

(aus: SAP-Zeitung Nr. 32, September 2017)

Margareta Auhser-Mihm

DAS GESPALTENE SELBST
Phänomenologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung
Dissoziativer Störungen

(Vortrag im SAP am 6.3.2017)

1. PROLOG

Paris 1889: Pierre Janet legt seine philosophische Doktorarbeit über den psychologischen Automatismus vor; sie ist das Resultat seiner intensiven Beschäftigung mit Phänomenen des Somnambulismus und der multiplen Persönlichkeit. Im August desselben Jahres gehört er zum Organisationskomitee des internationalen Hypnosekongresses, an dem u.a. ein unbekannter Arzt namens Sigmund Freud teilnimmt; - die beiden sind übrigens nahezu gleich alt, Freud um drei Jahre älter als Janet. Janet genießt zu diesem Zeitpunkt durch die Veröffentlichung seiner philosophischen Dissertation bereits einen gewissen Bekanntheitsgrad und beginnt ein Medizinstudium; 1893 legt er seinen Prüfern Charcot und Richter seine Abschlussarbeit vor, daraufhin verbreitet sich sein Ruf bis über Frankreichs Grenzen hinaus und seine Hysterie-Theorie beginnt sich durchzusetzen.

Freud erkennt das und drängt Josef Breuer, der Veröffentlichung der Studien über Hysterie zuzustimmen. Er möchte beweisen, dass Janet nicht als erster Wissenschaftler einen neuen Ansatz auf diesem Gebiet gefunden hat. So entflammt der Streit um die zeitliche Priorität zu einem Zeitpunkt, als Janet in Frankreich und im Ausland bereits als *der* Spezialist für Nervenkrankheiten gilt; bis etwa 1913 sind seine Arbeiten weitaus bekannter als diejenigen Freuds. Die zeitliche Priorität soll jedoch nicht der einzige Streitpunkt zwischen Janet und Freud bleiben: Wenngleich Freud an seinen hysterischen Patientinnen ähnliche Symptome beobachtet wie Janet, kommt er zu anderen Schlüssen: Hat er zunächst reale Verführung als Ursache der beschriebenen Symptome vermutet, so stuft er schließlich viele Mitteilungen seiner Patientinnen als Produkt phantasierter Rekonstruktionen ein und betont nach 1897 die Bedeutung der Phantasie für die Ätiologie der Neurosen. Vor allem lehnt er Janets Theorie eines geteilten Bewusstseins ab, weshalb für Freud das, was vom Patienten abgespalten wird, nur dem Unbewussten angehören kann; das Gedächtnismaterial ist somit nicht dissoziiert, sondern verdrängt worden. An dieser Haltung hält er auch im Fall von Anna O. fest, wenngleich sich dieser Fall mit den Symptomen veränderter Bewusstseins-zustände deutlich von anderen unterscheidet, die in den Studien zur Hysterie beschrieben werden:

Anna O. erkrankt in Wien in einer Situation, als sie die Pflege ihres todkranken Vaters übernimmt. Sie leidet unter starken Stimmungsschwankungen, Kopfschmerzen, Sehstörungen, optischen Halluzinationen sowie unter Lähmungserscheinungen. Nach

und nach stellen sich weitere Symptome ein: Es zeigen sich „zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechseln und sich im Laufe der Krankheit immer schärfer scheiden. In dem einen kennt sie ihre Umgebung, ist traurig und ängstlich, aber relativ normal. Im andern halluziniert sie, ist „ungezogen“, d.h. schimpft, wirft Kissen...“. Anna ist jeweils amnestisch für die Perioden des aggressiven, „krankhaften“ Zustandes.

Zudem klagt sie, „ihr fehle Zeit“ sowie über eine „tiefe Finsternis ihres Kopfes, wie sie nicht denken könne, blind und taub werde, zwei Ichs habe, ihr wirkliches und ein schlechtes, was sie zu Schlimmem zwingt...“. (Breuer 1895/1987, S.22)

Freud und Breuer ordneten diese Symptome bekanntlich der Hysterie zu; heute würde jedoch ein Vergleich mit den Diagnosekriterien des DSM zu einem anderen Ergebnis kommen: Es finden sich zwei oder mehrere unterscheidbare Identitäten, mindestens zwei übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person, verbunden mit schwerer Amnesie; genau das sind aber die DSM-Kriterien für die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung.

Janet und Freud bleiben erbitterte Kontrahenten. Ab 1895 lehnt Janet Freuds Arbeiten scharf ab. In seinem Bericht vor dem internationalen Ärztekongress in London 1913 versucht er, Freud und Breuer als Plagiatoren hinzustellen und die Psychoanalyse als eine Wiener Obszönität, kann aber zu diesem Zeitpunkt keine Zustimmung mehr ernten. Denn Freuds Arbeiten haben die Welt der westlichen Wissenschaft bereits erobert und seine Schule ist zu einer mächtigen internationalen Bewegung geworden. Mit dem Siegeszug der Psychoanalyse und deren Theoriebildung der Hysterie und Verdrängung ist aber eine Entwicklung eingeleitet worden, bei dem das ebenso bedeutsame Modell der Dissoziation dem wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Vergessen oder Verdrängen anheimfällt. Die Symptome von Anna O. werden so zum Dreh- und Angelpunkt zweier konkurrierender oder, wie wir heute wissen, einander ergänzender Modelle der Verdrängung und Dissoziation.

Gegenwärtig erleben wir vor allem in der Theorie zur „Strukturellen Dissoziation“ von van der Haart, Nijenhuis und Steele, die wieder bei Janet ansetzen, so etwas wie eine „Wiederkehr des Verdrängten“. Wegbereiter war zweifellos die Bürgerrechts- und Frauenbewegung in den 70ern gewesen, durch welche die Öffentlichkeit für die Folgen von politischer, familiärer und sexueller Gewalt sensibilisiert worden war. Wenngleich die offizielle Anerkennung der Dissoziativen Störungen über die Aufnahme in den DSM-5 und ICD-10 zu einem wahren Forschungsboom geführt hatte, sahen sich Dissoziationsforscher immer wieder dem Vorwurf ausgesetzt, sie hätten sich von den Patienten täuschen lassen und unwillkürlich selbst die psychische Manifestation erzeugt, die sie beobachteten; in der „False Memory Foundation“ bildete sich eine Interessensgemeinschaft von Personen, die angaben, fälschlicherweise des sexuellen Missbrauchs beschuldigt zu werden.

Nicht unerwähnt bleiben soll in diesem Zusammenhang Paul Federn, ein langjähriger und eifriger Schüler Freuds, der mit psychotischen Patienten gearbeitet hatte und

dessen Theorie der „Ich-Zustände“- ein vor dem Hintergrund der heute aktuellen Theorie der strukturellen Dissoziation modernes Konzept - von seinen Kolleginnen und Kollegen viele Jahre nicht beachtet wurde und auf keinerlei psychoanalytisches Interesse stieß, weder in der Mittwochsgesellschaft noch bei Freud selbst. Diese Ablehnung durch Freud schmerzte Paul Federn zeitlebens, war er doch angetreten, mit seiner Theorie- man könnte sie eine triebpsychologische Ich-Theorie nennen- die Triebtheorie vor der aufdämmernden Objektbeziehungstheorie zu retten. Angeblich soll er, bevor er sich 1950 in New York erschoss, vorher auf das Konterfei von Sigmund Freud geschossen haben.

So müssen wir also feststellen, dass uns das Thema der dissoziativen Phänomene zu den Anfängen der Psychoanalyse zurückführt und dass es offenbar ein großes polarisierendes Potential besitzt - heute wie damals.

