

## 2.3 Zielorientiertes Integrationsmodell – ein kognitives Therapiemodell für die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung und ihr verwandter Störungen

Catherine G. Fine

Das Auf und Ab der Diagnose der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und anderer dissoziativer Störungen hat zu der Entwicklung von Theorien und Behandlungsmethoden für die fluktuierenden und flüchtigen Symptome dieser Zustände geführt. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die strukturierte kognitiv-behavioral orientierte Behandlung dissoziativer Störungen, deren Ziel nicht nur eine Symptomreduktion ist, sondern auch die Förderung der Integration von Teilpersönlichkeiten und/oder Ich-Zuständen in einen Hauptstrom des Bewusstseins.

Dieses Modell der DIS-Behandlung wird zielorientiertes Integrationsmodell genannt. Es fördert individuelle Fertigkeiten im Umgang mit posttraumatischen und dissoziativen Symptomen, ist unterstützend und explorativ ausgerichtet und vermittelt der Klientin eine verlässliche und durchgängige Botschaft von Kraft und Stärke (Ressourcenorientiertheit).

### Einleitung

Eine Anmerkung vorab: Um eine gute Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, wurde in der deutschen Übersetzung dieses Textes einheitlich die weibliche Sprachform für Therapeuten und Therapeutinnen sowie für Klientinnen und Klienten gewählt. Für diese Festlegung wurde von der Originalautorin als Beispieltherapeutin ausgegangen. In Bezug auf Klientinnen und Klienten wurde berücksichtigt, dass über 90% der DIS-Diagnosen bei Frauen gestellt werden. Männliche Therapeuten und DIS-Klienten sind jeweils mitgemeint.

Der diagnostische Streit um die durch Traumatisierungen verursachten Störungsbilder (Putnam et al. 1986) ist weder neu noch ohne weiteres beizulegen. Das phasenweise Auftauchen und Abflauen der DIS-Diagnose in der medizinisch-psychologischen Literatur umfasst Jahrhunderte (Ellenberger 1970; Goodwin 1993). Jedes Wiederaufkommen der dissoziativen Diagnose in ihrem jeweiligen Kontext trägt zu einem vollständigeren Verständnis und vielleicht auch zu einer neuen Sicht einer Störung bei, bei der betroffene Patientinnen mit einer Multiple-Realitäten-Störung (Kluft 1995a, 1998) kämpfen und unter dem Einfluss verschiedener, selbst geschaffener hypnotischer Realitäten leben. Innerhalb dieser wandlungsfähigen Realitäten versuchen DIS-Patientinnen, Probleme zu lösen und zu funktionieren.

**Begriff „Traumabearbeitung“ statt „Abreaktion“.** Dieser wechselhafte psychologische Hintergrund unterstreicht die Notwendigkeit von vorsichtigen und planvollen Interventionen (Chu 1998; Fine 1991). Eine erfolgreiche Therapie beabsichtigt, das *Versteckte* an die

Oberfläche zu bringen, sei das Versteckte nun in Begriffen wie Teilpersönlichkeit, Konflikt oder alternierende Realitäten konzeptualisiert. Die überwältigenden Lebenserfahrungen der DIS-Patientinnen müssen durch gezielte und in den jeweiligen Lebenszusammenhang eingebettete Abreaktionen verändert, aufgenommen und verarbeitet werden. Nur dadurch wird es möglich, diese Erfahrungen in den Hauptstrom des Bewusstseins zu integrieren (Fine 1990, 1991, 1992, 1993, 1996a; *Anm. d. Übers.: In der europäischen Fachliteratur gibt es seit Längerem Diskussionen um den Begriff der Abreaktion. Van der Hart et al. [1995] kritisieren, dass das analytische Konzept der Abreaktion nicht die psychischen Vorgänge bei der Behandlung traumatischer Erfahrungen trifft. Ihnen folgend wurde der Begriff „Abreaktion“ im vorliegenden Text überwiegend mit dem in der deutschsprachigen Literatur gebräuchlicheren Begriff „Traumabearbeitung“ oder „Traumasynthese“ übersetzt.*)

Damit eine DIS-Patientin ein Gefühl von Ganzheit erreicht, muss ihr psychisches System sowohl vorsichtig aus dem Gleichgewicht gebracht wie auch mindestens genauso häufig wieder restabliert werden, indem sowohl traumatisches wie auch nicht traumatisches Material schrittweise und überlappend in der Therapie aufgegriffen werden.

In diesem heiklen Prozess der Integration haben sich einige Modelle der DIS-Therapie als hilfreich erwiesen. Dabei handelt es sich um

- das zielorientierte Integrationsmodell (*The tactical Integration Model*. Fine 1991, 1993, 1996a, 1999),
- das strategische Integrationsmodell (Kluft 1988c) und
- ein persönlichkeitsorientiertes, auf unterschiedlichen Ich-Zuständen basierendes Modell (*Ego States*. Watkins u. Watkins 1997).

Die ersten beiden Modelle zielen auf eine vollständige Integration des Individuums zu einer Ganzheit ab, das letztere Modell hat eine funktionelle und befriedigende Koexistenz der verschiedenen Teilpersönlichkeiten und/oder Ich-Zustände zum Ziel.

Das Ego-State-Modell ist sowohl im zielorientierten Integrationsmodell als auch im strategischen Integrationsmodell enthalten, denn in beiden entscheidet die Patientin und nicht die Therapeutin, wie integriert sie sein will. Diese Entscheidung wird gemeinsam gefällt und die Therapeutin untersucht gemeinsam mit der Patientin die Vorteile, aber auch die Risiken und Nachteile ihrer Wahl. Ich glaube, dass das Modell von Watkins u. Watkins (1997) die Konzeptualisierung der Ego States verbessert; dieses Modell erleichtert es auch, die Übertragung der Behandlungsempfehlungen für DIS-Patientinnen auf andere Patientinnen mit weniger ausgeprägten dissoziativen Problemen vorzunehmen, wie z.B. bei dissoziativer Amnesie, dissoziativer Fugue und anderen dissoziativen Störungen, einschließlich der komplexen posttraumatischen Störungsbilder.

Die schrittweise Behandlung der komplexesten dissoziativen Störung DIS kann ein paradigmatisches Modell für die Behandlung weniger schwerwiegender dissoziativer Probleme darstellen. Das Modell von Watkins u. Watkins geht davon aus, dass der wichtigste Unterschied zwischen der DIS und den leichteren Formen dissoziativer Störungen in der Durchlässigkeit der dissoziativen Barrieren liegt. Daher kann die Therapeutin davon ausgehen, dass die allgemeinen Behandlungsprinzipien dieselben sein werden.

Ergänzend sind von der Therapeutin 2 wichtige Punkte im Hinblick auf die impliziten Behandlungsmodelle bei der Arbeit mit DIS zu beachten:

- Auch wenn insbesondere das von der Therapeutin bevorzugte Behandlungsmodell (für sie selbst) wichtig ist, müssen die therapeutischen Interventionen durch das individuelle Störungsbild der Patientin geleitet werden (Braun 1984; Caul 1984).

- Die Therapeutin muss sowohl mit den traditionellen psychodynamischen und kognitiven Ansätzen (Fine 1992) vertraut sein, als auch über ein sicheres, umfassendes Wissen über Hypnose und die Regeln zur Regulation von Trancezuständen verfügen, damit sie diese Patientinnen bestmöglich dabei unterstützen kann, psychische Stabilität zu erreichen und aufrechtzuerhalten.

Im folgenden Abschnitt werden die Struktur sowie die dem zielorientierten Integrationsmodell zugrunde liegenden Grundannahmen dargestellt.

**Grundidee der therapeutischen Arbeit nach dem zielorientierten Integrationsmodell.** Das zielorientierte Integrationsmodell basiert auf einem psychodynamisch informierten modifizierten kognitiven Therapiemodul (Fine 1991, 1992, 1993, 1996a). Die Grundidee der therapeutischen Arbeit mit den Patientinnen liegt in der Erkenntnis, dass die Therapie umso mehr Sicherheit, Vorhersehbarkeit und Konsistenz schafft, je strukturierter und zielgerichteter sie angelegt ist. Obwohl die DIS eine Störung auf der Grundlage von überwältigenden und überwältigten Affekten ist, handelt es sich nicht um eine Störung verzerrter Kognitionen. Das fehlerhafte Denken der Patientinnen stammt von den Anstrengungen, Sinn in den überwältigenden Erfahrungen der Vergangenheit zu finden und diese Überzeugungen, Sichtweisen und Annahmen in das gegenwärtige Leben zu übertragen. Wenn man sich der Therapie von einer kognitiven Perspektive her annähert statt von einer affektiven, dient dies der Sicherheit und dem Containment für die DIS-Patientin.

Das zielorientierte Integrationsmodell kann als eine Aneinanderreihung mehrerer, zeitlich begrenzter kognitiver Therapien über verschiedene Persönlichkeitsanteile, Affekte und Themen hinweg verstanden werden. Die besondere Aufmerksamkeit gilt bei diesem Modell den traumabedingten kognitiv-affektiven Verzerrungen (Fine 1988, 1991) und dysfunktionalen Schemata (Fine 1990, 1996a), die nicht nur als Anker für die verschiedenen dissoziativen Zustände und Alternativpersönlichkeiten dienen, sondern auch für deren Aufrechterhaltung, indem sie über die aktuelle Wirklichkeit falsche Annahmen stützen. Das zielorientierte Integrationsmodell geht von der Annahme aus, dass es notwendig ist, das Denken der verschiedenen Teilpersönlichkeiten zu restrukturieren, um sie dadurch auf die schwere, aber notwendige Arbeit der Traumasynthese und -verarbeitung vorzubereiten (Fine 1988, 1991). In dem Modell wird ferner davon ausgegangen, dass ohne eine erfolgreiche Traumabearbeitung eine weiterreichende Lockerung der amnestischen Barrieren der Teilpersönlichkeiten sowie deren Vereinigung zu einer Einheit nicht möglich sind.

Ein wesentlicher Grundsatz einer ausgewogenen zielorientierten Integrationstherapie ist eine umfangreiche Modifikation traumainduzierter Verzerrungen, die die Grundlage der Teilpersönlichkeiten bilden. Hierdurch sollen die Gefahr von Retraumatisierungen der Persönlichkeit bzw. der Patientin minimiert und die Möglichkeit des Lernens maximiert werden (Fine 1988). Vorausgehende und unter Umständen langwierige kognitive Umstrukturierungen bilden also die Grundlage der Therapie und ermöglichen letztendlich eine gründliche und vollständige Traumabearbeitung. Dieses schrittweise Vorgehen reduziert außerdem das Risiko von Dekompensationen der Patientinnen im Alltag.

## Woher sie kamen: der kognitiv-affektive Hintergrund von DIS-Patientinnen

Dieses Kapitel befasst sich mit der kognitiv-affektiven Welt, wie sie sich für Patientinnen mit DIS darstellt. Zunächst wird ein kurzer Überblick über den Einfluss von Dissoziationen auf die kognitive Realität der DIS-Patientin gegeben, dann folgt eine Beschreibung der affektiven Realität der Patientinnen – einer Sicht der Welt, die sich aus der traumatischen Vergangenheit und den traumainduzierten Erwartungen der Patientinnen ableitet.

