Nr. 29 für dissoziative Koordinationsstörungen,
- Item Nr. 35 für dissoziativen Stupor,
- Item Nr. 36 für dissoziative Bewusstlosigkeit im Rahmen von dissoziativen Krampfanfällen,
- Item Nr. 40 für Abasie (Unfähigkeit zu gehen) und Astasie (Unfähigkeit zu Stehen oder mangelnde Festigkeit des Stehens) aus dem Bereich dissoziativer Bewegungsstörungen und
- Item Nr. 43 für dissoziative Krampfanfälle.

Trance- und Besessenheitszustände (laut ICD-10 unter F44.3 kodiert), wurden durch

- Item Nr. 9 und
- Item Nr. 12 ergänzt.

Die dissoziative Fugue (ICD-10: F44.1) bildet

- Item Nr. 24 ab.

Um einige in der DES beschriebene Phänomene nach dem Vorbild weiterer Instrumente schärfer zu erfassen, wurden folgende Items aufgenommen:

- Item Nr. 15 zur Erfassung von Aspekten des Identitätswechsels und der Identitätskonfusion gemäß der *Dissociative Disorder Interview Schedule* (DDIS; Ross et al., 1993),
- Item Nr. 8 zur Erfassung der Depersonalisation entsprechend des DDIS und
- Item Nr. 44 zur Erfassung von Depersonalisation entsprechend des *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D; Steinberg, 1993).

Weiterhin wurde in Anlehnung an die ICD-10 eine zusätzliche Subskala **Konversion** definiert, zu der 9 Items zählen (Item-Nr. 5, 13, 14, 23, 25, 29, 36, 40 und 43) und die Körpersymptome im Bereich der Willkürmotorik, der Sensibilität und der Sensorik erfasst.

3.4.2.1 Faktorenanalysen

Um die Dimensionalität des Instruments an einer deutschsprachigen Stichprobe zu überprüfen, wurden Analysen durchgeführt, die mit derjenigen von Carlson et al. (1991) vergleichbar waren. Zusätzlich wurde eine separate Hauptkomponentenanalyse über die Items durchgeführt, die als Konversion definiert wurde. Die Ergebnisse weisen insgesamt auf die Zuverlässigkeit des allgemeinen Dissoziationsfaktors (Hinweis auf die Eindimensionalität der Skala) hin. Die zusätzlich durchgeführten Interkorrelationsanalysen der Subskalen unterstreichen, dass unterschiedliche Aspekte der Dissoziation erfasst werden. Für die Zusatzskala Konversion ergibt sich der Hinweis, dass mit diesen zusätzlichen Items ein über die DES hinausgehendes Maß an Dissoziation erfasst werden kann (Freyberger et al., 1999).

3.4.2.2 Reliabilitäten

Zur Reliabilitätsbestimmung können verschiedene Verfahren angewandt werden. Beim Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen wurde die innere Konsistenz³³ sowie die Retest-Reliabilität³⁴ ermittelt.

3.4.2.2.1 Innere Konsistenz

Die innere Konsistenz ist für die DES und den FDS als sehr hoch anzusehen und liegt bei einem Wert von .91 respektive .93. Für alle Subskalen ergeben sich ebenfalls befriedigende bis gute Werte (Bereich .77 bis .81).

3.4.2.2.2 Retest-Reliabilität

Die Stabilität von DES und FDS wurde unter verschiedenen Aspekten bestimmt: Eine Substichprobe von Studenten und eine heterogene Stichprobe psychiatrischer Patienten bearbeiteten den Test innerhalb von 10-14 Tagen erneut. Für den FDS zeigten sich hohe Korrelationen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten (.82 bis .80).

Bei einer anderen Stichprobe mit stationär behandelten psychiatrischen Patienten konnte der Dissoziationsbogen bei Aufnahme und Entlassung vorgelegt werden. Hier sind die Korrelationen deutlich niedriger (.44 bis .57).

Dies wird als Hinweis gewertet, dass es sich entgegen den Erwartungen, die ursprünglich an die DES gestellt wurden, doch nicht um ein Traitmerkmal handelt, sondern um ein unter the-

³³ Die innere Konsistenz bezeichnet die Homogenität der einzelnen Teile des Verfahrens.

³⁴ Die Retest-Reliabilität prüft die Stabilität eines Tests, das Messverfahren wird nach einem bestimmten Zeitraum wiederholt und die Korrelation mit den Ergebnissen der ersten Untersuchung wird berechnet.

rapeutischen Interventionen veränderbares Merkmal. Innerhalb eines kurzen Zeitabstandes zeigt sich also eine relative Stabilität der Symptomatik, während sich nach erfolgter Therapie Veränderungen in deutlich niedrigeren Korrelationen widerspiegeln. Eine ausführliche Beschreibung dieser Untersuchungen und der Ergebnisse finden sich bei Freyberger et al. (1999).

3.4.2.3 Validitätsuntersuchungen

In Abhängigkeit vom Indikationsbereich einer Skala sind die verschiedenen Validitätsaspekte unterschiedlich bedeutsam. Im Hinblick auf den FDS wurden folgende Validitätsaspekte geprüft: Geschlechts- und Altersunterschiede, Zusammenhänge mit sozio-demographischen Variablen, Untersuchungen zur konvergenten und divergenten Validität, Überprüfung der diskriminanten Validität sowie Analysen zur Änderungssensitivität der Skala. Dabei wurden durchweg nonparametrische Tests durchgeführt, denn bei den meisten Mittelwertvergleichen zwischen den verschiedenen Gruppen war die Voraussetzungen für parametrische Analysen nicht gegeben.

3.4.2.3.1 Geschlechts- und Altersunterschiede

- Ø Geschlechtsunterschiede sind in allen Skalen (bis auf die Skala Amnesie) zu finden, wobei Frauen durchweg höhere Werte aufweisen (vor allem in der Skala Derealisierung).
- Ø Bei drei Altersstichproben (18 bis 27jährige, 28 bis 29jährige, 40 bis 77jährige) ergaben sich bis auf die Skala Konversion ebenfalls in allen Skalen signifikante Unterschiede. Die jüngste Altersgruppe wies in allen Skalen die höchsten Werte auf, die älteste Gruppe dagegen die niedrigsten Werte.

3.4.2.3.2 Zusammenhänge mit sozio-demographischen Variablen

In die Analyse wurden die Merkmale Schulbildung, Familienstand, berufliche Situation und der Beruf selbst einbezogen.

- Ø Für die Variable *Familienstand* (verheiratet, geschieden oder getrennt, ledig, verwitwet) ergaben sich bis auf die Skala Konversion signifikante Unterschiede. Vor allem geschiedene Probanden wiesen höhere Werte auf (die niedrigsten Werte erreichten Verheiratete/Verwitwete).

- ∅ Bezogen auf die *berufliche Stellung* (Selbständige sowie leitende Angestellte, Beamte, Arbeiter, Angestellte) kamen vor allem bei Arbeitern in allen Vergleichen höhere Werte vor als bei den anderen drei Gruppen.
- ∅ Im Hinblick auf die *aktuelle berufliche Situation* (berufstätig, arbeitslos, in Ausbildung befindlich, berentet) zeigte sich, dass vor allem die Arbeitslosen deutlich höhere Werte in mindestens einer Skala aufweisen, gefolgt von den in Ausbildung befindlichen. Bei Berenteten und Berufstätigen finden sich eher geringe Skalenwerte (es könnte sich jedoch auch um einen Alterseffekt handeln).

3.4.2.3.3 Konvergente und divergente Validität

Mit dem FDS und den einzelnen Subskalen wird der Anspruch erhoben, ein von anderen Konstrukten abgrenzbares Phänomen psychischer Beeinträchtigung abzubilden. Dazu wurde die Übereinstimmung zur *Symptom Check Liste* (SCL-90-R; Franke, 1995) geprüft. Insgesamt ließ sich erkennen, dass die Korrelationen eher als niedrig einzustufen sind. Das lässt darauf schließen dass der FDS und seine Subskalen ein unabhängiges Konstrukt abbildet, das von anderen Aspekten psychischer Beeinträchtigung nicht beeinflusst wird.

3.4.2.3.4 Diskriminante Validität

Im Rahmen des FDS soll vor allem die Fähigkeit zur Differenzierung zwischen unterschiedlichen Gruppen von Patienten sowie gesunden Probanden überprüft werden. Bei den Analysen ergab sich fast durchweg folgende Rangreihe: Dissoziative Störungen > schizophrene Störungen > unselektierte Patienten > Normalpopulation. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass das Konstrukt Dissoziation ein kontinuierlich verteiltes Merkmal ist, da auch gesunde Probanden teilweise hohe Werte in den Skalen aufweisen können.

3.4.2.3.5 Änderungssensitivität der Skala

Zur Ermittlung wurden unterschiedliche Analysestrategien angewandt: Zum einen wurde überprüft, inwieweit sich im Zeitverlauf unter dem Einfluss einer Behandlung eine Veränderung in den Skalenwerten nachweisen lässt. Zum anderen wurde untersucht, inwieweit es sich bei der Skala um ein änderungssensitives Instrument handelt (durch Bestimmung des μ -Index). Beide Analysestrategien betonen, dass es sich um ein Statemerkmals handelt. Mittels FDS lassen sich also Veränderungen hinreichend genau erfassen.

Die genauen Versuchsbeschreibungen sowie die Darstellungen der Ergebnisse der Validitätsuntersuchungen sind ebenfalls bei Freyberger et al. (1999) aufgeführt.

3.4.2.4 Anwendung des FDS

3.4.2.4.1 Indikation

Der FDS eignet sich als Screeninginstrument zur Erfassung dissoziativer Phänomene. Von daher ist es sinnvoll ihn im Rahmen der dimensional Diagnostik dissoziativer Störungen einzusetzen. Auch bei schizophrenen Störungen, den phobischen und anderen Angststörungen, der posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind dissoziative Symptome Bestandteil der entsprechenden diagnostischen Kriterien und können mittels des FDS erhoben werden. Für eine kategoriale Diagnostik dissoziativer Störungen ist der FDS nicht geeignet. Hinweise auf eine derartige Störung müssen immer durch ein Interviewverfahren und eine klinische Untersuchung ergänzt und bestätigt werden, bevor eine klinische Diagnose gestellt werden kann (Carlson & Putnam, 1993).

Aufgrund der schnellen und ökonomischen Durchführbarkeit kann dieser Fragebogen gut im klinischen Alltag eingesetzt werden und stellt somit auch ein Forschungsinstrument dar. Die sprachlichen Anforderungen (Verbal-IQ > 80) und die Bearbeitungszeit sind relativ gering, weshalb der FDS bei einem weiten Personenkreis eingesetzt werden kann.

3.4.2.4.2 Durchführung

Der FDS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, bei dem die Antworten von der untersuchten Person direkt in den Fragebogen eingetragen werden. Zur Beantwortung der 44 Items werden durchschnittlich 5 bis 15 Minuten benötigt (eine Zeitbeschränkung wird nicht vorgegeben). Der Test wird durch die Instruktion eingeleitet, in der ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass nur Zeiten berücksichtigt werden sollen, in denen der Proband nicht unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten stand. Weiterhin sollte von dem Untersucher betont werden, dass eine Bearbeitung aller Items notwendig ist. Werden mehr als zwei Items nicht beantwortet, sollte von einer Auswertung Abstand genommen werden.

Mit Hilfe eines Auswertungsbogens wird die formale Auswertung durchgeführt. Diese kann für den ursprünglichen DES (28 Items) sowie für den FDS (44 Items) erfolgen. Die Itemwerte werden zu einem Summenwert addiert und durch die entsprechende Itemzahl (28 respektive 44) dividiert. Der so berechnete Mittelwert stellt das allgemeine Dissoziationsmaß dar.

Für die Berechnung der Subskalen wird ebenso verfahren. Zuordnungen der einzelnen Items finden sich auf dem Auswertungsbogen. Bei größeren Untersuchungen empfehlen die Autoren eine computerisierte Auswertung mit einem Statistikprogramm.

3.4.2.4.3 Interpretation

Wie schon mehrfach betont ist der FDS ein Screeningverfahren, das sich nicht für eine klassifikatorische Diagnostik im Einzelfall eignet. Er kann nur Hinweise liefern, die jedoch mittels klinischer Diagnostik erweitert werden müssen. Bisher liegen noch keine differenzierten Normwerte (z.B. T-Werte) vor. Um die erhobenen Ergebnisse jedoch in etwa einordnen zu können, geben die Autoren Referenzwerte verschiedener Untersuchungsstichproben zur Orientierung an. Zusätzlich finden sich zur Grobeinordnung der FDS- bzw. DES-Skalenwerte Prozenstränge für die Stichproben „Gesunde Normalbevölkerung“ (n = 260) und „Dissoziative Störungen in der Neurologie und Psychiatrie“ (n = 104).

Im Folgenden werden die Prozenstränge des FDS und der DES für die Stichproben der Normalbevölkerung und der dissoziativen Störungen aus Neurologie und Psychiatrie in Form einer Tabelle dargestellt:

Prozent-rang	Normalbevölkerung		Dissoziative Störungen	
	FDS	DES	FDS	DES
00-25	0.00-2.27	0,00-3,20	0.00-8.40	0,00-8,20
26-50	2.28-3.86	3,21-5,35	8.41-16.59	8,21-17,85
51-75	3.87-6.13	5,36-8,48	16.60-25.00	17,86-27,32
76-100	6.14-31.14	8,49-37,86	25.01-54.32	27,33-53,93

Tab. 4: Prozenstränge von FDS und DES für die Stichproben der Normalbevölkerung und der dissoziativen Störungen aus Neurologie und Psychiatrie (Freyberger et al., 1999).

Zur besseren Verständlichkeit nun ein Beispiel zur Interpretation der Werte:

Versuchsperson 03 mit einem FDS-Wert von 17,95 und einem DES-Wert von 17,86 fällt bezogen auf die Normalbevölkerung in den Prozentbereich von 76 bis 100 Prozent, d.h. die Person liegt im Vergleich zur Normalbevölkerung im oberen Durchschnittsbereich. Im Vergleich zu allen Patienten mit einer dissoziativen Störung liegt die Person ebenfalls im oberen Durchschnittsbereich.

4 Gruppenbildung

4.1 Gruppenbildung in Bezug auf die Traumatisierung

Die neunzehn Patienten wurden auf der Grundlage der berichteten Traumatisierung(en) und mit Hilfe der im DSM-III-R (APA, 1987) enthaltenen Schwergradeinteilung psychosozialer

Belastungen³⁵ verschiedenen auf das Trauma bezogenen Kategorien zugewiesen. Die Kriterien waren Schweregrad, Zeitpunkt und Häufigkeit der Traumatisierung(en). Die Zuweisungen wurden in Absprache mit Kirsch vorgenommen. Die folgenden Trauma-Untergruppen wurden gebildet:

- Ø **Leicht-/Mittel- und Schwertraumatisierte,**
- Ø **Früh- und Spättraumatisierte** sowie
- Ø **Einmalig- und Mehrmaligtraumatisierte.**

Die Kategorienzuweisung gestaltete sich nicht immer einfach und eindeutig. Verschiedene Dimensionen der Traumatisierung(en) wurden differenziert. Beispielsweise ist bezüglich der Traumatisierungsform „Sexueller Missbrauch“ zu berücksichtigen, um welche Art des sexuellen Übergriffs es sich handelt, von wem der Missbrauch begangen wurde, in welchem Alter es geschah und ob darüber mit Vertrauenspersonen gesprochen wurde. Abhängig von diesen Faktoren wurde die Schweregradeinteilung vorgenommen. Allein aus der Tabelle - ohne Hintergrundinformationen - ist es somit nicht immer zu verstehen, warum eine bestimmte Versuchsperson mit einer bestimmten Traumatisierung eine bestimmte Schweregradzuweisung erhalten hat. Darüber hinaus konnten nur berichtete Informationen berücksichtigt werden. Sind beispielsweise Amnesien in Bezug auf erfolgte Traumatisierungen vorhanden, konnten diese nicht berücksichtigt werden.

In der folgenden Tabelle sind die Art der Traumatisierung und die oben genannten Einteilungen für jeden traumatisierten Patienten (Vpn.) dargestellt:

³⁵ Siehe Kapitel I.4 Stressorkriterien in den Diagnosemanualen, S. 6.

Vpn.-Nr.	Art der Traumatisierung(en)	Schweregrad	Zeitpunkt	Häufigkeit
03	Sexueller Missbrauch durch Vater	Schwer	Früh	Mehrmalig
05	Mutter: mehrere Selbstmordversuche und drohte mit erweitertem Suizid	Schwer	Früh	Mehrmalig
06	Körperliche Gewalterfahrung in der Kindheit	Schwer	Früh	Mehrmalig
07	Heimaufenthalt (1. bis 7. Lebensjahr), versuchter Missbrauch mit 10 Jahren	Leicht/Mittel	Früh	Mehrmalig
08	Drei Todesfälle innerhalb eines Jahres (Schwester, Mann, Schwager)	Leicht/Mittel	Spät	Mehrmalig
09	Selbstmord des Mannes	Schwer	Spät	Einmalig
11	Tödlicher Unfall des Bruders in der Kindheit, wurde von Pat. gefunden.	Schwer	Früh	Einmalig
14	Misshandelt, wurde zur Prostitution gezwungen	Schwer	Spät	Mehrmalig
15	Suizid des Sohnes, Tod des Ehemannes, mehrere schwere Operationen	Schwer	Spät	Mehrmalig
16	Vergewaltigung mit 16 Jahren, Suizidversuch des Sohnes	Schwer	Spät	Mehrmalig
18	Überfall am Arbeitsplatz	Leicht/Mittel	Spät	Einmalig
19	Pflege der an Brustkrebs erkrankten Tochter über 2 Jahre, Tod der Tochter u. Beerdigung der Mutter am selben Tag.	Schwer	Spät	Mehrmalig
20	Pat. erlebte als Kind wiederholt Missbrauch der Schwester durch Vater. Sohn verletzt Oma lebensgefährlich.	Schwer	Früh	Mehrmalig
21	Selbstmord des Schwiegervaters durch Dynamit, Pat. hilft mit, „Reste“ zu beseitigen.	Leicht/Mittel	Spät	Einmalig
22	Sexueller Missbrauch, Sohn wird behindert geboren	Schwer	Früh	Mehrmalig
23	Sexueller Missbrauch, mehrere Gewalttaten, Mobbing	Leicht/Mittel	Früh	Mehrmalig
24	Abtreibung mit 15 Jahren unter traumat. Umständen, Abort mit 25 Jahren	Leicht/Mittel	Spät	Einmalig
25	Sexueller Missbrauch durch Adoptivvater von 3.-13. Lebensjahr	Schwer	Früh	Mehrmalig
26	Gewalt in Primärfamilie, Gewalt in Ehe (Vergewaltigungen) mehrere Abtreibungen	Leicht/Mittel	Früh	Mehrmalig

Tab. 5: Traumatisierte Versuchspersonen im Hinblick auf Art, Schweregrad, Zeitpunkt und Häufigkeit der Traumatisierung(en).

