

Sabine Eickhoff-Fels

Dissoziative Störungen erkennen und behandeln

Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Trauma und Dissoziation bei sexualisierter Gewalt – was braucht ein unterstützendes Netzwerk?“ des Frauen-Notrufs Hannover Hannover, 10.11.2011

Guten Tag meine Damen und Herren.

Vielen Dank, dass ich den Vortrag hier halten darf. Ich freue mich über die Einladung - allerdings muss ich sagen, es war wirklich eine Herausforderung, ein so komplexes Thema herunter zu brechen, dass man in der Kürze der Zeit das Wichtigste mitnehmen kann.

Ich würde gerne noch zwei, drei Sätze zu mir sagen, damit Sie wissen, mit wem Sie es hier vorne zu tun haben: Ich bin seit 11 Jahren Ärztin und Psychotherapeutin, seit zehn Jahren hier in Hannover niedergelassen. In meinem ärztlichen Leben war ich zunächst Anästhesistin, Intensiv- und Notfallmedizinerin. Und im Rahmen dieser Tätigkeit, die ich 11 Jahre lang gemacht habe, war ich an vielen realen traumatischen Situationen zugegen. Vielleicht hat das auch etwas damit zu tun, dass ich inzwischen in meiner niedergelassenen Arbeit den Schwerpunkt Traumatherapie habe. Über die Anästhesie und über die Schmerztherapie ist mein Interesse für die Psychotherapie erwacht. Und dann habe ich zunächst berufsbegleitend die psychotherapeutische Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) begonnen. Im Rahmen dieser Weiterbildung habe ich Professor Lambrecht kennengelernt. Er war damals der Leiter der Psychosomatik und Psychotherapie. Dort befand sich gerade eine Traumaambulanz im Aufbau. Das war die Zeit als das Zugunglück in Eschede geschehen war und da hielt man mich mit dieser Doppelqualifikation für geeignet, sich mit der Problematik der Retter auseinanderzusetzen. Ich kannte die Problematik der Retter und gleichzeitig die psychotherapeutische Seite. So bin ich in dieses Team gekommen und habe dort von 1998 bis 2001 - in der Traumaambulanz der MHH gearbeitet. So viel zu mir.

Inhalt:

- *Dissoziation*
- *Modell der strukturellen Dissoziation*
- *Strukturelle Dissoziation und Bindung*
- *Diagnosekriterien*
- *Behandlungsansätze*

Was möchte ich in diesem Vortrag deutlich machen? Ich möchte Ihnen sagen wie häufig dissoziative Störungen sind. Die sind nämlich gar nicht so selten, wie man vielleicht denken sollte. Ich möchte Ihnen etwas über die Schwierigkeiten berichten, eine Dissoziative Identitätsstörung zu diagnostizieren und warum das so ist. Dann würde ich Ihnen gerne ein Modell vorstellen, mit dem man dieses komplexe Phänomen der Dissoziation, wie ich finde, gut erfassen kann. Das ist das Modell der **strukturellen Dissoziation**, das die holländische Arbeitsgruppe um Nijenhuis, van der Hart, Steele entwickelt hat. Das Modell ist deshalb spannend, weil es psychotherapeutisches Wissen mit entwicklungsgeschichtlichem und nicht nur mit psychobiologischen Dingen verbindet und auch noch den Bindungsaspekt integriert. Dann möchte ich – den

Diagnose-Kriterien-Katalog nach Dell vorstellen, der leider noch keine Anwendung findet, aber der eine gute Entscheidungshilfe darstellt. Es wird noch darüber diskutiert, ob er aufgenommen wird in die Diagnose-Kriterien. Ich möchte ihn vorstellen, weil er einfach ganz gut ist. Am Ende sage ich etwas zur Therapie und ich hoffe, die Zeit bleibt noch, um ein Fallbeispiel einzuführen, was vielleicht alles das ein bisschen zusammenfasst, was die Schwierigkeiten bei der Behandlung dieser Patienten ausmacht.

0,5 bis 1 Prozent der Allgemeinbevölkerung erkranken an einer **dissoziativen Identitätsstörung** und bis zu fünf – manche Studien sprechen sogar 10 Prozent in stationären psychiatrischen Stichproben. Das ist ziemlich viel - vermutlich ist es etwa die gleiche Anzahl wie Borderline und Schizophrenie, nur leider gibt es dazu weniger Studien und Beratungsansätze. Das ist einer der Gründe, warum wir uns heute hier treffen.

Dissoziative Störungen werden häufig übersehen. Bei den meisten Patientinnen nicht wegen der Kernsymptomatik - also der dissoziativen Störung, sondern weil die PatientInnen in der Regel zunächst sekundäre Folgeprobleme präsentieren wie z. B. Depressionen, Angst, Essstörungen, Suchterkrankungen oder Beziehungsprobleme. Dissoziative Symptome werden nicht spontan berichtet, weil sich viele der betroffenen PatientInnen überhaupt nicht über die dissoziativen Symptome bewusst sind. Dissoziation ist oft ein chronisches, über Jahre erlebtes Symptom, das für die Betroffenen ein Normalzustand ist. Wenn die PatientInnen eine Bewusstheit über ihre dissoziativen Symptome haben, dann werden sie oft gezielt versteckt oder bagatellisiert, weil sicherlich auch berechtigte Sorge besteht, für verrückt gehalten oder für schizophren diagnostiziert zu werden. Die dissoziative Symptomatik wird allenfalls in einer vertrauensvollen Beziehung mitgeteilt und wie schwierig das ist, darüber werden wir noch reden. Es gibt eine hohe Schamgrenze, die Symptome sind peinlich und es gibt natürlich bei den Betroffenen häufig eine Vorgeschichte mit traumatischen Beziehungserfahrungen. Entsprechend große Probleme haben diese Patienten, sich überhaupt einem anderen Menschen in der Therapie anzuvertrauen. Aber jetzt steigen wir ein, das waren die Vormerkungen.