### Die kognitive Realität der DIS-Patientin

Misshandelte Kinder denken anders als Kinder ohne Gewalterfahrungen (Fish-Murray et al. 1987). Patientinnen mit DIS berichten laut Forschungsergebnissen, bei Beginn des Missbrauchs durchschnittlich 4,5 Jahre alt gewesen zu sein (Schultz et al. 1989). Meine klinische Erfahrung deutet jedoch auf einen sehr viel früheren Beginn hin. Viele Patientinnen berichten von Vernachlässigung, einem Mangel an Beruhigung und Trost und anderen überwältigenden Erfahrungen, die häufig schon in einem Alter von unter sechs Monaten begannen. Dies deutet darauf hin, dass die kognitive Entwicklung von späteren DIS-Patientinnen durch die Misshandlungen, die sie von frühester Kindheit an erlitten haben, beeinflusst und behindert worden sein muss.

Die Wirkung der kognitiven Probleme wird in der therapeutischen Dyade praktisch sofort sichtbar. Therapeutinnen haben oft das Gefühl, sich mit einer Patientin abzumühen, die nicht nur affektiv überflutet ist, sondern die ihnen auch als pseudowahnhaft, lernbehindert und/oder in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt erscheint. Die kognitiven Lücken und Verzerrungen, die sich als Sekundärfolge der Dissoziationen auf die kognitive Entwicklung der DIS-Patientin im Kindesalter entwickelt haben, können alle Bereiche des Lebens der Patientin durchziehen, können jedoch auch stärker auf bestimmte Bereiche von Dysfunktionen beschränkt sein.

Für dissoziative Patientinnen gilt, dass das Alter beim Beginn des Missbrauchs, seine Intensität und Dauer wie auch die Frage, wer der Täter war, die kognitive Entwicklung des Kindes differenziell beeinflussen. Durch den Missbrauch entwickelt das Kind eine selbstschützende, aber traumainduzierte Sicht der Welt. DIS-Patientinnen halten in vielen ihrer Teilpersönlichkeiten/Ich-Zuständen noch immer an Sichtweisen fest, die auf kindlichen Perspektiven basieren, selbst wenn ihr aktuelles Leben anderes diktiert. Opfer schweren Kindesmissbrauchs fahren darin fort, die aktuelle Umwelt so zu verstehen, zu interpretieren und so auf sie zu reagieren, als würde der Missbrauch noch immer stattfinden oder drohen.

Eine wichtige Randbemerkung, die vielleicht selbstverständlich ist, in der Fachliteratur jedoch oft vernachlässigt wird, ist, dass keine formale Behandlung irgendeiner Form dissoziativer Störungen eingeleitet werden sollte, solange sich die Patientin noch in missbrauchenden Lebensbezügen befindet. Wenn die DIS-Patientin bei Behandlungsbeginn noch *missbraucht wird* und sich nicht nur *missbraucht fühlt*, da sie jede Art von Schwierigkeiten als Missbrauch fehlinterpretiert, sollte sich die Therapeutin zunächst, orientiert an der traumatischen Vorgeschichte der Patientin, auf eine unterstützende Psychotherapie beschränken. Die Therapeutin sollte die Patientin darin unterstützen, sich selbst aus dem

traumatisierenden Umfeld zurückzuziehen. Wenn DIS-Patientinnen in der Gegenwart noch immer missbraucht werden, gibt es keinen Raum für die Arbeit an vergangenen Traumata. Im Gegenteil, ein gängiger Anker, um Teilpersönlichkeiten in die Lage zu versetzen, sich mit früheren Traumatisierungen auseinanderzusetzen, ist zu realisieren und sich selbst immer wieder zu sagen: „Das (*das Trauma*) war damals und so ist es heute: ... Heute ist es anders, heute ist es sicher“. *Die aktuelle Umgebung muss sicher sein, um sich einer Traumatherapie stellen zu können.*

---

Wenn DIS-Patientinnen in der Gegenwart noch immer missbraucht werden, gibt es keinen Raum für die Arbeit an vergangenen Traumata.  
Die aktuelle Umgebung muss sicher sein, um sich einer Traumatherapie stellen zu können.

---

Um auf den Einfluss von Traumatisierungen auf die kognitive Entwicklung zurückzukommen: Missbrauch beeinträchtigt die Fähigkeit des Individuums, sich im Sinne von Piaget (1971) zu akkomodieren und führt zu Schwierigkeiten bei der Selbstkorrektur (Fish-Murray et al. 1987). Die kognitiven Strukturen sind eher starr als veränderlich und es fehlt ihnen eine angemessene Flexibilität. In einem Umfeld von Misshandlungen aufzuwachsen, prädestiniert für Traumaschemata, die die traumatische Geschichte des Individuums widerspiegeln und die eine Anpassung an ein nicht missbrauchendes Umfeld erschweren.

**In einer falschen Zeit und bei falschen Informationen steckengeblieben.** Missbrauch kann auch die Assimilation beeinträchtigen (Fine 1990, 1992). Die Assimilation funktioniert mehr oder weniger nach dem „*Alles-oder-nichts*“-Prinzip. Entweder man assimiliert oder man tut es nicht. Wenn keine Assimilation erfolgt, können sich kognitive Schemata nicht weiterentwickeln. Sie bleiben auf einer früheren kognitiven Entwicklungsstufe fixiert. DIS-Patientinnen sind in ihrer Entwicklung buchstäblich *in einer falschen Zeit und bei falschen Informationen steckengeblieben* („*stuck in time with wrong information*“), da sich dysfunktionale akkomodative und assimilative Funktionen gegenseitig ausspielen und die Patientin so an einer Selbstaktualisierung hindern.

Die Aufgabe der Traumatherapeutin ist so herausfordernd, weil die DIS-Patientin sowohl gestörte kognitive Grundlagen mitbringt, als auch mit völlig ungeeigneten kognitiven Werkzeugen arbeitet.

## Die affektive Realität der DIS-Patientin

Ähnlich wie andere Patientinnen beginnen auch DIS-Patientinnen eine Therapie nicht damit, dass sie angeben, Probleme mit dem Denken und mit Kognitionen zu haben. Ganz im Gegenteil, sie suchen in der Therapeutin oft verzweifelt einen Menschen, der sie von einer ihrer größten Ängste befreit, der Angst, als *verrückt* zu erscheinen.

Die anfangs von DIS-Patientinnen genannten Beschwerden sind häufig uneindeutig. Sie verleiten die Therapeutin oft dazu, eine ganze Reihe von affektiven Störungen in Erwägung zu ziehen, die alle vorliegen mögen, die aber die übergeordnete Diagnose einer dissoziativen Störung nicht erfassen. DIS-Patientinnen berichten gewöhnlich von schweren Depressionen, Angst, Panikattacken, vielfältigen Phobien und Hypomanie (Bliss 1984; Fine 1992;

Putnam et al. 1986). Die Überfülle an affektiven Symptomen macht es so schwierig, dieses vielgestaltige Syndrom zu diagnostizieren. Akute emotionale Reaktionen sind die Norm und werden häufig von Situationen (Menschen, Plätzen, Interaktionen) hervorgerufen, die durch Reizgeneralisierung mit dem Missbrauch oder den Tätern assoziiert worden sind. Je stärker die Trigger generalisiert sind, umso beeinträchtigt ist die Patientin (Fine 1990).

Der Unterschied zwischen Patientinnen mit DIS und Patientinnen mit anderen Störungen liegt darin, dass die Affekte von DIS-Patientinnen entweder flüchtiger und schwerer fassbar oder aber stärker etabliert und unveränderlicher sind als bei anderen Patientinnengruppen. Innerhalb der Therapie werden die DIS-Patientinnen lernen, ihren Gefühlen einen Sinn beizumessen und sie verschiedenen Teilpersönlichkeiten, realen biografischen Ereignissen oder komplexen, fantasiebasierten und mit dem Missbrauch verbundenen Konstrukten zuzuordnen.

Um dieses grundlegende Selbstverständnis erreichen zu können, müssen die Traumata bearbeitet werden. Bei einer Traumabearbeitung ist es entscheidend, dass die emotionale Seite des Ereignisses wahrgenommen, zugelassen und akzeptiert wird. Dadurch wird es möglich, Informationen zu integrieren, die ursprünglich nicht assimiliert werden konnten. Indem Gefühle wieder mit einem Ereignis in Beziehung gesetzt werden, das vielleicht ursprünglich sowohl von der Therapeutin als auch von der Patientin als irrelevant betrachtet wurde, kann letztendlich deutlich werden, dass diese eine Erfahrung die affektive Grundlage für zahlreiche Vorhersagen und Annahmen bildete (Fine u. Comstock 1989).

Da Therapeutin und Patientin *nicht wissen, was sie nicht wissen*, müssen alle Kognitionen und Affekte mit dem gleichen Ziel betrachtet werden. Sie müssen sorgfältig in die richtige Reihenfolge und den richtigen Zusammenhang gebracht werden („to realign“), um den Patientinnen zu helfen, ihre Welt zu verstehen. Das kognitiv-affektive Fundament der DIS-Patientin muss sowohl respektiert als auch infrage gestellt werden. Die Therapeutin muss äußerste Vorsicht und viel Fingerspitzengefühl walten lassen, wenn sie sich diesem Fundament widmet, aber es muss trotzdem deutlich und konsistent infrage gestellt werden.

Das zielorientierte Integrationsmodell nähert sich diesem Fundament eher von der *kühlen* Seite (Kognition) als von der *heißen* Seite (Affekt) her. Es ist von herausragender Bedeutung, dass Traumatherapeutinnen für traumainduzierte Verzerrungen aufmerksam sind, sie verstehen und lernen, ihre DIS-Patientinnen bei der Entflechtung der Verzerrungen zu unterstützen, bevor korrektive Traumabearbeitungen gemacht werden.

## Häufig auftretende kognitive Verzerrungen von DIS-Patientinnen

Eine depressive Symptomatik gehört bei 80 % der DIS-Patientinnen (Putnam et al. 1986) zum affektiven Erscheinungsbild der Störung. Die Qualität des depressogenen Denkens hebt sich jedoch insofern von dem nicht dissoziativer Patientinnen ab, als dass es den Charakter eines wahnhaften Glaubens oder eines tief verwurzelten Wahrnehmungsdefizits hat. Eine Therapeutin, die in der Arbeit mit DIS unerfahren ist, läuft Gefahr, diesen Denkstil nicht als hypnotisch verwurzelte und traumainduzierte Kognitionen und Annahmen, sondern als Denkstörung oder als psychotisch zu interpretieren.

Fine (1988, 1990) hat mehrere Kategorien von kognitiven Determinanten skizziert, die den pseudowahnhaften Charakter und die für DIS-Patientinnen typischen kognitiven Verzerrungen erfassen. Diese Verzerrungen müssen in den Anfangsstadien der Therapie so-

wohl von der Therapeutin als auch von der Patientin angegangen werden. Regelmäßige und fortwährende Aufmerksamkeit für diese fixierten, traumabasierten falschen Annahmen sind die Grundvoraussetzung für eine spätere Traumabearbeitung. Die Kognitionen werden in der Post-Integrationsphase der Therapie nochmals aufgegriffen, wenn die Psyche der Patientin flexibler auf Selbstexploration und Realitätsüberprüfungen reagieren kann. Die typischen kognitiven Verzerrungen sind:

- dichotomes Denken,
- selektive Abstraktion,
- willkürliche Schlussfolgerungen,
- Übergeneralisierung,
- Katastrophisieren,
- Zeitverzerrungen,
- Verzerrungen der Selbstwahrnehmung,
- exzessive Verantwortlichkeit,
- zirkuläres Denken,
- Fehllannahmen über kausale Zusammenhänge.

