



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

 **Schattauer**



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein:
OM40190

Martina Rudolph (Hrsg.)

Skillstraining bei Dissoziativer Identitätsstörung und Trauma

Wegweiser durch die Behandlung der DIS

Mit Beiträgen von Linda Koos und Mirjam Urban

Besonderer Hinweis

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autorin und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von baona/iStock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Miriam Seifert-Waibel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40190-5

E-Book ISBN 978-3-608-12341-8

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20689-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Vorwort und Dank

Die erste Idee zu diesem Skillstraining entstand etwa 2018, als drei Kolleginnen und ich uns in der Klinik am Waldschlößchen, Dresden, zusammensetzten, um ein eigenes Trainingsprogramm für die Patient*innen der DIS-Gruppe zu entwickeln. In einem Brainstorming zu verschiedenen Themen und Übungen kamen sehr viele unterschiedliche und kreative Ideen zusammen, auch das Konzept des Ampelsystems wurde damals geboren. Teilnehmerinnen dieser Gruppe waren neben mir Linda Koos, Maggie Brandmair und Rebecca Jacob. Weitere Beteiligte im Vorfeld und danach waren Sarah Salbeck, Lisa Montag, Christine Goldmann, Britta Röwer sowie Nina Offenberg.

Die damals gefundenen Ergebnisse wurden von Linda Koos zusammengeschrieben und in eine ansehnliche Form gebracht. Damit war der Grundstein für das nun vorliegende Skillstraining gelegt. Seither wurde es von mir noch mehrfach überarbeitet, bis die Zusage kam, dass Klett-Cotta ein Buch dazu verlegen wird. Es begann die Evaluationsphase. Das Design dazu und die Fragebögen wurden von Mirjam Urban entwickelt, die Evaluation wurde seitens Katharina Burbat und Linda Koos mit stationären Patient*innen und von mir mit ambulanten Patient*innen durchgeführt. Die wichtigen Rückmeldungen der beiden Kolleginnen und der befragten Patient*innen zu den einzelnen Modulen flossen in weitere mehrfache Überarbeitungen mit ein. Katrin Barlovic und Franka Mehnert begleiteten den Evaluationsprozess mit ihrer fachlichen Expertise. Linda Koos trug schließlich mit vier Fallvignetten das

7. Kapitel zu diesem Buch bei, Mirjam Urban mit der Beschreibung und Auswertung der Evaluation das 11. Kapitel. All den genannten Kolleginnen möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen für die tolle Zusammenarbeit!

Um dieses Buch schreiben zu können, habe ich in fast 20 Jahren sehr viel von zahlreichen Patient*innen mit DIS gelernt. All die Lösungen, die sie gefunden haben, haben mir gezeigt, wie ein gangbarer Weg in der Therapie aussehen kann. Dafür möchte ich mich von ganzem Herzen bedanken. Viele Fehler, die man machen kann, habe ich auch auf die eine oder andere Weise gemacht und über manche Fallstricke bin ich selbst gestolpert. Dafür möchte ich mich von ganzem Herzen entschuldigen. Bei aller Anstrengung und bei aller Erschütterung ist mir die Arbeit nie zu viel oder zu schwer geworden, da diese Betroffenen für mich ein Beispiel für Überlebenswillen, Kreativität und Durchhaltevermögen sind. Ich neige meinen Kopf vor ihnen.

Bei Frau Urbani vom Klett-Cotta-Verlag möchte ich mich für die von Anfang an sehr herzliche und begeisterte Betreuung bedanken, bei Frau Seifert-Waibel für das ebensolche Lektorat und bei Klaus Dilcher für die mentale Unterstützung und Schaffung von Valenzen für dieses Projekt. Ein letzter Dank geht an meine Familie und meine Freund*innen für die stetige Begleitung und Präsenz sowie für die emotionale Unterstützung.

Martina Rudolph, Dresden

Vorbemerkungen zur Begrifflichkeit und zum Aufbau des Buches

In diesem Buch werden verschiedene Begriffe genutzt. Teilweise wird ausgehend von den neuen Diagnosekriterien im ICD-11 – entsprechend der Übersetzung von Gysi (2021) – von *Persönlichkeitszuständen* gesprochen. Rund um das Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit werden die darin verankerten Begriffe der ANP (*apparently normal parts of the personality*; hier übersetzt mit *Alltagspersönlichkeitsanteile*) und der kontrollierenden und fragilen EP (*emotional parts of the personality*; hier übersetzt mit *emotionale Persönlichkeitsanteile*) verwendet. Häufig wird auch allgemein von *Persönlichkeitsanteilen* gesprochen, wie es in der klinischen Praxis am gängigsten ist. Und manchmal wird auch die abgekürzte Form *Anteile* verwendet, dies vor allem im Manual.

Das Buch ist zweigeteilt. Im ersten Teil geht es um die

theoretischen Hintergründe der DIS: die Diagnostik, die wichtigsten Modelle für die Behandlung, die Versorgungssituation, um spezifische therapeutische Herausforderungen und Vorgehensweisen. Es werden vier Behandlungsvignetten dargestellt, die die Vielfältigkeit der Probleme bei der Behandlung von DIS anschaulich verdeutlichen. Im zweiten Teil werden zunächst ausführlich die stationären und ambulante Rahmenbedingungen für das Skillstraining beschrieben sowie Hinweise zur Durchführung des Trainings in verschiedenen Settings und zu den einzelnen Modulen gegeben. Es folgt das Skillstraining selbst mit seinen zehn Modulen. Für jedes Modul gibt es ein Therapiemanual und ein Manual für Betroffene. Zum Abschluss erfolgt eine Übersicht über die Evaluation und deren Ergebnisse.

Abkürzungen

ANP	Apparently normal part of the personality (Alltagspersönlichkeitsanteile)	OEG	Opferentschädigungsgesetz
APP	Ambulant psychiatrische Pflege	pDIS	Partielle Dissoziative Identitätsstörung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.	PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
DIS	Dissoziative Identitätsstörung	PITT	Psychoimaginative Traumatherapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	SKID-D	Strukturiertes klinische Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen
EP	Emotional Part of the Personality (Emotionale Persönlichkeitsanteile)	SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
ISSTD	International Society for the Study of Trauma and Dissociation	TADS-I	Trauma and Dissociative Symptoms Interview
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	TRIMB	Trauma Recapitulation with Imagination Motion and Breath (Behutsame Trauma-Integration)
		UBSKM	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

Inhalt

TEIL I DIS: Hintergründe, Modelle, Diagnostik, Behandlungsgrundlagen	11
1 Grundlagen und Hintergründe zur DIS	13
1.1 Hysterie, Konversion, Psychose – dissoziative Symptome im Wandel der Zeit	13
1.2 Zusätzliche Diagnostik	16
1.3 Diagnoseinstrumente	19
1.4 Modelle und Behandlungsansätze	20
1.5 Diskurs	24
2 Psychosoziale äußere Stressoren von Betroffenen	26
2.1 Einschränkungen in der Lebensgestaltung	26
2.2 Isolation	26
2.3 Schädliche Kontakte im Alltag	27
3 Spezifische Herausforderungen in der Arbeit mit Betroffenen von DIS und PTBS	28
3.1 Zur Vielzahl der Themen	28
3.2 Zur Diskontinuität des Bindungsverhaltens Betroffener – Umgang mit Wechseln in andere Persönlichkeitszustände	28
3.3 Zur Widersprüchlichkeit im Verhalten Betroffener	29
3.4 Zum Ausmaß des berichteten Leids	30
4 Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene	32
4.1 Beratung und psychosoziale Hilfen	32
4.2 Psychotherapeutische Angebote	33
4.3 Übersicht Fachliteratur und Behandlungsempfehlungen zur DIS	37
4.4 Studien zur Therapiewirksamkeit	38
5 Herausforderungen und Fallstricke in der therapeutischen Beziehung	39
5.1 Herausforderungen in der therapeutischen Beziehung	39
5.2 Fallstricke in der therapeutischen Beziehung	50
6 Behandlung der Komorbiditäten	55
6.1 Komorbiditäten als Kompensationsstrategien	55
6.2 Komorbiditäten als Folgestörungen	60
7 Fallbeispiele – »Ein bunter Blumenstrauß«	61
LINDA KOOS	
TEIL II Das Skillstraining: Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Planung und Durchführung	69
8 Gestaltung des Behandlungssettings für das Skillstraining	71
8.1 Gestaltung des dissoziationsspezifischen stationären Settings	71
8.2 Gestaltung des dissoziationsspezifischen ambulanten Settings	76
8.3 Durchführung des Skilltrainings im Einzelsetting	82
9 Skillstraining für DIS und Trauma	83
9.1 Entstehungsgeschichte und Erfahrungen	83
9.2 Praktische Hinweise	84
9.3 Spezifische Hinweise zur stationären Durchführung	85
9.4 Spezifische Hinweise zur ambulanten Durchführung	85

9.5	Erläuterungen zu den einzelnen Modulen	88
9.6	Hinweise zur Handhabung der Module	96
10	Die Module des Skillstrainings bei DIS	100
10.1	Modul 1: Orientierungshilfen im Hier und Jetzt	100
10.2	Modul 2: Orientierung im Innen	105
10.3	Modul 3: Äußere Sicherheit verbessern	109
10.4	Modul 4: Innere Sicherheit verbessern	113
10.5	Modul 5: Umgang mit äußeren Triggern	116
10.6	Modul 6: Umgang mit inneren Triggern	120
10.7	Modul 7: Ausstieg aus äußeren Täter-Opfer-Retter-Dynamiken	124
10.8	Modul 8: Innenkommunikation	127
10.9	Modul 9: Umgang mit aktuellen Gefühlen	131
10.10	Modul 10: Umgang mit aktivierten Gefühlen anderer Anteile	137
11	Evaluation	141
	DR. MIRJAM URBAN	
11.1	Einleitung, Ziel und Methodik	141
11.2	Auswertung	142
11.3	Fazit und Empfehlungen	148

ANHANG

Fragebögen zur Evaluation	151
Literaturverzeichnis	155

Teil I

DIS: Hintergründe, Modelle, Diagnostik,
Behandlungsgrundlagen

1 Grundlagen und Hintergründe zur DIS

1.1 Hysterie, Konversion, Psychose – dissoziative Symptome im Wandel der Zeit

Die ersten Beschreibungen dissoziativer Symptome fanden sich schon im alten Griechenland (vgl. Leibbrand & Wettley 1961), damals allerdings nur bei weiblichen Patientinnen. Da man annahm, eine wandernde Gebärmutter (griechisch: *hystera*) sei für die Beschwerden verantwortlich, entstand der Begriff der Hysterie, der sich noch viele Jahrhunderte hielt.

Als sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Wissenschaft der menschlichen Seele zuwandte, gab es gleich mehrere Psychiater, die dissoziative Symptome beschrieben. Der bekannteste Fall ist sicherlich »Anna O.«, mit bürgerlichem Namen Bertha von Pappenheim, die erst bei Josef Breuer und später bei Sigmund Freud in Therapie war und deren Fall der Veröffentlichung des gemeinsamen Werks *Studien über Hysterie* zugrunde lag (vgl. Breuer & Freud 1991).

Als Erstbeschreiber dissoziativer Symptome, wie wir sie heute verstehen, gilt Pierre Janet. Er definierte Dissoziation als »Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins« (Janet 1889) und entwickelte als erster die Theorie, dass dissoziative Phänomene auf traumatische Erfahrungen zurückgehen. Er ging davon aus, dass die Psyche des Menschen aus unbewussten, automatischen Mechanismen bestehe, wovon sich Teile in Folge von traumatischem Stress abspalten und eine Eigendynamik entwickeln könnten (vgl. Wallis et al. 2023).

Auch Freud sah in seinen Untersuchungen hysterischer Phänomene den Zusammenhang zu frühkindlichen Gewalterfahrungen. So berichtete er 1896 vor einem kleinen Kreis Wiener Kollegen, dass viele seiner Patientinnen sexuellen Missbrauch durch Familienangehörige, vor allem durch ihre Väter, erfahren hätten (vgl. Masson 1984). Diese Entdeckungen und Berichte wurden von den Kollegen allerdings nicht gut aufgenommen. Unter diesem Druck und angetrieben von seinem Ehrgeiz widerrief Freud 1905 auf einem Kongress in Wien seine Aussagen. Stattdessen entwickelte er seine Theorie der Verdrängung unbewusster Impulse als Ursache dissoziativer Phänomene. Freud ging nun davon aus, dass es sich bei den verdrängten Erinnerungen vornehmlich um ödipale Impulse handele (vgl. Brunner & Resch 2008). Die Ursache der dissoziativen Phänomene wurde damit zurück ins Intrapyschische gelegt und die Beschäftigung mit dem Thema der innerfamiliären Gewalt verschwand für viele Jahrzehnte aus der psychiatrischen

und psychologischen Forschung. Freuds Verdrängungskonzept setzte sich Anfang des 20. Jahrhunderts durch. Mit der Zeit wurde das Freud'sche Hysteriemodell teilweise abgelöst durch das Konversionsmodell, nach dem körperliche Symptome ganz allgemein das Ergebnis verschiedenster innerpsychischer Konflikte sein können. Dissoziative Phänomene wurden außerdem durch Psychiater wie Bleuler als zentrale Symptome der Schizophrenie eingeordnet (vgl. Bliss 1980).

