

Ursula Gast

Psychoanalyse und die Dissoziation des Selbst

Die Dissoziation des Selbst gilt als Kernsymptomatik der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS), auch "Multiple Persönlichkeit" (MPS) genannt. Die Erkrankung ist dadurch geprägt, dass sich bei den Betroffenen kein einheitliches Selbsterleben entwickeln konnte. Umfassende Bereiche des eigenen Wahrnehmens, Erinnerns und Handelns werden im normalen Alltagsbewusstsein gar nicht oder nur teilweise und dann "wie von einer anderen Person" erlebt (APA 1994, Putnam 1989). Menschen mit DIS verhalten und/oder erleben sich so, als gäbe es mehrere verschiedene Personen in ihnen. DIS gilt als schwere Trauma - und Bindungsstörung (Gleaves 1997, Liotti 1992). In über 90% der Fälle werden von DIS-PatientInnen traumatische Erfahrungen in der Kindheit in Form von schwerer Vernachlässigung, seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlung angegeben. Die Erkrankung wird als psychobiologische Antwort auf die erlittenen Traumatisierungen in einem bestimmten Zeitfenster der frühen Kindheit verstanden (Gleaves et al. 2001, siehe auch Gast et al. 2006) Es gehört zum Wesen der Erkrankung unmittelbar dazu, dass die betroffenen PatientInnen Schattenseiten von sich und ihrer traumatischen Lebensgeschichte nicht oder nicht vollständig wahrnehmen können. Auch werden dissoziative Symptome vor den Mitmenschen und sich selbst versteckt oder verheimlicht. So ist die Dynamik der Erkrankung gekennzeichnet durch ein Nicht-Sehen-Können, ein Nicht-Glauben-Können und Nicht-Wahrhaben-Können (Herman 1992). Diese Dynamik prägt auch den wissenschaftlichen Diskurs über die Erkrankung. Trotz inzwischen umfangreicher wissenschaftlicher Datenlage herrscht eine professionelle Skepsis vor, die sich vor allem an der Frage festmacht, ob es sich bei der DIS überhaupt um eine valide Diagnose handelt (siehe Gast 2003, Gleaves et al. 2001). Auch wird häufig gefragt, ob die beschriebene Phänomenologie durch Konzepte der Verdrängung und der Spaltung nicht bereits ausreichend erklärbar sei. (Barach & Coomstock 1996).

Ziel des Beitrages ist es, für die Spezifität der DIS als eigenständiges Krankheitsbild zu sensibilisieren. Es wird zunächst ein geschichtlicher Rückblick gegeben und gezeigt, dass es sich um ein traditionelles, geschichtlich gut dokumentiertes Krankheitsbild handelt. Darüber hinaus wird die enge Verknüpfung zwischen DIS und der Entwicklung der Psychoanalyse aufgezeigt. Es werden moderne Behandlungsrichtlinien auf dem Boden eines posttraumatischen Modells der Erkrankung skizziert. Schließlich wird die Erkrankung als "Multiple Selbststörung" beschrieben, und daraus werden abgeleitete psychodynamische Interventionsformen vorgestellt. Die therapeutischen Überlegungen sind hierbei auch auf die Subform der DIS, die "Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung" übertragbar.

Das Konzept der Dissoziation: Ein geschichtlicher Rückblick

Bei den Dissoziativen Störungen und insbesondere der Dissoziativen Identitätsstörung handelt es sich keineswegs um "neue" Krankheitsbilder. Ein geschichtlicher Rückblick zeigt, dass das Problem der

“gespaltenen” oder “multiplen Persönlichkeit” zwischen 1840 und 1880 eines der von Psychiatern und Philosophen am häufigsten diskutierten Themen gewesen ist (Ellenberger 1996). Der französische Psychiater Pierre Janet (1859-1947) benutzte sie als Grundlage für seine Theorien und führte den Begriff der Dissoziation als Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins in die Fachwelt ein. Als einen der wichtigsten auslösenden Faktoren für dissoziative Symptome nannte Janet (1889) real erlebte Traumata, die zu einer Störung der integrativen Funktionen des Bewusstseins führen und sich zu sogenannten “idées fixes” weiterentwickeln können.

Janets Konzept der Dissoziation regte eine Reihe von Folgearbeiten an. Morton Prince, amerikanischer Psychiater in Boston, beschrieb erstmals Zusammenhänge zwischen frühen Inzesterfahrungen und Multipler Persönlichkeit. Er führte im Rahmen seiner klassischen Fallschilderung der Miss Beauchamp den Störungsbegriff der multiplen bzw. alternierenden Persönlichkeit ein. Auch schlug er vor, die seit längerer Zeit gebräuchlichen Begriffe “Unterbewusstsein” und “Unbewusstes” aufzugeben und zur genaueren Bezeichnung der mentalen Funktionen innerhalb verschiedener Identitäten bzw. “Persönlichkeiten” die Bezeichnung “Ko-Bewusstsein” vorzuziehen (Ellenberger 1996, Fiedler 1999):

Christine Beauchamp (M. Prince 1906) suchte 1898 als 22-jährige Studentin wegen Kopfschmerzen, Erschöpfung und “Willenshemmung” (inhibition of will) therapeutische Hilfe auf. Ihre Kindheit wird als sehr schwierig beschrieben: Ihre Mutter starb, als sie 13 Jahre alt war, und das gespannte Verhältnis zu ihrem alkoholkranken Vater veranlasste sie dazu, von zu Hause wegzulaufen. Prince versuchte zunächst mit Hypnose ihre Beschwerden zu lindern und entdeckte dabei nach und nach vier weitere Persönlichkeitszustände, dabei einen, der sich selbst als “Sally” bezeichnete und sich wie ein Kind benahm. “Christine” war amnestisch für “Sallys” Existenz und Aktivitäten, wohingegen “Sally” über “Christine” umfassend informiert war. M. Prince arbeitete in einer intensiven Therapie auf eine Synthese der verschiedenen Anteile hin.

