

SABINE KLAR

MATERIALIEN ZUR
ANGEWANDTEN MENSCHENKUNDE

I. ABTEILUNG

TIPPS UND TRICKS
FÜR DEN UMGANG MIT MENSCHLICHEN LEBEWESEN

TEIL 3

MENSCHEN IN AUFLÖSUNG.
SYSTEMISCHE THERAPIE MIT KLIENTINNEN,
DIE SCHWIERIGKEITEN MIT IHREM „ICH“ HABEN
SKRIPTUM DEPERSONALISATIONSSTÖRUNGEN

2006



INHALT

MENSCHEN IN AUFLÖSUNG. SYSTEMISCHE THERAPIE MIT KLIENTINNEN, DIE SCHWIERIGKEITEN MIT IHREM „ICH“ HABEN	3
1 GRUNDSÄTZLICHES.....	3
2 EXEMPLARISCHE VERSTEHENSVERSUCHE VON MENSCHEN IN AUFLÖSUNG.....	5
2.1 SPIRITUELLE GESICHTSPUNKTE	5
2.2 PSYCHIATRISCHE GESICHTSPUNKTE	7
SKRIPTUM: DEPERSONALISATIONSSTÖRUNGEN	8
1 ABGRENZUNG ZU PSYCHOSE UND BORDERLINE	8
2 SYMPTOME.....	8
3 MÖGLICHE URSACHEN	9
4 MÖGLICHE AUSLÖSER	10
5 THERAPIE	10
LITERATUREXZERPTE ZU DIVERSEN STÖRUNGEN DER ICH-INTEGRITÄT	16
SKRIPTUM ISSD-RICHTLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG DER DISSOZIATIVEN IDENTITÄTSSTÖRUNG (MULTIPLE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG) BEI ERWACHSENEN.....	26
1 DIAGNOSTIK.....	26
2 BEHANDLUNGSPLANUNG.....	26
3 EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE PSYCHOTHERAPIE BEI DIS.....	27
4 PUBLIKATIONEN UND INTERAKTIONEN MIT DEN MEDIEN.....	30
5 SPIRITUELLE UND PHILOSOPHISCHE THEMEN DER KLIENTIN.....	31
6 KLIENTINNEN ALS ELTERN	31
ANHANG 1: UMGANG MIT GRENZEN	32
ANHANG 2: GLOSSAR DER DIS-SPEZIFISCHEN TERMINOLOGIE.....	33
LITERATUR (AUSZUG).....	34
ARBEITSBLATT BEZIEHUNGSVERHÄLTNISSE.....	35

MENSCHEN IN AUFLÖSUNG.

SYSTEMISCHE THERAPIE MIT KLIENTINNEN, DIE SCHWIERIGKEITEN MIT IHREM „ICH“ HABEN

1 GRUNDSÄTZLICHES

Es ist schwierig, Gespräche mit Menschen zu führen, die sich selbst nicht spüren, kennen und verstehen, die zwischen sich und anderen nicht unterscheiden können, die sich etwas vormachen, die sich anders verhalten als es ihr soziales Umfeld ertragen kann oder noch nicht bemerkt haben, dass sie sich mit einer sozial erwünschten Pseudo-Identität oder einem ihrer Abwehrmechanismen identifizieren.

Wenn man von den eigentlich psychiatrischen Störungsbildern vorerst einmal absieht bzw. sie hinten anstellt handelt es sich eigentlich um ein endloses Thema, weil sich schon so viele Menschen damit beschäftigt haben - es geht um den Zugang, den ein Mensch zu sich und seiner Welt hat; wie er sich und seine Welt begreift und erlebt; inwiefern er seiner Wahrnehmung trauen kann - vor allem hinsichtlich der Frage, was von all dem, was ihn lockt und bedrängt, von innen oder von außen kommt; wer er überhaupt ist - ob er der ist, der er zu sein scheint oder ob er etwas spielt, so tut als ob usw.

Ganz grundsätzlich: es gibt eine Vielfalt von Möglichkeiten, Probleme mit seinem Ich zu bekommen. Manche davon erscheinen in spezifischen lebensgeschichtlichen oder auch gesellschaftlichen Kontexten geradezu „normal“ zu sein, andere sind unangenehm und quälend, manche kaum erträglich oder gefährlich. Die problematischen Formen lassen sich diversen Diagnosegruppen zuordnen (es wird von Depersonalisations- und Derealisationsstörungen, multiplen oder auch dissoziativen Persönlichkeitsstörungen, pathologischen Organisationsformen des seelischen Rückzugs, Spaltungen, Einfrieren von Persönlichkeitsteilen usw.) geredet. Die jeweiligen Phänomene werden vor dem Hintergrund der eigenen Schule bzw. des historischen Kontextes, in dem die Diskussion stattfindet, sehr unterschiedlich gesehen, beschrieben und behandelt.

„Systeme“ (biologische, soziale, psychische) sind potentiell immer „in Auflösung“; ihre Grenzen müssen ständig reproduziert werden (Autopoiese). Bei diesem Thema liegt der Fokus auf psychischen Systemen - es geht ganz allgemein um das Einheits- oder Zersplitterungsgefühl im eigenen Ich oder Selbst im Kontakt mit einer Umgebung, die als Nicht-Ich oder Objekt erlebt wird. Die Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich ist ein Problem bzw. Thema, das sich aus systemischer Sicht gar nicht ein für allemal lösen lässt - schließlich kann mittels einer Unterscheidung - etwa zwischen „innen“ und „außen“ eine Grenze nie auf Dauer definiert werden, es sei denn es entwickeln sich tradierte, ständig wiederholte Prozesse von Unterscheidungen. Im Körper finden ständig solche Prozesse statt - etwas wird als ähnlich oder unähnlich erkannt, dem einen oder anderen zugeordnet, Gewebe, Organe, Zellen bauen sich ab und auf. Der Körper bietet auch dem psychischen Ich einen von der eigenen Haut begrenzten Rahmen und Bezugspunkt - Probleme mit dem Ich können z.B. entstehen, wenn Körperempfindungen nicht ausreichend klar wahrgenommen werden oder der Bezug zu diesem Körper aus anderen Gründen uneindeutig wird.

Aus Studien zur **Entwicklungsgeschichte** menschlicher Individuen ist bekannt, dass sich die Unterscheidung zwischen dem Ich und dem Gegenüber (Objekt) langsam und sukzessive herauskristallisiert und eine sozial bestätigte Zuordnung von Wahrnehmungs- und Erlebensinhalten ist - also ein durch den Körper und das sprachliche Umfeld bestimmte Konstruktion (z.B. Piaget, D. Stern). Die **Philosophie** beschäftigt die Uneindeutigkeit des Ich in seinem Zugang zu sich und seiner Welt seit mehr als 2000 Jahren. Auch die **Religionen** haben sich damit befasst (Exorzismus,

Unterscheidung der Geister, Besessenheit, Mystik). Sobald sich **Psychiatrie und Psychotherapie** im Zuge zunehmender Säkularisierung der Seele anzunehmen beginnen, werden Störungen unter dem Begriff der Krankheit beschrieben und behandelt - das bedeutet aber nicht, dass sie nicht auch noch ganz anders zu betrachten wären. Angesichts der Jahrhunderte langen Auseinandersetzungen über Fragen des Zugangs zur Wirklichkeit und zu sich als jenem, das diese Wirklichkeit zugleich erfährt und gestaltet, sollte man jedenfalls nicht davon ausgehen, dass das Ich oder die Unterscheidung zwischen Ich und Welt einfach und selbstverständlich ist.

Man könnte - metaphorisch gesprochen - die Probleme eines Menschen mit seinem „Ich“ als Problem eines psychischen Immunsystems sehen - es handelt sich häufig um Grenzkonflikte. Es ist nicht klar, was innen und außen, was fremd und vertraut, was freundlich und feindlich ist. Daraus ergeben sich Abhängigkeit, Ohnmacht, Diffusität, Angst und diverse Abwehr- und Distanzierungsmechanismen, z.B. Rigidität, Rückzug, Projektion und Spaltung.

Ich-Diffusitäten und Ich-Unklarheiten unterschiedlichster Art sind normal, sobald die umgebende Welt ihre Eindeutigkeit bzw. vielleicht eher Handhabbarkeit verliert. Das Ich beginnt dann auf unterschiedliche Art an sich selbst und seiner Welt zu zweifeln und die Grenzen zwischen innen und außen zu begreifen und auszuloten - z.B. bei schwierigen Kindheits- oder gegenwärtigen Situationen oder denkerischer Infragestellung des vormals Selbstverständlichen (Philosophie) bzw. in einer Umgebung, die kein Interesse an einem konsistenten Ich mehr zu haben scheint (Postmoderne). Das bedeutet, dass Probleme mit dem Ich immer auch auf Probleme mit der Welt hinweisen - zumindest, was die Kindheitsgeschichte betrifft. Der ich-konstituierende Prozess, der es im Normalfall trotz aller inneren Unklarheiten schafft, sich einer ebenso unklaren Welt gegenüber zu stellen und sie zu gestalten, wird gestört. Man könnte auch sagen, dass jenes Phänomen, das Unterscheidungen im Kontinuum und in der Verwaschenheit produziert und damit im Dienst des Überlebens Grenzen schafft, wo keine sein müssten, in Zeiten der Störung zuviel dieser unerträglichen Unklarheit hindurch lässt.

Beispiele für mögliche Probleme:

- Um sich kreisen – Egozentrik
- Sich mit anderem verwechseln – Projektion
- Sich auflösen – Depersonalisation
- Sich vergessen – Amnesie
- Sich hassen – Schuld und Scham
- Sich begehren – Narzissmus
- Sich beherrschen – Domestizierung
- Sich manipulieren – Strategie
- Sich desintegrieren – Multiplizität
- Sich und anderen etwas vormachen – Pseudoidentität
- Sich verlassen – Depression

2 EXEMPLARISCHE VERSTEHENSVERSUCHE VON MENSCHEN IN AUFLÖSUNG

Es gab und gibt unterschiedliche Arten, das Ich und seine verschiedenen Aspekte zu verstehen. Es gab und gibt unterschiedliche Arten, mit den Schwierigkeiten des eigenen Ich umzugehen. Es gab und gibt unterschiedliche Arten des Umgangs mit einem Menschen, dessen Ich in Schwierigkeiten geraten ist. Und es gab und gibt unterschiedliche Arten, diese Probleme mit dem Ich und der Welt zu verstehen, zu beschreiben und zu bewerten. Die jeweils gewonnenen Erkenntnisse bzw. Umgangsformen wirken auf das Beobachtete zurück.

2.1 SPIRITUELLE GESICHTSPUNKTE

Der Sinn der Schwierigkeiten, die ein Mensch mit seinem Ich bekommt, könnte darin liegen, Wandlungspotential zur Veränderung bereitzustellen mit dem Ziel, letztlich die Wirklichkeit akzeptieren zu können, wie sie ist. Diese Sicht wird in verschiedenen spirituellen Richtungen vertreten und mit Begriffen wie „Wüste“, „dunkle Nacht“, „Trockenheit“, „Leere“, „Nichts“ o.ä. beschrieben. Die üblichen gedanklichen Verarbeitungsformen und Handlungsmuster, die auf Vorstellungen beruhen, funktionieren immer weniger und weniger. Das eigene Selbstbild wird immer schlechter, die erlebte Ohnmacht immer größer. Diese Entwicklung kann natürlich in völliger Lähmung oder im Suizid enden. Sie kann aber auch zu einem grundlegenden Aufwachen aus jener Problemtrance führen, in der etwas zum Mittelpunkt erhoben wird, was man nicht hat.