Es brauchte drei Kriege, bis die Beobachtung, dass traumatische Erlebnisse auch bei vormals gesunden Menschen schwere psychische Symptome hervorrufen können, sich wieder in den öffentlichen Diskurs drängte. Viele ehemalige Soldaten aus dem Ersten und Zweiten Weltkrieg hatten auch dissoziative Symptome aufgewiesen (»Kriegszitterer«), waren aber noch als primär labil eingeschätzt worden. Die Ursache für ihre Störungen wurde ihrer krankhaften Disposition zugeschrieben. Als aber nach dem Vietnamkrieg junge Heimkehrer, vormals »nette amerikanische Jungs aus der Nachbarschaft«, unter teils massiven psychischen Symptomen als Folge schwerwiegender und überwältigender Kriegsereignisse litten, wurde der Einfluss lebensbedrohlicher Erfahrungen als Auslöser einer psychischen Störung erstmals wieder anerkannt und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hielt 1980 Einzug in das DSM-III.

Nach und nach verschwand dann auch der Hysteriebegriff vollständig aus den Klassifikationssystemen. Die Konversionsstörungen sollten zunehmend in den somatoformen Störungen und in den dissoziativen Störungen aufgehen. Letztere fanden nun im Rahmen der aufkeimenden Psychotraumatologie-Forschung neue Aufmerksamkeit.

Bereits in den 1970er Jahren hatten das Buch *Sibyl* (Schreiber 1973) und seine Verfilmung in den USA für große Aufmerksamkeit gesorgt. Darin wurde eine Frau beschrieben, die über 16 verschiedene Persönlichkeiten (heute würde man sagen: Persönlichkeitsanteile) verfügte. Ihre Therapeutin, C. B. Wilbur, arbeitete mit den verschiedenen Persönlichkeiten und diagnostizierte eine Multiple Persönlichkeitsstörung, die ebenfalls 1980 erstmals im DSM-III erschien. Sie beschrieb einen vielfachen sexuellen Missbrauch in der Kindheit der Patientin als ursächlich für die Erkrankung. Die Debatte über den Fall schlug bald hohe

Wellen. Der Therapeutin wurde vorgeworfen, die Symptome mit der Patientin vorgetäuscht zu haben, um Interesse zu erregen.

Als in den 1980er Jahren immer mehr Therapeut*innen Diagnosen stellten, die sie in Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt in der Kindheit setzten, kam es zu einer starken Gegenbewegung in den USA. Eine zentrale Rolle kam dabei der Familie Freyd zu. Jennifer Freyd, eine Psychologie-Professorin, die sich viel mit dem Thema des sexuellen Missbrauchs und mit Gedächtnisforschung beschäftigte, hatte ihren Vater des sexuellen Missbrauchs an ihr beschuldigt. Dieser stritt gemeinsam mit seiner Frau die Vorwürfe ab. Beide Elternteile erklärten, der Missbrauch sei Jennifer in ihrer Therapie eingeredet worden, und sie gründeten die False Memory Syndrome Foundation, den Vorläufer der heute noch aktiven False-Memory-Bewegung. Jennifer Freyd veröffentlichte daraufhin ihr Konzept des *betrayal trauma* (Freyd 1996) – Trauma des Verrats –, nach welchem Täter*innen als Abwehr der eigenen Verantwortung eine Umkehr derselben vornehmen und sich selbst in die Opferposition setzen, was für Betroffene einer erneuten Verletzung gleichkommt.

Parallel wurden zahlreiche Verdachtsfälle von satanistischer Gewalt gegen Kinder publik und durch die Medien sehr polarisiert berichtet und verfolgt. Diese Berichte wurden später untersucht und es fand sich wenig (vgl. LaFontaine 1998) bis keine Evidenz für die darin dargestellten Inhalte (vgl. Victor 1993).

Aufgrund der Aktivitäten der False-Memory-Bewegung und aufgepeitscht durch die Berichterstattung im Rahmen von »satanic panic« kam es in den 1990er Jahren in den USA zu einer ganzen Welle von Anzeigen mit dem Suggestionsvorwurf gegen Therapeut*innen, die mit traumatisierten Menschen gearbeitet hatten (»memory wars«). Viele von ihnen wurden verurteilt, es kam auch zu Berufsverboten. Dennoch festigte sich die Diagnose der Multiplen Persönlichkeitsstörung international und entwickelte sich weiter.

1991 wurde in der deskriptiv orientierten ICD-10 erstmals die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) als eine besonders schwere Form der dissoziativen Störungen verschlüsselt (noch als »Multiple Persönlichkeit«), allerdings mit dem Hinweis versehen, es handle sich um eine seltene Erkrankung, was aktuellen Studien widerspricht: Es wird dort eine Prävalenz von 0,5–1 Prozent in der Gesamtbevölkerung beschrieben, in klinischen Populationen können sogar bis zu 5 Prozent eine DIS aufweisen (vgl. Gast & Rodewald 2006).

Im – noch nicht in deutscher Sprache erschienenen – ICD-11 nimmt das Konzept der dissoziativen Störungen weiteren Raum ein und die partielle Dissoziative Identitätsstörung (pDIS) wurde ergänzend zur DIS mitaufgenommen. Es könnte sein, dass die DIS-Prävalenz damit weiter ansteigt, da Patient*innen, die zuvor unter einer »Dissoziativen Störung n. n. bez.« (ICD-10 F 44.9) diagnostiziert wurden, zukünftig unter der pDIS klassifiziert werden.

Sehr aktuell finden erneut Kämpfe um die Diagnose statt, diesmal jedoch zumeist ohne dass die Existenz sexu-

eller Gewalt und Kindesmissbrauchs prinzipiell infrage gestellt wird. Im Zentrum der Debatte steht nunmehr das Phänomen »rituelle Gewalt«. Diese Form der sexualisierten Gewalt wurde in Deutschland auch durch die Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) beschrieben, eine Definition findet sich auf ihrer Website.¹ Hintergrund dieses Phänomens sind Berichte Betroffener, nach denen sie in organisierten Netzwerken Missbrauch erfahren haben und in diesen zum Beispiel auf Kinderprostitution trainiert und abgerichtet worden seien, teilweise unter dem Deckmantel ideologischer und spiritueller Rechtfertigung. Erneut steht der Vorwurf im Raum, Therapeut*innen würden ihren Patient*innen solche Erfahrungen einreden. Zu diesem Thema gibt es aktuell neben der medialen Debatte auch in der Fachwelt eine polarisierte Diskussion (vgl. Niehaus & Krause 2023; Schröder et al. 2023). Mehrere Fachverbände bezogen in einem Positionspapier Stellung zur Debatte² und distanzieren sich von dem Vorwurf der unprofessionellen Therapiemethoden, auch wenn gleichzeitig mehr kritische Distanz zu den Symptomen und Berichten Betroffener eingefordert wird. Auch die Aufarbeitungskommission setzte sich dafür ein, den Berichten Betroffener Glauben zu schenken (vgl. Bergmann et al. 2024).

Die DIS ist bei allen Debatten eine wissenschaftlich erforschte und valide Diagnose, mit deren Hilfe viele Betroffene eine angemessene und effektive Behandlung erfahren können. Es zieht sich durch die Historie der dissoziativen Störungen und der DIS immer auch die Frage, wie eine Gesellschaft mit ihren psychisch kranken Mitgliedern umgeht und wie ernst deren Berichte und Perspektiven genommen werden. Nach der klinischen Erfahrung ist eine Validierung der Beschwerden und Berichte traumatisierter Menschen jedenfalls eine zentrale Voraussetzung für einen Heilungserfolg.

DIAGNOSEKRITERIEN GEMÄSS ICD-11³

Dissoziative Identitätsstörung (6B64)

Störung der Identität, charakterisiert durch 2 oder mehr unterschiedliche Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten), verbunden mit deutlichen Unterbrechungen des Selbsterlebens und der eigenen Handlungsfähigkeit. Jeder Persönlichkeitszustand beinhaltet sein eigenes Muster von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umgebung.

Mindestens 2 unterschiedliche Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Handeln in Interaktionen mit ande-

1 <https://beauftragte-missbrauch.de/themen/definition/organisierte-sexualisierte-und-rituelle-gewalt> (letzter Aufruf: 02.07.2024).

2 https://www.emdria.de/fileadmin/user_upload/news/Positionspapier_22-7-23.pdf (letzter Aufruf: 02.07.2024).

3 Alle Definitionen nach ICD-11 finden sich in dieser Übersetzung in Gysi 2021.

ren oder mit der Umwelt, z. B. im Ausführen spezifischer Aspekte des Alltags wie Elternschaft oder Arbeit, oder in Reaktionen auf spezifische Situationen (z. B. als bedrohlich erlebte Situationen).

Wechsel zwischen Persönlichkeitszuständen sind verbunden mit Veränderungen von Empfindungen, Wahrnehmung, Affekten, Kognitionen, Erinnerung, motorischer Kontrolle und Verhalten.

Typischerweise gibt es Phasen von Amnesien, die schwerwiegend sein können.

Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Erkrankung, eine Verhaltensstörung oder eine neurologische Entwicklungsstörung besser erklärt werden, und sie sind nicht auf direkte Nebenwirkungen durch Substanzen oder Medikamente zurückzuführen, einschließlich Entzugssymptome. Sie sind auch nicht auf eine Erkrankung des Nervensystems oder ein Schlaf-Wach-Störung zurückzuführen.

Die Symptome müssen wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten: persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere wichtige Lebensbereiche.

Partielle Dissoziative Identitätsstörung (6B65)

Störung der Identität, charakterisiert durch 2 oder mehr unterschiedliche Persönlichkeitszustände (»personality states«), verbunden mit deutlichen Unterbrechungen des Selbsterlebens und der eigenen Wirksamkeit.

Jeder Persönlichkeitszustand beinhaltet sein eigenes Muster von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und Interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umgebung.

Ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert normalerweise im Alltag, wird aber durch einen oder mehrere nicht dominante Persönlichkeitszustände beeinträchtigt (dissoziative Intrusionen). Diese Intrusionen können kognitiv, affektiv, perzeptuell, motorisch oder verhaltensbezogen sein. Sie werden als beeinträchtigend für das Funktionieren des dominanten Persönlichkeitszustands erlebt und sind typischerweise aversiv.

Die nicht dominierenden Persönlichkeitszustände übernehmen nicht wiederholt die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Funktionieren des Individuums, aber es kann gelegentlich limitierte Episoden geben, in denen ein eigenständiger Persönlichkeitsanteil die exekutive Kontrolle übernimmt, um begrenzte Handlungen zu vollziehen, z. B. als Antwort auf extreme emotionale Zustände oder während Zuständen mit Selbstverletzungen oder dem Wiedererleben von traumatischen Erinnerungen. Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Erkrankung, eine Verhaltensstörung oder eine neurologische Entwicklungsstörung besser erklärt werden, und sie sind nicht auf direkte Nebenwirkungen durch Substanzen oder Medikamente zurückzuführen, einschließlich Entzugssymptome. Sie sind auch nicht auf eine Erkrankung des Nervensystems oder eine Schlaf-Wach-Störung zurückzuführen.

Die Symptome müssen wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten: persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere wichtige Lebensbereiche.

Komplexe PTBS (6B41)

Traumakriterium: Ausgelöst wird die kPTBS durch länger anhaltende, sich wiederholende traumatische Erfahrungen. Dabei handelt es sich normalerweise um Ereignisse, aus denen ein Entkommen schwierig oder gar unmöglich ist (z. B. Folter, Sklaverei, Genozid-Kampagnen, fortgesetzte häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder physischer Missbrauch in der Kindheit).

Traumatrias: Die Kernsymptome der PTBS (Wiedererleben des Traumas in der Gegenwart, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma, anhaltendes Gefühl der Bedrohung) müssen vorhanden sein.

Störungen der Selbstorganisation: Nach Beginn des Belastungserlebens und begleitend zur PTBS-Symptomatik entwickeln sich anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen in der Affektregulation, persistierende Überzeugungen vom eigenen Selbst als minderwertig, unterlegen oder wertlos sowie persistierende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten, die folgend genauer beschrieben werden:

Affektregulationsstörung: Die Probleme der affektiven Dysregulation sind durch erhöhte emotionale Reaktivität gekennzeichnet, durch Schwierigkeiten, sich von kleineren Belastungen zu erholen, durch heftige Gefühlsäußerungen, selbstgefährdendem oder selbstverletzendem Verhalten sowie durch eine Neigung zu dissoziativen Zuständen in Belastungssituationen. Zusätzlich kann emotionales Betäubtsein auftreten, insbesondere das Fehlen der Fähigkeit, Freude oder positive Gefühle zu erleben. Dies schließt eine erhöhte Dissoziationsneigung ein.

Tiefgreifende Probleme mit dem Selbstkonzept: Die ausgeprägten Überzeugungen von sich selbst als minderwertig, unterlegen und wertlos stehen für ein anhaltend beeinträchtigtes Identitätsgefühl. Dazu kommen ausgeprägte Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben und ein beschädigtes und wertloses Leben zu führen, sowie permanente Schuld- und Schamgefühle.

Beziehungsschwierigkeiten: Die Beziehungsschwierigkeiten zeigen sich als Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion. Es kommt zu einer Anfälligkeit für überspannte Ansichten und Erwartungen an eine Beziehung sowie der Unfähigkeit, in intimen Beziehungen zu vertrauen.

Die Symptome müssen wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten: persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere wichtige Lebensbereiche.

1.2 Zusätzliche Diagnostik

Dissoziative Symptome treten in den meisten Fällen im Zusammenhang mit verschiedenen Traumafolgestörungen auf (vgl. Gast 2003). Diese sollten seitens der untersuchenden Person bekannt sein, um sie frühzeitig erkennen und einordnen zu können. Entsprechende Screening-Fragen

sollten standardmäßig bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes gestellt werden (vgl. Steinberg, 1995).