4.2 Gruppenbildung in Bezug auf dissoziative Symptome

Auf Basis der Auswertung des FDS wurde die Patientenpopulation in Gruppen eingeteilt. Wie bei der Beschreibung des FDS ersichtlich wird, kann sowohl der FDS- als auch der DES-Mittelwert erhoben werden. Die Einteilung in Hoch- und Niedrigdissoziative stützt sich auf den DES-Mittelwert, da diesbezüglich - bis auf die Daten einer traumatisierten Versuchsperson (Vpn. 14) - alle Daten vorliegen. Diese Versuchsperson füllte den FDS nicht aus (die Da-

ten wurden mittels statistischer Berechnungen von SPSS ersetzt). Zwei weitere Patienten (Vpn. 06 und Vpn. 22) bearbeiteten den Fragebogen nicht vollständig. Die Unvollständigkeit betrifft jedoch nur die Berechnung des sich aus 44 Items zusammensetzenden FDS-Mittelwerts. Der aus 28 Items resultierende DES-Mittelwert wird durch diese Unvollständigkeit nicht tangiert. Somit ergibt sich folgende Gruppeneinteilung der Patienten im Hinblick auf die im FDS erreichten Dissoziationswerte:

Ø Hoch- und Niedrigdissoziative

Auf der Grundlage der FDS-Subskalen entstehen Gruppen mit **hohen und niedrigen**:

- Ø Amnesiewerten
- Ø Absorptionswerten
- Ø Derealisationenwerten
- Ø Konversionswerten

Das Balkendiagramm im Anschluss veranschaulicht die Mittelwerte der auf Basis des DES-Mittelwerts gebildeten Gruppen der Hoch- und Niedrigdissoziativen:

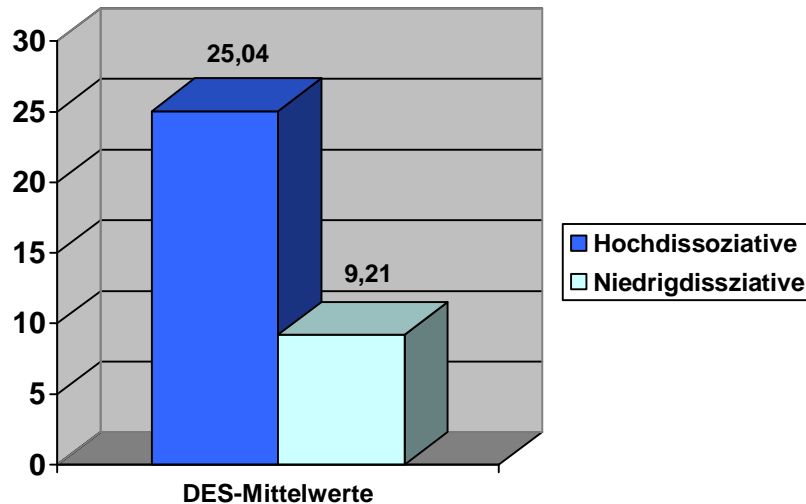


Abb. 2: DES-Mittelwerte der hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten.

Hochdissoziative erreichen einen mehr als zweieinhalb mal so hohen DES-Mittelwert ($\bar{x} = 25,04$, $SD = 6,43$) als die Niedrigdissoziativen ($\bar{x} = 9,21$, $SD = 3,23$).

Die folgende Tabelle beinhaltet die Werte der einzelnen traumatisierten Patienten im Hinblick auf den DES-Mittelwert und die einzelnen Werte der vier Subskalen. In den Spalten „Kategorie“ wird jeweils ersichtlich, ob sie den Gruppen mit hohen oder niedrigen Werten angehören.

Vpn.- Nr.	DES		Amnesie		Absorption		Derealisation		Konversion	
	M ³⁶	Kateg. ³⁷	M	Kateg.	M	Kateg.	M	Kateg.	M	Kateg.
03	17,86	Hoch	5,00	Niedrig	26,67	Niedrig	18,33	Hoch	21,11	Hoch
05	20,00	Hoch	11,25	Hoch	28,89	Hoch	15,00	Hoch	6,67	Niedrig
06	4,29	Niedrig	0,00	Niedrig	6,67	Niedrig	1,67	Niedrig	24,44	Hoch
07	6,07	Niedrig	6,25	Hoch	6,67	Niedrig	1,67	Niedrig	1,11	Niedrig
08	6,43	Niedrig	1,25	Niedrig	10,00	Niedrig	0,00	Niedrig	7,78	Niedrig
09	8,57	Niedrig	2,50	Niedrig	15,56	Niedrig	0,00	Niedrig	16,67	Hoch
11	13,93	Niedrig	6,25	Hoch	14,44	Niedrig	20,00	Hoch	3,33	Niedrig
14	17,54	Hoch	6,81	Hoch	26,36	Niedrig	12,69	Hoch	15,49	Hoch
15	10,36	Niedrig	1,25	Niedrig	27,78	Hoch	1,67	Niedrig	3,33	Niedrig
16	25,00	Hoch	7,50	Hoch	33,33	Hoch	25,00	Hoch	13,33	Niedrig
18	12,50	Niedrig	2,50	Niedrig	26,67	Niedrig	5,00	Niedrig	26,67	Hoch
19	11,79	Niedrig	5,00	Niedrig	18,89	Niedrig	6,67	Niedrig	5,56	Niedrig
20	32,14	Hoch	16,25	Hoch	41,11	Hoch	35,00	Hoch	22,22	Hoch
21	22,86	Hoch	17,50	Hoch	28,89	Hoch	16,67	Hoch	22,22	Hoch
22	31,79	Hoch	11,25	Hoch	40,00	Hoch	40,00	Hoch	15,49	Hoch
23	26,07	Hoch	0,00	Niedrig	40,00	Hoch	11,67	Hoch	13,33	Niedrig
24	21,07	Hoch	2,50	Niedrig	41,11	Hoch	1,67	Niedrig	14,44	Hoch
25	36,07	Hoch	22,50	Hoch	56,67	Hoch	26,67	Hoch	55,56	Hoch
26	8,93	Niedrig	3,75	Niedrig	11,11	Niedrig	1,67	Niedrig	5,56	Niedrig

Tab. 6: Traumatisierte Patienten und ihre jeweiligen DES-Werte, FDS-Subskalenwerte und die daraus resultierenden Kategorisierungen.

Die Werte der neun Niedrigdissoziativen weisen einen DES-Mittelwert von 4,29 (Vpn. 06) und 13,93 (Vpn. 11) auf. Bezogen auf die Stichprobe der Normalbevölkerung decken diese Werte den Prozentbereich von 26 bis 100 Prozent ab. Im Hinblick auf die Patientenstichprobe mit dissoziativen Störungen fallen die Werte der Niedrigdissoziativen in den mittleren Durchschnittsbereich (25 bis 50 Prozent). Die DES-Mittelwerte der zehn Hochdissoziativen liegen zwischen 17,54 (Vpn. 14) und 36,07 (Vpn. 25). Im Vergleich zur Normalbevölkerung decken die hohen Dissoziationswerte den oberen Durchschnittsbereich von 76 bis 100 Prozent ab. Im Vergleich zur Patientenstichprobe mit einer dissoziativen Störung nehmen die Patienten den Prozentbereich von 26 bis 100 Prozent ein.

Im Hinblick auf die **Subskalen** wird Folgendes deutlich: Zehn Versuchspersonen gehören in die Gruppe mit niedrigen Amnesiewerten, deren Range von 0,00 (Vpn. 06 und Vpn. 23) bis 5,00 (Vpn. 03 und Vpn. 19) reicht. Neun Versuchspersonen haben hohe Amnesiewerte, für die sich ein Range von 6,25 (Vpn. 07 und Vpn. 11) bis 22,50 (Vpn. 25) ergibt. In die Gruppe

³⁶ Mittelwert

³⁷ Kategorie

mit niedrigen Absorptionswerten fallen zehn Traumatisierte, deren Range Werte von 6,67 (Vpn. 06 und Vpn. 07) bis 26,67 (Vpn. 03 und Vpn. 18) beinhaltet. Die Gruppe mit hohen Absorptionswerten fasst neun Traumatisierte, deren Range Werte von 27,78 (Vpn. 15) bis 56,67 (Vpn. 25) enthält. Die Subskala Derealisation zählt neun Patienten mit niedrigen Derealisationswerten, die zwischen Werten von 0,00 (Vpn. 08 und Vpn. 09) und 6,67 (Vpn. 19) streuen. Der Range der zehn Patienten mit hohen Derealisationswerten liegt bei Werten zwischen 11,67 (Vpn. 23) und 40,00 (Vpn. 22). Schließlich enthält die Subskala Konversion neun Personen mit niedrigen Konversionswerten zwischen 3,33 (Vpn. 15) und 13,33 (Vpn. 16 und Vpn. 23) und zehn Personen mit hohen Werten und einem Wertebereich von 14,44 (Vpn. 24) bis 55,56 (Vpn. 25).

Um die erhobenen Subskalenwerte einordnen zu können, sind in der folgenden Tabelle die Werte der traumatisierten Patienten zusammen mit den Werten aus den Normstichproben von Gesunden und Patienten mit Dissoziativen Störungen aufgeführt:

Stichprobe	N ³⁸		Amnesie	Absorption	Derealisation	Konversion
Normalpopulation	260	M	3,15	9,42	2,80	2,12
		STD	4,09	7,34	4,75	3,36
Pat. mit Diss. Störungen	45	M	13,25	24,77	13,74	22,77
		STD	12,91	15,96	15,26	17,54
Traumatisierte Patienten	19	M	6,81	26,36	12,69	15,49
		STD	6,31	13,70	12,30	12,43

Abb. 3: Subskalenwerte sowie Standardabweichungen der Stichproben von Gesunden und Patienten mit Dissoziativen Störungen (Freyberger et al., 1999).

Bei der Interpretation der Subskalenwerte müssen die unterschiedlichen Stichprobengrößen berücksichtigt werden. Je kleiner die Stichprobe ist, desto anfälliger ist sie für Ausreißerwerte und desto weniger aussagekräftig sind die erhobenen Werte.

Die **Amnesiemittelwerte** der traumatisierten Patienten ($\bar{x} = 6,81$, $SD = 6,31$) liegen etwas mehr als doppelt so hoch wie die Mittelwerte aus der Normstichprobe der Gesunden ($\bar{x} = 3,15$, $SD = 4,09$). Die Normstichprobe der Dissoziativen Patienten weist einen Amnesiemittelwert auf, der fast doppelt so hoch ist ($\bar{x} = 13,25$, $SD = 12,91$) wie der Mittelwert der traumatisierten Patienten. Somit liegen die Mittelwerte der Traumatisierten zwischen den beiden Normstichproben. Auf der Subskala **Absorption** erreichen die neunzehn Patienten einen Mittelwert ($\bar{x} = 26,36$, $SD = 13,70$), der noch über dem der Patientenpopulation mit Dissozia-

³⁸ N steht für die Stichprobengröße.

tiven Störungen liegt ($\bar{x} = 24,77$, $\underline{SD} = 15,96$) und annähernd dreimal so hoch ist wie der erreichte Mittelwert der Gesunden-Normstichprobe ($\bar{x} = 9,42$, $\underline{SD} = 7,34$). Die **Derealisationsmittelwerte** bei den Traumatisierten sind geringfügig niedriger ($\bar{x} = 12,69$, $\underline{SD} = 12,30$) als die der Patienten mit Dissoziativen Störungen der Normstichprobe ($\bar{x} = 13,74$, $\underline{SD} = 15,26$) und liegen über das vierfache höher als der Mittelwert der Gesunden-Normpopulation ($\bar{x} = 2,8$, $\underline{SD} = 4,75$). Schließlich weisen die Traumatisierten im Hinblick auf **Konversion** einen um das siebenfache höheren Mittelwert auf ($\bar{x} = 15,49$, $\underline{SD} = 12,43$) als die Normstichprobe der Gesunden ($\bar{x} = 2,12$, $\underline{SD} = 3,36$). Der Mittelwert der traumatisierten Patientenpopulation liegt dennoch unter dem Mittelwert der Patienten mit Dissoziativen Störungen aus der Normstichprobe ($\bar{x} = 22,77$, $\underline{SD} = 17,54$).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Mittelwerte der traumatisierten Patienten immer deutlich über den Mittelwerten der gesunden Normstichprobe liegen. Der Absorptionsmittelwert bildet hier die Ausnahme. Die Traumatisierten weisen Werte auf, die knapp über dem der Normpatientenstichprobe liegen: Im Hinblick auf die Subskalen Amnesie, Derealisation und Konversion weisen die Patienten mit Dissoziativen Störungen etwas höhere Mittelwerte auf als die in der vorliegenden Studie untersuchten traumatisierten Patienten.

Bezüglich aller Gruppeneinteilungen wurde eine Verteilung der Personen von neun zu zehn angestrebt. Die Cut-Off-Werte wurden dort gewählt, wo die Unterschiede zwischen dem jeweils niedrigsten Wert des hohen Wertebereichs und dem höchsten Wert des niedrigen Wertebereichs am deutlichsten sind.

III. Ergebnisse

1 Vergleich von traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen

1.1 Mimisches Verhalten

1.1.1 Ergebnisse zu Hypothese 1

Hypothese 1: Traumatisierte Patienten zeigen eine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

Die verminderte mimisch-affektive Aktivität von traumatisierten Patienten konnte bereits bei verschiedenen Störungsgruppen nachgewiesen werden und ist ein unspezifisches Merkmal psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus wird die Hypothese durch das „Alexithymie-Konzept“³⁹. Dieses Konzept beinhaltet das Unvermögen, Gefühle angemessen wahrzunehmen, auszudrücken und zu beschreiben. Aufgrund einer traumabedingten Regression reagieren die Patienten daher meist mit körperlichen Symptomen, anstatt Emotionen auszudrücken. Zur Überprüfung der Hypothese werden zunächst Median (Me), Mittelwert (M bzw. \bar{x}) und Standardabweichung (STD bzw. \underline{SD}) der insgesamt gezeigten AUs, der insgesamt gezeigten Primäraffekte und der Primäraffekte im Einzelnen betrachtet:

³⁹ Siehe Kapitel I.3.4.2.1.3 Alexithymie und psychosomatische Symptomatik, S. 40.

		Gesund	Traumatisiert
Gesamtanzahl aller AUs	Me	158,62	125,00
	M	179,29	154,47
	STD	97,12	87,43
Gesamtanzahl aller Primäraffekte	Me	11,89	7,00
	M	13,36	10,95
	STD	7,60	9,78
Ärger	Me	1,03	3,00
	M	1,70	3,47
	STD	2,73	4,07
Verachtung	Me	1,02	0,00
	M	1,20	1,58
	STD	1,44	2,24
Ekel	Me	1,04	1,00
	M	2,18	1,89
	STD	3,06	2,73
Angst	Me	0,00	0,00
	M	0,31	0,68
	STD	3,06	1,01
Freude (Duchenne Smile)	Me	5,13	0,00
	M	5,20	1,58
	STD	4,21	4,13
Trauer	Me	0,00	0,00
	M	0,05	0,32
	STD	0,24	0,75
Überraschung	Me	0,57	0,00
	M	2,72	1,42
	STD	3,79	2,14

Tab. 7: Median, Mittelwert und Standardabweichung der Gesamt-AUs und der Primäraffekte von Gesunden und Traumatisierten.

In den kodierten vier Minuten zeigen die gesunden Probanden eine größere mimische Aktivität als die traumatisierten Personen. Dies gilt in Bezug auf die insgesamt gezeigten AUs (Gesunde: $\bar{x} = 179,29$, $\underline{SD} = 97,12$; Traumatisierte: $\bar{x} = 154,47$, $\underline{SD} = 87,43$), die insgesamt gezeigten Primäraffekte (Gesunde: $\bar{x} = 13,36$, $\underline{SD} = 7,60$; Traumatisierte: $\bar{x} = 10,95$, $\underline{SD} = 9,78$) und die Primäraffekte im Einzelnen. Den größten Unterschied birgt hier der mimisch-affektive Ausdruck von Freude⁴⁰ (Gesunde: $\bar{x} = 5,20$, $\underline{SD} = 4,21$; Traumatisierte: $\bar{x} = 1,58$; $\underline{SD} = 4,13$). Dagegen zeigen die traumatisierten Patienten mimisch etwa doppelt so viel Ärger wie die gesunden Kontrollpersonen (Gesunde: $\bar{x} = 1,70$, $\underline{SD} = 2,73$; Traumatisierte: $\bar{x} = 3,47$; $\underline{SD} = 4,07$).

⁴⁰ Auf diesen Sachverhalt wird bei der Betrachtung von Hypothese 2 näher eingegangen.

Die interindividuellen Unterschiede der einzelnen Probanden innerhalb der beiden Gruppen sind hinsichtlich aller Variablen beträchtlich. Abgebildet wird die Heterogenität innerhalb der beiden Gruppen durch die jeweilige Standardabweichung.

Die folgenden Grafiken verdeutlichen die Unterschiede der beiden Gruppen hinsichtlich der Gesamtzahl der AUs, der Primäraffekte und der einzelnen Primäraffekte noch einmal:

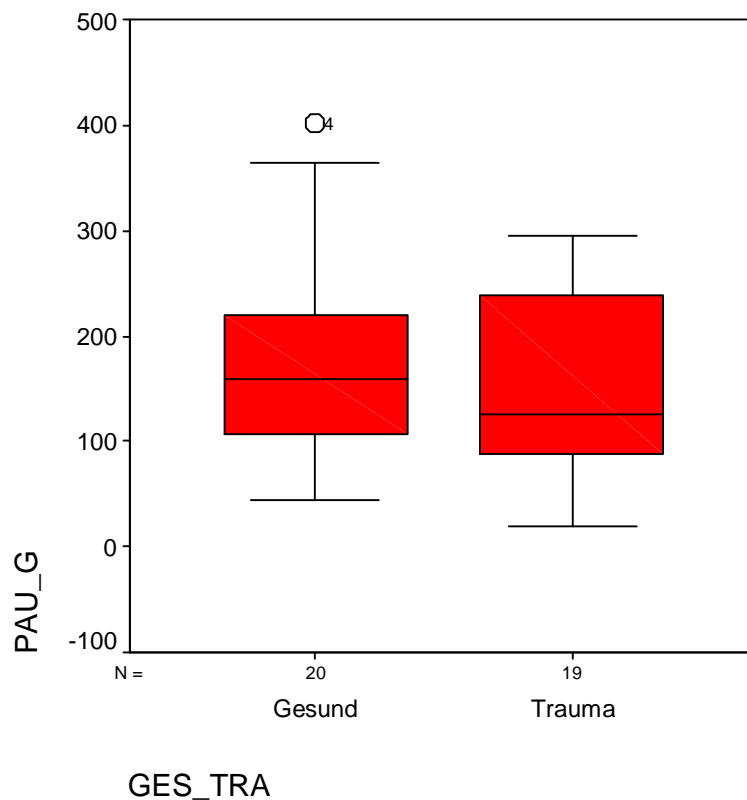


Abb. 4: Insgesamt gezeigte AUs von Gesunden und Traumatisierten.