Alle spirituellen Richtungen sind sich darin einig, dass seelische und geistige Gesundheit - man könnte auch „Heil“ dazu sagen - durch die Erfahrung der Weite gekennzeichnet sind. Man wird „erleuchtet“, sieht, hört, spürt mehr und anderes, die Augen gehen einem auf, Fesseln und Lähmungen fallen ab, Verkrümmungen entspannen sich, werden gerade. Man wird weicher, beweglicher, freier und gleichzeitig standfester und wehrhafter. In der spirituellen Krisensituation müssen die symbiotischen Wünsche und die Verlassensängste, genauso wie letztlich die Abgegrenztheit und Dauerhaftigkeit des eigenen Ich, und alle anderen Selbsttäuschungen, losgelassen werden. Ziel einer positiven spirituellen Entwicklung ist letztlich Liebe zur Welt als Ganzes, sich selbst eingeschlossen. Die persönliche Empfindsamkeit wird immer mehr überwunden, es entwickeln sich innere Unabhängigkeit, Selbstvertrauen, Freude, Gelassenheit, innere Sicherheit, ein Gefühl von ruhiger Macht, klarem Verstehen und strahlender Liebe. Die wichtigste Unterscheidung mystischer von krankhaften, destruktiven Entwicklungen ist die Frage der Liebesfähigkeit, letztlich also die der sozialen Einbindung. Insgesamt werden außergewöhnliche Bewusstseinszustände eher als Nebenerscheinung dieser Entwicklung betrachtet. Man soll sich nicht damit identifizieren, nicht danach verlangen.

Beispiele:

- Der Begründer der Psychosynthese, Roberto **Assagioli** etwa, spricht von einem plötzlichen spirituellen Erwachen, das das „Öffnen des Kanals zwischen den bewussten und den überbewussten Ebenen, zwischen Ich und Selbst“ und eine Flut von Licht, Energie und Freude, die tiefe Entspannung zur Folge hat, nach sich zieht. Die Psyche des Menschen sei aber oft noch nicht „fähig“ genug, diese plötzlichen Einbrüche zu verarbeiten und zu integrieren, sodass sie oft falsch interpretiert werden und die Betroffenen möglichst schnell wieder versuchen, in ihrer bisherigen Weise alltagstüchtig zu werden. Dabei verlassen sie jedoch die erreichte neue Ebene, was eine Krise auslösen kann, die sich im nachlassenden „Energiefluss“ bemerkbar macht. Dieses Zurückfallen kann sehr extrem empfunden werden, sodass „dieser

Zustand dem der psychotischen Depression oder der "Melancholie" sehr ähnlich (ist). Die Krise hat für ihn eine läuternde Wirkung und ist ein lohnendes Stadium von Wachstum. Solche Krisen sind häufig mit dem Gefühl des Einsseins mit dem Universum, Visionen, eigenartigen körperlichen Empfindungen und der Angst davor, verrückt zu werden, begleitet. Es handelt sich um intensive Gefühle, Veränderungen der Wahrnehmung und ungewöhnliche Gedankenprozesse. In dieser Vorstellung Assagiolis werden bestimmte Vorstellungen deutlich - nämlich jene von Ebenen (bewusst/ überbewusst, unten/ oben). Irgendwie scheint etwas (Besonderes? Besseres?) von oben/ außen einzudringen.

- Teresa von Avila vergleicht den spirituellen Entwicklungsprozess mit dem einer Seidenraupe, die auf dem Boden und auf Bäumen umher kriecht, Blätter frisst und auf diese Weise immer fetter wird. Schließlich verpuppt sie sich und hängt unbeweglich und wie tot an einem Ast. In ihrem Inneren zerfällt alles, es entsteht „Gatsch“, embryonales Gewebe, aus dem sich völlig neue Strukturen und schließlich ein Lebewesen ergibt, das mit der Raupe nichts mehr gemein hat, sondern eine völlig neue Weise darstellt, zu existieren. Bei vielen Mystikern wird das Einswerden mit Gott bzw. dem eigenen Persönlichkeitskern - Selbst? - als eine immer intensiver und deutlicher werdende Erfahrung gesehen, bei denen es aktive Schritte gibt - etwa die Verschiebung des Interessensfokus weg von der Beschäftigung mit Vorstellungen und der Sorge um sich - hin zu einem vertrauensvollen Zugang zum eigenen Leben, Schicksal und einer Hingabe an die eigene Welt.
- Dem indischen Jesuiten und Psychotherapeuten **Anthony de Mello** geht es nicht darum zu erfahren, wer oder was das "Ich" ist, sondern darauf, sich von den Schubladen, in die man es steckt, zu trennen, sodass schließlich das Etikett reicht, ein menschliches Wesen zu sein. Die Hingabe an das Ganze, an Gott setzt Anthony de Mello mit der "Hingabe an die Wirklichkeit" gleich. Anthony de Mello beschreibt ausgehend von seiner Perspektive folgende "Schritte zur Weisheit": sich der eigenen Gefühle bewusst werden (durch Meditation, Therapie o.ä.), erkennen, dass es sich "bloß" um Gefühle und nicht um die Wirklichkeit an sich handelt, und dass die Wirklichkeit "in Ordnung" ist /etwas in seinem Kopf verändern, erkennen, dass wir Menschen und Dinge nicht sehen, wie sie sind, sondern wie wir sind, sich nicht mit dem Gefühl identifizieren, erkennen, dass die Veränderung der eigenen Person leichter ist als die Veränderung anderer und "der einzige Weg, sich zu verändern, ist, sein Verstehen zu verändern." Spiritualität bedeutet für ihn "Wachwerden"; man solle aber nicht versuchen, sich selbst zu verlieren oder angestrengt auf irgendetwas zu verzichten, sondern glücklich zu werden. Allerdings müsse, wer Glück will, sich stets verändern und eher Vorlieben (von denen man das eigene Glück nicht abhängig macht) als Wünsche haben. Eine Sache so zu sehen versuchen, wie sie wirklich ist, und nicht, wie ich sie mir vorstelle, ist die Voraussetzung, um lieben zu können. Gute Dinge, an denen man arbeiten sollte, sind für ihn: Liebe zur Arbeit, die man um ihrer selbst willen tut; Unterhaltung und Vertrautheit mit Menschen, deren Gesellschaft erfreulich ist (aber ohne in Abhängigkeit zu fallen); etwas mit ganzem Herzen machen; Staunen über die Wirklichkeit. Die Hauptbotschaft Anthony de Mellos ist: „Wach auf!“ bzw. „Erkenne, dass du gar nicht aufwachen willst, weil du mehr an deinen Vorstellungen hängst als am Leben!“ Menschen die schlafen, verhalten sich wie Narren oder Arschlöcher - wozu sich also über sich oder über andere wundern, ärgern oder kränken? Sie kreisen um ihr kleines „ich“ - er nennt es das „mich“ - das nichts, aber auch gar nichts mit der Identität zu tun hat, die sich schließlich ergibt, wenn sie erwachen.

2.2 PSYCHIATRISCHE GESICHTSPUNKTE

Dissoziation ist ein Vorgang, in dem auseinander fällt, was eigentlich zusammengehört. Die **Depersonalisation** als eine der Formen der **Dissoziation** kann zu Angst und Panik führen und das Gefühl bewirken, ihr hoffnungslos ausgeliefert zu sein. Die Störungen des Ich-Erlebens werden als bedrohlicher Verlust verstanden. Sie kann begleitet sein von Dysphorie, Erschöpfung und Apathie als Folge. Es kann zu hypochondrischen Befürchtungen, ernsthaft krank zu sein kommen, ebenso zu Zwangsgedanken, um die Unwirklichkeitsgefühle zu ignorieren oder zu unterdrücken. Sie ist eine Veränderung des Selbsterlebens, eine Veränderung des Gefühls von Wirklichkeit, Gegenwärtigkeit und Lebhaftigkeit. Das Ausmaß und die Intensität variieren erheblich von Person zu Person. Entfremdungsgefühle werden leicht übersehen, nicht erwähnt, nicht versprochen, verborgen.

Die **primäre Depersonalisation** ist ein eigenständiges Krankheitsbild mit eigenen Symptomen. Angst oder Depressionen sind dabei zweitrangig und die Folge der Depersonalisation. Sie gilt nach wie vor als schwer behandelbar, spezielle Medikamente gibt es noch nicht dafür, und gilt immer noch als sehr selten, obwohl es auch daran liegen kann, dass Ärzte und Therapeuten in der Diagnostik dieser Störung nicht gut geschult sind. Als **sekundäre Depersonalisation** wird sie als Symptom einer anderen Störung betrachtet. Die wichtigsten sind: Angststörungen, Panikstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Epilepsie, Substanzmissbrauch, Hirnverletzungen, Migräne; Bei diesen Störungen ist die DP wesentlich besser beeinflussbar, da hier die Grundstörung behandelt wird und DP Symptome (hoffentlich) im Laufe der (richtigen) Behandlung abklingen.

Depersonalisation bezieht sich auf den eigenen Körper ("meine Hand ist fremd", "ich kann mich nicht fühlen", "ich kann keine Schmerzen mehr empfinden"). **Derealisation bezieht sich auf die Umwelt**. Bäume, Häuser, andere Menschen sehen unwirklich aus. Die Umgebung sieht nicht mehr "klar" und "real" aus, sondern erscheint traumhaft verändert. DP und DR tauchen oftmals zusammen auf, können aber auch unabhängig voneinander die Hauptstörung sein.

Beim Auftreten des Phänomens scheinen eher Methoden empfehlenswert zu sein, die zwar einerseits Abstand von der vorherigen Belastung einbringen, gleichzeitig aber auch eine gewisse Aktivität beinhalten, wie z.B.- spazieren gehen oder Sport. Mit den Maßnahmen gegen die Depersonalisation kann selbstverletzendem Verhalten entgegengewirkt werden, das sonst möglicherweise eingesetzt würde, um die sehr unangenehme Depersonalisation zu unterbrechen. **Vielen Betroffenen ist gar nicht klar, dass sie selber auch etwas gegen die Depersonalisationsphasen tun können!** Es gibt fast immer Abstufungen des Erlebens und der Intensität, die von außen beeinflussbar sind. Zu wissen, was auch selbst getan werden kann, wirkt der Hilflosigkeit entgegen, die sich ansonsten in den extremen Phasen endlos ausbreiten kann.

