

Das zersplitterte Selbst – Dissoziation zwischen Störung und Heilung

Ursula Gast

Zusammenfassung

Dissoziation wird als wichtiger Abwehr- und Bewältigungsmechanismus bei traumatischen Ereignissen angesehen. Bei Patientinnen und Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung ist neben dem Erinnerungsvermögen und der Wahrnehmung auch das Selbsterleben von der Dissoziation betroffen. In traumatisierenden Situationen im Kindesalter kann durch die Aufspaltung in verschiedene Selbstzustände eine innere Wirklichkeit geschaffen werden, in der ein emotionales Überleben gewährleistet wird. Anhand eines Fallbeispiels wird das subjektive Erleben der Betroffenen geschildert sowie diagnostische Schritte. Der therapeutische Ansatz besteht darin, auf der einen Seite das Erleben von „Viele Sein“ als wichtigen Bewältigungsmodus zu akzeptieren, zugleich aber die Botschaft einer gemeinsamen Verantwortung zu vermitteln. Im Schutze der therapeutischen Beziehung kann der dysfunktional gewordene Modus der Zersplitterung des Selbst nach und nach aufgegeben und Alternativen erarbeitet werden, um ein zusammengehöriges, kohärentes Selbst zu entwickeln.

1. Was ist Dissoziation?

Der psychologische Begriff »Dissoziation« bedeutet im weitesten Sinne Trennung, Auflösung und ist damit das Gegenteil von Assoziation, d.h. Verbindung und Verknüpfung. Dissoziation stellt eine unwillkürliche Reaktion des Menschen auf belastende oder traumatische Erfahrungen dar, die zu einer Veränderung bzw. einem Rückzug vom Bewusstsein führt, die die einströmenden Reize reduziert und den Effekt überwältigender Emotionen vermindert.

Dissoziation wird somit zum wichtigen Schutzmechanismus für Menschen in traumatischen Situationen. Es ist jedoch gleichzeitig ein sehr drastischer Notmechanismus, der nachhaltige Schäden in Form von posttraumatischen Symptomen hinterlassen kann. Diese äußern sich unter anderem und vereinfacht ausgedrückt in einem charakteristischen Wechsel hinsichtlich der Erinnerungsqualität an das Trauma: Es gibt sowohl ein „Zu viel“ oder „Zu intensiv“ in Form von sich aufdrängenden Erinnerungsbildern und den damit verbundenen Emotionen und Körperwahrnehmungen als auch ein „Zu wenig“ oder „Zu unwichtig“ in Form von innerer Abgestumpftheit und Taubheit.

Kommt es zu wiederholten und länger anhaltenden Traumatisierungen, insbesondere in der Kindheit, kann sich die dissoziative Reaktion verfestigen und „einschleifen“. Die normalerweise integrative Funktion des Bewusstseins wird unterbrochen und gestört. Hiervon kann das Gedächtnis in Form von Gedächtnisstörungen (dissoziative Amnesie) betroffen sein, ebenso die Wahrnehmung in Form von Entfremdungserleben dem eigenen Körper oder der Umwelt gegenüber (Depersonalisation oder Derealisation). Im schwersten Falle ist von der Dissoziation auch das Selbst- bzw. das Identitätserleben betroffen, wie es bei der Dissoziativen Identitätsstörung (auch Multiple Persönlichkeitsstörung genannt) und ihrer Subform, der Nicht näher Bezeichneten Dissoziativen Störung, beschrieben wird (siehe Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV der *American Psychiatric Association*, 1994; ICD-10: *Dilling et al.*, 1993).

2. Zersplittertes Selbst: Fallbeispiel

Das klinische Bild wird im Folgenden anhand eines Falles veranschaulicht, den die Autorin supervidierte: Zum wiederholten Male wird die 28 Jahre alte Karin in die psychiatrische Klinik eingewiesen, weil sie versucht hatte, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen. Als die Stationsärztin sie genauer nach dem Ablauf des Suizidversuches befragt, stellt sich heraus, dass Karin sich gar nicht mehr genau erinnern kann, was passiert ist. Es hat Streit mit ihrem Mann gegeben, aber was war dann? Die Ärztin fragt nach: Ob es auch andere Situationen in ihrem Leben gäbe, an die sie sich nicht erinnern könne? Karin ist überrascht: Das ist sie bisher noch nicht gefragt worden. Aber in der Tat, es gibt viele Situationen, an die sie sich nicht erinnern kann. Ständig „verliert“ sie Zeit und verbringt viel Energie damit, dieses Problem vor anderen zu verstecken. Doch ihr Mann scheint etwas davon bemerkt zu haben, dass mit ihr „etwas nicht stimmt“. Er hatte in letzter Zeit häufiger versucht, mit ihr darüber zu sprechen, dass sie sich angeblich mal wieder „wie ein ganz anderer Mensch“ oder „wie ein kleines Kind“ benommen habe. Diese Fragen bringen Karin in Panik. Sie hat überhaupt keine Erinnerung an die Szenen, die ihr Mann ihr beschrieb. Wie kann sie ihm das glaubwürdig vermitteln? Wäre er nicht zu recht schwer gekränkt, wenn er von dem Ausmaß ihrer Gedächtnislücken erfährt. Dass sie sich zum Beispiel nicht einmal an ihre Hochzeit erinnern kann und auch nicht an die Geburt ihrer kleinen Tochter. Karin hatte bereits selber Anzeichen

darüber an sich entdeckt, dass sie Dinge tat, an die sie sich hinterher nicht mehr erinnern kann: So hat sie wiederholt Wunden an ihrem Unterarm vorgefunden, die sie sich kurz zuvor selbst mit der brennenden Zigarette zugefügt haben musste. Gab es vielleicht auch Zeiten, in denen sie im Umgang mit ihrer kleinen Tochter Unkontrolliertes tat? Ihre innere Gefühllosigkeit wurde ihr in letzter Zeit im Kontakt mit ihrer Tochter besonders quälend bewusst: Wenn diese bei den ersten Gehversuchen stürzte und sich weh tat, spürte sie überhaupt kein Mitgefühl, kein Bedauern, statt dessen Gleichgültigkeit und automatische Reaktionen wie ein Roboter.