Folgende andere Traumafolgestörungen können vorliegen:

1.2.1 Akute Stressreaktion (ICD-11 QE84)

In seltenen Fällen können akute Belastungen eine zuvor klinisch stumme, also bis dahin kompensierte DIS und PTBS aktivieren. Daran sollte gedacht werden, wenn Betroffene weit über das zu erwartende Maß auf eine Belastung reagieren und Verluste früherer Funktionalität erfahren.

FALLBEISPIEL

Die 34-jährige Patientin hatte bis zu einem Unfallereignis »gut funktioniert« und als Architektin gearbeitet. Sie hatte zuvor keine therapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Auffällig waren nur mehrere Wohnortwechsel und Wechsel der Arbeitsplätze nach Konfliktsituationen in der Anamnese. Bei dem auslösenden Ereignis handelte es sich um einen BG-versicherten Wegeunfall: ein Auffahrunfall mit leichtem Blechschaden auf einem Autobahnzubringer. Unmittelbar nach dem Unfall war die Patientin nicht ansprechbar, sie wurde zum Ausschluss eines Schädel-Hirn-Traumas in ein Krankenhaus gebracht; es fanden sich keine Verletzungen. Bereits im Krankenhaus entwickelte sie starke Unruhe und ein auffälliges

Verhalten, indem sie davonlief und erst sehr viel später kauernnd in einem Treppenhaus wieder aufgefunden wurde. In der Folgezeit wechselten sich Zustände von normaler Funktionalität, in denen sie sich krankschreiben ließ und Telefonate führte, mit Zuständen vollständiger Hilflosigkeit immer rascher ab. In den Zuständen der Hilflosigkeit war sie desorientiert, fragte nach Personen aus der Vergangenheit, äußerte Angst und Panik, lag stundenlang auf dem Bett, ohne sich bewegen zu können. Sie wurde zur stationären Traumatherapie eingewiesen. Bei der Vorstellung zeigte sie das Vollbild einer DIS mit mindestens drei Persönlichkeitsanteilen, zwei davon berichteten von schwerer körperlicher Gewalt und Vernachlässigung sowie von sexueller Gewalt in der Kindheit. In der Rückschau hatten sich schon vor dem Unfall Brückensymptome einer zunehmend dekompensierenden PTBS gezeigt. Während des Unfalls hatte ein Trigger (das Gesicht des Fahrers hinter ihr im Rückspiegel) einen schweren Flashback und damit den Unfall selbst ausgelöst, damit war es zur vollständigen Dekompensation gekommen.

1.2.2 PTBS (ICD-11 6B40)

Aus Scham, Angst vor dem Verrücktsein oder der irrigen Annahme heraus, dass alle Menschen Erinnerungslücken haben oder Stimmen hören, berichten Menschen mit DIS lange nicht von ihren dissoziativen Symptomen (vgl. Brand et al. 2006). Manche Betroffene werden entsprechend längere Zeit nur auf eine einfache PTBS behandelt, die sich in Folge eines einzelnen belastenden Ereignisses im Jugend-

oder Erwachsenenalter entwickelt hat. Dies kann zu deutlich verzögerten und ineffizienten Behandlungsverläufen führen. Der frühe Einsatz von Screening-Fragen oder -Instrumenten zur komplexen PTBS und zu dissoziativen Symptomen kann helfen, diese diagnostische Lücke zu schließen.

1.2.3 Komplexe PTBS (ICD-11 6B41)

Dissoziative Symptome sind Bestandteil sowohl der komplexen PTBS im ICD-11 als auch des dissoziativen Subtyps der PTBS im DSM-V. In der kPTBS werden diese im Symptomcluster »Störungen im affektiven Funktionieren« aufgeführt.

Beispiele für typische dissoziative Begleitsymptome können sein: das Gefühl des Abgetrenntseins von der Welt

oder des Abgetrenntseins von anderen Menschen sowie *Numbing* (sich emotional taub fühlen). Es können also Symptome von Derealisation und Depersonalisation in der kPTBS enthalten sein und von der Diagnose abgedeckt werden. Diese sind abzugrenzen von einer zusätzlichen dissoziativen Störung. Wenn neben der kPTBS klinisch relevante zusätzliche Beschwerden durch einzelne dissoziative

Symptome verursacht werden, zum Beispiel durch eine dissoziative Schluckstörung, eine dissoziative Fugue oder dissoziative Anfälle, müssen diese extra codiert werden. Das Vorliegen solcher dissoziativen Symptome bei einer kPTBS kann nicht allein zu der Annahme verleiten, es liege zusätzlich eine DIS vor.

Liegt jedoch über einzelne dissoziative Symptome hinaus eine klinisch relevante komplexe dissoziative Störung vor, muss das zusätzliche Vorliegen einer pDIS- oder einer DIS-Diagnose geprüft und gegebenenfalls zusätzlich vergeben werden.

1.2.4 Differenzierung pDIS und DIS (ICD-11 6B64 und 6B65)

Zentrales Merkmal beider Störungen ist der (partielle) Verlust der exekutiven Kontrolle aufgrund divergierender Erlebens-, Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen in unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen. Der Unterschied beider Diagnosen liegt im Ausmaß des erlebten Kontrollverlustes. Berichtet eine betroffene Person mit pDIS zum Beispiel, dass sie sich wie von außen dabei zusah, wie sie sich selbst verletzte, ohne dies zu intendieren, stellt dies nur einen teilweisen Kontrollverlust dar. Bei einem vollständigen Kontrollverlust wie bei einer DIS berichten Betroffene von einer kompletten Amnesie in Bezug auf die Selbstverletzung.

Ein anderes Beispiel für teildissoziiertes Erleben von pDIS: Eine Person berichtet, in einer für sie neutralen Situation ein plötzliches Überwältigtwerden von psychischem Schmerz und Verzweiflung erlebt zu haben. Diese Gefühle hätten sich fremd angefühlt und seien für die Person in keiner Weise in dieser Situation nachvollziehbar gewesen. Bei einem vollständigen Kontrollverlust wäre es in der Situation zu einem Wechsel in einen anderen Persönlichkeitszustand gekommen, nämlich in den Persönlichkeitszustand, zu dem die Gefühle gehören.

Liegt im Wesentlichen ein teildissoziiertes Erleben vor, handelt es sich eher um eine pDIS.

1.2.5 Komorbiditäten

Betroffene von DIS leiden – ebenso wie Betroffene anderer Traumafolgestörungen – häufig unter diversen psychischen Komorbiditäten (vgl. Emrich & Rodewald 2008), für die entsprechende Diagnoseinstrumente eingesetzt werden sollten. Am häufigsten sind Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Suchterkrankungen (vgl. Gast et al. 2006). Außerdem berichten 67 Prozent der Patient*innen mit schweren dissoziativen

Störungen von wiederholten Suizidversuchen und 42 Prozent von vorgenommenen Selbstverletzungen (vgl. Gast & Wirtz 2022), welche ebenfalls von der Diagnostik erfasst und in die Behandlung miteinbezogen werden müssen. Exploriert werden sollten auch Reviktimisierungen und eigene Täterschaft, dies allerdings zu einem Zeitpunkt in der Therapie, wenn bereits eine stabile therapeutische Beziehung besteht.

1.2.6 Differentialdiagnosen

Die Diagnose der DIS ist schwierig und fehleranfällig (vgl. Gast et al. 2006), vor allem wenn wenig Erfahrungen mit dem Störungsbild vorliegen. Besondere Schwierigkeiten bereitet die Abgrenzung von bipolaren, affektiven, psychotischen Störungen, Anfallsleiden und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (vgl. Gast & Wirtz 2022).

Schizophrenien und Psychosen

Eine gute Übersicht zur Differentialdiagnose findet sich in einer Übersichtstabelle bei Gysi (2021, S. 159–161) in Anlehnung an Moskowitz et al. (o.J.). In der klinischen Praxis kann neben einer sorgfältigen psychopathologischen Befunderhebung eine genaue Exploration von Sinnestäuschungen bei der Abgrenzung von psychotischen Symptomen hilfreich sein. Betroffene von DIS und Trauma benennen

meist, dass die Stimmen und Bilder nur in ihrem Kopf sind und andere sie nicht hören oder sehen können (man spricht von »Pseudo-Halluzinationen«). Eine weitere Möglichkeit der differenzialdiagnostischen Abgrenzung kann die Frage nach der Wirksamkeit verordneter Neuroleptika erbringen: Betroffene von DIS und Trauma berichten größtenteils, dass die intrusiven Stimmen oder Bilder unter der Medikation persistieren.

Leider werden viele Betroffenen von DIS häufig lange Zeit fälschlicherweise auf Psychosen behandelt, bevor sie erstmals eine spezifische Behandlung erfahren. Besonders problematisch wirkt sich dabei die Fehlbehandlung durch hohe Dosen Psychopharmaka als Dauermedikation aus, da sie mit teilweise schwerwiegenden Nebenwirkungen und Folgeproblemen einhergehen. Auch die medizinisch-therapeutische Fokussierung auf die Vorstellung von einer nicht

gespaltenen Persönlichkeit ohne Berücksichtigung der inneren Konflikte, die sich aus den divergierenden Wahrnehmungen, Bedürfnissen, Meinungen der verschiedenen Persönlichkeitszustände ergeben, kann iatrogen schädigen, indem dysfunktionale Bewältigungsstrategien verstärkt werden.

Sonderfälle können vorliegen, wenn eine Person sowohl eine dissoziative Symptomatik mit Pseudohalluzinationen als auch echte Halluzinationen und andere psychotische Symptome aufweist (vgl. Müller-Pfeiffer et al. 2012). Dann liegen »Läuse und Flöhe« vor und eine pharmakologische Mitbehandlung der psychiatrischen Symptomatik ist indiziert. Sehr häufig reicht in diesem Fall eine sehr niedrige Dosis eines Neuroleptikums aus, zum Beispiel 0,5–1 Milligramm Risperidon.

Ebenso besteht vice versa die Notwendigkeit einer zusätzlichen traumaspezifischen Diagnostik und Vorgehensweise bei schizophreniform Erkrankten, die zusätzlich an dissoziativen Symptomen leiden (vgl. Schlesselmann et al. 2023). Auch hier kann eine Doppeldiagnose vorliegen. Als ursächlich für das gemeinsame Auftreten dissoziativer und psychotischer Symptome wird dabei die gemeinsame Traumagenese angenommen (bei 60 % der schizophreniform Erkrankten liegt eine positive Anamnese für Bindungsstrau-matisierungen vor).

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Es gibt sehr viele Überschneidungen zwischen der kPTBS und der Borderline-Störung, beide Erkrankungen liegen

häufig komorbide vor (vgl. Yen et al. 2002). Entsprechend weisen viele Borderline-Betroffene häufig auch schwere dissoziative Symptome auf (vgl. Spitzer et al. 2021).

Zur Differenzierung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) von der kPTBS benennen Cloitre et al. (2014b) vier Unterscheidungsmerkmale, die typischerweise eher für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sprechen:

- Starke Furcht vor dem Verlassenwerden
- Instabiles Selbstbild
- Instabile und intensive interpersonelle Beziehungen
- Impulsivität

Liegen diese zentralen Diagnosekriterien der BPS vor und gleichzeitig die typischen Symptome einer kPTBS und einer DIS, sollten alle drei Diagnosen vergeben werden. Eine gute Übersicht zur Differentialdiagnose zwischen BPS und DIS findet sich bei Gysi (2021, S. 158).

Epilepsie

Beim Vorliegen von Anfällen ist immer zuerst neurologischerseits eine Epilepsie auszuschließen. Beim Vorliegen von dissoziativen Anfällen, die in 90 Prozent mit einer psychischen Komorbidität einhergehen (vgl. Fritzsche et al. 2013), ist immer ein Screening auf eine komplexere dissoziative Störung durchzuführen. Bei Menschen mit dissoziativen Anfällen liegen in 10 Prozent der Fälle auch epileptische Anfälle vor (vgl. ebd.), dann ist beides zu diagnostizieren.

1.2.7 Falsch-positive Diagnose

Falsch-positive Diagnosen sind nicht selten und können verschiedene Ursachen haben. Zum einen kann fälschlicherweise aufgrund von dissoziativen Symptomen im Rahmen einer anderen psychischen Störung auf eine DIS oder eine pDIS geschlossen werden. Dissoziative Symptome sind zunächst unspezifisch und können auch im Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern vorkommen (z. B. bei Depressionen oder Essstörungen). Ebenfalls können dissoziative Symptome auch isoliert vorkommen, etwa im Rahmen einer Überlastungssituation.

FALLBEISPIEL

Der 49-jährige Patient war aufgrund einer depressiven Entwicklung im Rahmen einer beruflichen und privaten Überlastungssituation zur Krisenintervention in einer psychosomatischen Klinik. An einem Abend fiel auf, dass er zur Schließzeit nicht im Haus war, er war auch den ganzen Tag nicht gesehen worden. Als man ihn telefonisch erreichte, gab er an, weit entfernt auf einer Autobahn-raststätte zu sein und nicht zu wissen, wie er dorthin gekommen sei. Laut Tachostand war er wohl 700 Kilometer gefahren. Er hatte die Fugue entwickelt, nachdem er kurz

zuvor eine Nachricht über die akute Erkrankung einer Person aus der Familie erhalten hatte. Er konnte sich an nichts erinnern, was in den Stunden seiner Abwesenheit geschehen war. Offenbar war er die meiste Zeit Auto gefahren und hatte gemäß einer im Portemonnaie gefundenen Rechnung einmal getankt. Es lag bei ihm keine Traumafolgestörung vor.

Eine Fehleinschätzung kann auch aufgrund von dissoziativen Symptomen im Rahmen einer anderen Traumafolgestörung und im Rahmen einer anderen dissoziativen Störung zustande kommen. Daher ist immer eine genaue Diagnostik notwendig.