### Dichotomes Denken

Beim dichotomen Denken oder „*Alles-oder-nichts*“-Denken besteht die Tendenz, Erfahrungen in eine von 2 Extremkategorien zu klassifizieren und zu organisieren. Dies ist die typische Art des Denkens von DIS-Patientinnen, es ist die primäre kognitive Ausdrucksform von Dissoziation. Das Kind, das eine DIS entwickelt, kann es nicht aushalten, 2 Arten von affektiv besetzten, inkonsistenten und nicht tolerierbaren Informationen im Kopf zu behalten.

Das missbrauchte Kind kann z.B. das Wissen, dass „Vati mich liebt“, nicht koexistieren lassen neben dem Wissen, dass es gleichzeitig auch „Vati ist, der mich vergewaltigt“. Daher ist es eine häufige Anpassungsform bei DIS-Patientinnen, eine Teilpersönlichkeit zu schaffen, die Vati liebt und eine andere, die ihn hasst, wobei mitunter keine von beiden Persönlichkeiten von der Existenz der anderen weiß. Häufiger jedoch weiß die Persönlichkeit, die den Vater hasst, von dem Anteil, der den Vater liebt, weigert sich jedoch, mit diesem Anteil in Kontakt zu treten, da sie „Papas kleines Mädchen“ verrückt und ziemlich dumm findet. Die wütende Persönlichkeit realisiert nicht, dass ihre Vermeidung des anderen Persönlichkeitsanteils wiederholte und fortlaufende Missbrauchserfahrungen im Erwachsenenalter fördert. Ohne die Rückmeldung der wütenden Persönlichkeit wird die „Papas-kleines-Mädchen“-Persönlichkeit nicht lernen, missbrauchende von nicht missbrauchenden Männern zu unterscheiden.

„Alles-oder-nichts“-Denken durchdringt die Welt der Patientinnen mit dissoziativen Störungen. In der therapeutischen Arbeit müssen die vielen Arten, in denen Persönlichkeitsanteile von dichotomem Denken Gebrauch machen, beachtet werden. Manchmal, wie im vorherigen Beispiel, vertreten 2 Persönlichkeiten gegensätzliche Ansichten, ein anderes Mal haben 2 Gruppen von Persönlichkeiten sehr unterschiedliche Ansichten und in anderen Momenten schließlich kann die starke Polarisierung auch innerhalb einer einzelnen Persönlichkeit vorliegen.

Viele der im Folgenden besprochenen kognitiven Verzerrungen sind letztendlich Varianten und Abkömmlinge dieser Tendenz zu dichotomen Klassifizierungen.

### Selektive Abstraktion

Bei der selektiven Abstraktion werden bestimmte Einzelheiten eines Ereignisses bzw. einer Erfahrung aus dem Kontext herausgelöst. Die DIS-Patientin scheint zunächst unfähig zu sein, wichtige hervorstechende Merkmale in die Wahrnehmung eines Ereignisses zu integrieren. Ist die Wahrnehmung in dieser Art und Weise beeinträchtigt, können die Interpretation und Bewertung des Ereignisses nur verzerrt sein. Die Bewertung des Ereignisses wird von einer unvollständigen und eingegengten Datenbasis abgeleitet. Dies führt zu uneindeutigen Bedeutungszuschreibungen und z.T. zu himmelschreiend falschen Schlussfolgerungen.

Indem sie die selektive Abstraktion unhinterfragt einsetzen, bringen sich DIS-Patientinnen selbst um die Möglichkeit, ein Ereignis, mit dem sie sich beschäftigen, in seiner Ganzheit wahrzunehmen. Sie blockieren mithilfe einer Art Selbsthypnose eingehende Informationen oder verzerren diese und leiten dann eine Erklärung ab, die am besten zu ihrem subjektiven Erleben passt.

Eine meiner DIS-Patientinnen ignorierte hartnäckig die Tatsache, dass die Männer, die sie in zwielichtigen Bars traf, das Gefühl hatten, dass sie sie für eine Nacht abschleppen wollte. Sie ignorierte dabei 2 Dinge:

- Die Bars, die sie sich aussuchte, befanden sich in einer gefährlichen und kriminellen Gegend der Stadt.
- Die Männer initiierten gleich von Beginn der Treffen an offen sexuelle Gespräche.

Bis ich detailliert die Lage der Bars und den genauen Inhalt der Gespräche explorierte, zog die Patientin es vor zu glauben, dass eine Bar eben eine Bar ist und dass sie in der Lage sei, allein aus dem Vokabular dieser Männer darauf zu schließen, wie schlau sie seien. Den Inhalt der Gespräche übersah sie dabei vollkommen. Ich wurde von einigen Persönlichkeiten als *Spielverderberin* wahrgenommen, *die nicht weiß, wie man Spaß haben kann*, während andere wegen möglicher Konsequenzen ihres Verhaltens entsetzt waren. Die Persönlichkeit, die ursprünglich in die Bars ging, war hingegen von Grund auf ahnungslos.

### Willkürliche Schlussfolgerungen

Bei diesem Reaktionsmuster werden spezifische Schlussfolgerungen gezogen, ohne dass Beweise für deren Zutreffen vorliegen. Es gibt eine offensichtliche Verbindung zwischen dieser Störung und den beiden vorherigen. Da die Annahmen der Teilpersönlichkeiten über die Welt auf solchen unvollständigen oder fehlinterpretierten Daten beruhen können, ist es wichtig, in der therapeutischen Arbeit für die Grundlagen der Aussagen aller Persönlichkeiten wachsam zu sein. Selbst Sprache kann für Therapeutin, Patientin und für die verschiedenen Persönlichkeiten sehr unterschiedliche Bedeutungen haben. Da die Therapeutin u.U. zunächst nicht weiß, welche Teilpersönlichkeiten bei der Entscheidungsfindung welche Annahmen aktiviert haben und da DIS-Patientinnen ihren eigenen



Interpretationen der Realität zunächst oft mehr trauen als denen der Therapeutin, obliegt es der Therapeutin, für die vielen möglichen Bedeutungen, die Sprache annehmen kann, aufmerksam zu bleiben. Die Therapeutin muss die Angemessenheit der Bedeutung systematisch überprüfen und dabei keine Aussage auslassen, selbst oder gerade angesichts von Protesten der Patientin.

Es ist z.B. für eine (dichotom geformte) wütende Persönlichkeit nicht ungewöhnlich, eine andere Teilpersönlichkeit, die als schwächer wahrgenommen wird, dahingehend zu kritisieren, dass sie stärker, schneller, größer, kleiner etc. sein sollte. Dabei übersieht *die Wütende* typischerweise viele Einzelheiten des Ereignisses, aufgrund dessen sie *die Schwache* kritisiert (selektive Abstraktion). Die wütende Persönlichkeit hat keine Skrupel, der *Schwachen* gegenüber zurückweisend, kritisch und destruktiv zu sein. Diese Haltung ist kognitiv verzerrt und dient den Schutzmechanismen der *Wütenden*. Gewöhnlich wird eine vollständige Kommunikation mit dem schwächeren Anteil eingeleitet, wenn die *Wütende* das Gesamtbild erfasst. Aber die *Wütende* fühlt sich als Folge davon weniger stark und stärker erschöpft.

Solche Verzerrungen zu korrigieren, wird regelmäßig zu einem Ansatzpunkt zur Integration, indem die Persönlichkeiten lernen, dass sie sich mehr ähneln als unterscheiden.

### Über- oder Untergeneralisierung

Hierbei handelt es sich um ein Antwortmuster, bei dem aus einzelnen Beispielen oder nicht existierenden Daten falsche Schlüsse gezogen werden. Die Patientin scheint von einer Erklärung zur anderen zu springen, trifft auf der Basis ungenügender Hintergrundinformationen eine Entscheidung nach der anderen und übernimmt schließlich in dem jeweiligen Zusammenhang eine Extremhaltung.

Eine typische übergeneralisierte Verzerrung von weiblichen DIS-Patientinnen, die von ihrem Vater sexuell missbraucht wurden, ist die Schlussfolgerung: „Mein Vater ist schlecht – er ist ein Mann – alle Männer sind schlecht“. Diese Schlussfolgerung ist nicht spezifisch für DIS, kann aber in den Teilpersönlichkeiten der DIS-Patientin in kompromissloserer Weise abgekapselt werden als bei nicht dissoziativen Patientinnen. Manche Frauen mit DIS *entscheiden sich* aufgrund dieses Syllogismus für Homosexualität oder sie *entscheiden sich*, Männer zu verführen, um das, was mit ihrem Vater geschah, zu überkompensieren oder ungeschehen zu machen und enden damit, die Männer und sich selbst noch mehr zu hassen.

Ein Beispiel für eine Untergeneralisierung könnte sich in der Unfähigkeit einer DIS-Patientin ausdrücken, zu *verstehen* und anzuerkennen, dass ihr derzeitiger alkoholabhängiger Partner, der sie bereits einmal geschlagen hat, auch sonst in vielfacher Weise einem früheren Partner ähnelt, der Alkoholiker war und die Patientin ständig schlug. Untergeneralisierung führt hier dazu, dass sie weiter in Gefahr ist.

### Katastrophisieren/Entkatastrophisieren

Katastrophisieren ist ein Antwortmuster, das in der Kindheit der DIS-Patientin keine Verzerrung darstellte, sondern angemessen war. Die Wirklichkeit in der Kindheit der Patien-

tin war katastrophal. Unglücklicherweise wirkt das Fortbestehen von Kognitionen, die die Katastrophisierung von normalen Ereignissen oder Rahmenbedingungen begünstigen, als konditionierter Reiz, der dysfunktionale, konditionierte emotionale Reaktionen aufrecht-erhält.

Eine DIS-Patientin wird z. B. vor dem Hintergrund, dass ihr Missbraucher ein Mann war, ängstlich, misstrauisch und paranoid, wenn sie in meinem Wartezimmer die Stimme meines männlichen Mitarbeiters hört. Sie ist überzeugt, dass mein Kollege in mein Büro eindringen und sie vergewaltigen wird. Andere DIS-Patientinnen reagieren in solchen Situationen z. B. mit Altersregressionen und bekommen Flashbacks. Sie katastrophisieren gewöhnliche Rahmenbedingungen.

Auf der anderen Seite können wichtige aktuelle Tagesereignisse so entkatastrophisiert und ignoriert werden, dass sie das Leben der Patientinnen in der Gegenwart gefährden. Eine sexuell traumatisierte DIS-Patientin, die trotz vaginaler oder rektaler Blutungen einen Arztbesuch vermeidet, unterschätzt bzw. entkatastrophisiert unter Umständen die Ursache der Blutung.