Es gab noch weitere Selbstbeobachtungen, die sie sehr beunruhigten: Sie hatte den vagen Eindruck, dass es noch „Andere“, irgendwelche „Leute“ in ihr gab: Sie sah manchmal innere Bilder wie Schatten von „den Leuten“. Auch wurde sie bisweilen von Bekannten und von ihrem Mann damit konfrontiert, das sie sich mit einem anderen Namen vorgestellt hatte: Es gab da offensichtlich eine kleine, furchtsame Kati und einen sehr zornigen und aufbrausenden Kai. Sie weigerte sich, mehr darüber nachzudenken,– wusste aber, dass etwas daran sein musste, denn sie hörte regelmäßig deren Stimmen, die sich in Ihrem Kopf zu unterhalten schienen; manchmal war es tröstlich, ein anderes Mal beunruhigend. Nach ihrer bisherigen Lebensstrategie „Augen zu und durch“ versuchte sie, nicht weiter darüber nachzudenken. Jetzt ging es ihr aber so schlecht, dass diese Strategie nicht mehr aufging. Ihr Mann hielt es nicht mehr aus, mit ihr und ihrem unberechenbaren Verhalten und drohte, sie zu verlassen, wenn sie weiterhin ihre Probleme ignorierte. Wie ist es möglich, das Menschen wie Karin sich so verhalten, als seien da noch „Andere“ in ihnen?

3. Trauma und Dissoziation

Wie oben bereits erwähnt, spielen wiederholte und schwere Traumatisierungen eine wichtige Rolle bei der Ausbildung dieser Aufspaltungen. Wie die meisten Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose (*Gleaves*, 1996; *Gleaves et al.*, 2001), hat Karin in ihrer Kindheit schwere Misshandlungen und sexuellen Missbrauch erfahren. Die dissoziative Reaktions- und Verarbeitungsbereitschaft ist bei Kindern physiologischer Weise sehr viel höher als bei Erwachsenen, bildet sich aber im Laufe der Entwicklung normalerweise zurück. In einer prospektiven Studie (*McFie*, 1999) konnte jedoch gezeigt werden, dass bei trauma-

tisierten Kindern mehr dissoziative Prozesse beobachtet werden, und dass der Grad an Dissoziation in der Beobachtungszeit von einem Jahr anstieg, während er bei nicht-traumatisierten Kindern sank. Die Ergebnisse wurden von dem Autor dahingehend interpretiert, dass mit zunehmendem Alter der Kinder die Dissoziation durch physiologische Reifung abnimmt, während traumatisierte Kinder die Dissoziation offensichtlich als Coping-Strategie „brauchten“. Eine zweite prospektive Langzeitstudie untersuchte eine Risiko-Population von 168 Jugendlichen mit ungünstigen Entwicklungsbedingungen aufgrund von Armut in der Herkunftsfamilie über einen Zeitraum von 19 Jahren (vier Messzeitpunkte). Alter bei Beginn, Chronizität und Schweregrad von Traumatisierungen waren danach eng mit dem Ausmaß an Dissoziation korreliert. Des Weiteren konnte – ebenfalls an prospektiven Studien – gezeigt werden, dass personale Traumatisierungen im Rahmen von körperlicher und sexualisierter Gewalt häufig einer totalen oder partiellen dissoziativen Amnesie unterliegen (*Widom & Morris, 1997; Williams, 1994, 1995, weitere Studien bei Schneider & Sack, 2000*). Der Zusammenhang von Trauma und Dissoziation ist zudem an über 30 retrospektiven Studien gut belegt. Eine Zusammenstellung darüber findet sich bei *Gast (2003a)*.

Auf Grund dieser Befunde überrascht es nicht, dass bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung die Prävalenz von traumatischen Erfahrungen besonders hoch ist: In einer Reihe von Studien aus Nordamerika, Europa und der Türkei wurde übereinstimmend über lang andauernde schwere frühkindliche Traumatisierungen berichtet, meist in Form von sexueller Gewalt, teilweise in bizarrer und brutaler Ausprägung, häufig verbunden mit körperlicher und emotionaler Misshandlung sowie extremer Vernachlässigung. Entsprechende Erfahrungen wurden regelmäßig von über 90% der befragten Patienten angegeben (*Boon & Draijer, 1993; Coons et al., 1988; Putnam, 1989/2003; Ross et al., 1989, 1990; Schultz et al., 1989, siehe auch Gast et al., 2001*). In einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Studie der Autorin, die an der Medizinischen Hochschule Hannover in Kooperation mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Bielefeld durchgeführt wurde, fanden sich bei 66 untersuchten Patientinnen mit schweren Dissoziativen Störungen ebenfalls in über 90% der Fälle Angaben über schwere traumatische Erfahrungen in der Kindheit (*Rodewald & Gast, 2004, in Vorber.*).