Dissoziation nach P. Janet (1889):

Komplexer psychophysiologischer Prozess

- *mit Desintegration,*
- *und Fragmentierung des Bewusstseins.*

Betroffen sind die normalerweise integrativen psychischen Funktionen wie

- *das Gedächtnis,*
- *die Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt,*
- *das Identitätserleben.*

Das ist eine erste Definition. Die ist schon sehr alt, von Pierre Janet. Pierre Janet ist ein Zeitgenosse von Sigmund Freud, der sich schon, man kann es sich kaum vorstellen, im 18. Jahrhundert mit der Dissoziation beschäftigt hat und eine immer noch sehr aktuelle und gute Definition geliefert hat. Er hat gesagt, Dissoziation ist ein komplexer psychophysiologischer Prozess mit Desintegration und Fragmentierung des

Bewusstseins. Betroffen sind die normalerweise integrativen psychischen Funktionen von Gedächtnis, Wahrnehmung, von sich selbst und der Umwelt und das Identitätserleben.

Dissoziation (nach Nijenhuis, v.d. Hart 2011)- im allgemeinen Sprachgebrauch

- *Trennung,*
- *Spaltung,*
- *Zerfall.*

Gegenteil zu Assoziation:

- *Verbindung,*
- *Verknüpfung.*

Jetzt kommen wir schon fast zu dem beschriebenen holländischen Team, das sich sehr viel um die Traumaforschung verdient gemacht hat. Wie Nijenhuis, van der Hart und Steele sagen, im allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet natürlich Dissoziation Trennung, Spaltung und Zerfall. Das ist das Gegenteil von Assoziation, was Verbindung/Verknüpfung bedeutet.

Dissoziation im psychischen Bereich:

- *Spaltung der Persönlichkeit durch traumatische Ereignisse in unterschiedlichen Schweregraden,*
- *Schwere und Komplexität abhängig von:*
 - *Art, Schwere und Häufigkeit des Traumas,*
 - *Alter,*
 - *psychischem Entwicklungsstand des Betroffenen,*
- *Trauma bedingt Dissoziation.*

Im psychischen Bereich bedeutet Dissoziation Spaltung der Persönlichkeit durch traumatische Ereignisse in unterschiedlichen Schweregraden. Die Schwere der Spaltung ist abhängig von der Art und Schwere und der Häufigkeit des Traumas, vom Alter der betroffenen Person, von dem psychischen Entwicklungsstand der betroffenen Personen. Man kann sagen Dissoziation ist das Kernmerkmal des Traumas. Sie können sich vorstellen, wenn Sie kleine Kinder haben, die immer wieder lang anhaltend traumatisiert werden, dass solche Kinder oder dass solche kleinen Menschen natürlich unter traumatisierenden Ereignissen, die sich wiederholen, unter deutlich schlimmeren Folgen leiden, als sie bei einem erwachsenen Menschen auftreten. Denn wir kommen mit einem unreifen Gehirn zur Welt und viele Hirnfunktionen werden erst im Laufe der Jahre ausgebildet. Und nur wenn die Nöte des Kindes adäquat beantwortet und versorgt werden, kann später eine gute Beziehungsfähigkeit entstehen.

Dissoziation, wie gesagt, bedeutet Aufspaltung. Die vollzieht sich in dem Moment, wenn das Individuum, der Mensch, der betroffenen ist, nicht über die Fähigkeiten verfügt, das belastende Lebensereignis teilweise oder ganz zu integrieren. Wieder sind wir bei unserem kleinen Kind, wir reden ja über Menschen mit lang anhaltenden schweren Traumatisierungen in Kindheit und Jugend - das verfügt nicht über hohe integrative

Fähigkeiten, die müssen erst im Laufe der Entwicklung gebildet werden. Das stellt einerseits eine Anpassungsleistung da: Was ich nicht integrieren kann, das muss ich sozusagen abgespalten nebeneinander stehen lassen, aber – und da sind wir bei dem Problem was, wir mit diesen PatientInnen haben - das bedingt natürlich später eine Behinderung der Anpassungsfähigkeit.

Modell der strukturellen Dissoziation (v.d. Hart, Nijenhuis, Steele 2006)
Dissoziation (Aufspaltung)

- *vollzieht sich, wenn das Individuum nicht über die Fähigkeiten verfügt, belastende Lebensereignisse teilweise oder in Gänze zu integrieren,*
- *stellt einerseits eine Anpassungsleistung dar,*
- *aber bedingt später eine Behinderung der Anpassungsfähigkeit.*

Das ist das Modell der strukturellen Dissoziation, was ich Ihnen gerne vorstellen möchte. Es wurde von der Arbeitsgruppe aus Holland entwickelt. In diesem Modell stellt man sich vor, dass Persönlichkeit ein strukturiertes und organisiertes System ist aus psychobiologischen (also Handlungssystem), psychobiologischem Subsystem (das kann man auch Handlungssysteme nennen), die bei einem gesunden Menschen als Ganzes fungieren. Und was ganz wichtig ist, man könnte sich fragen, Spaltung wieso, warum und warum überhaupt oder wo eigentlich?

Spaltung oder Dissoziation erfolgt nicht willkürlich und zufällig, sondern sie erfolgt an entwicklungsgeschichtlich vorgegebenen Sollbruchstellen, an diesen Spalten zwischen diesen Handlungssystemen. Also zwischen diesen verschiedenen biologischen Subsystemen.

