

2.1 Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht¹

Richard P. Kluft

Einleitung

Mit der psychodynamischen Psychotherapie der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und der ihr verwandten Formen der „nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung“ (NNBDS) ist folgendes Kuriosum verbunden: Obwohl die psychodynamische Psychotherapie eine der ersten Methoden war, die in der neueren Zeit zur psychotherapeutischen Behandlung der DIS eingesetzt wurde und obwohl sie in Nordamerika zu der von Therapeuten am häufigsten für diese Patientinnengruppe eingesetzten Behandlungsform geworden ist (Putnam u. Loewenstein 1993), gibt es bislang nur sehr wenige spezifische Veröffentlichungen zu diesem Thema. Das liegt vielleicht daran, dass die psychodynamische Psychotherapie selbst eine sehr bekannte Methode ist. Sie bildet daher in Veröffentlichungen zumeist eher den theoretischen bzw. klinischen Hintergrund, als dass sie selbst im Zentrum der Aufmerksamkeit steht.

Innerhalb des Themenbereichs der dissoziativen Störungen selbst lag der Schwerpunkt über Jahre hinweg primär auf der Frage, was an der Behandlung der DIS im Vergleich zu anderen Störungsbildern neu und anders ist. Verständlicherweise wurden die neuen Techniken zur Behandlung dissoziativer Zustände hervorgehoben, selbst wenn diese in einen primär psychodynamischen Behandlungskontext eingebettet waren (Barach u. Comstock 1996). Auch meine eigenen Artikel befassten sich zumeist eher mit der Entwicklung therapeutischer Interventionen und diskutierten nicht den größeren therapeutischen Zusammenhang, in den diese Techniken eingebettet wurden.

Zudem wurde die Psychoanalyse von vielen Therapeuten mit der Auffassung in Zusammenhang gebracht, dass Missbrauchsberichte von Patientinnen als Fantasien anzusehen sind. Die Haltung psychoanalytischer Therapeuten ihren Patientinnen gegenüber wurde daher als zu eingengt und distanziert für die Arbeit mit hoch dissoziativen Traumaopfern erachtet. Dies gilt insbesondere für die Anfangszeit der modernen DIS-Behandlung.

Darüber hinaus arbeiteten manche der frühen Pioniere primär mit Techniken aus der Verhaltenstherapie und Hypnose (heute unter der Rubrik „Zielgerichtete Integrationstechniken“ zusammengefasst, Kap. 2.3 in diesem Band) und sahen wenig Nutzen in psychodynamischen Konzepten und Herangehensweisen. Andere Therapeuten arbeiteten so, dass psychodynamische Aspekte nicht so zentral erschienen und schließlich waren viele der jungen Traumatherapeuten in kognitiv-behavioral orientierten Instituten ausgebildet worden, in denen psychodynamische Ansätze wenig gelehrt wurden.

Innerhalb der psychoanalytischen und psychodynamischen Gemeinschaft selbst entwickelte sich das Interesse an dissoziativen Störungen nur relativ langsam. Inzwischen ist eine Reihe von Beiträgen veröffentlicht worden und der Psychoanalytic Inquiry widmete

¹ Abweichend von den Anmerkungen im Vorwort wird im Folgenden für Therapeutinnen und Therapeuten exemplarisch die männliche Sprachform verwendet, da der Autor des Originaltextes männlich ist. Analog zu der vorgestellten Patientin Cheryl wird auch an anderen Stellen des Artikels für Patientinnen und Patienten die weibliche Form verwendet.

der Behandlung der DIS 2 Themenhefte (Chefet 2000a; Ross u. Loewenstein 1992). Als Meilenstein in der modernen psychoanalytischen Behandlung der DIS gilt die (populärwissenschaftliche) Falldarstellung der Behandlung von Sybil durch die Analytikerin Cornelia Wilbur (Schreiber 1984). Seither erschienen auch zahlreiche Beiträge in namhaften Fachzeitschriften (Armstrong 1994; Barach u. Comstock 1996; Berman 1981; Brenner 1994, 1996, 2000; Chefet 1997a–c, 2000a–c; Counts 1990; Grotstein 1981; Kluft 1987b, 1991, 1992, 1993, 1994a, 1995; Lasky 1978; Loewenstein 1993; Loewenstein u. Ross 1992; Marmor 1980, 1984, 1991; McWilliams 1994; Stolorow u. Atwood 1982; Ulman u. Brothers 1988; Waugaman 2000; Wilbur 1984, 1986).

In mehreren psychoanalytischen Büchern, die sich mit wiedererlangten Missbrauchserinnerungen (*Recovered Memories of Abuse*) beschäftigen, wird das Phänomen der Dissoziation ebenfalls thematisiert (Alpert 1995; Brenneis 1997; Gartner 1996). Dennoch widmen sich bislang nur 2 wichtige Handbücher der Psychoanalyse oder psychodynamischen Psychotherapie der DIS (Gabbard 1994; McWilliams 1994). Das Thema muss sich also trotz langsam wachsender Aufmerksamkeit noch zu einem breiten psychoanalytisch-psychodynamischen Interessensgebiet entwickeln. Eine Annäherung zwischen psychoanalytischem bzw. psychodynamischem Denken und der Dissoziationsforschung ist überfällig und hat das Potenzial, beide Forschungsfelder zu bereichern.

In diesem Kapitel werden eine Reihe von wichtigen Punkten zur psychodynamischen Therapie der DIS diskutiert. Die vorgestellten Behandlungsansätze und Methoden wurden für die Behandlung der DIS entwickelt. Sie sind jedoch im Allgemeinen auch für die Behandlung von unvollständigen Persönlichkeitsspaltungen (NNBDS, Typ I) geeignet.

Zunächst wird auf einige Schwierigkeiten und Beschränkungen im Einsatz der psychodynamischen Psychotherapie bei dieser Patientinnengruppe eingegangen. Danach werden die besonderen Möglichkeiten und Vorteile dargestellt, die der psychodynamische Ansatz bei der Behandlung der DIS bietet und schließlich werden verschiedene Techniken besprochen, die in der psychodynamischen Therapie der DIS von besonderem Interesse sind.

Herausforderungen gängiger psychodynamischer Denkweisen und Behandlungsansätze durch die DIS

Will man komplexe dissoziative Störungen aus einer psychodynamischen Sichtweise heraus verstehen und behandeln, sieht man sich mit besonderen und umfassenden Herausforderungen an den psychoanalytisch-psychodynamischen Ansatz konfrontiert. Hier können nur einige der vielfältigen Überlegungen angesprochen werden.

Trauma, Konflikt und Defizit. Die DIS ist mit einer einfachen psychodynamischen Erklärung nicht zu erfassen, schon allein weil es sich um eine extrem uneinheitliche Gruppe von Patientinnen handelt. „Trauma, Konflikt und Defizite spielen bei der Entwicklung der multiplen Persönlichkeitsstörung (MPS²) allesamt eine wichtige Rolle. Der Einfluss aller 3 As-

² MPS steht für „multiple Persönlichkeitsstörung“. Die Störung wurde bis ins DSM-III-R unter dieser Bezeichnung geführt, welche erst im DSM-IV durch die definitorisch genauere Bezeichnung „dissoziative Identitätsstörung“ (DIS) ersetzt wurde. Die ICD-10 verwendet nach wie vor die Bezeichnung MPS. An dieser Stelle wie auch in weiteren wörtlichen Zitaten werden die von den Originalautoren verwendeten Bezeichnungen übernommen.

pekte sowie deren Wechselwirkungen tragen zu den unterschiedlichen Funktionsniveaus der Patientinnen als Gesamtpersönlichkeiten, aber auch zu den Unterschieden im Funktionsniveau verschiedener Teilpersönlichkeiten ein und derselben Patientin bei“ (Marmer 1991, pp.678 f.).

Alle Versuche, eine allgemeingültige und allumfassende Konzeptualisierung dieser Störungsbilder zu formulieren, waren bislang erfolglos. Jede Patientin muss als einzigartiges Individuum verstanden werden, dessen psychodynamische Entwicklung sich deutlich von derjenigen der nächsten Patientin unterscheiden kann. Während es eine kleine Zahl von DIS-Patientinnen gibt, bei denen eine weitgehend unmodifizierte Psychoanalyse oder psychodynamische Therapie erfolgversprechend ist, treten bei der Mehrzahl der Patientinnen Probleme durch Instabilität, Vulnerabilität und nicht dissoziative Begleitsymptome und -störungen auf. Hier ist eine mehr unterstützende Behandlung erforderlich, in der der Therapeut eine aktivere Rolle übernehmen muss und bei der es zu einem stärkeren wechselseitigen Aufeinandereinfließen von Therapeut und Klientin kommt (Kluft 1992, 1994c, 1995a, 1999a u. b, 2000).

In der Arbeit mit DIS-Patientinnen ist sowohl die Bearbeitung der Dissoziation als auch die von Verdrängung wichtig. Bislang ist es nicht gelungen, die Erkenntnisse der Forschungsbereiche Dissoziation, Trauma und Hypnose mit der modernen psychodynamischen und psychoanalytischen Literatur zu integrieren. Stattdessen wird versucht, dissoziative Phänomene unter der Rubrik vertrauterer psychodynamischer Konzepte, wie der Spaltung, zu konzeptualisieren. Dies hat zur Folge, dass die psychoanalytische und psychodynamische Literatur bei der Auseinandersetzung mit vielen entscheidenden Aspekten der Phänomenologie und Behandlung der DIS versagt.

Mit den traditionellen Konzepten des Bewussten, Vorbewussten und Unbewussten können dissoziative Strukturen und die Funktion dissoziativer Prozesse nicht erklärt werden. Bei dieser Patientinnengruppe arbeitet der Therapeut oft mit dem, was ich *das anderswo Bewusste* genannt habe (*The elsewhere Thought known*; dieser Ausdruck wurde von Kluft in Anlehnung an Christopher Bolla geprägt; Kluft 1995a). Man ist mit zahlreichen, simultan ablaufenden Strängen mentaler Prozesse konfrontiert, die häufig mit eigenen Zentren von Handlungsimpulsen und Erfahrungen assoziiert sind (Kohut 1977, Definition des Selbst). Die abgespaltenen Persönlichkeitszustände bei DIS oder NNBDs sind weniger in Bezug aufeinander unbewusst. Es handelt sich eher um Manifestationen parallel ablaufender mentaler Prozesse, die füreinander mehr oder weniger unzugänglich sind (Spiegel 1991).

Im Zusammenhang mit diesen Überlegungen stellt sich auch die Frage, wie mit Widerstand oder anderen Formen der Abwehr gegen den therapeutischen Prozess umgegangen werden sollte. Hierzu gilt in der Arbeit mit dissoziativen Patientinnen Folgendes:

- Wenn wir auf etwas treffen, das Widerstand zu sein scheint, müssen wir uns fragen, ob wir es wirklich mit Widerstand im Sinne von Abwehr des Auftauchens konflikthaften Materials in das Bewusstsein zu tun haben oder ob es sich eher um ein Widerstreben oder eine Abneigung handelt, Material mitzuteilen, das in Wirklichkeit in der einen oder anderen Konfiguration des Geistes bewusst zugänglich ist. Häufig spielen Verdrängung, Widerstand und Widerstreben in einer therapeutischen Situation gleichzeitig eine Rolle.
- Gerade der therapeutische Zugang zu dem **Widerstreben** spielt bei der erfolgreichen Behandlung der DIS-Symptomatik eine wichtige Rolle. Das Widerstreben basiert oft auf Scham, inneren Strafandrohungen für den Fall, dass Informationen nach außen weitergegeben werden oder auf Konflikten zwischen den Teilpersönlichkeiten. Daher erfordert

die DIS-Therapie ein erhebliches Maß an Psychoedukation und empathischer Unterstützung der verschiedenen Persönlichkeitsanteile, um eine offenere Kommunikation möglich und zugleich sicher zu machen (Kluft 2000, S.262).

