



Handout

Therapiemöglichkeiten bei Dissoziativen Störungen

Donnerstag, 21.01.2016

16. Vierwaldstätter Psychiatrietag

Dr. med. Ursula Gast

Privatdozentin

Ärztin für Psychotherapeutische Medizin

Psychoanalytikerin

In eigener Praxis in Mittelangeln bei Flensburg tätig

Ursula_Gast@web.de

Dissoziative Störungen kommen mit 5 – 15 % regelmäßig bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Patient(inn)en vor (Foote et al 2008, Gast et al 2001; Gast & Rodewald 2011). Da diese Diagnose jedoch bislang nur zögerlich gestellt wird, hat dies Nicht- oder Fehlbehandlung zur Folge (Gast et al 2006). Dies gilt insbesondere für komplexe Dissoziative Störungen wie die Dissoziative Identitätsstörung (DIS), auch Multiple Persönlichkeitsstörung genannt, und ihre Subformen, die als Folge schwerer Kindesmisshandlung angesehen werden (siehe Dalenberg et al. 2012). Inzwischen liegen gute Behandlungsmöglichkeiten vor, wodurch dem frühzeitigen Erkennen der Dissoziation eine besondere Bedeutung zukommt.

1. Zum Spektrum dissoziativer Symptome und Störungen

- Bei dissoziativen Störungen kommt es zur Unterbrechung und /oder fehlenden Kontinuität in der normalen Integrationsfähigkeit von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körpervorstellung, motorischer Kontrolle und Verhalten. Symptome können potentiell alle Bereiche psychologischen Funktionierens betreffen. Integrierende Funktionen, welche die umfassenden erlebten Erfahrungen in einen persönlichen Gesamtzusammenhang bringen, sind nachhaltig beeinträchtigt. Beispiele für Dissoziative Störungen sind die dissoziative Amnesien, bei der es zu funktionellen Gedächtnisstörungen kommt oder die Depersonalisationsstörung, bei der die Wahrnehmung von sich selbst beeinträchtigt ist (APA 1994; 2013, S 291).
- Dissoziative Symptome, insbesondere Depersonalisation im Sinne von „neben sich stehen, sich nicht im Kontakt mit sich fühlen“, treten bei vielen psychischen Erkrankungen auf (z.B. bei akuten Belastungsreaktionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, siehe Gast 2015; Angststörungen, Depressionen etc.). Sie können aber auch den Schweregrad einer eigenständigen Störung haben und möglicher Weise - insbesondere bei Therapieresistenz – auf eine weitergehende und schwerwie-

gendere Dissoziative Störung (Dissoziative Identitätsstörung oder Subform) hinweisen.

- Die **Dissoziative Identitätsstörung (DIS)** gilt als die schwerste Erkrankung im Spektrum der Dissoziativen Störungen. Sie geht mit einem durchgehend dissoziativen Funktionieren in allen Bereichen des psychologischen Funktionierens einher, so dass zusätzlich zu Gedächtnis, Wahrnehmung, Emotionen, Körperkontrolle etc. auch das Identitätserleben beeinträchtigt ist. Es kommt zur klinischen Manifestation verschiedener abgespaltener Anteile der Gesamtpersönlichkeit, die wechselweise die Kontrolle über das Erleben und Verhalten des Individuums übernehmen. Der Wechsel von einem Zustand in den anderen ist hierbei mit Amnesie verbunden (siehe DSM-5).

Dissoziative Störungen in ICD-10 und DSM-5 im Vergleich

ICD-10		DSM-5	
F44.0	Dissoziative Amnesie	300.12	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue	300.13	Dissoziative Amnesie mit Dissoziativer Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor		
F44.3	Dissoziative Trance- u. Bessesenheitszustände		
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörung	300.11	Konversionsstörung
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle		
F44.6	Dissoziative Sensibilität- u. Empfindung		
F44.7	Dissoziative Störungen, gemischt		
F44.8	Sonstige dissoziative Störungen		
F44.80	Ganser-Syndrom		
F44.81	Multiple Persönlichkeit	300.14	Dissoziative Identitätsstörung
F44.89	Sonstige näher bezeichnete dissoziative Stör.	300.15	Sonstige spezifische und...
F44.9	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung	300.15	Sonstige unspezifische Dissoziative Störungen
F48.1	Depersonalisationsstörung (gehört zu den neurotischen Störungen)	300.60	Depersonalisations/Derealisationsstörung

2. **Behandlung** (nach ISSTD-Expertemempfehlung, Deutsche .Bearbeitung Gast und Wirtz 2016)

- Die Herangehensweise zur Behandlung Dissoziativer Störungen ist abhängig von der Art und Schwere der Dissoziation, vom Vorhandensein

möglicher komorbider Störungen (Rodewald et al. 2011) sowie vom vorherrschenden Funktionsniveau der PatientInnen.

