

Bewährte und nützliche Strategien in der Behandlung von Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen

Helga Mattheß und Martin Sack

Einleitung

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Dissoziativen Störungen ist meist eine besondere Herausforderung in der Psychotherapie¹. Anders als bei Menschen, die als Erwachsene und nur in einer Situation traumatisiert wurden, stehen bei dissoziativen Patienten und Patientinnen hochbelastende Erfahrungen und Traumatisierungen in der in der Regel schon in der Kindheit im Vordergrund. Kommt es zu Erfahrungen, die die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten eines Kindes überfordern, reagiert dieses bis zu einem Alter von 6 Jahren gewöhnlich mit dissoziativen Mechanismen (Pasquini et al. 2002). Solche Erfahrungen können neben manifester Gewalt oder Lebensbedrohung häufig auch grenzüberschreitende oder für das Kind subjektiv als überwältigend erlebte Verhaltensweisen von Menschen sein, denen sich das Kind hilflos ausgeliefert fühlt.

Eigentlich sollte in den ersten Lebensjahren hinreichend Schutz durch die Eltern oder andere betreuende Erwachsene gewährleistet sein, um Kindern die für ein gesundes Aufwachsen notwendige Sicherheit zu bieten. Jedoch sind oft genau diese Menschen die Quelle der Bedrohung und Gefahr für die Kinder. Somit wird vor allem das Bindungssystem der Kinder massiv beeinträchtigt und verstärkt die dissoziativen Schutzmechanismen (Lyons-Ruth, 2008).

Nicht nur die Symptome der Dissoziation führen zu Schwierigkeiten in der Therapie, die therapeutische Beziehung selbst kann ein Problem für Betroffene sein, die schon so früh schon gelernt haben, gerade den Menschen, denen man nahesteht, nicht vertrauen zu können. Gibt es zu anderen Zeiten in der Kindheit auch positive Bindungserfahrungen, können sich frühzeitig so widersprüchliche Beziehungsmuster entwickeln, dass diese dissoziativ voneinander getrennt werden müssen. Oft kommt es im Laufe des weiteren Lebens nicht zu einer Integration dieser Erfahrungen und Muster, und sie existieren dann bei den mittlerweile Erwachsenen weiterhin unverbunden nebeneinander. Dies kann zu sehr unterschiedlichem und ambivalentem Verhalten in der Beziehung zu den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten führen, die spüren, dass die therapiesuchenden Patientinnen und Patienten sich einerseits auf eine therapeutische Beziehung einlassen wollen, um sich fast gleichzeitig wieder zurückzuziehen. Die Angst vor Nähe wird schon bei einem normalen Kontakt mit dem Therapeuten oder der Therapeutin überwältigend. Diese schnell wechselnden Übertragungsangebote der

Patientinnen und Patienten führt im gleichen Maße zu wechselnden und somit unklaren Gegenübertragungsgefühlen der Therapeutinnen und Therapeuten.

Zu Anfang der Therapie lassen sich solche (Gegenübertragungs-) Wahrnehmungen meist nicht erklären, da dissoziative Patienten und Patientinnen seit ihrer Kindheit ähnliches Verhalten von anderen Menschen gewohnt sind und die Gründe für ihre Reaktionen in der Regel nicht wissen und von daher auch bei direkter Exploration wenig Informationen liefern können. Die dissoziativen Schutzmechanismen sind so effektiv, dass es zu Amnesien für mehr oder weniger umfangreiche Teile des traumatischen Ereignisses kommen kann (Markowitsch, 2001). Dies ist an und für sich ein Vorteil, schützt es doch vor belastenden Erinnerungen. Längerfristig ist jedoch ungünstig, dass die während des Traumas eingreifenden dissoziativen Mechanismen eine Verarbeitung und Integration der Wahrnehmung und der Verhaltensmuster in ein kohärentes Narrativ und kohärentes Verhalten sowie eine assoziative Vernetzung mit funktionalen Informationen erschweren. Das Trauma, die dazu gehörige Wahrnehmung und die entsprechenden Verhaltensmuster bleiben fragmentiert, oft fehlen Worte für das, was geschehen ist. Einzelne Details oder auch ganze Passagen des traumatischen Geschehens können aufgrund der Fragmentierung der bewussten Erinnerung schwer zugänglich bleiben. Die Verknüpfung der traumatischen Erinnerung mit Erfahrungen von Bewältigung und Sicherheit, z.B. mit dem Wissen 'es ist vorbei' und 'ich habe es überlebt' ist in Folge nur erschwert möglich oder gelingt gar nicht. So leiden die Betroffenen häufig nicht so sehr an belastenden Erinnerungen sondern an nicht integrierten - und somit auch nicht mehr adaptiven - Verhaltensmustern aus ihrer Kindheit.

Aktuelle Störungsmodelle:

Fragmentierung der Persönlichkeit versus Bewusstseinswechsel und Distanziertheit (Detachment)

Das ursprüngliche Dissoziationskonzept setzte eine vollständige Teilung der „Ideen- und Funktionssysteme, die die Persönlichkeit ausmachen“ aufgrund unzureichender Integrationskapazität des Ichs voraus (siehe hierzu (P. Janet, 1894; Myers, 1916) oder auch als Übersicht (van der Hart & Dorahy, 2009)). Seit 1980 wurde die Definition von Dissoziation in der DSM- Klassifikation erweitert als eine „Störung oder Wechsel in den gewöhnlich integrativen Funktionen von Identität, Erinnerung oder des Bewusstseins“ (APA, 2000). Diese Erweiterung der Definition führte dazu, auch Phänomene wie Tagträume, Absorption oder tranceartiges Erleben als Dissoziation zu bezeichnen, was

die Diagnose verwässert hat und zu Unklarheiten in der Behandlungsplanung für dissoziative Menschen führt.

In der klinischen Praxis hat sich mittlerweile bewährt, dissoziative Symptome in leichtere Formen, die mit Aufmerksamkeitsdefokussierung einhergehen und in schwerere Symptome, die mit Fragmentierung einhergehen, zu unterscheiden (Holmes, Brown, Mansell, Fearon, Hunter, Frasquilho et al., 2005). Patienten mit Fragmentierungssymptomen, hiermit sind in der Regel Probleme in der Struktur der Persönlichkeit gemeint, bedürfen einer speziell auf diese Problematik angepassten therapeutischen Vorgehensweise. Dies gilt in besonderem Maße für konfrontative Behandlungen bei hochdissoziativen Patienten.

Der hier vorliegende Artikel befasst sich schwerpunktmäßig mit den strukturell gestörten, hoch-dissoziativen Patienten und Patientinnen. Dies ist nicht unbedingt gleichbedeutend mit so schweren Erkrankungsbildern wie der Dissoziativen Identitätsstörung (die im ICD 10 noch fälschlicherweise Multiple Persönlichkeitsstörung genannt wird: in Expertenkreise ist heutzutage Konsensus, dass es selbst in den extremen Krankheitsformen der Dissoziation keine verschiedenen Persönlichkeiten gibt, sondern dass dies lediglich eine subjektiv interpretierte Interpretation der Wahrnehmung der jeweiligen inneren Fragmentierung ist). Die meisten der hier vorgestellten Therapieprinzipien gelten für so gut wie alle Patienten, die komplex traumatisiert sind und dissoziative Phänomene entwickelt haben.