Deutungen sind auch in der DIS-Behandlung hilfreich, um dem Bewusstsein bislang Unbewusstes zugänglich zu machen. Allerdings bleiben sie häufig wirkungslos, wenn sie zu schnell auf das Überwinden oder Auflösen dissoziativer Strukturen oder Barrieren abzielen, wie z.B. um dissoziative Amnesien aufzuheben oder um die Abgegrenztheit der verschiedenen Persönlichkeitsanteile zu verringern. Wenn man sich auf die traditionellen Werkzeuge der Psychoanalyse oder der psychodynamischen Psychotherapie beschränkt, werden der Zugang zu sowie die Bearbeitung und Linderung von dissoziativen Phänomenen höchst problematisch. Wenn sich z.B. Persönlichkeitsanteile, die für klinische Probleme oder Krisen verantwortlich sind, nicht selbst spontan oder auf einfaches Anfragen hin melden, kann man in der Therapie nicht rechtzeitig auf wichtige Inhalte eingehen. Auf spezielle, störungsspezifische Interventionen sprechen dissoziative Phänomene dagegen häufig sehr gut an. Dies gilt vor allem für intrusive und überwältigende Symptome, wie z.B. Pseudohalluzinationen und innere Stimmen, die fälschlicherweise oft als quasi-psychotisch eingestuft werden. Die obigen Beispiele sind nur einige von vielen Herausforderungen, denen man sich beim Verständnis und bei der Behandlung der DIS aus der Perspektive der psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Psychotherapie stellen muss.

Zwei Ansätze zum Verständnis der DIS. In Hinblick auf theoretische Störungsmodelle kann man die psychoanalytischen und psychodynamischen Ansätze zum Verständnis der DIS schematisch in 2 unterschiedliche Grundpositionen einteilen:

1. Die erste Position kommt dem psychoanalytisch orientierten Leser entgegen. Es wird der Versuch unternommen, sowohl die Entstehung der Störungen als auch ihre Therapie so weit wie möglich auf der Basis eines psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Modells zu verstehen (Barach u. Comstock 1996; Brenner 1994, 1996, 2000; Davies 1996; Marmer 1991). Manche dieser Versuche haben zu substantiellen Beiträgen geführt. Allerdings werden die Aspekte der Traumatherapie und der Dissoziation, die durch psychoanalytische Interventionen und Konzeptualisierungen nicht zu verbessern sind, leider häufig aus den Überlegungen ausgeschlossen.
2. Bei der zweiten Position wird der Versuch gemacht, wissenschaftliche Erkenntnisse und Behandlungstechniken, die für dissoziative Störungen entwickelt wurden, auf einen psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Behandlungsrahmen zu übertragen (Baker 1997; Blizard 1997a u. b; Chefetz 1997b u. c; Howell 1997a u. b; Kluft 1994a, 1995a, 2000; Loewenstein 1993; McWilliams 1994; O'Neill 1997; Wilbur 1984, 1986). Die Autoren bemühen sich, Brücken zwischen der Dissoziationsliteratur und der psychodynamischen Literatur zu bauen. Ihre Ansätze beinhalten viele Interventionen, die nicht primär als psychodynamisch oder psychoanalytisch anzusehen sind. Die Techniken werden jedoch in einen primär psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Behandlungskontext integriert. Die Beiträge orientieren sich i.d.R. eng an der klinischen Erfahrung aus der therapeutischen Arbeit mit DIS-Patientinnen und greifen die Forschungsergebnisse zu dissoziativen Störungen umfassender auf. Allerdings bleiben hier Theoriebildung und klinische Diskussionen über die Nutzung von psychoanalytischen und psychodynamischen Ansätzen oft eher selektiv und unvollständig.

Einzelself- oder Multiple-Selbst-Modell. Eine andere Polarisierung im psychodynamischen Diskurs über die DIS und ihre Behandlung bezieht sich auf die Debatte um das sog. „Einzelself“-Modell und das „Multiple-Selbst“-Modell der DIS (*Single Self vs. Multiple Selves Model*). Barach u. Comstock (1996) vertreten eine radikale „Einzelself“-Position:

- „DIS sollte nicht als eine Störung multipler Selbstzustände angesehen werden. (...) Wir verstehen die DIS als einen Zustand, der innerhalb eines einzigen Selbstsystems stattfindet, das Zugang zu mehreren stabilen Konfigurationen von Erinnerungen, kognitiven Stilen und Emotionen hat. (...) Im Rahmen eines Einzelself-Modells der DIS, nach dessen Konzeptualisierung Alter-Persönlichkeiten das Verhalten nicht direkt beeinflussen, existieren die Persönlichkeitsanteile nicht unabhängig voneinander, sondern lediglich als verschiedene potenzielle Selbstzustände.“ (Barach u. Comstock 1996, S. 414–415).

Barach und Comstock (1996) vertreten außerdem den Standpunkt, dass „eine Einzelself-Perspektive die therapeutische Aufgabe vereinfacht, die Interaktion der verschiedenen Anteile als Ausdruck psychischer Konflikte zu verstehen und zu interpretieren“ (S. 415).

Diese Perspektive ist in vieler Hinsicht eine zeitgenössische Version von Freuds Kritik an der dissoziationsorientierten Interpretation der DIS. Freud (1912, 1958, 1975) erkannte die Existenz der DIS an, argumentierte jedoch entschieden gegen die Hypothese, dass es mehr als ein Bewusstsein geben könnte:

- „Wir haben kein Recht, den Sinn dieses Wortes („bewusst“) so weit auszudehnen, dass damit auch ein Bewusstsein bezeichnet werden kann, von dem sein Besitzer nichts weiß. (...) Die Fälle, die man als Teilung des Bewusstseins beschreibt, (...) können besser als wanderndes Bewusstsein angesehen werden, wobei diese Funktion (...) zwischen zwei verschiedenen psychischen Komplexen hin- und herschwankt, die abwechselnd bewusst und unbewusst werden“ (Freud 1912/1958, S. 263; deutsche Fassung 1975, S. 32).

Persönlichkeit, Selbst, Charakter. Obwohl dieses Modell eine verführerische Einfachheit hat, hat die Einzelself-Perspektive eine Reihe von Problemen, deren umfassende Diskussion den Rahmen dieses Artikels sprengen würde. Barach u. Comstock vermischen implizit das *Selbst* mit *Persönlichkeit* und *Charakter*.

Persönlichkeit bedeutet in der psychiatrischen und psychologischen Literatur „die charakteristische Art und Weise, in der eine Person denkt, fühlt und handelt, die tiefliegenden Verhaltensformen, die jede Person sowohl bewusst als auch unbewusst in Anpassung an die Umwelt als Lebensstil oder Art zu sein entwickelt“ (Talbot et al. 1987, S. 1281). In den Hauptströmungen der DIS-Literatur gibt es keine einheitliche Meinung dazu, ob DIS-Patientinnen mehr als eine Persönlichkeit in diesem übergeordneten Sinne haben. Coons (1984) und Kluft (1984) stimmen jedoch darin überein, dass es die charakteristische Anpassungsform einer DIS-Patientin an ihre Umwelt ist, mehrere Persönlichkeitszustände auszubilden. Nach der Definition von Talbot et al. (1987) ist es also die *Persönlichkeit* der Patientin, über alternative Persönlichkeitsanteile zu verfügen.

Das Selbst hingegen ist eine andere Art von Konzept und Struktur. Nach Kohuts Definition des Selbst (1977) ist das Selbst das Zentrum von Initiative und Erfahrungen. Folgt man dieser Definition, dann entsprechen Erscheinungsbild und Diagnosekriterien dissoziativer Störungen dem *Multiple-Selbst-Modell*. In einer Beschreibung aus dem Jahr 1988 habe ich versucht, die Komplexität des Phänomens der alternierenden Persönlichkeitszustände in einer Sprache darzustellen, die sich an Kohuts Konzept des Selbst orientiert:

- „Ein abgegrenzter (unverbundener) Selbstzustand (im Sinne von Persönlichkeitszustand) ist die mentale Adresse eines spezifischen, relativ stabilen und überdauernden Musters mentaler Inhalte und Funktionen. Diese Inhalte und Funktionen werden auf intrapsychische und/oder interpsychische Auslöser oder auf Umweltreize hin selektiv aktiviert und sie können sich auf der Verhaltensebene in einer augenscheinlichen Rollenübernahme oder einem Rollenspiel ausdrücken.
- Jeder Selbstzustand ist in einem eigenen, relativ stabilen (jedoch von der Reiz-Reaktion-Verbindung abhängigen) Muster neuropsychophysiologischer Aktivierung organisiert (und damit assoziiert) und hat spezifische psychodynamische Inhalte. Er funktioniert sowohl als Empfänger und Prozessor als auch als Speicherort für Wahrnehmungen, Erfahrungen und ihre Verarbeitung in Verbindung mit früheren Ereignissen und Gedanken und/oder aktuellen und erwarteten Ereignissen und Gedanken. Jeder Selbstzustand hat ein Gefühl der eigenen Identität, Vorstellungen von sich selbst sowie die Fähigkeit, Gedankenprozesse und Handlungen aufzunehmen“ (Kluft 1988c, S. 51).

Aus dieser Perspektive sind die verschiedenen Selbstzustände der DIS spezielle Ausdrucksweisen der individuellen Erfahrungen, der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Ichs und der Umwelt sowie der Anpassung der Patientin. Bei der Behandlung ist es unverzichtbar, diese verschiedenen Selbstzustände anzusprechen und alle Techniken, die dies erleichtern, sind willkommene Erweiterungen des therapeutischen Rüstzeugs.

Betrachtet man die vorliegende Literatur unter dem Gesichtspunkt der obigen Definitionen, so zeigt sich, dass fast alle Publikationen zu dissoziativen Störungen explizit oder implizit auf dem Multiple-Selbst-Modell basieren (Baker 1997; Blizard 1997a u. b; Brenner 1994, 1996; Chefetz 1997b u. c; Howell 1997a u. b; Kluft 1994a, 1995a; Loewenstein 1993; McWilliams 1994; O'Neill 1997; Wilbur 1984, 1986 u. a.). Auch im vorliegenden Artikel orientieren sich die weiteren Betrachtungen und Handlungsanweisungen an diesem theoretischen Modell.

Beiträge der psychodynamischen Psychotherapie zur Behandlung der DIS

Die psychodynamische bzw. psychoanalytische Psychotherapie hat der Behandlung dissoziativer Patientinnen viel zu bieten. Spezialisierte Ansätze zur Behandlung dissoziativer Störungen sprechen lediglich einen kleinen Teil der Person an, egal wie gut durchdacht sie sind. Eine psychodynamische bzw. psychoanalytische Grundausrichtung hingegen kann bei der DIS-Behandlung eine Wächterfunktion haben. Therapeut und Patientin werden so dazu gebracht, die Situation des gesamten Menschen im Kopf zu behalten. Nach Waugaman (2000) kann diese Grundausrichtung dem Therapeuten helfen, die „komplexen Interaktionen von verschiedenen intrapsychischen und äußeren Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Psychopathologie zu erkennen“ (S. 216). Da nicht auf alle für die Behandlung der DIS relevanten Aspekte der psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Therapie eingegangen werden kann, werden im Folgenden einige Punkte von besonderem Interesse herausgegriffen.

Die frühen traumatischen Erfahrungen von DIS-Patientinnen haben fast immer schwere Auswirkungen auf verschiedenste Entwicklungsbereiche und können erhebliche Defizite zur Folge haben. Bindungsfragen sind von besonderer Bedeutung. Dies gilt besonders für Fragen

der Trennung und Trennungs-/Individuationsbelange (Barach 1991; Liotti 1992; Saakvitne 2000). Die Schaffung einer schützenden Umgebung und die Eindämmung, Milderung und Deutung starker Dynamiken in einem empathischen Bezugsrahmen können ein Umfeld schaffen, in dem Heilung stattfinden und psychologisches Wachstum einsetzen kann. Einer der besonderen Vorteile der psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Psychotherapie ist, dass die Patientinnen im Rahmen der Behandlung die Möglichkeit erhalten zu lernen, sich kritischen Entwicklungsaufgaben zu stellen. Nach meiner Erfahrung kann psychodynamische Psychotherapie insbesondere im Rahmen der postintegrativen Behandlung einen sehr positiven Einfluss auf die Lebensqualität von dissoziativen Patientinnen haben.

Schlüsselaufgaben für die psychodynamische Behandlung. Barach u. Comstock (1996) listen 5 Schlüsselaufgaben für die psychodynamische Behandlung zur Lösung von Entwicklungsaufgaben auf:

1. Schaffung einer internalisierten sicheren Bindungsbasis,
 2. Aufbau der Fähigkeit zur Affekttoleranz,
 3. Formung eines kohärenten Gefühls für das Selbst,
 4. Entwicklung kohärenter Selbst-Repräsentationen,
 5. Aufbau der Fähigkeit, zwischen Tatsachen und Fantasien zu differenzieren.
- Ich würde dem noch 2 Punkte hinzufügen, nämlich
6. Aufbau der Fähigkeit, Intimität und Nähe zu tolerieren,
 7. Aufbau der Fähigkeit, Beziehungen einzugehen, in denen Abhängigkeit und Stärke unabhängig sind von Masochismus und Sadismus.