Ein weiterer klassischer Fall wurde von Walter Franklin Prince (1916) in einer umfangreichen und minutiösen Darstellung als *Doris Case* beschrieben. Doris hatte eine depravierte Kindheit und wurde von ihrem Vater misshandelt. W.F. Prince beschrieb eine Reihe von Phänomenen, die für Patienten mit Multipler Persönlichkeit charakteristisch sind. Hierzu gehören kindliche Persönlichkeitszustände, akustische und visuelle Pseudohalluzinationen, Abreaktionen traumatischer Erinnerungen sowie eine übermäßige Schreckhaftigkeit. Auch werden sensorische Störungen in Form von unterschiedlichen Schmerzempfindungen der verschiedenen Persönlichkeitszustände beschrieben, ebenso die charakteristische Phänomenologie eines Wechsels von einer “Person” in die andere, der mit heftigen und schmerzlichen Emotionen verbunden sein kann. Im Laufe der Therapie beobachtete W.F. Prince, dass verschiedene “Persönlichkeitszustände” (z.B. “*sick Doris*”) in einen anderen absorbiert oder integriert wurden und weitere “Persönlichkeiten” schließlich gar nicht mehr in Erscheinung traten (W.F. Prince

1916).

Auf dem Boden dieser Fallbeschreibungen extremer Dissoziation entstand eine Reihe von Überlegungen und Gedankengebäuden, welche die Basis sowohl für Janets als auch für Freuds Theorien bildeten. In Abgrenzung und Konkurrenz zu Janet entwickelte Freud seine triebtheoretischen Modelle und lieferte damit plausible Erklärungen und Behandlungsmöglichkeiten für die hysterischen Störungen. Interessanterweise wird hierbei das Fallbeispiel der Anna O. von Breuer oft als Schlüsselbeispiel zur Theorieentwicklung der Psychoanalyse angesehen, doch legt ein genaueres Studium der Symptompräsentation eher die Diagnose einer Dissoziativen (Identitäts-) Störung nahe (Ellenberger 1996, Loewenstein 1994).

Anna O. , Erfinderin der Redekur, unterscheidet sich in ihrer Symptomatik deutlich von den anderen der von Breuer und Freud 1895 publizierten Kasuistiken in den "Studien über Hysterie" (siehe Ellenberger 1996, S. 659ff., Breuer 1895). Neben depressiven und konversionsneurotischen Symptomen beschrieb Breuer "zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechselten und sich im Laufe der Krankheit immer schärfer schieden. In dem einen kannte sie ihre Umgebung, war traurig und ängstlich, aber relativ normal. Im andern halluzinierte sie, war "ungezogen", d.h. schimpfte, warf Kissen..." (Breuer 1895/ 1987, S. 22). Zudem klagte Anna, "ihr fehle Zeit" (ebd.) 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..." (ebd., S. 23). Anna war weitgehend amnestisch für die Perioden des aggressiven, "krankhaften Zustandes". Außerdem beschrieb sie noch einen dritten Bewußtseinszustand. "Es saß, wie die Patientin sich ausdrückte, mindestens häufig auch bei ganz schlimmen Zuständen in irgendeinem Winkel ihres Gehirns ein scharfer und ruhiger Beobachter, der sich das tolle Zeug ansah" (ebd., S. 39).

Bekanntlich enthüllte 1953 der Freud-Biograph Ernest Jones die Identität von Anna O. (Jones 1960): Es handelt sich um Berta Pappenheim (1859 – 1936), bedeutende Sozialpionierin und Gründerin des jüdischen Frauenbundes (Siehe Ellenberg 1996, Brentzel 2002). Sie selbst bewahrte lebenslang ihr Geheimnis, dass sie jene berühmte Patientin Anna O. gewesen ist, die Sigmund Freud maßgeblich zur Entwicklung der Psychoanalyse angeregt hat. Die Datenlage über den Heilungsprozess der Patientin nach Beendigung der Redekur ist recht unübersichtlich; auch ist nicht bekannt, ob Anna O. in ihrer Kindheit Traumatisierungen ausgesetzt war. Belegt ist allerdings, dass sie sich in ungewöhnlicher Weise gegen sexuelle Ausbeutung eingesetzt hat. Nach mehrjähriger psychischer und psychosomatischer Krankheit stabilisierte sich ihr Gesundheitszustand. Anna O. entwickelte sich zu einer engagierten Persönlichkeit und baute ein bedeutendes und vielschichtiges Lebenswerk auf: 12 Jahre lang leitete sie ein jüdisches Waisenheim in Frankfurt. Sie unternahm Reisen in die Balkanländer, in den Nahen Osten und

nach Russland. Sie informierte sich über Prostitution und Mädchenhandel und setzte sich mit hohem Engagement für deren Bekämpfung ein. 1904 gründete sie den jüdischen Frauenbund und 1907 mehrere Heime für junge Prostituierte. Zudem verfasste sie eine Reihe von Märchen, Novellen und theoretischen Schriften zur Frauenfrage. Sie verstarb 1936 und ist in Frankfurt beigesetzt. Als Sozialpionierin, Feministin und Autorin wird sie von Brentzel als "eine(r) der stärksten Persönlichkeiten des deutschen Judentums" bezeichnet. Die Regierung der Bundesrepublik ehrte sie 1954 durch eine Briefmarke mit ihrem Portrait.