4. Ätiologische Modelle

Wie kann man sich diesen Zusammenhang zwischen häufig chronischen und schweren traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung schwerer Dissoziativer Störungen erklären? Danach wird die DIS als komplexes posttraumatisches Störungsbild angesehen, das durch überwältigende traumatische Erfahrungen während der Kindheit geprägt wurde, häufig in Form von schwerem (sexuellem) Missbrauch. Die Ausbildung von alternierenden, autonom agierenden Persönlichkeitszuständen (oder Selbstzuständen) als dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit wird als Überlebensstrategie angesehen, die dem Individuum hilft, mit den überwältigenden Erfahrungen fertig zu werden. (Gleaves, 1996; Kluft, 1996; Putnam, 1989, deutsch 2003). Der niederländische Psychologe Nijenhuis und seine Mitarbeiter (2004) gehen davon aus, dass sich die Dissoziation, also die „Nicht-Verbindung“, wie bereits oben beschrieben, an bestimmten Sollbruchstellen des mentalen Systems vollzieht, und zwar entlang kleiner „Spalten“, die es natürlicherweise zwischen den angeborenen emotionalen Systemen und den Subsystemen gibt. Danach können drei Ebenen der strukturellen Dissoziation aufgezeigt und die verschiedenen Störungen auf einem Kontinuum angeordnet werden, wobei immer komplexere Erfahrungsbereiche aus dem Alltagserleben abgespalten werden. Bei der einfachen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird im Sinne der primären Dissoziation das traumatische Ereignis abgespalten, während bei komplexen Traumafolgestörungen umfangreiche emotionale Systeme aus dem alltäglichen Selbsterleben abgetrennt werden (sekundäre Dissoziation bei dissoziativen Störungen sowie komplexer PTBS). Bei der tertiären Dissoziation schließlich entwickeln sich zwei verschiedene Formen von Selbstzustände im Sinne einer „alltagstauglichen“ und einer traumatisierten „Person“, wie dies bei dem Vollbild der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) der Fall ist.

Es wird daher bei dieser Störung vermutet, dass es durch die frühen und wiederholten Traumatisierungen zu strukturellen und funktionellen Hirnschädigungen kommt, bei dem das Gehirn in einem unvollständig integrierten psychobiologischen Modus arbeitet. Als Kernstück dieser mangelnden Integration wird ein Nebeneinanderher-Funktionieren zweier angeborener Funktionssysteme vermutet, und zwar ein normales Alltags-System und ein Überlebenssystem für extreme Bedrohungen, welche wechselweise aktiviert und im Laufe der kindlichen Ent-

wicklung nicht ausreichend miteinander integriert und vernetzt werden konnten. Häufige Trauma-induzierte Trancezustände unterstützen den Prozess der sich divergierend entwickelnden Selbstzustände (siehe auch *Wolff*, 1987).

Obwohl die individuelle Ausgestaltung des „Persönlichkeits-systems“ sehr unterschiedlich und individuell ausgestaltet ist, kommt es in der Regel zu folgendem Grundmuster: Es bildet sich eine anscheinend normale, relativ unauffällige „Alltagsperson“, die sozial angepasst funktioniert und eher ein „zu wenig“ an affektivem Erleben aufweist. *Nijenhuis* spricht von der „apparently normal person“ oder ANP. Daneben gibt es eine oder mehrere andere „Personen“, die von Affekten überflutet werden; sie werden als „emotional person“ oder EP bezeichnet.

5. Phantasiefähigkeit und soziale Faktoren

Die individuelle Phantasiefähigkeit und Vorstellungskraft des Kindes, insbesondere die Schaffung von Projektionsfiguren, geben den verschiedenen Persönlichkeits- bzw. Selbst-Zuständen schließlich ihr individuelles Gepräge (ebd.). Unter enormem psychischem Druck bei gleichzeitig hoher Kreativität bilden sie verschiedene Selbstbilder heraus, häufig als verzerrtes Abbild der erlebten Beziehungserfahrungen, überformt und ausgestaltet mit Phantasie und Vorstellungskraft. Sie schaffen Projektionsfiguren, z.B. in Form von bedrohlichen Ungeheuern, imaginären Spielkameraden, hilfreichen Beschützern oder Märchenfiguren. Sie identifizieren sich mit externen Heldenfiguren wie Lady Di oder bezaubernde Jeanny, Jim Knopf, Batman oder einem wilden Löwen. Traumatisierende Familienumstände, in denen es nicht gelingt, die Phantasie des Kindes immer wieder behutsam mit der Realität zu konfrontieren, fördern diese dissoziativen Bewältigungsstrategien (siehe auch *Putnam*, 2003). Dies gilt insbesondere bei inzestuösem sexuellem Missbrauch, da das extrem inkonsistente und widersprüchliche Verhalten der Beziehungspersonen und deren Verleugnung der vom Kind erlittenen Traumatisierungen die Aufspaltung mit unterhalten. Aus der Perspektive eines kleinen Kindes ist es denkbar, dass es sich vorstellt, die Traumatisierungen seien nicht ihm, sondern einem anderen Kind passiert. Der ursprüngliche Sinn der Aufspaltung in verschiedene Selbstzustände bestand also darin, eine innere Wirklichkeit zu schaffen, in der ein emotionales Überleben in einer traumatischen Situation gewährleistet werden konnte. Einmal als Bewältigungsstrategie gebahnt, um

schreckliche Erfahrungen innerlich wirkungsvoll zu beseitigen, wird sie als mögliche Verarbeitungsform auch bei weniger schwerwiegenden Erfahrungen ständig wiederholt (*Kluft*, 1996). Auf diese Weise können sich verschiedene „Personen“ bilden, meist in der Größenordnung von bis zu 10 „Personen“, bei extremen Traumatisierungen werden aber auch 20 und mehr gefunden (ebd.). Der Kern der Störung liegt also darin, dass die in der traumatischen Erfahrung gebahnten dissoziativen Bewältigungsstrategien sich in gewisser Weise verselbständigen und zunehmend dysfunktional werden.