Der Box-Plot⁴¹ verdeutlicht, dass die Werte der Gesunden insgesamt betrachtet höher liegen und breiter streuen als die der Traumatisierten. Der Ausreißerwert⁴² bei den Gesunden beeinflusst zudem die Differenz zwischen Mittelwert und Median. Die zentralen 50% der Daten (die Box) streuen dagegen bei den Traumatisierten breiter. Die Schiefe der Verteilung ist durch die Lage des Medians zu erkennen. Die Verteilung der Trauma-Gruppe ist im Gegensatz zur Verteilung der Gesunden, die nur eine Tendenz zur Rechtsschiefe aufweist, deutlich

⁴¹ Ein *Box-Plot* (engl.: box-plot) ist eine graphische Darstellung der »Häufigkeitsverteilung« einer Variablen X, die Zentrum, Streuung, Schiefe und Spannweite der Verteilung (inkl. möglicher Ausreißer u. Extremwerte) in einer Graphik zusammenfasst. Die Box symbolisiert die zentralen 50% der Daten und wird beim zweiten Quartil (Median) durch einen Strich geteilt. Die durch Querstriche begrenzten Linien links und rechts der Box repräsentieren nochmals jeweils 25% der Daten.

⁴² Wert, der das eineinhalbfache der Boxlänge entfernt liegt.

rechtsschief, d.h. die höheren Werte rechts des Medians streuen breiter als die niedrigeren Werte links des Medians.

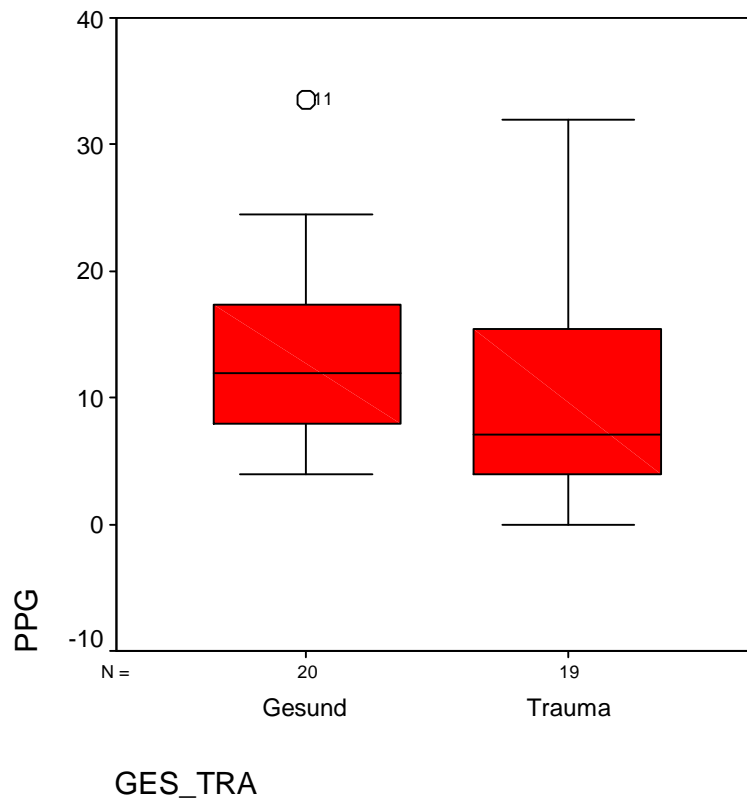


Abb. 5: Insgesamt gezeigte Primäraffekte von Gesunden und Traumatisierten.

In der Grafik wird ersichtlich, dass hinsichtlich der Primäraffekte die Werte der Traumatisierten im Vergleich zu den Werten der Gesunden breiter streuen. In der Gruppe der Gesunden befindet sich ein Ausreißerwert. Die Verteilung der Traumatisierten ist im Vergleich zur Verteilung der Gesunden rechtsschiefer. Die hohen Werte rechts des Medians streuen breiter als die unteren Werte links des Medians.

Des Weiteren herrschen zwischen den beiden Gruppen erhebliche Unterschiede in den durchschnittlichen Auftretenshäufigkeiten der einzelnen Primäraffekte. Während bei den Gesunden Freude (Ha) die am meisten gezeigte Emotion (Leitaffekt) ist [gefolgt von Überraschung (Sur), Ekel (Dis), Ärger (An), Verachtung (Con), Angst (Fe) und Trauer (Sad)], dominiert bei den Traumatisierten Ärger (An) [gefolgt von Ekel (Dis), Verachtung (Con), Freude (Ha), Überraschung (Sur), Angst (Fe) und Trauer (Sad)]. Dies wird durch die nachfolgende Grafik nochmals demonstriert:

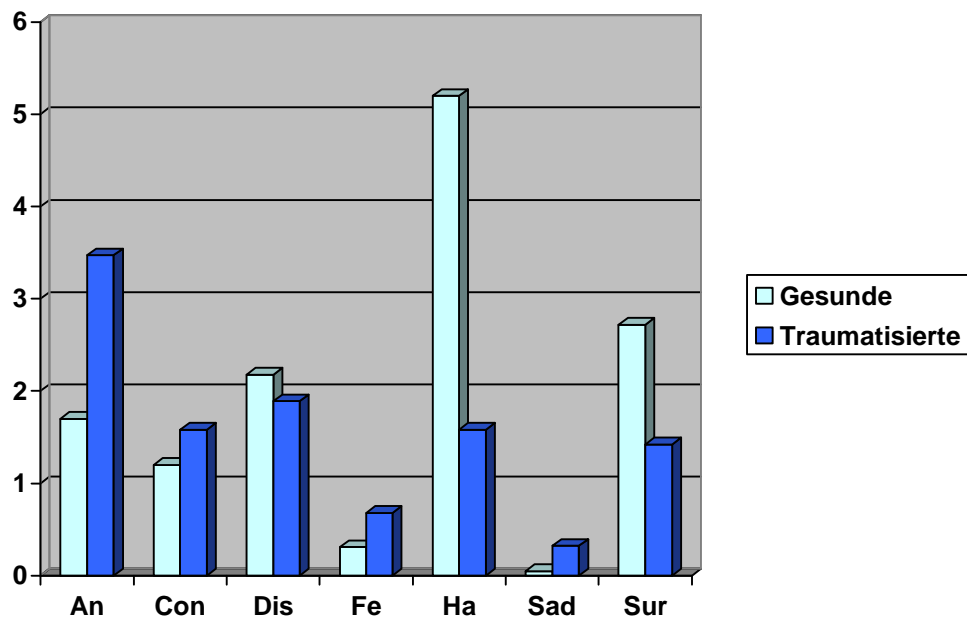


Abb. 6: Einzelne Primäraffekte von Gesunden und Traumatisierten.

Aufgrund des Nominalskalenniveaus der Daten und der relativ kleinen Stichprobe wird zur Überprüfung aller nachfolgenden Hypothesen der nonparametrische Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Im Folgenden werden die Ergebnisse des Signifikanztests abgebildet:

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Gesamtanzahl der AUs	-0,759	0,461
Gesamtanzahl der Primäraffekte	-1,546	0,127
Ärger	-1,327	0,194
Verachtung	-0,616	0,569
Ekel	-0,379	0,728
Angst	-0,532	0,771
Freude (Duchenne Smile)	-3,798	0,000** ⁴³
Trauer	-1,428	0,411
Überraschung	-0,786	0,478

Tab. 8: Mann-Whitney-U-Test zu den Gesamt-AUs, zur Gesamtanzahl der Primäraffekte und zu den einzelnen Primäraffekten bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Traumatisierten.

⁴³ ** bedeutet auch in den folgenden Tabellen, dass das Ergebnis auf dem 1%-Niveau hochsignifikant ($p \leq 0,010$) wird.

Die Unterschiede zwischen gesunden Probanden und traumatisierten Patienten hinsichtlich der Gesamtzahl aller AUs und der Gesamtzahl aller Primäraffekte werden nicht signifikant. Lediglich bezüglich der Freudemimik wurde ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden ($Z = -3,798, p \leq .000$).

Diese Ergebnisse bestätigen die in Hypothese 1 vertretenen Annahmen nicht: Traumatisierte Patienten zeigen keine (signifikant) verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

1.1.2 Ergebnisse zu Hypothese 2

Hypothese 2: Traumatisierte Patienten zeigen weniger positive Affekte.

Die Entwicklung dieser Hypothese stützt sich auf Forschungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass eine Reduktion positiver Affektivität ein weiteres unspezifisches Merkmal psychischer Erkrankungen ist (Merten, 2001).

Im EmFACS wird der Freudeausdruck differenziert betrachtet: **Echte Freude** („Duchenne Smile“) wird vom **sozialen Lächeln** unterschieden. Bei echter Freude wird AU 12 (ziehen der Mundwinkel nach oben) mit AU 6 („Krähenfüßchen“ um die Augen) innerviert, beim sozialen Lächeln dagegen nur AU 12. Ein **kontrollierter Freudeausdruck** liegt vor, wenn neben AU 12 und/oder AU 6 ein anderer Affekt, z.B. AU 15 (ziehen der Mundwinkel nach unten; mimisches Merkmal des Traueraffektes), gezeigt wird.

Zusätzlich zu diesen Unterscheidungen kann die **Intensität** in „hoch“ bzw. „niedrig“ eingestuft werden. Diese Intensitätskodierung richtet sich nach AU 12. In die Kategorie „hoch“ fallen die Kodierungen mit einer AU 12 der Intensität A bis B, in die Kategorie „niedrig“ die Kodierungen mit einer AU 12 der Intensität C bis E.

In Bezug auf den mimischen Ausdruck von Freude unterscheidet das EmFACS folgende Variationen:

- HA_FNCL** (happy felt no control low): Echte Freude, niedrige Intensität, ohne Kontrolle
- HA_FNCH** (happy felt no control high): Echte Freude, hohe Intensität, ohne Kontrolle
- HA_UNCL** (happy unfelt no control low): Soziales Lächeln, niedrige Intensität, ohne Kontrolle
- HA_UNCH** (happy unfelt no control high): Soziales Lächeln, hohe Intensität, ohne Kontrolle
- HA_FCL** (happy felt control low): Echte Freude, niedrige Intensität, mit Kontrolle
- HA_FCH** (happy felt control high): Echte Freude, hohe Intensität, mit Kontrolle
- HA_UCL** (happy unfelt control low): Soziales Lächeln, niedrige Intensität, mit Kontrolle
- HAF** (happy felt): Echte Freude (AU 6 und AU 12)
- HA_G** (happy gesamt): Alle genannten Freudevariationen gehen darin ein

		Gesund	Traumatisiert
HA_FNCL	Me	2,67	0,00
	M	3,46	1,26
	STD	3,61	3,66
HA_FNCH	Me	1,33	0,00
	M	1,74	0,32
	STD	1,73	0,58
HA_UNCL	Me	4,14	1,00
	M	6,11	2,32
	STD	7,55	2,45
HA_UNCH	Me	0,00	0,00
	M	0,21	0,00
	STD	0,42	0,00
HA_FCL	Me	0,48	0,00
	M	1,26	1,21
	STD	1,99	2,30
HA_FCH	Me	0,00	0,00
	M	0,15	0,00
	STD	0,50	0,00
HA_UCL	Me	1,66	0,00
	M	2,15	1,05
	STD	2,44	1,39
HAF	Me	5,13	0,00
	M	5,20	1,58
	STD	4,21	4,13
HA_G	Me	11,88	3,00
	M	16,03	6,32
	STD	10,68	8,35

Tab. 9: Median, Mittelwert und Standardabweichung der Lächelformen von Gesunden und Traumatisierten.

Bereits bei der Betrachtung von Hypothese 1 wurde deutlich, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in der mimischen Expression **echter Freude ohne Kontrollelemente** (HAF) gibt (Gesunde: $\bar{x} = 5,20$, $SD = 4,21$; Traumatisierte: $\bar{x} = 1,58$, $SD = 4,13$). Die Kategorie HAF setzt sich aus den beiden Kategorien HA_FNCL und HA_FNCH zusammen. In diesen beiden Kategorien wird der Unterschied zwischen der Gruppe der Gesunden (HA_FNCL: $\bar{x} = 3,46$, $SD = 3,61$; HA_FNCH: $\bar{x} = 1,74$, $SD = 1,73$) und der Gruppe der Traumatisierten (HA_FNCL: $\bar{x} = 1,26$, $SD = 3,66$; HA_FNCH: $\bar{x} = 0,32$, $SD = 0,58$) ebenfalls sehr deutlich.

Weiterhin zeigen gesunde Versuchspersonen fast dreimal so häufig den **Gesamtausdruck von Freude** (HA_G; Gesunde: $\bar{x} = 16,03$, $SD = 10,68$; Traumatisierte: $\bar{x} = 6,32$, $SD = 8,35$). Insgesamt kommt das **soziale Lächeln** (HA_UNCL und HA_UNCH) in der Interviewdyade häufiger vor als echte Freude. Es ist bei den Gesunden stärker ausgeprägt (HA_UNCL: $\bar{x} = 6,11$, $SD = 7,55$; HA_UNCH: $\bar{x} = 0,21$, $SD = 0,42$) als bei den Traumatisierten (HA_UNCL: $\bar{x} = 2,32$, $SD = 2,45$; HA_UNCH: $\bar{x} = 0,00$, $SD = 0,00$). Im hohen Intensitätsbereich kommt soziales Lächeln bei den Traumatisierten nicht vor. Die Unterschiede bezüglich der sozialen Lächelform sind jedoch nicht so deutlich wie die bei der echten Freude.

In den Kategorien **echte Freude mit Kontrollelementen** (HA_FCL und HA_FCH) sind die Gesunden nur in geringem Ausmaß mimisch aktiver als die Traumatisierten. Traumatisierte zeigen echte Freude in Verbindung mit Kontrollelementen nicht im hohen Intensitätsbereich (HA_FCL: $\bar{x}/\text{Gesunde} = 1,26$, $SD/\text{Gesunde} = 1,99$; $\bar{x}/\text{Traumatisierte} = 1,21$, $SD/\text{Traumatisierte} = 2,30$; HA_FCH: $\bar{x}/\text{Gesunde} = 0,15$, $SD/\text{Gesunde} = 0,50$; $\bar{x}/\text{Traumatisierte} = 0,00$, $SD/\text{Traumatisierte} = 0,00$).

Soziales Lächeln niedriger Intensität **mit Kontrollelementen** (HA_UCL) weisen Gesunde etwas mehr als doppelt so häufig auf ($\bar{x} = 2,15$, $SD = 2,44$) als Traumatisierte ($\bar{x} = 1,05$, $SD = 1,39$).

Folgende Grafiken veranschaulichen die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich der insgesamt gezeigten Freudemimik (HA_G) und der insgesamt gezeigten echten Freude (HAF):

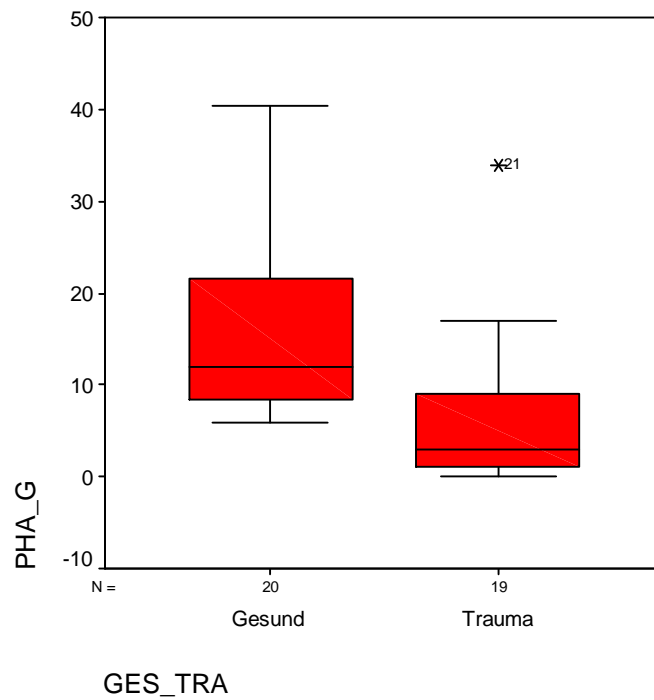


Abb. 7: Insgesamt gezeigte Freudemimik (HA_G) von Gesunden und Traumatisierten.

Hinsichtlich des Gesamtausdrucks von Freude (HA_G) liegen die Werte der gesunden Gruppe wesentlich höher und streuen breiter als die Werte der Traumatisierten. Die Trauma-Gruppe weist einen Extremwert⁴⁴ im hohen Bereich auf. Beide Verteilungen sind deutlich rechts-schief.

⁴⁴ Wert, der das dreifache der Boxlänge entfernt liegt.

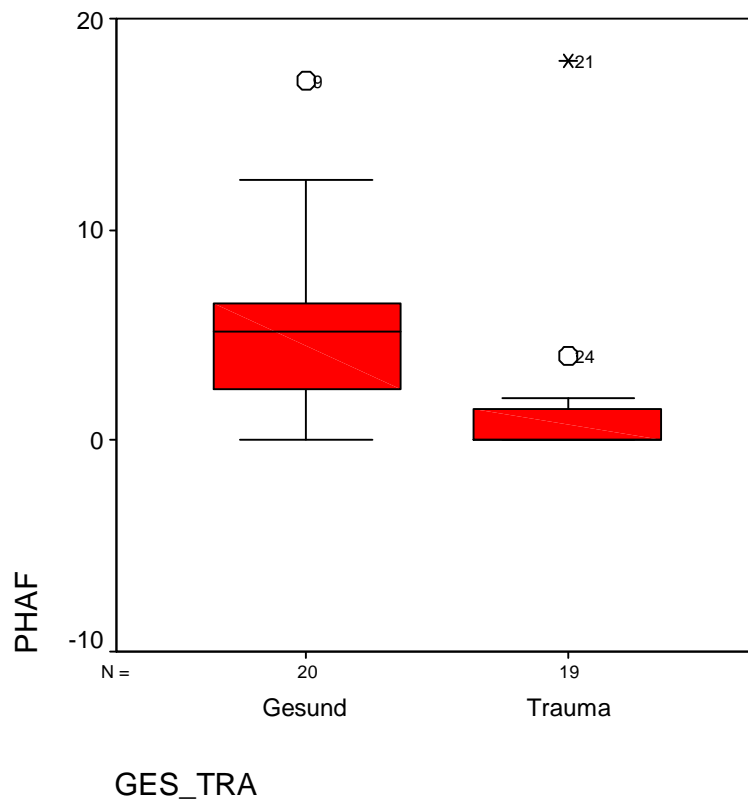


Abb. 8: Echte Freude (HAF) von Gesunden und Traumatisierten.

Die Werte liegen bei den Gesunden höher und streuen sehr viel breiter als bei den Traumatisierten. Bei beiden Gruppen kommt jeweils ein Ausreißerwert und bei den Traumatisierten zusätzlich ein Extremwert, vor. Die Verteilung der Gesunden ist linksschief, d.h. die niedrigeren Werte links vom Median streuen breiter als die höheren Werte rechts vom Median. Dagegen ist die Verteilung der Traumatisierten rechtsschief. Im unteren Bereich der Verteilung streuen die Werte nicht, d.h. Median und untere Linie der Box fallen zusammen. Im Bereich der höheren Werte rechts vom Median gibt es vereinzelte höhere Werte, was die Streuung in diesem Bereich vergrößert.

Der Signifikanztest (Mann-Whitney-U-Test) kommt bezüglich der Lächelformen von Gesunden und Traumatisierten zu folgenden Ergebnissen:

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
HA_FNCL	-3,345	0,001**
HA_FNCH	-3,294	0,002**
HA_UNCL	-1,934	0,057 ⁴⁵
HA_UNCH	-2,027	0,296
HA_FCL	-,776	0,496
HA_FCH	-1,396	0,607
HA_UCL	-1,673	0,113
HAF	-3,798	0,000**
HA_G	-3,459	0,000**

Tab. 10: Mann-Whitney-U-Test zu den Lächelformen von Gesunden und Traumatisierten.