Schwieriger wird es, wenn sich Persönlichkeitsstörungen, artifizielle Störungen oder vorgetäuschte Störungen hinter einer scheinbaren DIS verstecken (vgl. Gast & Wirtz 2022). In diesen Fällen kann es sein, dass Menschen sehr dezidiert alle Symptome einer DIS schildern, diese aber aus Büchern, aus dem Internet oder von Betroffenen kopieren. Boon und Drajer (1993) sprechen in dem Zusammenhang auch von der »imitierten DIS«. Dieses Phänomen könnte aktuell insofern zunehmende Bedeutung erfahren, als es

seit einiger Zeit in den sozialen Medien teilweise stark ausgestaltete Darstellungen der DIS zu sehen gibt.

Zur differentialdiagnostischen Einordnung einer falsch-positiven Diagnose hat eine Forschergruppe folgende Kriterien vorgeschlagen, die eine kritische Überprüfung der DIS-Diagnose nach sich ziehen sollten (vgl. Pietkiewicz et al. 2021):

- Befürwortung und Identifikation mit der Diagnose
- Identitätskonfusion und konfligierende Ego-States werden mit der Vorstellung von dissoziierten Anteilen begründet
- Zunehmendes Wissen über DIS beeinflusst die klinische Präsentation der Symptome
- Die gespaltene Persönlichkeit wird ein wichtiges Diskussionsthema mit anderen
- Der Ausschluss einer DIS-Diagnose führt zu Enttäuschung und Ärger

Als mögliche Hinweise auf eine falsch-positive DIS-Diagnose sind noch zu ergänzen: mangelndes Vorliegen PTBS-typischer intrusiver Symptome; Fehlen von Stimmenhören; Switche im Erstkontakt, ohne dass eine therapeutische Beziehung etabliert ist; Amnesie, vornehmlich bezogen auf negativ besetzte Ereignisse (nicht neutrale oder positive Ereignisse); Gebrauch von professionellem (angelerntem) Jargon; Erleben von innerer Leere.

In einzelnen Sonderfällen kann sich nach Beobachtung der Autorin eine DIS oder pDIS möglicherweise auch aufgrund von schwerer Vernachlässigung und Bindungsverlusten in der frühen Kindheit entwickeln, ohne dass zusätzlich schwere körperliche oder sexualisierte Gewalt vorgelegen hat. Bei diesen Menschen findet sich keine spezifische PTBS-Begleitsymptomatik und es liegt auch nicht die typische innere Traumadynamik mit Phobie vor dem inneren Erleben und mit inneren und äußeren Reinszenierungen von Gewalt vor. Auch finden sich selten somatoforme dissoziative Symptome. Hingegen berichten auch diese Betroffene von Zeitlücken, Kontrollverlusten durch unwillkürliche Wechsel und von psychoformer Dissoziation.

Es finden sich dissoziierte Persönlichkeitsanteile mit anderen Verhaltensweisen, Vorlieben, Fähigkeiten, mit anderem Alter, Geschlecht etc. Nach den oben genannten ICD-11-Kriterien wären also die Diagnosekriterien erfüllt. Ob es sich dabei wirklich auch ontologisch um die gleiche Störung wie bei einer DIS handelt, die mit schweren Symptomen einer Traumafolgestörung einhergeht, ist nach Wissen der Autorin noch nicht Gegenstand von Untersuchungen

geworden. Möglicherweise ist diese Form der DIS aber mit Störungen aus dem Autismspektrum assoziiert. Es gibt Hinweise, dass für Menschen mit Autismus auch Lebensereignisse traumatogen wirken können, die nicht dem A-Kriterium der PTBS entsprechen (vgl. Rumball et al. 2020); wenn zusätzlich schwerwiegende Ereignisse wie Vernachlässigung in der frühen Kindheit aufgetreten sind, könnte eine besonders hohe Dissoziationsneigung möglicherweise auch zu einer desintegrierten Persönlichkeitsentwicklung führen. Hierzu bedarf es weiterer Fallbeobachtungen und Forschung.

FALLBEISPIEL

Die 24-jährige Studentin mit Autismus stellte sich vor, da sie im Rahmen einer notwendigen medizinischen Vorstellung und dort erfolgter biografischer Anamneseerhebung bemerkt hatte, dass sie gar nichts über sich weiß und nur Erinnerungen an die letzten zwei Jahre hat. Sie sei tief erschüttert gewesen über diese Erkenntnis, die sie bis dahin verdrängt habe. In der folgenden krisenhaften Dekompensation sei eine Stimme in ihrem Kopf aufgetaucht und habe sich mit Namen vorgestellt, habe Dinge über die Vergangenheit erklärt und sie im Alltag unterstützt. Später sei es zu Wechseln gekommen. Dieser andere Persönlichkeitsanteil könne viele Dinge im Alltag nicht, die sie sonst konnte (kochen, für die Uni lernen, Klavier spielen), sei aber in emotional schwierigen Situationen eine gute Unterstützung. Nach und nach seien noch weitere Persönlichkeitsanteile aufgetaucht. Für die Zeiten, in denen die anderen Anteile aktiv waren, hatte die Patientin Amnesien.

Es existiert eine umfassende Dokumentation über die Vergangenheit der Patientin, da sie im Alter von sechs Monaten massiv verwahrlost aufgrund von Kindwohlgefährdung durch das Jugendamt aus der Familie genommen worden und in Heimen aufgewachsen ist. In den Berichten sind schwere Symptome und Verhaltensauffälligkeiten sowie Behandlungen in Kindheit und Jugend beschrieben, jedoch keine traumatischen Erlebnisse im Sinne des A-Kriteriums oder typische Symptome einer DIS.

Im Laufe der Therapie wurde deutlich, dass mit jeder erhöhten Anpassungsanforderung (z. B. Schulwechsel) gepaart mit einem Bindungsverlust (Wechsel der Bezugspersonen) ein Persönlichkeitswechsel stattgefunden hat, da Anteile Erinnerungen an spezifische biografische Lebensabschnitte hatten.

1.3 Diagnoseinstrumente

Vor jeder Vergabe einer Diagnose sollten die DIS und kPTBS mithilfe einer geeigneten Testung validiert werden. Im Folgenden werden die wichtigsten spezifischen Diagnoseinstrumente vorgestellt.

Als Standardinstrument gilt das *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised* (SKID-D-R) – in Deutsch: das strukturierte klinische Interview für DSM-IV. Dissoziative Störungen (SKID-D; vgl. Gast et al.

2000). Das Interview beansprucht bis zu 180 Minuten und ist damit aufwendig in der Durchführung. Es erfordert auch eine gewisse Erfahrung bei der durchführenden Person. Andererseits liefern die generierten Antworten auch schon wichtige Hinweise auf therapeutisch relevante Themen und Ansatzpunkte, besonders durch die Vertiefungsfragen am Ende des Interviews.

Ein weiteres, sehr umfängliches strukturiertes Interview ist das *Trauma and Dissociative Symptoms Interview* (TADS-I; vgl. Boon & Matthes 2015). Es benötigt noch mehr Zeit als das SKID-D, umfasst aber auch wichtige Fragen zur Vorgeschichte und zu Komorbiditäten. Außerdem enthält es Fragen, die eine Abgrenzung zu möglichen falsch-positiven Symptombeschreibungen erlauben. Eine umfassende Anleitung zur Diagnostik inklusive des überarbeiteten Manuals ist 2023 in Englisch erschienen (vgl. Boon 2023). Eine frühere Version existiert unter anderem in deutscher Übersetzung.

Ein sehr umfassender Selbstbeurteilungsbogen ist das *Multidimensional Inventory of Dissociation* (MID-D) von Dell (2006), in der deutschen Übersetzung von Gast et al. (2003): *Mehrdimensionales Inventar dissoziativer Symptome*

(MID-d).⁴ Das MID umfasst 218 Fragen und nimmt 30–90 Minuten in Anspruch.

Ein hilfreiches Screening-Instrument ist der *Somatoform Dissociation Questionnaire 20* (SDQ-20; vgl. Nijenhuis et al. 1996). Er besteht aus 20 Selbstbeurteilungsfragen, die Symptome somatoformer Dissoziation betreffen. Er ist auf der Website von Ellert Nijenhuis in zahlreichen Sprachen erhältlich.

Zur Diagnostik gehört regelhaft auch das Erfassen der kPTBS-Symptomatik. Dazu besonders geeignet ist der *International Trauma Questionnaire* (IST) von Cloitre et al. (2018) – deutsche Übersetzung von Lueger-Schuster, Knefel, Maecker (2015/2018/2021). Er umfasst 18 Fragen und ist in verschiedenen Sprachen im Internet frei erhältlich.⁵

Die Validität einer DIS- oder auch pDIS-Diagnose erhöht sich erfahrungsgemäß, umso mehr störungsbilderfahrene klinisch tätige Kolleg*innen diese Einschätzung teilen. Eine kritische Überprüfung mit neuen differentialdiagnostischen Überlegungen sollte erfolgen, wenn in einem erfahrenen therapeutischen Team oder durch verschiedene Behandlerpersonen Zweifel an der Einschätzung geäußert werden.

1.4 Modelle und Behandlungsansätze

1.4.1 Traumamodell

Die DIS wird entsprechend zahlreicher Studien im Zusammenhang mit schweren und frühen Traumatisierungen gesehen (vgl. Dalenberg et al. 2012; Gast et al. 2006). Bei Betroffenen von DIS und PTBS konnte häufig das Vorliegen von schwerem Kindesmissbrauch nachgewiesen werden (vgl. Chu et al. 1999). Durchschnittlich berichteten DIS-Betroffene laut Forschungsergebnissen, zu Beginn des Missbrauchs 4,5 Jahre alt gewesen zu sein (vgl. Schultz & Mitarbeiter 1989).

Nach Nijenhuis & Mattheß (2006) können folgende Belastungsfaktoren angenommen werden, die zur Ausbildung einer DIS führen:

- Extreme aversive kumulative Realtraumatisierungen (wie sexueller Missbrauch und frühe Erfahrungen von Gewalt jeglicher Art)
- Unzureichende psychische Fähigkeit, das Erlebte prätraumatisch, peritraumatisch und posttraumatisch zu integrieren
- Fehlende soziale Unterstützung, Deprivation in der Kindheit und Jugend beziehungsweise bei massiven Störungen im Bindungssystem

Neurobiologische Untersuchungen verweisen auf entsprechende Befunde bei Betroffenen: Frühe Gewalterfahrungen

können aufgrund einer veränderten Stressreaktivität lang anhaltende schädliche Auswirkungen auf die Neurobiologie haben. Mehrere Untersuchungen haben ein kleineres Hippocampus- und Amygdalavolumen bei DIS-Betroffenen festgestellt, was annehmbar auf die Exposition gegenüber Stresshormonen aufgrund vorangegangener Traumatisierung zurückzuführen ist (vgl. Bliharek et al. 2020). DIS-Patient*innen zeigen auch andere Auffälligkeiten in bestimmten Hirnregionen, die mit frühkindlicher Gewalterfahrung assoziiert waren (vgl. Reinders et al. 2017).

Entwicklungspsychologisch trifft die frühe Traumatisierung auf eine unreife beziehungsweise unausgereifte Psyche, die demzufolge nur eingeschränkt zur Bewältigung respektive zum *Coping* in der Lage ist. Die Erfahrungswelt von Kindern ist durch Exploration bestimmt. Notwendig für die Entwicklung eines rudimentären Selbst(konzepts) sowie eines ersten Weltbilds sind tragende Beziehungen zu den Bindungspersonen. Missbrauchserfahrungen in diesen kritischen Jahren können nur verarbeitet werden, wenn sie von der Bindungsperson gelöst und introjiziert werden (vgl. Peichl 2018). Dissoziative Prozesse haben hier nach vorherrschender Sichtweise die Funktion einer Abwehr, die die belastenden traumatischen und traumaassoziierten Inhalte aus dem Bewusstsein herauslösen soll (vgl. Wallis et al. 2023).

⁴ Zu finden unter <https://www.mid-assessment.com/> (letzter Aufruf: 02.07.2024).

⁵ www.traumameasuresglobal.com (letzter Aufruf: 02.07.2024).

Nicht alle Menschen mit schweren und frühen Gewalterfahrungen entwickeln jedoch eine DIS. Nach Kluft (1984) sind vier Faktoren zu ihrer Entstehung erforderlichlich:

- Fähigkeit zur Dissoziation
- Aversive Erfahrungen, die die nicht dissoziative Bewältigungskapazität des Kindes übersteigen
- Sekundäre Strukturierung der DIS-Persönlichkeits-

anteile mit individualisierten Charakterzügen wie Namen, Alter, Geschlecht

- Fehlen von Trost und Unterstützung, wodurch das Kind isoliert oder verlassen oder vor die Notwendigkeit gestellt ist, seinen eigenen Weg der Stressbewältigung zu finden

1.4.2 Modell der strukturellen Dissoziation

Ein spezifisches Dissoziationsmodell wurde vom niederländischen Forscher Ellert Nijenhuis entwickelt: das Modell der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (vgl. Nijenhuis 2018). Danach bringt der Mensch aktiv ein Selbst und eine Welt hervor, er »enagiert« diese. Dem Modell zufolge werden komplexe Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster im Gehirn durch sogenannte Aktionssysteme gesteuert. Im Alltag dienen diese der Erreichung bestimmter Ziele (z. B. Bindung, Fürsorge, Spiel), bei Gefahr und Bedrohung dienen sie dem Schutz des Organismus und sollen das Überleben sichern (z. B. Wut, Panik). Traumatische Erfahrungen können einen spezifischen Zerfall der Persönlichkeit bewirken. Die Spaltung findet statt zwischen diesen beiden Gruppen von Aktionssystemen und es resultieren Anteile, die weiter für die Funktionalität im Alltag zuständig sind (ANP), und solche, die die traumatische Erfahrung tragen (EP).