6. Das Zersplitterte Selbst

Der Preis für diese dissoziative Bewältigungsstrategie ist ein zersplittertes Selbst. Die subjektive Erfahrung der betroffenen Patientinnen und Patienten ist die, dass es kein zusammenhängendes, kohärentes Selbsterleben gibt. Statt dessen erleben die Betroffenen eine ständige dissoziative Intrusion, eine Störung, eine Eindringung und Einmischung in die ausführenden Funktionen und das Selbsterleben (siehe *Dell*, 2002). Dies äußert sich mit folgenden charakteristischen Symptomen: Die Betroffenen hören Stimmen im Kopf: Kinderstimmen; interne Dialoge oder Streitereien; herabsetzende innere Stimmen. Sie beschreiben nicht zu sich gehörig erlebtes Sprechen, Denken, Fühlen und Verhalten.¹ Sie nehmen Fertigkeiten oder Fähigkeiten an sich wahr, die sie als nicht zu sich gehörig erleben; Umfassende Bereiche des Selbsterlebens werden als fremd, autonom agierend und nicht unter der eigenen Kontrolle erlebt.

Hinzu kommt bei dem Vollbild der Dissoziativen Identitätsstörung eine krasse Diskontinuität im Zeiterleben mit dem Gefühl, Zeit zu verlieren, „Herauskommen“ in bestimmten Situationen; sich irgendwo wiederfinden, ohne zu wissen, wie man dort hingekommen ist. Zudem finden die Betroffenen, wie bereits bei der Patientin Karin beschrieben, eine Reihe von Hinweisen über nicht erinnerbares Verhalten, welches von Familienmitgliedern oder anderen Menschen zurückgemeldet wird. Auch finden sie Sachen in ihrem Besitz, an deren Erwerb man sich nicht erinnern können oder (Auf-)Zeichnungen, an deren Anfertigung sie sich nicht erinnern können. Sie entdecken Spu-

1) Nicht zu sich gehörig erlebte Impulse, Gedanken und Stimmen hören werden als *Schneidersche* Symptome ersten Ranges traditionell der Schizophrenie zugeordnet, kommen aber ebenfalls regelmäßig bei DIS-Patientinnen vor (siehe *Kluft*, 1987).

ren von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen, an die sie sich, wie im Falle von Karin, nicht erinnern können.

7. Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Die Diagnostik ist häufig dadurch erschwert, dass dissoziative Symptome nicht spontan berichtet werden. Dies hat verschiedene Gründe: Ein Teil der Betroffenen ist sich seiner dissoziativen Symptome nicht in vollem Umfang bewusst. Oft wird die Dissoziation als chronisches, über Jahre immer wieder erlebtes Symptom als eine Art Normalzustand wahrgenommen. Viele Betroffene versuchen, ihre Symptome gezielt zu verstecken oder zu bagatellisieren, oft aus der (zum Teil berechtigten) Sorge heraus, aufgrund ihrer Symptomatik für verrückt gehalten zu werden. Dissoziative Symptome müssen also gezielt erfragt werden. Häufig haben Patientinnen aufgrund ihrer Vorgeschichte mit traumatischen Beziehungserfahrungen große Probleme, sich überhaupt einem anderen Menschen in einer Therapie anzuvertrauen. Voraussetzung für die Diagnosestellung dissoziativer Symptome ist somit der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Wichtig ist hierbei die häufig entlastende Information, dass dissoziative Symptome und Störungen nicht mit einer Psychose und „verrückt sein“ gleichzusetzen sind. Ferner muss bei der Diagnostik bedacht werden, dass durch das Erfragen dissoziativer Symptome auch deren Auslöser, nämlich belastende und/oder traumatische Erfahrungen mit angestoßen werden können. Es ist daher eine vorsichtige Herangehensweise notwendig, um Retraumatisierungen zu vermeiden (siehe auch *Gast & Rodewald, 2004*).

Kommen wir zum Fallbeispiel zurück: Obwohl Karin bereits mehrfach wegen Depressionen und lebensmüder Gedanken im psychiatrischen Krankenhaus war, hatte sie sich bisher nicht getraut, über alle Symptome offen zu sprechen. Insbesondere fürchtete sie sich vor der Einschätzung, für nicht zurechnungsfähig und „verrückt“ gehalten zu werden. Diesmal nehmen die psychotherapeutischen Gespräche jedoch einen anderen Verlauf: Die Ärztin fragt sie sehr ausführlich und gezielt nach den verschiedenen Symptomen und teilt ihr schließlich eine Diagnose mit, die sie gleichermaßen erschreckt und erleichtert: Dissoziative Identitätsstörung, auch multiple Persönlichkeitsstörung genannt. Diese Erkrankung, so erklärt ihr die Ärztin, sei eine ernst zu nehmende und beeinträchtigende Störung, die man als eine Art Selbstheilungsversuch auf belastende Le-

bensereignisse verstehen könne. Die Symptome, die Karin geschildert habe, nämlich Gedächtnislücken, Entfremdungserleben und nicht erinnerbares Verhalten, seien möglicher Weise ein Anzeichen dafür, das sich bei ihr das Identitätserleben nicht ungestört entwickeln konnte. Man könne diese Störung aber durch Psychotherapie gut behandeln.