DIS-Patientinnen sind von klein auf immer wieder im Stich gelassen worden und haben vielfältige Formen von Gewalt und Aggressionen in Beziehungen kennengelernt. Diese Erfahrungen bestimmen auch weiterhin ihre Sicht der Welt. Durch die vorsichtige Exploration und Bearbeitung der Erfahrungen der Patientinnen kann Schritt für Schritt die Fähigkeit aufgebaut werden, Intimität und Nähe zu tolerieren. Die Fähigkeit, Beziehungen aufzunehmen, in denen Abhängigkeit und Stärke unabhängig von Sadomasochismus sind, ist ein kritischer Lernschritt. Erst nach dem Erreichen dieser Ziele kann die dissoziative Patientin den Schritt zu erfüllten und gesunden Beziehungen tun und über das zu Behandlungsbeginn vorherrschende Muster von problematischen Objektbeziehungen hinauswachsen. Der Rahmen des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens ermöglicht die Exploration von Fragen der Sicherheit und des Austestens, eines für diese Patientinnengruppe typischen Verhaltens.

Deutungen sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der psychodynamischen Behandlung der DIS. Häufig ist es im therapeutischen Verlauf sinnvoll, Alter-Persönlichkeiten in Kontakt zu bringen, die in einem Konflikt zueinander stehen. Hierbei sind Deutungen häufig nicht so erfolgreich, wie manche Autoren glauben möchten. Sie können jedoch den Integrationsprozess vereinfachen, indem man sich zunächst den inneren Konflikten einzelner Persönlichkeitsanteile zuwendet. Dadurch werden die Anteile darauf vorbereitet, auch die Inhalte, Standpunkte, Erfahrungen und Gefühle anderer Anteile besser akzeptieren zu können.

Ich versuchte z.B. erfolglos, einen zwanghaft *guten* Anteil einer Patientin dazu zu bringen, die wütenden Gefühle eines anderen Anteils zu akzeptieren. Sie fühlte sich durch den Ärger der anderen Teilpersönlichkeit bedroht und hatte Angst, als schlecht ange-

sehen und zurückgewiesen zu werden, wenn sie selbst ähnliche Gefühle hätte. Ich bemühte mich daraufhin, dem *guten* Anteil zu verdeutlichen, dass er peinlichst vermied, auch nur das kleinste bisschen an Missbilligung zu zeigen oder zuzugeben, dass er sich verletzt oder belästigt fühlte. Daraufhin begann die Patientin selbst, sich über ihre Reaktionsformen zu wundern und kam zu der Erkenntnis, dass sie viele Gefühle abwehrte. Kurz danach begann sie, Neugier für die ärgerliche Haltung des anderen Anteils zu zeigen und fing an, bei sich selbst leichten Ärger zu spüren. An diesem Punkt konnte sie erstmals mit dem wütenden Anteil mitfühlen und sich zunehmend mit ihm identifizieren. Der *ärgerliche* Anteil wiederum reagierte auf das Gefühl, stärker akzeptiert zu werden, mit weniger Wut.

Ein günstiger Ansatzpunkt für Deutungen sind die defensiven Prozesse, die mit dem Wechsel von einem Persönlichkeitsanteil zum anderen als Reaktion auf innere oder äußere Trigger und Stimuli verbunden sind. Hierdurch wird das scheinbar sprunghafte und zusammenhangslose Erleben der dissoziativen Patientinnen hinterfragt.

Bei einer Patientin kam es beispielsweise immer dann zu einem Persönlichkeitswechsel, wenn sich die Gastgeberinnenpersönlichkeit in einer Sitzung bedroht fühlte (als *Gastgeberinnenpersönlichkeit*, engl. *Host*, wird der Anteil bezeichnet, der die meiste Zeit aktiv ist). An ihre Stelle trat dann eine Kinderpersönlichkeit, die sich zusammenkauerte, kläglich weinte und vom Therapeuten grenzverletzende Interventionen verlangte, wie z. B. körperlich gehalten und getröstet zu werden. Die Weigerung des Therapeuten, auf diese Bitte einzugehen, führte fast immer zum Auftauchen einer feindseligen Beschützerpersönlichkeit, die dem Therapeuten Vorwürfe machte, ihm drohte und häufig aus der Sitzung herausstürmte.

Ich kam zu dem Schluss, dass es für die Patientin notwendig war, Angst und Schwäche zu verleugnen und aggressiv zu werden, wenn sich die Gastgeberin verletzlich fühlte. Dies war für sie jedoch problematisch, da sich die Gastgeberin schämte, sich über triviale Dinge aufzuregen. Außerdem hatte sie offensichtlich Schuldgefühle, wenn sie den Therapeuten, dem sie dankbar war, angriff. Die unbewusste Lösung dieses Problems war, eine Kinderpersönlichkeit vorzuschicken, deren Bitte in jedem Falle zurückgewiesen werden würde. So wurde eine neue Situation geschaffen, in der Scham und Schuldgefühle durch selbstgerechte Wut in Bezug auf die verletzte und zurückgewiesene Kinderpersönlichkeit ersetzt wurden. Dies erlaubte es der Patientin, in Gestalt einer wütenden Teilpersönlichkeit den Therapeuten anzugreifen.

Keiner der Persönlichkeitsanteile durchschaute diese Dynamik von sich aus. Nachdem ihnen die Zusammenhänge jedoch bei mehreren Gelegenheiten verdeutlicht wurden, forderte der ärgerliche Anteil die Gastgeberin auf, sich selbst um ihre Angelegenheiten zu kümmern. Er ging dazu über, die Kinderpersönlichkeit an einen *sicheren Ort* zu bringen, anstatt sie vor dem Therapeuten zu *retten* und die Gastgeberin die Angelegenheit mit dem Therapeuten klären zu lassen.

In einer empathisch gut ausbalancierten Behandlung können die Alter-Persönlichkeiten durch Deutung, Stützen und Eindämmen schrittweise lernen, ihre eigenen Gefühle besser zu akzeptieren. Gleiches gilt für die Gefühle der anderen Anteile, derer sie sich zunehmend bewusst werden, wenn die defensiven Barrieren im Lauf der Behandlung schwächer und durchlässiger werden. So können die Alter-Persönlichkeiten bislang Abgespaltenes allmäh-

lich internalisieren. Der Vorgang ist also in sich selbst integrativ, ebnet darüber hinaus aber auch den Weg für die eigentliche Integration der Alter-Persönlichkeiten. Eine schrittweise und durch Empathie und Einsicht geförderte Integration ist dabei meistens sinnvoller und nachhaltiger, als wenn dieselben Inhalte plötzlich, explosiv und überwältigend ins Bewusstsein gelangen würden.

Positive Erfahrung der Empathie. Die Identifikation mit dem Therapeuten, der schmerzhaftes Material und Konflikte einzudämmen und in veränderter Form über empathische Deutungen zurückzugeben vermag, lehrt die Patientin darüber hinaus eine Fertigkeit, die bei der Förderung der Integration äußerst hilfreich ist. In Workshops und Veröffentlichungen (Kluft 2000) habe ich oft angemerkt, dass *DIS eine Form der Psychopathologie ist, die sich durch Empathie auflöst*. Natürlich ist das stark übertrieben. Hierdurch soll jedoch eine wichtige Aussage hervorgehoben werden: Indem der Therapeut empathisch auf immer mehr Anteile der Patientin sowie auf deren Erfahrungen eingeht, teilen die Alter-Persönlichkeiten eine integrationsfördernde Erfahrung, nämlich das Mitgefühl des Therapeuten zu haben.

Wenn diese positive Erfahrung der Empathie über die Anteile hinweg etabliert wird, kann sie die erste gemeinsame Erfahrung sein, die alle Anteile anerkennen können. Dies schwächt ihre Abgegrenztheit. Indem mehr und mehr Persönlichkeitsanteile den Therapeuten und seine Zuwendung und Wertschätzung internalisieren, werden zudem ein gemeinsamer mentaler Inhalt sowie eine positive Objektbeziehung geschaffen. Dies führt zu einer weiteren Schwächung der subjektiven Erfahrung von Unterschiedlichkeit der Alter-Persönlichkeiten.

Die technische Neutralität des Therapeuten kann ein extrem hilfreiches Werkzeug sein. Es ist jedoch wichtig, dass dieses Konzept nicht fehlinterpretiert wird und dazu führt, dass der Therapeut zu einer Karikatur abgegrenzter Gleichgültigkeit wird. Der Therapeut, der mit traumatisierten Patientinnen arbeitet, kann nicht distanziert und fern sein. Eine solche Haltung wird von den Patientinnen gewöhnlich selbst als traumatisch erlebt. Der Therapeut muss aktiv, warm und engagiert sein.

Professionelle Neutralität. Professionelle Neutralität bedeutet, dass der Therapeut für keinen mentalen Zustand, keine Seite eines Konfliktes, keinen Persönlichkeitsanteil und für keine Version eines Ereignisses, über das berichtet wird, Partei ergreift. Ausnahmen sollten nur dann gemacht werden, wenn die Sicherheit auf dem Spiel steht oder wenn die konkrete Gefahr besteht, dass durch Handlungen der Patientin bzw. einzelner Anteile ein Unglück geschehen könnte. Die oben beschriebene professionell neutrale Haltung schützt den Therapeuten davor, in die verschiedenen inneren Konflikte und Kriege zwischen den Alter-Persönlichkeiten hineingezogen zu werden. Außerdem schützt die Haltung davor, Versionen der Realität oder von Erinnerungen einzelner Anteile zu bekräftigen, die mit von anderen Anteilen vorgebrachten oder potenziellen alternativen Versionen oder Erinnerungen in Konflikt stehen könnten. Nur angesichts eindeutiger Beweise oder eines therapeutischen Notfalls sollte der Therapeut von dem neutralen Standpunkt abweichen und dann mit dem Ziel der Realitätsprüfung handeln.

Eine solche Haltung fördert die Integration. Außerdem kann der Therapeut die Patientin so am besten dabei unterstützen, sich mit ihren Erinnerungen an unglückliche und/oder traumatische Erfahrungen auseinanderzusetzen. Dies gilt sowohl für Erinnerungen, die immer zugänglich waren als auch für solche, die erst wieder ins Bewusstsein gelangen, nachdem die grundlegende Geschichte besprochen worden ist. Neutralität bedeutet, dass

solches Material eher erforscht und exploriert wird, als dass es vorschnell entweder als Realität akzeptiert oder als Fantasie oder Gerede verworfen wird. Hierdurch können auch vorschnelle Handlungen und Aktionen der Patientin, z. B. ein Gerichtsverfahren in Gang zu bringen, vermieden werden, die zu dem Zeitpunkt auf Material mit unsicherem Wahrheitsgehalt basieren würden.

Abstinenz. Eng verwandt mit dem Bisherigen ist auch das Konzept der Abstinenz. Abstinenz bedeutet, Befriedigung oder Aktionen so lange zurückzustellen, bis Material umfassend analysiert und so weit wie möglich verstanden worden ist. DIS-Patientinnen wollen häufig sehr schnell zum Handeln übergehen, um ihre Dysphorie zu lindern oder zu überdecken. Oft sind ihre Pläne jedoch weder realistisch noch konstruktiv, sondern haben starke autodestruktive Elemente. Daher kann es sehr zur Begrenzung des Chaos in der Behandlung hoch dissoziativer Patientinnen beitragen, zu durchdenken und situationsangemessenen anstelle von impulsiven Ansätzen zu raten.

Ausgewählte Aspekte der psychodynamischen DIS-Therapie

In diesem Abschnitt geht es um die konkrete Durchführung der psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Psychotherapie bei DIS. Um die Darstellung anschaulicher zu machen, werde ich meine Anmerkungen mit Auszügen aus den Behandlungsprotokollen einer hoch funktionalen dissoziativen Patientin illustrieren. Das klinische Erscheinungsbild wechselte bei der Patientin häufig zwischen DIS und NNBDs.

Falldarstellung

Cheryl B., eine 33-jährige lebhaft Akademikerin, wurde von ihrem bisherigen Therapeuten an mich überwiesen, als sie in ihren Heimatstaat Pennsylvania zurückzog. In ihrer bisherigen Behandlung waren dissoziative Züge aufgefallen, es war an ihrer zwanghaften Promiskuität und dem Alkoholmissbrauch gearbeitet worden und Erinnerungen an sexuellen Missbrauch begannen aufzutauchen. Sie hatte immer bewusste Erinnerungen an einen Vater-Tochter-Inzest, aber die Erinnerungen waren depersonalisiert und ohne Affekt, so dass Cheryl begonnen hatte, an deren Wahrheitsgehalt zu zweifeln. Als sie in ihre Heimatgegend zurückkehrte und wieder mehr Kontakt zu ihren Eltern hatte, die beide Alkoholiker waren, begann sie selbst wieder stark zu trinken. Sie wandte sich daraufhin an ihren früheren Therapeuten, der sie an mich überwies.