Genauerer siehe Skriptum: Depersonalisationsstörungen

SKRIPTUM: DEPERSONALISATIONSSTÖRUNGEN

1 ABGRENZUNG ZU PSYCHOSE UND BORDERLINE

- **Einsicht und intakte Realitätsprüfung bleiben erhalten - eine wahnhafte Ausdeutung des Erlebten fehlt.** (Problem: DP wird diagnostisch manchmal ein „psychotischer“ Charakter zugeschrieben; es ist erst dann von psychotischem Erleben zu sprechen, wenn Zustände als von außen gemacht erscheinen und die Realitätseinschätzung dabei verloren geht)
- Selbstverletzendes Verhalten und DP müssen keine Anzeichen einer Borderline-Störung sein; zur Abgrenzung auf Beziehungsgestaltung und therapeutische Interaktion achten!
- Bei der Schizophrenie tritt DP als Sonderform auf, da hier die Betroffenen oftmals glauben, die Symptome seien von "außen gemacht" oder sie haben das Gefühl, dass sich der Körper und die Umwelt wirklich verändert haben, während ansonsten den Betroffenen **klar ist, dass es sich nur so anfühlt, als hätte sich der Körper verändert.**

2 SYMPTOME

- **Körper:** die Empfindung der sensorischen Impulse und Gefühle geht verloren; Orientierungslosigkeit; sich nicht im Spiegel erkennen; durchlöcherter Hülle; kein Bodenkontakt; Vielzahl von Abstufungen des Erlebens; Fremdheit; Selbstverletzung; Schmerzempfinden reduziert;
- **Bewegung:** roboterhaft, Marionette; Losgelöstsein vom Körper oder der Umgebung; nicht "im Körper sein"; der Körper wird in der Form verändert erlebt; sich automatenhaft erleben; Gefühl, dass Bewegungen und Verhalten nicht die eigenen sind;
- **Unwirklichkeitserleben** oder eine befremdliche Wahrnehmung der eigenen Person; Fremdheitsgefühl, nicht "richtig da sein"; Gefühl des Unwirklichseins, Gefühl der Leere, Gefühl der Spannung, die sehr unangenehm ist, das Gefühl, neben sich zu stehen, das Gefühl, verrückt zu werden bzw. zu sein
- affektive Störung, die sich primär in einem **Mangel oder Verlust gefühlsmäßiger Reaktionen** äußert ("Numbness", gemeint als Gefühl sensorischer Unempfindlichkeit, gelegentlich das Fehlen von Freude oder Trauer); keine Fremdbeeinflussungserlebnisse; aber **wenig Lebendigkeitsgefühl**; Verlangsamung im Wahrnehmen, Denken und in der Motorik;
- sich nicht mehr als Einheit erfahren; **Störung der Eigen-Fremd-Unterscheidung**; Unsicherheit über die eigene Identität; Angst vor deren Verlust; unsicheres Ich-Bewusstsein; innere Distanz; reduzierte Vitalität; Irrealität; Verdoppelung des Ich (beobachtendes, beobachtetes - mit großer Befremdung); **Falsches Selbst/ Pseudoidentität**
- ein **Störungsbewusstsein**: die Depersonalisation selbst wird von den Betroffenen als sehr störend oder schmerzhaft beschrieben; und schließlich bei gewisser Unerfahrenheit mit der Störungssymptomatik haben die Betroffenen Schwierigkeiten, die Symptome zu beschreiben; viele Betroffene haben Angst "verrückt" zu werden. Es ist wichtig, psychotisches Erleben von Depersonalisation unterscheiden zu können - auch für die KlientInnen.

Beispiel: Ich kann mich im Spiegel nicht erkennen; mein Bein sieht komisch aus, wenn ich runterschauen, gehört das irgendwie nicht zu mir; mein Schreibtisch fühlt sich so an als könnte ich da hindurch fassen; ich kann meine Stimme nicht erkennen, manchmal ist das so als ob nur diese Stimme spricht, aber die erkenne ich dann nicht und mein Körper ist ganz weg; ich kann gar nichts von meinem Körper spüren, es nichts mehr da; ich möchte mein altes ICH wieder haben!

3 MÖGLICHE URSACHEN

Die Feststellung der wahrscheinlichen Ursache ist wichtig für die Therapie. Auch ist es wichtig, ob die Depersonalisation als Symptom einer anderen Störung auftritt oder es sich tatsächlich um die primäre Depersonalisationsstörung handelt.

Neurophysiologie:

- Läsionen des Temporallappens; Intoxikationen; metabolische Störungen
- Durch die Gefühlsverflachung kann in gefährlichen Situationen effektiver reagiert werden; psychischer Schutzmechanismus
- Verkörperung der neuen Wahrnehmungen auf der neurobiologischen Ebene (Schläfenlappen, limbisches System)
- Kognitionspsychologisch: Informationen werden nicht ohne Bezug zu anderen Erfahrungen im Gehirn abgespeichert; Einschränkungen in der Informationsaufnahme
- **Stress: verstärkt DP; Freezing; Totstellen; Alarmsituation/ blockiert Schmerz (während DP oft Muskeln angespannt) (gut: leichte, konzentrierte Tätigkeiten, Bewegung; Vorsicht bei Entspannungsübungen)**

Depression

- Differenzialdiagnose schwierig; **DP kann Begleitsymptom der Depression sein** (Entfremdungsdepression = Flachheit der D.; Reflexionsfähigkeit bleibt erhalten)
- **Eher keine Fremdheitsgefühle gegenüber Stimme oder Händen; keine zwanghafte Selbstbeobachtung**

Lebensgeschichte

- **intrapyschische Abwehr schmerzlicher, beschämender oder konflikthafter Affekte** (Abwehr schmerzvoller aufsteigender Reize versus Signalaffekt um das Auseinanderfallen der Selbstkonstanz anzuzeigen); **partieller Rückzug aus der Realität, der eingesetzt wird, um den drohenden völligen Bruch mit der Realität (den psychotischen Zusammenbruch) zu verhindern**
- **Sozialisationsbedingungen, die in der Entwicklung des Kindes elementare Erlebnisse als unwirklich zurückweisen** (Umgebung, die teile seines seins systematisch ignoriert)

Trauma

- Reaktionsweise des Gehirns auf überwältigende traumatische Erfahrungen, autoregulative Verarbeitung extremer Belastung
- **Nichtanerkennung des Kindes als eigenständige Persönlichkeit** (es dient zur Selbstregulation der Eltern; Beziehungsmissbrauch; Gefühle müssen durch Wahrnehmungsblockaden ausgeblendet werden; Emotionen nicht verbalisierbar; „numbing“/ Selbstnarkose; Übererregbarkeit; selbstdestruktives Verhalten; eingeschränkte Körperwahrnehmung)
- Missbrauch, Deprivation; emotionale Vernachlässigung

Lebensphase

- bekannt oft in Zeiten der **Ermüdung** (normale Belastungsreaktion)
- Depersonalisation ist in der **Adoleszenz** ein weitverbreitetes Symptom. Gerade in der Entwicklungszeit kann es zu vorübergehenden Selbstentfremdungsgefühlen kommen; meist

passager; v.a. wenn das eigene Identitätsgefühl bedroht wird (1/2 Kl auf Kinderpsychiatrie) (ängstlich, introvertiert, hoher Anspruch, Tagträumerei, schüchtern, sensibel, hohe Selbstaufmerksamkeit, Scham; Veränderung von Rollen/ Ablösung)

- Auch Schlafstörungen, Krankheiten, Stress, Drogen
- Solange Beobachter-Ich erhalten bleibt: kein Anzeichen beginnender Schizophrenie!

4 MÖGLICHE AUSLÖSER

- **DP beginnt oft erst in der Ruhephase nach dem Stressor.** Sie kann in ihrer Intensität schwanken. Sie tritt eher selten akut während einer Aktivität auf, sondern erst später nach einer Belastung.
- **Gerade bei traumabedingten dissoziativen Störungen wird deshalb von Entspannung und Meditation als kontraindiziert abgeraten.** Beides kann, so Peter Fiedler auch zu Wiedererinnerung traumatischer Erfahrungen führen.
- Ebenso von Bedeutung sind der Konsum von Alkohol, Nikotin und die Einnahme von Benzodiazepinen. Dies wirkt sich unvorteilhaft aus und kann die Sensibilität für dissoziative Störungen erhöhen.
- **Weitere mögliche Auslöser:** Schlafmangel, Medikamente, Angstsituationen (soziale Ängste), Künstliches Licht, Lärm, Drucksituationen, Wiederholungen (Mantras, Rituale), Meditation, Prämenstruelles Syndrom, Reisen, fremde Umgebung, Autofahren, Nahrungsmittelallergien, Kaffeegenuss, Konfliktsituationen, Narzisstisches Trauma, Wiederholungen von Schamsituationen, Psychische und emotionale Belastungen, drohender Verlust naher Personen

5 THERAPIE

Rahmenbedingungen:

- Die auslösenden Momente und die begleitenden Symptome sind sehr vielgestaltig (z.B. Abklärung, ob die Depersonalisation durch traumatische Erlebnisse ausgelöst wurde und es sich ev. um eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung handelt); Ursachenerkennung (Trauma, Drogen, somatische Erkrankung usw.) ist wichtig für den Behandlungsplan;
- Allen DP-Störungen gemeinsam: ein grundlegendes Gefühl zwischenmenschlicher Sicherheit (körperlich und emotional) muss aufgebaut werden
- Klienten können oft nicht beschreiben, was ihnen fehlt und haben Angst, für verrückt gehalten zu werden, was sie nicht sind
- TherapeutInnen können solche Zustände oft nicht selbst nachvollziehen
- Schulenübergreifende Konzepte sind wichtig
- Klare Aussagen der Therapeuten; die Symptomatik kennen und beschreiben können
- Keine zu langen Schweigephasen
- Kein zu schnelles Mobilisieren von Gefühlen
- Keine unabgesprochenen Berührungen
- Keine Überforderungen
- Entspannungsübungen nicht immer angemessen; eher Körperwahrnehmungsübungen
- Unterstützung beim Aufrechterhalten der Kommunikation (oft blitzartiger Abbruch bzw. Abschalten)

Rolle der TherapeutInnen

- **Klare Information** über die möglichen Behandlungsansätze (um einen Gegensatz zu den diffusen Wahrnehmungsstörungen zu machen); Tipps und Tricks zur Selbsthilfe geben
- **Notwendigkeit eines aktiveren Therapeuten** (auch psycho-edukative Aufklärung, damit die Betroffenen lernen, die Symptomatik besser einzuschätzen und sich nicht ständig im Nebel verlieren)
- Förderung einer aktiven Beteiligung zu Bewältigung der Problematik (Erarbeiten der eigenen Kompetenzen)
- **Würdigung der möglichen Schutzfunktion einer Depersonalisation**
- **Allgemeine Stärkung der Ich-Funktionen** (die gedanklichen Reaktionen, die diese Phänomene auslösen, stehen in Zusammenhang mit den Emotionen sodass ein bewusster Umgang mit negativen Gedanken neue Reaktionsmuster und Einstellungsänderungen nach sich ziehen kann)

Einbeziehung des Körpers:

- Die Körpertherapie sollte dazu verhelfen, sich eine gewisse **Körper-Struktur innerhalb der ganzen diffusen Wahrnehmungen** zu erarbeiten und den Kontakt zum eigenen Körper erneut zu ermöglichen. Der Körper ist ein Ressource für das Selbst-Erleben. Es kann schon hilfreich sein, wenn die Betroffenen nur einen kleinen Teil ihres Köpers wieder lebendiger spüren können, ohne zur Stimulation durch Selbstverletzung oder exzessives Sporttreiben greifen zu müssen. Bei unscharf ausgebildeten Ich-Grenzen, die auf einer fragilen Ich-Struktur beruhen, ist die Gefahr groß, innerhalb der Körpertherapie von Gefühlen überschwemmt zu werden, für die keine Worte vorhanden sind und die sich dann nur in diffusen Spannungszuständen ausdrücken. (Lukas, S. 230ff)
- **kleine Schritte** (jede Veränderung hat weitreichende Auswirkungen auf andere Teile des Organismus)
- **es soll etwas in Bewegung kommen** (auch wenn davon kaum etwas zu sehen ist)
- **Teile des Körpers aufspüren, die trotz Depersonalisation fühlbar sind** (Lebens-Zeichen: Kribbeln, Zittern, Wärme, Kälte)
- **Schutzhaltung des Körpers unbedingt beachten** (Spannungen und Verspannungen haben ihren Sinn)
- **Vorsicht vor Re-Traumatisierungen durch Überschreiten von Körpergrenzen**
- Bewegungserfahrungen sind sinnvoll
- **Klarheit von Handlungsanweisungen**; strukturiertes Angebot (als Gegensatz zu den diffusen Wahrnehmungen der Betroffenen)
- Orientierungsgegenstände (Tücher, Decken, Bälle, Steine usw.), um Kontakt mit Vertrautem herzustellen
- **Spüren des eigenen Körpers unter Mithilfe der Hände**; verstärkte Kontaktaufnahme mit dem **Boden**
- **Verbalisierung von Empfindungen** (Lukas, S. 239ff)