Worauf stützt sich diese Diagnose? Zunächst einmal lagen eine Reihe typischer klinischer Verdachtsmomenten vor: Gedächtnisprobleme und Amnesien sind hierbei die wichtigsten Hinweise, aber auch das Misslingen vorhergehender Behandlungen, drei oder mehr Vordiagnosen, Selbstverletzendes Verhalten, ein wechselndes Spektrum verschiedener psychosomatischer und psychiatrischer Symptome sowie eine Vorgeschichte mit Traumatisierungen in der Kindheit geben erste Hinweise. Manchmal können auch im direkten ärztlichen Gespräch dissoziative Symptome beobachten werden, die auf eine Dissoziative Störung hinweisen, wie zum Beispiel Trance-Zustände, Mini-Amnesien im Interview oder ein unmittelbar Wechsel von einem Selbstzustand in einen anderen. In allen diesen Fällen sollte eine ausführlichere Diagnostik auf Dissoziative Störungen angeschlossen werden. Hierfür stehen als standardisierte Messinstrumente verschiedenen Fragebögen zur Verfügung. Sie unterstützen und optimieren die klinische Diagnostik.

Standardisierte Messinstrumente erfragen diese Symptomatik systematisch und helfen bei einer quantitativen Einschätzung, ob die Symptome ein störungsrelevantes Ausmaß aufweisen. Das international am häufigsten eingesetzte Screening-Instrument ist die »Dissociative Experiences Scale« (DES; *Bernstein & Putnam*, 1986), welche in deutscher Bearbeitung als »Fragebogen für Dissoziative Symptome« (FDS; *Freyberger et al.*, 1998) vorliegt. Werte über 15% weisen auf ein erhöhtes Risiko für eine Dissoziative Störung, bei über 30% liegt ein erhöhtes Risiko für eine Dissoziative Identitätsstörung vor. In diesen Fällen sollte die Symptomatik differentialdiagnostisch weiter abgeklärt werden, z.B. mit einem klinischen oder mit einem strukturierten Interview. Als Standard-Instrument zur operationalisierten Diagnostik gilt das »Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative Disorders« (SCID-D-R, *Steinberg*, 1994; deutsche Bearbeitung »Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen«, SKID-D, *Gast et al.*, 2000).

Dieses Interview wurde von der Autorin und Mitarbeitern in der bereits oben erwähnten DFG-Studie an der Medizinischen Hochschule Hannover anhand 66 Patienten mit einer schweren Dissoziativen Störung und 54 Kontrollpersonen validiert. Hierbei wurde unter anderem verglichen, wie weit die klinische Einschätzung, ob eine schwere Dissoziative Störung (DIS oder ihre Subform, DDNOS) vorliegt oder nicht, mit der SKID-D-Diagnose übereinstimmt. Die Bestimmung von *Cohen's Cappa* als Gesamtmaß für die Übereinstimmung von klinischer und SKID-D-Diagnose erbrachte einen sehr guten Wert von $Cappa=.97$. Auch andere Parameter (Übereinstimmung der Schweregrade-Einschätzung, konvergente und divergente Validierung, Interrater-Reliabilität) erbrachte überwiegend gute Ergebnisse. Es steht somit ein zuverlässiges Instrument zur Verfügung, mit dem schwere Dissoziative Störungen sicher diagnostiziert werden können.

Auch bei der oben geschilderten Patientin Karin wurde ein SKID-D-Interview durchgeführt, dessen Ergebnisse hier kurz zusammengefasst wird (Eine ausführliche Darstellung der Interviewdurchführung findet sich in *Gast & Rodewald, 2004*, sowie *Steinberg et al., 2003*). In allen im Interview erfragten Bereichen fanden sich sehr hohe Werte: Karin berichtete über die bereits oben geschilderten umfassenden Amnesien im Alltag, über ausgeprägtes Depersonalisation- und Derealisationserleben wie neben sich stehen, sich wie ein Roboter fühlen, die Umgebung fremd oder wie im Nebel wahrnehmen. Es gibt eine Fülle von Hinweisen auf abgespaltene Selbstzustände: dissoziatives Stimmen hören, nicht erinnerbares Verhalten sowie die subjektive Wahrnehmung anderer „Leute“ in ihrem Kopf, die autonom agieren und deren Aktivitäten von Karin nicht gesteuert werden können. Die Selbstzustände treten u.a. als „Kai“ und „Kati“ auf, sie haben eigene Erinnerungen, eigene Fähigkeiten und eigene Gefühle, die Karin nicht als die „ihrigen“ empfindet. Die im Interview erhobenen Befunde stützen somit die klinische Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung.

8. Therapeutischer Umgang: Die Arbeit an den Auslösern

Therapie der Wahl bei *einfachen* dissoziativen Störungen, die das Gedächtnis und die Wahrnehmung betreffen (nicht aber das Identitätserleben), ist die Arbeit an den Auslösern. Dieser Technik liegt die Erfahrung zu Grunde, dass viele Patientinnen

mit entsprechender Disposition in Ermangelung anderer Bewältigungsmechanismen mehr oder weniger regelmäßig bei Belastungen mit Dissoziation reagieren. Eine habituelle Dissoziation z.B. in Form von Depersonalisation und Derealisation verhindert häufig die Integration neuer emotionaler Erfahrungen während einer Therapiestunde und schmälert somit therapeutische Fortschritte. Bei dissoziativen Amnesien kann die gesamte Therapie-Stunde schlichtweg vergessen und somit nicht integriert werden.