2. WAS IST DISSOZIATION?

Was ist das nun eigentlich: Dissoziation? Dissoziation bedeutet im Gegensatz zu Assoziation so viel wie „Trennung“, „Zerfall“. Es handelt sich um eine basale menschliche Leistung, die als strategischer Abwehrmechanismus zur Bewältigung belastender Erfahrungen eingesetzt werden kann. Worin besteht nun aber der Unterschied zum Abwehrmechanismus der Verdrängung? Verdrängt werden kann nur etwas ursprünglich Bewusstes; verdrängtes Material war zunächst ordnungsgemäß gespeichert worden und wird vom Ich- weil es aus irgendwelchen Gründen unannehmbar ist- aktiv ins Unbewusste verbannt, also aktiv aus der Wahrnehmung ausgeblendet. Dissoziation ist hingegen ein passiver Vorgang, wo es, meist infolge von traumatischem Stress, bereits bei der Wahrnehmung und Enkodierung von Informationen zu Beeinträchtigungen kommt. Dissoziatives Material ist vorbewusst; dissoziative Prozesse können am besten als parallel ablaufende Prozesse verstanden werden, die sich nicht völlig mit der traditionellen Trennung zwischen Bewusst und Unbewusst decken. Obwohl vertikales Splitting eine sinnvolle Analogie ist, umfasst es nicht das ganze Spektrum dissoziativer Spaltung; Kluft spricht hier vom „Anderswo Bewussten“. Gegenwärtig werden zwei große Gruppen pathologischer dissoziativer Zustände unterschieden: Detachment und Kompartimentierung; für beide gibt es Entsprechungen im normalen, alltäglichen Erleben.

Wir alle kennen flüchtige Erfahrungen von „neben sich Stehen“: Also Zustände hoher Konzentration oder während automatisierter Handlungs-abläufe wie etwa beim Autofahren, leichte Trancezustände bei kreativen Tätigkeiten, während wir tagträumen oder als Entfremdungsgefühle bei extremer Erschöpfung. Diese illustrieren den Alltagspol von „**Detachment**“: Gemeint ist ein veränderter Bewusstseinszustand mit einem Gefühl des Abgetrenntseins vom Selbst (Depersonalisation) und/oder der Welt (Derealisation). Neben dem „Alltags-neben sich Stehen“ gibt es aber auch extreme Zustände von völliger Abwesenheit mit anschließender Amnesie.

Die als „**Kompartimentierung**“ angesprochenen dissoziativen Phänomene lassen sich umschreiben mit „ich bin abgekapselt“. Wir alle haben ja in unserer kindlichen

Sozialisation ein breites Spektrum an Selbstzuständen, also ein ganzes Repertoire an Rollen erworben, die uns als Person ausmachen. Wir haben so etwas wie eine innere Mannschaft, die als Team kooperiert; mit Stammspielern und Selbstanteilen im Rückenraum der inneren Bühne. Es herrscht eine gute Kommunikation zwischen ihnen, die Grenzen sind also durchlässig. Bei gleichzeitigem Wissen um die eigene Vielfalt gibt es ein integrierendes Selbst, ein individuelles Selbstgefühl. Je undurchdringlicher nun die Barrieren zwischen den einzelnen Selbstzuständen werden, umso mehr wird aus einem Ich-Zustand oder einer Rollenidentität eine komplexe Teilpersönlichkeit; aus der mehr oder weniger durchlässigen Grenze wird eine Amnesiebarriere. Das integrierende Selbst zerfällt im Extremfall, nämlich im Fall einer Dissoziativen Identitätsstörung (DIS, ehemals multiple Persönlichkeit) in organisierte Teilpersönlichkeiten, die völlig getrennt voneinander funktionieren: mit unterschiedlicher Ansprechbarkeit auf Medikamente, unterschiedlicher Sehschärfe oder Handschrift, ja sogar unterschiedlichen Mustern im PET-CT.

Lange wurde darüber gestritten, ob es zwischen Alltagsdissoziation und pathologischer Dissoziation fließende Übergänge gibt, ob es sich dabei also um extreme Pole eines Kontinuums handelt oder um grundlegend verschiedene Phänomene. Die neuesten Forschungsergebnisse, insbesondere von der Forschergruppe um Nijenhuis, sprechen für die zweite Hypothese, der zufolge Dissoziation als diskontinuierliche Variable verstanden wird; es wird angenommen, dass es unter massivem Stress zu pathologischen Bewusstseinsveränderungen kommt, welche sich fundamental von der Alltagsdissoziation unterscheiden.

3. WIE ENTSTEHEN DISSOZIATIVE STÖRUNGEN?

So ist es also die traumatische Erfahrung, welche pathologische Dissoziation qualitativ von Alltagsdissoziation unterscheidet. Insbesondere kindliche Traumatisierungen in Form von emotionaler, körperlicher und seelischer Misshandlung begünstigen nachweislich die Entwicklung dissoziativer Symptome. Darüber hinaus hat aber die Bindungsforschung noch einen weiteren Zusammenhang nachgewiesen: Dissoziatives Erleben entsteht überzufällig häufig vor dem Hintergrund desorganisierte Bindung.

Was geschieht nun aber, wenn jemand unintegrierbaren Beziehungserfahrungen bzw. ganz allgemein überwältigenden Lebensereignissen ausgesetzt ist?

3.1 Objektbeziehungstheoretische Perspektive: Das traumatische Introjekt

Ausgangspunkt eines ätiologischen Erklärungsansatzes auf der Basis der Objektbeziehungstheorie ist die Tatsache, dass Introjektion im Normalfall unmittelbar in eine Identifizierung mündet: Das Kind verändert seine Selbstrepräsentanz nach

dem Vorbild der Objektrepräsentanz, d.h. es übernimmt die Erwartungen der Eltern und verhält sich entsprechend dieser Erwartungen. Dieser Vorgang ist Ich-synton; er dient dem Aufbau von Ich und Über-Ich und es kommt dabei zu keiner Introjektbildung. Ein Introjekt entsteht nur dann, wenn ein realer oder phantasierter Verlust eines lebenswichtigen äußeren Objekts gemeistert werden muss, wenn also im Sinne von Freuds Verständnis der Melancholie die Besetzung aufgehoben ist; -aber eben auch bei der traumatischen Einwirkung durch das Objekt. Denn diese hat ja zur Folge, dass eine Beziehung aufgegeben werden muss, an der festzuhalten unmöglich wäre. Ziel der Introjektbildung ist in jedem Fall der Ersatz des verlorenen Objekts durch ein Surrogat im Innenraum; dieses ist Ich-dyston, also nicht Teil der Selbstrepräsentanz, eine Art Beifahrer, der über „Du-Botschaften“ beständig Anweisungen gibt.

Geht vom Objekt nun massive physische und/oder sexuelle Gewalt aus, so gelingt es nicht einmal mehr rudimentär, ein solches Täterintrojekt durch Identifizierung und Assimilierung ins Selbst aufzunehmen, weil die vermittelte Werterhaltung in diametralem Gegensatz zu Ich-Ideal und Über-Ich steht. Das traumatische Introjekt bleibt ein Fremdkörper, der wie ein Krankheitsherd von den struktur- und lebenserhaltenden psychischen Mechanismen mit der Absicht der Assimilation oder Ausstoßung angegriffen wird. Gelingt aber weder Assimilation (also Integration) noch Ausstoßung, so versucht der Organismus, das Introjekt zu isolieren oder abzukapseln (Hirsch spricht hier von einer „Leiche in sich selbst“). Eine Alternative zur Abkapselung ist die traumabedingte Aufspaltung der Realität in verschiedene Selbstanteile, wie sie in der neuro- und evolutionsbiologischen Theorie der strukturellen Dissoziation von Ellert Nijenhuis, Onno van der Hart und Kathy Steele vorgelegt wurde; sie gilt heute als *die* Metatheorie zum Verständnis traumatischer Erfahrungen.