Cheryl war eine intelligente und engagierte Frau. In ihrer Lebensgeschichte gab es jedoch zahlreiche Zeitperioden, über die sie keine Auskunft geben konnte. Ihr Vater war Professor und ihre Mutter eine erfolgreiche Geschäftsfrau. Beide Eltern waren seit langer Zeit alkoholkrank. Cheryl war eines von vier Geschwistern. Sie hatte einige durchgängige Erinnerungen an einen Vater-Tochter-Inzest, die sie einem Bruder anvertraut hatte. Dieser erzählte ihr im Gegenzug, dass er von der Mutter sexuell belästigt worden sei, wenn sie betrunken war.

Als Cheryls Therapie fortschritt, erzählte der Bruder den Eltern von den Erinnerungen der Patientin. Die Eltern beharrten lautstark darauf, dass keinerlei Missbrauch stattgefunden habe und brachten sowohl die Geschwister als auch Kindheitsfreunde dazu, die Patientin

unter Druck zu setzen, ihre Anschuldigungen zurückzunehmen. Die Patientin war jedoch schließlich in der Lage, Beweise zu finden, die ihre Erinnerungen untermauerten.

Als mir bei Cheryl Symptome auffielen, die auf Dissoziationen hindeuteten, führte ich mit ihr die *Dissociative Experiences Scale (DES)* durch (Bernstein u. Putnam 1986). Cheryl erreichte einen Wert von 53, was sehr hoch ist und auf eine schwere dissoziative Störung hindeutet. Danach führte ich das *Structured clinical Interview for DSM-IV dissociative Disorders (SCID-D)* durch (Steinberg 1994). Im Interview wurden Amnesien, Depersonalisationen, Derealisationen, Wechsel zwischen alternierenden Persönlichkeitsanteilen und direkte Kontakte zu anderen Anteilen beschrieben. Es gab mehrere klar definierte Persönlichkeitsanteile, aber es war nicht eindeutig, ob sie spontan die Kontrolle über das System übernehmen. Daher wurde die Diagnose NNBDs mit Verdacht auf DIS gestellt.

In den folgenden Wochen wurde deutlich, dass die Alter-Persönlichkeiten sehr stark in Cheryls Alltagsleben involviert waren, jedoch jeweils nur zeitweise. Cheryl hatte also Zeiten, in denen eine DIS-Diagnose hätte vergeben werden können und Zeiten, in denen ihre Symptomatik eher einer NNBDs entsprach. Dies lässt sich bei vielen DIS-Patientinnen beobachten (Kluft 1985a).

Zu Beginn der Behandlung war Cheryl eher chaotisch, aber sie stabilisierte sich auf meine anfänglichen Interventionen hin bald. Mapping-Techniken erbrachten 33 Persönlichkeitsanteile, von denen jedoch nur 6 eine bedeutsame Rolle in ihrem interpersonellen Leben spielten. Alle Anteile waren jedoch in einer komplexen inneren Welt aktiv und ihre Interaktionen in dieser inneren Welt wurden von der Patientin subjektiv als überraschend real wahrgenommen (vgl. Kluft 1988c für eine Diskussion der inneren Welt als dritter Realität).

Cheryl fand leicht Arbeitsstellen, aber das Chaos ihrer Alter-Persönlichkeiten beeinträchtigte ihre Arbeitsfähigkeit für mehrere Monate stark. Sie wurde von 2 Arbeitgebern entlassen, bevor sie sich so weit stabilisiert hatte, dass sie ein dauerhaftes Arbeitsverhältnis aufrechterhalten konnte.

Cheryl war sehr psychologieorientiert und erinnerte sich meist an ihre Träume. Sie erklärte sich schnell mit einer primär psychodynamischen Psychotherapie einverstanden, in der zusätzlich hypnotherapeutische Interventionen eingesetzt wurden, um Stabilität zu schaffen. Ich riet ihr zu 2 Sitzungen pro Woche. Ihre Lebensumstände erlaubten aber meist nur, dass ich sie einmal pro Woche sah.

Wie bereits oben gesagt, wurden Mapping-Techniken angewandt. Dies sind spezielle Techniken zur Erkundung des individuellen Persönlichkeitssystems. Mithilfe dieser Techniken kann man nach und nach einen Überblick über vorhandene Persönlichkeitsanteile, deren spezielle Funktionen und Positionierung im System sowie über mögliche vorhandene Kontakte der Anteile untereinander erhalten.

Umgang mit Alter-Persönlichkeiten und therapeutisches Bündnis

Psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten sind oft unsicher im Umgang mit den Alter-Persönlichkeiten. Sie erleben häufig einen bestimmten Anteil als die *eigentliche Persönlichkeit* der Patientin. In Bezug auf die anderen Anteile fragen sie sich dann, ob deren Aktivität geschwächt oder besser im Zusammenhang mit den Fragen und Konflikten, deren Träger sie sind, interpretiert werden soll.

Es ist wichtig zu erkennen, dass die eigentliche Persönlichkeit der Patientin dissoziiert ist. Das bedeutet, dass es die Persönlichkeit einer DIS-Patientin ist, multiple Identitäten oder Persönlichkeitszustände zu haben (Coons 1984; Kluft 1984, 1991). Eine Weigerung, sich Alter-Persönlichkeiten zuzuwenden, bedeutet, wichtige Aspekte mentaler Inhalte, Strukturen und Funktionen unberücksichtigt zu lassen (Coons 1984, Kluft 1984).

Ich finde folgenden Vergleich hilfreich:

- Wenn Analytiker und Patientin in geheimem Einverständnis bestimmte Punkte oder Bereiche unexploriert lassen, so bleiben diese nicht nur nicht analysiert. Vielmehr werden in der Folgezeit auch andere konfliktbesetzte Punkte oder Dynamiken ihren Weg in diese Zone des Geheimnisses finden und die Behandlung wird zu einem Stillstand kommen (vgl. z. B. Freud 1916, 1917, 1923). Ähnliches passiert, wenn Therapeut und/oder Patientin sich weigern, sich den Alter-Persönlichkeiten der Patientin zuzuwenden.
- Da Ich-Inhalte und bestimmte Ich-Funktionen über die Alter-Persönlichkeiten hinweg verteilt sind, kann man sich am besten ein Bild über das Ich einer DIS-Patientin verschaffen, indem man die verschiedenen Teilpersönlichkeiten anspricht und in die Therapie einbindet. Wenn so viele Alter-Persönlichkeiten wie möglich in die Therapie einbezogen werden, während der Stunden ko-bewusst sind und ihre Gedanken über innere Dialoge dem Persönlichkeitsanteil mitteilen, der aktuell an der Oberfläche ist und die Kontrolle hat, dann nähern sich die Zustände dem an, was notwendig ist, um eine Analyse oder eine psychoanalytische Psychotherapie durchzuführen (Kluft, 2000, S.262–263).

Alle Teilpersönlichkeiten in das therapeutische Bündnis einbinden. Nach den Erfahrungen aus meiner Supervisionstätigkeit ist einer der häufigsten Gründe für schlecht laufende DIS-Behandlungen ein Unvermögen, alle wichtigen Teilpersönlichkeiten zu identifizieren und anzusprechen (Kluft, 1988a u. b). Bisher gibt es keine einzige wissenschaftliche Veröffentlichung über eine Serie von erfolgreich verlaufenen DIS-Therapien, die *keine* Arbeit mit den Teilpersönlichkeiten umfasste. Außerdem erleben DIS-Patientinnen die Teilpersönlichkeiten subjektiv als einen wesentlichen Aspekt ihrer selbst. Eine Weigerung, die Anteile anzusprechen, wird daher als eine Zurückweisung oder Abwertung des Gefühls der Patientin erlebt, wer oder wie sie ist. Dies kann zu erheblichen Schwierigkeiten in der Beziehung zum Therapeuten führen.

Um ein therapeutisches Bündnis mit einer DIS-Patientin aufzubauen, muss sich der Therapeut auf das Persönlichkeitssystem einlassen. An anderer Stelle habe ich dargelegt, dass „wir uns als Therapeuten nur dann voll in das therapeutische Arbeitsbündnis einbringen, wenn wir uns dafür öffnen, alle Aspekte des mentalen Lebens unserer DIS-Patientin anzusprechen. Die Patientin bringt im Gegenzug nur dann maximale Kooperation mit in die Therapie ein, wenn sie uns ihr mentales Leben so weit wie irgend möglich öffnet. Alles, was diesem Anspruch nicht genügt, führt zu einer gestörten Beziehung, einer Verdunkelung, die das Ziel, eine sorgfältige und umfassende Psychotherapie durchzuführen, in Abrede stellt. Es ist notwendig zu versuchen, die Alterpersönlichkeiten in einer kooperativen Art in die Therapie einzubinden und zur Mitarbeit zu bewegen“ (Kluft 2000, S.271–272).

In meiner Arbeit mit Cheryl habe ich häufig alle Anteile aufgefordert, zuzuhören und sich frei zu fühlen, Assoziationen und Kommentare im inneren Dialog beizusteuern oder nach außen zu kommunizieren. Ich versuchte Cheryl und den Alter-Ichs zu verdeutlichen, dass sie alle Teil eines einzigen menschlichen Wesens seien. Die Alter-Anteile könnten zwar nicht verlangen, ein eigenes Leben zu führen, sehr wohl könnten sie aber erwarten, alle zunehmend akzeptiert zu werden, zunächst in der Psychotherapie und später auch in

mehr und mehr Bereichen von Cheryls Existenz. Sie seien alle Teile eines einzigen menschlichen Wesens. Ich versicherte ihnen jedoch, dass ich anerkannte, dass sie selbst dies häufig subjektiv anders erlebten. Ich sagte, dass ich versuchen würde, sowohl die Realität ihrer zugrunde liegenden Einheit wie auch ihre subjektive Realität der Getrenntheit der verschiedenen Persönlichkeitsanteile anzusprechen.

Ich lud alle Anteile ein, an der Behandlung teilzunehmen. Ich wies sie jedoch darauf hin, dass ihre Teilnahme geordnet stattfinden müsse. Manchmal würde ich jedoch u.U. nicht in der Lage sein, mich allen in einem bestimmten Zusammenhang oder innerhalb von einer Sitzung zu widmen, wenn viele Anteile gleichzeitig Kommentare zu machen hätten. Ich erklärte, dass Sicherheit und Funktionsfähigkeit den Vorrang vor Exploration und Erhellung der jeweiligen historischen Perspektiven hätten. Ich sagte, dass ich häufig *über* den Anteil, der in dem Moment die Kontrolle habe, *hinweg sprechen* würde, um die anderen anzusprechen und dass ich von Zeit zu Zeit Ausdrücke wie „*Sie alle*“ oder „*alle von Ihnen*“ benutzen würde, um mein Bewusstsein für das Gesamtsystem der Persönlichkeitsanteile auszudrücken, über diejenige oder denjenigen hinaus, welche(r) gerade die aktive Kontrolle über den Körper habe.

Ich erklärte, dass Beiträge von allen Anteilen willkommen seien, solange diese nicht zerstörerisch seien. Ich schlug vor, dass Anteile *hinter den Kulissen*, die Beiträge zu machen hätten, diese im inneren Dialog an den Anteil weiterleiten könnten, der gerade die aktive Kontrolle ausübe und wies die Alter-Ichs an, dass sie, wer auch immer gerade *draußen* sei, die Anmerkungen, die sie innen hörten, weitergeben sollten. Ich räumte ein, dass manche Anteile vielleicht manchmal nicht in der Lage sein würden, sich im Lauf einer Sitzung mitzuteilen. Daher regte ich an, dass sie in diesem Fall ihre Anmerkungen in einem Tagebuch niederschreiben sollten, das Cheryl zu jeder Sitzung mitbringen würde.

Es dauerte 3 oder 4 Monate, bis diese Zusammenarbeit, die die meisten Anteile in das therapeutische Bündnis einband, sicher etabliert war. Im Lauf der Behandlung nahmen nach und nach alle Anteile konstruktiv an der Therapie teil. Daraufhin kam es nicht mehr zu Amnesien im Alltagsbewusstsein und auch alle anderen Formen von Symptomen ließen erheblich nach.