- Störungsspezifische Interventionen, die gezielt dissoziative Symptome ansprechen, müssen grundsätzlich in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein, der sich an den auch sonst üblichen therapeutischen Standards orientiert.
- Während man bei der primär strukturellen bzw. bei einfachen Dissoziativen Störungen (Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, somatoforme Dissoziation) vor allem an den auslösenden Situationen arbeitet, um die Dissoziation zu überwinden, sind bei den komplexen Dissoziativen Störungen mit sekundärer und tertiärer struktureller Dissoziation umfänglichere störungsspezifische Interventionen im Kontext eines phasenorientierten Vorgehens zu beachten.
- Grundsätzlich wird ein Ansatz empfohlen, der die spezifische Symptomatik sowie interpersonelle und intrapsychische Prozesse berücksichtigt. Sowohl psychodynamische als auch kognitiv-behaviorale Ansätze zielen darauf ab, abgespaltene Erinnerungen und Persönlichkeitsbereiche oder umfassendere Persönlichkeitsanteile wahrzunehmen, die damit verbundenen Affekte und Ängste auszuhalten und die Integration zu einem einheitlichen Selbstempfinden zu ermöglichen, so die Expertenempfehlung. Aus psychodynamischer Perspektive bedeutet dies die Entwicklung eines integrierten psychischen Funktionierens durch Überwindung von Konflikten, aber auch von Entwicklungsdefiziten, die aus den wiederholten Traumatisierungen entstanden sind. Die Lösung dieser Konflikte und Nachreifung der Defizite reduziert die Notwendigkeit, die dissoziative Abwehr aufrechtzuerhalten oder auszuagieren. Klinisch wird dies sehr sorgfältig in Chefetz (2015) beschrieben

Einfache Dissoziative Störungen

- Störungsspezifische Therapie der Wahl bei dissoziativen Reaktionen und einfachen dissoziativen Störungen ist die Arbeit an den Auslösern. Dieser Technik liegt die Erfahrung zu Grunde, dass Patientinnen mit Dissoziativen Störungen bei Belastungen in Ermangelung anderer Bewältigungsmechanismen mehr oder weniger regelmäßig mit Dissoziation reagieren. Dieser durch physiologische Vorgänge gebahnte Prozess erfährt häufig im Laufe der weiteren

Entwicklung eine psychologische Überformung und kann sich zu einem gewohnheitsmäßigen Mechanismus in Stresssituationen „einschleifen“.

- Aus dem ehemaligen Schutzmechanismus wird somit ein Vermeidungsmechanismus, der hinderlich ist, um eine Situation angemessen zu bewältigen. Auch verhindert eine habituelle Dissoziation z. B. in Form von Depersonalisation und Derealisation häufig die Integration neuer emotionaler Erfahrungen während einer Therapiestunde und schmälert somit therapeutische Fortschritte (Ebner-Priemer et al. 2009). Bei dissoziativen Amnesien kann die gesamte Therapiestunde schlichtweg vergessen und somit nicht integriert werden.
- Dissoziative Reaktionen müssen daher aktiv angegangen werden und durch neue Lösungsstrategien ersetzt werden. Im Schutzraum der Therapie wird die Patientin behutsam damit konfrontiert, den Bewältigungsmechanismus der Dissoziation nach und nach aufzugeben und durch andere Strategien zu ersetzen. Dabei ist es hilfreich zu vermitteln, dass die dissoziative Bewältigung in der traumatischen Situation als Notfallmaßnahme sinnvoll war, sich dann aber zunehmend verselbständigte und für die aktuelle Lebenssituation dysfunktional geworden ist.