Es wird in diesem Modell zwischen der primären (entspricht der einfachen PTBS), der sekundären (entspricht z. B. der komplexen PTBS) und der tertiären Dissoziation der Persönlichkeit (entspricht der DIS) unterschieden (vgl. Van der Hart et al. 2008a). Dabei ist die DIS als eine Entwicklungsstörung anzusehen, die bereits in den frühen Lebensjahren ihren Ausgang nimmt.

Im Kindesalter sind die verschiedenen Aktionssysteme noch unvollständig vernetzt und integriert, insbesondere in der Zeit vor dem 6. Lebensjahr. Anhaltender und wiederholter traumatischer Stress in der frühen Kindheit kann deren Vernetzung und Integration zu einer Gesamtpersönlichkeit verhindern und dazu führen, dass sich aus den einzelnen Aktionssystemen unterschiedliche Selbstzustände beziehungsweise Persönlichkeitszustände entwickeln – wie dies bei der DIS der Fall ist.

In seinem fortgeführten Modell der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit unterscheidet Nijenhuis drei verschiedene Persönlichkeitszustände, die sogenannte Traumatrinität:

1. Alltagszustände, die – je nach betroffener Person – teilweise sehr gut im Alltag funktionieren und dabei eine große Phobie vor dem inneren Erleben aufweisen. Sie vermeiden, teilweise unter Einsatz dysfunktionaler Strategien, mit ihrem Innenleben in Kontakt zu kommen.
2. Fragile emotionale Persönlichkeitszustände, die traumatische Situationen wiedererleben und unter damit verbundenen Symptomen leiden.

3. Kontrollierende Persönlichkeitszustände, die das Verhalten der früheren Täter*innen introjiziert haben und die erlittene Gewalt und Misshandlung leugnen, rechtfertigen und reinszenieren.

Diese drei Persönlichkeitszustände befinden sich in einer anhaltenden inneren Traumadynamik von Ignoranz, Fragilität und Kontrolle und verursachen schwer aushaltbare innere Konflikte und Spannungszustände.

FALLBEISPIEL

In der stationären Traumatherapie öffnete sich die 46-jährige Patientin erstmals und berichtete von schwerer sexualisierter Gewalt ab dem 5. Lebensjahr durch den Bruder. Am Ende der Stunde war sie sehr erschöpft aber froh, endlich darüber gesprochen zu haben. Etwa eine Stunde später meldete sie sich in der Pflegezentrale mit einer schweren Selbstverletzung.

In der Analyse wurde deutlich, dass durch den Bericht vermehrt fragile Anteile aktiviert worden waren und damit eine Vielzahl von Erinnerungsfragmenten intrusiv in das Bewusstsein der Patientin einbrachen. Kontrollierende Anteile, die sich an alte Schweigegebote gebunden fühlten, drängten durch die Selbstverletzung die verletzten Anteile zurück und erreichten damit wieder mehr Kontroll- und Sicherheitsempfinden.

Um aus der Traumadynamik auszusteigen, ist es notwendig, dass der handelnde ANP lernt, die Botschaften der anderen Anteile wahrzunehmen. Typischerweise ignoriert er die anderen Anteile und will von ihnen nichts wissen. Die Fähigkeit des ANP, diese bewusst wahrzunehmen und auf sie zu achten, muss kleinschrittig aufgebaut werden, da jedes In-Kontakt-Kommen mit anderen Persönlichkeitsanteilen traumatisches Material aktivieren kann, welches reguliert und neu kontextualisiert werden muss, bevor ein geordneter Kontakt möglich ist. Die neue Kontextualisierung findet statt, indem eine Präsentifikation und Personifikation des jeweiligen Anteils erfolgt (vgl. Nijenhuis 2018).

Die Präsentifikation ist eine mentale Leistung, in der eine Erfahrung mit einer biografischen Situation verknüpft werden kann. Damit gelingt eine Orientierung auf der Zeitachse und eine Unterscheidung von Hier und Jetzt und Dort und Damals. Emotionale Anteile, die in Triggersituation aktiviert werden, wissen anfangs gar nicht, dass die trau-

matische Situation, die sie wiedererleben, vergangen ist und es inzwischen eine gänzlich veränderte Gegenwart gibt.

Personifikation wiederum ist eine mentale Leistung, in der eine Erfahrung mit der eigenen Person verknüpft wird. *Ich* fühle so, weil *ich* das erlebt habe. Emotionale Anteile, die in Triggersituationen aktiviert werden, sind häufig vollständig mit ihrem Traumaerleben identifiziert. Sie denken, sie seien ein »Monster« oder sie würden sterben oder sie seien selbst die Täterperson. Erst wenn eine Orientierung in der Gegenwart gelingt, können sie die vergangene Situation

als eine Erfahrung ansehen, die sie geprägt hat und die nicht ihr ganzes Sein definiert.

Ziel jeder therapeutischen Intervention ist die Überwindung der phobischen Ignoranz der gefürchteten beziehungsweise verachteten und vermiedenen mentalen Inhalte (vgl. ebd., S. 495). Die psychotherapeutische Arbeit ist nach diesem Modell wie ein Tanz zwischen Validieren und Konfrontieren anzusehen – mit *Pacing* (Schrittsteuerung), Einstimmung und *Timing* (Gespür für den richtigen Moment; vgl. ebd., S. 492).

1.4.3 Bindungsstörungsmodell

Nach der Bindungstheorie von Bowlby (1958) und Ainsworth (1985) ist das Bindungssystem ein genetisch verankertes motivationales System, das nach der Geburt zwischen dem Kind und seiner primären Bindungsperson aktiviert wird und dem Überleben dient. Dieses System beruht auf einem Wechsel zwischen der Bewegung des Kindes in einen Raum der Exploration der Umgebung, weg von der Mutter oder einer anderen primären Bindungsperson; und zurück zu ihr, wenn Bedürfnisse nach Nahrung, Trost, Sicherheit, Geborgenheit durch diese gestillt werden sollen. Je besser die Passung zwischen dem Kind und der Bindungsperson in dieser wechselnden Bewegung zwischen Autonomieentwicklung und Bedürfnisbefriedigung ist, je harmonischer und unkomplizierter der Wechsel erfolgt – zwischen Freiheitgeben auf der einen Seite und Sicherheitgeben auf der anderen Seite –, desto sicherer und stabiler ist die Bindung und desto größere Chancen auf eine gesunde Entwicklung hat das Kind.

Bindungsstörungen lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

1. unsicher-vermeidend
2. unsicher-ambivalent
3. desorganisiert

Kinder mit desorganisiertem Bindungsstil zeigen schon früh Anzeichen von Dissoziation, *Freeze* und Fragmentierung, wenn sie unter Stress mit ihren Bindungspersonen interagieren (vgl. Liotti 2004). Besonders häufig ist dies bei Kindern der Fall, deren Mütter selbst eine unbehandelte Traumafolgestörung haben (vgl. Lyons-Ruth et al. 1999). Desorganisiertes Bindungsverhalten bei einem Kind zeichnet sich in Stresssituationen aus durch Reaktionen von Desorientierung, Verwirrung, Einfrieren (*Freeze*) und Angst, teils mit stereotypen Verhaltensweisen, teils mit aggressiven Durchbrüchen (vgl. Brisch 2022). Dazwischen liegen Phasen scheinbar normalen Funktionierens.

Bindungstraumatisierungen in der frühen Kindheit können zu schweren Veränderungen in der Gehirnentwicklung und zu besonders schweren Traumafolgestörungen führen (vgl. Teicher et al. 2002). Betroffene von DIS im Rahmen einer schweren Traumafolgestörung haben in der Regel sehr früh sehr schwere Gewalt durch Bindungspersonen

erfahren. In den Anamnesen Betroffener finden sich frühe Bindungsabbrüche, Vernachlässigung, seelische und körperliche Gewalt sowie Missbrauch durch Bindungspersonen, häufig auch durch mehrere Bindungspersonen, etwa Familienmitglieder (vgl. Salter 2014a).

Kinder, die Gewalt durch Bindungspersonen erfahren haben, fühlen sich in der Regel schuldig an dem, was geschehen ist, oder sie glauben daran, selbst schlecht oder böse zu sein (vgl. Feiring et al. 2002). Da sie auf die Bindungsperson angewiesen sind, internalisieren sie deren Taten und attribuieren die negative Erfahrung auf sich selbst (»Es muss an mir liegen«). So bleibt die Bindung geschützt. Es resultiert eine pathologische Bindung an Täterpersonen, in der sich Betroffene auch im späteren Lebensalter immer wieder ausliefern und die früheren Verletzungen reinszenieren.

Allerdings können Kinder mit sehr desintegrierter Bindung bereits sehr früh ihre Erfahrungen nicht integrieren. Im Alltag sind sie in bestimmten Zuständen, in denen sie mit den Bindungspersonen in deren Alltagszustand in Kontakt sind: Wenn sie Gewalt erleben, sind sie in Zuständen, in denen sie die Bindungsperson als Täter*in erleben. Und in Zuständen, in denen sie sich als Überlebensstrategie mit den Täter*innen identifizieren, erleben sie die Macht und Überlegenheit derer und fühlen sich ihnen darüber nahe. Die DIS kann daher auch als Ausdruck eines Systems desorganisierter Bindung angesehen werden, in welchem die unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile sehr unterschiedliche Bindungserfahrungen internalisiert haben und entsprechend unterschiedliches Bindungsverhalten zeigen respektive unterschiedliche Bindungserwartungen haben.

FALLBEISPIEL

Die 38-jährige Patientin wurde im Kindesalter von verschiedenen Familienmitgliedern missbraucht. Gleichzeitig fühlte sie sich permanent schuldig und für das Wohlergehen der Familie verantwortlich. Vor Familientreffen litt sie an heftigen Symptomen und Ängsten. Um aber »niemanden zu enttäuschen« und um »eine gute Tochter zu sein«, begab sie sich trotzdem zu den Treffen. Nach kurzer Zeit gab es einen Wechsel und sie feierte

mit ebendiesen Familienmitgliedern und trank exzessiv Alkohol. Später am Abend lieferte sie sich wiederum in

einem anderen Zustand dem älteren Bruder zum Missbrauch aus.

1.4.4 Neurophysiologische Modelle

Dissoziation wird neurophysiologisch als eine Reaktionsweise des Organismus auf extremen Stress angesehen, die das Überleben sichert (vgl. Lanius et al. 2012). Während bei manchen Menschen nach einer traumatischen Erfahrung vor allem Übererregungsreaktionen im Vordergrund stehen wie Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Nervosität, Unruhe, liegen bei anderen eher dissoziative Phänomene vor wie Entfremdungserleben, Analgesie, emotionale Betäubung.

Anhand der vorherrschenden Reaktionen lassen sich auch bei Betroffenen von komplexen Traumastörungen klinisch zwei Subtypen beobachten. Manche Betroffene weisen die typischen Übererregungssymptome der PTBS auf (Typ 1 – Aufruhr), bei anderen überwiegt eine ausgeprägte Dissoziativität (Typ 2 – *Shutdown*) – entsprechend dem dissoziativen Subtyp der kPTBS nach DSM-IV (vgl. Beutler et al. 2022).

Das *Shutdown*-Modell (vgl. Schauer & Elbert 2010) ordnet die möglichen Reaktionen ein, in dem es anhand von sechs verschiedenen Phasen während einer Bedrohungssituation verschiedene Schutzmechanismen des Organismus beschreibt: Nach einer anfänglichen ersten Orientierungsreaktion (*Freeze*) bereitet sich der bedrohte Körper auf die Flucht (*Flight*) und dann auf den Angriff (*Fight*) vor. Gelingt

es mit beiden letzteren Reaktionen nicht, die Bedrohung zu beseitigen, geht der Körper in einen Zustand tonischer Unbeweglichkeit beziehungsweise Angststarre (*Fright*) und Abschaltung mit Immobilisierung (*Flag*) über, der bis zur Bewusstlosigkeit aufgrund starken Ekels als vasovagale Synkope (*Faint*) führen kann, wenn der Körper vor Bedrohung und Angreifer*in kapituliert. Während die ersten drei Phasen – *Freeze*, *Flight* und *Fight* – mit einer erhöhten Sympathikusaktivität einhergehen, sind die letzten drei Phasen – *Fright*, *Flag* und *Faint* – parasympathikusgesteuert.

Die Polyvagaltheorie (vgl. Porges 2010) ergänzt dieses Modell, indem es den dorsalen Vagusast mit den dissoziativen Stressreaktionen in Verbindung bringt. Eine Aktivierung dieses Astes geht mit einer Immobilisierung und einem Herunterfahren des vegetativen Nervensystems (reduzierter Herzschlag, reduzierte Atmung) einher. Diese Erstarrung hat die Aufgabe, das Überleben zu sichern und weitere Verletzungen zu minimieren.

Die Symptombildungen bei komplex traumatisierten Menschen werden dadurch bestimmt, welche Schutzreaktion bei ihnen dominiert. Bei Betroffenen von DIS liegen verschiedene Schutzreaktionen bei verschiedenen Persönlichkeitsanteilen vor; zudem sind sie häufig parallel aktiviert (siehe Modul 1, S. 100–104).