Die Grundregel und freie Assoziation

Wie die obigen Ausführungen implizieren, werden die mentalen Inhalte, die traditionellerweise mit der therapeutischen Grundregel sowie der freien Assoziation verbunden sind, bei der Arbeit mit DIS-Patientinnen umdefiniert. Sie umfassen bei dieser Patientinnengruppe die Beiträge aller Persönlichkeitsanteile. Die Alter-Persönlichkeit, die im konkreten Moment mit dem Therapeuten interagiert, wird gebeten, alle Inhalte, derer sie sich bewusst wird, mitzuteilen. Dies umfasst alle Stimmen und Gedanken von anderen Persönlichkeitsanteilen, die mitgehört oder als innerer Dialog wahrgenommen werden, halluzinierte Stimmen, passiv wahrgenommene Interaktionen zwischen stillen Anteilen in der inneren Welt der Patientin, passive Einflüsse, eingegebene oder sich aufdrängende Gefühle, Körperempfindungen, Flashbacks etc.

Dies erscheint auf den ersten Blick sehr einschüchternd und es ist in der Tat eine enorme Anstrengung. Die Vielfältigkeit der oben genannten Materialien ist jedoch charakteristisch für die mentalen Inhalte, die eine dissoziative Patientin die meiste Zeit verleugnet oder ausgeblendet hat. Wenn die Patientin sich daran gewöhnt, diese reichen und komplexen

Inhalte zuzulassen, beginnt die Dissoziation nachzulassen und das Bewusstsein kann integriert werden.

Cheryl hatte aus vielen Gründen Probleme, alles zu sagen, was ihr durch den Kopf ging, ohne Zensur auszuüben.

- Sie hatte zunächst kein Gefühl für den Ursprung der Beobachtungen, Gefühle und Erinnerungen, die von den anderen Anteilen kommuniziert wurden. Sie stritt deren Wichtigkeit Sitzung für Sitzung ab oder konnte nicht akzeptieren, dass ich wirklich der Meinung war, dass sie für eine erfolgreiche Behandlung tatsächlich alles mitteilen sollte.
- Sie wurde wütend, wenn die Beiträge der anderen ihren eigenen widersprachen, sie herausforderten oder wenn sie verschiedene affektive Reaktionen auf eine bestimmte Situation darstellten.
- Die miteinander in Konflikt stehenden Impulse der Persönlichkeitsanteile, die damit verbundene Dysphorie und die von den anderen Anteilen häufig berichteten Traumata verursachten Cheryl erhebliches Unbehagen.
- Viele Anteile waren untereinander oder Cheryl gegenüber kritisch, was ihr ebenfalls unangenehm war.
- Sie hatte häufig das Gefühl, durch die Teilnahme der anderen geschwächt zu werden.
- Es identifizierten sich viele der anderen Anteile mit meinem Arbeits-Ich und meiner Sorge um manche von Cheryls Verhaltensweisen, bevor sie selbst in der Lage oder gewillt war, ihr Verhalten zu zügeln.

Alle diese Punkte wurden mit Empathie, freundlicher Konfrontation und mit der Notwendigkeit, dissoziative Barrieren und Abwehrhaltungen zu reduzieren, angesprochen. Außerdem wurden die Alter-Ichs dafür sensibilisiert, wie sehr sie die in dem Moment dominanten Anteile belasteten, wenn sie übermäßig intrusiv wurden oder ihnen zu viel Material oder Affekte aufdrängten.

Lassen Sie uns einen kurzen Ausschnitt aus der Behandlung betrachten, um zu illustrieren, wie Cheryl und ich die Sitzungen erlebten. Cheryl, die im Lauf der Therapie geheiratet hatte und ihr Ehemann hüteten das Haus ihrer Eltern. Cheryls Eltern waren seit ihrer Kindheit nicht umgezogen. Es handelte sich also um das Haus, in dem sie missbraucht worden war.

„Es war nicht wirklich schwierig. Alle meiner Kinderanteile sind gewachsen oder integriert... Ha! Ich höre sie sagen, dass sie alle Adoleszenten geworden sind, aber dass sie ganz bestimmt keine Erwachsenen sind. Ich habe mich in dem Haus wohl gefühlt... Nein, das hast du nicht. Es war dumm von dir, in den Raum zu gehen. Dr. Kluft, was sie Ihnen sagen wollen ist, dass ich mich nicht in allen Räumen des Hauses wohl gefühlt habe. Da war einer, ein Loch, in das ich einfach nicht hineingehen konnte. Es fühlte sich unheimlich an und ich fühlte mich jedes Mal wie ein ängstliches Kind, wenn ich daran vorbeikam. Es macht keinen Sinn für mich. Sie sagen, dass ich dumm bin, dass ich es nicht weiß. Jetzt sehe ich den Raum so wie zu der Zeit, als ich jünger war. Eine Stimme sagt, 'das war ein Schlafzimmer, als wir klein waren. Daddy nahm mich mit dorthin'. Ich höre meines Vaters Stimme sagen: 'Du lügst. Ich habe dich niemals angerührt.' Einer der Teenager sagt: 'Immer noch der gleiche Scheiß, du alter Furz?' Jetzt kann ich den Raum sehen und mein Vater zieht seine Hose aus. 'Genau das ist passiert, Cheryl', sagt irgendjemand. Oh, ich spüre irgendetwas in meinem Hals!“ Sie beginnt zu würgen.

Die Patientin berichtet über ihre eigene Erinnerung an ein aktuelles Ereignis und ihr Verständnis davon, warum ihr altes Haus nicht mehr bedrohlich für sie ist, da alle ihre jüngeren Anteile „erwachsen geworden“ sind. In schneller Abfolge wird ihren Rationalisierungen von adoleszenten Alter-Persönlichkeiten widersprochen. Ein Anteil widerspricht ihrer Verleugnung oder Verharmlosung und sie gibt ihr Unwohlsein und ihre Regression zu, versucht jedoch noch einmal, über ihr Unwohlsein hinwegzugehen. Die nächste Konfrontation durch andere Anteile ist harscher und wird gefolgt von visuellen Bildern eines Ortes, der mit dem Trauma verbunden ist. Ein mit ihrem Vater identifizierter Anteil tritt in das Geschehen ein und beharrt darauf, dass in Wirklichkeit nichts passiert sei und ein jugendlicher Anteil aus der Zeit, in der Cheryl in der Lage war, sich gegen die Übergriffe des Vaters zu wehren, widerspricht dem Anteil, der den Vater verteidigt. Die Patientin beginnt, in einen Flashback zu rutschen.

Eine solche Sequenz ist nicht ungewöhnlich und spiegelt Konflikte zwischen verschiedenen Wünschen wieder. Cheryl möchte gleichzeitig ihre aktuellen Schwierigkeiten verleugnen, sich ihrer Vergangenheit stellen, ihre Vergangenheit verleugnen, das Bild des liebenswürdigen Vaters aufrechterhalten und sich selbst von den Auswirkungen seiner Übergriffe befreien. Obwohl ich an verschiedenen Punkten hätte eingreifen können, haben mich die Ich-Stärke der Patientin sowie ihre Identifikation mit meinem Arbeits-Ich dazu gebracht, sie fortfahren zu lassen, ihr Material und ihre Konflikte im Umgang damit in den Griff zu bekommen.

Die nächsten Äußerungen kamen primär von Cheryl, als sie so weit war, das in ihrer Erinnerung auftauchende Ereignis als Realität anzuerkennen. Sie fragte sich, warum sie immer noch versuchte, den Missbrauch zu verleugnen und ein idealisiertes Bild ihres Vaters aufrechtzuerhalten, obwohl sie in der Lage gewesen war, den Missbrauch als eine Tatsache zu bestätigen.

Gegen Ende der Sitzung berichtete sie von einem Traum aus der letzten Nacht, in der sie das Haus der Eltern gehütet hatte. In diesem Traum versuchte der Vater verzweifelt, den Raum, der sie noch immer ängstigte, zu reinigen und er versicherte ihr lächelnd, dass alles in Ordnung sei. Sie selbst saß wie betäubt mit einem schlechten Geschmack im Mund da. Sie brachte dies mit der oralen Sensation und dem Würgen von vorher in Verbindung und identifizierte den Geschmack als den von Sperma.

Verbindung psychodynamischer Ansätze mit dem Mehrstufenmodell der Traumatherapie

Die psychodynamische Psychotherapie ist normalerweise eine sehr sichere Methode. In der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen müssen jedoch manchmal besondere Vorkehrungen getroffen werden, um zu vermeiden, dass der Aufdeckungsprozess zu schnell voranschreitet und die Patientin überwältigt. Moderne Ansätze der Traumatherapie (Herman 1992) raten zu einem stufenweisen Vorgehen. Auf eine anfängliche Stufe der Stabilisierung folgen eine Stufe der Erinnerung und Trauer und eine Stufe der Reintegration. Auch die DIS-Behandlung orientiert sich an diesem Stufenplan (Kluft 1991a u. b, 1999a u. b).

Eine wichtige Aufgabe in der ersten Stufe ist die Lockerung der Barrieren zwischen den Persönlichkeitsanteilen, um Enthüllungen und freie Assoziationen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. Nach meiner Erfahrung ist es fast immer sinnvoll, langsam vorzugehen und zu vermeiden, dass die Patientin zu schnell zu viel aufdeckt.

Cheryl kam schnell zu der Einsicht, dass sie mehr erlebt hatte als sie bisher wusste und sie brannte darauf, *alles herauszubringen*. Gleichzeitig waren ihre Alter-Ichs so beeindruckt von meiner Fähigkeit, mit meinen Interventionen und meiner Empathie zu trösten und zu regulieren, dass sie häufig alle auf einmal darauf drängten, gehört zu werden. Die Folge war ein großes Chaos. Cheryls Bemühungen, eine gute Patientin zu sein, begannen, zu überstürzten Erinnerungen und intrusiven und zerstörerischen Symptomen zu führen.

Ich konnte das Persönlichkeitssystem davon überzeugen, dass eine langsamere, geordnete und systematische Therapie auf lange Sicht schneller und erfolgreicher sein würde als eine Therapie, die auf schnelle Aufdeckung ausgerichtet war, da es bei einem mehr geordneten Vorgehen zu sehr viel weniger Krisen kommen würde. Nach 2 selbstzerstörerischen Episoden, die Cheryl als sehr demütigend erlebte, akzeptierte das System meine Empfehlungen und wir gingen langsamer vor. Cheryl veränderte sich danach im Umgang mit ihrem Leben im Hier und Jetzt so schnell, dass keine weiteren Belehrungen über angemessene Vorsichtsmaßnahmen mehr nötig waren.

Unbewusst, bewusst und „an anderer Stelle bewusst“

Wie bereits erwähnt, können dissoziative Prozesse am besten als parallel ablaufende Prozesse verstanden werden, die sich nicht vollständig mit der traditionellen Trennung zwischen bewusst und unbewusst decken. Obwohl vertikales Splitting eine sinnvolle Analogie ist, umfasst oder erklärt Splitting nicht das volle Spektrum der dissoziativen Spaltung (Kluft 2000). In der therapeutischen Arbeit ist es oft am besten, einfach zu fragen, um Informationen von einer DIS-Patientin zu sammeln. Man sollte dabei aber die Möglichkeit im Kopf behalten, dass andere Persönlichkeitsanteile weitere hilfreiche Einsichten und/oder Beobachtungen beitragen könnten. Die Alter-Ichs können als personifizierte Bewältigungsstrategien angesehen werden (Kluft 1988a–c). Während es für einen Anteil notwendig sein kann, bestimmte Informationen aus dem Bewusstsein fernzuhalten, um seine Funktion aufrechterhalten zu können, kann es für einen anderen Anteil notwendig sein, über genau diese Informationen zu verfügen, um seine Aufgabe erfüllen zu können.

Cheryl und ich arbeiteten mehrere frustrierende Monate lang an ihren Schwierigkeiten, ihr Körpergewicht zu kontrollieren. Trotz häufig übermäßig strikter Diätversuche stellte sie fest, dass sie hierzu nicht in der Lage war. Ich beschloss, die Alter-Persönlichkeiten um Rat zu fragen. Anstelle einer innerlich hörbaren Stimme kam es zum Wechsel zu einem mir bislang unbekannten Anteil, dessen Gedanken Cheryl nicht überwachen oder hören konnte. Dieser Anteil informierte mich darüber, dass Cheryls Übergewicht durch verschiedene Punkte bedingt sei. Einige dieser Punkte könnten jedoch zu dem Zeitpunkt noch nicht sicher bearbeitet werden. Der Anteil sagte mir, dass Cheryl in ihrem jetzigen Zustand nicht in der Lage sein würde, bei einer Konfrontation mit diesem Material zu funktionieren, dass es jedoch auftauchen würde, wenn sie stärker wäre. Ich entschied mich, mich in der weiteren Behandlung an dieser Aussage zu orientieren.