3.2 Neurobiologische Perspektive

Aus neurobiologischer Sicht kommt es bei einer traumatischen Erfahrung zu einer übermäßigen Ausschüttung von Stresshormonen (vor allem Noradrenalin, Adrenalin, Glucocorticoide) und durch diese Belastung zu strukturellen Veränderungen in Gehirnbereichen, die für die Integration wichtig sind, vor allem im Hippocampus. So wurde etwa bei dissoziativen Personen ein signifikant kleinerer Hippocampus gemessen als bei Personen ohne traumatische Erfahrungen, ebenso vergrößerte sich das Hippocampusvolumen nachweislich nach abgeschlossener Behandlung. Letztlich ist es eben diese übermäßige Ausschüttung von Stresshormonen, welche -so die Forschergruppe um Nijenhuis - zu einer Aufspaltung oder Dissoziation der Persönlichkeit führt.

3.3 Evolutionsbiologische Perspektive: Theorie der strukturellen Dissoziation

Nijenhuis et al. gehen von einem Phänomen aus, welches bereits von Janet beschrieben und von Myers auf der Basis seiner Beobachtungen an akut traumatisierten Soldaten im ersten Weltkrieg ausgearbeitet wurde: Dass nämlich viele Menschen zwischen dem Wiedererleben der traumatischen Situation und dem

relativen Unbewusstsein des Traumas hin- und herwechseln. In ihren Arbeiten verbinden sie dieses Phänomen mit der Theorie der angeborenen Handlungssysteme von Panksepp: Das Wiedererleben von Traumata steht in Verbindung mit dem in der Evolution ausgebildeten Verteidigungssystem, welches durch ernste Bedrohung aktiviert wird. Wie jedes komplexe System besteht dieses aus verschiedenen Untersystemen; zu nennen sind vor allem Kampf, Flucht, Totstellen und Unterwerfung. Die Distanzierung vom Trauma ist ebenfalls verbunden mit angeborenen Handlungssystemen, vor allem mit solchen, die das Funktionieren im Alltag kontrollieren und die das Überleben der Art absichern, die also zuständig sind für Reproduktion, Bindung und Sorge um den Nachwuchs.

Niejenhuis et al. gehen nun davon aus, dass eine ernsthafte Bedrohung zu einer strukturellen Dissoziation, also einer dauerhaften Spaltung der prä-morbiden Persönlichkeit, führt. Die Spaltung verläuft zwischen dem Verteidigungssystem auf der einen Seite- den entsprechenden Persönlichkeitsanteil nennen Nijenhuis et al. den „Emotionalen Persönlichkeitsanteil“ (EP, er trägt die Traumaerinnerung)- und dem System, welches für die Alltagsbewältigung und das Überleben der Art zuständig ist; in Anlehnung an Myers wird der entsprechende Persönlichkeitsanteil als „anscheinend normale Persönlichkeit“ (ANP; er ist traumaphobisch) bezeichnet.

Wie sehr der ANP normal erscheint, kann breit variieren. So schaffen es einige Patienten, ein überzeugend normales Bild abzugeben; sogar Patienten mit DIS können als ANP erfolgreiche Fachleute sein. Dennoch darf der ANP nicht als „gesunder Anteil“ missverstanden werden, denn es handelt sich auch hier um ein spezielles Überlebensmuster mit sehr eingeschränktem Handlungsspielraum, und – wegen seiner Abspaltung vom EP - meist ohne authentische Kreativität und Lebensfreude. Betroffene mit „funktionierendem“ ANP empfinden ihren Alltag oft als durchgängig anstrengend; nicht selten klagen sie gewohnheitsmäßig: „Das Leben ist hart“ oder „Der Sinn des Lebens scheint ja sowieso darin zu bestehen, es hinter sich zu bringen...“.

Die scheinbare Normalität des ANP ist ständig gefährdet durch Intrusionen des EP, welcher die Traumaerinnerung trägt: So können komplette traumatische Erinnerungen oder auch nur Teilaspekte, etwa bestimmte Körperempfindungen, den ANP überwältigen und/oder er kann durch den EP lahmgelegt werden, was sich als Amnesie für die Episode zeigt.

Der ANP kann durch Stimmen aus dem EP behindert werden: Schreiende oder wütende Stimmen oder durch bestimmte Botschaften dieser Stimmen (etwa ein Verbot, die Behandlung fortzusetzen). Dissoziative Patienten benutzen Drogen oder verletzen sich selbst, um zeitweise Ruhe vor inneren Stimmen zu erhalten. Aufgrund der ständigen Gefährdung durch Intrusionen neigt der ANP dazu, eine Phobie vor der Traumaerinnerung zu entwickeln; seine Vermeidungs- und Fluchtreaktionen verhindern die Integration des Traumas und halten die strukturelle Dissoziation zwischen ANP und EP aufrecht.

Je nach Schwere der Traumatisierung unterscheiden Nijenhuis et al. verschiedene Schweregrade der Aufspaltung und der daraus resultierenden Dissoziativen Störungen:

Die beschriebene Aufspaltung in einen ANP und EP ist der basale Typus für das Versagen der Integration bei Traumatisierung. Die Autoren sprechen hier von **primärer struktureller Dissoziation**; sie ist charakteristisch für die einfachsten traumabezogenen Störungen: Die Anpassungsstörung und die einfache Posttraumatische Belastungsstörung.

Wenn der Stress steigt, kann zusätzlich noch die Integration der Verteidigungssysteme gestört sein, was zur **sekundären strukturellen Dissoziation**, d.h. zur Fragmentierung des EP führt. Hier treten – manchmal in schnellem Wechsel- verschiedene EPs auf: So beinhaltet der eine EP das Fluchtsystem, der andere das Freezing-Verhalten, ein weiterer Kampfimpulse und ein vierter Unterwerfung mit Analgesie. Ein ängstliches, schreckhaftes Kind, das ständig auf der Flucht ist (der EP umfasst hier das Aktionssystem Flucht) mag dann unmittelbar abgelöst werden von einem verächtlichen Selbstanteil, der den/die Therapeuten/in immer wieder aggressiv entwertet und zu Wutanfällen neigt (dieser EP ist aus dem Aktionssystem Kampf entstanden) und/oder einem hilflos-unterwürfigen und anklammernden Kind mit überwältigender Verlassenheitsangst und dem Gedanken: „Ich gebe auf, es ist alles zu spät“ (EP aus dem Aktionssystem Unterwerfung)..Zum Glück gibt es daneben aber auch einige Anteile mit innerer Stärke, Überlebenswillen und vielen Ressourcen. Das Tagesgeschäft wird in der Regel von einem ANP gesteuert, der zumindest notdürftige Bewältigung von Beruf und Alltag ermöglicht. Die sekundäre strukturelle Dissoziation kennzeichnet die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung sowie die „Nicht näher bezeichneten strukturellen Störungen“ (eine abgeschwächte Form der schwerwiegendsten DIS).

Ist bei extremer Traumatisierung sogar das System, das den Alltag regelt und das für das Überleben der Art wichtig ist, fragmentiert, so spricht Nijenhuis von einer **tertiären strukturellen Dissoziation**. Sie charakterisiert das schwerste Störungsbild ,die Dissoziative Identitätsstörung (DIS): Bei diesen Patienten zerfällt der ANP in verschiedene Subsysteme wie etwa Bindung an den Nachwuchs oder Berufstätigkeit: Ein ANP organisiert dann- meist in depersonalisiertem Zustand- den Alltag, ein anderer regelt die Kinderversorgung, ein dritter den beruflichen Alltag...usf. Das Ergebnis sind unabhängig voneinander agierende komplexe Teilpersönlichkeiten.

4. WIE KANN MAN DISSOZIATIVE STÖRUNGEN ERKENNEN?

Wie manifestieren sich nun aber Dissoziative Störungen im klinischen Alltag und wie lassen sie sich diagnostisch einordnen?