Auslöser erkennen

- Wann, in welcher Situation, bei welchem Thema, bei welcher therapeutischen Intervention ist die dissoziative Reaktion aufgetreten? Was hat die Therapeutin an der Patientin beobachtet? Was hat die Patientin an sich wahrgenommen? Neben der unmittelbaren Beobachtung an der Patientin können dissoziative Reaktionen aber auch in der Gegenübertragung spürbar werden: Gefühle von Langeweile und abgelenkt sein oder sich nicht mehr im Kontakt mit der Patientin fühlen geben Hinweise auf Depersonalisations- und Derealisationsprozesse.
- Dissoziative Reaktionen dienen häufig der Vermeidung schmerzhafter Affekte. Da die Patienten in der Regel keine primären Bezugspersonen hatten, die ihnen bei der Regulierung und Modulation ihrer Affekte zur Verfügung standen, haben sie den Umgang mit Affekten nicht gelernt. In traumatischen Situationen wurden Affekte als überwältigend und quälend erlebt, so dass Gefühle jeglicher Art häufig aus dem normalen Leben ausgeklammert und abgekapselt

wurden. Damit stehen ihnen Gefühle zur Regulation ihrer Bedürfnisse häufig gar nicht mehr zur Verfügung. So können Gefühle häufig nur als „entweder-oder“, „aus-oder-an“ wahrgenommen werden, d. h. entweder als gar nicht vorhanden oder als überwältigend und quälend. PatientInnen haben oft gelernt, jegliche Gefühle aus der Alltagsbeziehung herauszuhalten.

- In der therapeutischen Situation wird an diesem Defizit gearbeitet, in dem die Therapeutin ihre eigenen, in der Interaktion mit der Patientin entstandenen Gefühle reflektiert, benennt und somit der Patientin zur Verfügung stellt.
- Auf „Umschlagpunkte“ zu achten, in denen Gefühle „weg-dissoziiert“ werden.
- Zu Selbstbeobachtung ermutigen werden und lernen, diese gefühlsmäßigen Veränderungen an sich zunehmend besser und sicherer festzustellen.
- Die Arbeit an den Auslösern, das Benennen von Affekten sowie die Stärkung der Affekttoleranz sind also wichtige Techniken zur Bearbeitung dissoziativer Symptome wie Depersonalisation, Derealisation und Trance und Amnesien. (siehe Gast 2004b)

Übungen zur Selbstbeobachtung

- Haddock (2001) nennt verschiedene Übungen zur Selbstbeobachtung, die den betroffenen Patientinnen bei der Erarbeitung neuer Coping-Mechanismen helfen können¹. Ziel dieser Übungen ist es, in der Situation „dazubleiben“. Der erste Schritt hierfür ist die bewusste Selbstwahrnehmung und Selbstbeobachtung, ohne eine Beurteilung vorzunehmen. Wenn die Patientin eine dissoziative Reaktion an sich beobachtet, sollte sie einen Moment verharren und folgende Fragen beantworten:
 1. Was ist gerade passiert, bevor die Dissoziation begann? In welcher Situation war ich gerade?
 2. Was habe ich gerade gefühlt, körperlich und emotional?
 3. Was ist das Letzte, an das ich mich erinnern kann? (wichtige Frage bei dissoziativen Amnesien)
 4. Woran habe ich die Dissoziation bemerkt?
 - a. Ich fing an, hin- und herzuschaukeln – mich wie im Nebel zu füh-

¹ ebenda

len – innerlich ganz weit weg zu gehen ...

b. Ich hörte auf, zu reden – klar zu denken – Blickkontakt herzustellen ...

c. Ich fing an, mir Gedanken zu machen bzw. nachzugrübeln, dass ich sterben könnte – man den Menschen nicht trauen kann – dass ich nie etwas richtig mache

5. Was habe ich versucht zu vermeiden (z. B. Auseinandersetzung im Gespräch, sich zur Wehr setzen, sich abgrenzen oder: Nähe zuzulassen).

6. Was hätte ich stattdessen tun können?

- Zu Beginn der Therapie werden die Patientinnen viel therapeutische Unterstützung brauchen, um diese Fragen beantworten zu können. Ein wichtiges Zwischenziel ist erreicht, wenn im weiteren Verlauf die Patientin die Fragen zunehmend selbst beantworten kann und somit Kontrolle über die Dissoziation erlangt.

Komplexe Dissoziative Störungen: DIS und ihre Subform

- Ist von dem dissoziativen Funktionieren auch das Selbst- bzw. Identitätserleben betroffen, reicht die Arbeit an den Auslösern allein nicht aus, um die Dissoziation wirkungsvoll zu behandeln.
- Nach dem Modell der strukturellen Dissoziation haben wir es dann mit sekundärer und tertiärer Dissoziation zu tun, also mit einer Aufspaltung emotionaler Subsysteme, die sich im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung „verselbständigen“ haben.
- Wie bei den einfachen dissoziativen Störungen (primäre Dissoziation) geht es auch hier um die Integration gefürchteter mentaler Inhalte. Da die Aufspaltung jedoch weitaus komplexer ist, muss die Behandlung sehr viel stärker an die momentanen integrativen Fähigkeiten der PatientInnen angepasst sein.
- Die Behandlung betrifft hauptsächlich die Auflösung der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, indem der Therapeut/die Therapeutin sich als eine Art Mediator zur Verfügung stellt und den Patient/die Patientin dabei ermutigt, die dissoziierten mentalen Systeme und deren Inhalte miteinander in Kontakt zu bringen. In vorsichtig geplanten Schritten wird die Integration unterstützt und Re-Dissoziation verhindert.