Ein Jahr später brachte mich ein Versprecher zu der Vermutung, dass Cheryl von ihrem Vater schwanger gewesen sein könnte. Ich sagte nichts. Über mehrere Monate hinweg tauchte mehr Material auf, das darauf hindeutete. Cheryl griff das Thema selbst auf, wies diese Idee jedoch sofort zurück. Als ich nicht damit einverstanden war, die Möglichkeit zu verwerfen, war Cheryl wie betäubt. Sie konnte nicht glauben, dass ich nicht bereit

war, diese Frage unberücksichtigt zu lassen. In der nächsten Woche kam Cheryl mit der Erinnerung in die Sitzung, dass sie in ihren frühen Teenagerjahren ein Bild gemalt hatte, das sie sehr aufregte. Sie dachte, dass dies wichtig sein könnte. Als sie jedoch versucht habe, das Bild in die Sitzung mitzubringen, sei es plötzlich verschwunden. Ich drängte sie nicht weiter.

3 Monate später brachte Cheryl ein Selbstporträt mit, das um ihren dreizehnten Geburtstag herum datiert war. Auf diesem Bild war sie eindeutig schwanger. Daraufhin tauchte Material auf, das darauf hindeutete, dass sie von ihrem Vater zu einer Abtreibung gezwungen worden war und diese Erfahrung dissoziiert hatte.

Als dies hochkam, tauchte der Persönlichkeitsanteil auf, der über eineinhalb Jahre zuvor und seitdem nicht mehr mit mir gesprochen hatte, und sagte: „So, können Sie jetzt verstehen, warum sie ihren dicken Bauch nicht loswerden kann?“ Als ich sagte, dass ich nicht verstehe, erklärte mir der Anteil: „Sie hat sich nie mit der Abtreibung und dem Verlust des Babys auseinandergesetzt. Indem sie ihren Bauch behält, macht sie sich selbst vor, dass das Baby noch am Leben ist und dass die Abtreibung niemals stattgefunden hat.“ Als dies einmal gesagt war, begann Cheryl unkontrolliert zu schluchzen.

Nach mehreren Wochen der Diskussion und Arbeit an diesem Ereignis verlor Cheryl plötzlich 30 Pfund Gewicht und entwickelte ein sehr attraktives Äußeres. Ihr allgemeines Funktionsniveau veränderte sich schnell. Der historische Wahrheitsgehalt dieses Materials ist unklar, aber eine gynäkologische Untersuchung bestätigte, dass sie trotz ihrer fehlenden diesbezüglichen Erinnerung schwanger gewesen war und ihre Veränderung war sehr beeindruckend.

Es ist offensichtlich, dass hier bestimmte Persönlichkeitsanteile von dem dissoziierten Material wussten und es vor dem Bewusstsein verletzlicherer Anteile zurückhielten. Im Gegensatz zu Material aus dem Unbewussten, wie z. B. Versprecher, wurde das dissoziierte Material aus taktischen Gründen zurückgehalten.

Deutung

DIS-Patientinnen sind oft sehr masochistisch oder selbstanklagend. Selbstangriffe und Selbstbeschuldigungen sind oft ein Versuch, ein positives Bild von Missbrauchern oder anderen Personen, die den Missbrauch möglich machten, als gute und liebende Menschen aufrechtzuerhalten. Dieses Verhalten findet sich sehr häufig bei Menschen, die Opfer eines Beziehungstraumas durch Verrat geworden sind.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass viele Patientinnen und Patienten Deutungen unbewusster Wünsche oder Triebe als eine Bestätigung für ihre subjektive Schlechtigkeit erleben (Kluft 1995a). Es ist daher oft ungünstig, einzelnen Persönlichkeitsanteilen oder der Patientin als Ganzes Triebe oder Wünsche zuzuschreiben, da dies negative therapeutische Reaktionen auslösen kann. Es ist erheblich effektiver, der Patientin zu vermitteln, dass scheinbar erotische und aggressive Bedürfnisse nicht in jedem Falle das sein müssen, was sie auf den ersten Blick zu sein scheinen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Kinder in einem frühen Alter traumatisiert oder sexuell ausgebeutet worden sind und/oder wenn sie in jungen Jahren Gewalt erfahren oder mit angesehen haben. Den Patientinnen sollte auch erklärt werden, dass mit solchen Bedürfnissen in diesen Fällen anders umgegangen werden sollte als bei neurotischen Patientinnen.

Cheryl war sehr verstört durch ihre Promiskuität und ihre abwechselnd starke Beschäftigung mit Erotik einerseits und der vollständigen Aversion gegenüber allen erotischen Belangen andererseits. Sie entwickelte in der Übertragung sexualisierte Impulse und präsentierte mir diese im Zusammenhang mit der Überzeugung, nicht mehr als eine dreckige Hure zu sein, die wahrscheinlich all das, was ihr passiert sei, selbst gewollt und es provoziert habe.

Ich bat daraufhin alle Alter-Ichs, alle Gedanken mitzuteilen, die sie hierzu für relevant hielten. Während manche selbstgerechte Verwünschungen aussprachen, sprachen andere davon, wie verwirrend es gewesen sei, wenn sie als Kinder sexuell stimuliert worden waren. Wieder andere erzählten davon, wie aufgebracht sie als Jugendliche gewesen seien, als sie feststellten, dass ihre eigenen aufkommenden Wünsche durch die Annäherungen des Vaters blockiert wurden und andere diskutierten, wie sie gelernt hätten, ihre Sexualität dafür einzusetzen, die Handlungen des Vaters und von Männern im Allgemeinen kontrollieren zu können.

Mit diesen Assoziationen im Kopf erklärte ich Cheryl, dass es angesichts ihrer Geschichte nicht überraschend sei, dass sexuelle Belange alle ihre Gefühle zu Männern, einschließlich meiner Person, beeinflussen würden. Dann fragte ich sie, ob sie irgendeine Idee dazu habe, warum diese sexuellen Themen gerade zu diesem Zeitpunkt auftauchten. Nach einigen Momenten sagte sie: „Ich begann etwa vor 2 Wochen sexuelle Gefühle für Sie zu haben. Da war etwas, was Sie gesagt haben...“.

Mir fiel auf, dass ich ihr etwa 2 Wochen vorher von meinen Plänen für meinen Sommerurlaub erzählt hatte und dass sie über die Länge meiner Abwesenheit aufgebracht war. „Kann es sein, dass Sie Angst bekommen haben, ich könnte weggehen und dass Sie begonnen haben, sich zu fragen ob eine Sexualisierung unserer Beziehung mich hier bei Ihnen halten könnte?“ Sie lächelte und wechselte zu einem anderen Anteil, der sagte: „Wer weiß? Sie war wirklich über Ihr Weggehen besorgt und es funktionierte wirklich gut mit Sie-wissen-schon-wem“, einer Bezeichnung für einen früheren Arbeitgeber, den sie verführt hatte, als sie befürchtete, dass er sie rausschmeißen würde.

Der Rest der Sitzung befasste sich mit der Abgrenzung von Ängsten und der Unfähigkeit verschiedener wichtiger Frauen in ihrem Leben, sie zu schützen. Hierdurch kam Cheryl schließlich zu der Erkenntnis, dass sie sich nur dann sicher fühlen könne, wenn sie sich, wenn nötig auch mit Sex, an Männer binde.

Diese Diskussion der nicht erotischen instrumentellen Kontrollaspekte des Einsatzes von Sexualität war sehr produktiv. Sie öffnete Cheryl schließlich den Weg, ihre sexuelle Erregung als erotischen Ausdruck zurückzugewinnen, anstatt sie als eine verzweifelte interpersonelle Strategie einzusetzen.

Arbeit mit Träumen

Träume von DIS-Patientinnen haben oft traumatische Inhalte. Alpträume sind sehr häufig und auftauchende traumatische Erinnerungen kündigen sich oft durch vorhergehende verwirrende Träume an. Manchmal tauchen in Träumen auch Alter-Persönlichkeiten oder die innere Welt der Patientin auf. Manche Patientinnen erleben die nächtlichen Interaktionen der verschiedenen Anteile in der inneren Welt des Persönlichkeitssystems wie Träume. Dies gilt insbesondere dann, wenn täteridentifizierte Anteile andere Anteile, die mit der Patientin als Opfer identifiziert sind, misshandeln.

Marmer (1980) untersuchte die Träume von DIS-Patientinnen. Es gibt keinen Beweis dafür, dass die Inhalte traumatischer Träume mit einer realen Traumasituation übereinstimmen (Brenneis 1997) und es ist natürlich möglich, falsche Schlüsse aus Traumszenarien zu ziehen. Die Träume führen aber oft zu Inhalten, die in der Behandlung angesprochen werden müssen oder sie sind mit solchen Inhalten verbunden.

Bei der therapeutischen Arbeit mit Träumen ist es sinnvoll, die Alter-Ichs zu bitten, an der Exploration der Träume mitzuwirken. Häufig haben einzelne Anteile Assoziationen oder Einsichten, die anderen nicht zugänglich sind. Dies kann zu sehr produktiven Sitzungen führen.

Cheryl träumte, dass sie bei ihrer Familie war und dass ihre Mutter eklig zu ihr wurde und sich betrank. Als ich nach ihren Gedanken fragte, beschrieb Cheryl ein Wochenende, an dem sich beide Eltern betranken und sehr negative Dinge über sie sagten. Das Examen eines Verwandten wurde gefeiert. Sie war versucht, sich auch zu betrinken, entschied sich dann jedoch, es nicht zu tun.

Als ich nach anderen Assoziationen fragte, kam ein Alter-Anteil heraus und sagte: „Cheryl vergaß, dass ihr Vater immer seine Hand an ihrem Hintern heruntergleiten ließ, wenn er betrunken war.“ Dies frischte Cheryls Erinnerung auf. Sie berichtete, dass sie immer wieder versucht habe, sich selbst einzureden, dass ihr Vater sie nicht belästigt habe. Immer wenn ihr dies gerade fast gelungen sei, habe er etwas Neues getan, um ihr zu zeigen, dass er sexuell an ihr interessiert sei. Dann berichtete sie, dass eine innere Stimme sagte: „Du hast Dr. Kluff nicht gesagt, was Deine Mutter dazu sagte.“ Cheryl erinnerte sich dann, dass ihre Mutter sich immer wieder verächtlich über ihre Figur und ihre Erscheinung geäußert habe. Eine andere innere Stimme sagte (und Cheryl berichtete davon): „Ja, du hast 30 Pfund verloren und du bist körperlich fit und jeder außer dieser Nutte machte dir Komplimente.“

Ich fragte, was ihr noch alles über das Verhalten der Mutter in den Sinn kam. Cheryl begann mit vielen Einwüfen von innen zum ersten Mal zu beschreiben, wie ihre Mutter ihr gegenüber während Cheryls ganzen Lebens sexuell konkurrierende Bemerkungen gemacht hatte. Sie habe diese jedoch wegen des Trinkens der Mutter nicht beachtet. Über 20 Minuten lang hörte ich von mehreren Persönlichkeitsanteilen von einer Reihe von Ereignissen, die auf Neid und Eifersucht von Cheryls Mutter hindeuteten. Die Mutter sei in ihrer Jugend für ihre Schönheit berühmt gewesen. Als ihre Tochter als Heranwachsende aufblühte und als sie merkte, dass ihr Ehemann seine Aufmerksamkeit mehr und mehr der Tochter zuwandte, hatte die Mutter offensichtlich zunehmend das Gefühl, gegenüber der Tochter verloren zu haben. Dies wurde durch den Ausbruch eines Anteils, der mit der Mutter identifiziert war, auf den Punkt gebracht. Dieser Anteil nannte Cheryl ein Schwein und eine Hure und sagte, dass sie immer nur die Aufmerksamkeit der Männer auf sich ziehen wolle und dass sie leichtfertig und sittenlos sei.

Die Assoziationen und das Verhalten der Mutterpersönlichkeit schienen darauf hinzuweisen, dass die Mutter Cheryl aus bitterem Neid heraus abgewertet hatte. An dem besagten Wochenende hatte Cheryl die Aufmerksamkeit bekommen, die ihre Mutter selbst zu bekommen gehofft hatte. Cheryl konnte die Aussagen der Persönlichkeitsanteile und die Implikationen der Aussagen anerkennen. Sie fühlte sich jedoch sehr schuldig, das Objekt der Aufmerksamkeit ihres Vaters und anderer Männer geworden zu sein und gleichzeitig das Objekt feindseligen Neides ihrer Mutter und möglicherweise auch anderer Frauen.