Eine meiner Patientinnen hat mir gegenüber z. B. nicht erwähnt, dass sie über einen Zeitraum von etwa 6 Monaten hinweg ununterbrochen vaginale Blutungen hatte. Einige Persönlichkeiten hatten die Blutungen nicht bemerkt. Sie halluzinierten das Blut negativ. Andere Persönlichkeiten, die den Ablauf der Zeit nicht verfolgen konnten, rationalisierten den heftigen Blutfluss, indem sie ihn auf die Menstruation zurückführten. Andere, selbstschädigende Teilpersönlichkeiten entschlossen sich, aus dem Blutfluss Vorteil zu ziehen, indem Selbstverletzungen unbemerkt blieben. Diese DIS-Patientin wachte eines Morgens in einer Blutlache auf. Daraufhin musste ihr in einer Notoperation die Gebärmutter entfernt werden. Natürlich wurde sie außerdem wegen Anämie behandelt. Ihre kognitiven Störungen hätten sie umbringen können. Sie haben in jedem Fall dazu beigetragen, dass sie fast starb und dass sie niemals in der Lage sein wird, eigene Kinder zu bekommen.

### **Desorientierung/Verzerrung von Ort, Zeit und Person**

Bei diesen Reaktionsformen glauben die DIS-Patientinnen, in einem anderen Monat, Jahr oder einer anderen geografischen Lebensumgebung zu sein, sie fühlen und handeln entsprechend diesen gestörten Zeit- bzw. Ortsannahmen.

Manche Beispiele können dramatisch sein, wie z. B. das einer amerikanischen DIS-Patientin, die glaubte, Engländerin zu sein und in der Zeit von Emily Dickinson zu leben (fantasiebasierte Verzerrung). Eine meiner DIS-Patientinnen glaubte, in den 1950er Jahren zu leben und meinte deswegen, sich niemandem anvertrauen zu können. Sie glaubte, dass jeder Erwachsene ein Freund ihrer Mutter sei. Ihr Schweigegelübde leitete sich aus einer Kindheitserfahrung ab, bei der sie einem Erwachsenen anvertraute, dass ihre Mutter sie sexuell missbrauchte. Der Erwachsene war ein Freund der Mutter, der diese mit der Aussage des Kindes konfrontierte. Die Mutter verleugnete den Missbrauch und rächte sich an dem Kind. Das Misstrauen dieser DIS-Patientin mir gegenüber war verständlich und konnte abgebaut werden, indem ich ihr half, sich in die Gegenwart zurückzuorientieren.

Die Persönlichkeiten, die am meisten von der Reorientierung in Zeit und Ort zu profitieren scheinen, sind Kinderpersönlichkeiten und täteridentifizierte Introjekte.

### Verzerrungen der Selbstwahrnehmung

Dieses Reaktionsmuster ist typisch für Menschen mit Missbrauchserfahrungen. Es ist oft verführerisch, die vielen selbsthypnotisch bedingten Verzerrungen von DIS-Patientinnen infrage zu stellen. Allerdings ist es oft wenig hilfreich und eher fruchtlos, das selbsthypnotisch geschaffene Bild, das die Basis für die Identität einer Teilpersönlichkeit bildet, zu hinterfragen. Die Patientin nimmt solche Konfrontationen oft als Frontalangriff wahr und wird *ausagieren* oder beschließen, Ihnen zu beweisen, dass Sie falsch liegen. Je eher eine solche Konfrontation im therapeutischen Prozess stattfindet, umso stärker wird diese Polarisierung ausfallen.

Ein Beispiel aus meiner Praxis: Ich hinterfragte das Geschlecht (nicht die Existenz) einer bestimmten Teilpersönlichkeit. Ich erwog anzudeuten, dass „er“ in Wirklichkeit das gleiche Geschlecht hatte wie der weibliche Host und dass es mir daher als hilfreich erschien, mit den anderen Persönlichkeitsanteilen zu kooperieren, anstatt männliche Verführungsrituale gegenüber weiblichen Personen im Umfeld der Patientin auszuagieren. Am Ende der Sitzung eilte die Patientin aus dem Therapiezimmer und ging wie gewöhnlich auf die Damentoilette. Kurz darauf klopfte sie sehr verwirrt und mit völlig durchnässtem Rock an meine Tür. Die männliche Teilpersönlichkeit war auf der Toilett „herausgekommen“ und hatte offensichtlich erfolglos versucht, im Stehen zu urinieren. „Er“ hatte beschlossen, mir zu beweisen, dass er wirklich ein Mann war.

### Exzessive Verantwortlichkeit bzw. Unverantwortlichkeit

Diese Gruppe von Verzerrungen dirigiert Persönlichkeiten in eine von 2 Richtungen:

- Einerseits reagieren sie selbst bei kleinen Anlässen oft mit übermäßigen Selbstvorwürfen, Selbstgeißelung und Schuldgefühlen,
- andererseits neigen sie zu starkem Ausagieren und/oder Risikoverhalten.

Häufig haben junge Teilpersönlichkeiten Probleme, Feedback von Therapeutinnen zu negativem Verhalten zu akzeptieren, ohne sich kritisiert zu fühlen. Sie fühlen sich extrem verantwortlich für das explorierte Verhalten. Wenn diese Persönlichkeitsanteile direkt angesprochen werden oder sich nur irgendwie kritisiert fühlen, können sie kollabieren und das gesamte psychische System schwächen. Der Rest der Sitzung und vielleicht auch die folgenden Stunden werden sich dann darauf konzentrieren müssen, die Patientin zu re-stabilisieren. Das bedeutet nicht, dass die Therapeutin das unangemessene Verhalten der Patientin nicht ansprechen sollte, es bedeutet lediglich, dass sich die Therapeutin der möglichen Folgen bewusst sein muss.

Wenn über einen längeren Zeitraum hinweg übermäßig häufig Zusammenbrüche bei einer Patientin in Situationen auftreten, in denen die Therapeutin nicht immer und in jeder nur erdenklichen Weise positiv reagiert, kann dies Folgendes widerspiegeln:

- therapeutischen Widerstand,
- unbearbeitete traumatische Übertragungen,

- gezielte Fehlinterpretationen von missbrauchenden Introjekten, die die Kinderanteile in die Dekompensation treiben,
- geringe Ich-Stärke bei Patientinnen, die eine sehr niedrige Toleranzschwelle für jede Form von inneren und äußeren Einflüssen haben,
- einen sekundären Krankheitsgewinn (immer ein Problem bei Empfängerinnen von Sozialhilfe/Erwerbsunfähigkeitsrente o.ä. oder beim Fortbestehen einer sadomasochistischen Beziehung im Leben der Patientin).

Störungen in Richtung Unverantwortlichkeit gibt es oft bei adoleszenten Teilpersönlichkeiten, die sich nicht darum zu kümmern scheinen, was für das Gesamtsystem der Persönlichkeitsanteile am besten sein könnte. Das Persönlichkeitssystem als Ganzes interessiert sie nicht, „*da ich nicht zu denen gehöre, da ich keine Teilpersönlichkeit, sondern eine separate Person bin, da ich tun kann, was ich will*“ oder „*da Sie (Therapeutin) mir genauso wenig vorschreiben können, was ich zu tun habe, wie sie (Host-Persönlichkeit) es kann*“. Patientinnen mit einer NNBDS-Diagnose (NBDS=nicht näher bezeichnete dissoziative Störung) scheinen hingegen eher als Ganzes auf einen inneren Druck zu reagieren, den sie kaum erklären können.

### **Zirkuläres Denken**

Zirkuläres Denken ist eine Reaktionsform, bei der Prämissen und Schlussfolgerungen vermischt und austauschbar werden. Dieser Reaktionsstil kann in der Therapie bei erwachsenen Teilpersönlichkeiten, die bereits das Stadium der formalen Operation im Sinne Piagets erreicht haben, leicht bearbeitet werden.

Alternativpersönlichkeiten, die kognitiv arretiert oder entwicklungsverzögert sind, können Konfrontationen mit der Zirkularität ihres Denkens als Angriff, Beleidigung oder Täuschung interpretieren. Solche verfrühten Interventionen können zu Störungen der therapeutischen Beziehung führen, bei denen kaum Aussicht auf eine Lösung oder Beendigung besteht. Um dies zu vermeiden, muss die Therapeutin bei der Arbeit mit Anteilen mit niedrigem kognitiven Entwicklungsniveau unter Umständen darauf warten, dass diese Anteile von der Arbeit mit ihnen nahestehenden und kooperativen Teilpersönlichkeiten profitieren, denen die Anteile vertraut und deren Interpretationen und Anleitung (*Guidance*) die anderen Persönlichkeiten als Modell nutzen können.

### **Fehlannahmen über kausale Zusammenhänge**

Dies sind Reaktionsformen, die offensichtlich mit Problemen einer angemessenen Übernahme von Verantwortung sowie mit zirkulärem Denken verbunden sind. Die DIS-Patientin bleibt in fixierten Denkstilen, eingeengten Affekten und vorbestimmten Verhaltensweisen verstrickt. Es kommt zu keinen Lerneffekten aus Gegenwartserfahrungen. Die Teilpersönlichkeiten hinterfragen weder ihre Interpretationen, ihr Verhalten, ihre Wahrnehmungen noch die Reaktionen von anderen. Die Persönlichkeitsanteile leben in der Vorstellung der Patientin, als ob die Regeln der Vergangenheit die Regeln der Gegenwart wären. Ihre Schwierigkeiten, Ereignisse aus vorausgehenden Anzeichen vorherzusehen, verstärken die phobischen Stile der Patientinnen und untermauern in ihrer subjektiven Wahrnehmung

fälschlicherweise ihre eigene Logik als kausal und nicht als Folge multipler Trancezustände. Schwierigkeiten, die dadurch entstehen, dass falsche Verbindungen zwischen unabhängigen Ereignissen hergestellt werden, haben einen ähnlichen Effekt.

Eine Kinderpersönlichkeit glaubte z.B., dass ihr Verhalten das Missbrauchsverhalten ihres Vaters auslöste. Ihr Vater hatte ihr beispielsweise gesagt, dass sie ein böses Kind sei, da sie (im Alter von 6 Jahren) einen Rechtschreibfehler beim Abschreiben ihrer Hausaufgaben gemacht hatte. Daher lastete sie sich den Missbrauch selbst an und ihr Vater hatte ihr tatsächlich gesagt, dass er sie nicht vergewaltigt hätte, wenn sie nicht diesen Rechtschreibfehler gemacht hätte. Dem Vater zufolge war es allein ihr Fehler, sie habe es herausgefordert.

Erst mit fortschreitender Therapie konnte die Kinderpersönlichkeit allmählich realisieren, dass die Verantwortung für den Missbrauch allein beim Vater lag und nicht bei ihr. Diese Realisierung und eine angemessene Rekontextualisierung erfolgten natürlich langsam.

Die Patientin konnte durch ihre Selbstanklage vermeiden, sich mit ihren Gefühlen der Hilflosigkeit als Kind auseinanderzusetzen. DIS-Patientinnen müssen zunächst ein gewisses Maß an Affekttoleranz und Ich-Stärke erreichen, bevor sie sich darauf einlassen können, bewusst und mutig wahrzunehmen, wie sehr die Lebensumstände während ihrer Kindheit und Jugend außerhalb ihrer Kontrolle waren.