4.1 Diagnostische Kategorisierung

Was die diagnostische Kategorisierung anbelangt, so haben die Forschergruppe um Nijenhuis und Dell zwei Neuordnungen vorgelegt, die von unterschiedlichen Argumentationslinien (neuro- bzw. evolutionsbiologisch vs. phänomenologisch) zu bemerkenswert ähnlichen Ergebnissen kommen:

Neben der Kategorisierung von Nijenhuis in primäre, sekundäre und tertiäre Dissoziation hat Dell 2001 einen an verhaltensspezifischen Merkmalen ausgerichteten Kriterienkatalog entworfen, in dem sich das gesamte Spektrum Dissoziativer Störungen aus ICD-10 und DSM-5 widerspiegelt und der in erstaunlicher Weise mit Nijenhuis korrespondiert. Dell schlägt eine Einteilung in einfache und komplexe Störungsbilder vor; bei ersteren sind nur Gedächtnis und Wahrnehmung, bei letzteren ist auch das Selbsterleben beeinträchtigt. Er bildet den Schweregrad der Dissoziativen Phänomene in drei Gruppen von diagnostischen Kriterien ab und gibt eine detaillierte Beschreibung der korrespondierenden Symptome.

4.2. Diagnostische Herausforderungen

Es ist vielleicht gut zu wissen, dass Dissoziative Störungen keineswegs so selten sind (sogar für die schwerste Form, die DIS, wird eine Prävalenz von 1% der Gesamtbevölkerung angegeben; Frauen sind 3-9mal so häufig betroffen wie Männer). Es handelt sich also um eine Krankheit, mit der man durchaus in Kontakt kommen kann, nur wird sie oft nicht erkannt. Selbst die DIS präsentiert sich ja in der Regel überhaupt nicht spektakulär, die meisten Phänomene pathologischer Dissoziation sind vielmehr subjektiv und unsichtbar, oft überlagert durch **komorbide Symptome**. Die Patienten kommen also mit Affektiven Störungen (v.a. Major Depression), mit Angst- bzw. Panikstörungen, Substanzmissbrauch sowie Essstörungen (v.a. Bulimia Nervosa) oder Posttraumatischen Symptomen. Häufig werden auch Somatoforme Störungen berichtet wie etwa Konversionssymptome, eine ungewöhnliche Fähigkeit zur Kontrolle von Schmerzen sowie eine Vielzahl körperlicher Beschwerden wie Kopfschmerzen, Reizkolon, Asthma oder Schlafstörungen. 67% der Patienten mit Dissoziativen Störungen berichten von wiederholten Suizidversuchen (1% geglückte) und 42% von vorherigem selbstverletzenden Verhalten.

Zusätzlich wird die Diagnose dadurch erschwert, dass die betroffene Person ihre dissoziativen Symptome oft selbst gar nicht bemerkt, dass sie also eine „Amnesie für die Amnesie“ hat. Der Bewältigungsmechanismus der Dissoziation wurde teilweise ja schon so früh erlernt, dass es gar nicht vorstellbar ist, dass andere Menschen die Welt anders, konsistenter erleben könnten. Viele Betroffene versuchen auch, ihre Symptome ganz gezielt zu verstecken oder zu bagatellisieren;- entweder aus Scham oder aus Angst, für verrückt gehalten zu werden. Dazu kommt noch das mangelnde Vertrauen: Wenn es überhaupt gewagt wird, sich anderen Menschen anzuvertrauen, dann werden in der Regel eher sozial anerkanntere Probleme präsentiert wie etwa Depressionen, Angst- oder Essstörungen. Dissoziative Symptome müssen somit aktiv erfragt werden. Inzwischen steht hierfür eine Reihe standardisierter Fragenkataloge zur Verfügung; am häufigsten werden der Fragebogen für Dissoziative Symptome

(FDS) sowie das Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D) verwendet.

4.3 Diagnostische Hinweise

Wegen der oft diskreten Symptomatik und komorbiden Überlagerungen ist es sinnvoll, auf **unspezifische diagnostische Hinweise** zu achten, die auf eine mögliche Dissoziative Störung, insbesondere auch auf eine DIS hindeuten. Hierzu gehören:

- traumatische Erfahrungen in der Kindheit,
- Misslingen vorhergehender Behandlungen,
- drei oder mehr Vordiagnosen, insbesondere als atypische Störungen (Depression, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Schizophrenie, Anpassungsstörungen, Substanzmissbrauch, Somatisierungs- oder Essstörungen),
- selbstverletzendes Verhalten oder Suizidversuche
- gleichzeitiges Auftreten psychiatrischer und psychosomatischer Symptome bei starken Schwankungen in Symptomatik und Funktionsniveau.

Darüber hinaus sollte auf subtile diagnostische Hinweise geachtet werden. Gast et al. benennen die folgenden **Leitsymptome**:

-
- Amnesie sowie wiederholte, chronische Entfremdungserlebnisse in Form von Depersonalisation und Derealisation.
- Für schwere Dissoziative Störungen: Beeinträchtigungserleben sowie Identitätswechsel im Sinne eines objektivierbaren Verhaltens, das die Manifestation verschiedener Identitäten anzeigt. Die Patienten berichten über nicht erinnerbares Verhalten; Finden von Sachen, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann; das Hören von Stimmen, die meist im Kopf lokalisiert werden und die sich von halluzinatorischem Erleben durch die erhaltene Realitätsprüfung unterscheiden; ein fortlaufender innerer verbaler oder schriftlicher Dialog zwischen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen; spontane Altersregression mit dem Gefühl, ein kleines Kind zu sein und traumatische Erfahrungen wieder zu erleben, oft unter Verwendung der dritten Person („er“, „sie“ oder „wir“) für sich selbst.

4.4 Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Um das Bild einer **schweren Dissoziativen Störung** anschaulich zu machen, sei ein von Gast et al. beschriebenes Fallbeispiel einer 41-jährigen, verheirateten Wissenschaftlerin zitiert:

Frau L. kommt erstmalig für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in die Klinik. Bisher habe sie mit ihrem Mann (46) und ihren zwei Kindern (4 und 7) ein weitestgehend „normales Leben“ geführt. In den letzten Monaten habe sie jedoch eine deutliche Verschlechterung ihres Befindens und ihres „Erlebens der Realität“ festgestellt. Zudem vergesse sie immer häufiger, was in den letzten Stunden geschehen sei, habe ständig Albträume und sei durch ihren Mann und Kollegen wiederholt darauf aufmerksam gemacht worden, dass sie sich „sehr merkwürdig und völlig verändert“ verhalten habe. Sie selbst habe jedoch keinerlei Erinnerungen an etwaige Ereignisse. Die Symptome und Erlebnisse der letzten Zeit würden ihr „extreme Angst“ bereiten. Begonnen haben diese, nachdem eines ihrer Kinder jenes Alter erreicht hatte, in dem sie selbst „schlimme Kindheitserfahrungen“ gemacht habe, an die sie jedoch nur ganz vage Erinnerungen habe.

Amnesien:

Frau L. berichtet von einer massiven Zunahme amnestischer Phasen während der vergangenen sechs Monate. Es passiere ihr immer wieder, dass sie „plötzlich Zeit verliere“; mehrmals am Tag würden ihr Minuten bis zu einigen Stunden fehlen. Die Erinnerung an tägliche Aktivitäten falle ihr zunehmend immer schwerer. Vor einigen Tagen habe sie zur Schule ihrer Kinder fahren wollen, um diese abzuholen. Dort angekommen wurde ihr von der sichtlich verwunderten Lehrerin mitgeteilt, Frau L. habe die Kinder doch bereits vor einer Stunde abgeholt.

Vor allem, wenn sie Stress oder konfliktreiche Situationen durchlebe, würden diese „Zeitverluste“ immer häufiger auftreten. Hinzu kommt, dass sie an längere Episoden ihrer Kindheit (mehrere Jahre) keinerlei Erinnerung mehr habe. Sie verspüre lediglich ein „sehr schlimmes Gefühl im Körper“, wenn sie versuche, an diese Zeit zu denken.

Depersonalisationserlebnisse

Frau L. gibt an, dass sie in den letzten Monaten beinahe täglich das Empfinden habe, „hinter sich zu stehen“. So sehe sie sich beinahe ununterbrochen „beim Handeln zu“ und erlebe sich bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten. Dieses Erlebnis halte meist 15 bis 30 Minuten an und werde dann etwas besser. Vor allem bei Intimkontakten mit ihrem Ehemann seien diese Symptome besonders schwerwiegend. So berichtet sie, beim letzten Intimkontakt eine Zeit lang über dem Bett geschwebt zu haben bis zum „völligen Blackout“.