Typische Probleme im Alltag von Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen

- Konzentrationsstörungen & Vergesslichkeit
- Chronisches Gefühl, 'neben sich' zu stehen, sich nicht spüren
- Plötzliche Stimmungsschwankungen
- Nicht erklärbare Veränderungen von Fertigkeiten und Fähigkeiten, sich innerlich nicht oder nur schwer wahrnehmen können
- Erinnerungslücken im Alltag
- Stuporöse Zustände
- Desorientierung (z.B. ausgelöst durch Triggerreize)
- Schwierigkeiten mit Impulsivität (aufgrund wenig integrierter Persönlichkeitsanteile)

- Unvermittelt auftretende Suizidalität oder Stimmungseinbrüche

Kennzeichnend für schwerere Formen von Dissoziation sind Amnesien und fragmentierte Ich-Zustände bis hin zu Identitätswechsell. Die Kontinuität des Erlebten wird durch die Unfähigkeit der Betroffenen, Erleben zeitlich korrekt zuzuordnen, unterbrochen und unmöglich gemacht, oder ein kohärentes Handeln wird durch schwer kontrollierbare emotionale Zustände oder durch Wechsel im Funktionsniveau behindert. Betroffene erleben einen Verlust an Kontrolle und leben mit der ständigen Unsicherheit, dass sie etwas tun könnten, was nicht in ihrer bewussten Absicht steht. Situationen oder Schlüsselreize (Trigger), die einen Wechsel im Funktionsniveau aktivieren könnten, beispielsweise Nähe in Beziehungen, werden vermieden. Diese Symptome verstärken das oft ohnehin vorhandene Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Wenn Amnesien im Alltag vorhanden sind, besteht zudem die Gefahr, dass weiter Kontakt zu Tätern aufrechterhalten wird, dass diese weiterhin Zugriff und Einfluss haben oder andere, ähnlich strukturierte maligne Beziehungsmuster fortgeführt werden und die Patientinnen und Patienten dies nicht bewusst wahrnehmen und unterbrechen können (van der Hart & Nijenhuis, 1995).

Strukturelle Dissoziation

In letzter Zeit hat sich vor allem das Konzept der strukturellen Dissoziation (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006) als neurobiologisch fundierte Theorie durchgesetzt, die ein übergreifendes Konzept von Traumafolgestörungen beschreibt. Unter Bezug auf neurobiologische Konzepte wie dem von Panksepp (1998) lassen sich Wahrnehmungs-, Affekt- und Handlungsschemata aus modularen Aktionssystemen zusammengesetzt beschreiben. Aktionssysteme oder emotional arbeitende Systeme umfassen nicht nur manifeste Handlungen, sondern auch die zugehörigen Gedanken, Gefühle, sensorischen Wahrnehmungen oder kognitive Einordnung etc., wie wir es im Deutschen auch bei dem Wort (Re-)Aktion kennen (van der Hart et al. 2009)- Das Ineinandergreifen dieser Aktionssysteme kann durch traumatischen Stress und damit verknüpfte stressprotektive dissoziative Mechanismen gestört werden. Infolge kommt es zu der bereits von Janet (1893) beschriebenen Desintegration von Funktionen des Bewusstseins und der Handlungssteuernden Systeme. An und für sich funktionale modulare Reaktionen auf Stress, etwa Angst, Fluchtimpulse, Exploration, Bindung, Angriff, können durch Auslösereize im Alltag isoliert aktiviert werden und dann unverbunden und desintegriert einander abwechseln. Das plötzliche Umkippen von Stimmungen, abrupt einsetzende Angstattacken oder auf unvermitteltes stuporöses

Rückzugsverhalten kann mit diesem Modell als Aktivierung desintegrierter Aktionssysteme verstanden werden. Abgespaltene und schwer steuerbare Reaktionen auf Belastungen lassen sich als durch dissoziative Mechanismen isolierte emotionale Persönlichkeitsanteile verstehen. Therapeutische Zielsetzung für die Behandlung dissoziativer Störungen sollte entsprechend die Förderung der inneren Wahrnehmung und Kommunikation und das Wiedererlangen von Affektmodulation und Steuerungsfähigkeit im Alltag sein, sowie die Synthese und Integration der desintegrierten Wahrnehmungs- und Handlungsschemata (Mattheß & Nijenhuis, 2006).

Therapeutische Strategien

Welche therapeutischen Konsequenzen ergeben sich aus den Störungsmodellen?

Wie bei jedem Menschen lassen sich phylogenetische und / oder ontogenetische Gründe für jedes Verhalten, alle Gefühle, jede Wahrnehmung oder alle andere seelische Phänomene und Reaktion der Betroffenen finden. Somit ist Dissoziation eine in der Kindheit gelernte Schutzreaktion, die verhindert, die Integrationsfähigkeit des kindlichen Ichs zu überfordern, z.B. bei zu großer Widersprüchlichkeit der eigenen Wahrnehmung, bei zu großer Bedrohung durch übermächtige Erwachsene oder bei nicht-aushaltbaren Gefühlen.

Häufig fühlen sich dissoziative Patientinnen und Patienten ihrem eigenen unwillkürlichen Verhalten gegenüber genauso hilflos ausgeliefert wie den in der Vergangenheit übergriffigen Menschen gegenüber auch. Früher adaptive Aktionssysteme in Gefahrensituationen werden bei entsprechender Triggerung auch heute im Alltag wieder aktiviert und von den PatientInnen als nicht beeinflussbar erlebt.

Besonders zu Anfang der Therapie ist es für Patienten und Patientinnen entlastend, Erklärungen für solche Zusammenhänge zu hören und zu erleben, dass sie nicht „verrückt“ sind oder etwas Sinnloses tun. Nur dann, wenn sie genauer wahrnehmen und verstehen können, warum sie ein bestimmtes Gefühl entwickeln oder ein besonderes Verhalten zeigen, werden sie in der Lage sein, nach und nach Veränderungen anzugehen, die es ihnen ermöglichen, angemessener zu reagieren oder zu fühlen. Als Beispiel für eine phylogenetische Einordnung sei hier erwähnt, dass Schmerzlosigkeit in der Evolution ein phylogenetisch äußerst wichtiges Verhaltensmerkmal ist. Schmerzlosigkeit im aktuellen Kampf oder in akut lebensbedrohlichen Situationen führt dazu, dass nicht der Schmerz und demzufolge die Wundversorgung im Vordergrund steht, sondern die gesamte Konzentration des betroffenen Organismus (hier der eines Menschen) sich auf

das Überleben richtet und erst danach ein Schmerzerleben mit dem entsprechenden Aktionssystem der Fürsorge anspricht. Ontogenetischen Ursprung mag z.B. ein spezielles Verhalten oder emotionale Verstimmung von Patienten sein, z.B. sich an besonderen Tagen im Jahr immer schlecht zu fühlen, das Datum ein Trigger ist, da zu diesem Zeitpunkt in der Familie Ereignisse stattfanden, die für das Kind damals hoch belastend waren.