Dissoziative Reaktionen müssen daher aktiv angegangen werden und durch neue Lösungsstrategien ersetzt werden. Im Schutzraum der Therapie wird die Patientin behutsam damit konfrontiert, den Bewältigungsmechanismus des „Wegmachens“ durch Dissoziation (siehe *Kluft*, 1996) Stück für Stück aufzugeben und durch andere Bewältigungsstrategien zu ersetzen. Dabei ist es sinnvoll zu vermitteln, dass die dissoziative Bewältigung in der traumatischen Situation als Notfallmaßnahme sinnvoll war, sich dann aber zunehmend verselbständigte und für die aktuelle Lebenssituation dysfunktional geworden ist.

9. Therapeutische Interventionen bei abgespaltenen Selbstzuständen

Ist von dem dissoziativen Funktionieren nicht nur das Gedächtnis und die Wahrnehmung, sondern auch das Identitäts- bzw. Selbsterleben betroffen, wie bei der Dissoziativen Identitätsstörung und ihrer Subform, der „nicht näher bezeichneten Dissoziativen Störung“ (nbn-DS) reicht die Arbeit an den Auslösern nicht aus, um die Dissoziation wirkungsvoll zu behandeln.

Vielmehr ist es notwendig, sich einen Überblick über das Ausmaß der Zersplitterung des Selbsterlebens zu verschaffen und die abgespaltenen Teile aktiv mit in die Therapie einzubeziehen (siehe auch *Gast*, 2004a,b). Wenn z.B. die Patientin von einer inneren Stimme berichtet, sind Interventionen sinnvoll, um die Patientin zu ermutigen, mehr von diesem Symptom zu erzählen: „Sie haben mir gerade davon erzählt, dass es da eine Stimme in ihnen gibt. Können Sie mir mehr von der Stimme erzählen? ... Ich würde gerne wissen, was die Stimme sagt ... warum Sie Ihnen verbietet, hier zu sprechen ... warum Sie Ihnen befiehlt, sich zu verletzen etc.“ Um sich einen Überblick über die psychische Struktur der Stimme zu verschaffen und die Frage zu klären, ob sie möglicher Weise Ausdruck eines um-

fassenden Selbst-Zustandes darstellt, bieten sich folgende Fragen an: „Verbinden Sie mit der Stimme ein bestimmtes Bild? ... Hat die Stimme eine Gestalt ... ein Gesicht ... einen Namen? Wäre es möglich, dass die Stimme direkt mit mir sprechen kann? Übernimmt die Stimme manchmal Kontrolle über Ihr Verhalten? Können Sie mir mehr darüber erzählen, wie Sie das Erleben? Was haben Sie dann an sich beobachtet?...“.

Ähnliche Fragen können gestellt werden, wenn gravierende Amnesien aufgetreten sind und Verhalten nicht mehr erinnert werden kann: „Sie haben mir erzählt, dass es da eine Lücke in ihrem Gedächtnis gibt, ... dass Sie gar nicht mehr genau wissen, was da eigentlich am Wochenende passiert ist. ... Sie haben nur hinterher festgestellt, dass ... Kinderspielzeug überall in Ihrer Wohnung herumlag. ... Sie sich unter dem Tisch versteckt haben und sich selbst verletzt haben müssen... Ihr Freund sehr ärgerlich war, weil Sie sich angeblich sehr aggressiv ihm gegenüber verhalten haben etc. Gibt es eine Seite in Ihnen, die vielleicht mehr darüber weiß, was da genau passiert ist? Könnte diese Seite mir das irgendwie mitteilen? Vielleicht kann es aufgeschrieben oder aufgemalt werden. Vielleicht könnte diese Seite auch direkt mit mir sprechen?“

Grundsätzlich geht es bei den Interventionen darum, abgespaltene Anteile aktiv in die Therapie einzubeziehen und sie „einuladen“, sich an der Therapie zu beteiligen. Hierbei ist die Botschaft wichtig, dass alle Anteile bedeutsam sind und nur durch die Mitarbeit und Berücksichtigung aller Selbstaspekte eine Therapie sinnvoll und aussichtsreich ist. Wenn tatsächlich abgespaltene Selbstzustände vorliegen und es zu einem Wechsel kommt, kann dies ein sehr verblüffendes Ereignis sein, der mit einem drastischen Befundwechsel einhergeht. So kann die sonst sehr bescheiden und zurückhaltende Karin sich plötzlich in einen feindselig auftretenden Kai oder eine kindliche Nina verwandeln. Der Wechsel kann aber auch eher fließend und diskret erfolgen, so dass er schwieriger zu diagnostizieren ist.