Wie schon unter Hypothese 1 dargestellt, wird der Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der insgesamt gezeigten Freudemimik (HA_G) hochsignifikant ($Z = -3,459$, $p \leq .000$). Gesunde Personen drücken mimisch-affektiv mehr Freude aus als traumatisierte Patienten. Die Gruppen unterscheiden sich auch im Hinblick auf den Ausdruck echter Freude (HAF) hochsignifikant voneinander ($Z = -3,798$, $p \leq .000$). Schaut man sich das „Duchenne Smile“ genauer an und differenziert die echte Freude mit niedriger Intensität (HA_FNCL, $Z = -3,345$, $p < .001$) von der mit hoher Intensität (HA_FNCH, $Z = -3,294$, $p \leq .002$), werden die Unterschiede ebenfalls bei beiden Formen hochsignifikant.

Bei der sozialen Lächelform mit niedriger Intensität und ohne Kontrollelement (HA_UNCL) ist eine tendenzielle Signifikanz zu finden ($Z = -1,934$, $p \leq .057$). Im Hinblick auf die anderen Unterformen des sozialen Lächelns sind keine Signifikanzen oder Tendenzen zu verzeichnen. Insgesamt betrachten sind die Gesunden auch in Bezug auf unechtes Lächeln aktiver.

Schlussfolgernd kann Hypothese 2 bestätigt werden: Traumatisierte Patienten zeigen signifikant weniger positive Affekte als gesunde Kontrollpersonen.

1.2 Blickverhalten

Wie bereits dargestellt können vier verschiedene Blickzustände unterschieden werden:

⁴⁵ Fettgedruckte Werte stehen auch im Folgenden für eine tendenzielle Signifikanz ($.099 \geq p \geq .050$).

- Mutuelles Hinblicken (MH, beide Interaktionspartner schauen sich an)
- Mutuelles Wegblicken (MW, beide Interaktionspartner schauen weg)
- Interviewer blickt (H1, Interviewer blickt den Interviewten an)
- Interviewter blickt (H2, Interviewter blickt den Interviewer an)

Das Blickverhalten wurde nur erfasst, wenn auch eine mimische Expression kodiert wurde. Somit sind die Daten bezüglich des Blickverhaltens mit den EmFACS-Daten konfundiert.

1.2.1 Ergebnisse zu Hypothese 3

Hypothese 3: Traumatisierte Patienten weisen gegenüber gesunden Kontrollpersonen ein verändertes Blickverhalten auf.

Psychische Störungen werden als Beziehungsstörungen verstanden (Krause, 1997). Wie schon mehrfach betont, ist das Blickverhalten ein wichtiges Element zur Beziehungsgestaltung. Daneben spielt Lächeln für die Beziehung der Interaktionspartner eine große Rolle, besonders im Zusammenhang mit einhergehendem gemeinsamen Anblicken: Die Verknüpfung von Freudemimik und Blickkontakt dient der Herstellung und Aufrechterhaltung von Interaktionen und stellt ein interaktives Verstärker- und Belohnungssystem dar (Merten, 1996).

Im Folgenden werden neben den Daten der Blickzustände auch die Werte des gemeinsamen Auftretens echter Freudemimik mit mutuellem Hinblicken (MH_HAF) analysiert.

		Gesund	Traumatisiert
Mutuelles Hinblicken (MH)	Me	21,36	20,00
	M	23,72	23,16
	STD	11,48	15,61
Interviewer blickt (H1)	Me	32,00	29,00
	M	36,96	34,21
	STD	24,41	20,91
Interviewter blickt (H2)	Me	4,32	2,00
	M	4,40	3,74
	STD	3,91	4,05
Mutuelles Wegblicken (MW)	Me	3,59	5,00
	M	5,11	5,21
	STD	6,23	3,14
Mutuelles Hinblicken und echte Freude (MH_HAF)	Me	3,10	0,00
	M	3,45	0,74
	STD	2,91	2,31

Tab. 11: Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich der Blickzustände und des Blickverhaltens in Verbindung mit echter Freude von Gesunden und Traumatisierten.

Das Blickverhalten der gesunden Kontrollpersonen und der traumatisierten Patienten unterscheidet sich nicht wesentlich voneinander. In der Gruppe der Gesunden kommt das Mutuelle Hinblicken (MH, $\bar{x} = 23,72$, $SD = 11,48$), das Blicken des Interviewers (H1, $\bar{x} = 36,96$, $SD = 24,41$) und das Blicken des Interviewten (H2, $\bar{x} = 4,40$, $SD = 3,91$) etwas häufiger vor als bei den Traumatisierten (MH: $\bar{x} = 23,16$, $SD = 15,61$; H1: $\bar{x} = 34,21$, $SD = 20,91$; H2: $\bar{x} = 3,74$, $SD = 4,05$). Lediglich Mutuelles Wegblicken zeigen die traumatisierten Patienten etwas häufiger ($\bar{x} = 5,21$, $SD = 3,14$) im Vergleich zu den gesunden Personen ($\bar{x} = 5,11$, $SD = 6,23$). Mutuelles Hinblicken verknüpft mit echter Freude (MH_HAF) weisen dagegen die Gesunden ($\bar{x} = 3,45$, $SD = 2,91$) mehr als viermal öfter auf als die Traumatisierten ($\bar{x} = 0,74$, $SD = 2,31$).

Um den Unterschied zwischen den beiden Gruppen zu veranschaulichen, sind die Werte des Mutuellen Hinblickens in Verbindung mit echter Freude (MH_HAF) grafisch abgebildet:

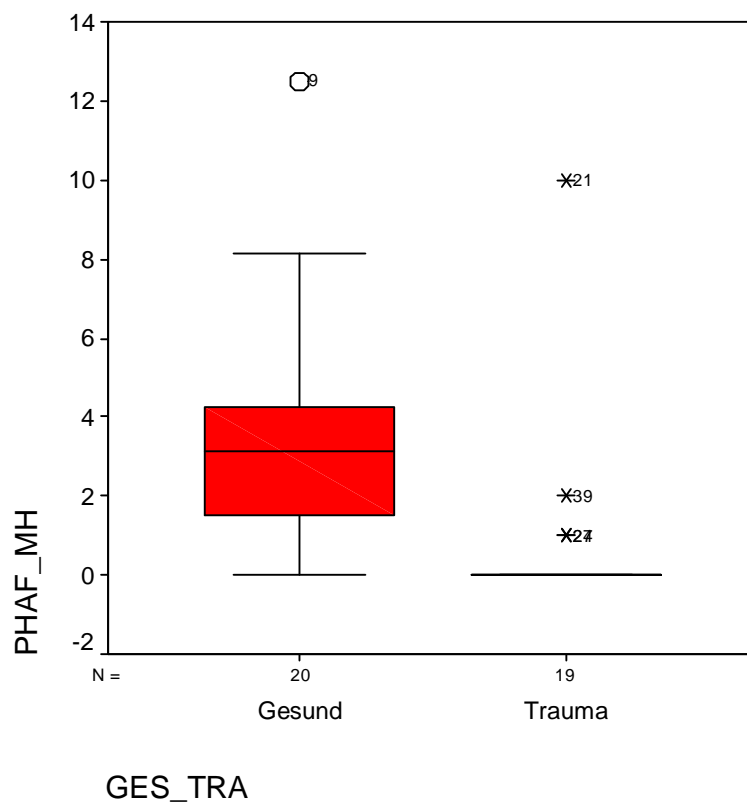


Abb. 9: Echte Freudemimik mit Mutuellem Hinblicken von Gesunden und Traumatisierten. Die Variationsbreite der Werte der Gesund-Gruppe ist weitaus größer als die der Trauma-Gruppe. Bei den gesunden Kontrollpersonen gibt es einen Ausreißerwert. Der Mittelwert der Gesunden wird durch vereinzelte niedrigere Werte verzerrt, so dass es zu einer linksschiefen

Verteilung kommt. Die Werte der Traumatisierten liegen bis auf drei Extremwerte alle beieinander. Zur Signifikanzprüfung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet:

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Mutuelles Hinblicken (MH)	-0,236	0,835
Interviewer blickt (H1)	-1,367	0,183
Interviewte blickt (H2)	-0,330	0,764
Mutuelles Wegblicken (MW)	-1,093	0,295
Mutuelles Hinblicken u. echte Freude (MH_HAF)	-4,398	0,000**

Tab. 12: Mann-Whitney-U-Test zu den Blickzuständen und dem Blickverhalten in Verbindung mit echter Freude bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Traumatisierten.

Der Signifikanztest ergibt einen hochsignifikanten Unterschied zwischen gesunden Kontrollpersonen und traumatisierten Patienten in Bezug auf das Mutuelle Hinblicken mit echter Freude (MH_HAF, $Z = -4,398$, $p \leq .000$). Gesunde Personen äußern im Vergleich zu traumatisierten Patienten signifikant häufiger echte Freude und blicken den Interviewer dabei an. Bei der Betrachtung des Blickverhaltens kommt es wie erwartet nicht zu signifikanten Unterschieden zwischen den zwei Gruppen.

Hypothese 3 kann somit bestätigt werden: Traumatisierte Patienten zeigen ein verändertes Blickverhalten. In der Interviewdyade mit Gesunden blicken sich die Interaktionspartner signifikant häufiger an als in Interaktionen mit Traumatisierten, sofern die Interviewten echte Freude zeigen.

1.3 Zusammenfassung

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Vergleichs von traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen in einer Tabelle zusammengefasst:

Hypothesen	Ergebnisse
Hypothese 1: Traumatisierte Patienten zeigen eine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.	Traumatisierte Patienten zeigen keine (signifikant) verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.
Hypothese 2: Traumatisierte Patienten zeigen weniger positive Affekte	Traumatisierte Patienten zeigen signifikant weniger positive Affekte als gesunde Kontrollpersonen.
Hypothese 3: Traumatisierte Patienten weisen gegenüber gesunden Kontrollpersonen ein verändertes Blickverhalten auf.	Traumatisierte Patienten zeigen ein verändertes Blickverhalten: In Interaktionen mit Gesunden schauen sich die Interaktionspartner signifikant häufiger an, wenn die Interviewten echte Freude zeigen, als in Interaktionen mit Traumatisierten.

Tab. 13: Übersicht über die Ergebnisse des Vergleichs von Gesunden mit Traumatisierten (Hypothesen 1 bis 3).

2 Vergleich von hochdissoziativen traumatisierten Patienten mit gesunden Kontrollpersonen

2.1 Mimisches Verhalten

2.1.1 Ergebnisse zu Hypothese 4

Hypothese 4: Hochdissoziative zeigen eine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

Wie schon erwähnt wird davon ausgegangen, dass die Interviewsituation eine Stresssituation darstellt, die dissoziative Zustände bei Hochdissoziativen begünstigt (Armstrong & Loewenstein, 1990; Putnam, 1997). Die Hypothese basiert auf der Annahme, dass Hochdissoziative durch ein affektreduziertes Interaktionsverhalten versuchen, dissoziatives Verhalten abzuwehren (Kirsch, 2001).

In der folgenden Tabelle sind Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich der insgesamt gezeigten AUs, der insgesamt aufgetretenen Primäraffekte und der einzelnen Primäraffekte von gesunden Personen sowie von hochdissoziativen traumatisierten Patienten aufgeführt.

		Gesunde	Hochdissoziative
Gesamtanzahl aller Aus	Me	158,62	198,50
	M	179,29	169,90
	STD	97,12	105,17
Gesamtanzahl aller Primär-Affekte	Me	11,89	10,50
	M	13,36	13,20
	STD	7,60	11,97
Ärger	Me	1,03	3,00
	M	1,70	3,40
	STD	2,73	3,81
Verachtung	Me	1,02	0,00
	M	1,20	1,60
	STD	1,44	2,32
Ekel	Me	1,04	2,50
	M	2,18	2,90
	STD	3,06	3,31
Angst	Me	0,00	0,00
	M	0,31	1,20
	STD	1,01	2,70
Freude (Duchenne Smile)	Me	5,13	0,00
	M	5,20	2,00
	STD	4,21	5,64
Trauer	Me	0,00	0,00
	M	0,05	0,60
	STD	0,24	0,97
Überraschung	Me	0,57	1,00
	M	2,72	1,50
	STD	3,79	2,01

Tab. 14: Median, Mittelwert und Standardabweichung der insgesamt gezeigten AUs, den insgesamt gezeigten Primäraffekten und den einzelnen Primäraffekten bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Hochdissoziativen.

Was die Gesamtzahl der AUs und die Gesamtanzahl der Primäraffekte anbelangt, gibt es nur einen geringen Unterschied zwischen gesunden Kontrollpersonen und traumatisierten hochdissoziativen Patienten. Die Gesunden sind leicht aktiver als die Gruppe der Hochdissoziativen (Gesunde: $\bar{x} = 179,29$, $\underline{SD} = 97,12$; Hochdissoziative: $\bar{x} = 169,90$, $\underline{SD} = 105,17$). Die Gruppe der Gesunden zeichnet sich durch den Leitaffekt Freude (Gesunde: $\bar{x} = 5,20$, $\underline{SD} = 4,21$; Hochdissoziative: $\bar{x} = 2,00$, $\underline{SD} = 5,64$) aus, der bei ihnen mehr als doppelt so oft vorkommt wie bei den Hochdissoziativen. Die Gruppe der Hochdissoziativen weist den Leitaffekt Ärger auf. Er wird von ihnen doppelt so häufig gezeigt wie von den Gesunden (Gesunde: $\bar{x} = 1,70$, $\underline{SD} = 2,73$; Hochdissoziative: $\bar{x} = 3,40$, $\underline{SD} = 3,81$). Weiterhin zeigen Hochdissoziative deutlich mehr Angst (Gesunde: $\bar{x} = 0,31$, $\underline{SD} = 1,01$; Hochdissoziative: $\bar{x} = 1,20$, $\underline{SD} = 2,70$) und Trauer (Gesunde: $\bar{x} = 0,05$, $\underline{SD} = 0,24$; Hochdissoziative: $\bar{x} = 0,60$, $\underline{SD} = 0,97$)

als die Gesunden. Bei den Gesunden kommt der Primäraffekt Überraschung fast doppelt so häufig vor wie bei den Hochdissoziativen (Gesunde: $\bar{x} = 2,72$, $SD = 3,79$; Hochdissoziative: $\bar{x} = 1,50$, $SD = 2,01$).

In der anschließenden Abbildung ist die Häufigkeit der einzelnen Primäraffekte bei den beiden Gruppen anhand eines Balkendiagramms grafisch dargestellt:

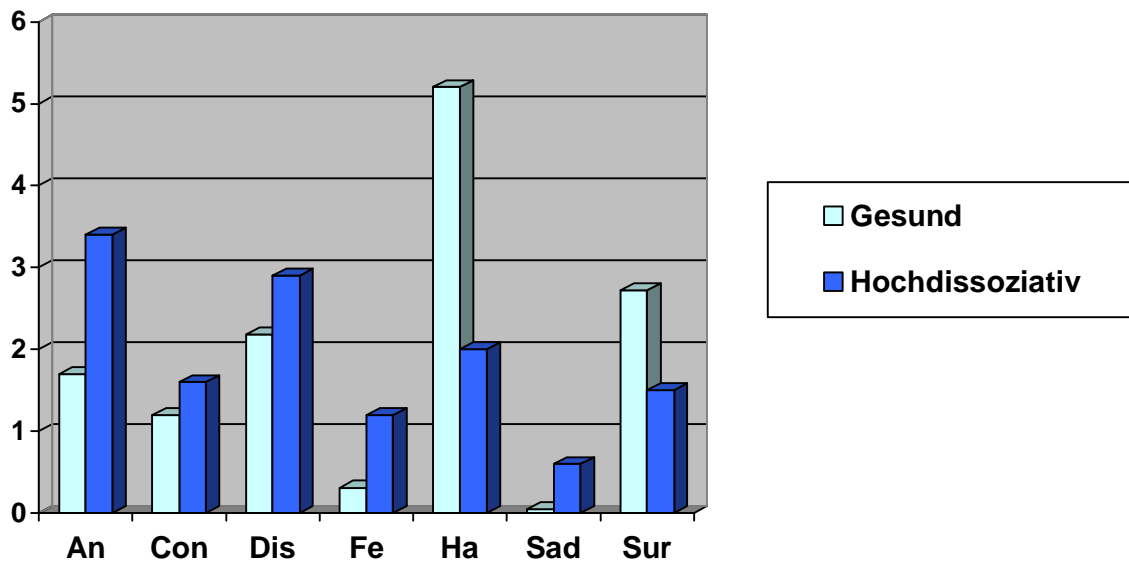


Abb. 10: Primäraffekte von Gesunden im Vergleich zu Hochdissoziativen.

Die gesunden Kontrollpersonen zeigen die positiven Affekte Freude (Ha) und Überraschung (Sur) am häufigsten, gefolgt von Ekel (Dis), Ärger (An), Verachtung (Con), Angst (Fe) und Trauer (Sad). Bei den Hochdissoziativen verhält sich die Reihenfolge bezüglich der Häufigkeiten der gezeigten Primäraffekte etwas anders: An Ärger (An) als Leitaffekt schließt sich Ekel (Dis), Freude (Ha), Verachtung (Con), Überraschung (Sur), Angst (Fe) und schließlich Trauer (Sad) an. Zur Prüfung der Signifikanz wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Folgende Ergebnisse sind zu verzeichnen:

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Gesamtanzahl der AUs	-0,044	0,983
Gesamtanzahl der Primäraffekte	-0,396	0,713
Ärger	-1,294	0,448
Verachtung	-0,321	0,779
Ekel	-0,632	0,559
Angst	-0,819	0,650
Freude (Duchenne Smile)	-2,988	0,002**
Trauer	-2,306	0,143
Überraschung	-0,371	0,746

Tab. 15: Mann-Whitney-U-Test zu den Gesamt-AUs, zur Gesamtanzahl der Primäraffekte und zu den einzelnen Primäraffekten bezüglich des Vergleichs von Gesunden mit Hochdissoziativen.

Gesunde Kontrollpersonen und hochdissoziative traumatisierte Patienten weisen bezüglich der Gesamtzahl aller AUs und der Gesamtzahl aller Primäraffekte keine signifikanten Unterschiede auf. Hinsichtlich einzelner Primäraffekte kommt es nur bezüglich der Freude zu einem hochsignifikanten Ergebnis ($Z = -2,988$, $p \leq .002$). Gesunde Personen zeigen signifikant häufiger echte Freude in der Interviewsituation als hochdissoziative traumatisierte Patienten. Aufgrund dieser Ergebnisse muss Hypothese 4 verworfen werden: Hochdissoziative zeigen keine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

2.1.2 Zusammenfassung

Hypothese	Ergebnis
Hypothese 4: Hochdissoziative zeigen eine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.	Hochdissoziative zeigen keine verminderte mimisch-affektive Aktivität im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

Tab. 16: Übersicht über das Ergebnis des Vergleichs von Gesunden mit Hochdissoziativen (Hypothese 4).