Modell der strukturellen Dissoziation

Persönlichkeit:

Organisiertes und strukturiertes System aus

- *psychobiologischen Subsystemen,*
- *die bei gesunden Menschen als Ganzes fungieren.*

Dissoziation erfolgt

- *nicht willkürlich und zufällig,*
- *sondern an entwicklungsgeschichtlich vorgegeben Sollbruchstellen,*
- *zwischen diesen verschiedenen psychobiologischen Subsystemen.*

Die wesentlichen Subsysteme, oder Handlungssysteme, sind das **System der Alltagsbewältigung**. In diesem System sind wir unterwegs, wenn wir uns angenehme attraktive Reize suchen wie Nahrung und gute Gesellschaft. Dieses System dient sozusagen der Erhaltung der Art. Das zweite **System ist das Überlebenssystem**. Das ist das Notprogramm. In dem System sind wir als Individuum unterwegs, wenn wir massiv bedroht sind. Und die erste, also die Spaltungslinie, läuft in diesem Modell zwischen diesen beiden Systemen. Da gibt es spezielle Bezeichnungen, die in der Theorie die Anteile bezeichnet, wenn es zur Aufspaltung zwischen diesen normalerweise zusammen funktionierenden Subsystemen kommt, Es gibt einen- so

genannten- anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil (ANP), der ist zuständig für die Alltagsbewältigung und das Überleben der Art. Und es gibt einen emotionalen Persönlichkeitsanteil (EP), der ist sozusagen der Anteil an dem das traumatische Erleben gebunden ist. Über diesen anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil versucht der traumatisierte Mensch- die dissoziative Patientin- im Alltag zu funktionieren. Zwar ein bisschen so wie auf Schienen - mit eingeschränkter Selbstwahrnehmung auf der körperlichen und seelischen Seite. So ein bisschen automatisch, roboterhaft - funktionieren ja viele von unseren dissoziativen PatientInnen. Dennoch ist man immer wieder überrascht, wie viel Alltagsbewältigung Menschen mit schweren Traumatisierungen bewerkstelligen können.

Wesentliche Subsysteme:

- *System der Alltagsbewältigung (Bedürfnisbefriedigung),*
- *Überlebenssystem (Notprogramm).*

Dissoziation: Aufspaltung der normalerweise integrierten Subsysteme in

- *ANP (anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil)- zuständig für Alltagsbewältigung und Überleben der Art, sucht attraktive Reize, wie Nahrung und Bindung,*
- *EP (emotionaler Persönlichkeitsanteil)-Verteidigungssystem für das massiv bedrohte Individuum.*

Das wäre der Modus dieses anscheinend normalen Persönlichkeitsanteils. Wenn die Patienten im emotionalen Persönlichkeitsanteil sind, dann sind sie sozusagen in diesem Zustand wie im Trauma. Ihre Gefühle und körperlichen Reaktionen sind so ungefiltert und so stark wie im Moment des Traumas und alles was drum herum ist, ist sozusagen fast weg. Es immer so, als gäbe es kein normales Leben mehr. Und das ist die eine Spaltungslinie und das ist die Idee dieses Modells: die Aufteilung in diese beiden Zustände:

- *anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP) und*
- *emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP),*

die die verschiedenen Handlungssysteme repräsentieren. Wenn es zu dem kommt, was wir bei den dissoziativen Patienten sehen, nämlich die sogenannten Wechsel, dann bedeutet das, dass der EP, also der an das Trauma gebundene Persönlichkeitsanteil, in den Alltag des anscheinend normalen Persönlichkeitsanteils hineinwirkt.

Nehmen Sie ein Beispiel: Eine dissoziative Patienten geht einkaufen, vor ihr schiebt jemand einen Einkaufswagen, der hat von hinten das Profil eines Täters, der an einem Übergriff beteiligt war. Allein dieser Anblick könnte ein Trigger sein, die Patienten switcht in einen EP und ist dann wirklich in dem Moment im Trauma. Also diese EPs springen immer wieder in den Alltag und übernehmen für Minuten oder für längere Zeit die Kontrolle über das Individuum. Das ist die Grundidee.

Einteilung:

- **Primäre strukturelle Dissoziation**
1 ANP, 1EP (PTSD),
- **Sekundäre strukturelle Dissoziation**
1 ANP, mehrere EPs
(komplexere Formen der PTSD, NNBDS)
 - Schwere Traumatisierung,
 - länger anhaltend,
 - erneute Teilung des EP,
 - Subsysteme umfassen Besorgnis, Flucht ;
 - Freezing, Analgesie, Kampf und Unterwerfung mit
 - Anästhesie auf EPS verteilt,
 - teilabgespaltene Selbstzustände,
- **Tertiäre strukturelle Störung**
mehrere ANPs, mehrere EPs
 - Folge schwerer, langanhaltender Traumatisierung in Kindheit und Jugend,
 - Handlungssysteme des Alltags(Erforschung, Bindung, Fürsorge, Sexualität) aufgeteilt auf mehrere APs,
 - 1 AP organisiert Alltag, 1 AP regelt Kinderversorgung, 1AP das Berufsleben, 1 AP sexuelle Bedürfnisse, usw.,
 - charakteristisch für DIS,
 - vollabgespaltene Selbstzustände.

Die Kollegen haben diese strukturelle Dissoziation noch in Grade eingeteilt. Es gibt drei Einteilungen: primäre, sekundäre und tertiäre Dissoziation. Die Gradeinteilung dient dazu, die Schweregrade der einzelnen Störungsbilder einzuordnen. Eine primäre strukturelle Dissoziation wäre das, was ich eben geschildert habe. Ein anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil, ein emotionaler Persönlichkeitsanteil, an den ein Trauma assoziiertes Erleben gebunden ist, das wäre in dieser Einteilung eine einfache PTSD. Eine sekundäre strukturelle Dissoziation: Ein anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil und mehrere EPs, das wäre eine komplexere Form einer PTSD. Diese nicht näher bezeichnete dissoziative Störung, das wären dann auch schon abgespaltene Selbstzustände. Man muss sich das so vorstellen, dass diese emotionalen Persönlichkeitsanteile verschiedene Aspekte des Traumas binden. Also ein Anteil könnte zum Beispiel die Situation von Einfrieren, wenn gar nichts mehr geht, binden. Ein Anteil könnte eine Situation, in der Flucht noch gelungen ist, binden. Ein Anteil könnte Kampf und ein Anteil könnte komplette Unterwerfung mit Amnesie repräsentieren. So muss man sich das vorstellen.