Manche Therapeuten befürchten, dass sie durch direkte Ansprache der abgespaltenen Selbstzustände eine Dissoziative Identitätsstörung iatrogen hervorrufen können. Eine mögliche Artefaktbildung kann vermieden werden, wenn zunächst bei der Diagnostik *neutrale Begriffe für das Erfragen psychischer Strukturen* benutzt werden, wenn also nach „Seiten in Ihnen“, „ein Teil von Ihnen“ oder „einer Ecke in Ihrem Kopf“ gefragt

werden. Günstig ist es auch, die von den Patienten benutzten Ausdrücke zu übernehmen. Je nachdem, ob Karin also von Lücken, Schatten oder Leuten spricht, übernehme ich diese Ausdrücke: Können Sie mehr über die Lücken erzählen? Oder ich frage genau nach: Woran merken sie etwas von den Schatten? Was nehmen sie von ihnen war? Haben sie eine bestimmte Gestalt? Verbinden sie damit ein Gefühl? Oder ich frage: Sie sprechen da von „Leuten in Ihrem Kopf“. Wie kann ich mir das vorstellen? Wie sehen die Leute aus? Wie alt sind sie? Was sagen sie zu ihnen? Sind sie ein Teil von Ihnen oder sind sie getrennt von Ihnen? Können die Leute direkt mit mir sprechen? Können die hierher in die Therapiestunde kommen und mit mir Kontakt aufnehmen? Auch ist es wichtig zu dokumentieren, welche konkreten Symptome zu der Vermutung geführt haben, dass abgespaltene Selbst-Zustände vorliegen. Insbesondere umfangreiche Amnesien und deren nähere Umstände sollten genau dokumentiert werden, z.B.: „Die Patientin berichtet, sie habe sich mehrfach im Keller wiedergefunden, ohne zu wissen, wie sie dort hingekommen ist, und habe Spuren von Selbstverletzungen an sich entdeckt. ... Auf dem Weg zur Arbeitsstelle habe sie mehrfach „blackouts“ erlebt und hat sich in einem ganz anderen Stadtteil, unweit ihrer alten Wohnung wiedergefunden ... Der Ehemann habe sie mehrfach damit konfrontiert, dass sie sich in Gesellschaft anderer ‚unmöglich‘ (im Sinne von frivol) benommen habe, woran sie sich jedoch nicht habe erinnern können etc.“

Wenn sich jedoch abgespaltene Selbstzustände direkt in der Therapie zeigen, die sich als verschiedene Personen erleben und sich z.B. mit verschiedenen Namen bezeichnen, ist es wichtig, dieses subjektive Erleben ernst zu nehmen und darauf in der weiteren Therapie entsprechend einzugehen. Denn nur über eine wohlwollend annehmende Haltung der Therapeutin kann auch den Betroffenen selbst eine Annahme ihrer abgespaltenen Selbst-Zustände gelingen und dadurch eine Integration ermöglicht werden.

10. Stabilisierung, Koordination und Integration als Behandlungsziel

Kernstück einer solchen Behandlung ist eine individuelle Langzeit-Psychotherapie mit dem Ziel, eine Verbindung, Zusammenarbeit und Integration der verschiedenen Selbst-Zustände zu fördern. Der psychodynamische Psychotherapiean-

satz wird am häufigsten angewandt, doch ist es nützlich, verschiedene andere Techniken mit einzubeziehen. Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung müssen lernen, als einheitliche Personen zu leben. Das „Dissoziative Funktionieren“ als Bewältigungsmechanismus wird unter dem Schutz einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung Schritt für Schritt aufgegeben und neue, angepasste Mechanismen erlernt. Die betroffenen Patientinnen und Patienten sind zu Beginn der Therapie der mehr oder weniger intensiven Überzeugung, dass die anderen Selbstzustände von ihnen getrennte Wesen sind. Dies wird häufig so überzeugend vermittelt und gelebt, dass der Therapeut oder die Therapeutin versucht ist, diese Fehlvorstellung mitzuagieren. Es wird daher häufig ein therapeutischer Balanceakt, einerseits die dissoziative Abwehr als Überlebensstrategie zu akzeptieren, andererseits immer wieder die globale Botschaft zu vermitteln, dass alle „Persönlichkeiten“ zu einer einzigen Person dazu gehören und dass es hierfür eine gemeinsame Verantwortung gibt.

In der Pionierphase der modernen DIS-Behandlung in den frühen 80-er Jahren fand zunächst eine deutliche Fokussierung auf die Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen statt. Hierdurch wurden jedoch krisenhafte Behandlungsverläufe begünstigt. Im weiteren Entwicklungsverlauf trug man stärker der komplexen Problematik der betroffenen Patienten Rechnung, die neben posttraumatischen und dissoziativen Symptomen auch große Defizite in ihrer Beziehungsfähigkeit und ihren Ich-Funktionen aufwies. (Zu letzterer gehören die Kontrolle der eigenen Impulse sowie die Überprüfung und die Reflektionsfähigkeit des eigenen Handelns und der eigenen Wahrnehmung.) Es fand daher eine Entwicklung zum phasen-orientierten Behandlungsansatz statt. Bei diesem wird zunächst überwiegend stabilisierend und ressourcenorientiert gearbeitet und die eigenen psychischen Bewältigungsmöglichkeiten gestärkt und trainiert. Die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen bleibt ein wichtiger Bestandteil der Behandlung, wird aber erst dann durchgeführt, wenn die Betroffenen über ein ausreichendes Maß an Stabilität verfügen, um der Wiedererinnerung und dem Wiedererleben traumatischer Erfahrungen gewachsen zu sein. Die phasenorientierte Behandlung gilt seit Mitte der 90-er Jahre als Behandlungsstandard. (*Gast, 2004b; Haddock, 2001; ISSD, 1997; Kluft, 2003; Putnam, 2003; Ross, 1997*).