3 Vergleich von niedrig- und hochdissoziativen traumatisierten Patienten

Die Hypothesen zum Vergleich von Niedrig- und Hochdissoziativen wurden von Blumenstock (2003) übernommen, um sie an einer traumatisierten Patientenpopulation zu replizieren.

3.1 Mimisches Verhalten

3.1.1 Ergebnisse zu Hypothese 5

Hypothese 5: Hochdissoziative zeigen häufiger AU 5 (Augen aufreißen) als Niedrigdissoziative.

Aufgrund des Stressfaktors, den eine Interviewsituation darstellt, sind dissoziative Reaktionen bei Personen mit dissoziativen Neigungen wahrscheinlicher als in einer stressfreien Situation (Armstrong & Loewenstein, 1990; Putnam, 1997) und somit auch bei Hochdissoziativen eher anzunehmen als bei Niedrigdissoziativen. Ferner kann dissoziatives Verhalten Trancezustände beinhalten, die wiederum stereotype Kopf- und Augenbewegungen (z.B. Hin- und Herbewegungen der Augen oder des Kopfes) vermuten lassen. Auch das Augenaufreißen (AU 5) wird diesen stereotypen Verhaltensweisen zugeordnet.

Hypothese 5 fand in der Studie von Blumenstock (2003) tendenziell Bestätigung. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Häufigkeit von AU 5 bei Hoch- und Niedrigdissoziativen:

		Hochdissoziative	Niedrigdissoziative
Augen aufreißen (AU 5)	Me	1,00	1,00
	M	2,50	2,78
	STD	3,21	4,06

Tab. 17: Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich AU 5 von Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, gibt es keinen großen Unterschied im Augen aufreißen zwischen Hoch- und Niedrigdissoziativen. Traumatisierte Patienten mit niedrigen Dissoziationswerten zeigen sogar etwas häufiger AU 5 ($\bar{x} = 2,78$, $SD = 4,06$) als Hochdissoziative ($\bar{x} = 2,50$, $SD = 3,21$).

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Gesamtanzahl der AUs	-0,377	0,720

Tab. 18: Mann-Whitney-U-Test zu AU 5 bezüglich des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Wie schon die deskriptiven Werte erwarten ließen kommt es nicht zu einem signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Somit kann Hypothese 5 nicht bestätigt werden: Hochdissoziative zeigen AU 5 (Augen aufreißen) nicht in einem stärkeren Ausmaß als Niedrigdissoziative. Vielmehr kommt AU 5 bei Niedrigdissoziativen häufiger vor als bei den Patienten mit hohen Dissoziationswerten.

3.1.2 Ergebnisse zu Hypothese 6

Hypothese 6: Hochdissoziative zeigen weniger Primäraffekte als Niedrigdissoziative.

Ein affektreduzierter Interaktionsstil hochdissoziativer Personen dient dazu, dissoziatives Verhalten abzuwehren (Kirsch, 2001). Aufgrund dessen wird unterstellt, dass es einen Unterschied zwischen den Gruppen Hoch- und Niedrigdissoziative in Bezug auf die Primäraffekte gibt. Blumenstock (2003) konnte keinen reduzierten mimisch-affektiven Interaktionsstil Hochdissoziativer bei Studenten- und Mitarbeitern der Universität nachweisen.

		Hochdissoziative	Niedrigdissoziative
Gesamtanzahl aller AUs ⁴⁶	Me	198,50	119,00
	M	169,90	137,33
	STD	105,17	64,23
Gesamtanzahl aller Primäraffekte	Me	10,50	7,00
	M	13,20	8,44
	STD	11,97	6,39
Ärger	Me	3,00	2,00
	M	3,40	3,56
	STD	3,81	4,59
Verachtung	Me	0,00	1,00
	M	1,60	1,56
	STD	2,32	2,30
Ekel	Me	2,50	0,00
	M	2,90	0,78
	STD	3,31	1,30
Angst	Me	0,00	0,00
	M	1,20	0,11
	STD	2,70	0,33
Freude (Duchenne Smile)	Me	0,00	0,00
	M	2,00	1,11
	STD	5,64	1,45
Trauer	Me	0,00	0,00
	M	0,60	0,00
	STD	0,97	0,00
Überraschung	Me	1,00	0,00
	M	1,50	1,33
	STD	2,01	2,40

Tab. 19: Median, Mittelwert und Standardabweichung der insgesamt gezeigten AUs, der insgesamt gezeigten Primäraffekte und der einzelnen Primäraffekte bezüglich des Vergleichs von Gesunden und Hochdissoziativen.

Die Auswertung zeigt, dass hochdissoziative traumatisierte Patienten mimisch leicht aktiver sind als Niedrigdissoziative in Bezug auf die Gesamtzahl der AUs (Hochdissoziative: $\bar{x} = 169,90$, $SD = 105,17$; Niedrigdissoziative: $\bar{x} = 137,33$, $SD = 64,23$) und die Gesamtanzahl an Primäraffekten (Hochdissoziative: $\bar{x} = 13,20$, $SD = 11,97$; Niedrigdissoziative: $\bar{x} = 8,44$, $SD = 6,39$). Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass Hochdissoziative den jeweiligen Affektausdruck - bis auf Ärger (An) - etwas häufiger zeigen als Niedrigdissoziative. Bei beiden Gruppen stellt Ärger (An) den Leitaffekt dar.

⁴⁶ Wird zusätzlich angegeben, obwohl laut Hypothese nicht relevant.

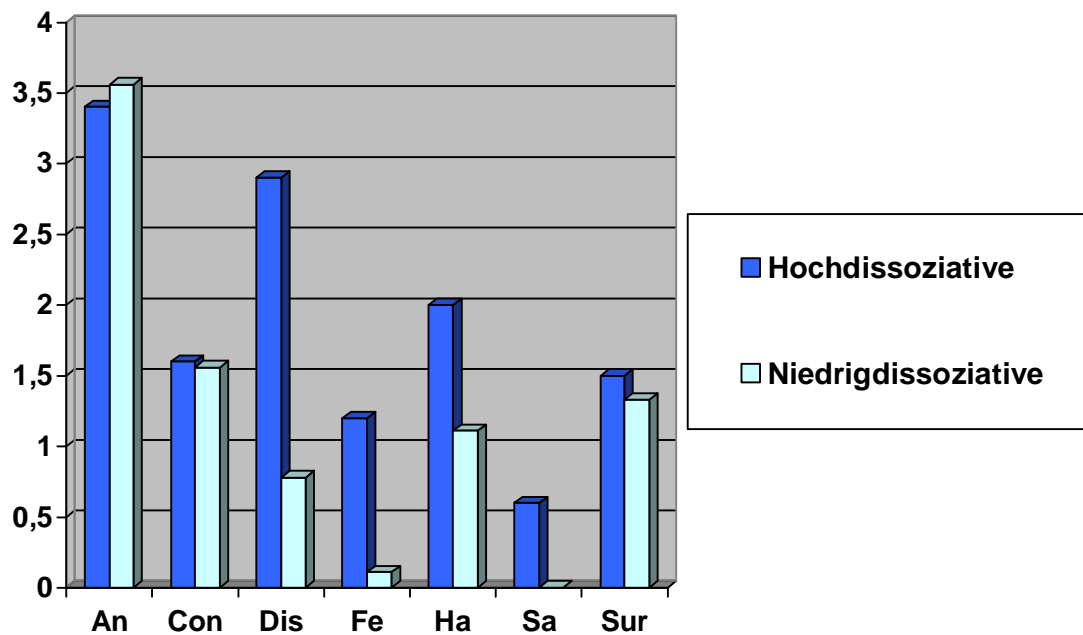


Abb. 11: Einzelne Primäraffekte von Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist bei Ekel (Dis) am größten, gefolgt von Angst (Fe), Trauer (Sa) und Freude (Ha). Bezüglich Ärger (An), Verachtung (Con) und Überraschung (Sur) unterscheiden sich die Gruppen nicht wesentlich voneinander. Um die Signifikanzen zu testen wurde der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt:

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Gesamtanzahl der AUs	-0,490	0,661
Gesamtanzahl der Primäraffekte	-0,492	0,661
Ärger	-0,165	0,905
Verachtung	-0,266	0,842
Ekel	-1,670	0,113
Angst	-0,643	0,720
Freude (Duchenne Smile)	-0,804	0,720
Trauer	-2,068	0,156
Überraschung	-0,664	0,549

Tab. 20: Mann-Whitney-U-Test zu den insgesamt gezeigten AUs, der Gesamtzahl an Primäraffekten und den Primäraffekten im Einzelnen in Bezug auf den Unterschied zwischen Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten im Hinblick auf die mimische Aktivität (Gesamtanzahl der AUs), die Pri-

märaffekte und die Affekte Ärger, Verachtung, Ekel, Angst, Freude, Trauer und Überraschung.

Hypothese 6 konnte nicht bestätigt werden: Hochdissoziative zeigen nicht weniger Primäraffekte als Niedrigdissoziative.

3.1.3 Hypothesen 7 und 8

Hypothese 7: Hochdissoziative zeigen weniger hedonische Affekte als Niedrigdissoziative.

Hypothese 8: Hochdissoziative zeigen mehr anhedonische Affekte als Niedrigdissoziative.

Aufgrund der fehlenden Signifikanz der Ergebnisse von Hypothese 6 werden die Hypothesen 7 und 8 nicht überprüft. Es ist zu erwarten, dass die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich hedonischer und anhedonischer Affekte nicht signifikant werden.

3.1.4 Ergebnisse zu Hypothese 9

Hypothese 9: Hochdissoziative zeigen gegenüber Niedrigdissoziativen verstärkt Blenden.

Wie schon mehrfach betont stellen Interviewsituationen Dissoziationsstudien zufolge Stresssituationen dar (Armstrong & Loewenstein, 1990; Putnam, 1997), die bei Hochdissoziativen dissoziatives Verhalten begünstigen. Konflikthafes Material sollte sich darüber hinaus im affektiven Interaktionsstil Hochdissoziativer durch das vermehrte Auftreten von Blenden (gleichzeitiges Ausdrücken unterschiedlicher Affekte) zeigen.

Hypothese 9 konnte in der Studie von Blumenstock (2003) bestätigt werden. Hochdissoziative zeigen zweimal so häufig die Blende positiv/negativ wie Niedrigdissoziative.

Im Folgenden wird die Gesamtzahl der Blenden untersucht, ohne eine weitere Untergliederung der Blenden (z.B. in negative/positive oder in negative/negative) vorzunehmen:

		Hochdissoziative	Niedrigdissoziative
Blenden, gesamt	Me	0,00	2,00
	M	0,90	2,22
	STD	1,20	1,53

Tab. 21: Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich der insgesamt gezeigten Blenden von Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Aus der Tabelle geht hervor, dass Niedrigdissoziative häufiger unterschiedliche Affekte gleichzeitig ausdrücken als Hochdissoziative (Hochdissoziative: $\bar{x} = 0,90$, $SD = 1,20$; Niedrigdissoziative: $\bar{x} = 2,22$, $SD = 1,53$). Die folgende Abbildung verdeutlicht das Ergebnis:

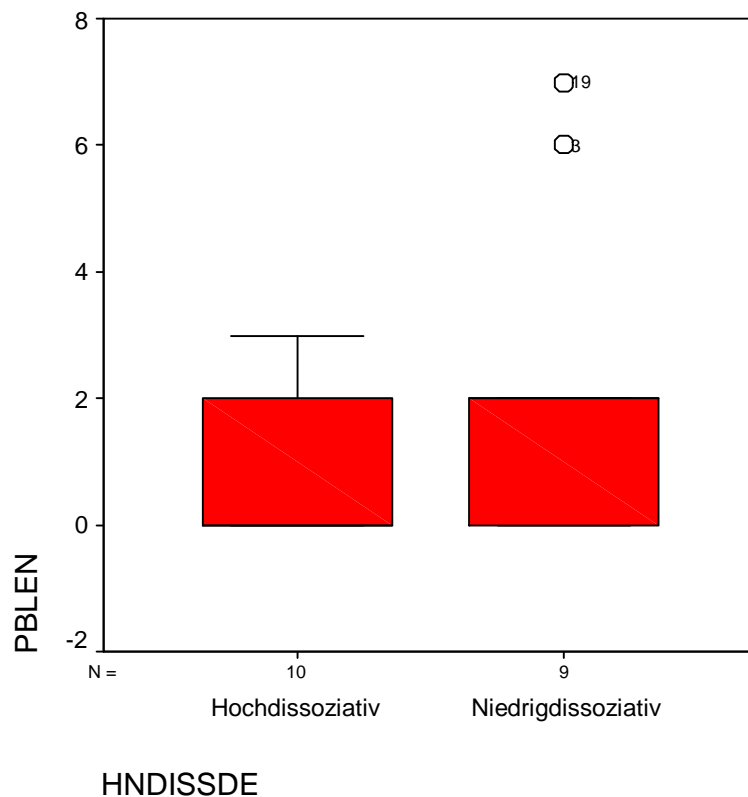


Abb. 12: Vergleich von Hoch- und Niedrigdissoziativen in Bezug auf Blenden.

Die Verteilung der Hochdissoziativen streut im hohen Bereich breiter als die Verteilung der Niedrigdissoziativen. Die Verteilung der niedrigdissoziativen Patienten hat im hohen Bereich rechts des Medians nur zwei Ausreißerwerte aufzuweisen und der Median fällt mit der oberen Linie der Box zusammen, die das dritte vom vierten Quartil der Verteilung abgrenzt. Die Werte links des Medians streuen dagegen breiter. Somit handelt es sich bei den Niedrigdissoziativen um eine linksschiefe Verteilung. Die Verteilung der Personen mit hohen Dissoziationswerten ist aufgrund der breiten Streuung der höheren Werte (rechts vom Median) rechts-schief. Die unteren Werte dieser Verteilung links vom Median liegen beieinander, deshalb fallen die untere Begrenzungslinie der Box (Beginn des zweiten Quartils der Verteilung) und der Median zusammen.

Die Signifikanzprüfung erfolgt mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests:

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Gesamtanzahl der Blenden	-1,098	0,315

Tab. 22: Mann-Whitney-U-Test zu den insgesamt gezeigten Blenden bezüglich des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Hypothese 9 muss verworfen werden: Hochdissoziative zeigen gegenüber Niedrigdissoziativen nicht häufiger Blenden. Vielmehr weisen Niedrigdissoziative eine größere Zahl von Blenden auf als Hochdissoziative. Der Unterschied wird jedoch nicht signifikant.

3.2 Blickverhalten

3.2.1 Ergebnisse zu Hypothese 10

Hypothese 10: Hochdissoziative blicken häufiger zum Interviewer als Niedrigdissoziative.

Ein verstärkter Blickkontakt zum Interviewer (einseitig oder beidseitig) soll ebenfalls der Vermeidung dissoziativer Zustände dienen und wird somit bei den traumatisierten Patienten mit hohen Dissoziationswerten häufiger vermutet als bei den traumatisierten Patienten mit niedrigen Dissoziationswerten. Blumenstock (2003) fand keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Blickverhaltens zwischen Hoch- und Niedrigdissoziativen.

In der nachfolgenden Tabelle findet sich die Beschreibung der Blickzustände der Hoch- und Niedrigdissoziativen bezüglich des Mutuellen Hinblickens (MH, beide Interaktionspartner blicken sich an) und des Zustandes, wenn nur der Interviewte blickt (H2). Wie schon erwähnt wurden die Blickzustände nur erfasst, wenn beim Interviewten ein mimisches Ereignis vorkam:

		Hochdissoziative	Niedrigdissoziative
Mutuelles Hinblicken (MH)	Me	16,50	20,00
	M	21,30	25,22
	STD	17,33	14,20
Interviewter blickt (H2)	Me	1,00	3,00
	M	2,80	4,78
	STD	4,29	3,73

Tab. 23: Median, Mittelwert und Standardabweichung bezüglich der Blickzustände von hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten.

Niedrigdissoziative blicken den Interviewer generell häufiger an, sowohl in Bezug auf MH als auch auf H1. Der Unterschied wird jedoch bei H1 sehr viel deutlicher. Dagegen streuen die Werte bei den Hochdissoziativen mehr als die Werte bei den Niedrigdissoziativen (Hochdissoziative: $\bar{x} = 2,80$, $SD = 4,29$; Niedrigdissoziative: $\bar{x} = 4,78$, $SD = 3,73$). Abbildung 10 stellt die für Hypothese 10 relevanten Blickzustände grafisch dar:

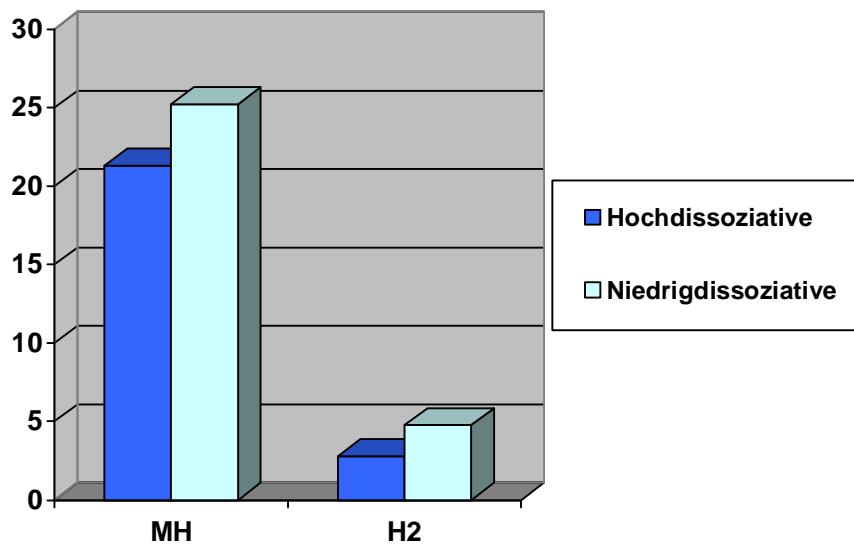


Abb. 13: Blickzustände MH und H2 von Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Der Mann-Whitney-U-Test zur Signifikanzprüfung ergibt folgende Ergebnisse:

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Mutuelles Hinblicken (MH)	-0,695	0,497
Interviewte blickt (H2)	-1,693	0,095

Tab. 24: Mann-Whitney-U-Test zu den Blickzuständen bezüglich des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen.

Zwischen den beiden Gruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf das Blickverhalten. Lediglich bezüglich H2 gibt es eine tendenzielle Signifikanz zu verzeichnen ($Z = -1,693$, $p \leq .095$).

Hypothese 10 findet keine Bestätigung: Hochdissoziative blicken nicht häufiger zum Interviewer als Niedrigdissoziative. Vielmehr blicken niedrigdissoziative traumatisierte Patienten tendenziell häufiger zum Interviewer als hochdissoziative traumatisierte Patienten.