Ich merkte an, dass der Traum ihren Wunsch widerspiegelte, den Grund für den Neid ihrer Mutter zu verleugnen und die Anziehung des Vaters abzustreiten. Ihr Alkoholkonsum reflektierte den Wunsch, diese Erkenntnis zu verdrängen. Sie lachte so sehr, dass sie für einige Minuten nicht sprechen konnte. Schließlich erzählte sie mir, dass sie sich am nächsten Morgen *wie Scheiße* gefühlt habe. Ihre Eltern hingegen konnten sich beide nicht an die Ereignisse der letzten Nacht erinnern und stritten sie ab. Nur die Aussagen ihres Großvaters, der die Ereignisse mitbekommen hatte, erlaubten Cheryl, ihrer eigenen Erinnerung zu trauen. „Ich glaube, ich wollte wirklich alles ausblenden“, gab sie zu. Die Therapie fuhr fort mit einer Exploration der von ihr gefühlten Schuld und Scham in Verbindung mit der Dynamik des ausgeführten ödipalen Triumphes.

Milderung irrationaler Über-Ich-Komponenten

Eine der ersten Aufgaben einer psychodynamischen Psychotherapie ist es, den strafenden Einfluss irrationaler Bestandteile des Gewissens oder des Über-Ichs der Patientin zu mildern. Hierbei ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die DIS-Patientin nicht nur als Ganzes und innerhalb jedes einzelnen Persönlichkeitsanteils Über-Ich-Strukturen hat, sondern dass bestimmte Persönlichkeitsanteile die Handlungen eines irrationalen und korrupten Gewissens in persona verkörpern.

Wird die Patientin zu früh zu einer offenen Äußerung von konfliktbehafteten und verbotenen Gedanken und Gefühlen ermutigt, fordert dies oft strafende Reaktionen dieses Typs von Persönlichkeitsanteilen heraus. Diese Anteile übernehmen oft direkt oder indirekt ausgesprochene Befehle von früheren Missbrauchern oder Personen, die die Patientin betrogen oder im Stich ließen. Die Befehle oder Verbote werden durch die täteridentifizierten Persönlichkeitsanteile aufgenommen und häufig sogar noch verstärkt. Folglich werden Anteile, die auf die ersten Einladungen reagieren, ihre Gefühle und Erfahrungen mitzuteilen, häufig bestraft. Dies zeigt sich oft in Form von Selbstverletzung oder Suizidversuchen, die sich bei genauerer Untersuchung als Versuche einzelner Persönlichkeitsanteile erweisen, andere Anteile zu zerstören. Andere typische Formen der Bestrafung sind Reinszenierungen oder Imitationen traumatischer Szenarios in der inneren Welt der Anteile, die als reale Ereignisse erlebt werden.

Daher ist es im Interesse der Sicherheit oft sinnvoll, bestimmte Persönlichkeitsanteile zu bremsen, wenn sie Material aufdecken wollen, das von anderen Anteilen als verboten angesehen wird. Es sollte mindestens so lange Zurückhaltung geübt werden, bis irgendeine Form von Einverständnis mit den Anteilen, die möglicherweise negativ reagieren könnten, erreicht ist.

Ich arbeite mitunter mehrere Monate mit Anteilen, die mit Vergeltung für Offenbarungen drohen, bevor ich weiter fortfahre. Es gibt Fälle, in denen keine Abmachungen über die Sicherheit erreicht werden können oder in denen der innere Druck der Patientin, sich zu offenbaren, überwältigend wird. Normalerweise kann ich jedoch Absprachen erreichen, die die Patientin und den therapeutischen Prozess schützen oder zumindest das Problem von Reinszenierungen auf die innere Welt der Persönlichkeiten beschränken.

Cheryl hatte mehrere auf ihren Eltern basierende Persönlichkeitsanteile sowie einen basierend auf einem missbrauchenden Bruder. Über Monate hinweg versuchte ich, in einen Dialog mit ihnen einzutreten und sie bedrohten sowohl die Patientin als auch mich.

Ich konnte diesen Anteilen schrittweise vermitteln, dass sie in der Gegenwart Bestrafungen nicht mehr durch Stillhalten vermeiden könnten, auch wenn ein solches Verhalten in der Vergangenheit erfolgreich war. Sie seien wichtige Helfer, die einzelnen Anteilen von Cheryl erlaubten, das Gefühl der völligen Hilflosigkeit ihrer Viktimisierung zu vermeiden. Allerdings würden sie dazu neigen, immer dann aktiv verletzend zu werden, wenn Material aufgebracht würde, das explizit oder implizit mit den schmerzhaften Umständen ihrer eigenen Wurzeln verbunden war.

Sie erlaubten mir, die Umstände ihrer Entstehung zu explorieren. Danach erklärten sie sich dazu bereit, von aktiven Versuchen, Schaden anzurichten, Abstand zu nehmen. Sie waren jedoch nicht dazu in der Lage, eine absolute Zusicherung zu geben. Daher stimmten sie zu, zwischen den Sitzungen in eine Art hypnotischen Schlaf versetzt zu werden. Dies erwies sich als effektiv. Obwohl diese Anteile manchmal innerhalb der dritten Realität der inneren Welt ausagierten, gab es in der Behandlung keine Episoden von wirklicher Selbstzerstörung mehr.

Erinnerungsarbeit in der psychodynamischen Psychotherapie

Es ist unumstritten, dass sowohl immer erinnertes Material als auch Erinnerungen, die erst nach einer Zeit des Vergessens wieder ins Bewusstsein eintreten, sowohl akkurat, nicht akkurat als auch eine Mischung von beidem sein können. Dies ist ein Thema, das an anderer Stelle in voller Länge diskutiert wird (Brown et al. 1998; Gartner 1996; Kluft 1995b, 1998). Es ist ebenso unbestritten, dass im Zusammenhang mit der Arbeit an Missbrauchserinnerungen Fehler passieren können. Wenn die Patientin solches Material in die Therapie einbringt, sollte der Therapeut mit geduldiger Neutralität auf diese Berichte eingehen. Er sollte gegenüber dem subjektiven Realitätsgefühl der Patientin aufmerksam und empathisch sein, jedoch gleichzeitig für die Frage offen bleiben, wie weit die Erinnerung wahrheitsgetreu (*veridical*) ist.

Bei der Behandlung von Cheryl habe ich peinlichst vermieden, Suggestivfragen zu stellen. Wenn ich etwas über ein Ereignis wissen wollte, ermutigte ich einfach alle Anteile mitzuteilen, was sie wussten. Ich lud alle Anteile ein, Kommentare dazu abzugeben.

Fast immer gab es verschiedene Meinungen über den Wahrheitsgehalt von Erinnerungen. Diejenigen, die von sich selbst sagten, die jeweiligen Erfahrungen gemacht zu haben, traten dabei gewöhnlich für die Richtigkeit der Erinnerungen ein. Die Anteile, die mit Tätern identifiziert waren oder die glauben wollten, dass nichts Schlimmes passiert sei, verleugneten das Material hingegen eher.

Ich sorgte dafür, dass jede Version vollständig angehört wurde und dass die Unterschiede diskutiert wurden. Gewöhnlich blieb der Konflikt über eine gewisse Zeit hinweg bestehen, bis die Anteile, die das Material verleugneten, an den Umständen ihrer Entstehung arbeiteten. An diesem Punkt stimmten dann die meisten von ihnen zu, dass etwas Schlimmes passiert war.

Eine andere typische Frage ist die Unterscheidung zwischen realem Geschehen in der äußeren Welt, Geschehen in der inneren Welt der Patientin und Erinnerungen. Mitunter stellt man fest, dass das fragliche Szenario in der inneren Welt der Persönlichkeitsanteile reinszeniert worden ist, während manche Anteile die Wahrheit des Materials als Tatsache hinstellen und andere sie zurückweisen. Dabei erkennen zumeist die Anteile, die für die Reinszenierung verantwortlich sind, an, dass sie wiederholen, was sie erlebt haben. Ein solches Verhalten in der inneren Welt der Anteile tritt besonders häufig auf, wenn täteridentifizierte Anteile kurz davor sind, den Ereignissen, die zu ihrer Abspaltung geführt haben, ins Auge zu sehen.

Cheryls täteridentifizierte Anteile bestritten die Realität der Missbrauchserinnerungen. Gleichzeitig versuchten sie aber auch, in der inneren Welt Anteilen, die auf der jungen Cheryl basierten, Traumata zuzufügen, die dem erinnerten Material ähnelten.

Einige dieser Reinszenierungen waren sehr problematisch. So wurde z.B. ein mit dem Vater identifizierter Anteil immer dann als verbal verhöhrend und einen Kinderanteil sexuell stimulierend erlebt, wenn er sich durch die Behandlung, eine Dynamik oder ein Ereignis im äußeren Leben bedroht fühlte. Cheryl erlebte die sexuelle Stimulation ständig, wenn sie bei der Arbeit war und hörte den ganzen Tag innere erniedrigende Kommentare. Die Qualität ihrer Arbeit ließ nach. Ich war in der Lage, die Ursprünge des problematischen Anteils auf einen sexuellen Übergriff zurückzuführen, bei dem Cheryl brutal bis zur Verletzung der Genitalien überstimuliert wurde. Als dies bearbeitet wurde, begann der Vateranteil die Überstimulation zu spüren und erniedrigende Kommentare zu hören. Er erkannte, dass er eher eine defensive Antwort auf den Missbrauch und weniger ein eigenständiger und starker Mann war und hörte auf, die anderen Anteile zu quälen.

Die innere Welt oder die dritte Realität von DIS-Patientinnen

In der Arbeit mit DIS-Patientinnen trifft der Therapeut auf

- die historische Realität, so genau, wie über sie berichtet werden kann,
- die durch Fantasien, Zusatzinformationen, nach dem Ereignis liegende Einflüsse und Ähnliches verzerrte Realität,
- die durch Interaktionen und das wechselseitige Aufeinandereinfließen der Persönlichkeitsanteile verzerrte Realität.

Die Beziehungen der Anteile untereinander und die Geschichte der einzelnen Anteile im Umgang mit den anderen bilden die sog. *dritte Realität* der DIS-Patientin. Diese dritte Realität umfasst die Einflüsse der einzelnen Anteile aufeinander und die dadurch entstehende Verzerrung der Wahrnehmung von Ereignissen. Nur allzu oft werden diese 3 Realitäten miteinander vermischt und verwechselt. Manchmal ist es nicht möglich, sie zu entwirren, aber manchmal kann es zu einer Klärung führen, bei den verschiedenen Anteilen nachzufragen. Wenn DIS-Patientinnen von aktuellen Erfahrungen oder Ereignissen berichten, die schwer zu verstehen oder zu überprüfen sind, ist es oft verführerisch, sie nicht weiter zu beachten. Oft lassen sie sich jedoch schließlich als Ereignisse in der inneren Welt der Persönlichkeitsanteile identifizieren, die irrtümlicherweise als Erlebnisse in der äußeren Realität wahrgenommen wurden.

Ich finde es hilfreich, die verschiedenen Anteile bei neu auftauchendem Material nicht nur nach ihrer Sichtweise zu fragen, sondern auch nach ihrer Meinung dazu, wann und wo sich die fraglichen Ereignisse abgespielt haben könnten.

Cheryl war z. B. einmal sehr wütend auf ihren Ehemann. Sie wachte mit starken Schmerzen in der Rektalgegend auf und erlebte eine leichte Fäkalinkontinenz. Sie war sich sicher, dass ihr Mann Analverkehr mit ihr gehabt haben müsse, während sie schlief oder in einem anderen Persönlichkeitszustand war. Glücklicherweise war sie so aufgebracht, dass sie nicht wusste, was sie sagen sollte. Daher hatte sie ihn nicht sofort damit konfrontiert.

Ich hörte ihr zu und fragte dann, ob irgendein anderer Anteil irgendwelche Einsichten dazu habe. Während sich manche sicher waren, dass ein Analverkehr stattgefunden haben müsse, stimmten andere dem nicht zu. Schließlich eröffnete ein mit ihrem Vater identifizierter Anteil, dass er einen jüngeren Anteil anal vergewaltigt habe, um ihn dafür zu bestrafen, dass er mir von seinen Erfahrungen erzählen wollte.

Die schmerzhaft körperliche Sensation und die Inkontinenz waren Konsequenzen der Erfahrungen zwischen diesen beiden Anteilen in der inneren Welt der Patientin und hatten nichts mit ihrem Ehemann zu tun. Szenerie, Körperempfindungen und die daraus resultierende Inkontinenz waren eine Reinszenierung der realen Außenwelterfahrungen von analer Vergewaltigung durch den Vater.