Konkurrierende Modelle

Freud kannte die damals publizierten Fälle von Multipler Persönlichkeit, war jedoch gegen die Theorie eines geteilten Bewusstseins:

"Wir haben kein Recht, den Sinn dieses Wortes ("bewusst") so weit auszudehnen, dass damit auch ein Bewusstsein bezeichnet werden kann, von dem sein Besitzer nichts weiß. Wenn Philosophen eine Schwierigkeit darin finden, an die Existenz eines unbewussten Gedankens zu glauben, so scheint mir die Existenz eines unbewussten Bewusstseins noch angreifbarer. Die Fälle, die man als Teilung des Bewusstseins beschreibt, [...] können besser als wanderndes Bewusstsein angesehen werden, wobei diese Funktion – oder was immer es sein mag – zwischen zwei verschiedenen psychischen Komplexen hin- und herschwankt, die abwechselnd bewusst und unbewusst werden." (Sigmund Freud 1912/1975, S. 32).

Mit dem Aufschwung der Psychoanalyse entstand gleichzeitig eine Welle der Gegenreaktion gegenüber dem Konstrukt der DIS. Forscher sahen sich dem Vorwurf ausgesetzt, sie hätten sich von ihren Patienten täuschen lassen und unwillkürlich selbst jene psychische Manifestation geformt, die sie beobachteten. Diese Kritik fand 1942 ihren Höhepunkt durch einen im (ehemals von M. Prince gegründeten) "Journal of Abnormal and Social Psychology" erschienen Beitrag zum "Experimentellen Erzeugen von einigen mit der Multiplen Persönlichkeit einhergehenden Phänomenen" (Harriman 1942). Der im ironischen Duktus geschriebene Artikel attestierte Prince "zu viel Aufwand" um die Erkrankung und enthielt eine Art Gebrauchsanweisung zum Hervorbringen von "Persönlichkeiten" durch Hypnose. Zudem erschienen zwei Übersichtsartikel (Taylor & Martin 1944, Sutcliff & Jones 1962), die ebenfalls das skeptische Klima hinsichtlich der Erkrankung in dieser Periode zum Ausdruck brachten. Obwohl beide Artikel die Multiple Persönlichkeit als klinische Entität unmissverständlich anerkannten und die bis zu der Zeit insgesamt 76 publizierten Fälle würdigten, waren sie doch von einer skeptischen Grundhaltung gegenüber dem Konzept geprägt, die viele spätere Autoren übernahmen, um ihre Glaubwürdigkeit nicht aufs Spiel zu setzen (siehe Putnam 1989). So beschäftigten sich die meisten nachfolgenden Artikel mehr mit der Frage, ob es die Multiple Persönlichkeit wirklich gäbe, als dass sie neue klinische Aspekte hervorbrächte. Die DIS geriet unter einen Rechtfertigungsdruck, der bis heute anhält.

Die Wiederentdeckung des Dissoziationskonzeptes

Es ist nicht zuletzt auch der von Herman (1992) beschriebene fehlende gesellschaftliche Resonanzboden, der lange Zeit eine breite gesellschaftliche Anerkennung des Dissoziationskonzeptes verhinderte. Es bedurfte erst zweier gesellschaftlicher Strömungen, der Bürgerrechts- und der Frauenbewegung, um die Öffentlichkeit für die gesundheitlichen Folgen von politischer, aber auch von familiärer und sexueller Gewalt zu sensibilisieren. Hierdurch wurde in den 70er Jahren der Weg für neue wissenschaftliche Erkenntnisse auf dem Gebiet der Psychotraumatologie und auch der Dissoziativen Störungen geebnet (Herman 1992, Ross 1996).

Die Falldarstellung von *Sybil* (Schreiber 1974) informierte weit über die psychiatrische Fachwelt hinaus die Öffentlichkeit über das Syndrom der Multiplen Persönlichkeit. Die Therapeutin C. Wilbur hatte *Sybil* in einer langen Psychoanalyse - unterstützt durch Hypnose und andere therapeutische Interventionen – behandelt. Die Publikation des Falles wurde von medizinischen Journalen abgelehnt (Putnam 1989) und erfolgte schließlich in der oben erwähnten populär-wissenschaftlichen Darstellung. Sie kann bis heute als anschauliche Lektüre zum Verständnis des Krankheitserlebens von betroffenen Patienten empfohlen werden (ebd., Ross 1996).

Mit der Aufnahme der Störung in die psychiatrischen Diagnosemanuale erfuhr die Diagnose 'Multiple Persönlichkeit' schließlich ihre offizielle Anerkennung. Die Aufnahme erfolgte erstmals 1980 in das DSM III (APA 1980), 1991 auch in die ICD-10 (Dilling et al. 1993). Der ursprüngliche Begriff der "multiplen Persönlichkeit" hat verschiedene Umbenennungen erfahren; inzwischen hat sich die Bezeichnung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) durchgesetzt (APA 1994). Im DSM-IV werden die psychischen Strukturen "identities" oder "personality states" genannt, im DSM-V-Vorschlag von Dell (2001a) wird der Begriff "self-states" benutzt, der von der Autorin als "Selbst-Zustände" übernommen und synonym für "Persönlichkeitszustände" verwendet wird.