3.3 Zusammenfassung

Hypothese	Ergebnis
Hypothese 5: Hochdissoziative zeigen häufiger AU 5 (Augen aufreißen) als Niedrigdissoziative.	Hochdissoziative zeigen nicht häufiger AU 5 als Niedrigdissoziative.
Hypothese 6: Hochdissoziative zeigen weniger Primäraffekte als Niedrigdissoziative.	Hochdissoziative zeigen nicht weniger Primäraffekte als Niedrigdissoziative. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.
Hypothese 7: Hochdissoziative zeigen weniger hedonische Affekte als Niedrigdissoziative.	Aufgrund des Ergebnisses von Hypothese 6 wurde diese Hypothese nicht geprüft.
Hypothese 8: Hochdissoziative zeigen mehr anhedonische Affekte als Niedrigdissoziative.	Aufgrund des Ergebnisses von Hypothese 6 wurde diese Hypothese nicht geprüft.
Hypothese 9: Hochdissoziative zeigen gegenüber Niedrigdissoziativen verstärkt Blenden.	Hochdissoziative zeigen nicht verstärkt Blenden gegenüber Niedrigdissoziativen.
Hypothese 10: Hochdissoziative blicken häufiger zum Interviewer als Niedrigdissoziative	Hochdissoziative blicken nicht häufiger zum Interviewer als Niedrigdissoziative. Niedrigdissoziative blicken sogar tendenziell häufiger zum Interaktionspartner als Hochdissoziative.

Tab. 25: Übersicht über die Ergebnisse des Vergleichs von Hoch- und Niedrigdissoziativen (Hypothesen 5 bis 9).

4 Explorative Datenanalyse

In diesem Abschnitt werden die neunzehn Patienten im Hinblick auf die ihnen widerfahrene Traumatisierung und die erreichten Dissoziationswerte im FDS in verschiedene Gruppen unterteilt.⁴⁷ Anschließend werden sie in Bezug auf die AUs, die Primäraffekte und das Blickverhalten miteinander verglichen.

Die folgende Analyse geschieht ohne explizite theoretische Untermauerungen und Hypothesenbildungen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wird der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Aufgeführt werden nur tendenzielle und signifikante Unterschiede.

4.1 Differenzierung im Hinblick auf Traumatisierung

4.1.1 Einschränkungen

Die Aussagekraft der Ergebnisse ist aus folgenden Gründen eingeschränkt:

- Die Gruppeneinteilungen beruhen auf Patientenerzählungen, die bewusste oder unbewusste Fehlerquellen enthalten können. Beispielsweise könnten Amnesien in Bezug auf Traumatisierungen vorliegen, oder reale Ereignisse und Phantasien könnten sich so

⁴⁷ Siehe hierzu Kapitel II.4. Gruppenbildung, S. 64.

vermengt haben, dass das „erinnerte“ Ereignis so nicht stattgefunden hat.⁴⁸ Schließlich neigen gerade traumatisierte Menschen dazu Traumatisierungen zu verschweigen, um so eine Retraumatisierung zu vermeiden.

- Der Interviewer stellt für die Patienten eine unbekannte Person dar. Das zwanzigminütige Interview ist zu kurz, um eine tragfähige Beziehung aufbauen zu können, die gerade für Traumatisierte sehr wichtig ist. Zudem wären vermutlich zusätzlich andere Inhalte angesprochen worden bzw. das Interaktionsverhalten hätte sich anders entwickelt, wäre der Interviewer ein bekannter Therapeut und/oder das Interview länger gewesen.
- Viele der Patienten vermittelten den Eindruck, als ginge es nicht nur um ein oder mehrere Traumatisierungen, sondern als seien viele Lebensbereiche sehr belastend.
- Viele der Patienten wurden nicht primär wegen ihrer Traumatisierung, sondern wegen anderer Störungen in die Klinik aufgenommen. Diese zusätzlichen Störungen haben Einfluss auf das nonverbale Interaktionsverhalten der Patienten.
- Für einige Patienten stellte der Klinikaufenthalt zudem erst den Beginn einer bewussten Auseinandersetzung mit ihrem Leben dar. Deshalb ist zu vermuten, dass ihnen noch weitere traumatische Ereignisse bewusst werden.

Die traumatisierten Patienten wurden in folgende Gruppen unterteilt:

- Ø **Leicht-/Mittel- und Schwertraumatisierte,**
- Ø **Früh- und Spättraumatisierte** sowie
- Ø **Einmalig- und Mehrmaligtraumatisierte**

4.1.2 Ergebnisse

Die drei vergleichenden Untersuchungen der Gruppen ergaben bis auf eine Ausnahme keine signifikanten Unterschiede. Frühtraumatisierte weisen im Vergleich zu den Spättraumatisierten häufiger den Primäraffekt Ärger auf, während sie selbst wegblicken und nur der Interviewer blickt (AN_H1):

⁴⁸ Eine Studie bezüglich dieser Problematik findet sich bei Kirsch (2001).

		Frühtraumatisierte	Spättraumatisierte
Ärger und Interviewer blickt (AN_H1)	Me	2,50	0,00
	M	2,60	0,44
	STD	2,12	0,53

Tab. 26: Median, Mittelwert und Standardabweichung zu AN_H1 von Früh- und Spättraumatisierten.

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Ärger und Interviewer blickt (AN_H1)	-2,384	0,022*

Tab. 27: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests hinsichtlich AN_H1 von Früh- und Spättraumatisierten.

Frühtraumatisierte zeigten signifikant häufiger ($p \leq .022$) den Primäraffekt Ärger ($\bar{x} = 2,60$, $SD = 2,12$), während sie vom Interviewer wegblicken und der Interviewer sie anblickt, als Spättraumatisierte ($\bar{x} = 0,44$, $SD = 0,53$).

Das Zeigen eines Affektes, während der Interaktionspartner nicht angeblickt wird, weist darauf hin, dass der Affekt einem dritten, nicht anwesenden Objekt, gilt. In der Regel dient dieser Affekt nicht der Beziehungsregulierung. Frühtraumatisierte zeigen somit signifikant häufiger Ärger, der einem dritten Objekt außerhalb der Interviewinteraktion gilt. Dieses Ergebnis könnte als Hinweis darauf verstanden werden, dass bei Frühtraumatisierten verstärkt Ärger auf ein frühes Objekt aktiviert wird, während sie über die traumatische(n) Erfahrung(en) sprechen. Das Blicken des Interviewers weist darauf hin, dass der Ärgeraffekt der Patienten aus der Beziehung mit dem Interviewer herausgehalten werden kann. Bei Spättraumatisierten scheint weniger Ärger im Hinblick auf fantasierte Objekte vorhanden zu sein.

4.2 Differenzierung im Hinblick auf Dissoziation

Die Daten zu Dissoziation wurden mittels des FDS erhoben, der ein reliables Instrument zur Erfassung dissoziativer Symptome darstellt. Deshalb ist davon auszugehen, dass signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Subskalen-Gruppen mit niedrigen und hohen Werten vorkommen.

Auf der Grundlage der FDS-Subskalen wurden die Gruppen mit **hohen und niedrigen**

- Ø Amnesiewerten,
- Ø Absorptionswerten,
- Ø Derealisationswerten sowie
- Ø Konversionswerten untersucht.

Die AUs, die Primäraffekte und das Blickverhalten der Gruppen mit hohen und niedrigen Werten wurden hinsichtlich der vier Subskalen miteinander verglichen. Im Anschluss an die Darstellung signifikanter bzw. tendenzieller Unterschiede werden kurze Interpretationsmöglichkeiten gegeben. Diese sind jedoch mit Vorbehalt zu betrachten, da es sich um eine relativ kleine Stichprobe handelt und einzelne nonverbale mimische Ereignisse insgesamt selten auftreten.

4.2.1 Ergebnisse

4.2.1.1 Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Amnesiewerten

Die Subskala Amnesie des FDS fragt Störungen der Erinnerungsfähigkeit im Zusammenhang mit Dissoziation ab. Hinsichtlich der Subskala Amnesie unterscheiden sich traumatisierte Patienten mit hohen und niedrigen Werten nicht signifikant voneinander. Hinsichtlich des Mutuellen Wegblickens (MW, keiner der beiden Interaktionspartner blickt das Gegenüber an) ist ein tendenzieller Unterschied zu verzeichnen:

		Hohe Amnesiewerte	Niedrige Amnesiewerte
Mutuelles Wegblicken (MW)	Me	4,00	6,00
	M	3,89	6,40
	STD	2,03	3,57

Tab. 28: Median, Mittelwert und Standardabweichung hinsichtlich MW bei Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Amnesie des FDS.

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Mutuelles Wegblicken (MW)	-1,740	0,095

Tab. 29: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zum MW hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Amnesie des FDS.

In Dyaden mit Personen, die niedrige Amnesiewerte aufweisen, ist häufiger Mutuelles Wegblicken der Fall ($\underline{x} = 6,40$, $\underline{SD} = 3,57$) als in Dyaden mit Personen, die hohe Amnesiewerte erreichen ($\underline{x} = 3,89$, $\underline{SD} = 2,03$). Der Unterschied wird tendenziell signifikant ($p \leq .095$). In

Interaktionen mit Patienten, die niedrige Werte auf der Subskala Amnesie aufweisen, blicken beide Interaktionspartner tendenziell häufiger gleichzeitig weg, während der Patient eine miasmische Inervation zeigt, als in Dyaden mit Patienten, die hohe Amnesiewerte haben. Wie bereits erwähnt dient das gegenseitige Anblicken (MH) dem Beziehungsaufbau und ist dem Bindungsverhalten zuzuordnen. Mutuelles Wegblicken wirkt gegenläufig. Das gehäufte Wegblicken in der Gruppe mit den niedrigen Werten kann dahingehend interpretiert werden, dass eine nähere Beziehung zum Interviewer eher vermieden werden soll. Patienten mit hohen Werten auf der Amnesieskala neigen möglicherweise dazu, schmerzhaftes Inhalte so zu verdrängen, dass sie bewusst nicht mehr zugänglich sind und können sich dadurch auch stärker auf eine Beziehung zum Interviewer einlassen, als die Gruppe mit niedrigen Amnesiewerten, für die das traumatische Geschehen präsenter ist.

4.2.1.2 Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Absorptionswerten

Die Subskala Absorption erfasst beispielsweise die Tendenz eines Menschen, sich von einer Sache einnehmen zu lassen und alles andere darüber hinaus auszublenden. Dissoziative Zustände gehen oft mit einer verstärkten Absorptionsneigung einher.

Im Hinblick auf die Absorptionsskala werden zwei Unterschiede, die das Blickverhalten betreffen, signifikant. Darüber hinaus ist ein tendenzieller Unterschied hinsichtlich der insgesamt gezeigten Freude (HA_G) zu verzeichnen:

		Hohe Absorptionswerte	Niedrige Absorptionswerte
Interviewter blickt (H2)	Me	1,00	5,50
	M	1,33	5,90
	STD	1,41	4,48
Gesamte Freude u. Mutuelles Hinblicken (HG_MH)	Me	0,00	4,00
	M	1,00	5,30
	STD	2,12	5,81
Gesamte Freude (HA_G)	Me	1,00	6,00
	M	3,11	9,20
	STD	4,37	10,15

Tab. 30: Median, Mittelwert und Standardabweichung hinsichtlich H2, HG_MH und HA_G von Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Absorption des FDS.

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Interviewer blickt (H2)	-2,643	0,008**
Freude (gesamt) u. Mutuelles Hinblicken (HG_MH)	-2,507	0,013*
Gesamte Freude (HA_G)	-1,728	0,095

Tab. 31: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zu H2, HG_MH und HA_G von Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Absorption des FDS.

Patienten mit hohen Werten auf der Subskala Absorption blicken den Interviewer seltener an, während dieser wegblickt (**H2**; $\bar{x} = 1,33$, $SD = 1,41$), als Patienten mit niedrigen Werten ($\bar{x} = 5,90$, $SD = 4,48$). Das Ergebnis wird hochsignifikant ($p \leq .008$). Das verstärkte alleinige Blicken der Patienten mit niedrigen Absorptionswerten - während mimische Ereignisse produziert werden (Daten des Blickverhaltens und der AUs sind konfundiert!) - könnte als Suche der Patienten nach Kontakt interpretiert werden. Danach würden Patienten mit niedrigen Werten ein höheres Involvement in die Beziehung zum Interviewer aufweisen als Patienten mit hohen Werten auf der Absorptionsskala.

Bei traumatisierten Personen mit hohen Absorptionswerten tritt die insgesamt betrachtete Freude (umfasst echte Freude sowie soziales Lächeln) - während sich beide Interaktionspartner anblicken (**HG_MH**) - weniger häufig auf ($\bar{x} = 1,00$, $SD = 2,12$) als bei Personen mit niedrigen Absorptionswerten ($\bar{x} = 5,30$, $SD = 5,81$). Das Ergebnis wird signifikant ($p \leq .013$). Beidseitiges Anblicken der Interaktionspartner in Verbindung mit echter Freude oder sozialem Lächeln wirkt beziehungsregulierend und beziehungserhaltend (Merten, 1996). Dass Patienten mit hohen Werten diese Kombination signifikant seltener zeigen als Patienten mit niedrigen Werten, lässt darauf schließen, dass sich die Patienten mit niedrigen Absorptionswerten stärker auf den Interaktionspartner einlassen als die Gruppe mit hohen Werten.

Bei Betrachtung der insgesamt gezeigten Freude (**HA_G**) zeigen Traumatisierte mit niedrigen Absorptionswerten häufiger Freude ($\bar{x} = 9,20$, $SD = 10,15$) als Traumatisierte mit hohen Absorptionswerten ($\bar{x} = 3,11$, $SD = 4,37$). Der Signifikanztest ergibt einen tendenziellen Unterschied ($p \leq .095$). Hinsichtlich der Beziehungsregulierung und Beziehungserhaltung scheinen Personen mit niedrigen Werten höhere Ambitionen aufzuweisen als Personen mit hohen Werten.

4.2.1.3 Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Derealisationswerten

Die FDS-Subskala Derealisation umfasst Symptome wie eine veränderte Realitätswahrnehmung sowie ein verändertes Körpergefühl (Depersonalisation).

Werden die Unterschiede hinsichtlich der gezeigten AUs, der Primäraffekte und des Blickverhaltens von Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Derealisation des FDS miteinander verglichen, sind keine signifikanten Unterschiede vorhanden. Es besteht lediglich ein tendenzieller Unterschied:

		Hohe Derealisationswerte	Niedrige Derealisationswerte
Ärger und Interviewer blickt (AN_H1)	Me	4,00	6,00
	M	3,89	6,40
	STD	2,03	3,57

Tab. 32: Median, Mittelwert und Standardabweichung bei Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Derealisation.

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
Ärger und Interviewer blickt (AN_H1)	-1,746	0,095

Tab. 33: Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zu AN_H1 hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Werten auf der Subskala Derealisation des FDS.

Patienten mit niedrigen Derealisationswerten zeigen mehr Ärger während der Interviewer blickt und sie wegblicken ($\bar{x} = 6,40$, $SD = 3,57$) als die Gruppe mit hohen Derealisationswerten ($\bar{x} = 3,89$, $SD = 2,03$). Die beiden Gruppen weisen hinsichtlich AN_H1 einen tendenziellen Unterschied auf ($p \leq .095$).

Derealisation lässt sich als Abwehrmechanismus verstehen. Die durch die Derealisation ausgelöste veränderte Wahrnehmung von Selbst und Realität stellt eine Möglichkeit dar, den Kontakt zur Außenwelt auch dann noch aufrechtzuerhalten, wenn massive Affekte die Selbstkohärenz bedrohen (Mertens & Waldvogel, 2000). Patienten mit niedrigen Derealisationswerten scheinen Ärgeraffekte, die sich auf nicht anwesende Objekte beziehen, verstärkt zulassen zu können. Das Blicken des Interviewers während des Ärgerausdrucks des Patienten weist darauf hin, dass es für den Interviewer erträglich ist, sich damit zu konfrontieren. Hinsichtlich des Affekts Ärger sind keine weiteren signifikanten oder tendenziellen Unterschiede zwischen den Gruppen zu verzeichnen, weshalb das Ergebnis nicht weiter interpretiert wird.

4.2.1.4 Vergleich der Patienten mit hohen und niedrigen Konversionswerten

Mit dieser Subskala werden pseudoneurologische Symptome (z.B. Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Lähmungen und Stupor) abgedeckt, die auf dissoziative Mechanismen basieren.

Die Vergleiche der Gruppen mit niedrigen und hohen Werten auf der Subskala Konversion im Hinblick auf AUs, Primäraffekte und Blickverhalten ergeben einen signifikanten und vier tendenzielle Unterschiede:

		Hohe Konversionswerte	Niedrige Konversionswerte
AU 10 (Heben der Oberlippe)	Me	1,50	0,00
	M	4,70	0,89
	STD	6,80	2,32
Ekel (DIS)	Me	2,50	0,00
	M	3,00	0,67
	STD	3,23	1,32
Überraschung (SUR)	Me	1,50	0,00
	M	1,90	0,89
	STD	1,97	2,32
Ekel u. Mutuelles Hinblicken (DI_MH)	Me	1,00	0,00
	M	1,20	0,11
	STD	1,40	0,33
Gesamte Primäraffekte u. Mutuelles Wegblicken (PG_MW)	Me	0,00	1,00
	M	0,60	1,33
	STD	1,26	1,50

Tab. 34: Median, Mittelwert und Standardabweichung von AU 10, DIS, SUR, DI_MH und PG_MW hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Konversionswerten.

	Z-Wert	Einseitige Signifikanz
AU 10	-2,038	0,065
Ekel	-2,184	0,035*
Überraschung	-1,815	0,095
DI_MH	-2,230	0,053
PG_MW	-1,865	0,095

Tab. 35: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zu AU 10, DIS, SUR, DI_MH und PG_MW hinsichtlich der Patienten mit hohen und niedrigen Konversionswerten.

Patienten mit hohen Konversionswerten zeigen gegenüber Patienten mit niedrigen Konversionswerten verstärkt **Ekel** (DIS, hohe Konversionswerte: $\bar{x} = 3,00$, $\underline{SD} = 3,23$; niedrige Konversionswerte: $\bar{x} = 0,67$, $\underline{SD} = 1,32$). Dabei handelt es sich um einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p \leq .035$). **AU 10** ist Teil der Ekelmimik und wird von der Gruppe mit hohen Werten häufiger gezeigt ($\bar{x} = 4,70$, $\underline{SD} = 6,80$) als von der Gruppe mit niedrigen Werten ($\bar{x} = 0,89$, $\underline{SD} = 2,32$). Dieser Unterschied wird nur tendenziell signifikant ($p \leq .065$). Im Rahmen des Ekelaffekts zeigen Patienten mit hohen Werten häufiger Ekel wäh-

rend sich beide Interaktionspartner anblicken (**DI_MH**, $\bar{x} = 1,20$, $\underline{SD} = 1,40$) als Patienten mit niedrigen Werten ($\bar{x} = 0,11$, $\underline{SD} = 0,33$). Der Unterschied ist tendenziell ($p \leq .053$).

Ein weiterer tendenzieller Unterschied zwischen den beiden Gruppen betrifft den Primäraffekt **Überraschung** (SUR, $p \leq .095$). Patienten mit hohen Konversionswerten zeigen häufiger Überraschung ($\bar{x} = 1,90$, $\underline{SD} = 0,89$) als Patienten mit niedrigen Werten ($\bar{x} = 0,89$, $\underline{SD} = 2,32$).

In Interaktionen von Patienten mit niedrigen Werten auf der Konversionsskala blicken beide Interaktionspartner häufiger weg während Primäraffekte gezeigt werden (**PG_MW**, $\bar{x} = 1,33$, $\underline{SD} = 1,50$) als in Interaktionen von Patienten mit hohen Werten ($\bar{x} = 0,60$, $\underline{SD} = 1,26$). Hinsichtlich PG_MW ergibt sich eine Tendenz ($p \leq 0,095$).