1.4.5 Ergänzende Perspektiven aus anderen Ansätzen

Kognitiv-behavioraler Ansatz

Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass die kognitive Entwicklung der Betroffenen durch den früh erlebten Missbrauch, die Gewalt und die Vernachlässigung deutlich beeinträchtigt wurde (vgl. Fine 2006). Dabei haben unterschiedliche Anteile unterschiedliche und widersprüchliche Überzeugungen (vgl. Dorahy 2001). Es finden sich entsprechend bei allen Persönlichkeitsanteilen kognitive Verzerrungen und Lücken, die sich durch alle Lebensbereiche ziehen und die sich gegenseitig stützen und verstärken. Entsprechend notwendig ist die Modifikation der dysfunktionalen Kognitionen der unterschiedlichen Anteile, hin zu einer ziel- und gegenwartsorientierten gemeinsamen Sicht und Einschätzung bezüglich der eigenen Person, anderer Menschen und der äußeren Lebenswelt.

FALLBEISPIEL

Die 33-jährige Patientin verletzte sich immer wieder schwer. In einem Persönlichkeitszustand war sie überzeugt, Strafe, Schmerzen und Gewalt verdient zu haben. In einem anderen Persönlichkeitszustand schämte sie

sich für die Wunden und Narben, da sie sie als Zeichen dafür wertete, nicht »normal« zu sein.

Im Zuge der Therapie konnte eine gemeinsame neue Perspektive gefunden werden, in welcher die Anteile das selbstverletzende Verhalten gemeinsam verstehen lernen als eine Strategie, die vor überwältigenden intrusiven Erfahrungen geschützt und sich aus einer Not heraus entwickelt hat. Mithilfe dieser neuen Perspektive, die beide Anteile teilten, konnte die Patientin lernen, auf Selbstverletzungen zu verzichten.

Psychodynamisch-imaginativer Ansatz

Bei diesem Ansatz stellen die Persönlichkeitszustände bereits kreative Lösungsansätze für das erlittene Leid dar. Innere Bilder, die häufig mit dem traumatischen Erleben verbunden sind, können therapeutischerseits durch den Einsatz von Imaginationsübungen aufgegriffen und positiv verändert werden. Mithilfe der Imaginationsübungen lernen Betroffene, sich in den verschiedenen Persönlichkeitszuständen zu beruhigen. So können sie nach und nach

orientiert werden auf Realanforderungen und eingebunden werden in funktionalere Lösungsstrategien (vgl. Reddemann 2006).

Die bekanntesten imaginativen Übungen aus der psychoimaginativen Traumatherapie (PITT) umfassen vornehmlich folgende Themen (vgl. Reddemann 2022):

- Bilder von Sicherheit und Geborgenheit (z. B. sicherer Ort)
- Bilder von innerer Hilfe und Unterstützung (z. B. innere Helfer*innen)
- Bilder von Distanz zu belastendem Material (z. B. Trezorübung)
- Bilder von körperlichem Wohlbefinden (z. B. Lichtstromübung)

Über die positiven, beruhigenden Bilder kann innerer Stress reguliert und ein Körper-*State* erreicht werden, in dem eine Ressource (z. B. Sicherheit, Halt, Kontrolle) fühlbarer und erfahrbarer ist.

FALLBEISPIEL

Die 27-jährige Patientin kam in Behandlung, da sie im Kontakt mit ihren kleinen Kindern Kontrollverluste erlebt hatte mit starken destruktiven und gewaltvollen Impulsen, die sie nicht zu sich gehörig empfand und die sie sehr ängstigten. Sie reagierte auf diese Impulse, indem sie sich im Bad einschloss, um die Kinder vor sich zu schützen. In der Therapie ließ sich mit diesen Impulsen ein täteridentifizierter Anteil in Zusammenhang bringen. Die Patientin assoziierte diesen spontan mit dem Bild eines Wolfes. In der Therapie wurde gemeinsam geprüft, was der Anteil – der Wolf – brauchte. Es entstand das innere Bild eines weiten und ressourcenreichen Geheges. Die Patientin lernte, den Anteil imaginativ an diesen Ort zu bringen, um in Triggersituationen die Kontrolle zu behalten.

Systemischer Ansatz

Beim systemischen Ansatz geht es darum, Interaktionen und Beziehungsmuster zwischen den Mitgliedern eines sozialen Systems zu verändern, dysfunktionale Interaktions-

muster aufzulösen und hilfreiche Interaktionsweisen zu etablieren (vgl. Meadows & Wright 2008). Diese Systeme können auch Aspekte des inneren Selbst repräsentieren, etwa in Form eines »Inneren Teams« (Schulz von Thun 1998).

Die *Ego-State*-Therapie überträgt dieses Modell auch auf die DIS: Die verschiedenen Persönlichkeitsanteile interagieren häufig auf eine starre und konflikthafte Art und Weise miteinander, in der traumatisches Erleben reinszeniert und perpetuiert wird (vgl. Peichl 2018). Ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Arbeit bei DIS besteht nach diesem Ansatz darin, die inneren Konflikte systemisch zu verstehen und aufzulösen und den Persönlichkeitsanteilen zu helfen, zu mehr Kommunikation und Kooperation zu finden. Dabei hat jeder Anteil seine eigene spezifische Lernaufgabe, die es herauszuarbeiten gilt (vgl. Rudolph 2019).

FALLBEISPIEL

Die 27-jährige Patientin war phasenweise sehr funktional und zuverlässig. In variierenden Abständen kam es jedoch zu Wechseln des Persönlichkeitszustands auf dem Weg zur Arbeit, was dazu führte, dass die Patientin nicht bei der Arbeit erschien. Stattdessen spazierte sie in einem anderen Persönlichkeitszustand stundenlang durch die Stadt.

In der Analyse dieser Fugue-Episoden wurde deutlich, dass sich die Patientin regelmäßig im Vorfeld selbst überforderte, indem sie Aufgaben von Kolleginnen übernahm und Überstunden machte. Der Anteil, der während der Fugue unterwegs war, war darüber voller Ärger und Wut und sorgte auf seine Weise dafür, dass quasi wieder ein Gleichgewicht der Belastung hergestellt wurde.

Der Konflikt zwischen den Anteilen (Wunsch nach Anpassung und sozialer Akzeptanz versus Wunsch nach Selbstbestimmung) konnte herausgearbeitet werden. Indem die Patientin im Alltagszustand mehr Durchsetzungsstrategien entwickelte und auf eine gerechtere Aufgabenverteilung am Arbeitsplatz achtete, konnte sich der wütende Persönlichkeitsanteil mehr entspannen und die Fugue-Episoden konnten reduziert werden.

1.5 Diskurs

1.5.1 Konkurrierende Störungsmodelle

Neben Vertreter*innen des traumaorientierten Modells der DIS gibt es Forscher*innen, die davon ausgehen, dass die Erkrankung nicht genuin existiert, sondern dass die Symptomatik auf einer gesellschaftlichen Konstruktion beruht beziehungsweise ein Produkt der Fantasie ist (siehe Kapitel 1.1, S. 13–15). Dieses sogenannte Soziokognitive Modell (SKM) oder auch Fantasy Model (FM) postuliert, dass es sich bei

den Betroffenen um hoch suggestible Personen handele, die nach Aufmerksamkeit suchen; und dass das gezielte Nachfragen von Behandlerpersonen zur iatrogenen Ausbildung von Teilpersönlichkeiten führe – dies in Widerspruch zu Studien, die zeigen, dass spezifische Eigenheiten der DIS nicht durch Schauspieler*innen simuliert werden können (vgl. Strouza et al. 2023).

Als Argument für das SKM wird unter anderem die zunehmende Anzahl der diagnostizierten Fälle seit den 1990er Jahren benannt (vgl. Freyberger & Gast 2007). Teilweise folgen auf Veröffentlichungen, die die DIS als eigenständiges Störungsbild und als schwere Traumafolgestörung ansehen (vgl. Dalenberg et al. 2012), Publikationen, die wiederum die Gegenposition unterstützen (vgl. Lynn et al. 2014).

Die bereits in Kapitel 1.1 erwähnte False-Memory-Bewegung kann als Vorreiterin für das SKM angesehen werden; in den 1990er Jahren in Amerika entstanden, wendet sich die Organisation inzwischen auch in verschiedenen europäischen Ländern an Menschen mit traumatischen Kindheitserinnerungen und weist darauf hin, dass die Erinnerungen eingeredet sein könnten. Ein gängiges Argument lautet: »Menschen, die in der Kindheit ein traumatisches Ereignis erlebt haben, erinnern sich in der Regel daran.« Autor*innen, die diese Sichtweise vertreten, halten es sogar

für ausgeschlossen, dass Menschen für traumatische Erinnerungen amnestisch sein können (vgl. Otgaar et al. 2019). Im Gegenzug verweisen andere Autor*innen darauf, dass diese Argumentation auf unklaren und ungesicherten Grundannahmen beruhe (vgl. Brewin 2021). Es liegen außerdem Studien vor, die dissoziative Amnesie nach Missbrauchserlebnissen nachweisen (vgl. Van der Kolk & Van der Hart 1991; Brière & Conte 1996).

Nach klinischer Erfahrung können sich Betroffene durchaus an die erlittene Gewalt erinnern, dies aber nur in fragmentierter Form in bestimmten Persönlichkeitszuständen, die häufig unter schweren PTBS-Symptomen leiden. Die Erinnerung kann in diesen Zuständen nicht oder nur eingeschränkt kontextualisiert werden, das heißt, Informationen über Zeit, Ort etc. sind nicht gleichzeitig abrufbar. In anderen Zuständen bestehen teilweise oder vollständige Amnesien in Bezug auf die Gewalterfahrungen.

1.5.2 DIS und organisierte Gewalt

Der Diskurs über die Störung wird des Weiteren erschwert, wenn es um den Hintergrund schwerer organisierter Gewalt mancher Betroffener geht. So wird seit Jahrzehnten im Zusammenhang mit organisierter Gewalt auf Kritikerseite von »satanic panic« oder von Verschwörungstheorien gesprochen, auch hier wird von einer soziokulturellen Mythenbildung ausgegangen (siehe Kapitel 1.1). Zuletzt ist das Phänomen der sogenannten organisierten rituellen Gewalt in den Fokus dieser Kritiker*innen gerückt.

Andererseits kann die ubiquitär verbreitete sexualisierte Gewalt an Kindern inzwischen als traurige Tatsache angesehen werden. Neben den anerkannten Phänomenen von häuslicher Gewalt und institutioneller Gewalt in Kirchen, Internaten, Sportvereinen gibt es inzwischen auch Polizei- (vgl. BKA 2021) und Medienberichte zu organisierter Gewalt. Darin wird von großen Täternetzwerken zur Produktion und Verbreitung von Kinderpornografie, Straftaten im Sektenmilieu oder von Folterritualen in mafiösen Netzwerken berichtet. Ebenso gibt es auch in der Forschung Veröffentlichungen zu organisierten Täternetzwerken, in

denen systematisch Gewalt ausgeübt wird (vgl. Salter 2014a, 2019; Nick et al. 2019; Salter & Woodlock 2023; Gerke et al. 2024). Wie allerdings die Zusammenhänge zwischen den objektivierbaren Fakten einerseits und den Berichten Betroffener andererseits beschaffen sind, liegt noch weitgehend im Dunkeln. Dies mag auch daran liegen, dass es eine große Unschärfe rund um die Begrifflichkeit »organisierte rituelle Gewalt« gibt (vgl. ebd.).

Mit dem Bekanntwerden von zahlreichen Fällen von Kindesmissbrauch in kirchlichen Institutionen gründete sich in Deutschland die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs der Bundesregierung. Bei dieser Kommission meldeten sich auch zahlreiche Betroffene von organisierter Gewalt zu Wort, die insofern Validierung erfuhren, als seither aus der Sichtung der Berichte mehrere Aktivitäten und Unterstützungsprojekte für Betroffene hervorgingen. Es entstanden unter anderem das Wissensportal von N.I.N.A. e.V. und das Berta-Telefon, wofür Hilfsangebote und Informationen koordiniert werden.

2 Psychosoziale äußere Stressoren von Betroffenen

2.1 Einschränkungen in der Lebensgestaltung

Viele Menschen, die in der Kindheit Traumatisierungen ausgesetzt waren, verfügen über einen sehr engen finanziellen Rahmen und haben entsprechende Einschränkungen in der Gestaltung ihres Wohnraums und ihrer Freizeit (vgl. Felitti 2002). Häufig besteht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit oder eine Erwerbsminderung. In einer demografischen Untersuchung von ambulant behandelten DIS-Betroffenen waren nur 17 Prozent berufstätig (vgl. Fedai & Asoglu 2021). In einer anderen Studie, die an sehr jungen DIS-Betroffenen (18–30 J.) durchgeführt wurde, waren 33 Prozent arbeitslos und all jene, die noch in Ausbildung waren, gaben Probleme damit an (vgl. Dar & Bhat 2024).

Fast alle Betroffenen von Kindesmissbrauch leiden als Erwachsene an schweren Schlafstörungen und Problemen in Bezug auf die Selbstfürsorge, ihre Erholungsfähigkeit ist stark eingeschränkt. Sie weisen auch deutlich erhöhte Risiken für gesundheitliche Einschränkungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs, auf (vgl. Bruening et al. 2019).

Manche DIS- oder Trauma-Betroffene haben zwar phasenweise ein außerordentlich hohes Funktionsniveau, dekomensieren aber regelmäßig mit schweren und schwerten Krisensituationen, in denen es zu Kontrollverlusten mit Symptombildungen und Dekompensationen kommt. In diesen Phasen verletzen sie sich beispielsweise schwer, ziehen sich komplett zurück oder müssen in die Psychiatrie eingeliefert werden. Dies geht mit Zeiten der Arbeitsunfähigkeit einher, die bei fehlender Behandlung immer häufiger werden, bis die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. Die Schwankungen im Funktionsniveau erschweren Planungen und die Verfolgung langfristiger Ziele.