Aus diesen Beispielen wird deutlich, dass nicht das traumatische Ereignis selbst in der Vergangenheit die Belastung der Patienten und Patientinnen heute darstellt, sondern die maladaptive Verarbeitung und die konsekutive Fehlanpassung der Aktionssysteme heute durch die fehlende Integration in ein ganzheitliches kohärentes Persönlichkeitssystem. Demzufolge ist es in der Therapie wichtig, alle Symptome, so belastend und unbequem diese im Leben der Betroffenen wie auch in der therapeutischen Beziehung sein mögen, als die bestmöglichen Lösungsstrategien wert zu schätzen, die dem Patienten oder der Patientin zurzeit möglich sind. Erleichternd für Patient/in und Therapeut/in wird es sein, Ursachen und Gründe für maladaptive Aktionssysteme zu finden und die Zusammenhänge zu erforschen, die als Erklärungsmodell der zugrundeliegenden inneren Dynamik zur Verfügung stehen. Letztlich kann eine Veränderung jedoch nur in der Gegenwart erfolgen, neue Handlungsmuster oder Bewertungen nur im Hier und Jetzt verhandelt und eingeübt werden.

Somit ist als weiterer wichtiger Aspekt in der Behandlung dissoziativer Patienten neben dem Verstehen das aktuelle Einüben von angemessenen Verhaltensweisen, die bisher im Leben der Patientinnen und Patienten eher zu kurz gekommen sind oder gar nicht gelebt werden konnten. Da, wie oben erwähnt, als Ursache dissoziativer Symptomatik in der Regel physische und/oder sexuelle Gewalt, meist gepaart mit emotionaler Vernachlässigung und mangelhafter Fürsorge zu finden ist, liegt ein anfänglicher Schwerpunkt gerade in dem Bereich der Selbstfürsorge.

Diese Selbstfürsorge kann jeweils sehr unterschiedlich aussehen. Häufig geht es um konkretes Handeln im Alltag - angefangen von einem gesunden Schlaf-Wachrhythmus bis hin zu dem Aufbau von sozialen Beziehungen oder körperlicher Aktivität z.B. durch regelmäßigen Sport. Gerade in der Anfangsphase der Therapie ist es wichtig, dass die Patientinnen aktive Unterstützung in Form von Vorschlägen, Nachfragen oder Ermutigungen erhalten, ein ressourcenorientiertes Vorhaben in Angriff zu nehmen, denn jede grundlegende Verhaltensmodifikation oder -veränderung wird besonders von schwerer traumatisierten Menschen misstrauisch betrachtet oder phobisch vermieden.

Aufgrund physiologischer Phänomene, der fragmentierten Wahrnehmung und der entsprechenden Encodierung haben die Betroffenen häufig in belasteten Zeiten nur schwer Zugang zu anderen Verhaltensweisen, die Ihnen Linderung ihrer Not bringen

könnten. Hier ist es wichtig, z.B. wenn sich aufgrund der Interventionen oder angebotenen Übungen während der Sitzung eine positive Veränderung des Depersonalisationsgrades entwickelt hat, nachzufragen, wie hoch die Belastung durch die dissoziative Symptomatik zu Anfang der Sitzung war, wie hoch sie am Ende der Sitzung ist und welche Vorstellungen, Interventionen, Aktivitäten usw. am meisten zur Linderung beigetragen haben. Hilfreich ist die Ermutigung, ein imaginäres „inneres Tagebuch“ oder „inneres Photoalbum“ für solch positive Erlebnisse einzurichten und von Seiten der Therapeuten zu antizipieren, dass dies vielleicht einmal nützlich sein könnte, genau dann dort hineinzuschauen, wenn es den Patienten einmal schlechter gehen sollte.

Patienten und Patientinnen mit dissoziativen Störungen erleben die innere Fragmentierung häufig wie abgespaltene Persönlichkeitsanteile. Diese innere Wahrnehmung kann man in der Therapie als Metapher nutzen, genau die Aktionssysteme einzuüben oder zu modifizieren bzw. zu differenzieren, die für die Betroffenen in der Gegenwart wichtig sind und bisher nicht angemessen eingesetzt wurden.

Bei weniger ausgeprägter Symptomatik ist es hilfreich, dies als imaginatives Bild mit hinzu zu nehmen. Eine mögliche Vorgehensweise kann z.B. folgende Intervention sein: „Die Traurigkeit scheinen Sie schon sehr lange zu kennen. Wenn Sie sich auf dieses Gefühl konzentrieren und nachspüren, in welchem Alter Sie dies besonders häufig und intensiv gespürt haben, wie alt waren Sie da? ... Haben Sie eine Vorstellung, wie Sie damals ausgesehen haben? Gibt es ein Foto von Ihnen aus der Zeit? ... Wenn Sie mögen, können Sie eine Vorstellung von sich als Kind entwickeln“ Oft werden die abgespaltene Ich - Anteile als innere Kinder wahrgenommen. Dies kann zu Fehlinterpretationen von PatientInnen (wie auch von TherapeutInnen) führen, die dann „innere Kinder“ als real einschätzen und sich dementsprechend in der Therapie zu verhalten. Es sollte nie vergessen werden, dass in der Therapie eine erwachsene Person sitzt, die Defizite in ihrer Entwicklung gehabt hat und viele Aktionssysteme nicht angemessen integrieren konnte. Dementsprechend soll die innere Arbeit immer darauf ausgerichtet sein, dass die präsente erwachsene Person der Gegenwart das imaginativ wahrgenommene innere Kind oder den bedürftigen inneren Anteil versorgt. Grundsatz ist, die Handlungskompetenz der Patienten und Patientinnen in der Gegenwart zu erweitern, nicht, etwas wieder gut zu machen oder nachzuholen, was in der Kindheit versäumt oder falsch gemacht worden ist.

Voraussetzung für die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen ist, dass die Patienten und Patientinnen ein ausreichend stabiles „Alltags-Ich“ bzw. Alltagsfunktionalität haben, mit der die therapeutische Arbeit begonnen werden kann. Ist dies nur rudimentär der Fall, steht bei sehr instabilen PatientInnen zuerst oder zumindest parallel die Arbeit an der Alltagsfunktionalität im Vordergrund. Häufig sind dies ganz basale (eher psychiatrisch-

psychosozial-orientierte) Interventionen, wie oben erwähnt, sehr oft aus dem Bereich der Selbstfürsorge z.B. Herstellung einer Alltags und Finanzstruktur, Regulation der Schlaf-Wachphasen, soziale Versorgung und Anbindung etc.. PatientInnen brauchen eine zumindest rudimentäre Sicherheit in ihrem realen (Alltags-) Leben, bevor sie sich auf die Arbeit mit ihren Persönlichkeitsanteilen konzentrieren sollten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Innenwelt der Patienten für diese wichtiger wird als die äußere, reale Welt.

Eine notwendige Basis für eine erfolgreiche Therapie ist eine hinreichend stabile therapeutische Allianz. Aufgrund der belastenden Vorerfahrungen der Patientinnen und Patienten kann ein innere einheitliche Zustimmung und Unterstützung der Therapie eher nicht erwartet werden. Ängste vor Nähe und die Erwartung, auch in dieser (therapeutischen) Beziehung z.B. wieder enttäuscht, betrogen oder entwertet zu werden, sind letztlich in jeder Therapie bei traumatisierten Menschen mit Erlebnissen von Grenzüberschreitungen zu erwarten. Die grundlegende innere Haltung der TherapeutInnen in der Therapie sollte eher zurückhaltend und vorsichtig sein, gerade zu Beginn der Therapie nicht zu viel Nähe bieten und sich darum zu bemühen, die Stärken der PatientInnen zu fördern, mögliche Konflikte in der therapeutischen Beziehung auf den lebensgeschichtlichen Kontext der Patienten zu beziehen, sich selbst als z.B. für Übertragungsangebote zurückzunehmen und die aktuellen Probleme der Betroffenen (auch die in der Therapie), wo immer möglich, zurückzugeben und erlebte Widersprüchlichkeit als Resultat von früheren widersprüchlichen Erfahrungen zu deuten.. Auch dies lässt sich gut in der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen verwirklichen, geht es doch hier meist um ein Moderieren oder Fördern von Eigenvorstellungen und -Initiativen der PatientInnen (s.u.).