- Therapeutisch geht es zunächst um die Überwindung der tertiären Dissoziation (voneinander dissoziierte ANPs) und der sekundären Dissoziation (voneinander dissoziierte EPs), bevor die Bearbeitung der primären Dissoziation möglich ist.
- Eine Exposition mit traumatischen Erfahrungen und Erinnerungen ist erst dann sinnvoll, wenn ein möglichst hoher mentaler Funktionsgrad erreicht worden ist.

ISSTD-Experten-Empfehlung im Überblick

- Die Herangehensweise zur Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörungen und ihrer Subform, ist abhängig von der Art und Schwere der Dissoziation, vom Vorhandensein möglicher komorbider Störungen sowie vom vorherrschenden Funktionsniveau der Patienten.
Störungsspezifische Interventionen werden in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein, der sich an den therapeutischen Standards für Komplexe Posttraumatische Störungsbilder orientiert. Hilfreich ist z.B. die von Wöller (2013) entwickelte ressourcenbasierte psychodynamische Therapie traumabedingter Persönlichkeitsstörungen.
- Die Behandlung erfolgt in sequentiellen Phasen. Phase 1: Sicherheit, Stabilisierung und Reduktion der Symptome, Förderung von Mentalisierung; Phase 2: Konfrontation, Durcharbeiten und Integration von traumatischen Erinnerungen; Phase 3: Integration der Identität und Rehabilitation (Siehe z.B. Nijenhuis et al. 2011 Huber 2010 Wöller et al. 2012; Wöller 2013; Van der Hart et al. 2006/2008)
- Eingebettet in dieses basale Phasenmodell, werden zusätzlich Interventionen integriert, die darauf abzielen, dissoziierte Persönlichkeitsanteile wahrzunehmen, die damit verbundenen Affekte und Ängste auszuhalten und die Integration zu einem einheitlichen Selbstempfinden zu ermöglichen. Die Evidenz dieser Herangehensweise ist durch erste Therapiestudien und eine Metaanalyse gestützt Brand et al. (2009a, Brand et al. 2009b)
- Aus psychodynamischer Perspektive bedeutet dies die Entwicklung eines integrierten psychischen Funktionierens durch Überwindung von Konflikten, aber auch von Entwicklungsdefiziten, die aus den wiederholten Traumatisierungen entstanden sind (siehe auch Gast 2004 a).
- Die Lösung dieser Konflikte und Nachreifung der Defizite reduziert die Not-

wendigkeit, die dissoziative Abwehr aufrechtzuerhalten oder auszuagieren². Für die Umsetzung dieser Schritte sind in der Regel häufig mehrjährige Behandlungen erforderlich.

- Bei der Behandlung von DIS-Patienten ist es hilfreich, die therapeutische Aufmerksamkeit auf ein ganzes *System* von Persönlichkeitsanteilen zu richten – und sich nicht nur auf einzelne Persönlichkeitsanteile zu konzentrieren (im Weiteren nach Gast & Wirtz 2016). Mit „System“ ist eine organisierte, subjektiv logische, regelgebundene Anordnung von interagierenden und/oder widersprüchlichen Anteilen gemeint. Die Fokussierung ist tatsächlich dem eines Gruppengeschehens oder einer Systemischen Therapie ähnlich, bei der ein Gesamtsystem im Blick zu behalten ist.
 - Gerade zu Beginn der Therapie fällt es den PatientInnen oft schwer, Verantwortung für das Verhalten aller Persönlichkeitsanteile (in ihrem Lebensumfeld, in der Therapie sowie im Inneren) zu übernehmen. Dies ist jedoch zentral für den Gesundungsprozess und sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in der Therapie angesprochen und vereinbart werden.
 - Dabei sind folgende Strategien förderlich, um die interne Kommunikation zu verbessern: 1. Die Patientin wird ermutigt, die Diskussion zwischen Persönlichkeitsanteilen zu fördern. 2. Die Therapeutin betont die die Bedeutung aller Persönlichkeitsanteile und unterstützt die Patientin dabei, dies ebenfalls anzuerkennen. 3. Es werden Vereinbarungen aller Persönlichkeitsanteile getroffen hinsichtlich der inneren Sicherheit im Umgang mit selbstverletzendem und/oder suizidalem Verhalten (Kluft 1993b, Boon et al. 2013)
 - Die Aufgabe der Patientin besteht darin, sich mit der Beschaffenheit ihrer Störung und ihrem inneren System auseinanderzusetzen. Insbesondere geht es darum, diejenigen Persönlichkeitsanteile „kennenzulernen“, zu akzeptieren und zu verstehen, die in ihrem jetzigen Leben eine aktive Rolle spielen und Einfluss auf sie zu nehmen. Sie muss lernen, dass sie für alle Persönlichkeitsanteile und deren Aktivitäten verantwortlich ist.
-