FALLBEISPIEL

Die 32-jährige Patientin hatte bereits in der Schulzeit große Probleme. Mehrfach waren ihr Sanktionen wegen aggressiven Verhaltens auferlegt worden, zweimal war

sie sitzengeblieben. Die Noten hatten extrem geschwankt, ihr war immer wieder gesagt worden, dass sie eigentlich eine gute Schülerin sein könnte. Eine ADHS-Diagnose wurde gestellt, die Medikation hatte jedoch nur wenig Stabilisierung erbracht.

Nach der Schule begann sie ein Studium in einem kreativen Bereich. Neun Monate vor den Abschlussprüfungen dekomensierte sie nach einer Trennungssituation mit PTBS- und dissoziativen Symptomen. In diesem anderen Persönlichkeitszustand konnte sie sich im Alltag nicht mehr versorgen, war suizidal. Sie konnte ihre Arbeit an der Diplomarbeit nicht fortsetzen, da sie keinen Zugriff mehr auf die dazu notwendigen Fähigkeiten hatte. Über einen Sozialdienst erhielt sie schließlich Pflegestufe 3. Eine Woche vor der Abschlussprüfung gab es einen Wechsel zurück in den Persönlichkeitszustand, in dem sie zuvor studiert hatte. Auf Sonderantrag durfte sie ihre Prüfung absolvieren und erhielt eine sehr gute Note. Danach nahm sie eine leitende Position in ihrem Bereich ein. Auch dort hatte sie immer wieder Phasen, in denen sie die Tätigkeit aufgrund fehlender Kenntnisse und Fertigkeiten pausieren musste. Um dennoch ihre Aufträge erledigen zu können, arbeitete sie in den funktionierenden Persönlichkeitszuständen oft tagelang durch, ohne zu schlafen, um dann für mehrere Tage zusammenzubrechen.

Andere Betroffene haben ein deutlich geringeres Funktionsniveau und Probleme in allen Lebensbereichen. Sie ernähren sich insuffizient, leiden an Schmerzen, haben zahlreiche Ängste und benötigen Hilfe in vielen Alltagssituationen. Selbst wenn diese Hilfe vorhanden ist – was oft nicht der Fall ist –, beschränkt sich ihr Leben auf einen sehr kleinen Radius. Diese Betroffenen sind teilweise gar nicht erst in der Arbeitswelt angekommen oder sie sind erwerbsunfähig geworden. Eine Alltagsstruktur ist bei ihnen oft nur unzureichend vorhanden.

2.2 Isolation

Aufgrund der zahlreichen Beschwerden (Ängste, unkontrollierte Verhaltensweisen, innere Ambivalenzen etc.) und Beziehungsprobleme sind viele Betroffene isoliert und können am sozialen und beruflichen Leben nicht oder nur ein-

geschränkt teilhaben (vgl. Becker et al. 2019). Zwischenmenschliche Beziehungen werden zudem belastet durch chronische Schuld- und Schamgefühle, unter denen traumatisierte Menschen oftmals leiden (vgl. Dorahy 2010).

Häufig vermeiden Betroffene daher intime Beziehungen und Partnerschaften. Aber auch diejenigen, die berufstätig sind und sich in Partnerschaften befinden, verheimlichen ihre Symptome häufig aufgrund dieser quälenden Schuld- und Schamgefühle gegenüber den Bezugspersonen und gehen entsprechend nur oberflächliche Bindungen ein. Durch die Einschränkungen im Erwerbsleben und die dadurch bedingten eingeschränkten finanziellen Ressourcen haben die Betroffenen zudem wenig Spielräume für Hobbys und andere Freizeitaktivitäten, was sie zusätzlich isoliert.

Die DIS-Diagnose ist nicht nur umstritten (siehe Kapitel 1.5.1, S. 24–25), sie geht auch mit einer sozialen Stigmatisierung einher (Reisinger & Gleaves 2022). Fehlbehandlungen, ausbleibende Anerkennung des Störungsbildes und Invalidierung in verschiedenen Kontexten verstärken den sozialen Rückzug. In der Regel dauert es zudem viele Jahre, bevor die Diagnose korrekt gestellt wird und eine adäquate Behandlung erfolgt (vgl. Brand et al. 2016). Eine spezifische ambulante Behandlung ist häufig unzureichend verfügbar und die Wartezeit auf einen stationären Therapieplatz ist ebenfalls meist sehr lang, was zu Chronifizierungen führt.

2.3 Schädliche Kontakte im Alltag

Wie bei vielen komplex traumatisierten Menschen besteht auch bei Betroffenen von DIS und pDIS eine sehr hohe Reviktimisierungsgefahr (vgl. Wöller 2005). Sie neigen also auch im späteren Lebensalter dazu, sich erneut in Gewalt- und Missbrauchsbeziehungen zu begeben. Gleichzeitig befinden sich viele Betroffene auch im Erwachsenenalter noch in pathologischen Abhängigkeitsbeziehungen zu früheren Bindungspersonen, von denen weiterhin Gewalt ausgeht. Häufig werden missbräuchliche und gewalttätige Partnerschaften eingegangen oder Betroffene halten sich in gefährlichen Milieus auf, suchen sich – häufig in anderen Persönlichkeitszuständen – Partner*innen über unsichere Sexplattformen oder prostituieren sich.

Manche Betroffene berichten (wie bereits in Kapitel 1.5.2, S. 25, ausgeführt), schon im Kindesalter in organisierten Gewaltstrukturen traumatisiert worden zu sein. Im Laufe der Therapie kann ein Verdacht entstehen, dass sie auch im Erwachsenenalter weiterhin Gewalt und Bedrohung erfahren (vgl. Sack et al. 2022). Manche Betroffene berichten von Glaubenszirkeln oder von ideologischen Gruppierungen, in denen Gewalt als Untermauerung von Machtansprüchen oder zur Machtdemonstration ausgeübt wird. Häufig berichten diese Betroffenen von Erfahrungen im Bereich Kinderprostitution und Kinderpornografie (vgl. Salter 2014b).

MERKE

In den allermeisten Fällen wird unklar bleiben, welche Berichte Betroffener auf tatsächlichen biografischen Erlebnissen beruhen und welche sich aus Ängsten, Fantasien oder auch aus Vermischungen von intrusiven Bildern mit anderen Erlebnissen speisen. Die therapeutische Grundhaltung sollte immer die eines kritischen Glaubens und wohlwollenden Zweifelns sein. Die Betroffenen sollten in der therapeutischen Beziehung den Raum finden, ihre eigenen Wahrheiten zu entwickeln, und sich immer mehr danach zu verhalten. Suggestive Fragen oder vorschnelle Interpretationen sollten therapeutischerseits unbedingt unterlassen werden (siehe Kapitel 5.1, S. 39–50).

Nimmt man jedoch die innere Wahrheit der Betroffenen über eine aktuelle Bedrohungslage ernst und gleicht sie immer wieder mit überprüfbaren Tatsachen ab, können konkrete Schritte zur Verbesserung der äußeren Sicherheitslage abgeleitet werden. Mit den Betroffenen kann dahingehend gearbeitet werden, mehr Widerstandsfähigkeit gegenüber auslösenden Triggern aufzubauen und Zeitlücken abzubauen. Berichtetes wird dann häufig immer konkreter und kohärenter. Die Funktionalität der Betroffenen steigt in dem Maße, wie Bedrohungssituationen nach ihren Schilderungen abnehmen. Und auch schwere dissoziative und posttraumatische Symptome sowie selbstschädigende Verhaltensweisen können dabei deutlich abnehmen.

3 Spezifische Herausforderungen in der Arbeit mit Betroffenen von DIS und PTBS

3.1 Zur Vielzahl der Themen

Neben den beschriebenen psychosozialen Stressoren ergeben sich aus der schweren Symptomatik Betroffener zusätzlich zahlreiche Alltagsschwierigkeiten. Wie bei anderen Betroffenen von schwerem Kindesmissbrauch können bei ihnen Probleme in allen Lebensbereichen auftreten. Dazu gehören Probleme im Bereich von Sexualität, Intimität, Beziehungen insgesamt, Eheprobleme, familiäre Probleme, Probleme mit Schwangerschaft und Geburt, Probleme in Bezug auf Schlafen und Essen, schulische und berufliche Probleme sowie gesundheitliche Probleme (vgl. Zimmermann et al. 2010).

Der Komplexität dieser Alltagsprobleme entspricht außerdem eine komplexe innere Welt mit den traumatisierten Persönlichkeitsanteilen, die unter den Traumaerinnerungen leiden und Träger zahlreicher traumaassoziierter Symptome sind. Aus den für die DIS typischen Konflikten zwischen den Persönlichkeitszuständen beziehungsweise Persönlichkeitsanteilen ergeben sich massive Ambivalenzen und Spannungszustände, die die Betroffenen entsprechend ihrer defizitären Lernerfahrungen nur mit dysfunktionalen und selbstschädigenden Strategien bewältigen können. Dazu gehören auch wiederholte Suizidversuche

und schwere Selbstverletzungen (vgl. Gast & Wirtz 2022). Zusätzlich bestehen teils schwerwiegende und komplexe Komorbiditäten, die ihrerseits vielfach zu akuten Dekompensationen führen. Bei den allermeisten Betroffenen von DIS und PTBS finden sich weitere psychische Störungen (siehe Kapitel 1.2.5, S. 17). Auch schwere somatoforme Begleitsymptome sind sehr häufig, teilweise gehen sie mit schweren funktionalen Störungen, teilweise mit schweren Schmerzsyndromen einher (vgl. ebd., S. 43).

Durch diese Vielzahl von Problemen kann es für Behandelnde schwierig sein, mit den Betroffenen konsequent an Themen zu arbeiten. Stattdessen kann die Therapie einem »Feuerlöschen« von immer neu auftretenden Brandherden ähneln. Für eine gelingende Behandlung sollte der rote Faden, das zentrale Thema der Sicherheit, konsequent verfolgt werden, was sowohl die äußere Lebenssituation als auch die innere Lebenswelt der Betroffenen umfasst (siehe Kapitel 5.1.2, S. 41). Dabei geht es um den Aufbau von mehr Autonomie und Selbststeuerung in Beziehungen und hinsichtlich der eigenen Lebenssituation, aber auch um den Aufbau von funktionalen Selbstregulationsfähigkeiten und Symptommanagementkompetenzen.

3.2 Zur Diskontinuität des Bindungsverhaltens Betroffener – Umgang mit Wechseln in andere Persönlichkeitszustände

Im Rahmen der vielen Bindungstraumatisierungen, die Betroffene in ihren gefährlichen und unvorhersehbaren Lebenskontexten erfahren mussten, haben sich je nach Persönlichkeitsanteil unterschiedliche Bindungsstile getrennt voneinander entwickelt (siehe Kapitel 1.4.3, S. 22–23). Die DIS kann auch als Ausdruck eines fragmentierten Bindungssystems angesehen werden. Jeder Anteil weist ein eigenes Bindungsverhalten und ein eigenes Bindungsmuster auf. Je ausgeprägter und dysfunktionaler und je stärker diskrepanz diese Bindungsmuster sind, desto größer ist die therapeutische Herausforderung in der Arbeit mit den Betroffenen (vgl. Gysi 2021, S. 175).

Typischerweise berichten Betroffene von extrem widersprüchlichen Erfahrungen mit ihren Bindungspersonen. Beispielsweise beschreiben sie zwei Gesichter ihrer Her-

kunftsfamilie: Nach außen wird eine funktionierende und angepasste Fassade präsentiert, innen herrscht ein despotischer Stil mit Unterdrückung, Einschüchterung und Gewalt (vgl. Kluft 1984). Solchermaßen getrennte Wirklichkeiten können traumatisch bedingte Spaltungsprozesse noch verstärken. Sehr eindrucksvoll beschrieben ist dies in Marilyn Van Derburs Buch *Tagkind – Nachtkind* (2019). Die ehemalige amerikanische Schönheitskönigin wurde jahrelang von ihrem Vater schwer missbraucht, während sie nach außen die Rolle der Vorzeigetochter aus einer perfekten Familie spielte. Im Spannungsfeld dieser vollkommen widersprüchlichen Lebenswelten entwickelte sie zwei Persönlichkeitsanteile, die dissoziativ voneinander getrennt waren.

Viele Betroffene berichten auch von Manipulationen im

Zusammenhang mit Gewalt durch Bindungspersonen. So geben sie an, dass die Täterpersonen, die sie eben noch mit teils schwerer Gewalt zu sexuellen Handlungen gezwungen hatten, kurz danach voller Zuwendung und Lob waren, den Betroffenen Geschenke oder Belohnungen gaben und über diese Strategie mehr Abhängigkeit erzeugten (vgl. Zimmermann et al. 2010). Aufgrund der konträren Botschaften, die durch die Betroffenen internalisiert werden, können solche Wechsel zwischen Bedrohung, Gewalt und Aufwertung Spaltungsprozesse noch verstärken.

Entsprechend der Spaltung auf Bindungsebene bei Betroffenen von DIS und Trauma ist die therapeutische Beziehung ebenfalls verschiedensten Bindungserwartungen ausgesetzt. Schon in der ersten therapeutischen Interaktion werden häufig starke und auch widersprüchliche Übertragungsreaktionen wie Idealisierung, Abwertung und Ängste bei Betroffenen aktiviert (vgl. Chu 2008). Mit vielen DIS-Betroffenen ist dennoch zunächst ein sehr gutes therapeutisches Bündnis herstellbar, in welchem ein stringentes, konstruktives Arbeiten möglich ist. Dieses funktionale therapeutische Verhältnis erfährt einen abrupten Abbruch, wenn es zu Switchen in fragile oder kontrollierende Persönlichkeitszustände kommt. In diesen Zuständen können die Betroffenen manipulativ, grenzüberschreitend, klammernd, feindselig, unterwürfig agieren.