Wie funktioniert die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen?

Die Arbeit mit Ich-Anteilen hat nicht primär die Rekonstruktion traumatischer Erinnerungen zum Ziel, sondern die Lösung von (traumabedingt) entstandenen Blockaden in der Persönlichkeit. Diese Blockaden können auf der emotionalen, der kognitiven und der Verhaltensebene bestehen und beeinflussen auf diese Weise das Erleben, Handeln, Denken, Fühlen, Reagieren im Alltag. Ich-Anteile entstehen durch persönliche Erlebnisse und Erfahrungen und finden sich in den unterschiedlichen Facetten der Persönlichkeit wieder. Die Begriffe 'Ich-Anteil' oder Ego-State sind Hilfsbegriffe für einen akzentuierten Aspekt der Persönlichkeit. Mit Hilfe dieser Begriffe kann eine besonders ausgeprägte oder auffällige Seite der Persönlichkeit isoliert und genau betrachtet werden. Diese Strategie kann außerordentlich hilfreich sein bei der Lösung von Problemen, die unter anderen Umständen aufgrund der Fülle an Informationen oder

Details nur schwer zu greifen wären. Die strategische Grundidee ist dabei, dass ein persönliches Problem, beispielsweise 'Angst haben' nicht als generalisierter Zustand, in dem sich die Person befindet gesehen wird, sondern als eine Facette, eben als ein 'Anteil' der Gesamtpersönlichkeit betrachtet wird. Es kann dann beispielsweise über 'die ängstliche Seite' oder 'den ängstlichen Anteil' oder 'Die Ängstliche' gesprochen werden. Der Vorteil ist hierbei, dass immer eine beobachtende Ebene erhalten bleibt, von der aus das Problem Angst betrachtet werden kann. Um Lösungswege zu finden, kann der Anteil direkt befragt werden, beispielsweise was er braucht, damit es ihm besser geht. Oft gibt es eine spontane Antwort darauf. Wenn keine Lösung oder kein nächster Schritt gefunden werden kann, ist es auch möglich, den Ursprung der Angst herauszufinden. Hilfreiche Fragen sind: Wie lange kennen Sie das Gefühl schon? Woher kennen Sie das Gefühl? etc. In beiden Herangehensweisen ist immer die Versorgung der Grundbedürfnisse, die dem Ich-Anteil bzw. emotionalen Zustand fehlen um sich zu beruhigen, das Ziel.

Emotional belastete Seiten der Persönlichkeit, werden häufig dann aktiviert, wenn durch Alltagsanforderungen negativer Stress entsteht und die Bewältigungskapazität nicht ausreicht, um diesen zu kompensieren. Plötzlich entsteht das Gefühl, ängstlich, traurig oder unfähig zu sein - oft verbunden mit der Wahrnehmung sich 'ganz klein' zu fühlen. Spezifische Trigger können starke emotionale oder körperliche Reaktionen auslösen, die in direktem Zusammenhang mit dem erlebten Trauma stehen. Solche Alltagserlebnisse sind ein guter Ausgangspunkt für die Arbeit mit Ich-Anteilen, mit dem Ziel, diese emotionalen Zustände durch Versorgung zu stabilisieren und, bildlich gesprochen, 'aus der damaligen Situation zu lösen' und neue Verhaltensmuster einzuüben. Die Möglichkeit, mit imaginativen Mitteln emotionale Veränderungen herbeizuführen, ist hierbei eine große Hilfe. Zugleich ist es uns wichtig, dass Patienten nicht dazu verführt werden, sich gedanklich zu viel in einer inneren, vorgestellten Welt zu bewegen und diese auch als real gegeben anzunehmen. Imaginationen sind ein sehr kraftvolles Werkzeug, aber eben auch nur das.

Mögliche Zielsetzungen für die Arbeit mit traumatisierten Ich-Anteilen

- Ich-Anteile in der Gegenwart zu verankern (deutlich zu machen, in welchem Alter die Patientin bzw. der Patient zur Zeit ist)
- Die Zeitperspektive korrigieren (Informieren, dass das Trauma heute vorbei ist)
- Ich-Anteile imaginär und real schützen (Vor weiteren Traumatisierungen in der Gegenwart, symbolisch vor Situationen in der Vergangenheit schützen, außer Gefahr bringen)
- Informationen gewinnen (was ist damals geschehen?)
- Validieren (damaliges Leid anerkennen und bestätigen)
- Ich-Anteile imaginär unterstützen, eine angemessenere Handlungskompetenz zu entwickeln (Hilfe geben, um sich wehren zu können oder Hilfe von außen holen)
- Ich-Anteile nachversorgen (Nähe, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, imaginär für Grundbedürfnisse sorgen)

Umgang mit scheinbar destruktiven Persönlichkeitsanteilen

Jedes Kind, das erleben musste, wie oft gerade die Menschen, die es behüten oder beschützen sollten, ihm gegenüber rücksichtslos, gewalttätig oder grenzverletzend sind, wird in diesen Belastungssituationen versuchen, solche Aktionssysteme und entsprechenden Copingstrategien zu aktivieren, die ihm das (Über-)Leben erleichtern. Dies kann eine devote innere Haltung oder ein sich unterordnendes Verhalten sein, letztlich über Modelllernen auch aggressives oder destruktives Verhalten sein. Wenn diese Verhaltensweisen (oder auch Persönlichkeitsanteile) im weiteren Leben erfolgreich sind, werden ähnlich strukturierte Muster auch im Erwachsenenleben angewandt. Oftmals äußert sich dann das, was vormals eigentlich eine Coping-Strategie war zur Bewältigung von fast nicht-aushaltbaren Erfahrungen, in schwierigen Übertragungsphänomenen in der Therapie, in - scheinbar - destruktivem Verhalten allen Beteiligten gegenüber, die eigentlich nur hilfreich sein wollen oder aber auch in selbstschädigendem Verhalten bzw. Selbstentwertungen.

Nach unserer Erfahrung hat es Vorteile, nicht mit den Begriffen Introjekt und Introjektion zu arbeiten. Aggressive oder in anderer Weise 'schwierige' Ich-Anteile werden in der psychoanalytischen Tradition häufig als unverarbeitet introjizierte Täteranteile verstanden (Peichl, 2007). Diese Erklärungsmodelle sind theoretisch

fundiert, jedoch bringen sie für die Behandlungspraxis aus unserer Sicht eher Nachteile. Der Begriff 'Täterintrojekt' löst schnell aversive Assoziationen aus. Der Mechanismus der Introjektion impliziert die Vorstellung, dass ein Fremdkörper in die Seele eingedrungen ist und dort sein Unwesen treibt. Die Mitteilung, ein Täterintrojekt zu haben, führt im ungünstigen Fall dazu, dass sich Patienten erleben, als sei ihre Seele von destruktiven und unberechenbaren Kräften besetzt, denen sie mehr oder weniger machtlos ausgeliefert sind.