Therapeutische Ansätze:

Die Behandlungsrichtlinien der ISSD im Überblick (siehe im weiteren auch Gast 2004): In den ISSD-Richtlinien (International Society for the Study of Dissociation 1997) wird eine hochfrequente ambulante Einzeltherapie, die spezifisch auf die Bedürfnisse und Probleme der PatientInnen abgestimmt ist, als Methode der Wahl empfohlen. Als besonders effektiv bewährt sich ein kombiniertes Vorgehen. Als Grundlage wird der psychodynamische Ansatz am häufigsten angewandt, der durch kognitiv-behaviorale, hypnotherapeutische und trauma-orientierte Techniken ergänzt wird. Als Therapiedauer werden vier bis acht Jahre angegeben, als Therapieziel die Förderung eines zunehmenden Gefühls innerer Verbundenheit zwischen den alternierenden Persönlichkeits- bzw. Selbst-Zuständen (Kohärenzsteigerung des Selbst). Im Schutze der therapeutischen Beziehung soll der PatientIn die Gelegenheit gegeben

werden, ein einheitliches und funktionsfähiges Selbst zu entwickeln. Als optimales Therapieziel wird die vollständige Integration aller Selbst-Zustände in eine Gesamtpersönlichkeit angestrebt. Ist dieses Ziel nicht erreichbar, gilt als Minimalziel eine weitgehende Kooperation aller Selbst-Zustände, so dass keine Amnesien im Tagesbewusstsein mehr vorkommen und dass die PatientInnen bewusst kontrollieren können, welche "Persönlichkeiten" zu welchem Zeitpunkt die aktive Kontrolle übernehmen. Innerlich sollte kein Persönlichkeitsanteil mehr abgespalten, abgelehnt oder stigmatisiert werden (Huber 1997).

In Anlehnung an Herman (1992) wird zudem ein bei posttraumatischen Störungen bewährtes phasenorientiertes Vorgehen empfohlen (siehe auch Klufft 1991, 1993; Putnam 1989; Ross 1997). Schematisch werden drei Phasen unterschieden:

1. Stabilisierung durch Aufbau der therapeutischen Beziehung und Förderung der Kommunikation zwischen den Teilpersönlichkeiten
2. Trauma-Bearbeitung und Integration der Teilpersönlichkeiten
3. Postintegrative Psychotherapie

Kernziele in der ersten Phase der Therapie sind der Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die Abklärung und Stabilisierung der aktuellen Lebenssituation der Patientin und die Arbeit an den persönlichen Ressourcen. Es erfolgt dann die Erkundung des individuellen Persönlichkeits- bzw. Selbst-Systems (sogn. "mapping", Klufft 1991). Hierbei wird mit der Patientin erarbeitet, welche Persönlichkeits- bzw. Selbstzustände vorhanden sind, welche speziellen Fähigkeiten bzw. Konflikte diese haben und welche Funktion sie im Gesamtsystem erfüllen. Häufig wird hierbei auch die Entstehungsgeschichte der verschiedenen "Persönlichkeiten" offenbar, so dass eine erste Annäherung an mögliche belastende oder traumatische Erfahrungen stattfindet, die in dieser Phase der Therapie jedoch noch nicht vertieft wird. In einem nächsten Schritt wird die PatientIn ermutigt, die Kommunikation zwischen den verschiedenen "Persönlichkeiten" zu fördern. Hierbei wird eine bessere Wahrnehmung und Kommunikation der "Persönlichkeiten" untereinander angestrebt, die bisher mehr oder weniger amnestisch füreinander waren oder sich gegenseitig abgelehnt haben. Im Schutzraum der Therapie wird die PatientIn also behutsam damit konfrontiert, den Bewältigungsmechanismus des "Wegmachens" durch Dissoziation (siehe Klufft 1996 b) Stück für Stück aufzugeben und durch andere Bewältigungsstrategien zu ersetzen. Dabei ist es sinnvoll, der PatientIn 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, weil dadurch verschiedene Selbst-Zustände voneinander getrennt und häufig gegeneinander agieren. Das Angebot in dieser Therapiephase besteht darin, die PatientIn darin zu unterstützen, dass sich die verschiedenen "Persönlichkeiten" untereinander zunehmend besser kennen lernen, um eine Kooperation miteinander zu erproben.

Die Stabilisierungsphase kann ein bis mehrere Jahre beanspruchen. Die Ziele dieser Phase sind erreicht,

sobald die PatientIn eine ausreichende Selbstkontrolle hinsichtlich ihrer Symptomatik und ihrer traumatischen Erinnerungen erlernt hat und zudem eine ausreichend gute Kommunikation zwischen den Selbst-Zuständen besteht. Dies ist an einer weitgehend koordinierten Aktivität der verschiedenen "Persönlichkeiten" zu erkennen. Es sollten zum Beispiel keine gravierenden Krisen mehr durch Suizidversuche, schwere Selbstverletzungen, massive Impuls- und Symptombursten oder chaotisches Agieren auftreten. Eine gewisse Ich-Stärke im Sinne einer Affekt- und Impulskontrolle ist also Voraussetzung für die emotional belastende Trauma-Bearbeitung.

Ist dies erfüllt, kann in der zweiten Therapie-Phase zu einer gezielten Bearbeitung der Traumaerfahrungen übergegangen werden. Van der Hart et al. (1995) sprechen in diesem Zusammenhang von einer "Traumasynthese". Diese beinhaltet die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrungen sowie eine kontrollierte Exposition in einem hochstrukturierten Setting, das ein kontrollierbares Wiedererinnern und subjektiv erneutes Durchleben des Traumas in kleinen, bewältigbaren Schritten ermöglicht. Im Rahmen der Traumabearbeitungs-Phase kommen selbstverständlich weiterhin die Techniken der ersten Phase zum Einsatz. Auch kann es immer wieder notwendig und sinnvoll sein, vorübergehend nur stabilisierend mit der PatientIn zu arbeiten, sei es, dass äußere Belastungsfaktoren dies erforderlich machen, sei es, dass die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen zu einer länger anhaltenden Destabilisierung der PatientIn führt.