- Mit Unterstützung der Therapeutin entwickelt die Patientin Strategien, die zur besseren internen Kommunikation beitragen. In der Therapie wird sie z. B. ermutigt, sich „intern zu unterhalten, nach innen zu fragen, mit X in Kontakt zu gehen, der Stimme zunächst einmal zuzuhören u. Ä
- Auch geht es darum, Verständnis und Wertschätzung füreinander zu wecken. Die Therapeutin unterstützt dies, indem sie betont, dass „alle“ wichtig sind und nur durch die Mitarbeit aller die Therapie erfolgreich sein kann. Zudem müssen Vereinbarungen aller Persönlichkeitsanteile etabliert werden, um Sicherheit vor selbstverletzendem und/oder suizidalem Verhalten zu gewährleisten. Dabei kann die Metapher hilfreich sein, dass alle in einem Boot sitzen.
- Hilfsmittel:
 - Führen eines Tagesbuches, um den Patientinnen einen besseren Zugang zu den verschiedenen abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen zu ermöglichen.
 - Aufforderung, stärker auf innere Stimmen zu achten, falls solche vorhanden sind; dies kann die Kontaktaufnahme zu den dissoziierten Persönlichkeitsanteilen erleichtern.
- Bei einer depressiv selbstanklagenden, konfliktvermeidenden Alltagspersönlichkeit ginge es zum Beispiel darum, immer wieder ihre Angst vor Aggressionen anzusprechen und zu bearbeiten, damit es ihr eher möglich wird, mit den aggressiven Anteilen der Persönlichkeit in Kontakt zu kommen.
- Bei einem kontrollierend und fordernd auftretenden dominierenden Alltagsanteil der Persönlichkeit ginge es dann eher darum, den Widerstand gegen Regression und Abhängigkeit zu bearbeiten.
- Auch kann man gezielt versuchen, bestimmte Persönlichkeitsanteile zu Beginn der Therapie zu fördern, um das Gesamtsystem zu stabilisieren. So bewährt es sich, nach starken, durchsetzungsfähigen und aggressiven Persönlichkeitsanteilen zu suchen, um diese aktiv als Kooperationspartner zu gewinnen. Dies sollte man tun, bevor man stärker mit extrem regressiven, traumatisierten und dysfunktionalen Persönlichkeitsanteilen arbeitet, zum Beispiel die traumatisierten Kinder „hervorruft“.
- Durch das **Erstellen einer „inneren Landkarte“** gewinnen die Patientin und die Therapeutin gemeinsam einen Überblick über das innere Persönlichkeitssystem. Die Patientin wird dann ermutigt, mit den verschiedenen Anteilen der

Gesamtpersönlichkeit in Kontakt zu treten, diese kennenzulernen und Kompromisse miteinander auszuhandeln, damit ein unkontrolliertes Wechseln und Ausagieren der verschiedenen Persönlichkeitsanteile reduziert werden kann.