Im Sinne der Behandlung erscheint es daher sinnvoller, 'schwierige' Seiten der eigenen Persönlichkeit, wie weiter oben erwähnt, als aktive Reaktion und Anpassung an eine damalige traumatische Situation zu verstehen. Die Funktionalität und die eigene Aktivität werden damit in den Vordergrund gestellt. Der scheinbar destruktive Teil der eigenen Persönlichkeit ist in Wirklichkeit eine kreative Anpassungsleistung auf extreme traumatische Bedingungen und hat damals in konstruktiver Weise der Bewältigung gedient. Der Begriff traumakompensatorisches Schema (Fischer & Riedesser, 1998) beschreibt den funktionalen Ursprung solcher Bewältigungsmuster, die sich so weit einprägen können, dass sie als persönlichkeitsnahe Einstellungen und Haltungen imponieren. Diese Sichtweise eröffnet gleichzeitig auch den Blick auf konstruktive Veränderungsmöglichkeiten. Die 'schwierigen' Ich-Anteile müssen nicht länger bekämpft oder 'ausgetrieben' werden. Es handelt sich nicht um von außen eingedrungene Fremdkörper in der Seele. Lösungen lassen sich leichter finden, wenn die Funktion und die Entstehungsgeschichte der scheinbar destruktiven Seiten der eigenen Persönlichkeit erkannt werden können. Krisensituationen lassen sich über diesen Zugangsweg erstaunlich leicht lösen. Chronische Probleme können besser verstanden und bewältigt werden (Wöller & Mattheß, 2007).

Somit geht es nicht um ein „Kämpfen“ gegen böartige Persönlichkeitsanteile sondern um einen Lernprozess im Erwachsenenalter, um das aufzuholen, was in der Kindheit nicht gelernt werden konnte oder durfte.

Wie sieht die Behandlung in der Praxis aus?

Diagnostik

Häufig kommen komplex-traumatisierte Patienten mit einem ganz anderen Beschwerdebild als einer dissoziativen Erkrankung in die psychotherapeutische Behandlung. Es können z.B. Angst- oder eine Depressionsymptomatik vorliegen, Schwierigkeiten im sozialen Umgang mit anderen oder aber auch Sucht- und

Drogenprobleme in der Anamnese erwähnt werden. Dissoziative Mechanismen sind den Betroffenen seit ihrer Kindheit bekannt, sehr oft ich-synton und als Symptom überhaupt nicht bewusst. Hier liegt es in der klinischen Erfahrung der behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen, bei Verdacht auf frühe Traumatisierung und auf eine dissoziative Diagnose genauer nachzufragen. Häufig lässt sich die eindeutige Diagnose einer dissoziativen Störung selbst von sehr erfahrenen Diagnostikern erst im Verlauf der Therapie stellen. Dies mag auch damit im Zusammenhang stehen, dass viele der Reaktionsmechanismen der Patienten und Patientinnen diese früher in große Verlegenheit gebracht oder aber zum Ausschluss aus der Peer-Gruppe geführt haben. Amnesien können von Menschen im Umfeld der Patienten mit Schusseligkeit oder aber latent-aggressivem Verhalten verwechselt werden, Depersonalisationsreaktionen mit Arroganz oder Uninteressiertheit etc.. Aus diesen Beispielen wird deutlich, dass viele dissoziative Symptome scham- oder schuldbesetzt bzw. latent unbewusst sind oder aber, selbst wenn sie bewusst sind, gar nicht als krankhaft angesehen werden.

Als Schwierigkeit in der Diagnostik erweist sich die Amnesie bei vielen der Patienten und Patientinnen. Häufig werden sie mit einer Posttraumatischen Diagnose versehen, auch wenn sie sich an die früheren Traumata nur bedingt erinnern können (ca. 30% aller in der frühen Kindheit Traumatisierte haben eine vollständige, ein weiteres Drittel zeitweise eine partielle Amnesie für die belastenden Ereignisse siehe hierzu auch (ISTSS, 2004)). Selbst wenn sie sich an belastende Ereignisse erinnern, bereitet dennoch die Qualität der Erinnerung an die Kindheit Probleme: Fast alle Menschen mit dissoziativer Symptomatik berichten, dass sie ihren Erinnerungen nicht wirklich „vertrauen“. Häufig bleibt ein Gefühl der Skepsis gegenüber dem Erlebten, selbst, wenn die beschriebenen Ereignisse von anderen bestätigt wurden. Gründe hierzu liegen in der neurobiologischen Natur der Encodierung trauma-verursachter fragmentierter Erinnerung, bei der die chronologische Einordnung des Geschehens nicht assoziativ mit abgespeichert wird. So bleiben die aufgerufenen Erinnerungen vage und unwirklich, und es gelingt dissoziativen Menschen oft nicht, sich selbst und anderen gegenüber eindeutig zu behaupten: „genau so ist es gewesen.“

Dementsprechend ist es wenig hilfreich, häufig sogar aufgrund der Aktivierung von vorher dissoziierten affekt-überflutendem Erinnerungen schädlich, nach den belastenden Ereignissen in der Kindheit zu fragen, da sie oft nicht erinnert oder aber nur mit Ungewissheit erzählt werden können. Hinweise auf eine dissoziative Symptomatik gibt es vielmehr in den Berichten der Alltagsprobleme und -symptomatik (wie z.B. verstärkte Vergesslichkeit bis hin zu Alltagsamnesien, dem inneren Erleben, sich selbst oder aber das Umfeld als fremd zu erleben, starker depressiver bzw. selbstverletzender Symptomatik oder dem direkten Erleben innerer Fragmentierung etc.). Selbstbefragungsbögen wie beispielsweise der Fragebogen zu dissoziativen

Symptomen (Freyberger, Spitzer, & Stieglitz, 1999) können Hinweise ergeben, Sicherheit für die Diagnose erhält man eher durch Interviews wie beispielsweise dem SKID-D (Gast, Oswald, Zündorf, & Hofmann, 2000).

Die therapeutische Beziehung

Kinder, die sich gut behütet und sich sicher fühlen, werden sich in Gefahr oder in bedrohlichen Situationen vertrauensvoll Unterstützung bei den Eltern oder anderen unterstützenden erwachsenen Personen holen, um die für ein gesundes Aufwachsen notwendige Sicherheit wieder herzustellen. Vieles, was subjektiv als überwältigend erlebt wurde, kann so mit Hilfe guter Fürsorge verarbeitet und als kohärente Erinnerung encodiert werden. Geht die Gewalt von den Pflegepersonen aus oder können sich Kinder diesen nicht anvertrauen, zeugt dies von einem Mangel an guter kindlicher Versorgung. Somit ist manifeste physische und sexuelle Gewalt in der Kindheit, wie oben schon ausgeführt, in der Regel mit Störungen im Bindungssystem der Betroffenen verbunden.