Nach dem Modell der strukturellen Dissoziation wäre die tertiäre strukturelle Störung die Diagnose für die dissoziative Identitätsstörung, über die wir hier reden. Da gibt es dann mehrere anscheinend normale Persönlichkeitsanteile und mehrere emotionale Persönlichkeitsanteile. Das ist die Folge schwerer und lang anhaltender

Traumatisierung in Kindheit und Jugend. Bei diesen Patientinnen sind auch die Handlungssysteme des Alltags auf mehrere Anteile aufgeteilt. Zum Beispiel ein anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil organisiert den Alltag, der geht einkaufen, kocht, einer regelt die Kinderversorgung, einer geht arbeiten. Die mit dissoziativen Patienten arbeiten wissen, dass sie oft sagen: Die geht einkaufen, wenn sie denn schon so weit sind, dass sie die Anteile kennen. Das ist die charakteristische Diagnose für dissoziative Identitätsstörungen. Und die zeichnet sich durch voll abgespaltene Selbstzustände aus. Da sind also die Selbstzustände am Anfang nicht untereinander bekannt. Man spricht von acht bis zehn verschiedenen Anteilen bei den dissoziativen Identitätsstörungen. In verschiedenen Studien weisen 20 % der beschriebenen Fälle noch viel größere Aufspaltungen bis weit über 20 Innenpersonen auf.

Strukturelle Dissoziation und Bindung

Bei Traumatisierung in früher Kindheit durch enge Bezugspersonen: Gleichzeitige Aktivierung

- ***des Bindungssystems und***
- ***des Verteidigungssystems,***
- ***eigentlich widersprüchlich.***

In der Bindungstheorie:

Desorganisierte/desorientierte Bindung.

Jetzt versuche ich noch einmal den Link zur **Bindung** zu schlagen. Viele Traumatisierungen geschehen in frühester Kindheit und Jugend durch enge Bezugsperson. Also Patienten mit dissoziativen Identitätsstörungen und schweren dissoziativen Störungen sind - und die Zeitungen sind voll davon im Moment - traumatisiert durch enge Bezugspersonen. Ob das jetzt Heimerzieher sind oder Eltern oder andere nahe Bezugspersonen. Ich werde das gleich noch einmal an einem Fallbeispiel verdeutlichen. Diese Kinder haben folgendes Drama: Wenn ich angegriffen werde, wird mein Bindungssystem aktiviert. Dann will ich irgendwo hin, um mir Schutz zu holen – einerseits. Und andererseits möchte ich mich aber auch verteidigen. Und wenn die Person, die mich eigentlich schützen soll, mich angereift, dann bin ich gleichzeitig in beiden Systemen aktiv (Bindung und Verteidigung). Also ich möchte mich eigentlich binden, ich möchte zu meiner Mutter auf den Arm, die soll mich halten und stützen, aber die schlägt mich gerade. Also das ist ein Widerspruch in sich, den diese kleinen Menschen eigentlich nie auflösen können. Und in der Bindungstheorie nennt man dann dieses Bindungsmuster **desorganisierte desorientierte Bindung**. Das stellt sich in Filmen (von Karl-Heinz Brisch) dann so dar, dass es eine schnelle Abfolge gibt, wo die Kinder zur Mutter hinlaufen, plötzlich wieder stoppen, wieder weglaufen, ganz verwirrt sind, stehen bleiben, Trancezustände haben. Das ist das Drama von kleinen Menschen, die durch eine Bezugsperson traumatisiert werden. Und das weitere Drama ist, dass diese Bezugspersonen nie nur böse sind. Also die Mutter, die mich heute Abend verprügelt, dass ich nur noch über den Teppich kriechen kann, die ist die, die mir morgen früh ein Honigbrot macht. Und das ist das, was ich als kleiner Mensch mit unreifen Hirnfunktionen einfach nicht zusammenkriegen kann. Und was so wichtig ist, wir Menschen brauchen Bindung um zu Überleben. Wir müssen uns an

unsere Bezugsperson binden. Wir haben gar keine andere Chance. Kinder leben in der Welt, in der sie sind und sie können in der Regel nicht aus dieser Welt heraus. Und wenn ich eine traumatisierende Bezugsperson habe, dann muss ich es irgendwie schaffen dennoch mich an sie zu binden, weil ich ohne Bindung nicht überleben kann. Und das kann ich einfach nur schaffen, indem ich diese Dinge voneinander spalte, sonst kann ich diesen Widerspruch nicht aufheben.

Strukturelle Dissoziation und Bindung

Konflikt zwischen Annäherung und Vermeidung

- *ist vom Kind nicht zu lösen und*
- *bewirkt die strukturelle Dissoziation im Bindungs- und Verteidigungssystem.*

Beispiel:

Bei primär struktureller Dissoziation

- *hängt sich ANP an traumatisierende Bindungsperson,*
- *trägt EP die traumatische Erinnerung und meidet die Bindungsperson.*

Schwere Bindungstraumatisierung führt zu

- *mangelnden Fähigkeiten der Selbstberuhigung und Emotionsregulierung,*
- *Mentalisierungsstörungen.*

Der Konflikt zwischen Annäherung und Vermeidung ist für ein Kind nicht zu lösen, das ist nicht auflösbar und das kann man nur durch strukturelle Dissoziation zwischen Bindung und Verteidigung repräsentieren. Das repräsentieren ANP's und EP's, wie ich es eben erklärt habe. Bei primärer struktureller Dissoziation könnte man sich vorstellen, dass sich ein ANP an die traumatisierende Bindungsperson bindet und der EP, der eben die traumatische Erfahrung in sich trägt, meidet die Bindungsperson. So integriert das Kind diese Erfahrung nicht und so versucht das Kind, die Situation zu händeln. Das nächste große Problem ist, dass wir, um gute mentale Funktionen zu entwickeln, uns selber zu beruhigen, zu regulieren und auch unsere mentalen Fähigkeiten auszubilden, die Fähigkeit, sich selbst und die Welt zum Gegenstand der Reflexion zu machen, brauchen wir Bindung.