- Häufig findet sich folgendes charakteristische Muster im Persönlichkeitssystem:
 - Eine „Alltagspersönlichkeit“ (Alltags-ANP), die an die Anforderungen des Alltags angepasst ist,
 - Kinder-Persönlichkeitsanteile im Sinne „Emotionaler Persönlichkeitsanteile“ (Trauma EP's), die unter dem Einfluss schwerer Traumatisierungen entstanden sind und die die Traumaerinnerungen eingefroren und abgekapselt in sich tragen,
 - Kontroll-Persönlichkeitsanteile (Kontroll-EPs) auch „Wächter“ oder „Beschützer“ genannt, die sich schützend vor die traumatisierten Anteile stellen
 - Täter-loyale Anteile sowie Täter-Imitatoren (auch Täter-EPs oder Täter-Introjekte genannt), die sich entweder täter-loyal verhalten und sich dem Wertesystem der früheren Täter unterwerfen oder sich so verhalten, als sei der Täter im Inneren weiter aktiv und quasi im Individuum weiterleben.
- Die frühe Einbeziehung der Kontroll-Persönlichkeiten ist wichtig, da hier häufig sehr viel kraftvolles Potential steckt, das frühzeitig mit in die Therapie und das Arbeitsbündnis integriert werden sollte, um ein destruktives Agieren zu reduzieren oder zu vermeiden.
- Eine Einladung zur Kooperation mit den Täter-imitierenden Anteilen wird in der Regel am besten dadurch erreicht, dass man auch diesen Anteilen eine freundlich gewährende, interessierte Grundhaltung entgegenbringt, andererseits aber auch seine Wertvorstellung deutlich vertritt und Grenzen setzt.
- Eine akzeptierende Haltung allen Anteilen gegenüber ist die Voraussetzung dafür, dass die Patientin ebenfalls bereit ist, alle dissoziierten Anteile an sich zunächst einmal wahrzunehmen, kennenzulernen und zu akzeptieren (siehe hierzu ausführliches Fallbeispiel bei Gast & Wirzt 2016).

Persönlichkeitssystem Kartieren und interne Kooperation fördern

- Häufig ist zu Beginn der Therapie das Persönlichkeits-System der Patientinnen noch nicht bekannt. Manchmal gibt es zunächst nur indirekte Anhaltspunkte für das Vorhandensein von anderen Persönlichkeitszuständen, doch können die Patientinnen aufgrund hoher amnestischer Barrieren zunächst keine Auskunft über ihr vollständiges System geben.
- Sobald in der Therapie deutlich wird, dass es abgespaltene Persönlichkeitsanteile gibt, empfiehlt es sich, diese aktiv mit in die Therapie einzuladen (Kluft 2011 in: Reddemann et al. 2011)
- Zudem ist es sinnvoll darüber bestimmte Regeln zu benennen, damit die Beteiligung geordnet erfolgen kann.
 - Es können z. B. nicht alle gleichzeitig zu Wort kommen.
 - Sicherheit und Funktionalität der Patientin Vorrang vor weiterer Exploration oder Aufdeckung und Mitteilung von traumatischen Erfahrungen.
 - Ein inneres Aushandeln dieser Wertigkeit ist wichtig und das Bild einer inneren Konferenz hilfreich; (siehe Boon et al 2013)..
 - Wenn es Anteile nicht möglich ist, sich direkt in der Therapie mitzuteilen, können diese ermutigt werden, es indirekt zu tun, z. B. über den Anteil, der gerade vorne ist.
 - Diejenigen, die es nicht schaffen, sich in der Stunde zu melden, können ermutigt werden, im Tagebuch etwas niederzuschreiben und es über die aktiven Persönlichkeitsanteile in die nächste Stunde mitzubringen.
 - Wichtig ist die Botschaft, dass alle Persönlichkeitsanteile willkommen sind und dass die Therapie nur gelingen kann, wenn sich alle daran beteiligen.
 - häufig hohe Abwehr bei „Täter-imitierenden Persönlichkeiten“ oder auch bei „Kontrollpersönlichkeiten“, sich in der Therapie erkennen zu geben.
 - Hier helfen Erklärungen, dass Täter-Imitatoren in der Not das Überleben gesichert haben, dass diese Notsituation aber jetzt vorüber ist und andere Regeln gelten.
 - Auch hilft hierbei die zunehmende Erfahrung in der Therapie, dass einerseits autonome Bestrebungen der Patientin respektiert und gefördert werden, andererseits aber einer destruktiven Aggressivität Grenzen ge-

setzt werden.