Dieses Defizit wirkt sich auf verschiedenste Art und Weise auf die therapeutische Beziehung aus. Natürlich werden in der therapeutischen Beziehung die Bindungsmuster wieder aktiviert, die sich im Laufe des Lebens der Patienten und Patientinnen als erfolgreich bewährt haben. Dies kann abhängig von der jeweiligen Biographie recht unterschiedlich sein: Gab es die Erfahrung, dass Vertrauen enttäuscht wurde, entwickelt sich in der Regel Angst und Misstrauen, dass man von anderen Menschen nicht oder nur wenig Gutes erwarten darf. Ist dennoch jemand freundlich, so erwarten die Betroffenen, dass dieses Verhalten später kippt oder sie einen Preis für die Freundlichkeit bezahlen müssen. Gab es die Erfahrung von Einsamkeit und Verlassenheit, entwickeln die Betroffenen möglicherweise das Ideal, autark zu sein, von niemandem abhängig zu werden und alles allein zu schaffen oder es kommt zu Reaktionen von Anklammern und der Suche nach dem Beschützer, der nun alles Bedrohliche in der Welt abweisen soll.

Letztlich sind alle diese Reaktionen Adaptationsleistungen eines Kindes, das sich so gut wie möglich an die damaligen Lebensumstände anpasst und versucht, das Beste aus den widrigen Umständen zu machen. Nicht selten passiert es, dass es unterschiedliche Beziehungserfahrungen in der Kindheit der Traumatisierten gibt. Aufgrund der fragmentierten Verarbeitung der damaligen Situationen, kommt es nicht zu einer generelle Integration und kontextuellen Verarbeitung der einzelnen Erfahrungen. Die Betroffenen bleiben im weiteren Verlauf ihres Lebens zumindest teilweise in diesen frühen kindlichen Aktionssystemen stecken und können im den jeweiligen Lebensphasen

nicht oder nur fragmentiert die altersentsprechenden und somit adaptiveren Kontakt- und Beziehungsangebot weiter entwickeln. Dies können bewusste und auch unbewusste Prozesse sein, die regelhaft aber die therapeutische Beziehung belasten. Je nach den früheren Erfahrungen der Patienten und Patientinnen dem Therapeut oder der Therapeutin z.B. die Rolle als Retter in der Not, aggressiv wie die damaligen Täter oder vernachlässigend wie die Eltern in der Kindheit der Betroffenen zugeschrieben werden. Wichtig für die eigene Gegenübertragung und auch die eigene Selbstfürsorge ist es, oben beschriebene Zusammenhänge im äußeren manifesten Verhalten wie auch im inneren Erleben der Patientinnen und Patienten wahrzunehmen und biographisch einzuordnen.

Als nächster Schritt stehen psychoedukative Interventionen an, die es den Patienten und Patientinnen ermöglichen, eigene maladaptive Verhaltensmuster oder innere Prozesse als solche zu akzeptieren, die früher an und für sich sinnvoll und hilfreich gewesen sind, heute aber ihr Ziel nicht mehr erreichen. Unserer Erfahrung nach kann es sehr sinnvoll sein, auch die neurobiologischen Zusammenhänge in der Therapie genauer zu erklären, ermöglicht dies doch, dass die Betroffenen „neurobiologische Empathie“ (A. Hofmann, 2005) für sich selbst und ihre Reaktionen entwickeln können. Auf dieser Grundlage kann dann neues Verhalten diskutiert und auf verschiedenste Arten und Weisen (s.u.) eingeübt werden. Letztlich besteht die therapeutische Beziehung auf einer Vereinbarung zweier erwachsener Menschen - TherapeutIn und PatientIn, sich um die schon während der Kindheit entstandenen und sich im Laufe des Lebens weiter entwickelten maladaptiven Reaktionen der Betroffenen, die häufig als innere Persönlichkeitsanteile manchmal auch als innere Kinder, metaphorisch wahrgenommen werden können,

Therapieplanung: Wie in den obigen Ausführungen deutlich beschrieben, liegt die eigentliche Problematik der dissoziativen Patientinnen und Patienten darin, dass ihre integrativen Fähigkeiten nicht ausreichen, z.B. ein kohärentes Bild ihrer Lebensgeschichte, kohärente Verhaltensweisen oder ein kohärentes inneres Erleben zu entwickeln. Traumatherapie im eigentlichen Sinne sollte demzufolge dazu dienen, die integrativen Fähigkeiten und Kapazitäten der Traumatisierten zu erhöhen. Dies schließt eine Konfrontation mit Erinnerungen an belastende Lebensereignisse mit ein, bleibt es nur dabei, ist es sicher nicht ausreichend. Im Gegenteil, es kann dann für die Patienten und Patientinnen sogar schädlich sein: Sind die integrativen Fähigkeiten der Patienten und Patientinnen nur rudimentär entwickelt, kann die Erinnerung lediglich mit den gleichen Mechanismen wiedererlebt und verarbeitet werden, wie dies schon in der Kindheit möglich war: fragmentiert und in die Lebensgeschichte wenig bis gar nicht

kohärent encodiert. Patienten und Patientinnen, ausreichende Ressourcen und Stabilisierungsmöglichkeiten zu früh direkt traumatischen Erinnerungen in der Therapie ausgesetzt werden, erleben eine solche Konfrontation aufgrund der fehlenden Möglichkeit, diese zeitlich korrekt einzuordnen, als ob sie diese *Geschehnisse* im Moment der Bearbeitung wiedererleben würden, mit der gleichen Affektladung, Bedeutungszuschreibung und dem gleichen körperlichen Empfinden wie zur Zeit der ursprünglichen Traumatisierung.

Somit ist die erste Aufgabe in der Therapie, die erforderliche Stabilität in der Gegenwart herzustellen und für das innere Erleben eine Differenzierung zwischen dem Dort und Damals und dem Hier und Jetzt herzustellen. Dies kann, je nach Ressourcen der Patientinnen und Patienten, relativ schnell in einigen Sitzungen geschehen, kann aber auch ein jahrelanger Prozess sein, der wenig Aussicht darauf zeigen kann, die traumatischen Erlebnisse jemals als Erfahrungen von damals erinnern zu können.

Letztlich bietet die Arbeit mit inneren Anteilen die Möglichkeit, imaginativ und metaphorisch an den maladaptiven Aktionssystemen, deren Ursprung in frühen Traumatisierungen liegen, und gleichzeitig an der Entwicklung von neuerem und heute angemessenerem Verhalten zu arbeiten.

Es hat sich klinisch als sinnvoll erwiesen, zu Beginn der Therapie an aktuellen Problemen im Alltag zu arbeiten. Dies bietet einerseits den Patienten und Patientinnen die Möglichkeit, sich an imaginative Arbeit und die symbolische Arbeit mit inneren Anteilen zu gewöhnen, andererseits erhöht ein adaptiveres Verhalten im Alltag und die damit verbundenen Erfolgserlebnisse die Akzeptanz der Therapie und die therapeutische Compliance. Mit dem besseren Verständnis und der Veränderung können Ressourcen entwickelt und verstärkt werden. Und mit Erfolgserlebnissen im täglichen Leben wächst die Motivation der Patienten und Patientinnen, Veränderungen im Verhalten und Erleben anzugehen, vor denen sie sich in der Regel fürchten (Sack, 2010). Konkret wird zuerst nach den zu dem aktuellen Problem zugehörigen inneren Seiten gefragt und darum gebeten, innerlich in Kontakt zu gehen um wahrzunehmen welche Bedürfnisse oder welche innere Not vorhanden sind. Häufig ist für Patienten die Kontaktaufnahme nach Innen leicht möglich, und es wird ganz selbstverständlich Antwort gegeben. In anderen Fällen ist es notwendig, Hilfestellung bei der Exploration nach Innen zu leisten. Beispielsweise kann der Sinn und Zweck der Frage erläutert werden, verbunden mit der Information, dass es für viele Menschen möglich ist, auf einer imaginativen Wahrnehmungsebene herauszufinden, welche seelischen Belastungen und Erfahrungen mit den gerade in der Therapie aufgetauchten Problemen zusammenhängen. Weiteres und detaillierteres Nachfragen ist hilfreich, um die Vorstellungskraft anzuregen. Das Nachfragen dient zunächst der Gewinnung von Informationen mit dem Ziel,

herauszufinden, welche Bedürfnisse oder welche innere Not hinter der Problematik steht. Oft handelt es sich dabei um alte, das heißt auf traumatische Situationen zurückführbare Verletzungen und Vernachlässigungen, die sich in der Gegenwart als störend oder während der Bearbeitung traumatischer Erinnerungen als belastend bemerkbar machen.