Also ich kann über mich und meine Umwelt nachdenken, aber ich kann auch darüber nachdenken, warum tut XY das wohl und was hat er für Beweggründe, das zu tun? Um diese Fähigkeiten zu erlernen, bedarf es einer guten und sicheren Bindung. Und die haben natürlich diese Menschen nicht. Das heißt, sie sind auch in diesen Fähigkeiten schwer beeinträchtigt. Wir haben es mit Menschen zu tun, die auf der einen Seite ein unglaubliches Maß an Belastungen erleben und auf der anderen Seite nur mangelhafte Fähigkeiten entwickeln können, diese schweren Belastungen zu integrieren.

Dissoziative Reaktionen werden als wichtige Schutzmechanismen bei traumatischen Erlebnissen angesehen, das kann man jetzt verstehen. Sie dienen zum Schutz von Reizüberflutung, führen zum Abtrennen von Wahrnehmungen und Gedächtnisinhalten aus dem Alltagsbewusstsein und können sich dann im weiteren Verlauf natürlich zu klinisch manifesten Störungen entwickeln.

Die Diagnosestellung ist am Anfang zumindest erst mal subjektiv beschreibend, am ehesten durch die Einschränkungen, die vom Patienten wahrgenommen werden. In der

Regel nicht durch direkte Beobachtung. Sie werden bei hoch dissoziativen Patienten nicht so schnell Wechsel erleben. Genau, weil die Patientinnen sich sehr bemühen, gerade wenn sie im Außen sind, in ihrer Alltagsperson zu bleiben. Die Wechsel sind nicht unbedingt nur ein hartes Kriterium für Dissoziative Identitätsstörung. Unspezifische Merkmale für dissoziative Identitätsstörungen, wären traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend, Misslingen von Vorbehandlungen, drei oder mehr Vordiagnosen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungsstörungen, Schmerz, Essstörungen, das können alles Co - Diagnosen sein, selbstverletzendes Verhalten, Symptome, die sich verändern, Amnesien für die Kindheit vom sechsten bis zum elften Jahr, das sind so unspezifische Merkmale.

Diagnosekriterien nach Dell 1/3 (Dell 2001,2002)

Kriterium A:

Dissoziatives Funktionieren im Bereich Gedächtnis und Wahrnehmung

- *Gedächtnisprobleme, z. T. Amnesien für autobiographisches Material,*
- *Depersonalisation,*
- *Derealisation,*
- *Flashback- Erleben,*
- *Pseudoneurologische Symptome,*
- *Weitere somatoforme Symptome,*
- *Trancezustände.*

Ich will Ihnen noch die Diagnosekriterien von Herrn Dell, das ist ein Amerikaner, vorstellen. Der hat sich überlegt, wie man die dissoziativen Störungen ganz gut erfassen könnte. Er hat sie in drei Kriterien, A, B und C, beschrieben. Im A-Kriterium geht es um das dissoziative Funktionieren im Bereich von Gedächtnis und Wahrnehmung, das sind dann diese Gedächtnisprobleme, die die Patienten haben. Sie erleben sich außerhalb ihres Körpers (Depersonalisation), Derealisation, das bedeutet, dass ihnen die Situation total unwirklich vorkommt. Und flashbacks - sie erleben ein plötzliches sich Aufdrängen von traumatischen Erinnerungen, pseudoneurologische Symptome, z.B. Gehstörungen. Weitere somatoforme Störungen, häufig Schmerzsymptomatik und Trancezustände.

Kriterium B:

Manifestation teilabgespaltener Selbstzustände

- *nicht zu sich gehörig Erlebtes,*
- *Sprechen-Denken-Fühlen-Verhalten,*
- *Fertigkeiten oder Fähigkeiten,*
- *Pseudohalluzinationen (Stimmen hören)*
 - *kindliche Stimmen,*

- *innere widerstreitende Dialoge,*
- *verfolgende Stimmen,*
- *verändertes Selbst-Erleben und Verunsicherung über das eigene Ich.*

Kriterium B wäre die Manifestation teilabgespaltener Selbstzustände. Die haben ein nicht zu sich gehöriges Erleben von Sprechen, Denken, Fühlen. Es kommt ihnen so vor, als ob sie irgendwie ganz anders sprechen als sonst, plötzlich irgendwas ganz anderes denken, der sich ganz anders fühlen, die Fertigkeiten und Fähigkeiten können wechseln. Das kann zum Beispiel sein, dass jemand plötzlich nicht mehr weiß, wie man einen Computer bedient, obwohl er/sie das eigentlich konnte. Pseudohalluzinationen, das ist Stimmenhören, die Stimmen sind aber im Kopf. Das sind oft kindliche Stimmen, innere widerstreitende Dialoge und ganz häufig schrecklich verfolgende Stimmen, die die Patienten beschimpfen und entwerten. Die Patienten haben ein verändertes Selbsterleben und Verunsicherung über das eigene Ich. Aber die Patienten wissen in aller Regel, dass das nicht so ist. Das ist der Unterschied zur Schizophrenie, das ist kein Wahn, es ist eben Ich- dyston.