- Durch das Einbeziehen des „Persönlichkeits-Systems“ lassen sich also zum Teil sehr rasche und verblüffende Entlastungen der Symptome erreichen.
- Gleichzeitig geht die Bewusstmachung des Innensystems – verbunden mit dem Gewährwerden schwerer Traumatisierungen im Kindesalter – in der Regel mit einer tiefen Erschütterung einher.
- Auch die Erkenntnis, dass der Patientin eine mehrjährige harte therapeutische Arbeit bevorsteht, muss verarbeitet und in der weiteren Lebensplanung berücksichtigt werden.
- Im weiteren Therapieverlauf: Umsetzung der Stabilisierungstechniken in den Alltag sowie die Einübung der inneren Kommunikation und Kooperation. Erst wenn dies sicher etabliert ist, kann eine intensivere Beschäftigung mit den traumatischen Erinnerungen erfolgen.
- Die Patientin muss lernen sich mit „Trauma-Arbeit“ nicht selbst zu überfordern.
- Stabilisierung und Funktionsfähigkeit hat Vorrang vor weiterer und forcierter Exploration.
- Im Kontakt bleiben mit sich selbst hat Vorrang vor Mitteilung von traumatischen Erinnerungen. Wenn Kontakt zu eigenem Körper und zu Gefühlen verloren geht, Selbstbeobachtung und Affektwahrnehmung üben.
- Ggf. Vereinbarung, vor jeder weiteren Mitteilung eine Rückmeldung zu geben, ob und inwiefern sie noch im Kontakt mit sich selber ist. Dies beugt masochistischer Selbstbestrafung vor, ebenso der negativen Erwartung an die Therapeutin, dass diese „alles aus der Patientin herausholen“ will.
- Dadurch langsames, aber sehr viel stabileres und krisenärmeres Vorgehen. In dieser Phase sind alle Techniken hilfreich, die der Patientin zu mehr Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeit und Selbstexploration verhelfen.

Traumabearbeitung

- Ziel der Traumabearbeitung ist eine Transformation durch Entgiftung der traumatischen Erinnerungen und durch kognitive und emotionale Umstrukturi-

rierung.

- Die kausale Methode ist eine kontrollierte Traumaexposition. Bei sehr komplexen Traumatisierungen, wie DIS und „Fast-DIS“ kann die Traumabearbeitung einschließlich der Abreaktion nur in kleinen Schritten erfolgen und muss sehr gut vorbereitet sein. Kluft spricht von fraktionierter Traumabearbeitung (Kluft 2011)
- Vor der eigentlichen Traumaexposition müssen zusätzliche Techniken zur besseren Kontrolle über die traumatischen Erinnerungen eingeübt werden (Stoppen von Flashbacks, das Deponieren traumatischer Erfahrungen in einem Safe; Aufsuchen des inneren sicheren Ortes geübt (z.B. Reddemann et al. 2011).
- Erst wenn Möglichkeiten zur Distanzierung und Selbsttröstung eingeübt sind und eine ausreichende Stabilität und Sicherheit im Alltag erreicht ist, kann eine Traumaexposition durchgeführt werden. Dadurch verlieren die traumatischen Erinnerungen ihre Tendenz zu spontanen und unkontrollierbaren Reassoziationen.
- Die Aufspaltung der Persönlichkeit als Abwehrmechanismus gegenüber traumatischen Erinnerungen verliert an Bedeutung. Integration der verschiedenen Anteile wird so möglich.
- Für Patienten mit extremen Traumatisierungen ist eine vollständige Integration häufig nicht möglich. Stattdessen bessere Kooperation der Anteile untereinander
- Der Prozess der Integration bedeutet, dass die einzelnen Anteile sich allmählich annähern und ihre Erfahrungen und Eigenheiten schließlich so intensiv miteinander teilen, dass ein kohärentes Selbstempfinden entstehen kann.

Ziele und Themen der nachintegrativen Phase

- Trauerarbeit um die zerstörte Kindheit und die erlebten Verletzungen Die Patienten müssen außerdem
- „Gewöhnen“ an völlig verändertes Selbst- und Lebensgefühl in ihrem innerpsychischen Erleben und Reagieren sowie im sozialen Verhalten
- Damit verbundene neue Bewältigungsstrategien müssen aufgebaut werden
- Häufig bleiben auch bestimmte Probleme der einzelnen Anteile (z. B. Ess- oder Schlafstörungen, eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur etc.) auch nach

der Integration noch bestehen

- Grundsätzlich ähnelt diese nachintegrative Phase stärker den sonst üblichen tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien.

Wissenschaftliche Evidenz durch Behandlungsstudien DIS/NNBDS

- indirekte Effektivitätsmessungen nach dem Standard der International Society for the Study of Dissociation, ISSD 1997
Putnam & Loewenstein, 1993; Loewenstein, 1994; Ross und Dua, 1993
- standardisierte, aber unkontrollierte Studie
Ellason & Ross, 1997
- Naturalistische Studien: Brand et al. 2009a; 2009b
- kontrollierte Behandlungsstudien fehlen bislang; Medizinisch-wissenschaftliche Evidenz: Level III

Auszug aus :

Gast U & Wabnitz P (2014): Dissoziative Störungen erkennen und behandeln. Stuttgart: Kohlhammer

Fallbeispiele im Vortrag siehe Gast U & Wirtz G (2016): Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen. Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele. Stuttgart: Klett-Cotta (erscheint im Frühjahr 2016)

Literatur :

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed.) (DSM-III). Washington, DC: APA 1980.