Derealisation:

Frau L. berichtet, sie leide täglich unter schweren Derealisationen. So habe sie nahezu ständig den Eindruck, die Welt um sie herum sei „nicht real“ und ihr Leben würde eigentlich „woanders, in einer anderen Welt stattfinden“. Ihr bekannte Orte würden sich seit einiger Zeit „völlig fremd“ anfühlen und sie habe das Gefühl, aus einem Traum nicht mehr aufzuwachen. Zwischendurch erlebe sie dann wieder „klare Momente“, in denen es ihr besser ginge und sie sich vergewissere, dass sie „tatsächlich in ihrem Leben stecke“.

Identitätsunsicherheit:

wird von Frau L. als andauernde und „furchtbare“ Verwirrung über „das eigene Ich“ empfunden. So erlebe sie nahezu kontinuierlich einen „inneren Kampf“, der in ihrem Kopf stattfindet. Sie höre Stimmen, die ihr drohen würden, sie „...solle nichts in der Therapie erzählen, sonst widerfahre ihr Grausames.“ Sie selbst wolle jedoch unbedingt über die Erlebnisse sprechen. Durch diese inneren Konflikte sei sie zudem ständig sehr verunsichert „wer sie eigentlich sei“. Bereits in der Kindheit habe sie sich teilweise nicht als Mädchen gefühlt, obwohl sie sich ihres weiblichen Geschlechts bewusst war.“ Es fühlte sich einfach nicht an wie ich, nichts in und nichts an mir“.

Identitätswechsel

Auf die Frage, ob sie manchmal eine völlig andere Person/ein Kind zu sein scheint, beschreibt sie: Ihr Ehemann habe sie in den letzten Monaten vermehrt darauf angesprochen, dass sie sich wie ein Kind verhalten habe. So habe sie z.B. beim Essen wie ein Kind auf dem Teller herumgemantscht. Des Weiteren habe sie wiederholt Verhaltensweisen, Sprachstile sowie Tätigkeiten gezeigt, die denen einer männlichen Person gleichen würden. In diesen Phasen sei sie vor allem durch aggressives Auftreten und verbale Aggression gegenüber ihrem Mann aufgefallen. Bei der Frage, ob bestimmte Fähigkeiten oder Kenntnisse Schwankungen unterliegen, gibt sie an, plötzlich nicht mehr gewusst zu haben, wie man den Computer an ihrer Arbeitsstelle bedient oder das Auto startet. Diese „Aussetzer“ seien bereits mehrmals vorgekommen und hielten mehrere Stunden an.

Auf die Frage, ob sie sich jemals so gefühlt habe, als ob sie aus mehreren Personen bestünde, kommt es zu einem Zwischenfall: Frau L. beginnt auf ihrem Stuhl hin- und herzurutschen und verfällt plötzlich in einen tranceartigen Zustand. Die Augen verdrehen sich und sie sackt in ihrem Stuhl zusammen. In den folgenden 2 Minuten sitzt Frau L. zitternd in ihrem Stuhl und reagiert auf keinerlei Reize, weder verbal noch olfaktorisch. Nach ca. 2 Minuten richtet sie sich erneut auf und sieht den Interviewer, nun mit völlig veränderter feindseliger Körperhaltung und Mimik, verstört an. Als der Therapeut sie mit „Hallo Frau L., hören Sie mich wieder?“ anspricht, antwortet sie mit veränderter tiefer Stimme: „Nein! Wer ist diese Frau L.?“. Sie wirkt defensiv, misstrauisch und hoch aggressiv. Sie beschimpft den Interviewer, stammelt einige unverständliche Worte und fällt dann wieder in Trance.

Kurze Zeit später macht sie eine abschüttelnde Körperbewegung und ist wieder als Frau L. ansprechbar. Auf die Frage hin, was denn gerade vorhin geschehen sei und ob sie sich an die letzten fünf Minuten erinnern könne, gibt Frau L. unter Tränen an, vollkommen amnestisch zu sein und sich für den Kontrollverlust sehr zu schämen. Zum Abschluss des Interviews berichtet sie, die unterschiedlichen Anteile seien zwar sehr eigenständig, dennoch auch Teile ihrer eigenen Persönlichkeit (Gast et al. 2014, S.98).

Frau L. zeigt das Vollbild einer schweren Dissoziativen Störung, welche bereits an die schwerwiegendste Form, die **Dissoziative Identitätsstörung** heranreicht. Zur Veranschaulichung soll auch dieser extremste Pol des pathologischen dissoziativen Spektrums kurz charakterisiert werden:

Wir finden hier vollabgespaltene Persönlichkeitszustände mit unterschiedlicher persönlicher Geschichte, unterschiedlichem Selbstbild und unterscheidbarer Identität mit verschiedenen Namen. Diese können ganz im Gegensatz zur primären Identität stehen, die den Namen der Person trägt. Sie können sich im angegebenen Alter, Geschlecht, Sprache, Allgemeinwissen oder dem vorherrschenden Affekt unterscheiden- bis hin zu verschiedener Handschrift, verschiedenen Laborwerten, ja sogar verschiedenen Mustern im PET- CT. Diese alternativen Persönlichkeitszustände übernehmen auf innere oder äußere Auslöserreize hin die Kontrolle über das Erleben oder Verhalten der betreffenden Person; entweder internalisiert (also „nur im Kopf“) oder externalisiert, also nach außen hin sichtbar. Sie können in verschiedenem Grad amnestisch füreinander sein, können das Wissen über die anderen leugnen, diesen gegenüber sehr kritisch sein oder sogar im offenen Konflikt mit ihnen stehen. Aggressive oder feindselige Identitäten können zeitweise Aktivitäten unterbrechen oder die anderen in unangenehme Situationen bringen.

Meist findet man die folgenden Teilpersönlichkeiten:

Diejenigen Persönlichkeitsanteile, die den Alltag regeln, werden die Hauptpersönlichkeit oder „Host“ genannt; es sind in der Regel diejenigen, die man als „Patienten/in“ anspricht. Daneben gibt es häufig Kind- oder Kleinkindpersönlichkeiten: Sie bleiben lange auf ihr Alter fixiert und bewahren frühe Traumaerinnerungen auf. In der Regel findet man auch Verfolger, die der Hauptpersönlichkeit (Selbst-) Verletzungen zufügen. Täterloyale Anteile erhalten die Traumatisierung, verhindern Aussagen oder sprechen ein Redeverbot aus; sie sind oft verächtlich und herablassend und versuchen die Therapie zu verhindern. Suizidale Persönlichkeitsanteile sind unermüdlich mit Selbsttötung beschäftigt und schwer erreichbar. Zum Glück gibt es aber auch Innere Beschützer, mit denen man sich verbünden kann und Innere Beobachter, die wichtige Hinweise zum Funktionieren der übrigen Anteile geben können. Schließlich gibt es Organisatoren, welche die Dinge des Alltags regeln und die um Begrenzung der Desorganisation bemüht sind. In der Behandlung dieser schweren Störung ist es wichtig, alle diese Anteile oder Parts zu kennen (manchmal sind es 20 oder mehr) und jedem die gleiche Aufmerksamkeit zu schenken; nur so kann das Ziel der Integration erreicht werden.

4.5 Differentialdiagnostische Überlegungen

Vor dem Hintergrund der vielfältigen Schwierigkeiten in der Diagnosestellung ist es nicht weiter verwunderlich, dass komplexe Dissoziative Störungen häufig übersehen oder falsch diagnostiziert werden:

Nicht selten ist die Fehleinschätzung als **Schizophrenie**. Die Patienten berichten ja über Halluzinationen, Depersonalisationsphänomene, Verfolgungs- und Beeinflussungsgefühle u.ä. Anders als klassische Psychosepatienten weisen Patienten mit Diss. Störungen meist eine Amnesie für die Episode auf und zeigen oft schon nach

kurzer Zeit eine Besserung. Der Realitätsbezug bleibt in der Regel erhalten, sie zeigen weder Autismus noch Affektverflachen. Die Stimmen kommen von innen und nicht wie bei der Schizophrenie von außen.