Psychopharmaka

- Eine sorgfältige diagnostische Einschätzung ist vor einer medikamentösen Behandlung unabdingbar, da bei körperlichen Erkrankungen (Epilepsie, Migräne, Hirnschädigungen usw.) die Depersonalisation als Begleiterscheinung auftreten kann, wobei dann die somatische

Erkrankung im Vordergrund steht. Wenn weitere psychische Erkrankungen vorliegen, müssen diese bei der Psychopharmakotherapie mitberücksichtigt werden. Bei der sekundären Verlaufsform der Depersonalisation muss die zugrunde liegende Störung (Angststörung, Depression usw.) behandelt werden. Diese kann in der Regel besser medikamentös beeinflusst werden als die primäre Depersonalisationsstörung. Zur Zeit gibt es kein Medikament, das für alle Formen der Depersonalisation einsetzbar wäre. (Lukas, S. 247)

Hinweise zur Traumatherapie

- Bei einer chronischen Verlaufsform der Depersonalisation sollte eine Traumaverarbeitungsstörung in Betracht gezogen werden („trauma first“)
- **Therapeuten müssen lernen, dissoziative Phänomene zu erkennen und zu unterbrechen**, damit ein Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen möglich wird, ohne dass erneut „unkontrollierte“ Dissoziationen oder Depersonalisationen entstehen
- **Situationen der Ohnmacht und Hilflosigkeit** wirken als Trigger und **sollten nicht absichtlich hergestellt werden** (kein therapeutisch induzierter Stress)
- **Als Therapeut eigene Fehler zugeben** und die Klientin dazu einladen, aufzupassen und die Therapeutin zu supervidieren
- Das Reden über Belastendes stellt eine erneute Belastung dar (Nähe zu früheren Lebenskontexten)
- Erst wenn die innere und äußere Sicherheit wieder gewonnen wurde, können sich die Betroffenen den eigenen Unsicherheiten stellen (Lukas, S. 239ff)

Hinweise zur Therapie schizoider Störungen

- Persönliche Begegnung mit einem realen, lebendigen Menschen (aktive stützende und haltende Rolle der Therapeutin)
- Bearbeitung der Themen Einsamkeit und Isolation
- Akzeptanz unorthodoxer Wege des Kontakts (Briefe, Emails)
- Signale (Einfrieren, Erstarrung, Weggleiten) bemerken und darauf eingehen
- Schutzraum respektieren
- Förderung kreativer und kinästhetischer Ausdrucksformen (Lukas, S. 235f)

Behandlungsvorschläge für dissoziative Zustände

- **Dissoziative Prozesse sollten während der Therapiestunden aktiv unterbrochen werden**, um die Re-Orientierung in der Gegenwart zu unterstützen (Dissoziation im Therapierahmen ist Zeichen für Überlastung und fungiert als Schutzmaßnahme der Psyche)
- wenn Klienten während der Gesprächssituation weggetreten erscheinen: direkt ansprechen (sind Sie noch da?; wo befinden Sie sich jetzt?; was fühlen Sie in Ihrem Körper?; was sehen Sie?)
- Ablenkung auf Alltagsthemen, die vom inneren chaotischen Erleben wegführen
- Belastendes Material „wegpacken“ in einen imaginären Safe oder Tresor
- **Sicherheit vermitteln, dass dissoziative Zustände abklingen, ohne dass von außen eingegriffen wird**
- Abgesprochene, unterstützende Berührung (Vorsicht bei traumatischen Erfahrungen!)
- **Erden** (sich selbst oder Gegenstände berühren; sich auf sensorische Eindrücke konzentrieren) (Lukas, S. 243f)

Tipps & Tricks für KlientInnen

- **sich die Umstände anschauen**, warum die DP gerade jetzt sich verstärkt hat. Welche Gefühle spielten eine Rolle: Ärger, Wut, Hilflosigkeit, Scham, Angst, Trauer usw.
- **Ablenkung** durch andere Aktivitäten,
- **Dinge berühren**, um zu merken, dass diese sich nicht wirklich auflösen (draußen Bäume, Blätter, Blumen, in der Stadt: Laternen, Ampeln, Häuserwände berühren), dadurch kann auch die Ich-Außenwelt-Grenze stabiler werden,
- sich auf die verspürten Empfindungen konzentrieren und aussprechen, ohne gleichzeitig zu bewerten
- ein **sicherer Ort**, an den man sich zurückziehen kann
- bei drohendem Identitätsverlust den eigenen **Namen** laut sagen, gleichzeitig betonen: ich bin da, oder von anderen bestätigen lassen
- **kreative Arbeiten**
- **sich darauf konzentrieren wie Bewegungen sich anfühlen**, um zu schauen, dass der eigene Körper noch vorhanden ist und die Auflösungserscheinungen "nur" gefühlt sind (Kopf hin und her bewegen, Arme schlendern lassen, mit den Beinen stampfen)
- **Sport**, auch Gemeinschaftssport wie Volleyball, Basketball, Fußball, um die Isolationsgefühle zu überbrücken und Körpergefühle zu festigen
- **Duschen oder auch Eiswürfel** auf die Haut legen, um die Grenzen zu spüren
- **den Boden als tragenden Halt versuchen wahrzunehmen**
- **Singen**, auch als Begleit-Singen während des Radiohörens, um wieder einen Bezug zur eigenen Stimme bekommen zu können
- Sensorische Reize aktivieren, über **Geruch** (Duftstoffe), **Geschmack** (scharfes Essen), **Hören** (Musik, die klar strukturiert ist), aber sensorische Überlastung vermeiden
- ausreichend **schlafen**
- Selbstberuhigung
- Kalender oder Uhren können eine erste Orientierung bieten
- **Kinästhetische Aktivierung** durch z.B. Igelbälle oder Massagehandschuhe
- sich mit anderen Betroffenen austauschen; sich Unterstützung holen!
- **Berührung**: fördert Differenzierung zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung; **Vorsicht: Grenzen; Freiwilligkeit**; ev. Auch Selbstberührungen sind manchmal problematisch
- **Selbstverletzung**: besondere Form der Selbsthilfe und Selbstregulation; seelischer **Schmerz** wird umgeleitet in körperlichen Schmerz, der lokalisierbar, einordenbar, behandelbar wird; sich wieder lebendig fühlen können; Schmerz als Antidissoziativum (Grinberg)
- **zu einer Liste mit Objekten** (Fahrrad, Obst, Möbel usw.) bzw. Situationen oder Orten (Wohnung, Schuleintritt, Beruf usw.) persönliche **Erinnerungen aufschreiben** (Anregung sinnlicher Erfahrungen und Phantasien; mind. 15 min für ein Objekt)
- **Training elementarer Funktionen wie Bewegung und Konzentration**
- Verbalisierung von Aktivitäten; Beginn der Durchführung erst nach ausreichender psychischer Präsenz
- **Verbalisierung** der Empfindungen und Erinnerungen
- **Konzentration auf natürliche Eindrücke** von Wetter, Licht, Farben, Geräusche
- **Verstärktes Achten auf äußere Stimuli**
- **Aufmerksamkeit absorbierende Tätigkeiten** (lenken von Depersonalisationserlebnissen ab) (in Lukas, S. 245f)

LITERATUR

Philosophie

Nietzsche, F.: Jenseits von Gut und Böse; die Genealogie der Moral

Hacking, I. (2001). Multiple Persönlichkeit. Fischer, Frankfurt.

Psychotherapiegeschichte

Ellenberger (1973): Die Entdeckung des Unbewussten, Huber - Wien

Diagnostik

Im Gesundheitswesen werden verschiedene Klassifikationssysteme benutzt, die der Diagnosefindung dienen. Für die Krankenkassen gilt das ICD-10 (International Classification of Diseases; F48.1: Depersonalisationssyndrom), Therapeuten benutzen aber auch das amerikanische DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Depersonalisation

Lukas, B. (2003). Das Gefühl, ein No-Body zu sein. Depersonalisation, Dissoziation und Trauma. Eine Einführung für Therapeuten und Betroffene. Junfermann. Paderborn.

Meyer, J.-E., Hrsg. (1968). Depersonalisation. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Neun H. u. Dümpelmann, M; Depersonalisation, In: Der Eigene Körper als Objekt, 2000, 2. Auflage, Psychosozial-Verlag

Dissoziation

Scharfetter, Ch. (1999). Dissoziation, Split, Fragmentation. Huber, Bern.

Fiedler, P. (2002). Dissoziative Störungen. Hogrefe, Göttingen.

Eckhardt-Henn, A., Hoffmann, S.O. (2004). Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart. Besprechung

Phillips, M., Frederick, C. (2003). Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg. Besprechung

Reddemann, L., Hofmann, A., Gast, U., Hrsg. (2004). Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Thieme, Stuttgart. Besprechung

Dissoziative Identitätsstruktur (früher Multiple Persönlichkeit)

Deistler, I., Vogler, A. (2002). Dissoziative Identitätsstörung. Junfermann, Paderborn.

Huber, M. (1995). Multiple Persönlichkeiten. Fischer, Frankfurt.

Lüderitz, S. (2005). Wenn die Seele zersplittert. Im Grenzbereich von Vernichtung und Überleben. Auswirkungen auf Behandlungskonzepte der Dissoziativen Identitätsstörung. Junfermann, Paderborn.

Steinberg, M. (2000). Stranger in the Mirror. HarperCollins, New York.

Putnam, Frank W.; Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung, 2003, Junfermann

Temminghoff, W. (1999). Eine-Sein! Viele-Sein! Eine werden? Psychiatrie-Verlag, Bonn. (Dissertation)Besprechung

Trauma

Hantke, L. (1999). Trauma und Dissoziation. Wissenschaftlicher Verlag Berlin, Berlin. (veröffentlichte Diplomarbeit). Huber, M. (2003).Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Junfermann, Paderborn. Besprechung

Huber, M. (2003). Wege der Traumabehandlung. Teil 2. Junfermann, Paderborn. Besprechung

Borderline

Knuf, A., Hrsg. (2002). *Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline*. Psychiatrie-Verlag, Bonn. *Erfahrungsberichte von Betroffenen. Besprechung*

Rahn, E. (2001). *Borderline. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Psychiatrie-Verlag, Bonn. *Besprechung*

Steiner, J. (1998). *Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisationen bei psychotischen neurotischen und Borderline-Patienten*, Klett-Cotta, Stuttgart

Andere Bücher, die sich mit Entfremdung, Isolation, Einsamkeit oder anderen Wirklichkeiten beschäftigen (auch für KlientInnen, die eine Sprache für ihr Erleben suchen):

Auster, P. (1990). *The New York Trilogy*. Penguin, New York.

Bachmann, I. (1980). *Malina*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Brauns, A. (2002). *Buntschatten und Fledermäuse. Leben in einer anderen Welt*. Hoffmann und Campe, 2002, Hamburg. *Buchbesprechung: Besprechung*

Carroll, L. (1971). *Alice in Wonderland*. [Alice im Wunderland]. Norton & Company, New York.

Carver, R. (1985). *The Stories of Raymond Carver*. Pan Books Ltd., London.

Drakulic, S. (1999). *Als gäbe es mich nicht*. Aufbau-Verlag, Berlin.

Kafka, F. (1992). *Das Schloß*. Fischer, Frankfurt am Main.

Kesey, K. (1964). *One Flew over the Cuckoo's Nest*. [Einer flog über das Kuckucksnest]. The Viking Press, New York.

Miller, Alice (1983): *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*. Suhrkamp TB 950

Miller, A. (1998). *Die Gabe des Schmerzes*. Paul Zsolnay Verlag, Wien. Ein Buch über einen Menschen, der von Geburt an keinen Schmerz oder Gefühle empfinden kann.