Kriterium C

Manifestation vollständig abgespaltener Selbstzustände

- *Krasse Diskontinuität im Zeiterleben:*
 - *Zeit verlieren,*
 - *Herauskommen,*
 - *Fugue- Episoden,*
- *Nicht erinnerbares Verhalten*
 - *von anderen beobachtetes Verhalten,*
 - *Finden von Sachen in seinem Besitz,*
 - *Finden von (Auf-)Zeichnungen,*
 - *Evidente Anzeichen für kürzliches Verhalten,*
 - *Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen.*

Diagnosekriterium Nummer C, das wäre die Manifestation voll abgespaltener Selbstzustände, das bedeutet, dass die Patienten wirklich Zeit verlieren und nicht wissen, was sie die letzten Stunden gemacht haben, kurzes Herauskommen, Fugue-Episoden, dass sie plötzlich aufstehen, weggehen, sich woanders wieder finden, ohne zu wissen, wie sie da hingekommen sind, nicht erinnerbares Verhalten, was von anderen beobachtet wird, dass Patienten gesagt wird: „Mensch da bist du aber gestern gut Inliner gefahren“ und plötzlich merken die Patienten „ich weiß ja gar nichts davon.“ Was die Patienten immer sehr erschreckt ist, Sachen in ihrem Besitz zu finden, die sie nicht kennen, finden von Aufzeichnungen mit verschiedenen Schriftformen kommt auch sehr häufig vor. Evidente Anzeichen für solches Verhalten soll heißen: Ich bin allein zu Hause und merke:“ Oh, da hat jemand gekocht“ und ich weiß aber nicht, dass ich das gewesen bin. Es muss irgendjemand gemacht haben, es ist kein anderer da. Anderes Thema: Entdecken von Selbstverletzungen und Suizidversuchen, die passieren häufig auch in abgespaltenen Zuständen.

Eine Mindestanzahl von Symptomen aus A, B und C erfüllt das Vollbild einer Dissoziativen Identitätsstörung. Wenn weniger als zwei Kriterien aus C vorliegen, dann ist es eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung. Und noch mal zur Abrenzung in Richtung Borderline. Borderliner erfüllen die Kriterien C nicht. Wir finden zwar in B viele Borderliner wieder, aber die C-Kriterien gelten nicht. Das ist die Grenze zu Borderline.

Behandlungsansätze

- *Allgemeine Traumatherapie*
 - *Phasenorientiertes Vorgehen,*
 - *Psychoedukation,*
 - *Arbeit an den Auslösern (Triggern),*
 - *Erarbeitung von anderen Coping – Strategien (Stabilisierungsübungen),*
 - *Individuelle Psychotherapie*

Behandlungsansätze, allgemeine Traumatherapie, phasenorientiertes Vorgehen kennen alle - Stabilisierung, Stabilisierung und nochmals Stabilisierung, dann vielleicht mal Traumakonfrontation und irgendwann Integration. Psychoedukation ist ganz wichtig bei traumatisierten Patienten, dass man Patienten aufklärt über Traumareaktionen, weil ihnen das ein Gefühl von Kontrolle gibt und die Patienten verstehen sich einfach besser. Arbeit an den Auslösern ist klar, Erarbeitung von anderen Coping- Strategien. In der Regel individuelle Psychotherapie, wobei es eben auch eine Menge Dinge gibt, die man eventuell auch in Gruppen machen könnte, wie zum Beispiel das Erlernen von Coping- Strategien und so weiter. Außerdem gibt es noch spezifische psychodynamische Techniken, das wäre bei der dissoziativen Identitätsstörung die aktive Kontaktaufnahme zu den anderen Persönlichkeits- und Selbstzuständen, also ein wirkliches aktives Ansprechen einzelner Anteile.

Behandlungsansätze

- *Bei dissoziativer Identitätsstörung spezifisch*
 - *Integration von gefürchteten mentalen Inhalten angepasst an die momentanen integrativen Fähigkeiten des Patienten,*
 - *Auflösung der strukturellen Dissoziation, indem man die dissoziativen mentalen Systeme und deren Inhalte einander bekannt macht,*
 - *In vorsichtig geplanten Schritten die Integration unterstützen und Re-Dissoziation verhindert,*
 - *Dissoziative Identitätsstörung,*
- *Spezifische psychodynamische Techniken*
 - *Aktive Kontaktaufnahme zu den anderen Persönlichkeits- bzw. Selbstzuständen,*
 - *Kartieren des Persönlichkeitssystems,*
 - *Deuten innerhalb des Persönlichkeitssystems.*

In der Therapie könnte eine Intervention sein, dass man alle Anteile im System einlädt, sich zu einer Frage oder zu einem Problem zu äußern. Es ist wichtig mit allen Anteilen zu arbeiten und auch dem Patienten deutlich zu machen, dass alle Anteile willkommen sind. Kartieren des Persönlichkeitssystems, das ist ein ziemlich mühsamer Prozess, der auch erst relativ spät geht, so dass man eine Idee davon bekommt, wie dieses System aussieht bei diesem Patienten. Deuten innerhalb des Persönlichkeitssystems heißt, dass man miteinander versteht, wie sind die einzelnen Anteile entstanden? Welche Funktionen haben sie? Wohin sind sie zuzuordnen? Weil man auch erst dann in Richtung Integration arbeiten kann. Wenn wir jetzt in dem Schema der strukturellen Dissoziation bleiben, da sagen van der Hart und Nijenhuis, dass man die tertiäre Dissoziation vor der sekundären und diese vor der primären bearbeitet. Also einen dissoziativen Zustand nach dem anderen überwindet.