Die Subskala Konversion erfasst die Neigung eines Patienten, psychische Konflikte über den Körper auszutragen. Patienten mit erhöhter Konversionsneigung zeigen verstärkt Ekelaffekte, auch in Verbindung mit Mutuellem Hinblicken. Die propositionale Struktur des Ekelaffekts besteht darin, dass sich das Objekt im Subjekt befindet, die Erfahrungen des Subjekts mit diesem negativ sind und deshalb der Wunsch geäußert wird „Du (Objekt) hinaus aus mir (Subjekt)“ (Krause, 1998, S. 33). Patienten mit hohen Konversionswerten zeigen häufiger Ekel in der Interviewdyade während sie über Traumatisierung(en) sprechen als Patienten mit niedrigen Konversionswerten. Es könnte sein, dass die Distanzregulierung den Patienten mit hoher Konversionsneigung weniger gut gelingt als den Patienten mit niedrigen Konversionswerten. Verstärktes Auftreten des Ekeleffekts könnte als Resultat einer mangelhaften Distanzregulierung (im Hinblick auf reale und phantasierte Objekte) der Patienten mit hohen Konversionswerten interpretiert werden. Blicken sich beide Interaktionspartner während der Patient Ekel zeigt an, kommt noch hinzu, dass dies direkt für die Regulierung der Beziehung relevant ist. Ekel drückt in diesem Fall den Wunsch des Patienten an den Interviewer nach Distanz aus.

Die Gruppe mit hohen Konversionswerten zeigt ebenfalls häufiger Überraschung als die Gruppe mit niedrigen Werten. Krause (ebd.) beschreibt Überraschung im Hinblick auf Auslösebedingungen und die Interpersonelle Wunschstruktur bei Kleinkindern folgendermaßen: Werden Erwartungen verletzt, stellt dies potentielle Auslöser für Überraschung dar. Bezogen auf die Wunschstruktur demonstriert Überraschung Unwissenheit.

Das vermehrte Zeigen von Überraschung beim Sprechen über die Traumatisierung(en) könnte durch das Bewusstwerden von bisher unbewussten Inhalten der Traumatisierung(en) verstanden werden. Patienten mit hohen Konversionswerten neigen vermutlich dazu, psychische Belastungen auf die körperliche Ebene zu verschieben. Es ist anzunehmen, dass sich die Patienten mit niedrigen Werten auf der Konversionsskala ihrer belastenden psychischen Inhalte be-

wusster sind und deshalb weniger Überraschung zeigen, wenn sie über schmerzhaft Erfahrungen sprechen, als die Patienten mit niedrigen Werten.

In Interaktionen mit Patienten, die niedrige Konversionswerte aufweisen, blicken Patient und Interviewer tendenziell häufiger gleichzeitig weg, während beim Patienten mimisch Primäraffekte sichtbar werden. Blickt der Patient weg während ein Affekt gezeigt wird, bedeutet dies wie schon erwähnt, dass der Emotionsausdruck vermutlich einem dritten Objekt gilt. Das Wegblicken beim Interviewer könnte den Zweck haben, sich vor den massiven Affekten des Patienten zu schützen. Diese Kombination kommt bei der Gruppe mit niedrigen Konversionswerten häufiger vor. Für den Interviewer könnten die Affekte des Patienten im Zusammenhang mit der Traumatisierung eine Belastung darstellen, die er durch das Wegblicken zu vermeiden sucht.

IV. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde das nonverbale Interaktionsverhalten traumatisierter Patienten untersucht. Hierzu wurde das mimisch-affektive Verhalten von Traumatisierten mit gesunden Kontrollpersonen verglichen. Weiterhin wurde das mimisch affektive Ausdrucksverhalten von hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten miteinander verglichen, um einen Einblick in das mimisch-affektive Verhalten hochdissoziativer Personen zu erhalten. Im Folgenden werden die verwendeten Verfahren im Hinblick auf die Fragestellungen evaluiert. Anschließend werden die Ergebnisse der Studie und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen diskutiert. Schließlich soll ein Ausblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten gegeben werden.

1 Verfahren

1.1 OPD-Interview

Mit den gesunden Kontrollpersonen wurde im Rahmen der übergeordneten Studie ein vollständiges, ca. einstündiges OPD-Interview durchgeführt, bei dem die Achsen „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung“ (Achse I), „Beziehung“ (Achse II), „Konflikt“ (Achse III), „Struktur“ (Achse IV) und „psychische und psychosomatische Störung“ (Achse V) abgedeckt werden. Die traumatisierten Patienten berichteten in ca. zwanzigminütigen Interviews von ihren traumatischen Erlebnissen. Das Interview mit den Patienten orientierte sich an den beiden OPD-Achsen „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung“ (Achse I) und „Struktur“ (Achse IV). Die Patienten- und Gesundeninterviews wurden von erfahrenen OPD-Interviewern durchgeführt.

Kritisch anzumerken wäre, dass im Falle der Traumatisierten keine kompletten OPD-Interviews durchgeführt wurden. Im Laufe eines vollständigen Interviews hätte sich die mimisch-affektive Beziehungsregulierung in der Dyade verändern können. Traumatisierte Patienten haben möglicherweise in der Zeit, in der sie über die Traumatisierung(en) sprechen, einen bewussteren Zugang zu ihren Emotionen und dadurch eine bessere Regulierungsmöglichkeit. Stehen „Beziehungen“ (Achse II) oder „Konflikte“ (Achse III) im Vordergrund, können diese zusätzliche Belastungen darstellen. Es wäre denkbar, dass diese Stressoren andere affektive Zustände hervorrufen als das Sprechen über traumatische Erfahrungen. Weiterhin würde es eine vollständige OPD-Diagnostik erlauben, die Interviews gemäß der Achsen in verschiedene Phase einzuteilen und die Patienten diesbezüglich verschiedenen Gruppen zuzuweisen.

Dies könnte beispielsweise im Hinblick auf das Strukturniveau oder die Art der unbewussten Konflikte geschehen.

1.2 FDS

Der FDS stellt ein ausreichend reliables und valides Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung dissoziativer Symptome dar. Der Fragebogen beinhaltet 44 Items, die in durchschnittlich fünf bis fünfzehn Minuten beantwortet werden können. Einige Patienten waren während der Bearbeitung des Fragebogens belustigt über die Art der Fragestellungen (z.B. Item Nr. 9: „Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise“). Eine Patientin reagierte auf den FDS mit der Vermutung, dass sie für verrückt erklärt würde. Es ist anzunehmen, dass eine derartige Einstellung dem FDS gegenüber Einfluss auf das Rating der Items hat. Weiterhin ist bei diesem Fragebogen, wie bei jedem Selbstbeurteilungsinstrument, die Gefahr absichtlicher Verfälschungen gegeben. Bei Patienten mit Traumatisierungen kann es vorkommen, dass eine Retraumatisierung durch Dissimulierung (Verschweigen) verhindert werden soll. Weiterhin sind dissoziative Symptome teilweise unbewusst und stellen dadurch unwissentliche Fehlerquellen dar.

Die Einteilung der Patienten in Hoch- und Niedrigdissoziative wurde auf Basis des FDS vorgenommen. Die Patientenpopulation wurde zweigeteilt. Dadurch entstanden zwei Extremgruppen, die jedoch bezüglich der erreichten Dissoziationswerte nahe beieinander liegen. Zu wünschen wäre eine erneute Untersuchung an einer größeren Patientenstichprobe, bei der die Werte der Hoch- und Niedrigdissoziativen ausreichend weit auseinanderliegen.

1.3 EmFACS

Das EmFACS war für die Überprüfung der Hypothesen zum mimisch-affektiven Ausdruck gut geeignet. Mit dem EmFACS lassen sich sieben Primäraffekte abbilden, die ein breites Spektrum emotionalen Ausdrucks abdecken. Mit Hilfe dieses Kodiersystems können Unterschiede bezüglich des mimisch-affektiven Ausdrucks noch differenzierter als in dieser Arbeit geschehen dargestellt werden, z.B. im Hinblick auf negative distanzregulierende Affekte (Ekel, Verachtung und Ärger). Kritisch ist anzumerken, dass die Kodierung zeitaufwendig und dadurch kostenintensiv ist.

2 Ergebnisse

2.1 Vergleich von Traumatisierten mit Gesunden

Studien zum mimisch-affektiven Expressionsverhalten anderer Störungsgruppen zufolge (z.B. Steimer-Krause, 1994, Kirsch & Seidler, 2003) war zu erwarten, dass traumatisierte Patienten gegenüber gesunden Kontrollpersonen weniger Primäraffekte in der Interaktion aufweisen. Ein signifikanter Unterschied zwischen Gesunden und Traumatisierten konnte jedoch nicht gefunden werden.

Der Ausdruck echter Freude ist ebenfalls ein unspezifisches Merkmal für psychische Störungen und stellt einen wesentlichen Regulierungs- und Stabilisierungsfaktor in Beziehungen dar (Merten, 2001). Ebenso dient das Blickverhalten der Aufrechterhaltung und Gestaltung von Beziehungen. In Verbindung mit dem Duchenne Smile stellt es ein Verstärker- und Belohnungssystem dar (Merten, 1996). Der Vergleich der beiden Gruppen führte zu Ergebnissen im Sinne der Theorien von Merten (ebd.): Gesunde zeigten in den Interviewdyaden echte Freude (Duchenne Smile) signifikant häufiger als Traumatisierte. Hinzu kommt, dass sich die Interaktionspartner in den Gesunden-Interaktionen signifikant häufiger anblicken während die Interviewten echte Freude zeigen als in den Interaktionen mit den Traumatisierten. Die Ergebnisse weisen vermutlich darauf hin, dass das Involvement in die Beziehung bei den Traumatisierten geringer ausfällt als bei den Gesunden. Darüber hinaus trägt das Zeigen echter Freude maßgeblich zur Beziehungsqualität bei. Es ist deshalb anzunehmen, dass die Beziehungsqualität der traumatisierten Patienten herabgesetzt ist.

Bei der Interpretation aller Ergebnisse zum mimisch-affektiven Interaktionsverhalten ist zu beachten, dass das Kodieren des Blickverhaltens beider Interaktionspartner vom Zeigen mimischer Ereignisse beim Interviewten abhängig ist. Das Blickverhalten darüber hinaus wurde nicht erfasst.

Die Einteilung der Traumatisierten im Hinblick auf Zeitpunkt, Schwere und Häufigkeit der Traumatisierung (Explorative Datenanalyse) geschah auf der Basis von Patientenberichten. Nichterinnern, falsches Erinnern oder absichtliche Verfälschungen konnten nicht ausgeschlossen werden und stellen potenzielle Fehlerquellen dar. Die Analyse der drei Gruppenvergleiche Leicht-/Mittel- und Schwertraumatisierte, Früh- und Spättraumatisierte, Einmalig- und Mehrmaligtraumatisierte ergab bis auf eine Ausnahme keine signifikanten Unterschiede. Dies ist vermutlich auf mangelnde Informationen über die jeweilige(n) Traumatisierung(en) und die daraus resultierenden willkürlichen Einteilungen zurückzuführen.

2.2 Vergleich von Hochdissoziativen mit Gesunden

Die Einteilung der neunzehn Traumatisierten in Hoch- und Niedrigdissoziative wurde auf Basis des FDS vorgenommen. Dabei sollte die Gruppengröße in etwa gleichstark sein und neun bzw. zehn Personen zählen. Ausschlaggebend für die Einteilung war der DES-Mittelwert. Die Gruppeneinteilung in Hoch- und Niedrigdissoziative wurde derart vorgenommen, dass der Unterschied zwischen dem jeweils niedrigsten Wert des hohen Wertebereichs und dem höchsten Wert des niedrigen Wertebereichs maximal wurde. Die Gruppe der Hochdissoziativen zählt zehn, die Gruppe der Niedrigdissoziativen neun Versuchspersonen.

Im Hinblick auf die Theorie, dass Personen mit psychischen Störungen eine reduzierte Mimik aufweisen, wurde geprüft, ob diese auch auf Hochdissoziative zutrifft. Dabei wurde kein signifikanter Unterschied in der Auftretenshäufigkeit von Primäraffekten zwischen Hochdissoziativen und Gesunden gefunden. Hochdissoziative sind mimisch annähernd so aktiv wie gesunde Kontrollpersonen. Lediglich in Bezug auf das Duchenne Smile kommt es zu einer signifikant häufigeren Auftretenswahrscheinlichkeit bei den gesunden Probanden. Dies spricht für die Annahme von Merten (2001), dass eine reduzierte Freudemimik ein unspezifisches Merkmal von Krankheit darstellt. Der am häufigsten vorkommende Affekt bei den Hochdissoziativen ist Ärger. Bei der Gesunden-Gruppe stellt echte Freude den Leitaffekt dar. Steimer-Krause (1994) weist darauf hin, dass sich Patientengruppen häufig durch einen negativen Leitaffekt auszeichnen.

2.3 Vergleich von Hochdissoziativen mit Niedrigdissoziativen

Die Hypothesen zum Vergleich von Hoch- und Niedrigdissoziativen stammen aus der Dissoziationsstudie von Blumenstock (2003), die sie an einer universitären Stichprobe (bestehend aus Studenten und Mitarbeitern der Universität des Saarlandes) untersuchte. Sie konnte jedoch kaum signifikante Ergebnisse verzeichnen. In der vorliegenden Studie sollten ihre Hypothesen an einer traumatisierten Patientengruppe repliziert werden. Auf Basis der kategorialen Sichtweise des Dissoziationskonzepts wäre es möglich, dass dissoziative Symptome der Patientengruppe ein anderes Konstrukt darstellen als die dissoziativen Symptome in der Studenten- und Mitarbeiterpopulation. Würde dies zutreffen, sind auch andere Ergebnisse wahrscheinlich.

Der Vergleich von hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten muss unter Vorbehalt betrachtet werden. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße wurde die Gruppe von neunzehn Patienten zweigeteilt. Bei den daraus resultierenden Gruppen der Hoch- und

Niedrigdissoziativen liegen der höchste Wert bei den Niedrigdissoziativen und der niedrigste Wert bei den Hochdissoziativen nicht weit auseinander. Würden weiter auseinanderliegende Extremgruppen traumatisierter Personen hinsichtlich hoher und niedriger Dissoziationswerte untersucht werden, wären möglicherweise weitere signifikante Unterschiede zu finden.

Hoch- und niedrigdissoziative traumatisierte Patienten wurden im Hinblick auf unterschiedliche Fragestellungen miteinander verglichen:

Wie aus Dissoziationsstudien (Armstrong & Loewenstein, 1990, Putnam, 1997) hervorgeht, stellt ein Interview eine Stresssituation dar, die dissoziatives Verhalten bei Hochdissoziativen begünstigt. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit des Abgleitens in Trancezustände, die stereotype Kopf- und Augenbewegungen mit sich bringen könnten, bei hochdissoziativen Patienten erhöht. Die damit zusammenhängende Hypothese des verstärkten Augenaufreißens (AU 5) bei Hochdissoziativen konnte jedoch nicht bestätigt werden. Niedrigdissoziative zeigen sogar etwas häufiger AU 5 als Hochdissoziative.

Des Weiteren wurden die beiden Gruppen hinsichtlich der Primäraffekte miteinander verglichen. Aufgrund theoretischer Überlegungen (Kirsch, 2001) war davon auszugehen, dass Hochdissoziative durch einen affektreduzierten Interaktionsstil versuchen werden, dissoziatives Verhalten abzuwehren. Auch hier ergaben sich keine Unterschiede im Sinne der Hypothese. Hochdissoziative Patienten sind sogar mimisch aktiver als ihre niedrigdissoziativen Mitpatienten. Der Unterschied wird jedoch nicht signifikant. Dies könnte mit dem Interviewsetting zu tun haben: Die Patienten wurden darauf vorbereitet, an einem Interview im Rahmen des Trauma-Forschungsprojekts teilzunehmen, um in diesem Rahmen über ihre Traumatisierung(en) zu sprechen. Zweck und Thema des Interviews waren vorgegeben. Das Interview dauerte zudem nur ca. zwanzig Minuten, was in Anbetracht der Thematik eine kurze Zeitspanne darstellt. Da Inhalt und Zeit vorgegeben waren, stellt die Interviewsituation eine strukturierte Situation für die Patienten dar. Vielleicht hätten Hochdissoziative bei einem vollständigen OPD-Interview, das verschiedene Themenbereiche erfasst und unstrukturierter ist, im Gegensatz zu Niedrigdissoziativen tatsächlich einen affektreduzierten Interaktionsstil aufgewiesen, um dissoziative Symptome zu vermeiden. Beim Betrachten der Videobänder schien es, als wären einige der hochdissoziativen Patienten in besonderem Ausmaß auf den Interviewer „fixiert“. Dies drückte sich besonders im teilweise fixierenden Blickverhalten aus, besonders dann, wenn nicht gesprochen wurde und keine mimische Aktivität vorlag. Dieses „Festhalten“ an der Interaktion mit dem Interviewer könnte der Vermeidung dissoziativer Symptome gedient haben. Eine Pause in der Interaktion hätte demnach dissoziatives Verhalten begünstigen können.

Im Hinblick auf die einzelnen Primäraffekte waren ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu verzeichnen. Dies könnte ebenso auf die möglicherweise dissoziationsreduzierende Wirkung der Interviewsituation zurückzuführen sein.

Weiterhin wurde die Hypothese geprüft, dass Hochdissoziative aufgrund des konflikthaften Materials verstärkt Blenden (gleichzeitiges Ausdrücken unterschiedlicher Affekte) zeigen. Bei der Betrachtung der insgesamt gezeigten Blenden konnte jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten gefunden werden. Niedrigdissoziative zeigen sogar etwas häufiger Blenden als Hochdissoziative.

Zuletzt konnte auch die Annahme nicht bestätigt werden, dass Hochdissoziative häufiger zum Interviewer blicken als Niedrigdissoziative. Es wurde vermutet, dass Hochdissoziative durch einen verstärkten Blickkontakt zum Interviewer versuchen würden, dissoziative Zustände zu vermeiden. Das Gegenteil war der Fall: Niedrigdissoziative Personen blicken, während sie ein mimisches Ereignis zeigen, sogar tendenziell häufiger zum Interviewer als hochdissoziative Personen. Das Blickverhalten reguliert neben dem mimischen Expressionsverhalten die Beziehung. Wegblicken kann zur Distanzregulierung eingesetzt werden. Das häufigere Wegblicken hochdissoziativer Patienten könnte darauf hinweisen, dass sich Hochdissoziative nicht in dem Ausmaß auf die Nähe zum Interviewer einlassen können wie die Patienten mit niedrigen Dissoziationswerten.

Die Ergebnisse des Vergleichs von hoch- und niedrigdissoziativen traumatisierten Patienten weisen in eine ähnliche Richtung wie die Ergebnisse der Studie von Blumenstock (2003). Die Vermutung, dass es sich bei den dissoziativen Symptomen der Patienten um ein anderes Dissoziationskonstrukt handelt als dissoziative Symptome bei der Normalpopulation, konnte durch die Untersuchung nicht bestätigt werden.

Die explorative Datenanalyse der vier FDS-Subskalen-Untergruppen mit hohen und niedrigen Amnesie-, Absorptions-, Derealisations- und Konversionswerten ergab einige signifikante und tendenzielle Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist jedoch aufgrund der geringen Stichprobenzahlen von neun bzw. zehn Patienten eingeschränkt.