Palmen, C. (1995). *Die Gesetze, Diogenes*, Zürich.

Pirsig, R. (1977). *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. [Zen und die Kunst ein Motorrad zu warten]. Corgi, London.

Pessoa, F. (1987). *Das Buch der Unruhe*. Fischer, Frankfurt.

Ruff, M. (2004). *Ich und die anderen*. Hanser, München. *Besprechung*

Sartre, J.-P. (1985). *Der Ekel*. Rowohlt, Reinbek.

Süskind, P. (1985). *Das Parfum. Diogenes*, Zürich. Ziemlich bekannt, trotzdem nochmal unter einer anderen Perspektive des Alleinseins lesbar.

Segal, S. (1997). *Kollision mit der Unendlichkeit. Ein Leben jenseits des persönlichen Selbst*. Context Verlag, Bielefeld.

LITERATUREXZERPTE ZU DIVERSEN STÖRUNGEN DER ICH-INTEGRITÄT

WURMSER: DIE MASKE DER SCHAM

Scham entsteht, wenn in den Bereich der Würde eingedrungen wird - in die Intimsphäre. Das Überschreiten der Grenze, über die hinaus man seine Macht nicht ausdehnen darf, führt zu Schuld. Der dessen Intimgrenze verletzt wird, fühlt Scham - der Überschreitende Schuld (und Scham, wenn er sich mit dem anderen identifiziert). Scham verdeckt und verhüllt Schwäche. Wenn ein Schritt der Zuwendung, der nicht als Eindringen gedacht war, mit Hohn abgewehrt oder ignoriert wird, dann wird das zum Anlass heftiger Beschämung. **Das radikale Verlassenwerden als in seinem innersten Bereich zurückgewiesen werden wird als Verschwinden des Selbst empfunden.** Wenn die faszinierende Macht der eigenen sexuellen Aktivität sichergestellt ist, gibt es keine Scham. **Scham ist eine Wächterin, die den Kern der Integrität schützt** - die intensivsten Gefühle, sexuellen Wünsche, Erlebnisse und Körperteile. Scham kann auch als Signal dienen, das vor einer möglicherweise folgenden intensiven Zurückweisung warnt, damit sie nicht traumatische Ausmaße erreicht. Schamangst ist die Furcht eines plötzlichen Bruchs einer vertrauensvollen Beziehung. **Alleine gelassen, folgt Entfremdung von der Welt und vom Selbst (Totstellreflex, Depersonalisation).**

Scham ist der am leichtesten sich generalisierende, am schnellsten sich ausbreitende und überflutende von allen Affekten - unendlicher Regress der Scham infolge der Scham. Man schämt sich sowohl seiner Sprechweise als auch des Inhalts des Gesagten (Inhalt und Funktion des sich Zeigens).

Sexualität: es gibt keinen anderen Zustand, wo der Mensch gleichermaßen verwundbar wäre, die übliche Kontrolle über seine Affekte, Handlungen und Ausdrucksbewegungen fallen lässt, sein Selbst schutzlos dem anderen überliefert; massive Konflikte zwischen Selbstbehauptung und Selbstauslöschung

Schamangst führt zu Verstecken und Verschwinden (Erstarren, vergessen, Wandel des Charakters, Tagträume)

4 Leitsymptome des Schamsyndroms

- schwere **Depersonalisation und Derealisation** (als ob - Qualität; ich tue nur so)
- **Depression** (Gefühl totaler Wertlosigkeit), wechselnd mit Hochphasen (z.B. wenn gehungert wird)
- **Esstörungen**
- **Denkstörungen** (Annahme magischer Mächtigkeit; bei hysterischen Formen milde)

Familie

- Spaltung zwischen physischer Zurschaustellung und körperlicher Intimität auf der einen und dem Verbergen von Gefühlen und Zunahme an kommunikativer Distanz auf der anderen Seite.
- Benutzen des Kindes für exhibitionistische Zwecke (Prestigesymbol; Heilmittel für den verletzten Narzissmus der Eltern)
- Verschleierung der hochambivalenten Gefühle und der großen Abhängigkeit und Wut
- Scham schützt gegen Zurschaustellung und exhibitionistischen Missbrauch des Kindes in der Gesellschaft
- Das Kind muss eine rigide Rolle spielen, um anerkannt zu werden (Musterkind)
- Das Leben wird von Verstecken, Verleugnen und Lüge überschattet
- Wut als Versuch auszubrechen

Depersonalisation

- zuerst Scham - dann Unwirklichkeit; als-ob-Qualität (beim Versagen der Ziele oder Ideale)
- oft Selbstbeobachtung mit den Augen eines kritischen Beobachters
- ich möchte etwas anderes und woanders sein: es darf nicht wahr sein
- **das Symptom der Depersonalisation ist verleugnete Scham**
- Scham dient teilweise als Deckaffekt gegen verleugneten Kummer - Trauer wird nicht zugelassen
- Verlust des guten Objekts (Trennung, Tod, Zurückweisung)
- Verlust des Selbst (wenn eine wichtige Beziehung zugrundegeht, werden Kummer und Traurigkeit verleugnet)
- Erstarrung in der Sehnsucht nach dem verlorenen Ideal und der zornigen Abwendung von seiner lebendigen Umgebung

WATKINS: EGO-STATES

Verbindung hypnotherapeutischer Techniken mit psychoanalytischen Konzepten; Hypnose = ein Instrument, mit dessen Hilfe Energien in Bewegung gesetzt und verändert werden können; erleichtert die Verteilung von Objekt-Energien und Ich-Energien

- **Multiplizität** = Ergebnis exzessiver Anpassungs- und Abwehrprozesse
- **Komplex** = eine Gruppe aneinander gelagerter unbewusster Gedankenvorstellungen; der Komplex hat die Person (Jung);
- **Ich-Zustände** = organisiertes Verhaltens- und Erfahrungssystem, dessen Elemente durch ein gemeinsames Prinzip zusammengehalten werden und das von anderen Ich-Zuständen durch eine mehr oder weniger durchlässige Grenze getrennt ist. Es ist notwendig, Zugang zu kindlichen Ich-Zuständen suchen !
- **Archetypen** = dauerhafte verborgene Strukturen im kollektiven oder ethnischen Unbewussten (Jung)

Federn:

- Die menschliche Existenz ist ein Aufeinanderwirken, eine Wechselwirkung zwischen einer Entität, die mit Ich- oder Selbstenergie erfüllt ist, und einem Element, das von einem Objekt oder einer Nicht-Selbst-Energie „besetzt“ ist.
- **Objektbesetzung** = eine, von außen kommende, auf ein „Es“ bezogene Energie, die aufgrund ihrer Besetzung dafür sorgt, dass das so besetzte Element oder jeder auf diese Weise besetzte psychische Vorgang als „Nicht-Ich“ erfahren wird. Die Frage, ob eine innere Repräsentanz zu einem Objekt oder zu einem Subjekt wird, hängt also von der Art der Energie ab, mit der sie besetzt ist.
- **Ichbesetzung** = alles, was mit Selbst-Energie besetzt ist, wird als innerhalb des eigenen Selbst befindlich erlebt
- **Selbst** = eine Energie und kein Inhalt; Merkmal dieser Energie ist das Gefühl des Selbst; Ichgefühl, das auch bleibt, wenn alle gedanklichen Inhalte fehlen; als Energie ist sie in der Lage, einen Prozess zu aktivieren; als Selbst-Energie hat sie die Eigenschaft das, was durch sie besetzt ist, mit dem Gefühl des Selbst zu erfüllen = Ich-Gefühl (so wie verschiedenes mit einer bestimmten Farbe gestrichen werden kann)
- **Kern-Selbst** = so etwas wie ein Lagerhaus der Selbst-Energie, die dann in Ich-Zustände verlegt oder in Reserve gehalten wird

- **Ich-Gefühl** = das Gesamtgefühl der eigenen lebendigen Person;
- **Selbst-Abkömmlinge** = mentale und physiologische Entitäten, die mit Selbst-Energie besetzt worden sind
- **Libido** = eine integrierende, aufbauende Kraft; ermöglicht kognitive Integration
- **Mortido** = eine trennende, zerstörende Kraft; ermöglicht Differenzierung
- **Kern des Ich** = mit Ich-Besetzungsenergien aufgeladen; seine Grenzen bestehen aus Objektbesetzungen oder mortidinalen Ich-Besetzungen, die aufgrund ihrer Abstoßungskräfte den Innenraum des Selbst schützen und das Nicht-Selbst nach draußen verweisen.
- **Derealisation** = wenn ein Teil des Körpers mit mehr Objektenergie als mit Ich-Energie besetzt ist, dann fühlt er sich fremd an, so als ob es nicht Teil des „Ich“ wäre. (hysterische Taubheit oder Lähmung)
- **Depersonalisation** = wenn bewusste psychische Selbst-Elemente keine genügende Ich-Besetzung erfahren; hat in ihren extremen Formen jenes Entsetzen zur Folge, das Psychotiker ergreift mit dem Gefühl, ihr Selbst zu verlieren
- **Dissoziation** = eine normale Reaktion, die vor Angst machenden Situationen schützt und Furcht verringert; verlegt ein Konfliktfeld in unserem Inneren nach außen - Beobachter, nicht Teilnehmer einer gefährlichen Situation sein; Prozess des Trennens und Differenzierens; pathologisch: wenn der Prozess des Trennens und Differenzierens exzessiv wird und nicht mehr der Anpassung dient; ein Teil des Selbst wird abgespalten und wird zum Objekt;
- **Halluzination** = Pseudowahrnehmung; der Psychotiker erlebt die eigenen Gedanken als Objekt

Intellektuelle Einsicht:

- Auf sich blicken - aber so, als habe man ein Bild vor sich; nicht jene vollständigen Erfahrungen, die eine Neuorganisation ermöglichen und zum dauerhaften Verschwinden der Symptome führen
- Einsicht führt zu wirklicher dauerhafter Veränderung = das kognitive Verständnis zuvor unbewusster Erinnerungen und ihrer Bedeutungen (Freud)
- das Selbst muss zum Subjekt werden

Entwicklung von Ich-Zuständen:

- durch **normale Differenzierung** (Muster von Verhaltensweisen; flexibel und durchlässig; ökonomisch - stellen angemessene Verhaltensweisen bereit
- aufgrund der **Introjektion** bedeutsamer anderer errichtet das Kind Verhaltensmuster, die sobald sie eine Ich-Besetzung erfahren, zu Rollen werden, und sobald sie eine Objektbesetzung erfahren, innere Objekte repräsentieren, mit denen es in Beziehung treten und interagieren muss. Objekt-Besetzung dieser Internalisierungen = Leiden; Ich-Besetzung = Identifikation
- verborgene Ich-Zustände können bei normalen Menschen manchmal die Ursache von vorübergehenden Störungen, wie Angstanfälle oder psychosomatische Schmerzen sein oder das Verhalten beeinträchtigen (????)
- bei einem schweren **Trauma** kann es zur **Dissoziation** kommen; Besetzung eines Teils seiner Selbst mit Objekt-Energie

Multiple Persönlichkeit:

- schweres Trauma
- Schmerz abspalten; Entstehen von Alter-Personen, die dann hoch motiviert sind, ihre Existenz zu bewahren und zu schützen
- Widerstand; es ist leichter, die Motivationen eines Ich-Zustands zu modifizieren und sein Verhalten ins Konstruktive zu verändern als seine völlige Eliminierung anzustreben
- Ursprünglich entstand der Ich-Zustand, um die Anpassungsfähigkeit zu erhöhen; er hatte Bestand weil er erfolgreich war; positive Verstärkung
- Erkennen, wie sich die frühere Umgebung von der heutigen unterscheidet
- Veränderung des inneren Gleichgewichts der Ich-Zustände
- Neue Ich-Zustände werden aktiviert (geringfügige Änderungen von Haltung, Stimmlage, Mimik, Gestik)
- Heute: dissoziative Identitätsstörung (DSM IV) - die Alter-Zustände werden eher als Fragmente einer einzigen Persönlichkeit betrachtet und nicht mehr so als getrennte Persönlichkeiten
- MPS-Patienten befinden sich in einem spontanen hypnotischen Zustand, sobald ihre Alter-Persönlichkeiten auftauchen

Amnesien = treten häufig bei multiplen Persönlichkeiten auf; Nichtwiedererkennen; Überprüfung der unerträglichen Situation

Kindesmissbrauch = scheint die wichtigste Ursache für die Entwicklung einer multiplen Persönlichkeitsstörung zu sein; Kind kann sterben oder sich desintegrieren (Psychose) oder dissoziieren (die intelligenteste und der Anpassung am meisten dienliche Reaktion)

Alter-Personen:

- denken, reagieren und verhalten sich ähnlich wie verborgene Ich-Zustände, die unter Hypnose aktiviert worden sind; aber extremer; haben ein begrenzteres Wissen, eine eingengtere Perspektive; Denken ist oft kindlich und konkret; die kognitiven Prozesse sind eher starr
- Wechsel der Zustände ist eine Frage der Energieverschiebung
- In dem Maß, in dem das gesamte Individuum eine stärkere Integration erfährt, verschwinden diese Fragmente oder verbinden sich mit größeren Entitäten
- Umgang mit bösen Alter-Personen: ihnen einen weiteren Horizont anbieten, das ihr Denken über ihre ursprünglichen, starren und konkreten Grenzen hinausführt

Haltung TherapeutInnen:

- davon ausgehen, dass „alle“ zuhören
- keinen Ich-Zustand vollständig beseitigen wollen
- gegenüber böartigen Ich-Zuständen: die Überzeugungskraft der Furchtlosigkeit, begleitet von fürsorglichem Verstehen
- zuerst folgen - dann führen
- das nährend Element muss aus dem Inneren des Patienten kommen
- Wut auf den Therapeuten einbeziehen
- Ich-Zustände höflich behandeln
- Sich der Unterstützung der anderen Ich-Zustände versichern
- Keine Verschmelzung anstreben
- Integration = Kooperation - Anerkennung unterschiedlicher Bedürfnis

Differenzierungs-Dissoziations-Kontinuum:

- Normal/ gut angepasst - neurotisch - Borderline-Persönlichkeit - multiple Persönlichkeit
- Adaptive Differenzierung - Abwehr - pathologische Dissoziation

Stress:

- Bedrohung ist psychischer Art - der Körper reagiert jedoch, als ob es sich um eine körperliche Bedrohung handeln würde
- **Affektbrücke** = dem Ursprung eines unangemessenen Gefühls in der Gegenwart auf die Spur kommen
- **Somatische Brücke** = sich statt auf den Affekt auf den Teil des Körpers konzentrieren, in dem dieser Affekt am stärksten zu spüren ist; das körperliche Symptom für sich sprechen lassen

Schmerz:

- manche Ich-Zustände sträuben sich, den Schmerz loszulassen, aus Furcht, sie könnten verschwinden
- manche wehren sich, den Schmerz in sich zurückzunehmen

Ego-State - Therapie:

- **Nutzung von Techniken aus der Einzeltherapie sowie der familien- und Gruppentherapie, um Konflikte zwischen den verschiedenen Ich-Zuständen, die eine „Selbst-Familie“ innerhalb eines einzigen Individuums darstellen, zu lösen.**
- nicht aufgrund von Suggestion ein Kunstprodukt erschaffen
- keinen Namen vorschlagen
- multipel = nur dann, wenn die Ich-Zustände spontan, d.h. ohne Anwendung von Hypnose zutage treten; Amnesie;
- Veränderung = Einheiten werden integriert; die Grenzen, die zur Dissoziation geführt hatten, werden durchlässig; das frühere Verhalten kann als Teil des Selbst erfahren werden
- Kein Streben nach vollständiger Verschmelzung; eher die Starrheit der Grenzen lockern; die Konflikte zwischen ihnen vermindern; das gegenseitige Verständnis aufgrund von Kommunikation fördern und verbessern - Familientherapie !
- Ursprünglichen Bedürfnissen eine konstruktive Richtung geben
- Alter-Personen verschwinden, verschmelzen mit anderen
- Ich-Zustände, zwischen denen eine kognitive Dissonanz besteht oder die widersprüchliche Ziele verfolgen, entwickeln oft Konflikte untereinander; stark mit Energie aufgeladen; starre Grenzen - ev. Entwicklung einer multiplen Persönlichkeit
- Menschen neigen dazu, Figuren in ihrem gegenwärtigen Leben so wahrzunehmen und auf sie zu reagieren, als ob es sich dabei um bedeutsame Individuen aus ihrem früheren Leben handeln würde
- Ich-Zustände tendieren dazu, Muster, die sie äußerlich erfahren haben, als der Patient noch Kind war, innerlich zu wiederholen.
- Wiedererleben der Vergangenheit
- Ego-State-Therapie verstärkt die Dissoziation nicht - die Dissoziation wird durchlässiger

Darstellung verschiedener Techniken

- Kontaktaufnahme; Vertrauen
- Sich einen Überblick über die Interaktionen schaffen
- Keine Verstärkung der Dissoziation!
- Tisch in einem Raum; in der Hypnose wird beschrieben, wer hereinkommt und Platz nimmt - und was dann geschieht

- Gespräch mit dem objektiven Beobachter (Co-Therapeut; innerer Geist; höheres Selbst)
- Innere Konflikte lösen; Dialog;
- nicht vorschlagen, was gesagt werden soll !;
- keine zerstörerischen Aktionen von Ich-Zuständen gegeneinander bestärken - eher (wie in einer Fth) mit ihnen einzeln sprechen
- Verwendung von Übergangsobjekten bei kindlichen Zuständen (Bär)
- Techniken der Abreaktion: Freisetzung gebundener Emotionen durch Ausdruck (mit ganzem Klienten oder Ich-Zustand); Wiedererleben der traumatischen Erfahrung; Konfrontation mit der bedrohlichen Situation; Stärkung des Ich/ Ermutigung zum Abreagieren; das Schlimmste = eine halbherzige Abreaktion; Vollständigkeit - Abschluss (erst wenn die Emotionen sich erschöpft haben); VORSICHT!
- Technik des sicheren Raums; Suche nach dem inneren Kern der Stärke; Sicherheitskokon = Tricks zur Verbesserung der Situation; letztlich muss die Situation durch das innere System verbessert werden
- Das ideale Selbst: Zukunftsbilder explorieren
- Nicht-hypnotische Technik mit Hilfe von Stühlen: um gemischte Gefühle zu unterscheiden: Klient auf einem Stuhl - Therapeut mit Block daneben, schreibt auf; beide auf nächsten Stuhl; Th. Soll auf keinem bereits benutzten Stuhl sitzen; dann mit Blick auf die Stuhl - vorlesen, was bei Stuhl 1 gesagt wurde - wie ist Stuhl 1 denn so? - aufschreiben; Namen oder Bezeichnung; Alter ...; Zettel auf Stühle; Stellen der Stühle; Kl setzt sich mit Beschreibung auf einen Stuhl und redet mit einem anderen; Th muss präsent sein (S. 176)

HACKING, IAN (1995), MULTIPLE PERSÖNLICHKEIT. ZUR GESCHICHTE DER SEELE IN DER MODERNE, HANSER, MÜNCHEN – WIEN

- 1982: Epidemie der multiplen Persönlichkeit; 10 Jahre davor noch eine reine Kuriosität
- gibt es sie?
- Konnex zur Bedeutung, die der sexuelle Missbrauch gewonnen hat
- Multiple Persönlichkeit ist etwas ganz anderes als Schizophrenie; diagnostische Überlegungen
- 2 konkurrierende Arten der Klassifikation von Geisteskrankheiten: Symptommhäufungen oder Ursachen
- **der Bereich der multiplen Persönlichkeit wurde durch die kausale Idee gefestigt, dass Multiplizität ein Verarbeitungs- oder Bewältigungsmechanismus sei, eine Reaktion auf ein frühes und wiederholtes Trauma, häufig sexueller Art; verantwortlich für die Krankheit ist jemand anders.**
- Feminismus; das Engagement für die multiple Persönlichkeit wird zu einem gesellschaftlichen Engagement; moralische Überzeugungen; populistisch und bodenständig; buntes Gemisch von Gläubigen; immer bizarrere Ereignisse wurden erinnert; viel Ausagieren von Phantasien
- False memory Syndrome Foundation
- **Er will wissen, wie diese Ideenkonfiguration zustande kam und wie sie unser Leben, unsere Gewohnheiten und unsere Wissenschaft geschaffen und geprägt hat.**
- Begriff der Störung = Code für eine Welt, die in Ordnung sein sollte; die wahre Person wird durch Unordnung zerrissen
- **Das Problem ist nicht, mehr als eine Persönlichkeit zu haben; es liegt vielmehr darin, weniger als eine Persönlichkeit zu haben (D. Spiegel 1993); es geht um Integration - nicht um Vermehrung von Persönlichkeiten**
- Diagnoseentwicklung: Von der multiplen Persönlichkeit zu den Persönlichkeitszuständen (dissoziative Störung); **Diagnose: S. 29f;** DSM III setzt die Existenz mehrerer Persönlichkeiten

- voraus; 1994 verlangen wir nur noch die Präsenz - die Menschen erleben sich so als wären sie 12; die Hauptstörung ist der Zerfall des Identitätsgefühls; die Alter-Personen werden den Wahnvorstellungen ähnlicher gemacht, näher gerückt an die Schizophrenie
- **Früher hatten Multiple weniger Personen als heute; Veränderungen in den Erwartungen der Ärzte, die auf die Patienten zurückwirken**
 - schwere Depressionen; Fehlen von Stücken von Zeit; Erzählungen passen nicht richtig zusammen; Kopfschmerzen; Schlafstörungen; Alpträume; nebulöse Erinnerungen an verstörende Ereignisse; vor dem Erwachen Halluzinationen; Lebensgeschichte, die von Alkoholismus und Drogensucht gekennzeichnet ist; Stimmen aus dem Inneren des eigenen Kopfes; Gegensätze (gehemmt - ausagierend)
 - Heute: viel mehr Persönlichkeiten; „wir“
 - Multiple sind leicht hypnotisierbar
 - Prototyp eines Multiplen der 80er Jahre: S. 48
 - Schritte: zu gegenseitigem Respekt veranlassen; hilfreiche Alter-Personen
 - Fokus sexueller Missbrauch und Inzest - Fokus multiple Persönlichkeit: **Alter-Personen sind zeugen für den Missbrauch**
 - **Multipel sein wird zur Lebensweise**; Bewegung der multiplen Persönlichkeit; Sprache der Befreiung; amerikanische Obsession für den Kindesmissbrauch
 - Regeln für Eltern, wenn sie eine multiple Tochter haben wollen: S. 65
 - Verbindung mit Spiritismus und Seelenwanderung; manche Alter-Persönlichkeiten hielt man für Geister (19.Jrdt)
 - 1876: Frankreich - Welle der Doppelpersönlichkeit; rechtliche und moralische Fragen i.B. Verbrechen
 - 80er: MP werden zum Gemeinplatz; es wird ausgiebig von der Hypnose Gebrauch gemacht; Gesellschaften und Kliniken gegründet; wer bekommt das Eigentumsrecht an der Krankheit - hochqualifizierte Kliniker oder die populistische Allianz aus Patienten und Therapeuten mit einer Multiplenkultur; False Memory Foundation ist der gemeinsame Feind
 - Überlegungen zum Kindesmissbrauch, Grausamkeit gegenüber Kindern usw.; die Annahme veranlasst Menschen dazu, ihre Vergangenheit neu zu beschreiben; sie erklären ihr Verhalten anders und haben ein anderes Selbstgefühl S. 76ff
 - Geschlecht: weitaus mehr Multiple sind Frauen - auch bei Doppelbewusstsein oder alternierenden Persönlichkeiten; früher wurde behauptet, sie hätten Symptome der Hysterie; vielleicht diagnostizieren wir männliche Multiple nicht (vielleicht sind sie eher im System der Strafjustiz zu finden); man spielt dann das Sprachspiel der jeweiligen Institution, in der man sich befindet;
 - wir suchen ja auch nicht nach weiblichen Schizophrenen; trotzdem werden in Zukunft mehr männliche Multiple diagnostiziert werden - einfach weil das Bedürfnis danach besteht
 - Prototyp multiple Frauen - Ende 18.Jrdt: eine der Alter jünger, oft ein Kind und lebendiger; Ambivalenz bezüglich der Sexualität
 - Prototyp Ende 20. Jhd: mehrere Verfolger, 1-2 Beschützer; 16 oder mehr; Abnahme der Zahl der gegengeschlechtlichen Alter, ebenso jene, die sich von der Wirtsperson noch in anderen Hinsichten abhoben; häufig schlimme Stereotype