Diese 10 kognitiven Verzerrungen existieren oft gleichzeitig im Kopf der DIS-Patientin und beeinflussen sich gegenseitig. Sie stützen sich gegenseitig und beeinträchtigen die Patientin in bedeutsamer Weise. Sie tragen zu dem Gefühl von einem Vor und Zurück in der Therapie und im Alltag bei und sie frustrieren Therapeutin und Patientin gleichermaßen, aber sie können und müssen immer wieder aufs Neue angesprochen werden. Mit Energie und Hartnäckigkeit in der therapeutischen Arbeit sind sie veränderbar.

## Therapieziel: Langzeitperspektive und kurzfristige Möglichkeiten

Für eine sinnvolle Arbeit nach dem zielorientierten Integrationsmodell müssen die Beteiligten, Therapeutin und Patientin, die Grundannahmen des kompensatorischen Modells der Verantwortlichkeit (Fine 1999) anerkennen, nach dem Patientinnen eine bewusste Wahl treffen und nach dem Veränderung möglich ist.

In jeder Therapie, insbesondere bei der Behandlung einer DIS, gibt es fortlaufend Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen, die in der Therapeutin-Patientin-Dyade getroffen werden. Manche davon werden im gemeinsamen Gespräch getroffen, andere nicht, manche implizit und manche explizit (Fine 1996b). Das Maß an Offenheit der Kommunikation innerhalb der therapeutischen Dyade, unter den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen sowie zwischen den einzelnen Persönlichkeitsanteilen und der Therapeutin wird das Erreichen des Therapieziels, also kongruenter Ziele und Motivationen der verschiedenen Anteile (Kluft 1984), entweder erleichtern oder behindern.

**BASK-Modell der Dissoziation.** Fine (1990) übernimmt von Braun (1988) ein Modell für die Konkretisierung der Behandlungsziele bei DIS. Brauns BASK-Modell der Dissoziation (BASK: Behavior=Verhalten, Affect=Gefühle, Sensation=Wahrnehmung/Körperempfin-

dung und Knowledge = Wissen) deckt sich weitgehend mit einem kognitiv orientierten Behandlungsansatz, bei dem Therapeutin und Patientin, entsprechend dem experimentellen Modell der kognitiven Verhaltenstherapie, Hypothesen über zugrunde liegende Annahmen und Schlussfolgerungen der verschiedenen Persönlichkeitsanteile überprüfen (Fine 1988, 1990, 1991). Die traumabedingten kognitiven Verzerrungen und Annahmen (Fine 1988) zu erkennen, ist eine Voraussetzung dafür, die Grundlage zu verstehen, auf der die Teilpersönlichkeiten aufgebaut sind. Diese Schlussfolgerungen definieren das innere Leben von DIS-Patientinnen und manchmal definieren sie auch den offenen Ausdruck ihres Verhaltens. Bevor zur Traumabearbeitung übergegangen wird, soll das langsame und vorsichtige Infra-gestellen der kognitiven Verzerrungen (Fine 1988), die jede Persönlichkeit in sich trägt, zu Folgendem beitragen:

- Die Intensität der Affekte und Empfindungen, die eine Persönlichkeit in sich trägt, soll vermindert werden, indem eine kognitiv-affektive oder eine kognitiv-empfindungsorientierte Dissonanz innerhalb eines Persönlichkeitsanteils aufgebaut wird. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit verringert, dass es zu einem Verlust der hypnotischen Abgrenzung (*Duality*) und dadurch zu Retraumatisierungen kommt, wenn die *Gedächtnisinhalte* der Teilpersönlichkeiten bearbeitet werden. (Eine hypnotische Abgrenzung aufrechtzuerhalten impliziert letztlich, dass die Patientin sowohl für die Vergangenheit als auch für die Gegenwart Verbindung und Bewusstsein aufrechterhalten kann.)
- Das Leiden, die dysphorischen Aspekte und die schmerzhaften Erinnerungen, die die „*Raison d'être*“ für eine Teilpersönlichkeit oder für eine Gruppe von mit einem gemeinsamen Thema verbundenen Persönlichkeiten darstellen, sollen gemildert werden.
- Es soll ein Prozess eingeleitet werden, um die BASK-Erfahrungen von kooperierenden Teilpersönlichkeiten anzugleichen und spontane Integrationen von zunehmend ähnlichen Teilpersönlichkeiten (Fine 1991) zu fördern.
- Durch eine Forcierung der hypnotischen Abgrenzung soll das Auftreten von Retraumatisierungen während der formalen Traumabearbeitung vermindert werden, so dass Patientin und Therapeutin eine aktive Durchführung der fraktionierten Abreaktionen ermöglicht wird.

Eine fortlaufende sorgfältige Bearbeitung, Wiederaufnahme und das Wiedererleben von Affekten und Empfindungen unter Teilpersönlichkeiten, deren kognitive Realitäten sich immer ähnlicher werden und verschmelzen, führt letztendlich durch die Angleichung von BASK-Erfahrungen zu einer vollständigen Integration der Persönlichkeitsanteile.

Solange es noch unterscheidbare Persönlichkeitsanteile gibt, müssen notwendigerweise auch noch unterschiedliche BASK-Erfahrungen vorhanden sein. Wenn 2 Teilpersönlichkeiten identische BASK-Erfahrungen hätten, würde dies bedeuten, dass sie 2 identische Persönlichkeiten wären. Da der menschliche Geist sehr „sparsam“ ist, gäbe es keinen Grund, die Spaltung in 2 identische Teilpersönlichkeiten mit gleicher Erfahrung aufrechtzuerhalten. Ein einziger Anteil würde vollkommen ausreichen. Daher werden Persönlichkeitsanteile, wenn sie miteinander interagieren und sich austauschen, einander zunehmend ähnlicher und ihre BASK-Erfahrungen werden immer vergleichbarer.

Die Absorption von BASK-Erfahrungen über verschiedene Persönlichkeitsanteile hinweg ist ein für die Patientin wünschenswertes Ergebnis, um die Häufigkeit von Reviktimisierungen im Erwachsenenalter zu senken (Kluft 1990). Der Therapeutin erlauben wiederholte Angleichungen von BASK-Erfahrungen bei einer DIS-Patientin, einen roten Faden bei der

Behandlung des Gesamtsystems der Anteile zu verfolgen („allows the therapist for a tracking methodology of the system of parts“).

Patientinnen sind häufig beunruhigt und besorgt über die Aussicht, die Zahl von Persönlichkeitsanteilen, die sich von Kindheit an als effektive Helfer erwiesen haben, zu reduzieren. Die Integration der Teilpersönlichkeiten passt daher unter Umständen nicht in die Vorstellung oder den Zeitgeist der Patientin, die vielleicht eher nach Symptomerleichterung als nach Ganzheit strebt. Zunächst ist es vor allem wichtig, posttraumatische Symptome zu reduzieren, unabhängig davon, ob die Patientin sich dazu entschließt, in Zukunft das Ziel der Integration zu verfolgen oder nicht (Chu 1998; Fine 1990, 1991, 1993, 1999; Kluft 1991b). Hierfür ist es erforderlich, Kontakt zu den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen oder Erfahrungsträgern aufzunehmen, um mit oder ohne den Einsatz formaler Hypnose das System des Bewusstseins neu zu ordnen.

Ein eigensinniges Beharren der Therapeutin auf Diskussionen über die Integration, während die Patientin erstens wegen auftretender Symptome und/oder zweitens wegen bereits mobilisierter, aber bisher noch nicht bearbeiteter traumatischer Übertragungen Angst vor der Therapeutin hat, wird sich nicht nur als fruchtlos für die Therapie erweisen, sondern sogar als potenziell tödlich für das sich entwickelnde Arbeitsbündnis. Diskussionen über das Thema Integration müssen einfach und direkt sein. Den DIS-Patientinnen muss klargemacht werden, dass die Integration eine Entscheidung ist, die sie letztendlich selbst treffen müssen und dass es nicht die Sache der Therapeutin ist, diese Entscheidung zu übernehmen.

## Phasen der DIS-Therapie: Entscheidungspunkte für Therapeutinnen und Patientinnen

Eine gezielte phasenorientierte Therapie hilft, die Behandlung so zu organisieren, dass DIS-Patientinnen einen vorhersehbaren, konsistenten Rahmen finden, in dem sie allmählich lernen können, dass sich ihre heutige Realität von der Realität ihrer Vergangenheit unterscheidet (Fine 1990, 1991). Ein weiteres wichtiges Element im Rahmen der phasenorientierten Therapie ist das abwechselnde Stützen und Hinterfragen der zwanghaften Schutzmechanismen der DIS-Patientinnen (Fink u. Golinkoff 1990).

Das zielorientierte Integrationsmodell steht mit phasenorientierten Therapien für traumabedingte Störungsbilder (Herman 1992; Kluft 1999b) in Einklang, ist allerdings nicht mit ihnen identisch. Es gibt 3 festgelegte Phasen, die bei der DIS-Therapie nach dem zielorientierten Integrationsmodell durchlaufen werden (Fine 1991, 1992, 1993):

- die Affektsuppressionsphase,
- die Phase der Affektabschwächung (Dilution-of-Affect-Phase), die die Präintegrationsphase der DIS-Therapie darstellt,
- die Postintegrationsphase der Therapie, in der noch bestehende Konflikte in einem ganzheitlicheren und vereinigten Bewusstsein gelöst werden.

Die Affektsuppressionsphase ist als Phase der Stabilisierungs- und *Erdungsarbeit* gedacht, während in der Phase der Affektabschwächung gezielt Traumabearbeitungen durchgeführt werden. Die Postintegrationsphase der Therapie ähnelt weitgehend einer Therapie mit neurotischen oder persönlichkeitsgestörten Menschen und umfasst eine weitere Bearbeitung der jetzt integrierten Erfahrungen. Diese Therapiephase wird im vorliegenden Kapitel nicht weiter besprochen.

## Die Affektsuppressionsphase

Dies ist die Anfangsphase der Therapie, während der Therapeutin und Patientin sich gegenseitig kennenlernen. In diesem Stadium der Arbeit prüft die Patientin die Therapeutin und erprobt, ob die Therapeutin empathisch, innerlich beteiligt, verständnisvoll, ehrlich und fachlich kompetent ist. In dieser ersten Therapiephase beginnt die Patientin, mit der Therapeutin ein Arbeitsbündnis aufzubauen und überprüft, ob die Therapeutin konsistent und vorhersagbar reagiert.

Die Therapeutin beginnt während dieser Eingangsphase die Patientin zu stärken, indem sie ihre Versuche unterstützt, Selbstwirksamkeit und wirkliche Kontrolle über ihr Verhalten und ihre Affekte und Empfindungen zu gewinnen (Fine 1991, 1999). Grenzen werden besprochen und angewandt. Außerdem kämpfen die Patientinnen in dieser Therapiephase aktiv gegen diese Grenzen an. Die Therapeutin etabliert sich selbst als eine Mitstreiterin in einem langen und anstrengenden Prozess, der sowohl eine psychoedukative als auch eine explorative Basis hat.