Fallbeispiel

Dann würde ich Ihnen gerne noch mein Fallbeispiel zeigen, um das Ganze noch etwas griffiger zu machen und die Probleme, die sich in so einer Behandlung auftun können, zu schildern. Ich würde Ihnen gerne, nennen wir sie mal Frau Z. schildern. Frau Z. kam das erste Mal 2003 zu mir, damals war sie 35 Jahre alt, hatte ein 10 Monate altes Kind und wurde mir von ihrer Gynäkologin zugewiesen wegen Partnerschaftsproblemen. Mit dem Kind war die Partnerschaft sehr belastet und es ist zu einem gewaltsamen Übergriff ihres Ehemannes auf die Patienten gekommen. In der Krise konnte sie in einer Frauenberatungsstelle erst mal erste Gespräche führen, das war sehr gut. Ich hatte, wie so oft, nicht sofort einen Termin frei und sie war also übergangsweise in der Frauenberatungsstelle – so viel zu einer guten Vernetzung. Sie kam in der Situation, dass sie sich eigentlich trennen wollte, aber gleichzeitig große Angst vor ihren Mann hatte. Sie war hoch angespannt, auf der einen Seite ganz beunruhigt, ängstlich und man hat gemerkt, sie wollte gerne Unterstützung, auf der andern Seite zutiefst misstrauisch und ganz zurückhaltend, das war förmlich zu spüren. Es war eine große Not zu spüren, aber auch eine ganz große Vorsicht, da haben Sie schon die gleichzeitige Aktivierung des Vermeidungs- und Bindungssystems. Das war mit Händen zu greifen, als die Patientin herein kam. Also sie haben natürlich als Therapeuten auch genau mit diesen Beziehungsmustern zu tun und zwar ziemlich viel. Das ist das erste Stabilisieren und dann - der schöne Begriff - herstellen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, das ist natürlich bei diesen Patienten eine Herkulesaufgabe. Bei dieser Patientin war mein erstes Anliegen, sie überhaupt erst einmal in sichere Lebensumstände zu kriegen. Mit ihr zu erarbeiten, dass sie sicher, also ohne Gewaltbedrohung, leben kann. Immer im Hinterkopf haben, sie hat ein kleines zehn Monate altes Kind. Das ist auch etwas, was mir als Therapeutin immer zwischendurch ziemlich viel Druck macht, weil man für dieses Kind die mögliche Weitergabe von Traumatisierungen mitdenken muss. Frau Z. hatte große Angst, dass ihr Mann ihr das Kind wegnehmen könnte. Er hatte sie auch schon bedroht und gesagt: "Du bist ja auch krank und dann nehme ich dir das Kind weg." Frau Z. konnte mir das erst im Verlauf der Therapie mitteilen. Die Patientin hat fast zwei Jahre gebraucht, um mir zu sagen, warum sie mir zur Begrüßung der Therapiestunde nicht die Hand geben konnte. Die Patientin kam und ich habe gemerkt, dass das Handgeben ganz furchtbar für sie ist und ich dann zu ihr gesagt: "Ist alles in Ordnung, Sie müssen mir auch nicht die Hand geben." Ich glaube, es hat sogar länger als zwei Jahre gedauert. Die Patientin konnte dann ganz peu à peu wirklich nur ihre Angstsymptomatik zeigen. Sie hatte auch eine Essstörung, das sah man. Das war das, was zuerst einmal da war. Sie hat dann mit einem Wort erwähnt, dass ihre Mutter sie auch mal geschlagen hat und dann wurde

peu à peu deutlich, dass diese Patientin ein schwerst misshandeltes, missbrauchtes und zur Sexualität Dritten überlassene Kind war. Es begann im Alter von vier Jahren und endete mit 16 Jahren als die Patientin die Kraft und den Mut hatte und es irgendwie geschafft hat, von zu Hause wegzukommen. Und dieses Mir-nicht-die-Hand-geben-können, das hing damit zusammen, dass es eine Übergabegeste war, wenn ihre Mutter sie zu einem möglichen Sexualpartner schickte, dann sagte ihre Mutter immer: „Du gehst jetzt zu diesem Mann und gibst ihm die Hand!“ und dann musste sie mit dem Mann mitgehen. Es hat bis 2006, also drei Jahre gedauert, ehe diese Dinge überhaupt besprechbar waren. Ich war mir bis dahin nicht sicher, ob diese Patienten eine dissoziative Identitätsstörung hat, weil sie so fragil war, auch immer wieder suizidal, habe ich mich sehr gehütet, die Diagnostik in dieser Richtung voranzutreiben. Dann konnte ich mit ihr erarbeiten, dass sie einen stationären Aufenthalt macht in einer spezifischen Traumaklinik. Das hat sie 2006 gemacht. Da ist die Diagnose gestellt worden. Das hat zu einer schweren Krise in unserer therapeutischen Beziehung geführt. Die Patientin war mir sehr böse, hat mich gefragt, warum ich ihr das nicht gesagt hätte. Ich habe ihr dann ganz ehrlich geantwortet: „Ich war mir nicht sicher und ich hatte auch große Sorge, was passieren würde, wenn ich diese Vermutung ausspreche.“ Die Diagnose DIS oder überhaupt eine schlimme Diagnose bedeutet auch immer eine Diagnosekrise. Das bedeutet ja, dass ich so schwer traumatisiert bin, dass ich solch eine Folgestörung erlitten habe. Die Patientin ist wirklich suizidal geworden in der Klinik, genau das, was ich auch befürchtet hatte. Nach dem Klinikaufenthalt hat es eine ganze Weile gebraucht bis wir wieder ins Gespräch gekommen sind und irgendwann konnte sie mir dann sagen, dass sie mir auf keinen Fall zeigen wollte, dass es mehrere Innenpersonen gibt. Sie hätte sich wahrscheinlich umgebracht, wenn sie es im Rahmen der ambulanten Therapie erfahren hätte. Also, das zu der Gradwanderung in solchen Therapien.