STEINER, J. (1998) ORTE DES SEELISCHEN RÜCKZUGS. PATHOLOGISCHE ORGANISATIONEN BEI PSYCHOTISCHEN, NEUROTISCHEN UND BORDERLINE-PATIENTEN. KLETT, STUTTGART

- Basis: Melanie Klein
- **seelische Rückzugszustände** spiegeln die Aktivität pathologischer Persönlichkeitsorganisationen wider - Abwehrformationen und hochstrukturierte enggeknapfte Systeme von Objektbeziehungen
- das **Ziel** ist, Teile des Selbst, die durch projektive Identifizierung verlorengegangen sind, wieder zurück zu gewinnen
- ein seelischer Rückzug verschafft dem Patienten einen Raum relativer Ruhe und Schutz vor innerer Spannung, sobald tiefergehender Kontakt mit dem Therapeuten (im Buch immer „Analytiker“) bedrohlich erlebt wird
- **Formen des Rückzugs:** gewohnheitsmäßiger und wahlloser Rückzug; dauerhaftes Verharren; distanzierte Formen schizoider Überheblichkeit; Angebot eines falschen Kontakts
- die Entlastung, welche der Rückzug gewährt, wird mit Isolation, Stagnation und - Abgeschiedenheit bezahlt; trotzdem wird der Rückzug manchmal auch idealisiert; im Vergleich zu noch schwimmern Zuständen ist er oft die einzige Alternative gegen die Angst
- die Vermeidung des Kontakts mit dem Therapeuten dient zugleich der Vermeidung des Kontakts mit der Wirklichkeit
- im Individuum ist oft etwas sehr Vernichtendes und Zerstörerisches angelegt, das seine Integrität bedroht, wenn es nicht ausreichend gebunden wird; Abwehrorganisationen dienen dazu, primitive Destruktivität zu neutralisieren und zu kontrollieren;
- **pathologische Abwehrorganisationen** stellen einen Kompromiss dar - sie dienen sowohl dem Ausdruck als auch der Abwehr von Destruktivität, entstellen aber die Persönlichkeit, unterbinden den Kontakt mit der Wirklichkeit und behindern Wachstum und Entwicklung
- beim Normalen werden sie ins Spiel gebracht, wenn die Angst unerträglich wird und nach überstandener Krise wieder aufgegeben; bei schwer gestörten Patienten beherrschen sie die Persönlichkeit; sie dienen als Flickstelle für beschädigte Ich-Anteile und greifen das eigene Denken destruktiv an
- **projektive Identifizierung** = führt zu einem narzisstischen Typus von Objektbeziehung; ein Teil des Selbst wird abgespalten und in das Objekt projiziert, wobei es diesem zugeschrieben und geleugnet wird, dass es in Wirklichkeit zum Subjekt gehört; sie bildet an sich die Grundlage für jede Form empathischer Kommunikation (hineinversetzen); wichtig ist, dass wir zu projektiven Identifizierungen in einer reversiblen und flexiblen weise fähig sind; in vielen pathologischen Zuständen ist diese Reversibilität aufgehoben - bestimmte Aspekte der Persönlichkeit werden dauerhaft in den Objekten untergebracht. Die Folge ist eine Entleerung des Ich, das den Zugang zu Teilen des Selbst verliert; gleichzeitig wird das Objekt entstellt. Das Ergebnis ist die Erschaffung eines komplizierten Netzwerks von Objektbeziehungen, wobei jedes Objekt abgespaltene Selbstanteile enthält und die Gruppe als ganzes durch komplexe Beziehungen zusammengehalten wird.
- Die **Rückgewinnung** der durch projektive Identifikation verlorenen Teile des Selbst setzt voraus, dass das Individuum klar erkennt, was zum Selbst und was zum Objekt gehört. Diese Unterscheidung wird am deutlichsten durch die Verlusterfahrung eingeführt; im Trauervorgang werden teile des Selbst zurück gewonnen; eine echte Verinnerlichung des Objekts kann nur stattfinden, wenn es als äußeres Objekt aufgegeben wird. Bei Objektbeziehungen, die in eine komplexe Organisation eingebunden sind, sorgen deren Binnenbeziehungen dafür, dass das sehr schwierig wird.

- eine **perverse Pseudoakzeptanz der Wirklichkeit** gehört zu den Faktoren, die den Rückzug für den Patienten so attraktiv machen, sodass er einen ausreichenden Kontakt mit der Wirklichkeit aufrecht erhalten kann, um als „normal“ zu erscheinen, während er gleichzeitig ihren schmerzlichsten Aspekten aus dem Wege geht.
- in der **paranoid-schizoiden** Position bedrohen primitive Ängste das unreife Ich, was zur Mobilisierung primitiver Anwehrformen führt; Spaltung der Objekte in gute und schlechte; Zustände von Verfolgung und Idealisierung; zugleich mit der Objektspaltung vollzieht sich eine ähnliche Spaltung im Ich; Abwehrmechanismen: Spaltung, projektive Identifizierung und Idealisierung; wenig zeitliche Integration - der Verlust des guten Objekts wird wie die Anwesenheit des schlechten Objekts erlebt; konkretistisches Denken; Angst und Rigidität
- normale Spaltung: das noch unreife Kind muss seine chaotischen Erfahrungen irgendwie organisieren; die Spaltung in Gut und Böse liefert eine erste primitive Struktur; Abwechseln der Zustände von Idealisierung und Verfolgung (Säuglingsbeobachtung); im günstigen Fall wird das Ich so weit gestärkt, dass es Ambivalenz zu ertragen vermag; die Spaltung kann dann zum großen Teil zurückgenommen werden und es kommt zu einem Übergang in die depressive Position.
- pathologische Fragmentierung: wenn das Bedrohungsgefühl nicht bewältigt werden kann - extreme Panikzustände mit Erlebnissen von **Depersonalisation und Derealisation**; Patient erlebt sich als in winzige Teile zerstückelt oder sieht sich von fremdartigen Erfahrungen bedroht (Halluzinationen); wenn die Spaltung zusammenbricht, wird die ganze Person von Angst überflutet; pathologische Organisationen werden zur Bindung von Ängsten eingesetzt, die in der Phase pathologischer Fragmentierung entstehen - in einem solchen Zustand können sogar omnipotente Organisationen mit psychotischen Zügen eine gewisse Erleichterung bringen (konkrete Wahnideen sind manchmal leichter zu ertragen als das unbenennbare Grauen des eigenen Zerfalls)
- das Erreichen der **depressiven Position** stellt einen Entwicklungsschritt dar; erstmals werden ganze Objekte wahrgenommen und ambivalente Regungen auf das primäre Objekt gerichtet; wachsende Fähigkeit zur Integration von Erfahrungen; Verlagerung des Hauptinteresses vom Überleben des Selbst hin zur Sorge um das Objekt, von dem sich das Individuum abhängig fühlt; Gefühle von Verlust und Schuld; Trauer
- Bemühungen, das gute Objekt zu behalten und vor Schaden zu bewahren, sind Teil der depressiven Position; Verleugern der Realität des Objektverlusts (wie bei der ersten Trauerphase); das Objekt wird mittels Identifizierung besessen; kritischer Punkt: wenn die Kontrolle über das Objekt aufgegeben werden soll; das Individuum muss der Unfähigkeit, das Objekt zu beschützen, ins Auge sehen; diesem muss erlaubt werden zu sterben; verschiedene Abstufungen hinsichtlich dessen, ob der Verlust befürchtet und verleugnet wird oder aber anerkannt und durch Trauerarbeit bewältigt werden kann; kann die Trauer erfolgreich durchgearbeitet werden, so führt dies zum Erreichen eines Gefühls von Getrenntheit zwischen Selbst und Objekt; jene Teile, die zuvor dem Objekt zugeschrieben wurden, werden an das Ich zurückgegeben; auf diese Weise wird das Objekt realistischer eingeschätzt und nicht länger durch Projektionen des Selbst verzerrt; das Ich erfährt eine Bereicherung durch das Wiedererlangen von Teilen des Selbst, die zuvor entäußert worden waren; von der Angst vor Objektverlust zur bewältigten Erfahrung des Objektverlusts
- was Trauer so schwermacht, ist der Umstand, dass der Patient ein Objekt aufgeben muss, von dem seiner Meinung nach sein Überleben abhängt; wenn das Objekt sterben muss und es zu viele abgespaltene und projizierte Selbstanteile enthält, so fürchtet der Patient, sich in diesem Vorgang selber zu verlieren - er klammert sich an und leugnet den Verlust