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.) (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press 1994.

Boon S, Steele K, van der Hart O (2013) Traumabedingte Dissoziation bewältigen: Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Mit CD. www. junfermann. de.

Brand B, Classen C, McNary S, Saveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. The Journal of Nervous and Mental Disease. 197(9): 656–654.

Brand BL, Classen CC, Lanius R, Loewenstein RJ, McNary SW, Pain C et al. (2009) A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 1(2): 153–171.

Chefetz R (2015) Intensive Psychotherapy for Persistent Dissociative Processes. The fear of feeling real. New York, London, Norton

Dalenberg CJ, Bethany L, Brand BL, David H, Gleaves DH, Dorahy MJ, Loewenstein RJ,

- Cardena E, Frewen PA, Carlson EB, Spiegel D (2012) Evaluation of the Evidence for the Trauma and Fantasy Models of Dissociation. *Psychological Bulletin*, 138, 3, 550–588.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Huber, Bern.
- Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N, Schmahl C, Peper M, Rosenthal Z, Flor H, Bohus M. Emotional learning during dissociative states in Borderline Personality Disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2009; 34: 214–22.
- Ellason, J. W. & Ross, C. A. (1997): Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 832 – 839.
- Falkai P, Wittchen H (2014) (Hrsg.): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Hogrefe, Göttingen
- Foote B, Smolin Y, Neft DI, Lipschitz D (2008) Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 29–36.
- Gast U (2004a). Der psychodynamische Ansatz zur Behandlung komplexer Dissoziativer Störungen. In: A. Eckhardt-Henn, SO Hoffmann (Hrsg.) *Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen* (S. 395–422). Stuttgart: Schattauer.
- Gast U (2004b) Umgang mit Dissoziation in der Borderline-Therapie. *Persönlichkeitsstörung* (S. 23–30). Stuttgart: Schattauer.
- Gast U (2015) Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Egle U T, Joraschky P, Lampe A, Inge Seiffge-Krenke I & Cierpka M (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Schattauer Stuttgart, 4. Aufl. 2015 S 476- 501
- Gast U & Wirtz G (2016): *Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen. Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele*: Stuttgart: Klett-Cotta
- Gast U & Wabnitz P (2014): *Dissoziative Störungen erkennen und behandeln*. Stuttgart: Kohlhammer
- Gast U, Rodewald F (2011) Prävalenz dissoziativer Störungen. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U (Hrsg.) *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme 2011, S. 36–46.
- Gast U, Rodewald F, Hofmann A, Mattheß H, Nijenhuis E, Reddemann L, Emrich HM (2006) Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehlagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 47, 3193–3200.
- Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich H (2001b). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 249–257.
- Haddock DB (2001) *The dissociative identity disorder sourcebook*. New York: Contemporary Books.
- Huber M (2010) *Multiple Persönlichkeiten: Seelische Zersplitterung nach Gewalt*. Junfermann Verlag GmbH.
- Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J (2006) Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2), 131–140.
- Kluft RP (1993) Clinical approaches to the integration of personalities. In: RP Kluft, CG Fine (Eds.) *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101–133). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (2011). Die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In L. Reddemann, A. Hofmann, & U. Gast (Eds.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (pp. 3-25). Stuttgart, New York: Thieme.
- Loewenstein RJ: Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: Report submitted to the Clinton Administration Task Force on Health Care Financing Reform. *Dissociation* 1994; 7: 3 – 11

Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Steele, K: Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In Reddemann L, Hofmann A, Gast U (Hrsg.); Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart: Thieme 2011; 47 - 69.

Putnam, F. W. & Loewenstein, R. J. (1993): Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048 – 1052.

Reddemann L, Hofmann A, Gast U (2011) (Hrsg.); Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart: Thieme

Rodewald F, Wilhelm-Gössling C, Emrich HM, Reddemann L, Gast U (2011) Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 122–131.

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2008) *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierungen*. Berlin, Junfermann. Original: Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2006) *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, Norton.

Wöller W, Leichsenring F, Leweke F, Kruse J (2012) Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse – Principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76[1], 69–93.

Wöller W (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.