Mit **Borderlinepatienten** haben sie viele Gemeinsamkeiten wie Identitätsprobleme, autodestruktives Verhalten und Probleme in der Impulsregulation; beide zeigen das Abwehrphänomen der Spaltung. Allerdings benutzen Borderline-Patienten eine polarisierende Form, etwa Idealisierung und Entwertung, während bei DIS-Patienten die Spaltung die Identität betrifft; hier kann daneben die reife Abwehrmöglichkeit der Verdrängung erhalten geblieben sein. Die Persönlichkeitsstruktur ist bei DIS – Patienten oft höher organisiert mit weit mehr Nuancen in den Beziehungsgestaltungen und in den Selbst- und Objektrepräsentanzen. Nicht selten sind sie hochintelligent und beruflich durchaus erfolgreich.

5. WIE KANN MAN DISSOZIATIVE STÖRUNGEN BEHANDELN?

Innerhalb der psychoanalytischen und psychodynamischen Gemeinschaft entwickelte sich das Interesse an Dissoziativen Störungen nur relativ langsam, wenngleich inzwischen erwiesen ist, dass die große Mehrzahl von DIS-Patienten mithilfe einer Langzeit-Therapie erhebliche Verbesserungen erreichen. Allerdings bedarf es in den meisten Fällen spezieller Modifikationen und Erweiterungen; einige dieser Besonderheiten, Schwierigkeiten, Möglichkeiten und Beschränkungen einer psychodynamischen Behandlung sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Grundsätzlich ist die Herangehensweise zur Behandlung Dissoziativer Störungen abhängig von der Art und Schwere der Dissoziation, vom Vorhandensein möglicher komorbider Störungen sowie vom vorherrschenden Funktionsniveau der Patienten.

In der Behandlung **einfacher Dissoziativer Störungen**, also der primären strukturellen Dissoziation, bei der es durch das Trauma zu einer Aufspaltung der Gesamtpersönlichkeit in trauma-besetzte und trauma-phobische Anteile kommt, ist es zunächst wichtig, den ANP dazu zu bringen, dass er den EP anerkennt und weiters zu erkennen, dass die Dissoziation, die ursprünglich vor einem Überwältigtwerden vom EP schützen sollte, zu einem Vermeidungsmechanismus geworden ist. Darauf folgt die Arbeit an den Auslösern, also der Frage: Wann, in welcher Situation, bei welchem Thema, bei welcher therapeutischen Intervention ist die dissoziative Reaktion aufgetreten? Dissoziative Reaktionen dienen ja häufig der Vermeidung schmerzhafter Affekte; die Patienten haben den Umgang mit Affekten meist nie gelernt: Gefühle werden entweder als gar nicht vorhanden oder als überwältigend und quälend wahrgenommen und aus diesem Grund so weit wie möglich aus den Alltagsbeziehungen herausgehalten. Hierbei ist es wichtig, auf den „Umschlagpunkt“ zu achten, in denen Gefühle „weg-dissoziiert“ werden. In der therapeutischen Situation wird an diesem Defizit gearbeitet, indem die in der Interaktion mit den Patienten

entstandenen Gefühle mitgeteilt und zur Verfügung gestellt werden. Die Arbeit an den Auslösern, das Benennen von Affekten sowie die Stärkung der Affekttoleranz sind also wichtige Techniken zur Bearbeitung einfacher dissoziativer Symptome wie Depersonalisation, Derealisation, Trance und Amnesien.

Ist von dem dissoziativen Funktionieren nicht nur Gedächtnis und Wahrnehmung, sondern auch das Selbsterleben betroffen, geht es also um **komplexe Dissoziative Störungen** (die DIS und ihre Subform), so reicht die Arbeit an den Auslösern allein nicht aus, um die Dissoziation wirkungsvoll zu behandeln. Nach dem Modell der strukturellen Dissoziation haben wir es dann mit sekundärer und tertiärer Dissoziation zu tun, also mit einer Aufspaltung emotionaler Subsysteme, die sich im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung „verselbständigt“ haben. Ziel ist die Auflösung der strukturellen Dissoziation, also Integration, indem der Therapeut sich als Mediator zur Verfügung stellt und den Patienten dazu ermutigt, die dissoziierten mentalen Systeme und deren Inhalte miteinander in Kontakt zu bringen. Zunächst geht es dabei um die Überwindung der tertiären Dissoziation (voneinander dissoziierte ANPs) und der sekundären Dissoziation (voneinander dissoziierte EPs), bevor die Bearbeitung der primären Dissoziation, welche ja die Exposition mit der traumatischen Erfahrung und Erinnerung einschließt, möglich ist.

Gemäß aktueller Expertenempfehlungen wird ein **drei-phasiges Vorgehen** angeregt:

Phase 1: Sicherheit, Stabilisierung und Reduktion der Symptome.

Hierbei geht es vor allem darum, eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen und dem Patienten die Diagnose, die Symptomatik und den Behandlungsverlauf zu erläutern.

Patienten mit komplexen Dissoziativen Störungen haben oft von frühester Kindheit an schwerste Beziehungstraumatisierungen erlebt und daher große Schwierigkeiten, sich auf eine vertrauensvolle Beziehung einzulassen; eine solche muss vom Therapeuten aktiv gestaltet werden: Eine sehr zurückgenommene und abwartende Haltung begünstigt schwere pathologische negative Übertragungsreaktionen. Besondere Sorgfalt muss auf einen festen Rahmen (Stundenfrequenz, feste Zeiten, feste Orte...) gelegt werden. Da viele Patienten ständige Grenzverletzungen und Regelübertretungen erlebt haben, werden sie häufig genau testen, ob diese vereinbarten Regeln auch eingehalten werden. Unterbrechungen werden häufig als Bestrafung erlebt oder als Antwort darauf, sich nicht genug angestrengt zu haben. Eine wichtige Weichenstellung im Behandlungsplan ist die Benennung und Besprechung der Diagnose, weil damit die dissoziationsspezifischen Interventionen begründet und eingeführt werden können. Häufig sind die Patienten der Diagnose gegenüber sehr ambivalent: Insbesondere kann der ANP lange leugnen, die Diagnose zu haben, während andere Anteile „längst Bescheid wissen“

Eine Besonderheit in der Behandlung von Patienten mit DIS ist sicher die Tatsache, dass sich die therapeutische Aufmerksamkeit auf ein ganzes System von interagierenden und/oder widersprüchlichen Persönlichkeits-anteilen richten muss.

Alle therapeutischen Ansätze zur Behandlung der schwersten Form Dissoziativer Störungen wenden Mapping-Techniken an; dabei wird eine Art Landkarte erstellt, um einen Überblick über vorhandene Persönlichkeitsanteile zu gewinnen, deren spezielle Funktion im System sowie über mögliche Kontakte oder Konflikte der Anteile untereinander. In einer empathisch gut ausbalancierten Behandlung können die einzelnen Persönlichkeitsanteile durch Deutung, Stützen und Eindämmen schrittweise lernen, einander anzuerkennen und ihre eigenen Gefühle besser zu akzeptieren. Bei einer depressiv selbstanklagenden, konfliktvermeidenden Alltagspersönlichkeit ginge es zum Beispiel darum, immer wieder ihre Angst vor Aggressionen anzusprechen und zu bearbeiten, damit es ihr eher möglich wird, mit den aggressiven Persönlichkeitsanteilen in Kontakt zu kommen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht darum, verdrängte aggressive Triebregungen bewusst zu machen, sondern vielmehr darum, einen Zugang zu Inhalten aus dem „Anderswo Bewussten“ (Kluft) zu schaffen.