Die PatientIn wird durch eine erfolgreiche Traumasynthese in die Lage versetzt, das Trauma und die damit verbundenen Gefühle, Schmerzen, Gedanken etc. einer symbolischen und sprachlichen Bearbeitung zugänglich zu machen und damit als realen Teil der persönlichen Lebensgeschichte anzuerkennen, es allmählich angemessen zu verarbeiten und in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren. Dadurch verlieren die traumatischen Erinnerungen ihre Tendenz zu spontanen und unkontrollierbaren flashbacks. Zusätzlich verlieren die dissoziativen Barrieren zwischen den verschiedenen Selbstzuständen im Zuge einer erfolgreichen Traumabearbeitung nach und nach ihre Bedeutung. Primär haben diese Barrieren ja vor allem die intrapsychische Funktion, die traumatischen Erinnerungen in einem bestimmten Selbstzustand abgekapselt aufzuheben, häufig in Form eines traumatisierten "Kindes", damit nicht das gesamte Individuum von traumatischen Affekten überflutet wird. Die Dissoziation in verschiedene Selbstzustände als Abwehrmechanismus gegenüber traumatischen Erinnerungen verliert so allmählich ihre Bedeutung, und eine Integration der verschiedenen Selbstzustände wird möglich (Huber 1995; Kluft 1984b, 1991, 1996b).

Dieser Prozess der Integration bedeutet, dass die einzelnen Anteile sich allmählich einander annähern und ihre Erfahrungen und Eigenheiten schließlich so intensiv miteinander teilen, dass sie zu "einem Wissen und einer »Person«" (Huber 1995, S. 332) verschmelzen. Der Integrationsprozess verläuft graduell von weitgehender Amnesie über immer stärker werdendes Co-Bewusstsein und Kooperation der noch unterscheidbaren Selbst-Zustände bis zu einer vollständigen Integration der "Persönlichkeiten" zu

einem stabilen, einheitlichen Selbstempfinden. Dies wird jedoch meist erst nach einem langen Prozess der Annäherung der verschiedenen "Persönlichkeiten" und der gleichzeitigen Erarbeitung nicht-dissoziativer Bewältigungsmechanismen erreicht (ebd.).

In der postintegrativen Therapiephase schließlich ist die Trauerarbeit um die zerstörte Kindheit und die erlebten Verletzungen ein wichtiges Thema. Die PatientIn muss sich außerdem in ihrem innerpsychischen Erleben und Reagieren sowie im sozialen Verhalten an ein nach und nach verändertes Selbst- und Lebensgefühl gewöhnen. Häufig bleiben bestimmte Probleme der einzelnen Selbst-Zustände (z.B. Ess- oder Schlafstörungen, eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur etc.) auch nach der Integration noch bestehen und müssen psychotherapeutisch behandelt werden.

Der Beitrag der Psychoanalyse in der Behandlung der DIS

Kluft hat sich in besonderer Weise um einen psychodynamischen Ansatz in der Behandlung dissoziativer PatientInnen verdient gemacht und empfiehlt dessen Verbindung mit dem Phasen-Modell der Traumatherapie. In den weiteren Ausführungen wird weitgehend seinen Überlegungen (Kluft 2003) gefolgt. Nach Kluft sei es bislang nicht gelungen, die Erkenntnisse der Forschungsbereiche Dissoziation, Trauma und Hypnose mit der modernen psychodynamischen und psychoanalytischen Literatur zu verbinden. Statt dessen werde versucht, dissoziative Phänomene unter der Rubrik vertrauterer psychodynamischer Konzepte wie der Spaltung zu konzeptualisieren. Dies habe zur Folge, dass die psychoanalytische und psychodynamische Literatur bei der Auseinandersetzung mit vielen entscheidenden Aspekten der Phänomenologie und Behandlung der DIS zu kurz greife. Mit den traditionellen Konzepten des Bewussten, Vorbewussten und Unbewussten könnten dissoziative Strukturen und die Funktion dissoziativer Prozesse nicht erklärt werden. Bei dieser PatientInnengruppe arbeitet der Therapeut vielmehr oft mit dem, was Kluft als "das anderswo Bewusste" (Kluft, 1995a) genannt hat. Bei DIS-PatientInnen sei man mit zahlreichen simultan ablaufenden Strängen mentaler Prozesse konfrontiert, die häufig mit eigenen autonomen Zentren von Handlungsimpulsen und Erfahrungen sowie biographischen Erinnerungen assoziiert sind. Die abgespaltenen Selbst-Zustände bei DIS oder NNBDs seien weniger in Bezug aufeinander unbewusst. Es handele sich eher um Manifestationen parallel ablaufender mentaler Prozesse, die füreinander mehr oder weniger unzugänglich sind (vgl. Spiegel 1991).

Im Zusammenhang mit diesen Überlegungen stellt sich auch die Frage, wie mit Widerstand oder anderen Formen der Abwehr gegen den therapeutischen Prozess umgegangen werden sollte. Nach Kluft (2000, 2003) ist stets zu prüfen, ob wir es *"in der Tat mit Widerstand (im Sinne von Abwehr des Übergangs konflikthafter Materials in das Bewusstsein) zu tun haben oder mit Widerstreben oder Abneigung, Material mitzuteilen, das in Wirklichkeit in der einen oder anderen Konfiguration des Gedächtnisses (configuration of mind) bewusst zugänglich ist"* (Kluft 2003). Häufig spielen Verdrängung, Widerstand und Widerstreben

in einer therapeutischen Situation gleichzeitig eine Rolle.

Bei der erfolgreichen Behandlung der DIS-Symptomatik spielt aber gerade der therapeutische Zugang zu dem **Widerstreben** eine wichtige Rolle. Das Widerstreben basiert oft auf Scham, inneren Strafandrohungen für den Fall, dass Informationen nach außen weitergegeben werden, oder auf Konflikten zwischen den verschiedenen Selbst-Anteilen. Daher erfordert die DIS-Therapie ein erhebliches Maß an Psychoedukation und empathischer Unterstützung der verschiedenen Selbst-Anteile, um eine offenere Kommunikation möglich zu machen (siehe Kluft 2000, S. 262). Nijenhuis spricht in diesem Zusammenhang von Phobien des Alltags- Selbstanteils vor traumatisierten Selbst-Anteilen. Therapieziel ist die Überwindung der Phobie (Nijenhuis 2004).