3 Kritik und Ausblick

Es wäre sehr aufschlussreich und interessant, das mimisch-affektive Verhalten traumatisierter Patienten an einer größeren Stichprobe zu untersuchen. Eine sorgfältige Diagnostik würde eine wichtige Basis für diese Studie darstellen. Traumatisierungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen treten fast immer in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auf

(z.B. Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen), die ebenfalls Einfluss auf den mimischen Ausdruck von Affekten haben. Es wäre deshalb wichtig, die Zusatzdiagnosen der traumatisierten Personen zu erfassen. Eine ausreichend große Zahl traumatisierter Versuchspersonen würde hinreichend unterschiedliche Extremgruppen bezüglich dissoziativer Symptomen (Hoch- und Niedrigdissoziativer) gewährleisten. Mit den Patienten, die in die Extremkategorien Hoch- und Niedrigdissoziative fallen, sollte ein vollständiges OPD-Interview geführt werden. Auf dieser Basis könnte eine sorgfältige psychodynamische Diagnostik erfolgen, wodurch das Phänomen der Dissoziation sehr viel genauer zu untersuchen wäre. Faktoren, die neben Dissoziativen Symptomen auf die mimisch-affektive Beziehungsregulierung einwirken, könnten so bestimmt und bei der Untersuchung berücksichtigt werden. Vermutlich würden sich auf diesem Weg Indikatoren für Dissoziation finden lassen.

Zusätzlich sollte die mimisch-expressive Affektivität des Interviewers untersucht werden, um mögliche Gegenübertragungsphänomene berücksichtigen zu können. Interessant wäre weiterhin, das Synchronisationsverhalten der Interaktionspartner näher zu betrachten. Dadurch könnten eventuelle Muster im Zusammenhang mit Dissoziativen Symptomen in der Beziehungsregulierung identifiziert werden.

Diese Untersuchungen würden jedoch den Rahmen einer Diplomarbeit sprengen. Hierzu wäre eine Dissertationsarbeit im Rahmen eines Projektes geeignet.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. Rev.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Peters, L. & Slade, T. (1991). A Comparison of ICD-10 und DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 335-343.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. (1997). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (2001). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. Göttingen: Huber.
- Armstrong, J. & Loewenstein, R. (1990). Characteristics of patient with multiple personality and dissociative disorders on psychological testing. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 448-454.
- Bergman, M. (1996). Fünf Stadien der Entwicklung der psychoanalytischen Traumakonzeption. *Mittelweg* (Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung) 36, H. 2, 12-22.
- Bernardy, K. & Kirsch, A. (2003, in press). *Mimisch affektives Verhalten von Patientinnen mit Fibromyalgie im Vergleich zu Gesunden*. Erscheint in: *Der Schmerz*.
- Bernardy, K., Kirsch, A. & Benecke, C. (2003). Mimisch-affektives Verhalten von Fibromyalgie- Patientinnen im Tiefenpsychologischen Interview: erste Ergebnisse. *Chronischer Schmerz und Zivilisation* (in press).
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 727-735.
- Binet, A. (1896). *Alterations of personality*. New York: Appleton & Co.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.

- Blumenstock, S. (2003). *Dissoziation, Affekt und Abwehr - Mimisch-affektive Beziehungsregulation und Abwehrmechanismen von hoch- und niedrigdissoziativen Personen*. Dissertationsarbeit an der Universität des Saarlandes.
- Braude, S. (2002). The Creativity of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 5-26.
- Bremner, J.D. & Randall, P. (1995). MRI-based measures of hippocampal volume in patients with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 152, 973-981.
- Bremner, J.D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R. & Charney D.S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-333.
- Brett, C.A., Brett, A.S., Shaw, S.S. (1993). Impact of traumatic incidents on family-of-origin functioning: An empirical study. *Journal of contemporary Psychotherapy*, Vol. 23 (4), 255-266.
- Breyer, M. (2003). *Affekt und Sprache bei der Schilderung von Belastungsfaktoren: Ein Vergleich zwischen Fibromyalgie-Patientinnen und gesunden Frauen*. Diplomarbeit an der Universität des Saarlandes.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: J.B. Baillière.
- Brunner, R.M., Resch, F., Parzer, P. & Koch, E. (1999). *Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI). Strukturiertes Klinisches Interview zur Erfassung dissoziativer Symptome und Syndrome*. Frankfurt: Swets Test.
- Brunnhuber, S. (2001). *Affekt und Symptombildung*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Butollo W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung: Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissoziation: Theoretical, clinical, an research perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford.
- Cardena, E. & Spiegel, D. (1996). Diagnostic issues, criteria, and comorbidity of dissociative disorders. In L.K. Michelson T W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum.
- Carlson, E.B. & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.

- Carlson, E.B., Putnam, F.W., Ross, C.A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Coons, P., Bowman, E., Chu, J.A., Dill, D., Loewenstein, R.J. & Braun, B.G. (1991). Factor analysis of the Dissociative Experiences Scale. A multicenter study. In B.G. Braun & E.B. Carlson (Eds.), *Proceeding of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago: Rush.
- Charcot, J.M. (1887). *Lecon sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière* (Vol. 3). Paris: Delahaye & Lecrosnie.
- Charcot, J.M. & Richer, P. (1881). *Etudes clinique sur l'hystéro-épilepsie ou Grande Hystérie*. Paris : Delahaye et Lecrosnier.
- Coons, P.M. (1996). Depersonalization and derealization. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum.
- Coons, P.M. & Milstein, V. (1986). Rape and post-traumatic stress in multiple personality. *Psychological Reports*, 55, 839-845.
- Cremerius (1983). "Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft". Reflexionen zu Sándor Ferenczis Wiesbadener Vortrag von 1932. *Psyche*, 37, 988-1015.
- Deistler, I. & Vogler, A. (2002). *Einführung in die Dissoziative Identitätsstörung*. Paderborn: Junfermann.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Dorsch, F. (Hrsg.) (1998). *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.
- Dulz, B. & Sachsse, U. (2000). Dissoziative Phänomene: vom Tagtraum über die Multiple Persönlichkeitsstörung zur Dissoziativen Identitätsstörung. In O.F. Kernberg (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 237-257). Stuttgart: Schattauer.
- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research & Therapy*, 37(9), 809-829.
- Dunn, G.E., Paolo, A.M., Ryan, J.J. & VanFleet, J. (1993). Dissociative symptoms in a substance abuse population. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1043-1047.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (2000). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlert-Balzer, M. (1996). Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 291-314.

- Eissler, K. R. (1968). Weitere Bemerkungen zur KZ-Psychologie. *Psyche*, 22, 452-463.
- Ekman, P. (1994). Strong evidence for universals in facial expression. A reply to Russell's mistaken critique. *Psychological bulletin*, 115, 268-287.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In K. R. Scherer & P. Ekman (eds.), *Approaches to emotions* (S. 319-443). Hillsdale: Erlbaum.
- Ekman, P. (1972). *Gesichtssprache*. Wien: Böhlhaus.
- Ekman, P., Friesen, W. V. & Hager, J. C. (2002). *Facial Action Coding System. The Manual on CD Rom*. Salt Lake City: Research Nexus division of Network Information Research Corporation.
- Eliade, M. (1964). *Shamanism*. Princeton: Princeton University.
- Endres, M. & Moisl, S. (1998). Entwicklung und Trauma. In M. Endres & G. Biermann (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co.
- Engelhardt, E. (2003). *Emotionaler Ausdruck in Mimik und Sprache. Ein Vergleich zwischen Fibromyalgie-Patientinnen und einer gesunden Kontrollgruppe*. Diplomarbeit in der Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes.
- Erikson, E.H. (1950). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett (1971).
- Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In *Bausteine zur Psychoanalyse, Band II*. Frankfurt, Fischer.
- Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Beltz.
- Fischer, D. & Elnitsky, S. (1990). A factor analytic study of two scales measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 201-207.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fischer, G., Gurrus, N., Pross, C. & Riedesser, P. (1996). Psychotraumatologie – Konzepte und spezielle Themenbereiche. In R. Adler, J. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, Th. von Uexküll & W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl.). München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape..* New York: Guilford.
- Foa, E.B. & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral / cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Therapy*, 20, 155-176.

- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R). Deutsche Version, Manual*. Weinheim: Beltz.
- Frankel, F.H. (1990). Hypnotisability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 823-829.
- Freud, A. (1936). Das Ich und die Abwehrmechanismen. In A. Freud, *Die Schriften der Anna Freud* (Band I). München: Kindler (1980).
- Freud, S. (1939). Der Mann Moses und die monotheistische Religion. In *Gesammelte Werke XVI* (6. Aufl., 1981). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst. In *Gesammelte Werk XIV* (1999). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1916/17). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In *Gesammelte Werke XI*. (7. Aufl., 1978). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). Studien über Hysterie. In *Gesammelte Werke I* (5. Aufl., 1977). Frankfurt: Fischer.
- Freyberger, H.J., Ermer, A. & Stieglitz, R.-D. (1996). Psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung. In H.J. Freyberger & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (10. Aufl.). Basel: Karger.
- Freyberger, H.J., Drescher, S., Dierse, B. & Spitzer, C. (1996b). Psychotherapeutic outcome of inpatients with neurotic and personality disorders with and without a bezodiazepine dependence syndrome. *European Addiction Research*, 2, 53-61.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C & Stieglitz, R.-D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen*. Bern: Huber.
- Friesen, W.V. (1988). *EmFACS Interpretationsprogramm*.
- Friesen, W.V. & Ekman, P. (1984). *Emfacs*. Unveröffentlichtes Manual.
- Frischholz, E.J., Braun, B.G., Sachs, R.G., Hopkins, I., Schaeffer, D.M., Lewis, J., Leavitt, F., Pasquotto, M.A. & Schwartz, D:R: (1990). The Dissociative Experiences Scale. Further replication and validation. *Dissociation*, 3, 151-153.
- Frommberger, U., Angenendt, J., Nyberg, E., Anders, B. & Berger, M. (1999). Differentialindikation therapeutischer Verfahren bei der PTBS. *Psycho*, 25, 458-462.
- Gaebel, W. (1996). Schizophrenien und wahnhaftige Störungen. In H.J. Freyberger & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (10. Aufl.). Basel: Karger.
- Garcia, F.O. (1990). The Concept of dissociation and conversion in the new edition of the International Classification of Diseases (ICD-10). *Dissociation*, 4, 204-208.

- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B. & Pakiz, B. (1995). Traumas and post-traumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Gilbertson, A., Torem, M. & Cohen, R. (1992). Susceptibility of common self-report measures of dissociation to malingering. *Dissociation*, 5, 216-220.
- Grubrich-Simitis, I. (1979). Extrem-Traumatisierung als kumulatives Trauma. *Psyche*, 33, 991-1023.
- Herman, J.L. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Hinckeldey, S. & Fischer, G. (2002). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung*. München: Reinhardt.
- Hirsch, M. (2001). Multiple Traumatisierung und sexualisierte Übertragung. *Forum der Psychoanalyse*, 17, 38-50.
- Hirsch, M. (2000). Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch im Rahmen einer psychoanalytischen Traumalogie. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (2. Aufl., S. 126-139). Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, M. (1996). Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 198-205.
- Hoffman, S.O. & Hochapfel, G. (1995). *Einführung in die Neurosenlehre und Psychotherapeutische Medizin* (4. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Hofmann, A. (1999). *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Horowitz, M.J. (1997). Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie. In A. Maerker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* (S. 145-178). Berlin: Springer.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital und Community Psychology*, 37, 241-249.
- Huber, M. (1995). *Multiple Persönlichkeiten*. Frankfurt : Fischer.
- Janet, P. (1919/1925). *Psychological healing* (Vols. 1-2). New York: Macmillan.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York: Macmillan.
- Janet, P. (1901/1998). *The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents*. Bristol: Thoemmes.

- Janet, P. (1889). *L' automatisme psychologique*. Paris: Nouvelle Édition.
- Keane, T.M., Zimmering, R.T. & Caddell, J.M. (1985). A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in Vietnam Veterans. *Behaviour Therapy*, 8, 9-12.
- Kernberg, O. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kessler, R.C., Sonnega A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kinzie, J.D. & Goetz, R.R. (1996). A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 159-179.
- Kirsch, A. (2001). *Trauma und Wirklichkeit*. Wiederauftauchende Erinnerungen aus psychotherapeutischer Sicht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kirsch, A. & Seidler, G. (2003). *Ausdruck und Erleben von Emotionen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Erste Ergebnisse einer Studie mit Gewaltopfern. *Forschungsmethodologie und Theoriebildung. Zeitschrift für Psychotraumatologie*, (1, in press).
- Kirsch, A., Merten, J., Bernardy, K. & Benecke, C. (2001). *Nonverbales Interaktionsverhalten von Patientinnen mit Fibromyalgie, mit somatoformer Störung und mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich mit einer gesunden Stichprobe*. Projekt im Rahmen der Gesundheitsforschung der Universität des Saarlandes/Empirische Humanwissenschaften.
- Kogan, I. (1991). A journey to pain. *Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 6, 62-78.
- Kohut, H. (1973). *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Krause, R. (2000). Störungen der Emotionalität. In J.H. Otto, H. A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Emotionspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Krause, R. (1998). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre, Band II. Modelle*. Köln: Kohlhammer.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre, Band I. Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1983). Zur Onto- und Phylognese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. *Psyche*, 37, 1015-1043.

- Krystal, H. (2001). Trauma und Affekte. Posttraumatische Folgeerscheinungen und ihre Konsequenzen für die psychoanalytische Technik. In W. Bohleber & S. Drews (Hrsg.), *Die Gegenwart der Psychoanalyse - die Psychoanalyse der Gegenwart* (S. 197-207). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krystal, H. (1978). Trauma and Affects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116.
- Kugele, D. (1998). Affektive Verarbeitungsmöglichkeiten traumatisierter Kinder (1998). *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, 29 (1), 57-69.
- Levine, P. (1998). *Trauma und Heilung. Das Erwachen des Tigers*. Essen: Synthesis.
- Maercker, A. (1997). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.
- Marks, D.F., Baird, J.M. & McKellar, P. (1989). Replication of trance logic using a modified experimental design: Highly hypnotizable subjects in both real and simulator groups. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 232-248.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A. & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.
- Mentzos, S. (1986). *Hysterie*. Frankfurt: Fischer.
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Merten, J. (1997). Facial-affective behavior, mutual gaze, and emotional experience in dyadic interaction. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21 (3), 179-201.
- Merten, J. (1996). *Affekte und die Regulation nonverbaler interaktiven Verhaltens*. Bern: Peter Lang.
- Merten, J. & Krause, R. (1993). *DAS (Differenzielle Affekt Skala)*. Verlag: Fachbereich Sozial und Umweltwissenschaften / Fachrichtung Psychologie.
- Mertens, W. & Waldvogel, B. (2000). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (1998). *Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen*. Edewecht: Stumpf und Kossendey.
- Mowrer, O.H. (1961). *Learning theory and behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Myers, F.W.H. (1903). *Human personality and its survival of bodily death* (2. vols.). London: Longmans, Green, & Co.

- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Oakley, D. (1999). Hypnosis and conversion hysteria: A unifying model. *Cognitive Neuropsychiatry*, 4, 243-265.
- Orne, D. (1972). On the simulating subject as a quasi-control group in hypnosis research: What, why, and how. In E. Fromm & R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Ortony, A. & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*, 97, 315-331.
- Paulsen, S. (1998). Affekt und Beziehung – theoretische und therapeutische Überlegungen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 29 (2), 155-167.
- Piaget, J. (1954). *Das moralische Urteil beim Kinde*. Zürich: Rascher.
- Pitblado, C.B. & Sanders, B. (1991). Reliability and short-term stability of scores of the Dissociation Experiences Scale. In B.G. Braun & E.B. Carlson (Hrsg.), *Proceeding of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago: Rush.
- Putnam, F.W. (1997). Dissociation in children and adolescents. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 175-189). New York: Guilford.
- Putnam, F.W. (1994). Dissociative disorders in children and adolescents. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Hrsg.), *Dissociation, Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997): Stabilisierung. In O.F. Kernberg, (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* (Band 3, S. 113-147). Stuttgart: Schattauer.
- Reik, T. (1926). Der Schrecken. In T. Reik, *Der unbekannte Mörder*. Frankfurt: Fischer.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Revenstorf, D. (Hrsg.). (1990). *Klinische Hypnose*. Berlin: Springer

- Rosenbaum, M. (1980). The role of the term schizophrenia in the decline of diagnosis of multiple personality. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1383-1385.
- Ross, C.A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Hrsg.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum.
- Ross, C.A. (1989). *Multiple personality disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Wiley.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A. & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV, 4. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachsse, U., Özkan, I. & Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2002). *Traumatherapie – Was ist erfolgreich?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Saigh, P. A. (1995). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Bern: Huber.
- Sanders, B. (1986). The perceptual alteration scale. A scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 95-102.
- Saxe, G.N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J. & Van der Kolk, B.A. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1329-1334.
- Schulz, S. (2000). *Affektive Indikatoren struktureller Störungen*. Dissertation.de.
- Schwarz, M. (2002). B 5.4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In W. Gaebel & F. Müller-Spahn (Hrsg.), *Diagnostik und Therapie psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seidler, G. H. (2002). Aktuelle Therapieansätze in der Psychotraumatologie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 6-27.
- Scherer, K. (1997). The role of culture in emotion-antecedent appraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 902-922.
- Spiegel, D. (1986). Dissociation damage. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 123-131.
- Spitzer, C., Freyberger, H.J. & Kessler, C. (1996). Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. *Psychiatrische Praxis*, 23, 63-68.

- Steimer-Krause, E. (1994). Nonverbale Beziehungsregulation in Dyaden mit schizophrenen Patienten – ein Beitrag zur Übertragung-Gegenübertragungsforschung. In U. Streeck & K. Bell (Hrsg.), *Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen: Konzepte, Behandlungsmodelle, Erfahrungen* (S. 209-228). Reihe Leben lernen, Bd. 94. München: Pfeiffer.
- Steinberg, M. (1993). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Association.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation. A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric.
- Tölle, R. (1994). *Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Traue, H.C. (1998). *Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen*. Heidelberg: Spektrum.
- Trimble, M. (1981). *Post-traumatic neurosis*. New York : Wiley.
- Van der Kolk, B.A. (2000). Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress*(S. 195-220). Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B.A. (1996). Trauma and memory. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress*. New York: Guilford.
- Van der Kolk, B.A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (Hrsg.) (2000). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B.A., Burbridge, A. & Suzuki, J. (1998). Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 57-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Van Ijzendoorn M.H. & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations. Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Veith, I. (1965). *Hysteria. The history of a disease*. Chicago: The University of Chicago.
- Waldinger, R.J., Swett, C., Frank, A. & Miller, K. (1994). Levels of dissociation and histories of reported abuse among women outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 625-630.

- Waller, N.G., Putnam, F.W. & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types. A taxometric analyses of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Whalen, J.E. & Nash, M.R. (1996). Hypnosis and dissociation. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Hrsg.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R, 3. rev. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Wölk, W. (1992). Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. *Nervenarzt*, 63, 149-156.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and guidelines*. Genf: WHO.
- Zepf, S., Weidenhammer, B. & Baur-Morlok, J. (1986). Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds. *Psyche*, 40, 124-144.