Indem der Therapeut empathisch auf immer mehr Anteile der Patienten sowie auf deren Erfahrungen eingeht, teilen die Altpersönlichkeiten eine integrationsfördernde Erfahrung, nämlich das Mitgefühl des Therapeuten zu haben. Es kann dies eine erste gemeinsame Erfahrung sein, die alle Anteile anerkennen können; dies schwächt die Abgegrenztheit. **Professionelle Neutralität** bedeutet in diesem Fall, dass der Therapeut für keinen mentalen Zustand, keine Seite des Konflikts, keinen Persönlichkeitsanteil und für keine Version des Ereignisses, das berichtet wird, Partei ergreift. In dieser Grundhaltung ist es nötig, zu versuchen, so viele Teilpersönlichkeiten wie möglich in einer kooperativen Art in die Therapie einzubinden und zur Mitarbeit zu bewegen. Die **therapeutische Grundregel** bezieht sich hier also auf die Beiträge aller Persönlichkeitsanteile. Wie bereits erwähnt, finden sich häufig folgende charakteristische Muster im Persönlichkeitssystem:

1. Die Alltagspersönlichkeit (Host), die den Anforderungen des Alltags angepasst ist
2. Kinder-Persönlichkeitsanteile, die unter dem Einfluss schwerer Traumatisierungen entstanden sind und die Traumaerinnerungen eingefroren und abgekapselt in sich tragen.
3. Wächter oder Beschützer sowie
4. sogenannte „dunkle Alter“, die sich entweder täter-loyal verhalten und sich dem Wertesystem der früheren Täter unterwerfen oder täter-identifizierte Anteile, die als personifizierte Täterintrojekte im Individuum weiterleben.

Phase 2: Traumabearbeitung

Diese kann nur in kleinen Schritten erfolgen und muss gut vorbereitet sein. Erst wenn die Möglichkeiten zur Distanzierung und Selbsttröstung eingeübt sind und eine ausreichende Stabilität im Alltag erreicht ist, kann eine Traumaexposition durchgeführt werden. Dadurch verlieren die traumatischen Erinnerungen ihre Tendenz zu spontanen und unkontrollierbaren Reassoziationen, die Aufspaltung der Persönlichkeit als Abwehr-mechanismus gegenüber traumatischen Erinnerungen verliert an Bedeutung; eine Integration der verschiedenen Selbstzustände wird so möglich.

Phase 3: Nachintegrative Phase

Grundsätzlich ähnelt diese Phase stärker den sonst üblichen tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien; ein wichtiges Thema der nachintegrativen Phase ist die Trauerarbeit um die zerstörte Kindheit und die erlebten Verletzungen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient schließlich der Umgang mit einem Phänomen, welches Kluft „**Multiple Realitäten**“ nennt: Wenn ein/e DIS-Patient/in über Erinnerungen von einem traumatischen Ereignis berichtet, muss man sich vor Augen halten, dass diese keinesfalls der historischen Wahrheit entsprechen müssen. Jeder Persönlichkeitszustand verfügt ja nur über einen begrenzten und spezifischen Erinnerungsausschnitt und diese Erinnerung kann zudem verzerrt sein, weil die Realität in belastenden Situationen häufig in Trance wahrgenommen wird. So kann etwa ein Persönlichkeitszustand angeben, vom Nachbarn vergewaltigt worden zu sein; ein zweiter berichtet, dass er vom Vater vergewaltigt wurde; ein dritter wiederum kann behaupten, dass der Vater ein ganz wunderbarer Mensch war. Hier ist es wichtig, diese widersprüchlichen Realitäten anzusprechen, aber nicht in Form eines Verhörs, sondern in einer vorsichtigen und einladenden Art, indem ein gegenseitiger Austausch oder Befragungsprozess eingeleitet wird, ohne die eine oder andere Version zu bevorzugen.

Eine der vorrangigen Aufgaben einer psychodynamischen Psychotherapie besteht darin, den strafenden Einfluss irrationaler Bestandteile des **Über-Ichs** zu mildern. Hierbei ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass DIS-Patienten nicht nur als Ganzes und innerhalb jedes Persönlichkeitsanteils Über-Ich-Strukturen haben, sondern dass bestimmte Persönlichkeitsanteile die Haltungen eines irrationalen und korrupten Gewissens *in persona* verkörpern. Wird der Patient zu früh zu einer offenen Äußerung von konfliktbeladenen und verbotenen Gedanken und Gefühlen ermutigt, fordert dies oft strafende Reaktionen dieses Typs von Persönlichkeitsanteilen heraus; sie übernehmen dabei direkt ausgesprochene Befehle von früheren Missbrauchern oder Personen, die den Patienten betrogen oder im Stich gelassen haben. Folglich werden Anteile, die auf die ersten Einladungen reagieren, ihre Erfahrungen mitzuteilen, häufig bestraft. Dies zeigt sich oft in Form von Selbstverletzung oder Suizidversuchen, die sich bei genauerer Untersuchung als Versuche einzelner Persönlichkeitsanteile erweisen, andere Teile zu zerstören.

Vor diesem Hintergrund ist **Widerstand** gegen den therapeutischen Prozess häufig nichts anderes als Widerstreben oder Abneigung dagegen, Material mitzuteilen. Das Widerstreben basiert oft auf Scham oder inneren Strafandrohungen für den Fall, dass Informationen nach außen weitergegeben werden.

Zum Abschluss noch ein paar Bemerkungen zu **Übertragung und Gegenübertragung**:

Kurz zusammengefasst sind die verschiedenen Formen der **Übertragung** mit der Erwartung verbunden, dass die Therapie eine Wiederholung früherer traumatischer Erfahrungen sein wird; dabei kommt es zu verwirrenden, rasch wechselnden

Übertragungen, wo der Therapeut etwa in rascher Folge als idealisierter Retter, als misshandelnder Vater oder als ohnmächtige Mutter erlebt wird.

Die **Gegenübertragung** zu Beginn der Behandlung besteht entweder darin, die Rolle eines distanzierten und skeptischen Detektivs zu übernehmen oder ein allen Hindernissen trotztender Retter werden zu wollen. Die zu erwartenden Frustrationen listet Kluft wie folgt auf:

1. Frustration und Verbitterung wegen übermäßiger Versuche der Patienten, Schmerz zu vermeiden.
2. Frustration und Verbitterung über übermäßige Versuche der Patienten, den Therapeuten zu kontrollieren.
3. Reaktion des Therapeuten darauf, von dem dissoziativen Patienten als Helfer zurückgewiesen zu werden. Typische Auslöser für diese Art der Gegenübertragung sind Klagen der Patienten über den Schmerz, den ihnen der Therapeut und die Behandlung auferlegen, Versuche der Patienten, in der Therapie bereits bearbeitete Inhalte zu redissoziieren und verschiedenste andere Ausdrucks- und Verhaltensweisen, die die Identität des Therapeuten als helfende Person in Abrede stellen.
 - Man verliert so das Gefühl, ein effektiver Therapeut zu sein; aus diesem Gefühl wächst der Druck, die Situation durch unangemessene Verhaltensweisen zu retten.
 - Eine Dysphorie entsteht schließlich aus der narzisstischen Niederlage angesichts der chronischen Abwertung seiner professionellen und persönlichen Identität durch den Patienten.

6. ÜBERLEGUNGEN, ERGÄNZUNGEN

Zum Schluss meiner Ausführungen möchte ich noch zwei Überlegungen anstellen:

Zunächst: Wenn wir von voll abgespaltenen Teilpersönlichkeiten hören, wie sie in der DIS völlig autonom agieren, mit verschiedener Handschrift, verschiedenen Begabungen und unterschiedlichen PET-Mustern im CT, so taucht doch die Frage auf, wie weit und tief der Kontinent unserer möglichen Selbstzustände eigentlich ist; mit anderen Worten: Wer wir nicht auch sein könnten, ohne es jemals erfahren zu haben. Man fühlt sich dabei an Jungs Verständnis des Unbewussten erinnert, welches ja - über Freuds phylogenetisches Erbe hinaus - noch das weite Feld des potentiell Möglichen, also des noch nicht Gelebten umfasst.