In einem zweiten Schritt wird auf der imaginativen 'Als-ob' Ebene nach Hilfsmöglichkeiten für die innere Not und Bedürfnisse gesucht. Mit einer gewissen Überzeugungskraft sollte vermittelt werden, dass dies ganz selbstverständlich möglich ist. Schließlich sind die imaginativen Möglichkeiten nur durch die eigene Phantasie begrenzt. Oft braucht es etwas Anregung und Ermutigung bis Patienten selber Ideen finden und verstehen, worauf es ankommt. Daher sind an dieser Stelle die aktive Unterstützung und das gemeinsame Erarbeiten von Lösungsideen sehr wichtig. Beispielsweise kann es darum gehen, ein traumatisiertes jüngeres Ich der Patientin zu schützen und zu versorgen oder imaginativ ein Hilfsmittel zu finden, um unangenehme Empfindungen wie Wut, Angst, Ekel oder Scham erträglich zu machen oder zu reduzieren.

Wichtig ist, an dieser Stelle noch nicht zu enden, sondern weiter zu fragen, was es noch braucht. Patienten sind oft erstaunt, wenn so lange nach Lösungen und Veränderungen gesucht wird bis 'es stimmt' oder bis genug Hilfe und Nachversorgung geleistet ist. Dies wird oft als eine besondere Erfahrung von Fürsorge geschätzt und macht zugleich deutlich, dass eine wiederholte Zuwendung zu den inneren bedürftigen Seiten sinnvoll und notwendig ist. Der Erfolg der therapeutischen Arbeit ermöglicht es den Patienten häufig, durch Modelllernen ähnliche Verhaltensweisen und Einsichten auf andere Situationen zu übertragen und neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

Zum Abschluss jeder inneren Arbeit sollte die Frage stehen, wie es der erwachsenen Person, die für den Alltag zuständig ist, jetzt geht und ob die Erwachsene Hilfe und Unterstützung oder eine imaginierte oder konkrete Belohnung brauchen kann. Wir verzichten nie darauf, die Patientin zu loben und für ihre kooperative Mitarbeit zu danken.

Tab. 6-7: Ablaufschema für die Problemklärung und lösungsorientierte Arbeit mit Ich-Anteilen

- Welche inneren Seiten gehören zu dem Problem?
- Bitte versuchen Sie innerlich in Kontakt zu kommen
- Welche inneren Bedürfnisse / innere Not nehmen Sie wahr?
- Was würde jetzt helfen, die Bedürfnisse zu befriedigen / die innere Not zu lindern?
- Versuchen Sie dies in der Vorstellung umzusetzen (Vorschläge machen). Bitte schauen Sie, ob das stimmig ist und ob es hilft
- Ist alles getan, fehlt noch etwas, braucht es noch etwas?
- Wie geht es der Erwachsenen Person? Was braucht die Erwachsene jetzt?

Arbeit mit belastenden Erinnerungen

Es ist inzwischen gut bekannt, dass akute dissoziative Reaktionen Lernvorgänge behindern und damit einen negativen Einfluss auf den Erfolg der Behandlung haben (Bremner & Marmar, 1998). Die konfrontative Bearbeitung von Traumafolgesymptomen und von traumatischen Erinnerungen sollte daher innerhalb eines individuellen Toleranzfensters der individuellen Belastbarkeit durchgeführt werden. Dissoziation schützt ungewollt aber effektiv vor belastenden Inhalten. Im extremen Fall kann der komplette Inhalt eines therapeutischen Gesprächs 'vergessen' werden im Sinne eines zustandsabhängigen Lernens: im Modell der Persönlichkeitsanteile könnten wir hier sagen, dass nur ein bestimmter Persönlichkeitsanteil diese Erfahrung macht und Dissoziationsmechanismen den Transfer der Informationen zu anderen Anteilen verhindert. Die Verarbeitung von Erinnerungsmaterial und die Integration neuer Informationen in das Gedächtnis als eigenes kohärentes Erleben und Erinnern werden blockiert. Entsprechend ist es besonders wichtig, dissoziative Stressreaktionen in Therapiesituationen zu vermeiden. Die durch die Aktualisierung der Erinnerung ausgelösten affektiven und körperlichen Stressreaktionen sollen auf ein individuelles Maß der Erträglichkeit begrenzt bleiben, so dass keine dissoziativen Schutzmechanismen einsetzen müssen.

Nach unserer Erfahrung lässt sich dieses Problem nicht einfach dadurch lösen, dass antidissoziative Fertigkeiten und Skills während der konfrontativen Bearbeitung von belastendem Erinnerungsmaterial eingesetzt werden. Starke sensorische Reize, Balanceübungen oder andere motorische Aufgaben helfen natürlich, die Orientierung im Hier und Jetzt zu behalten und wirken insofern akuten dissoziativen Symptomen entgegen. In diesem Moment dissoziiert die Patientin tatsächlich nicht mehr so stark. Die der dissoziativen Reaktion zu Grunde liegende emotionale Stressreaktion und die damit einhergehende Überforderung sind dadurch aber nicht einfach aufgehoben.

Dissoziation ist letztendlich gerade der Schutzmechanismus gegen diesen emotionalen Stress. Sinnvoller erscheint uns daher, Maßnahmen zur Ressourcenaktivierung, die idealerweise vorher mit den Patienten und Patientinnen eingeübt werden, wie weiter oben beschrieben, während der konfrontativen Arbeit zu nutzen, um die Stressbelastung während der Aktualisierung der belastenden Erinnerung insgesamt zu reduzieren. Dissoziative Reaktionen lassen sich beispielsweise sehr gut durch das Pendeln zwischen Identifikation und Distanzierung mit dem früheren Geschehen, wie es im Rahmen der Bildschirmtechnik zur Steuerung der emotionalen Belastung möglich ist, begrenzen. Die Betonung kann dann zur emotionalen Sicherheit so lange auf dem Pol 'Distanzierung' liegen, bis mehr Gefühle und Erinnerungsqualitäten zu gelassen werden können. Auch modifizierte Protokolle mit der bilateralen Stimulation der EMDR-Methode können hier erfolgreich eingesetzt werden (Hofmann, 2005).

Akute dissoziative Symptome in Therapiesitzungen sind ein Hinweis auf Überforderung. Entsprechend ist zu schauen, wodurch die Belastung ausgelöst wurde, und mit welchem therapeutischen Mittel die Belastung reguliert und wie Bewältigungsressourcen aktiviert werden können. Wenn Zustände von peritraumatischer Dissoziation im Rahmen der Aktualisierung belastender Erinnerungen reaktiviert werden, kann es hilfreich sein, die abgespaltenen Wahrnehmungsanteile vorsichtig zu assoziieren. Hierfür ist es besonders wichtig, den Patienten über das Ziel des Sammelns weiterer Information trotz hoher Belastung aufzuklären, und jeweils die Zustimmung einzuholen. Es ist genauso möglich, die Konfrontation mit belastenden Erinnerungen an dieser Stelle zu unterbrechen, damit der Patient sich erholen kann.