Übertragung und Gegenübertragung bei DIS-Patientinnen

Die Exploration von Übertragungen und die sorgfältige Überwachung von Gegenübertragungsreaktionen sind essenzielle Bestandteile psychodynamischer und psychoanalytischer Psychotherapien. Loewenstein (1993) und Kluft (1994a) haben charakteristische Formen von Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei DIS-Patientinnen beschrieben. An dieser Stelle wird nur eine kurze Zusammenfassung gegeben, die sich auf spezifische Reaktionsmuster bei dissoziativen und/oder traumatisierten Patientinnen beschränkt.

Quasi-positive Übertragung. Eine dieser spezifischen Übertragungen ist die *quasi-positive unterwürfige Übertragung*. Die Patientin scheint eine extrem günstige Reaktion auf den Therapeuten zu zeigen. Der Therapeut wird als sehr kraftvoll erlebt und die Patientin versucht ihm zu gefallen. Eine genauere Exploration zeigt jedoch, dass eine negative Übertragung vorliegt. Die Basis der Übertragung ist die unterwürfige Beziehung zu einem Missbraucher, der explizit oder implizit verlangte, gelobt zu werden oder gesagt zu bekommen, dass er geliebt werde.

Traumatische Übertragung. Bei der traumatischen Übertragung erwartet die Patientin, dass der Therapeut ihr Schaden (Harm) zufügen wolle.

Flashback- oder szenariobasierte Übertragung. In der Flashback- oder szenariobasierten Übertragung wird der Therapeut als eine Person angesehen, die eine Rolle in einer reinszenierten traumatischen Situation innehat. Die Ursprungssituation ist dem Bewusstsein der Patientin normalerweise noch nicht zugänglich.

Dissoziative oder hypnotische Übertragung. Bei der dissoziativen oder hypnotischen Übertragung werden Verzerrungen der Wahrnehmung und der Realitätsprüfung, die mit Trance oder dissoziativen Abwehrmechanismen verknüpft sind, auf den Therapeuten übertragen.

Tyrannisierende Übertragung. Die tyrannisierende Übertragung findet statt, wenn ein oder mehrere Anteile den Therapeuten zu kontrollieren versuchen und ihn dazu bringen wollen, spezielle Schritte der Intervention oder Anerkennung in Bezug auf einen anderen Persönlichkeitsanteil, meistens einen Kinderanteil, zu ergreifen.

Projektive und introjektive Verschiebungen. Ein anderes häufiges Phänomen sind projektive und introjektive Verschiebungen. Hierbei werden Therapeut und Patientin abwechselnd als Opfer, Täter, Retter und gescheiterter Beschützer in einer traumatischen Situation gesehen. Kurz zusammengefasst sind diese Formen der Übertragung mit der Erwartung verbunden, dass die Therapie eine Wiederholung früherer traumatischer Erfahrungen sein wird.

Gegenübertragungsphänomene: Faszination, Skepsis, Angst. Auch bei den Gegenübertragungsphänomenen gibt es einige spezielle und ungewöhnliche Formen, die bei der Arbeit mit DIS-Patientinnen auftreten können. Typische Gegenübertragungen bei Therapeuten, die gerade beginnen, mit dieser Patientinnengruppe zu arbeiten, sind Faszination, Skepsis und Angst. Gegenübertragungen zu Beginn der Behandlung umfassen häufig einen oder mehrere der folgenden Punkte:

- die Haltung eines distanzierten und skeptischen Detektivs übernehmen,
- ein allen Hindernissen trotztender Retter werden,
- vertreten, dass die Patientin vermeintliche Täter verklagen solle,
- von den Erfahrungen der Patientin sekundär traumatisiert werden.

Coons (1986) hat festgestellt, dass Therapeuten gegen Mitte der Behandlung für Verbitterung, Ärger, Ermüdung, Rückzug und den Aufbau unangemessener Beziehungen zu der Patientin anfällig werden.

Kluft (1994a) fasst 8 Gegenübertragungsmuster für die fortschreitende Therapie zusammen.

1. Frustration und Verbitterung im Umgang mit der *Multiple-Realitäten-Störung*, aufgrund derer die Patientin in schnellem Wechsel verschiedene Versionen der Realität beschreibt und vertritt.
2. Frustration und Verbitterung wegen übermäßigen Versuchen der Patientin, Schmerz zu vermeiden.
3. Frustration und Verbitterung über übermäßige Versuche der Patientin, den Therapeuten zu kontrollieren. Es handelt sich um eine Reaktion auf die beschriebene tyrannisierende Übertragung.
4. Eine Vielzahl von Reaktionen des Therapeuten auf die empathische Einfühlung in die schwerst traumatisierte Patientin.
5. Reaktion des Therapeuten darauf, von der dissoziativen Patientin als Helfer zurückgewiesen zu werden. Typische Auslöser für diese Art der Gegenübertragung sind Klagen der Patientin über den Schmerz, den der Therapeut und die Behandlung ihr auferlegen, Versuche der Patientin, in der Therapie bereits bearbeitete Inhalte zu redissoziieren und

verschiedenste andere Ausdrucks- und Verhaltensweisen, die die Identität des Therapeuten als helfende Person in Abrede stellen.

6. Verlust des Gefühls, ein effektiver Therapeut zu sein und als Konsequenz daraus aufkommender Druck, die Situation durch unangemessene Verhaltensweisen zu retten.
7. Gefühl des Therapeuten, dass seine Bemühungen nicht anerkannt und von Kollegen falsch verstanden werden.
8. Dysphorie angesichts der chronischen Abwertung seiner professionellen und persönlichen Identität durch die Patientin.

In der therapeutischen Beziehung zu Cheryl war mein Hauptproblem der Schmerz, den ich durch meine empathische Einfühlung in sie erlebte, als sie durch Situationen retraumatisiert wurde, mit denen sie noch nicht sinnvoll umzugehen gelernt hatte. Sie schien so nah daran zu verstehen und einen Wechsel zu erreichen, aber oft waren die Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert wurde, einfach außerhalb ihrer zu dem Zeitpunkt verfügbaren Kapazitäten.

In einer Situation am Arbeitsplatz war ihr Chef sehr aufbrausend und wenig unterstützend und ich fühlte ihren Schmerz sehr genau. Ich reagierte, indem ich sehr wütend auf ihren Chef wurde und ich war wochenlang nicht in der Lage, mich effektiv auf Cheryls eigenen Anteil an den Problemen, in denen sie steckte, zu konzentrieren. Ich wurde in die Objektivität zurückgestoßen, als Cheryl rückblickend ihr eigenes Arbeitsverhalten betrachtete. Sie meinte, dass sie sich auch über ihr Funktionsniveau und ihre Produktivität beklagt hätte, dass sie dies jedoch in einer konstruktiveren Art und Weise getan hätte.

Umgang mit dissoziativen und autohypnotischen Phänomenen

Wie bereits erwähnt, ist die psychodynamische Psychotherapie bislang nicht in der Lage, die Dynamiken der DIS umfassend zu verstehen oder Richtlinien für eine klinisch effektive Behandlung des gesamten Spektrums dissoziativer Phänomene zu formulieren. Dies kann zur Folge haben, dass psychodynamisch orientierte Therapeuten ein Gefühl der narzisstischen Niederlage erleben und/oder der Patientin Vorwürfe machen, da diese es ihnen unmöglich mache, in den bevorzugten Paradigmen zu arbeiten. Hierzu kann es vor allem dann kommen, wenn traditionelle Theorien und Methoden der psychodynamischen und psychoanalytischen Therapie darin versagen, eine spezielle klinische Situation oder ein Anliegen zu lösen.

Mitunter erweisen sich dissoziative Barrieren als so dicht, dass die gängigen Methoden der psychodynamischen oder psychoanalytischen Psychotherapie nicht eingesetzt werden können, da sonst Hauptinhalte und/oder wichtige Persönlichkeitsanteile unzugänglich bleiben würden. Außerdem sind manche dissoziative Phänomene sehr zerstörerisch und können sofortige Interventionen erforderlich machen. In solchen Momenten kann es notwendig werden, einen Kotherapeuten mit einer anderen therapeutischen Ausrichtung an der Behandlung zu beteiligen oder selbst entsprechende Techniken zu erlernen.

Zu Beginn meiner Arbeit mit Cheryl kam ich oft in Situationen, in denen intrusive Symptome wie Halluzinationen, Körperempfindungen oder unkontrollierbares Verhalten durch psychodynamische oder psychoanalytische Therapiemethoden nicht beeinflusst werden konnten. In solchen Momenten ging ich zur Hypnose über.

Wenn Cheryl z.B. problematische Verhaltensweisen zeigte, die sie selbst nicht erklären konnte und an die sie sich häufig nicht erinnern konnte, setzte ich Hypnose ein, um die Amnesie zu explorieren, um die Persönlichkeitsanteile herauszulocken, die in die Behandlung eingebunden waren und um die Schwierigkeiten anzusprechen. Wenn ihre Funktionsfähigkeit durch Schreie beeinträchtigt war, die sie in ihrem Kopf hörte, explorierte ich dies und stellte fest, dass täteridentifizierte Anteile in der inneren Welt Kinderanteile quälten. Ich explorierte dann die Belastungen, auf die die Täteranteile reagierten. Wenn körperliche Symptome besorgniserregend wurden, explorierte ich sie mit Hypnose, wenn einfaches Nachfragen zur Klärung des Problems nicht ausreichte. Als die Behandlung fortschritt, wurde der Einsatz von Hypnose seltener, abgesehen von dem hypnotischen *Insbettbringen* sehr stark belasteter oder zerstörerischer Persönlichkeitsanteile zwischen den Sitzungen, welches ich fortlaufend am Ende einer jeden Sitzung praktizierte.

Die Behandlung von DIS-Patientinnen: Autobahnfahrt oder Reise durch unwegsames Gelände

Die Behandlung von DIS-Patientinnen ähnelt nur selten einer störungsfreien Fahrt auf einer gut ausgebauten Autobahn. Nur wenige Patientinnen können von einer unmodifizierten Analyse oder psychodynamischen Psychotherapie profitieren. Die Erweiterung der primären Behandlungsmodalität um zusätzliche spezielle Interventionen ist bei diesen Patientinnen eher die Regel als die Ausnahme (Putnam u. Loewenstein 1993).

Ich würde die Behandlung eher mit einem Kanutrip durch raues Terrain vergleichen. Von Zeit zu Zeit sind Strömungen, Seen und Flüsse nicht befahrbar und es wird notwendig, das Boot immer wieder von einer Anlegestelle zur anderen zu tragen. Ich arbeite meist mit der oben beschriebenen modifizierten psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Psychotherapie als Hauptmodalität der Therapie. In diesem übergeordneten Rahmen werden jedoch andere Interventionen aus der Hypnose, dem EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), der kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychopharmakologie integriert. Eine solche Mischung wird der klinischen Arbeit mit DIS-Patientinnen meist besser gerecht, denn sie ermöglicht eine flexible Anpassung an die vielen verschiedenen Anliegen und Phänomene, denen man im Lauf des therapeutischen Prozesses begegnen kann und die bearbeitet werden müssen.

Cheryl war trotz ihrer chaotischen Anfangssymptome eine Patientin mit einer sehr großen Ich-Stärke. Der anfängliche Einsatz zahlreicher verschiedener therapeutischer Methoden und Interventionen ebnete den Weg für den später eingesetzten, eher traditionellen psychodynamischen Ansatz. Außerdem wurden, wie beschrieben, von Beginn an zusätzliche Techniken eingesetzt, um sie zum Ende jeder Sitzung zu stabilisieren. Bei den meisten Patientinnen finde ich es sinnvoll, über die gesamte Behandlung hinweg zahlreiche verschiedene Interventionen einzusetzen (weiterführende Informationen bei Kluft 1993, 1994d, 1999b).

Die psychodynamische bzw. psychoanalytische Psychotherapie spielt eine wichtige Rolle in der Behandlung von DIS-Patientinnen. Es bedarf aber bei den meisten Patientinnen spezieller Modifikationen, um diese Therapieformen bei ihnen einsetzen zu können und es erfordert oft eine Erweiterung um andere Modalitäten.

Obwohl die Psychotherapie der DIS sowohl für die Patientin als auch für den Therapeuten oft mühsam und anstrengend ist, kann die große Mehrzahl der DIS-Patientinnen mithilfe einer Langzeittherapie erhebliche Verbesserungen erreichen. Viele können ihre Persönlichkeitsaufspaltung vollständig auflösen und sich integrieren, andere können von vielen ihrer Symptome befreit werden und ihre Funktionsfähigkeit verbessern. Angesichts der Komplexität und des Schweregrades der Störung bleibt dies ein hoffnungsvolles Gebiet für die Praxis der Psychotherapie.