Sodann: Wie ist das eigentlich mit Identität und einem integralen Selbst? Während seit der Aufklärung die Vorstellung eines rationalen, kohärenten, autonomen Subjekts dominierte, wird im Diskurs der Postmoderne sehr viel über die „Dezentrierung des Subjekts“ und die Dezentrierung unserer Sicht auf die Welt geschrieben. Wir werden über die Enttäuschung hinweggetröstet, dass es „die Wahrheit“ am Beginn des

21.Jhdts nicht mehr gibt mit dem Versprechen, wir könnten Identitätszwang und Einheitssehnsucht unseres Ichs fahren lassen zugunsten der Multiplizität des Selbst als notwendige Antwort auf die Pluralität der Lebensformen. Aus ihrer feministischen Position entlarvt jedenfalls Helga Bienen Identität und Autonomie des bürgerlichen Individuums als patriarchale Illusion und stellt dagegen das Modell der Person als dynamisches System von vielfältigen Teil-Selbsten; es sei demokratischer, zu sagen „Ich bin Viele.“ Dennoch fällt es schwer, diese Pluralität des „Ich bin Viele“ wirklich zu fühlen. Auch wenn ich in meiner Sozialisation ein ganzes Repertoire an Rollen erworben habe, gibt es dazwischen durchlässige Grenzen und ich erlebe mich doch ganz bürgerlich-konservativ als eine Einheit, eine Ganzheit oder Zentralidentität, die meinen Namen trägt, wie er in meinem Pass steht. Das genau ist das uralte Ich-Erleben.

Hierzu ein Beitrag der neueren Hirnforschung (Roth, Singer) zum „konfabulierenden Ich“:

Kurz gesagt wird das Gehirn als sich selbst organisierendes System verstanden, welches sich spontan in Hunderte von verschiedenen, spezialisierten Modulen organisiert. Eines davon, das Selbst-Modul, ist an Sprache orientiert, ist logisch und nutzt die mentalen Möglichkeiten der linken Hemisphäre- wir denken hier natürlich an den Sekundärprozess, die Syntax des bewussten Ich. Dieses Selbst-Modul gewährleistet Selbstkontrolle und logische Planung der Zukunft, vor allem aber ist es Spezialist für beruhigende Erklärung unseres Verhaltens, auch wenn dieses unbewusst motiviert ist. Das bewusste Ich ist für Roth wie ein Regierungssprecher, der Dinge interpretieren und legitimieren muss, deren Gründe und Hintergründe er gar nicht kennt. Also nutzt er Vermutungen, Verzerrungen (wenn nötig auch Lügen) mit dem Ziel, ein konsistentes Selbstbild und eine sinnvolle Geschichte über uns zu konstruieren, die wir für unser Leben halten (eine Parallele zu unseren Konstruktionen hinter der Couch lässt sich nicht von der Hand weisen).

Wie weitgehend sich die Neurowissenschaft mit solchen Vorstellungen der Psychoanalyse annähert, wird eindrucksvoll durch das folgende Freud-Zitat belegt: Das Ich „gleich so im Verhältnis zum Es dem Reiter, der die überlegene Kraft des Pferdes zügeln soll...Wie dem Reiter, will er sich nicht vom Pferd trennen, oft nichts anderes übrig bleibt, als es dahin zu führen, wohin es gehen will, so pflegt auch das Ich den Willen des Es in Handlung umzusetzen, als ob es der eigene wäre.“ (Freud 1923,S.253)

Einheit und identitätsstiftende Ganzheit gibt es also, doch nur als Narrativ, welches, um konsistent und sinnvoll zu erscheinen, auch Fiktion sein kann. Bei Menschen, die unter einer DIS leiden- so könnten wir nun vermuten- ist das Selbst-Modul nicht in der Lage, die einzelnen Module und Ich-Zustände in eine Identitätsgeschichte zusammenzubinden; die Ich-Zustände erleben keine übergeordnete Interpretation durch das Selbst mehr und entwickeln sich zu eigenständigen Persönlichkeitsanteilen

weiter. Die Ursachen könnten angeborene Defizite sein, aber eben auch frühe traumatische Erfahrungen.

In diesem Zusammenhang drängt sich doch die Frage auf, welche Schwierigkeiten der Selbsterzähler einer Generation zu bewältigen haben mag, die „online“ groß geworden ist und die nicht selten (bisweilen unter wechselnden virtuellen Identitäten) mehrere Stunden täglich im Netz verbringt. Und welche Folgen es für Identität und integrales Selbst haben könnte, wenn die Grenze zwischen virtueller Realität und echtem Leben immer mehr zu verschwimmen droht.

7.EPILOG

Um nun den Bogen zu schließen, blicken wir noch einmal zurück zu Janet und Freud:

Freud hat Janet seine Angriffe aus dem Jahr 1913 nie verzeihen.

1937 bat Edouard Pichon Freud in einem Brief, Janet, der sich auf der Durchreise nach Wien befand, zu empfangen. Freud gab seine Antwort in einem Brief an Marie Bonaparte, der von Jones veröffentlicht wurde. „Nein, ich will Janet nicht sehen. Ich könnte es nicht unterlassen, ihm vorzuhalten, dass er sich unfair gegen die Analyse wie gegen meine Person benommen und es nie gutgemacht hat. Er hat sich nicht entblödet zu sagen, dass die Behauptung der sexuellen Ätiologie der Neurosen nur in der Atmosphäre einer Stadt wie Wien entstehen konnte. Als dann in der französischen Literatur die Verleumdungen auftraten, dass ich seine Vorlesungen angehört und ihm seine Ideen entwendet habe, konnte er dem Gerede durch ein Wort ein Ende machen, denn ich habe ihn in Wahrheit nie gesehen und bei Charcot nie seinen Namen gehört.... Nein, ich will ihn nicht sehen.“

Durch einen Brief Pichons wissen wir, dass Janet im April 1937 doch an Freuds Tür geläutet hatte. Er wurde von der Haushälterin weggeschickt, die ihm sagte, der Herr Professor sei nicht da. (Roudinesco E, Plon M, 2002, S.486)

Indem nun im Rahmen einer psychoanalytischen Gemeinschaft, die sich dem Erbe Freuds verpflichtet fühlt, dem Phänomen eines gespaltenen Bewusstseins soviel Raum gegeben wird, ist es da nicht so, als hätte sich Freuds Tür für Janet doch zumindest einen Spalt breit geöffnet?

Literatur

Breuer J (1895/1987) Fräulein Anna O. In: Freud S, Breuer J (Hrsg.). Studien über Hysterie (S.22). Frankfurt/M. Fischer.

Freud S (1923) Das Ich und das Es. GW, Bd.XIII (S.253). Frankfurt a.M./Fischer

Gast U, Wabnitz P (2014) Dissoziative Störungen erkennen und behandeln. Stuttgart/Kohlhammer

Kluft RP (2011) Die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In: L Reddemann, A Hofmann, U Gast (Eds.) Psychotherapie der dissoziativen Störungen (S. 73-99). Stuttgart, New York/ Thieme.

Nijenhuis ERS, Van Der Hart O, Steele K (2003) Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: L Reddemann, A Hofmann, U Gast (Hrsg.), Psychotherapie der dissoziativen Störungen (S. 47-69). Stuttgart/ Thieme.

Peichl J (2012) Hypno-analytische Telearbeit. Stuttgart/Klett-Cotta

Reddemann L, Hofmann A, Gast U (2011) (Eds.) Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart/ Thieme.

Roth G. (2003) Aus der Sicht des Gehirns. Frankfurt a. M./ Suhrkamp

Roudinesco E, Plon M. (2002) Wörterbuch der Psychoanalyse (S.483). Stuttgart/Klett-Cotta

Singer W (2005) Das Gehirn- ein Orchester ohne Dirigenten. Max-Planck-Forschung 2, (S.15-18).