Kluft sieht Deutungen auch in der DIS-Behandlung weiterhin als hilfreich an, um dem Bewusstsein bislang Unbewusstes zugänglich zu machen. Allerdings bleiben sie häufig wirkungslos, wenn sie zu schnell auf das Überwinden oder Auflösen dissoziativer Strukturen oder Barrieren abzielen (z.B. um dissoziative Amnesien aufzuheben oder um die Abgegrenztheit der verschiedenen Selbst-Anteile zu verringern). Wenn man sich auf die bisherigen Werkzeuge der Psychoanalyse oder der psychodynamischen Psychotherapie beschränkt, werden Zugang, Bearbeitung und Linderung von dissoziativen Phänomenen problematisch. Wenn sich z.B. Persönlichkeitsanteile, die für klinische Symptome oder Krisen verantwortlich sind, nicht selbst spontan oder auf Anfrage hin melden, kann man in der Therapie nicht rechtzeitig auf wichtige Inhalte eingehen. Auf spezielle störungsspezifische Interventionen sprechen dissoziative Phänomene dagegen häufig sehr gut an. Dies gilt vor allem für intrusive und überwältigende Symptome wie z.B. Pseudo-Halluzinationen und innere Stimmen sowie für destruktives Agieren.

Diese störungsspezifischen Interventionen basieren auf der Annahme eines dissoziierten Selbst im Sinne einer "Multiplen Selbststruktur". Dieser Begriff beschreibt die psychische Konfiguration besser als der Begriff der "Multiplen Persönlichkeit". "Persönlichkeit", so Kluft, bedeutet in der psychiatrischen und psychologischen Literatur "die charakteristische Art und Weise, in der eine Person denkt, fühlt und handelt; die tiefliegenden Verhaltensformen, die jede Person sowohl bewusst als auch unbewusst in Anpassung an die Umwelt als Lebensstil oder Art zu sein entwickelt" (Talbot, Hales & Yudofsky 1987, S. 1281). Das Selbst hingegen ist eine andere Art von Konzept und Struktur. Nach Kohuts Definition (1977) ist das Selbst das Zentrum von Initiative und Erfahrungen. Kluft beschreibt die Komplexität des Phänomens der dissoziierten Selbst-Zustände in Anlehnung an das Konzept des Selbst nach Kohut so:

"Ein abgegrenzter (unverbundener) Selbstzustand [...] ist die mentale Adresse eines spezifischen, relativ stabilen und überdauernden Musters mentaler Inhalte und Funktionen. Diese Inhalte und Funktionen werden auf intrapsychische und/oder intrapsychische Auslöser oder auf Umweltreize hin selektiv aktiviert, und sie können sich auf der Verhaltensebene in einer augenscheinlichen Rollen-Übernahme oder einem Rollenspiel ausdrücken. Jeder Selbstzustand ist in einem eigenen

relativ stabilen (jedoch Reiz-Reaktions-abhängigen) Muster neuropsychophysiologischer Aktivierung organisiert (und damit assoziiert) und hat spezifische psychodynamische Inhalte. Er funktioniert sowohl als Empfänger und Prozessor als auch als Speicherort für Wahrnehmungen, Erfahrungen und ihrer Verarbeitung in Verbindung mit früheren Ereignissen und Gedanken und/oder aktuellen und erwarteten Ereignissen und Gedanken. Jeder Selbstzustand hat ein Gefühl der eigenen Identität, Vorstellungen von sich selbst sowie die Fähigkeit, Gedankenprozesse und Handlungen aufzunehmen.“ Kluff 1988, S.51.

Aus dieser Perspektive sind die verschiedenen Selbst-Zustände der DIS spezielle Ausdrucksweisen der individuellen Erfahrungen, der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Ichs und der Umwelt sowie der Anpassung der PatientIn. Bei der Behandlung ist es unverzichtbar, diese verschiedenen Selbstzustände aktiv anzusprechen, um die Symptomatik zu erfassen und im Verlauf der Therapie aufzulösen. Als entsprechende Techniken empfiehlt Kluff, die Assoziationsregel zu erweitern.

PatientInnen werden ermutigt, auch die Assoziationen und Kommentare im inneren Dialog nach außen zu kommunizieren. Der Selbstanteil, der im konkreten Moment mit dem Therapeuten interagiert, wird gebeten, alle Inhalte, derer er sich bewusst wird, mitzuteilen. Dies umfasst alle Stimmen und Gedanken von anderen Selbst-Anteilen, die mitgehört oder als innerer Dialog wahrgenommen werden, pseudo-halluzinierte Stimmen, passiv wahrgenommene Interaktionen zwischen schweigenden Anteilen in der inneren Welt der Patientin, passive Beeinflussungen, zugeführte oder sich aufdrängende Gefühle, Körperempfindungen, Flashbacks etc.