## Die Persönlichkeiten

In der Phase der Affektsuppression beginnt die Therapeutin, sich in einer offeneren Form mit dem bevorzugten Abwehrmechanismus der DIS-Patientin zu befassen, mit den Teilpersönlichkeiten. Teilpersönlichkeiten repräsentieren Ich-Zustände (Watkins u. Watkins 1997) mit starken und in unterschiedlichem Maße undurchlässigen Grenzen. Diese Grenzen können, ähnlich wie Zellmembranen, selektiv und unterschiedlich durchlässig sein für Affekte, Empfindungen und Wissen über die Host-Persönlichkeit oder andere alternierende Persönlichkeitsanteile.

**Kennenlernen der einzelnen Alternativpersönlichkeiten.** Die amnestischen Barrieren bestimmen die Kommunikationsströme, die zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen existieren. Ihre Durchlässigkeit muss modifiziert werden, damit Veränderungen im System des Bewusstseins möglich werden. Die Therapeutin muss die einzelnen Alternativpersönlichkeiten kennenlernen. Andernfalls wird sie die Patientin nur ansatzweise verstehen können und die Abwehrstruktur wird irritierend bleiben. Daher ist es entscheidend, im Laufe der Therapie alle Teilpersönlichkeiten, die die Patientin geschaffen hat, direkt anzusprechen (Fine 1991; Kluft 1985a, 1999b). Obwohl einige Skeptiker Hinweise dafür anführen, dass man Teilpersönlichkeiten in der Therapie nicht direkt ansprechen sollte, um sie nicht zu verstärken und damit zu stabilisieren, spricht die klinische Erfahrung dafür, dass Teilpersönlichkeiten nach Kooperation und letztendlich zur Integration streben, wenn sie mit Empathie und Verständnis angesprochen werden.

Die Therapeutin muss nicht nur ihre Konflikte verstehen, sondern sie muss auch lernen, mit welchen anderen Anteilen die Teilpersönlichkeiten in ihrer inneren Welt Beziehungen aufnehmen, mit wem sie sprechen und sich austauschen. Die Therapeutin muss lernen, wen die Teilpersönlichkeiten vermeiden und vor wem sie Angst haben. Das innere Leben einer DIS-Patientin, definiert durch die Persönlichkeitsanteile, ist fortwährend in Weiterentwicklung, in Wechselwirkung miteinander stehend (Kluft 1999b) und scheinbar unvorhersagbar. Mit der Zeit wird die Therapeutin jedoch in der Lage sein, ein *Suchbild* und thematische Stränge zu entwickeln, die voraussichtlich bestimmte Teilpersön-



lichkeiten oder bestimmte Gruppen/Cluster von Persönlichkeiten aktivieren werden (Fine 1991).

**Personifizierte Anpassungsstrategien.** Die Persönlichkeitsanteile können als personifizierte Anpassungsstrategien verstanden werden. Sie sind z.B. Repräsentationen von Konflikten, Ängsten und Wünschen. Die Bildung von Alternativpersönlichkeiten während der Kindheit ist eine extreme Repräsentation des Wunsches eines Kindes, sich nicht allein überwältigenden Erfahrungen stellen zu müssen, sondern *jemanden zu haben, der den Schlag gemeinsam mit einem hinnimmt (to have a buddy to take the hit)*, einen starken Beschützer zu haben oder aber *einen Freund, mit dem man zusammen wegrennen kann*. Alternativpersönlichkeiten sind eine kluge Anpassung an Missbrauch, erfunden von hochgradig hypnotisierbaren Kindern, die sich in einer Krise befinden. Wenn jedoch im Erwachsenenalter selbst bei minimalen Belastungen fortwährend neue Persönlichkeitsanteile geschaffen werden, spricht dies für eine fehlangepasste Reaktion auf Stress.

Da das Leben jeder DIS-Patientin einzigartig ist und da jede ihre eigene Geschichte und Erfahrungen aus der Vergangenheit mit in die Therapie einbringt, gibt es weder eine immer vorzufindende klinische Präsentationsform der DIS, noch kommt es notwendigerweise immer zu einer spontanen offenen Präsentation von Persönlichkeitsanteilen, wie dies von Wilbur (1984) und Thigpen und Cleckley (1957) dargestellt wurde. Nur 6% der DIS-Patientinnen zeigen sich in solch eindeutiger Form (Kluft 1984), was vielleicht erklärt, warum das Stellen einer DIS-Diagnose so unübersichtlich („*concealed*“) und schwierig geblieben ist. DIS ist eine Störung, die mit Geheimhaltung einhergeht und es kann sein, dass die DIS-Patientin Zeit braucht, die Therapeutin die verschiedenen Aspekte ihrer Gesamtpersönlichkeit ent- und aufdecken zu lassen.

**Kinderpersönlichkeiten.** Trotz individueller Entwicklung und Lebensgeschichte einer jeden DIS-Patientin gibt es bestimmte Typen von Persönlichkeiten, die als natürliche Anpassung an überwältigende Lebenserfahrungen bei Kindern immer wieder auftauchen, die sich als Erwachsene mit DIS präsentieren werden.

So gibt es Kinderpersönlichkeiten, die frühe traumatische Erfahrungen aus der Kindheit in sich tragen. Es kommt häufig vor, dass man auf Anteile trifft, die sich selbst als non-verbale oder präverbale Anteile präsentieren und glauben, nicht sprechen zu können. Sie scheinen von Affekten absorbiert zu sein und müssen darum kämpfen, sich mittels Worten auszudrücken. In der Sprache der Transaktionsanalyse würde man sagen, diese Persönlichkeiten *sitzen auf* anderen Persönlichkeiten und tendieren über passiven Einfluss besonders stark dazu, das erwachsene Funktionieren der DIS-Patientin zu stören, zu missverstehen und sich einzumischen.

Eine Therapie, die primär darauf abzielt, die Bedürfnisse der Kinderpersönlichkeiten zu befriedigen, um eine korrektive emotionale Erfahrung im Sinne eines *Reparentings* zu ermöglichen, ist gewöhnlich fehlgeleitet. Die Kinderpersönlichkeiten sind die Anteile, die am meisten dazu tendieren, die Patientin aus dem Gleichgewicht zu bringen (Fine 1990) und die hypnotisch rekonfiguriert werden müssen, bis in der Affektabschwächungsphase der Therapie der Zeitpunkt gekommen ist, sich gezielt mit ihren Traumaerfahrungen zu beschäftigen.

**Innere Missbraucher.** Andere eng mit ihnen verbundene Persönlichkeitsanteile sind die sog. „inneren Missbraucher“. Diese Persönlichkeiten verhalten sich, als wären sie von ih-

rer kognitiven Entwicklung her Kinderpersönlichkeiten (Fine 1990), die von Kindheit an die Haltung eines Erwachsenen eingenommen haben. Interne Missbraucheranteile bilden diejenigen Personen im Umfeld des Kindes ab, die es missbraucht haben. Diese Teilpersönlichkeiten werden als erfolglose Versuche verstanden, Herrschaft über die Auswirkungen vernichtender Erwachsenenfiguren zu erlangen. Um erneute Angriffe von missbrauchenden Erwachsenen zu vermeiden, lernt das Kind, den Gemütszustand der Erwachsenen in seiner Umgebung mit Genauigkeit vorauszuahnen.

Da die Grenze zwischen äußerer Realität und innerer Realität für das Kind immer weniger genau definiert ist, kommt es dazu, dass das Kind „aus Versehen“ einen inneren Feind geschaffen hat, der im Laufe der Zeit nach äußeren Missbrauchern Ausschau hält, ihre Sprache und ihren Rat nachahmen, das Kind erniedrigen und Flashbacks und Retraumatisierungen im erwachsenen Leben fördern wird. Interne Missbraucher sind die am stärksten abgespaltenen Anteile des Bewusstseins. Ihre Existenz wird von den Patientinnen häufig zunächst verleugnet, da sie davor Angst haben, aber vielleicht noch mehr, da die internen Misshandler Ausgangspunkt für Gefühle der Wertlosigkeit und Scham des gesamten Persönlichkeitssystems sind.

Es gibt selbstverständlich erwachsene Persönlichkeiten, die ursprünglich die Wut und die Arroganz für den Rest der Persönlichkeiten zu tragen scheinen, die jedoch zu gegebener Zeit zu unschätzbaren Verbündeten in der Therapie werden können, wenn sie realisieren, dass sie häufig von den internen Missbrauchern kontrolliert werden.

**Dekompensationen unter Stress.** Schließlich gibt es weitere erwachsene Anteile, die untereinander die verschiedenen Rollen aufteilen, die entweder der inneren Welt der Patientin dienen oder das Funktionieren im äußeren Hier und Jetzt unterstützen. Es ist typisch, auf eine Host-Persönlichkeit zu treffen, per Definition der Teil, der die meiste Zeit die ausführende Kontrolle über den Körper ausübt. Diese Persönlichkeit stützt sich oft bewusst oder unbewusst auf die hoffentlich reibungslos ineinandergreifenden Bausteine der Verhaltensweisen der anderen Persönlichkeiten. Wie bei einer Präzisionsuhr bringen Zeit- und Lebensunbilden diesen sensiblen Mechanismus schnell aus dem Gleichgewicht: Unter Stress kommt es bei DIS-Patientinnen häufig zu Dekompensationen. Die Patientinnen müssen als Erwachsene vor wiederholten überwältigenden Ereignissen geschützt werden, wenn sie jemals die Integration erreichen wollen.

### **Stabilisierung der Persönlichkeitsanteile**

Zu dem Zeitpunkt, wenn DIS-Patientinnen eine Therapie beginnen, haben das Persönlichkeitssystem und sein fein austariertes Funktionieren häufig versagt. Die Patientinnen haben Gefühle von Kontrollverlust, erleben Gefühlsschwankungen und haben das Gefühl, sich nicht mehr rundum auf sich selbst verlassen zu können. Es ist entscheidend, dass die Therapeutin beim Betreten der autohypnotischen Welt einer DIS-Patientin darauf bedacht ist, einen undramatischen, balancierten „Hier-und-Jetzt-Zugang“ zum Funktionieren der Teilpersönlichkeiten und der Person als Ganzes wiederherzustellen (Fine 1991, 1996a). Es ist keine Ehre für die therapeutische Dyade, einen hoch dissoziativen Menschen dazu zu bringen, zu dissoziieren! Erst wenn das Leben der Patientin in der Gegenwart stabilisiert wurde, kann darüber nachgedacht werden, die Ursprünge jeder Teilpersönlichkeit mit ihren begleitenden BASK-Erfahrungen zu explorieren.

Das klinische Können der Therapeutin kommt ins Spiel, wenn sie beginnt, Teilpersönlichkeiten zum ersten Mal zu treffen, Beziehungen zu ihnen aufzubauen und Arbeitsbündnisse zu schließen. Die Therapeutin wird in den meisten Fällen immer wieder mit den Persönlichkeitsanteilen um ein neues und stabiles Funktionieren der Patientin verhandeln müssen. Darüber hinaus müssen Selbstsucht und unverantwortliche Individuation zur Förderung der Bedürfnisse einzelner Anteile auf Kosten der Wünsche oder Ängste des Gesamtsystems abgebaut werden. Um dieses vorläufige Ziel zu erreichen, muss die Therapeutin wissen, mit wem sie es zu tun hat. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, die verschiedenen Persönlichkeitsanteile kennenzulernen, um die DIS-Patientin zu stabilisieren.