Wichtig ist, dass die eingesetzten imaginativen Mittel sachlich angemessen und bezogen auf die innere Situation logisch stimmig sind. Potentielle negative Konsequenzen sollten beachtet und vermieden werden, z.B. können bei der Vorstellung, einen imaginativen Täter zu töten, Schuldgefühle ausgelöst werden, die den Patienten nach der Sitzung belasten könnten. Von daher sollte auch bei imaginativer Arbeit entweder der Patient in der Lage sein, genau zu unterscheiden, was in seiner Phantasie geschieht und was er in seine Realität konkret transferieren will oder bei schlechter ausgeprägter Realitätskontrolle sollte der die innere Arbeit moderierende Therapeut negative Konsequenzen für den Patienten durch entsprechende Interventionen ausschließen. Die erarbeitete Lösung und Hilfe wird dann imaginär am Ort der inneren Not eingesetzt und konkrete Vorstellungen für einen befriedigenden Abschluss für den Patienten entwickelt.

In der Abschlussphase einer jeden konfrontativen Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik sollte Wert auf die biographische Einordnung gelegt werden: Welcher Teil des bearbeiteten Materials in der eigenen Lebensgeschichte als: „genauso

war es, das ist mir passiert“ und welche zusätzlichen imaginativen Elemente in der Bearbeitung noch hinzu gekommen ist. Grundlegende therapeutische Haltung sollte hierbei sein, dass die exakte Realität über solche bearbeitenden Prozesse sicher nicht aufzuspüren ist, dass es, erinnerungsbedingt bei allen Menschen zu Verzerrungen in der Darstellung vergangener Ereignisse gibt, insbesondere, wenn diese hoch-belastend waren. Aber dass es einen „realen Kern“ in dem inneren Erleben und eine innere Wirklichkeit der Vergangenheit gibt, den es anzuerkennen und wertzuschätzen gibt.

Integration und Transfer

Bei jeder inneren Veränderung ist es in der Therapie notwendig, auf die Einbettung des neu Gelernten in den Alltag der Betroffenen zu achten. Verhaltensveränderungen - und dazu gehört der Einsatz von neu erlernten adaptiveren Handlungsmustern - können erst dann stabil werden, wenn es für das Neu-erlernte Verstärkungen durch Erfolgserlebnisse gibt. Gibt es zu viel Widerstand oder müssen die Patienten auf viel zu viel Vertrautes verzichten, werden Veränderungen nur sehr mühsam oder überhaupt nicht möglich sein.

So sollte in der Therapie z.B. nicht nur darauf hin gearbeitet werden, dass die Patienten z.B. ihre innere Wut wahrnehmen und diese auch in ihrem Umfeld deutlicher machen können. Es wird nötig sein, die Verträglichkeit der inneren Veränderung mit der Umsetzungsmöglichkeit in reale Handlungskompetenz im Alltag zu überprüfen. So kann es passieren, dass vormals lange bestehende Beziehungskonstellationen auf einmal nicht mehr „passen“, beispielsweise eine Paartherapie neben der Einzeltherapie notwendig erscheint, oder dass es erst zu beständigen inneren Veränderungen kommen kann, wenn auch äußerlich eine Veränderung möglich ist.

Neben der äußeren Akzeptanz ist jedoch die innere essentiell. Erst dann kommt es zur wirklichen Integration des Geschehens: „Das ist mir damals geschehen, und heute ist es vorbei, ich kann mich wehren...“ etc., wenn die Betroffenen einen lebensgeschichtlichen Sinn für ihr Leiden gefunden haben: „das ist mir zwar passiert, aber ich habe es in meinem Leben auch nutzen können“. In den letzten Jahren ist das „Posttraumatische Wachstum“ (posttraumatic growth) immer mehr in den Blick geraten (Tedeschi & Calhoun, 1995). Wachstumserfahrungen im Rahmen einer gelungenen psychotherapeutischen Behandlung können helfen, sich reifer und stärker in Richtung einer inneren Integration zu entwickeln und die Folgen von widrigen Lebensumständen zu bewältigen.

Reference List

- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington, DC.
- Bremner, J. D., & Marmar, C. R. (Eds.) (1998). *Trauma, memory, and dissociation*. Washington: American Psychiatric Press.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel: Reinhard.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C., & Stieglitz, R. D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)*. Bern: Huber.
- Gast, U., Oswald, T., Zündorf, F., & Hofmann, A. (2000). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV - Dissoziative Störungen (SKID-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hofmann, A. (2005). *EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., et al. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin.Psychol.Rev.*, 25(1), 1-23.
- ISTSS. (2004). *Kindheitstrauma - erinnert: ein Report zum derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand und zu seinen Anwendungen*. In U. Sachsse (Ed.), *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1894). *Etat mental des hysteriques*. Paris: Rueff.
- Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant mental health journal*, 29(3), 203-218.
- Markowitsch, H. J. (2001). Mnestische Blockaden als Stress- und Traumafolgen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 204-211.

- Mattheß, H., & Nijenhuis, E. (2006). Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? In W. Wöller (Ed.), *Trauma und Persönlichkeitsstörungen* (pp. 465-482). Stuttgart: Schattauer.
- Myers, C. S. (1916). Contributions to the study of shell shock. *The Lancet*, March 18, 608-613.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience - the foundations of human and animal emotions*: Oxford University Press.
- Pasquini, P., Liotti, G., Mazzotti, E., Fassone, G., & Picardi, A. (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatr. Scand.*, 105(2), 110-116.
- Peichl, J. (2007). *Die inneren Trauma-Landschaften: Borderline, Ego-State, Täter-Introjekt*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie - Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- van der Hart, O., & Dorahy, M. J. (Eds.). (2009). *Dissociation: an Overview*. New York: Taylor & Francis Group.
- van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (1995). Amnesie für traumatische Erfahrungen. *Hypnose und Kognition*, 12, 84-101.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization* (1. ed.). New York, NY: W.W. Norton.
- Wöller, W. & Mattheß, H. (2007). Ursprünglich sollten sie stark sein und schützen - Aggressionen bei traumatisierten Patienten. In: (Wöller, W.): *Persönlichkeitsstörungen und Trauma*. Schattauer, Stuttgart, 439-449

ⁱ Anmerkung: in diesem Artikel unterscheiden wir bei der Dissoziation zwischen der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, als pathologischen Dissoziation wie es ursprünglich von Janet (P. Janet, 1889) definiert wurde und in eine Defokussierung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins, wie in den letzten Jahren der Begriff „Dissoziation“ von einigen Autoren ausgedehnt und in den Bereich „normale Dissoziation“ aufgeweicht wurde. Es ist für die Therapie wichtig, sich die Unterschiedlichkeit der Konzepte deutlich zu machen, sonst führt dies eher zu einer Begriffsverwirrung und ist somit wenig hilfreich für die klinische Praxis. Die Ausführungen dieses Artikels beziehen sich in der Regel auf schwere dissoziative Symptome und Diagnosen.