Die anderen Selbstzustände werden der PatientIn als Teil eines menschlichen Wesens erklärt. Die Selbst-Anteile – so kann man es der PatientIn nahebringen - können nicht für sich in Anspruch nehmen, ein eigenständiges Leben zu führen, aber sie können sehr wohl erwarten, dass alle zunehmend akzeptiert werden, zunächst in der Psychotherapie und später auch in mehr und mehr Bereichen der PatientIn. Auch wenn sie alle zu einem einzigen menschlichen Wesen gehören, sollte der Therapeut signalisieren, dass er anerkennt, dass die PatientIn dies selbst subjektiv anders erlebt. Um der inneren Wirklichkeit der PatientInnen besser gerecht zu werden und um alle Anteile mit der Assoziationsregel zu erreichen, ist es sinnvoll, die Regel so zu modifizieren, dass sich auch alle Anteile angesprochen und eingeladen fühlen, sich zu äußern. Die modifizierte Assoziationsregel könnte folgendermaßen lauten (modifiziert nach Kluff 2003):

“Es sind Beiträge von allen Anteilen willkommen. Ich möchte auch gerne von denen die Meinung hören, die hinter den Kulissen aktiv sind. Wenn es nicht möglich ist, dass Sie direkt mit mir sprechen, können Sie mir vielleicht indirekt ihre Ansicht mitteilen, z.B. über den Anteil, der gerade vorne ist. Und wer auch immer draußen sei, möge bitte weitergeben, was er innen hört. Diejenigen, die es nicht schaffen, sich in der Stunde zu melden, können es vielleicht im Tagebuch niederschreiben und Frau B. bitten, es mir zur nächsten Stunde mitzubringen.”

Ebenso empfiehlt Kluft (ebd.), die PatientIn über die von ihm verwendete Kommunikationsform mit dem gesamten System frühzeitig zu informieren. Dies könnte folgendermaßen geschehen:

“Es ist in unseren letzten Gesprächen deutlich geworden, dass es da noch andere in Ihnen gibt. Ich möchte auch diese anderen gerne ansprechen und alle Anteile einladen, an der Behandlung teilzunehmen. Deshalb werde ich häufiger über Sie als Frau B. (oder einen anderen Anteil, der in dem Moment die Kontrolle hat,) hinwegsprechen, um auch die anderen zu erreichen. Deshalb werde ich gelegentlich solche Formulierungen benutzen wie: ‚Ich bitte Sie alle mal herzuhören‘ oder ‚Sie alle‘, damit mir auch als Therapeut bewusst ist, dass ich es mit einem Gesamtsystem von “Persönlichkeiten” zu tun habe.”

Eine wichtige Aufgabe in der ersten Phase der Traumatherapie ist die Lockerung der Barrieren zwischen den Persönlichkeitsanteilen, um Mitteilungen und freie Assoziationen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. Kluft empfiehlt ein langsames und behutsames Vorgehen, um zu vermeiden, dass die PatientInnen zu schnell zu viel aufdecken. Die erweiterte Assoziationsregel erscheint auf den ersten Blick häufig beunruhigend für die PatientInnen und bedarf häufig einer enormen Anstrengung. Sie ermöglicht jedoch, das vielfältige Material, das dissoziative PatientInnen die meiste Zeit verleugnen oder ausgeblenden, dem therapeutischen Dialog zugänglich zu machen. Wenn die PatientInnen sich daran gewöhnt haben, diese vielschichtigen und komplexen Inhalte zuzulassen - so Kluft -, treten dissoziative Verarbeitungsmuster in den Hintergrund und die bislang dissoziierten Inhalte können anhaltend in das Bewusstsein integriert werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Psychodynamische bzw. psychoanalytische Techniken spielen bei der Behandlung der dissoziativen Identitätsstörungen eine große Rolle. Um diese Techniken auch für hoch dissoziative PatientInnen einsetzen zu können, bedarf es insbesondere in der ersten Phase der Therapie spezifischer Modifikation, um die sich R. Kluft in besonderer Weise verdient gemacht hat. Die von ihm weiterentwickelten Techniken ermöglichen es dem psychodynamisch und psychoanalytisch ausgebildeten Therapeuten, sich mit grundsätzlich vertrautem Rüstzeug auch auf einem neuen und unübersichtlichen Terrain zurechtzufinden. Die Wahrnehmung und Einbeziehung der verschiedenen abgespaltenen Selbst-Zustände setzt allerdings eine etwas veränderte therapeutische Haltung voraus, die zunächst ungewohnt und möglicherweise irritierend ist. Dennoch erscheint es sinnvoll, sich darauf einzulassen, zumal die Prognose bei vielen PatientInnen mit komplexen dissoziativen Störungen relativ günstig ist. Bei vielen PatientInnen kann eine weitgehende Integration erreicht oder zumindest die Funktionsfähigkeit erheblich verbessert werden. In Anbetracht der bisherigen Prognose eines chronischen Verlaufes mit häufigen Hospitalisierungen erscheint dies trotz langwieriger Therapien ein lohnendes Ziel. Professionelle Akzeptanz des Störungsbildes ist jedoch Voraussetzung dafür, dass die Betroffenen aus den neuen therapeutischen Möglichkeiten Nutzen ziehen können.

Literatur:

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed.) (DSM-III).- Washington, DC: APA 1980.

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.) (DSM-IV).- Washington DC: American Psychiatric Press APA 1994.

Barach, PM & Comstock CM: Psychodynamic Psychotherapy of Dissociative Identity Disorder. In: Michalson, LK & Ray WJ (Hrsg.): Handbook of Dissociation. Theoretical, empirical and clinical perspectives.- New York and London: Plenum Press 1996.

Brentzel, M.: Anna O. - Bertha Papeenheim. Biographie.- Göttingen: Wallstein 2002.

Breuer, J.: Fräulein Anna O. In: Freud, S. & Breuer, J.: Studien über Hysterie.- Frankfurt /M.: Fischer 1987, S. 20ff.

Dell, P. F.: Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. In: Dissociation, 2 / 2001, S. 7ff.

Dilling, H. & Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. (2. korr. Auflage).- Bern: Huber 1993.

Ellenberger, H.F.: Die Entdeckung des Unbewussten.- Bern: Huber 1996.

Fiedler, P.: Dissoziative Störungen und Konversion.- Weinheim: Beltz 1999.