### **„Innere Landkarten“ oder „Mapping“ der Teilpersönlichkeiten**

Eine meiner bevorzugten Arten, mich mit den verschiedenen Teilpersönlichkeiten vertraut zu machen, ist, die DIS-Patientin zu bitten, eine „innere Landkarte“ der Teilpersönlichkeiten (*Mapping*, Fine 1991, 1993) zu erstellen. Diese Bitte kommt in einem sehr frühen Stadium der Therapie.

Die inneren Landkarten sind sich verändernde Dokumente. Sie ähneln häufig gegen Ende der Affektsuppressionsphase einem Streudiagramm. Um eine innere Landkarte des Persönlichkeitssystems zu erstellen, wird die zu diesem Zeitpunkt aktive Persönlichkeit gebeten, ihren Namen in die Mitte eines Blatt Papiers zu schreiben. Ich bitte dann den „Host“ oder alternierende Persönlichkeiten, ihren Namen so auf der Seite zu platzieren, dass am besten abgebildet wird, wie ähnlich oder unähnlich sie sich den anderen gegenüber fühlen. Für DIS-Patientinnen, die in sich selbst keine abgetrennten Persönlichkeitsanteile wahrnehmen, kann die Anleitung so umformuliert werden, dass Gefühlskonzepte oder Körperempfindungskonzepte, Gedankenströme oder impulsive Gefühle in Form von Ich-Zuständen repräsentiert werden. Die Benennung der Anteile ist weniger relevant als die Abstraktion der als unterschiedlich wahrgenommenen Erfahrungen.

Ist das Mapping einmal abgeschlossen, kann man häufig Gruppen von Persönlichkeiten finden, die sich aus Gründen zusammengetan haben, die ihnen oder dem „Host“ fremd sein mögen. Ich verstehe dieses einleitende Kartieren als eine Art Organigramm („*business-card*“) von dem System des Bewusstseins (Fine 1991). Es ist eine Einladung an die Therapeutin, mit den Persönlichkeiten oder Gruppen von Persönlichkeiten, die sich eingetragen haben, in Kontakt zu treten. Typischerweise suchen die anfänglich auftretenden Persönlichkeitsanteile verzweifelt nach Hilfe, haben es aufgegeben zu versuchen, sich weiter zu verstecken oder sind einfach die Lieben, Braven, die als „Therapiekundschafter“ ausgesendet wurden. Das Mapping bildet einen ersten vereinheitlichenden Schritt in der Behandlung der DIS-Patientin.

### **Mit Persönlichkeitsanteilen sprechen**

Es gibt einige elementare Dinge, die die Therapeutin im Kopf behalten sollte, wenn sie beginnt, Kontakt zu den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen aufzunehmen. Die Persönlichkeitsanteile kennen die Therapeutin nicht und diese kennt die Anteile nicht. Daher sollte sie die Anteile mit Respekt behandeln und von ihnen erwarten, dass diese sie ähnlich

behandeln. Bei einem ersten Treffen würde man von niemandem erwarten, dass er oder sie einem anderen seine bzw. ihre beschämendsten oder beängstigendsten Erfahrungen schildert. Also sollte man dies auch nicht von Persönlichkeitsanteilen erwarten.

Konkret kann es eine wichtige Aufgabe der Therapeutin sein, den Persönlichkeiten zu helfen, den Fluss und das Ausmaß dessen, was von der DIS-Patientin erzählt wird, in Gang zu bringen oder zu modulieren. Entsprechend ihrer zwanghaften Abwehrmechanismen (Fink et al. 1990) kann es vorkommen, dass Teilpersönlichkeiten in Richtung analer Zurückhaltung streben. In einem solchen Fall ist jede Form von Information und Austausch sehr mühsam. Demgegenüber sind andere Persönlichkeiten eher anal explosiv. Sie tendieren dazu, zu schnell zu viel mitzuteilen und können so eine für sich selbst oder eine andere Teilpersönlichkeit unerwartete Abreaktion heraufbeschwören. Sie können Geheimnisse zu schnell offenbaren. Ein innerer Missbraucher mag sich dadurch angegriffen oder verletztlich fühlen und die Patientin daher mit Flashbacks oder starken Affekten aus der Vergangenheit bombardieren. Das Auftreten solcher spontanen traumatischen Erinnerungen kann dazu führen, dass die Patientin oder einzelne Persönlichkeitsanteile erneut zögern, die Therapie wie vorgeschlagen aufzunehmen. Darüber hinaus können Flashbacks und intrusive traumatische Erinnerungen die Affektophobie der DIS-Patientin noch verstärken (Fine 1993).

In der einleitenden Therapiephase sollten Therapeutinnen den Patientinnen sorgfältig zuhören und sich vor unerbetenen Versuchen hüten, die Patientinnen vor sich selbst zu schützen, außer natürlich bei einer akuten Gefährdung. Es ist sogar sinnvoller, auch ausgesprochene Bitten um *Rettung vor...* sorgfältig zu prüfen, da sie sehr schnell von neu auftauchenden Teilpersönlichkeiten kommen. Außerdem können diese *Erlösungen* zu Gegenübertragungsreaktionen der Therapeutinnen gehören, die auf die Auswirkungen der traumabedingten kognitiven Verzerrungen und der damit verbundenen Affekte der DIS-Patientin reagieren.

**Kognitive Umstrukturierung.** Die kognitiven Verzerrungen der Patientinnen werden sichtbar, wenn die Persönlichkeiten ihre Geschichten erzählen (Fine 1988, 1990). Sie verständnisvoll und vorsichtig anzusprechen, ist Teil der kognitiven Umstrukturierung, die der eigentlichen Traumabearbeitung vorausgeht (Fine 1991, 1993). Zu dieser kognitiven Umstrukturierung gehört, die verschiedenen Teilpersönlichkeiten dazu zu bringen, die Verbindung zwischen ihrem Denken und ihrem Fühlen und den Zusammenhang zwischen ihrem kognitiv-affektiven Verständnis der Welt und ihrem Verhalten zu erkennen. Die Persönlichkeiten müssen erkennen, dass Anpassungsreaktionen aus der Vergangenheit ihnen nicht mehr länger nützen, sondern sie in der Gegenwart sogar behindern können. Es ist ihre Hauptaufgabe, *in der Gegenwart wahrzunehmen*.

**Arbeit mit Dissonanzen.** Es ist bestärkend für DIS-Patientinnen und ihre Persönlichkeitsanteile, falsche Annahmen aus der Vergangenheit zu bemerken, zu bewerten und zu verändern. Die Therapeutin sollte ihnen helfen, eine Struktur und ein vorhersagbares Verifikationssystem zu entwickeln. Diese Methodik macht Anleihen beim sokratischen Prozess, der in dem von den meisten kognitiven Therapieansätzen bevorzugten experimentellen Modell sehr angesehen ist. Die Therapeutin fördert vor allem Dissonanzen innerhalb und zwischen traumatisch verwurzelten Annahmen.

Zu Beginn der Behandlung sollte die Therapeutin damit rechnen, dass die DIS-Patientin bis zu einem bestimmten Punkt mit jeder einzelnen Teilpersönlichkeit in Übereinstim-

mung steht, dass es aber sehr viel Dissonanz zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen gibt. Mit dem Fortschreiten der Therapie bemüht sich die Therapeutin, innerhalb jedes Persönlichkeitsanteils zunehmend eine kognitive Dissonanz aufzubauen und dabei alle BASK-Dimensionen zu erschließen. Nach den Annahmen der Systemtheorie (Minuchin 1974) muss sich das gesamte System verändern und anpassen, wenn es in einem einzelnen Teil des Systems zu Veränderungen kommt.

Dementsprechend werden die anderen Persönlichkeitsanteile auf das veränderte Verständnis eines jeden Anteils reagieren und sich u.U. daran anpassen. Auf Phasen der Verunsicherung („*disequilibrium*“), die entsteht, wenn Dissonanz hervorgerufen wird, folgen, wenn nötig, Phasen der Restabilisierung. Schließlich werden sich die sich verändernden Annahmen und Ziele der Persönlichkeitsanteile in eine parallele Richtung kristallisieren und miteinander verschmelzen.

Die Arbeit mit Dissonanz innerhalb und zwischen den Persönlichkeiten dient daher verschiedenen Funktionen:

1. Sie hilft den Persönlichkeiten zu beginnen, ihre inneren und äußeren Realitäten wahrzunehmen.
2. Sie hilft ihnen als Folge davon, eine hypnotische Dualität aufzubauen, die eine Grundvoraussetzung für die Traumabearbeitung ist.
3. Sie bringt die dissoziativ geschaffenen „Double Binds“ und die komplexen doppelten „Double Binds“, die seit der Kindheit der Patientinnen gefördert wurden (Fine 1990, 1991) an die Oberfläche und ins Zentrum der Aufmerksamkeit.
4. Sie wird auch zu einer dynamischen Grundlage, die mit der Zeit immer besser bewältigt wird und von der aus die Persönlichkeiten reflektieren, sich befreien und sich weiterentwickeln können.

**Botschaft: Veränderung kann sogar gut sein.** Die Botschaft ist, dass Veränderung nicht notwendigerweise schlecht ist (eine traumatische Erwartungshaltung), sondern sogar gut sein kann. Das wiederholte Überwinden bestehender Verzerrungen fördert die (Selbst-) Wahrnehmung, dass die Teilpersönlichkeiten dazu beitragen, diese Veränderungen zu erreichen. Dies gibt den Anteilen, denen ein Gefühl von Selbsteffektivität und Zukunftsorientierung fehlt, Hoffnung zurück.

Genau an diesem Punkt werden auch homogene Psychotherapiegruppen für DIS hilfreich (Fine u. Madden 2000; Madden u. Fine 1990). Diese grundlegende Arbeit ist auch die Voraussetzung für die zweite Phase der präintegrativen Arbeit bei DIS, die Phase der Affektabschwächung, in der die eigentliche Traumabearbeitung stattfindet.

## Die Phase der Affektabschwächung

Diese Phase der Arbeit mit DIS-Patientinnen umfasst die Wiederverbindung der voneinander abgespaltenen Erlebensdimensionen Verhalten, Gefühle, Körperempfindungen und Kognitionen (BASK-Dimensionen). Jeder BASK-Aspekt, der mit einer Erfahrung verbunden ist, kann entweder von einem einzelnen Persönlichkeitsanteil oder von einer Gruppe von Persönlichkeiten wiederbelebt und wiedervereinigt werden. Anders formuliert heißt dies, dass alle BASK-Aspekte einer bestimmten Erfahrung von einer Persönlichkeit oder einer Gruppe von Persönlichkeiten geteilt und zusammengeführt werden.

Die Phase der Affektabschwächung ist die Phase der Traumabearbeitung oder -synthese in der Integrationsarbeit. Es ist die Phase der Therapie, in der die Patientinnen lernen, ihre bisher gefühlten Erfahrungen eher umfassender zu *besitzen*, als sie aus einer Distanz heraus zu *besuchen*.