Die Integrierung dieser neu entwickelten Diagnose- und Behandlungsmethoden in die psychiatrische und psychotherapeu-

tisch Regelversorgung stellt eine wichtige Herausforderung für das Gesundheitssystem dar, die jedoch angesichts der inzwischen relativ guten Prognose bei der Behandlung der dissoziativen Identitätsstörungen auch lohnend erscheint.

Literatur

- American Psychiatric Association* (1994). DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, D.C.: APA.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489-494.
- Coons, P.M., Bowman, E.S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(9), 518-527.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stieglitz, R.D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1998). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaption, Reliabilität und Validität der deutschen Dissociative Experiences Scale (DES). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48(6), 223-229.
- Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), 10-15.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber (2. korrigierte Auflage).
- Gast, U. (2003a). Zusammenhang von Trauma und Dissoziation. In: G. Seidler, P. Laszig, R. Micka & B. Nolting (Hg.), Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie (S. 79-102). Gießen: Psychosozial.
- Gast, U. (2003b) Das Konzept der Komplexen Dissoziativen Störung. *Psychodynamische Psychotherapie*, 2, 79-90.
- Gast, U. (2004a). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Umgang mit Dissoziation. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie* (PPT), 8(1), 23-30.
- Gast, U. (2004b). Der psychodynamische Ansatz zur Behandlung komplexer Dissoziativer Störungen. In: A. Eckhardt-Henn & S.O. Hoffmann (Hg.), Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen (S. 395-422). Stuttgart: Schattauer.
- Gast, U., Hofmann, A., Oswald, T. & Zündorf, F. (2000). Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Deutsche Fassung. Manual und Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Gast U. & Rodewald, F. (2004) Das Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D). In: A. Eckhardt-Henn & S.O. Hoffmann (Hg.), Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen (S. 321-327). Stuttgart: Schattauer.
- Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A. & Emrich, H.M. (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut*, 46(5), 289-300.

- Gleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120(1), 42-59.
- Gleaves, D.H., May, C.M. & Cardena, C. (2001) An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychological Review*, 21, 577-608.
- Haddock, D.B. (2001). The dissociative identity disorder sourcebook. Chicago: Contemporary Books.
- International Society for the Study of Dissociation, ISSD (1997). Guidelines for treating dissociative identity disorder (multiple personality disorder) in adults. [<http://www.issd.org/isdguide.html>]; deutsche Fassung: Huber, M., ISSD-Richtlinien für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung) bei Erwachsenen – Neufassung 1997. [<http://www.dissoc.de/issd/issd-r0.html>].
- Janet, P. (1889). L'automatisme psychologique. Paris: Félix Alcan (reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1889/1973).
- Kluft, R.P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 293-298.
- Kluft, R.P. (1996). Dissociative identity disorder. In: L.K. Michelson & W. J. Ray (Eds.). Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives, (pp. 344-366). New York: Plenum Press.
- Kluft, R.P. (2003). Die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In: L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hg.), Psychotherapie der dissoziativen Störungen (Reihe „Lindauer Psychotherapie-Module“, S. 73-99). Stuttgart: Thieme.
- McFie, J.A. (1999). The development of dissociation in maltreated preschoolers (child maltreatment, dissociative disorders, narratives). *Dissertation Abstracts International* (Section B: The Sciences and Engineering), 60(4-B), 1861.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O. & Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma Information Pages website, January 2004. [<http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm>]
- Putnam, F.W. (2003). Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Paderborn: Junfermann (Originalpublikation: „Diagnosis and treatment of multiple personality disorder“, New York: Guilford Press, 1989).
- Ross, C.A. (1997). Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personalities (2nd ed.). New York: Wiley.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Bjornson, L., Reagor, P., Fraser, G.A. & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147(5), 596-601.
- Ross, C.A., Norton, G.R. & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 413-418.
- Rodewald, F. & Gast, U. (2004). Studie zur Verbesserung der Diagnostik der Dissoziativen Identitätsstörung. (in Vorbereitung).
- Schultz, R., Braun, B.G. & Kluft, R.P. (1989). Multiple personality disorder: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression. *Dissociation*, 2(1), 45-51.

- Schneider, J. & Sack, M.* (2000). Die Debatte um das „False Memory Syndrom“. *Psychotherapie* (in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie), 5(2), 154-167.
- Steinberg, M.* (1994). The Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative Disorders – revised (SCID-D). Washington, DC.: American Psychiatric Press (deutsche Fassung: *Gast, U., Oswald, T. & Zündorf, F.*, Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D), Manual und Interviewheft, Göttingen: Hogrefe, 2000).
- Steinberg, M., Hall, P., Lareau, C. & Cicchitti, D.* (2003). Diagnostik valider und vorgetäuschter Dissoziation mit dem strukturierten klinischen Interviews für dissoziative Störungen (SCID-D): Richtlinien für klinische und forensische Untersuchungen. In: *L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast* (Hg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (Reihe „Lindauer Psychotherapie-Module“, S. 151-167). Stuttgart: Thieme.
- Widom, C.S. & Morris, S.* (1997). Accuracy of adult recollection of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9(1), 34-46.
- Williams, L.M.* (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of womens memories of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 1167-1176.
- Williams, L.M.* (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 649-673.
- Wolff, P.H.* (1987). The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy. New proposals for investigation. Chicago: University of Chicago Press.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. *Ursula Gast*
Psychotherapeutische Klinik im
Evangelischen Krankenhaus Bielefeld
Graf-von-Galen-Str. 58
D-33560 Bielefeld

email: Ursula-Gast@Johanneswerk.de

Ab 2005: Gast@EvKB.de