Wo sind wir heute? Ich behandle die Patientin immer noch. Wohlgermerkt seit 2003, wir haben 2011 – nur mal so zu Ressourcen und was es braucht. Die Patientin hat inzwischen vier Aufenthalte in der Traumaklinik gemacht. Wir haben zwischendurch immer weiter gearbeitet. Es gibt inzwischen eine gute Kartierung. Die Patientin hat jetzt ein CO-Bewusstsein von ziemlich allen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen. Es gibt bei dieser Patientin fünf Alltagsanteile. Einen sehr stabilen, der immer vorne ist, wenn sie mit ihrem Kind zu tun hat. Es gibt noch ein paar andere. Diese Patientin hat sich auch ausgesprochen schwer selbst verletzt, das war auch ein großes Thema, bis wir das im Griff hatten, das hat bis 2009 gedauert. Die Selbstverletzungen haben jetzt sicher aufgehört, aber es war ganz, ganz schwierig. Es gab immer strafende Innenanteile, die zu schwersten Selbstverletzungen gegriffen haben, wenn sich die Patienten innerhalb der ambulanten Therapie ein bisschen mehr geöffnet hat und ein bisschen weiter zu mir in Bindung gegangen ist. Das war für mich als Therapeutin zwischendurch wirklich nicht so ganz leicht zu halten, es waren wirklich furchtbare Selbstverletzungen. Wir sind soweit, dass die Patientin ihre Anteile kennt. Es gibt Integrationsarbeit. Und im Moment ist die Patientin dabei, sich den, zu den verschiedenen Traumata assoziierten Anteilen gehörigen Gefühlen zu stellen, ohne diese wieder weg zu dissoziieren. Am Anfang einer Traumatherapie nutzen wir die dissoziative Fähigkeit der Patienten und machen Imaginationsübungen - stabilisieren sie also über diese Fähigkeit. Aber wenn wir irgendwann weiter fortschreiten im Rahmen der Integration, müssen wir dahin kommen, dass die Patienten diesen Schmerz nicht wieder weg dissoziieren, sondern integrieren und wirklich irgendwann an den Punkt kommen, dass sie sagen: „Ja, das ist mir passiert, das habe ich erlebt“. Das bedeutet Integration, zu erfassen, ich bin das gewesen, die das erlebt hat, ich bin

dieses vierjährige Kind gewesen, das da misshandelt wurde. Und diese Gefühle dazu auszuhalten, da sind wir im Moment gerade. Die verschiedenen EP's mit den verschiedenen Klastern, Misshandlungs-Vernachlässigungs-, Missbrauchsklastern, diese Gefühle zuzuordnen, auszuhalten und jetzt nicht wieder weg zu dissoziieren und zu integrieren, was wieder ein großer Kraftakt für die Patientin ist. Aber es geht voran, es braucht aber immer wieder viel Trost.

Was ich noch sagen möchte ist, dass dieses phasenorientierte Vorgehen nie linear ist. Sie gehen immer vor und zurück. Sie müssen immer wieder stabilisieren, Sie müssen auch nachher in der Integrationsphase, wo wir jetzt gerade sind, immer wieder stabilisieren, immer wieder stützen, halten. Am Anfang einer Traumatherapie müssen sie zuerst einmal mit dem Patienten die integrativen Fähigkeiten – also die Affekttoleranz, Emotionsregulierung, Mentalisierung erarbeiten, ehe Sie dann weitermachen können, um an der Integration der verschiedenen Anteile arbeiten zu können. Die Patientin ist in all den Jahren sehr fürsorglich mit ihrem leiblichen Kind umgegangen. Für sie war ihr Kind ein starkes Motiv, Therapie zu machen. Es war ihr fester Wille, und das hat sie auch sehr früh gesagt, dass ihrem Kind etwas Ähnliches passiert wie ihr. Es gab also schon eine Ahnung davon, dass wenn ich mich nicht behandeln lasse, dann könnte ich mein eigenes Kind traumatisieren. Ich glaube, das ist ihr ganz gut gelungen, dies nicht zu tun. Das finde ich ist eine grandiose Leistung. Es gibt inzwischen eine gute Trennungssituation mit ihrem Mann, in der sich beide angemessen um das Kind kümmern. Es gibt keine Bedrohung mehr. Die Patientin ist berentet. Am Anfang hatte sie immer noch die Idee, sie könnte wieder arbeiten. Das halte ich für ausgeschlossen. Auch das war ein Prozess, das mit ihr zu bearbeiten und das mit ihr zu betrauern, dass sie wirklich nicht mehr arbeiten kann, dass sie so krank ist und diese vielfältigen Anforderungen zu groß sind.

Zum Abschluss: Die Akte ist in zwischen voll, mit etlichen Gutachten für die Rentenversicherung, Krankenkasse und so weiter und so fort.

Und zum Abschluss, da sind wir natürlich bei einem großen Problem, dem Stundenkontingent - wie ist so eine Therapie eigentlich zu finanzieren? Ich bin keine Psychoanalytikerin, ich bin tiefenpsychologisch orientierte Therapeutin, deswegen habe ich kleinere Stundenkontingente, das Maximum wären 100 Stunden gewesen. Ich habe dann einfach einen außerhalb der Richtlinien liegenden Antrag geschrieben und habe dann noch mal 30 Stunden bekommen. Aber mit 130 Stunden kommen Sie gerade eben mal knapp drei Jahre weit mit Urlaub und stationären Aufenthalten. Dann habe ich mit der Patientin eine Möglichkeit gesucht, wie wir eine Pause von zwei Jahren zwischen zwei Anträgen bei der Kasse finanzieren können. Der Weiße Ring und die Opferhilfe haben sich bereit erklärt, 50 Stunden zu übernehmen. Dafür musste die Patientin aber auch noch einen kleinen Anteil selber zahlen. Und jetzt sind wir wieder in einem Kassenkontingent, aber das Ende naht. Die Patientin ist sehr viel stabiler, nicht mehr suizidal, keine Selbstverletzungen mehr, aber es ist noch kein Ende in Sicht. Die Therapie kann noch nicht beendet werden. Und das ist ein Anliegen von mir, darüber nachzudenken, wie man das handhaben könnte bei den Diagnosen, schwere Traumafolgestörungen, dissoziative Identitätsstörungen oder dissoziative Störungen nicht näher bezeichnet. Es braucht andere Stundenkontingente und das ist ganz einfach so - es geht gar nicht anders.

Mein besonderer Dank geht an Frau PD Dr. med. Ursula Gast für vielfältige Unterstützung.

Literatur:

Dell, PF (2001): *Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed.* Journal Trauma Dissociation 2001; 2: 7-37.

Dell, PF (2002): *Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder.* Journal Nerv Ment Dis 2002; 190: 10-15.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2006): *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.* New York/London: Norton. Deutsche Ausgabe: Das verfolgte Selbst. Paderborn: Junfermann-Verlag.

Nijenhuis, E.R.S, van der Hart, O. (2011): *Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations.* Journal of Trauma & Dissociation, 12:416–445, 2011.