**Traumabearbeitung und Bedeutungsgebung.** Die Phase der Traumabearbeitung ist entscheidend für die DIS-Patientin, die zwischen dem Verspüren von Gefühlen und der Durchführung einer Traumabearbeitung differenzieren muss. Viele DIS-Patientinnen verwechseln passive Einflüsse wie das Erleben von Emotionen anderer Persönlichkeitsanteile damit, eine Traumabearbeitung zu machen. Während der Traumabearbeitung müssen DIS-Patientinnen sich den Ursprüngen ihrer affektiven oder empfindungsmäßigen Erfahrungen stellen, ihre verschiedenen Lebenserfahrungen neu bewerten und ihnen im Kontext ihrer anderen vergangenen und aktuellen Lebensumstände einen Sinn verleihen. Die Bedeutungsgebung ist für die in die Traumabearbeitung einbezogene Teilpersönlichkeit oder Persönlichkeitsgruppe von entscheidender Wichtigkeit (Fine 1992). Gelingt die Bedeutungszuschreibung nicht, wird die Patientin das, was sie gerade gelernt hat, leicht wieder aus dem Kontext herauslösen und redissoziieren.

Da Traumabearbeitungen sehr belastend sind und da das Finden einer Bedeutung des Erlebten entscheidend ist, ist es wichtig, die DIS-Patientin nicht zu überwältigen. Um die Wahrscheinlichkeit zu verringern, die Patientin durch die Traumabearbeitung zu überfordern, sollten 4 wichtige therapeutische Orientierungsstrategien beachtet werden:

1. umfassende kognitive Umstrukturierungen, die in diesem Kapitel bereits im Zusammenhang mit der Affektsuppressionsphase beschrieben wurden,
2. Bevorzugung des Einsatzes fraktionierter Traumabearbeitungstechniken gegenüber der vollständigen Bearbeitung,
3. Förderung der Zusammenarbeit von sog. Persönlichkeitsclustern, Persönlichkeitsanteilen, die gemeinsame affektive, sensorische, kognitive oder behaviorale Themen haben,
4. zeitweises Überblenden von Persönlichkeiten, um die Gewöhnung an starke Empfindungen und Affekte zu fördern.

Die 3 Dimensionen der Stabilisierung, die bisher noch nicht beschrieben wurden, werden jetzt betrachtet.

### **Bevorzugung fraktionierter Traumabearbeitung gegenüber vollen Abreaktionen**

Die fraktionierte Traumabearbeitung (Fine 1991; Kluft 1988c) führt zum selben Ziel wie die volle Abreaktion. Es wird jedoch von Beginn der betrachteten Vergangenheitsepisode an darauf geachtet, jeweils nur einen Teil von ihr erzählen und über so viele BASK-Dimensionen hinweg nochmals innerlich aufspüren zu lassen, wie die Patientin es zulassen kann. Die partielle Abreaktion kann von jeder der 4 BASK-Komponenten aus eingeleitet werden und man nähert sich ihr eher in einer konservativen als in einer liberalen Art an. Therapeutin und Klientin sollten dabei Umsicht und Vernunft walten lassen, um einen Dominoeffekt von überwältigenden Gefühlen zu vermeiden und um Affektbrücken und Empfindungsbrücken zu umgehen, die zu Regression und Retraumatisierung führen würden (Fine 1993).

Die fraktionierte Arbeit kann als ein Trainingsprogramm für Persönlichkeitsanteile angesehen werden, die ähnlich wie Bergsteigeranfänger nicht den gesamten „Berg“ von Affekten und Empfindungen auf einmal erklimmen müssen, sondern die zielgerichtet die Landschaft überschauen, sich auf Kammlinien ausruhen und gezielt sowohl die Vielschichtigkeit des Terrains als auch das sich ändernde Klima überwinden können.

Wie Bergsteiger erklimmen auch nicht alle Teilpersönlichkeiten zur selben Zeit, in derselben Landschaft und in demselben Terrain denselben Gipfel. Verschiedene Teams können parallel „ihren Mount Everest“ erobern. Der „Host“ kann, muss aber nicht der Aufseher über diese Arbeit sein. Die therapeutische Arbeit profitiert jedoch davon, wenn die Therapeutin ein aktiver Coach beim Vorauswachen von Krisen ist und Persönlichkeiten ermutigt und anspornt, wenn sie ermüden oder ängstlich werden.

Obwohl fraktionierte Abreaktionen auf den ersten Blick langsamer erscheinen als volle Abreaktionen, führen sie mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem schnelleren Fortschritt. Richard Kluft drückt dies folgendermaßen aus: „Eile mit Weile“ („*make haste slowly*“, 1988b). Ein anderer Faktor bei der Förderung einer umfassenden Traumabearbeitung ist die Förderung der Zusammenarbeit von Teilpersönlichkeiten, die gemeinsame Themen teilen (Fine 1991, 1992, 1993, 1996a).

### Arbeit mit Clustern von Persönlichkeiten

In Fortführung der obigen Sportanalogie lässt sich feststellen, dass es sinnvoll ist, wenn die „Bergsteigerteams“ ähnliche Fähigkeiten und Vorbereitung mitbringen. Es ist schwierig, einen Aufstieg zu machen, wenn ein Team aus einer Mischung von Neulingen und Experten besteht, wenn einige eine angemessene Ausrüstung mitbringen und andere nicht und wenn einige bereit sind, die höchsten schneebedeckten Gipfel zu ersteigen, während andere, die vielleicht nicht zugehört haben, glauben, dass sie an ein Seeufer gehen und die Grate seien Schaumkronen auf den Wellen.

**Befragung der Persönlichkeiten.** Um sicherzustellen, dass alle beteiligten Persönlichkeitsanteile auf einem vergleichbaren und angemessenen Niveau von Affekt, Kognition oder Empfindung sind, ist es wichtig, die Platzierung der einzelnen Anteile auf der inneren Landkarte zu überprüfen und die Persönlichkeiten zu **fragen**, wie ähnlich oder unähnlich sie einander sind, wie und was sie fühlen und ob das Traumabearbeitungsteam gut organisiert ist, sich wohl fühlt und bereit ist. Kinderpersönlichkeiten beispielsweise, die ein Erlebnis bearbeiten müssen, bei dem sie mit einem Gürtel geschlagen wurden, sollten zum Zweck der Traumabearbeitung nicht mit anderen zusammengefasst werden, die vergewaltigt wurden, selbst wenn sie berichten, dass ihr gemeinsames affektives Thema die Angst ist.

Aus der Perspektive der Therapie als Ganzes nimmt die Geschwindigkeit der Traumabearbeitung zu, wenn die DIS-Patientin zunehmend Affekttoleranz entwickelt. Obwohl es viele Wege zur Integration gibt (Kluft 1991b), kann die Patientin mit einiger Anstrengung solche Fortschritte machen, dass EMDR (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eingesetzt werden kann, eine Methode zur automatischen Informationsverarbeitung (Shapiro 1995), die in der Phase der fraktionierten Abreaktionen eingeflochten wird (Fine u. Berkowitz, 2001; Fine 2010). EMDR ist keine essenzielle Komponente der DIS-Therapie. Es ist eine Technik, die in eine strukturierte und phasenorientierte Therapie eingebettet

sein sollte, eine Technik, die abreaktive Bemühungen erleichtern kann, wenn sie korrekt und vorsichtig angewendet wird.

### Überblenden von Persönlichkeiten

Die dritte Methode, um Affekttoleranz aufzubauen oder um eine fortgeschrittene Traumabearbeitung zu unterstützen, ist das zeitweise Überblenden von Teilpersönlichkeiten. Dies ist eine Technik, bei der 2 oder mehr Persönlichkeitsanteile zusammentreten und denselben Platz im Persönlichkeitssystem der DIS-Patientin einnehmen.

Die beteiligten Anteile überprüfen, wo sie in ihren BASK-Erfahrungen Gemeinsamkeiten haben und wo sie sich unterscheiden. Sie werden dann gebeten, sich trotz der bestehenden Dissonanz zusammenzusetzen (Fine 1991). Sie könnten auch gebeten werden, sich zusammenzutun, um eine Aufgabe für das Persönlichkeitssystem zu erfüllen, die Host-Persönlichkeit zu unterstützen, in der äußeren Welt zu funktionieren oder direkten Einfluss auf die äußere Realität der DIS-Patientin auszuüben.

Die überblendeten Persönlichkeitsanteile werden instruiert, dass sie sich, sobald ihre Aufgabe erfüllt ist, gerne wieder voneinander trennen dürfen. Diese Wahlmöglichkeit wird oft von DIS-Patientinnen begrüßt, die sehr auf Selbstkontrolle ausgerichtet sind. Mit der Zeit entscheiden sich viele der überblendeten Persönlichkeitsanteile, über zunehmend längere Zeiträume überblendet zu bleiben. Sie entwickeln zunehmend Fähigkeiten im Gruppendenken und Gruppenfühlen, bis die überblendete Gruppe sich häufig spontan integriert.

Dies ermöglicht den verbleibenden Teilpersönlichkeiten, den Prozess der Überblendung und Integration zu beobachten und sich zu vergewissern, dass es sich um einen sich entwickelnden organischen Prozess handelt. Die Vergangenheit unterscheidet sich von der Gegenwart, in der niemand sie drängen wird, sich zu integrieren oder zu desintegrieren. Es waren letztlich die Gewalt und der Druck, die DIS-Patientinnen während ihrer Kindheit erlebt hatten, die zum Auseinanderbrechen ihres Bewusstseins geführt hatten. Als aktuelle Botschaft kann erfahren werden, dass die Therapeutin nicht ähnlich aufdringlich eingreifen und die Patientin auf ähnlich brutale Weise dazu zwingen wird, ihr Bewusstsein zu ändern. Die zentrale Idee der Therapie bleibt weiterhin, die Entwicklung, das Können und die Selbsteffektivität der Patientin zu fördern.

Das zielorientierte Integrationsmodell vermittelt der Patientin von Anfang bis Ende eine durchgängige Botschaft von Stärkung. Die DIS-Patientin lernt Fertigkeiten zur Überwindung posttraumatischer und dissoziativer Symptome, die Ursprünge dieser Symptome, ihre Verbindungen zu den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen und die Botschaften der Teilpersönlichkeiten und ihr momentaner Einfluss.

Das zielorientierte Integrationsmodell versucht, DIS-Patientinnen zu lehren, sich ihre ursprünglich pathologische Dissoziation in angemessener Art und Weise zunutze zu machen, zunehmend die Schwäche dieser Bewältigungsform zu überwinden, die Schutzmechanismen zu modifizieren und sich auf den gewünschten Einsatz alternativer Strategien hinzubewegen. Dieses Modell fördert eine relative Stabilität während der Therapie, die chaotisch sein kann, und vermittelt Werkzeuge und Strategien, die die DIS-Patientin zwischen den Sitzungen einsetzen kann.



Das zielorientierte Integrationsmodell favorisiert ein Lern- und Problemlösemodul, das immer integrierter und komplexer wird, wenn die verschiedenen Teilpersönlichkeiten sich vereinigen. DIS-Patientinnen können sich diese Arbeitsmethode zu eigen machen, sie in der postintegrativen Therapiephase übernehmen und weiter verfeinern. Schließlich machen sich ehemalige DIS-Patientinnen dieses Modell in ihrem Leben nach der Therapie zunutze.