FALLBEISPIEL

Die 33-jährige Patientin war schon mehrfach in stationärer Behandlung und dort in verschiedene Konflikte verstrickt. Diese betrafen sowohl Mitpatientinnen als auch das therapeutische Team. In unterschiedlichen Ich-Zuständen verhielt sich die Patientin zu den Konflikten unterschiedlich. Ein Beschützeranteil kritisierte sehr scharf und vorwurfsvoll, welche Fehler die Konfliktpersonen gemacht hätten. Ein erwachsener Alltagsanteil zeigte sich hilflos und verzweifelt. Ein kindlicher Alltagsanteil lenkte ein und validierte die Perspektive der anderen. Ein weiterer erwachsener Anteil reagierte wütend auf Klärungsangebote, weil er das Gefühl hatte, sich unterwerfen zu müssen.

Behandlerpersonen sind dann herausgefordert, empathisch auf diese veränderten Bindungsangebote einzugehen und ihre Körperhaltung, ihre Sprache und ihre Aufmerksamkeit entsprechend anzupassen (siehe Kapitel 5.1.3, S. 41–43). Gleichzeitig müssen sie in Kontakt bleiben mit dem funktionalen Modus, aus dem heraus der Gesprächsfaden unterbrochen wurde. In der Interaktion mit dem augenblicklich aktivierten Persönlichkeitsanteil müssen sie weiterhin das zuvor besprochene Thema im Blick behalten. Jeder Switch sollte möglichst hinsichtlich der Inhalte, die zuvor besprochen wurden, verstanden und eingeordnet werden; ebenso die Beziehungsbotschaften in den veränderten Persönlichkeitszuständen. Diese multifokale Aufmerksamkeit – für den aktuell aktivierten Persönlichkeitsanteil und sein Erleben, für den Auslöser des Switches, für das zuvor verfolgte Thema und die innere Ambivalenz zwischen den beiden Persönlichkeitsanteilen – zu erbringen, verlangt therapeutischerseits eine hohe Wachheit und Involviertheit (siehe Kapitel 5.1.1, S. 39–41).

Es gibt DIS-Betroffene, die auch in Alltagszuständen ein problematisches Bindungsverhalten zeigen. In diesem Fall kann zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung als Komorbidität vorliegen. Es kann sich aber auch um ein Verhalten eines Persönlichkeitsanteils handeln, das sich als Überlebensstrategie im Erwachsenenalter entwickelt hat. Manche Betroffene sind beispielsweise im Alltagszustand misstrauisch, zurückhaltend und kontrollierend im Kontakt, da sie viele negative therapeutische Erfahrungen gemacht haben. Andere sind übermäßig zugewandt, betonen die Wichtigkeit der Behandlerperson, machen Geschenke oder andere Sympathiebekundungen, um die Bindung zu erhalten. Wieder andere verhalten sich fordernd und vorwurfsvoll, da sie glauben, dass ihnen sonst keine Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Behandlerpersonen sind in jedem Fall herausgefordert, ein stabiles und authentisches Gegenüber für alle Bindungsangebote und -erwartungen zu sein (siehe Kapitel 5.1.1) und Betroffene darin zu unterstützen, diese immer mehr zu integrieren. Dazu bedarf es eines geeigneten therapeutischen Rahmens, der destruktives Verhalten konsequent begrenzt und konstruktives Verhalten konsequent fördert (siehe Kapitel 8, S. 71–82).

3.3 Zur Widersprüchlichkeit im Verhalten Betroffener

Je nach vorherrschendem Persönlichkeitszustand beziehungsweise -anteil bringen Betroffene häufig höchst widersprüchliche Vorstellungen, Erwartungen und Absichten mit in die Behandlung. Dabei können sie anfangs diese Widersprüchlichkeiten in der Regel aufgrund der dissoziativen Barrieren zwischen den Persönlichkeitsanteilen nicht explizieren. Stattdessen werden diese im Außen inszeniert, indem beispielsweise unterschiedliche Anteile unterschiedliche Absichten äußern.

FALLBEISPIEL

Die 23-jährige Patientin wollte zwei Tage nach der Aufnahme in die Klinik wieder abreisen. Als Begründung gab die Patientin an, »hier falsch« zu sein, sie brauche keine Therapie und wollte jetzt zu ihren Eltern. Die Dienstärztin wurde informiert.

Aus der Aktenlage ging hervor, dass sie unter schweren dissoziativen Symptomen sowie selbstverletzendem Verhalten und einer Essstörung litt; außerdem, dass sie den

Kontakt zu den Eltern abgebrochen hatte und in einem betreuten Wohnprojekt lebte.

Darauf angesprochen, wiederholte die Patientin stereotyp, sie sei gesund und wolle heim, sie wohne bei den Eltern, diese würden auf sie warten. Nach einiger Zeit kam es zu einem Wechsel und es zeigte sich der Anteil, der zwei Tag zuvor angereist war. In diesem Zustand war die Patientin wieder vollständig orientiert hinsichtlich Zeit und Ort und gab an, auf eigenen Wunsch hier zu sein und eine Traumatherapie machen zu wollen. Sie hatte eine Amnesie in Bezug auf die vorangegangene Situation.

Da die Betroffenen meist amnestisch für die Handlungen anderer Persönlichkeitsanteile sind und damit zusammenhängende Symptome häufig ignorieren, ist es wichtig, Hinweise darauf in der Therapie zu beobachten und auch gezielt nach Hinweisen darauf zu fragen. Das können zum Beispiel Veränderungen sein, die Betroffene in ihrer Wohnung vorfinden, die nur von ihnen selbst stammen können und deren Motivation ihnen fremd ist. Oder sie finden Kleider in ihrem Schrank, die sie selbst nie tragen würden, Musik auf dem Handy, die sie selbst nicht hören würden. Es können auch Veränderungen an sich selbst sein, die sie bemerken, zum Beispiel Selbstverletzungen, die stattgefunden haben, ohne dass sie es bemerkt haben; oder aber sie finden sich an einem anderen Ort oder zu einer anderen Zeit wieder, ohne sich das erklären zu können. Hinweise können auch von anderen Menschen stammen, die Betroffene auf Situationen ansprechen, an die diese sich nicht erinnern können und in deren Schilderung sie sich nicht wiedererkennen. Vielleicht benutzen diese Menschen auch einen anderen Namen, mit dem sich die Betroffenen nicht identifizieren können.

Ambivalente, widersprüchliche Handlungen dissoziierter Persönlichkeitsanteile haben teilweise schwere Auswirkungen und verstärken die Probleme des Lebensalltags, da die Betroffenen dadurch immer wieder in der Verfolgung

von Zielen, in der Gestaltung von Beziehungen und in der Selbstfürsorge massiv gestört sind.

FALLBEISPIEL

Die 56-jährige Patientin hat eine sehr schwere Kniegelenksarthrose mit massiven Deformierungen. Rezidivierend kam es zu akuten Ergüssen und Reizzuständen, sodass die dringend notwendige OP immer wieder verschoben werden musste. Im Alltagszustand litt die Patientin unter stärksten Schmerzen und ging mit Gehhilfen. Es war ihr unklar, warum es immer wieder zu den schweren, akuten Befundsverschlechterungen kam. In der Therapie stellte sich heraus, dass ein anderer Anteil regelmäßig joggen ging. Dieser Anteil glaubte, in einem jungen, gesunden Körper zu wohnen, empfand keinerlei Schmerzen und wollte sich nicht vom Training abbringen lassen. Im therapeutischen Rahmen wurde dieser Anteil nach und nach auf die Gegenwart einschließlich des gegenwärtigen Körpers orientiert und lernte in Schritten, dessen Beeinträchtigungen anzuerkennen. Die Patientin lernte gleichzeitig, mehr Kontrolle über diesen Persönlichkeitsanteil zu erreichen. Auf diese Weise konnten die akuten Exazerbationen der Gonarthrose reduziert werden.

Für die Therapie bedeutet dies, dass die widersprüchlichen Verhaltensweisen einzelnen Persönlichkeitsanteilen zugeordnet werden müssen (siehe Kapitel 5.1.4, S. 43); zudem gilt es, das zugrundeliegende Erleben und Verhalten der einzelnen Persönlichkeitsanteile dazu sorgfältig zu explorieren (siehe Kapitel 5.1.2, S. 41). Indem dann ein Austausch zwischen den Persönlichkeitsanteilen angeregt und unterstützt wird, können diese lernen, im Kontakt miteinander Lösungen und Kompromisse für die Ambivalenzen zu entwickeln (siehe Kapitel 5.1.4), sodass die Gesamtperson mehr Kontrolle bezogen auf das eigene Handeln aufbauen kann (siehe Modul 8 und 10, S. 127–130 und 137–140).

3.4 Zum Ausmaß des berichteten Leids

Betroffene können in der Präsentation ihrer Symptome zwischen starken Extremen schwanken (vgl. Brand et al. 2006): Manchmal herrschen Symptome der Untererregung vor, die Betroffenen wirken abgestumpft, distanziert, unbeteiligt; dann wiederum werden sie von Affekten überflutet, zeigen starke Übererregungssymptome, fühlen sich eingeengt und sind panisch.

Insbesondere, wenn Betroffene affektiv überflutet werden, in starke Erregungszustände geraten, Ängste zeigen und dabei möglicherweise in Flashbacks fallen, in denen sie erlebte Gewalt reinszenieren (schreien, wimmern, sich zusammenkauern, umfallen, sich selbst schlagen ...), kann das starke Gegenübertragungen auslösen. Aber auch schon die anamnestischen Angaben Betroffener können aversive

Wirkung zeitigen. Die Betroffenen berichten häufig von sexualisierter Gewalt in der Herkunftsfamilie seit dem Kindesalter, oftmals von mehreren Täter*innen; von weiblichen Bindungspersonen, die ebenfalls schwer traumatisiert waren und keinerlei stabilen Halt gegeben, sondern sich selbst täterhaft verhalten haben. Manchmal schildern sie folterähnliche Situationen. Teilweise berichten die Betroffenen, sich immer wieder an vermeintliche Helfer*innen gewandt zu haben und dann von ihnen verraten worden zu sein. Sie berichten von tiefer Verzweiflung, verzehrenden Schuld- und Schamgefühlen, schweren Selbstverletzungen, die chirurgische Versorgungen notwendig gemacht hätten, von zahlreichen Suizidversuchen. Häufig sind auch äußere Folgen der autoaggressiven Gewalt sicht-

bar in Form von tiefen Narben aufgrund von Schnitten und Verbrennungen. Berichte von so schwerer Gewalt und derart schweren Schicksalen können Abwehrreaktionen beim Gegenüber auslösen. So besteht eine mögliche Reaktion von Helferpersonen darin, das Gehörte nicht glauben zu wollen (vgl. Brand 2017). Eine andere mögliche Reaktion besteht darin, den Betroffenen unbedingt helfen zu wollen. Dies kann bei Helferpersonen zur Einnahme einer Retterrolle führen (siehe Kapitel 5.2.1, S. 50), was mit einem hohen Risiko für ein Verlassen der therapeutisch-abstinenten Rolle und einer Grenzüberschreitung verbunden ist.

Es besteht schließlich auch eine besondere Gefahr sekundärer Traumatisierung, wenn sich Behandler*innen auf die Betroffenen und ihre Schilderungen einlassen. Auch hier besteht wieder ein erhöhtes Risiko für diejenigen Helferpersonen, die mit Betroffenen mit anhaltendem Täterkontakt arbeiten (vgl. Daniels 2008; Nick et al. 2019).

Die Arbeit mit den Betroffenen stellt also sehr hohe Anforderungen an die Selbstregulationsfähigkeit und Resilienz von Behandlerpersonen. Besonders relevant ist dabei die Orientierung auf grundlegende professionelle Richtlinien und die Einhaltung professioneller Rahmenbedingungen. Der Aufbau eines Helfernetzwerks ist dabei ein wichtiger protektiver Faktor: *Never walk alone* (siehe Kapitel 4.1.4 und 4.2.3, S. 33 und 35). Ein weiterer wesentlicher

Protektivfaktor für Betroffene und ihre Helfer*innen ist regelmäßige Supervision beziehungsweise Intervention.

Außerdem ist der Aspekt der Eigenverantwortung in der Therapie besonders zu betonen. Trotz der vielen Probleme und Ambivalenzen müssen Betroffene ermächtigt werden, diese aus eigener Kraft aufzulösen. Das hilft ihnen bei der Autonomieentwicklung und stärkt sie für ein Leben mit mehr Freiheit. »Du kannst nichts dafür, dass du das Problem hast, aber du allein bist verantwortlich, es zu lösen« – diesen zentralen Satz hat Marsha Linehan für Betroffene von Borderline-Persönlichkeitsstörung formuliert. Er lässt sich auch gut auf Betroffene von DIS und PTBS übertragen.

Behandler*innen sind herausgefordert, trotz des Entsetzens und Mitgefühls, das Berichtetes auslösen kann (und das durch sie auch angemessen geäußert werden darf), immer wieder die lösungsorientierte therapeutische Perspektive und eine empathisch-abstinente professionelle Haltung einzunehmen (siehe Kapitel 5.1.1, S. 39–41). Eine Kombination aus Validierung des erlittenen Leids einerseits und distanzierender therapeutischer Einordnung andererseits vermittelt Halt und Sicherheit, die Betroffene selten erfahren haben. Gleichzeitig schützt es Behandlerpersonen vor Überforderung, sekundärer Traumatisierung und Burn-out, wenn sie sich darauf besinnen, dass sie Betroffene begleiten, aber nicht tragen müssen.