Freud, Sigmund.: Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewussten in der Psychoanalyse. In: ders.: Psychologie des Unbewussten.- Frankfurt/M.: S. Fischer 1975 (Studienausgabe Band III).

Gast, U.: Dissoziative Identitätsstörung – valides und dennoch reformbedürftiges Konzept. In: Reddemann, L. & Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.): Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend.- Stuttgart: Thieme 2003, S. 26ff.

Gast, U.: Der psychodynamische Ansatz zur Behandlung komplexer Dissoziativer Störungen. In: Eckhardt-Henn, A. & Hoffmann, S.O. (Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinsstörungen – Theorie, Symptomatik, Therapie.- Stuttgart: Schattauer 2004, S. 395ff.

Gast, U. & Rodewald, F. & Hofmann, A. & Mattheß, H. & Nijenhuis, E. & Reddemann, L. & Emrich, H.M.: In: Deutsches Ärzteblatt 2006 (im Druck).

Gleaves, D.H.: The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. In: Psychological Bulletin, 120 / 1996, S. 42ff.

Gleaves, D.H. & May, C.M. & Cardena, C.: An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. In: Clinical Psychological Review, 21 / 2001, S. 577ff.

Harriman, P.L.: The experimental production of some phenomena related to multiple personality. In: Journal of Abnormal and Social Psychology, 37 / 1942, S. 244ff.

Hermann, J.L.: Trauma and recovery.- New York: Basic Books 1992. (Dt. Fassung: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.- Paderborn: Junfermann 2003).

Huber, M.: Multiple Persönlichkeiten – Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch.- Frankfurt/M.: Fischer 1995.

Huber, M.: ISSD-Richtlinien für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung) bei Erwachsenen.- (Neufassung 1997). (<http://www.dissoc.de/issd/issd-r0.html>).

International Society for the Study of Dissociation (ISSD): Guidelines for treating dissociative identity disorder (multiple personality disorder) in adults. (1997). (<http://www.issd.org/isdguide.html>)

Jones, E.: Das Leben und Werk von Sigmund Freud, Band 1.- Bern:

Janet, P.: L'automatisme psychologique.- Paris: Félix Alcan 1889. (Reprint: Paris: Société Pierre Janet 1973).

Kluft, R.P.: Treatment of multiple personality disorder. In: Psychiatric Clinics of North America, 7 / 1984, S. 9ff. [Kluft 1984b].

Kluft, R.P.: The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder. In: Dissociation, 1(4) / 1988, S. 47ff.

Kluft, R.P.: Multiple personality disorder. In: Tasman, A. & Goldfinger, S. M. (Hrsg.): American Psychiatric Press Review of Psychiatry, 10 / 1991, S. 161ff.

Kluft, R.P.: The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. In: Dissociation, 6 / 1993, S. 145ff.

Kluft R.P.: Treatment of dissociative disorders. In: Barber, J. & Crits-Cristoph (Hrsg.): Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I).- New York: Basic Books 1995, S. 332ff..

Kluft, R.P.: Dissociative Identity Disorder. In: Michelson, L.K. & Ray, W. J. (Hrsg.): Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives.- New York: Plenum Press 1996, S. 344ff. [Kluft 1996b].

Kluft, R.P.: Die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In: Reddemann, L. & Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.): Lindauer Psychotherapie-Module: Dissoziative Störungen. - Stuttgart: Thieme. 2003.

Kluft, R.P.: The psychoanalytic psychotherapy of dissociative identity disorder in the context of trauma therapy. In: Psychoanalytic Inquiry, 20 / 2000, S. 259ff.

Kohut, H.: Die Heilung des Selbst.- Frankfurt/M.: Suhrkamp 1991. (Taschenbuch Wissenschaft). (Original: The restoration of the self.- New York: International Universities Press 1977).

Liotti, G.: Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. In: Dissociation, 4 / 1992, S. 196ff.

Loewenstein, R.J.: Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment and costeffectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD. Report submitted to the Clinton-Administration Task Force on Health Care Financing Reform. In: Dissociation, 7 / 1994, S. 10ff.

Nijenhuis E. & Onno van der Hart, O. & Kathy Steele, K.: : Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Reddemann, L. & Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.): Lindauer Psychotherapie-Module, a.a.O.

Prince, M.: Dissociation of personality.- New York: Longman, Green 1906.

Prince, W.F.: The Doris Case of quintuple personality. In: Journal of Abnormal Psychology, 11 / 1916, S. 73ff.

Putnam, F.W.: *Diagnosis and treatment of Multiple Personality Disorder.*- New York: Guilford Press 1989.

Ross, C.A.: *History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation.* In: Michelson, L.K. & Ray, W.J. (Hrsg.): *Handbook of Dissociation*, a.a.O., S. 107ff.

Ross, C.A.: *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personalities (2. Aufl.)*.- New York: Wiley 1997.

Schreiber, F.R.: *Sybil.*- Chicago: Henry Regnery 1974.

Spiegel, D.: *Hypnosis, dissociation, and trauma: Hidden and covert observers.* In: Singer, J.L. (Hrsg.): *Repression and dissociation.*- Chicago: University of Chicago Press 1991, S. 121ff.

Sutcliffe, J.P. & Jones, J.: *Personal identity, multiple personality, and hypnosis.* In: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10 / 1962, S. 231ff.

Talbott, J. A. & Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. (Hrsg.): *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry.*- Washington, DC: American Psychiatric Press 1987. [zit. n. Kluft, 2003].

Taylor, W.S. & Martin, M.F.: *Multiple personality.* In: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 39 / 1944, S. 281ff.

Van der Hart, O. & Steele, K. & Boon, S. & Brown, P.: *Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration.* In: *Hypnose und Kognition*, 12 / 1995, S. 34ff.