- **Rückzug** ist für Steiner zwar ein Ruheplatz, der Entlastung von Angst und seelischem Schmerz gewährt; wirklich vorankommen kann ein Patient aber erst dann, wenn er sich aus dem Rückzug hervorbewegt
- eine **Auswirkung projektiver Identifizierung** ist die, dass sich das Subjekt mit dem Objekt nicht als eigenständiger Person in Beziehung setzt, sondern so, als verhalte es sich zu sich selbst; Aspekte des Objekts, welche nicht in die Projektion passen, werden dabei ignoriert; oder das Objekt wird kontrolliert und dazu überredet, die von ihm erwartete Rolle zu spielen; häufig handelt es sich um ein destruktives Eindringen, das vom Objekt übel genommen wird - es entsteht eine **parasitäre Beziehung**, die vom Patienten idealisiert wird.
- die Struktur einer **pathologischen Organisation** beruht auf Spaltungen innerhalb der Persönlichkeit, die dazu führen, dass Teile des Selbst auf komplexen Wegen Identifikationen und Bündnisse mit Objekten eingehen; Teile des Selbst werden abgespalten und in Objekte projiziert, wo sie für das Selbst nicht mehr zugänglich sind; sie bilden Bausteine, aus denen sich ein Rückzugszustand zusammensetzt, werden zu einer narzisstischen Gruppierung zusammengeschweißt und bilden eine pathologische Persönlichkeitsorganisation; wegen der Unverfügbarkeit der abgespaltenen Anteile wird das Ich in diesem Vorgang geschwächt und aufgrund dieser Schwäche wird es noch abhängiger von der Organisation; der Verlust der Organisation bedeutet für den Patienten die Rückkehr unkontrollierter Panik, die mit Erfahrungen von Fragmentierung und Desintegration seines Selbst und seiner Welt einhergeht; er vermag das Verrückte des so erreichten Rückzugszustands möglicherweise einzusehen, wird ihn aber dennoch jener katastrophalen Angst vorziehen, die er außerhalb des Rückzugs erlebt
- die langfristigen Charakteristika einer **wahnhaften Psychose** sind restaurativer Natur und entstehen im Gefolge einer inneren Katastrophe; **viele psychotische Symptome gehen aus Bemühungen des Patienten hervor, sein beschädigtes Ich wieder herzustellen und eine zerstörte Welt zu rekonstituieren**; der Wahn wird wie ein aufgesetzter Fleck dort gefunden, wo ursprünglich ein Einriss in die Beziehung des Ichs zur Außenwelt entstanden war (Freud): der psychotische Anteil versucht, omnipotente Kontrolle über das Objekt zu behalten, um das Ich zu reparieren, während der neurotische Anteil bestrebt ist, sich der psychischen Realität zu stellen und das Objekt loszulassen.
- **bei der nicht-psychotischen Person wird projektive Identifikation in einer reversiblen Weise verwendet**, sodass es zu einer fortwährenden Bewegung mit Projektion in die Objekte und anschließender Wiederherstellung des Selbst durch Rücknahme der zuvor entäußerten Fragmente kommt; notwendig für die Fähigkeit zu denken und die Realität zu ertragen (Bion)
- **Borderline (Rey)**, nicht als Kategorie von Patienten, sondern als besonderer Aspekt ihrer psychischen Struktur; sie erleben sich weder als ganz innerhalb noch als ganz außerhalb ihrer Objekte, sondern existieren in einem Grenzbereich, der dem entspricht was Steiner seelischen Rückzug nennt; in diesem Bereich sind sie vor Angst geschützt, haben jedoch schwerwiegende Probleme mit ihrer Identität - weder noch; Gruppe von Personen, die in gewisser Weise eine Stabilität ihrer Persönlichkeitsorganisation erreicht haben, innerhalb derer sie ein höchst eingeschränktes, anormales Gefühlsleben führen, das weder neurotisch noch psychotisch ist, sondern einer Art Grenzzustand entspricht.

SKRIPTUM

ISSD-RICHTLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG DER DISSOZIATIVEN IDENTITÄTSSTÖRUNG (MULTIPLE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG) BEI ERWACHSENEN

(Neufassung 1997 - Auszug (Hervorh. S. Klar); ISSD = Internat. Society For The Study Of Dissociation, Dt. Sektion e.V.)

Diese Richtlinien stellen einen Überblick dar über das, was bislang als effektive Behandlung bei DIS (Dissoziative Identitätsstörung) gilt. Sie sollen die klinische Erfahrung der TherapeutInnen nicht grundsätzlich in Frage stellen, sondern sie stellen eine Art Zusammenfassung dessen dar, was DIS-KlientInnen offenbar bislang am besten geholfen hat.

Bei der Komplexität der dissoziativen Störungen sind etwa 20 oder mehr Jahre lang viele KlientInnen fehl diagnostiziert worden. Doch seit etwa einem Jahrzehnt gibt es einen beträchtlichen Fortschritt bei Diagnose und Behandlung der dissoziativen Störungen, die sich widerspiegelt in verstärkter klinischer Anerkennung und Arbeit mit dissoziativen Störungen, zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen zum Thema sowie der Entwicklung spezieller Diagnoseinstrumente.

1 DIAGNOSTIK

Eine genaue klinische Diagnosestellung der dissoziativen Störungen, evtl. ergänzt durch standardisierte Tests ermöglicht eine frühzeitige und angemessenere Behandlung. Eine sorgfältige Untersuchung der KlientIn auf ihren geistig-seelischen Gesamtzustand sowie dissoziative Symptome ist ein wesentlicher Bestandteil des diagnostischen Vorgehens. Insbesondere sollte die KlientIn hinsichtlich folgender Bereiche befragt werden: Amnesien, Fugue-Episoden, Erfahrungen der Derealisation und Depersonalisation, der Identitätskonfusion und / oder Identitätsalteration (Steinberg, 1995), Altersregression, autohypnotischer Erfahrungen, dem Hören (innerer) Stimmen (Putnam, 1991).

Screening-Instrumente: DES, deutsch: FDE (Bernstein & Putnam, 1995) der Dissociation Questionnaire DIS-Q (Vanderlinden & Vandereycken, 1995) und informelle Interview-Leitfäden (Loewenstein, 1991, deutsche Version in Vorbereitung) ... Strukturierte Interviews: Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R) (Steinberg 1994 a, 1994b), Dissociative Disorder Interview Schedule (Ross, 1989, deutsche Version wird derzeit validiert), ein hochstrukturiertes Interview zur Diagnose dissoziativer und anderer, verwandter und co-morbider Störungsbilder.

Die Existenz einer DIS kann sich auch unerwartet während hypnotherapeutischer Behandlung einer anderen Störungsform herausstellen. KlientInnen mit DIS, die mithilfe von Hypnose diagnostiziert wurden, unterscheiden sich hinsichtlich der diagnostischen Kriterien für die Störung sowie ihrer Symptome nicht von DIS-KlientInnen, die ohne die Anwendung von Hypnose diagnostiziert wurden (Ross & Norton, 1989). ... Ein solches Verfahren sollte von TherapeutInnen angewandt werden, die darin eine Ausbildung haben, und **es sollte vermieden werden, suggestive Fragen zu stellen.**

2 BEHANDLUNGSPLANUNG

Behandlungsziele sind Symptomreduzierung, Kontrolle dysfunktionalen Verhaltens, Wiederherstellen von Alltagskompetenz und die Verbesserung von Beziehungen. Diese Ziele sollten immer wieder angesprochen werden, sowohl direkt als auch durch psychotherapeutische Arbeit, die zu

verbesserter Koordination und Integration der mentalen Funktionen beitragen soll. Enge Zusammenarbeit mit anderen medizinischen SpezialistInnen kann erforderlich sein ... Häufige Diagnosen in dieser Kategorie sind zum Beispiel: Süchte, Essstörungen, sexuelle Störungen, emotionale Störungen, Angststörungen

3 EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE PSYCHOTHERAPIE BEI DIS

Integration ist ein generelles Behandlungsziel.

Die DIS-KlientIn ist eine einzige Person, die sich selbst so erlebt, als seien verschiedene Persönlichkeitsanteile von ihr mit einer gewissen Autonomie ausgestattet. **Die KlientIn ist jedoch keine Ansammlung aus unterschiedlichen Leuten, die denselben Körper teilen.** Die Begriffe «Persönlichkeit» und «alter» oder «Innenperson» beziehen sich auf dissoziierte Teile der Psyche, die alternierend das Verhalten der DIS-KlientIn beeinflussen. ... Obwohl die TherapeutIn die Persönlichkeitsanteile häufig anspricht, als seien sie getrennt, ist es **Aufgabe der therapeutischen Arbeit, ein zunehmendes Gefühl innerer Verbundenheit und innerer Beziehung zwischen den alternierenden Persönlichkeitszuständen oder -anteilen zu fördern.** Es ist also kontraproduktiv, die KlientIn dazu zu drängen, daß die zusätzliche alters (Innenpersonen) abspaltet, alternierende Personalitäten zu drängen, Namen anzunehmen, wenn sie vorher keine hatten und unterschiedliche Persönlichkeitsanteile dazu zu drängen, immer elaborierter und autonomer zu werden, als sie bereits in der KlientIn funktionieren. Es ist ebenfalls kontraproduktiv, die KlientIn dazu zu ermutigen, einzelne Persönlichkeitsanteile zu ignorieren oder zu versuchen, sie loszuwerden. Auch sollte die TherapeutIn keine „Lieblinge“ unter den alternierenden Persönlichkeitsanteilen favorisieren oder zerstörerische oder unliebsame Innenpersonen von der Therapie ausschließen, auch wenn solche Schritte manchmal zeitweise in einigen Stadien der Behandlung bei manchen KlientInnen erforderlich erscheinen mögen.

Und schließlich: Die DIS-KlientIn ist eine ganzheitliche Persönlichkeit. Die alternierenden Persönlichkeitsanteile erwachsener KlientInnen teilen sich die Verantwortung für ihr Leben, so wie es jetzt ist. **Im psychotherapeutischen Setting sollten die TherapeutInnen, die mit DIS-KlientInnen arbeiten, generell die gesamte Persönlichkeit für das Verhalten aller Persönlichkeitsanteile als verantwortlich ansehen.**

Rahmenbedingungen für ambulante Behandlung

Die optimale wesentliche Behandlungsmodalität für DIS ist im allgemeinen die **Einzels psychotherapie**. Die TherapeutIn sollte einen **Behandlungsplan** im Kopf haben und ihn mit der KlientIn gemeinsam entwerfen und durchführen, wobei deren Gefühle und Präferenzen im Mittelpunkt stehen sollten. Die Mindestzahl wöchentlicher Sitzungen sollte den funktionellen Status und die Stabilität der KlientIn widerspiegeln. Das Minimum an empfohlener wöchentlicher Frequenz für die durchschnittliche DIS-KlientIn mit einer TherapeutIn von durchschnittlichen Fähigkeiten und Erfahrungen ist **zweimal in der Woche**. Manche Therapien können, besonders bei KlientInnen mit hoher Motivation und Stärke, auf der Basis von einer Sitzung pro Woche durchgeführt werden, wobei die Sitzung entweder eine Therapiestunde oder eine Doppelstunde umfaßt, **auf jeden Fall aber in einem klar definierten zeitlichen Rahmen** durchgeführt werden. Falls mehr als drei Sitzungen pro Woche regelmäßig durchgeführt werden, sollte die TherapeutIn sich des Risikos bewußt sein, regressive Abhängigkeit der KlientIn von der TherapeutIn zu fördern. „Marathonsitzungen“, d.h. Sitzungen, die länger als 100 Minuten dauern, sollten, wenn sie überhaupt stattfinden, **klar geplant, strukturiert und fokussiert** sein.

Stationäre Behandlung

Es gibt eine allgemeine Übereinstimmung dahingehend, daß stationäre Behandlung bei DIS dem Erreichen spezifischer therapeutischer Ziele dienen sollte. Die Behandlung sollte im Kontext einer zielorientierten Strategie eingesetzt werden, um den KlientInnen zu einem stabilen Niveau an Alltagsfunktionen zu verhelfen, damit sie die ambulante Therapie so bald wie möglich wiederaufnehmen können. Dies gilt ebenso für den Fall, daß die Hospitalisierung akut oder geplant, auf einer spezialisierten Traumastation oder in einem psychiatrischen Allgemeinkrankenhaus stattfindet. Man sollte sich bemühen, herauszufinden, welche Faktoren die DIS-KlientIn destabilisiert haben oder sie zu destabilisieren drohen, und festzulegen, was getan werden muß, um die Auswirkungen der (drohenden) Destabilisierung so gering wie möglich zu halten. Optimalerweise sollten diese Interventionen vor dem oder zu Beginn des Klinikaufenthalts geplant und mit der KlientIn vereinbart werden, doch manchmal scheint das nicht möglich zu sein. Häufige Themen der stationären Therapie sind: Geplantes Prozessieren von Traumaerinnerungen, die Konfrontation mit traumatischem Material in der beschützenden Struktur einer Klinikumgebung, die Arbeit mit aggressiven und selbstzerstörerischen Persönlichkeitsanteilen und ihrem Verhalten.

Dekompensation oder mangelnde Verbesserung können unter gewissen Umständen während der und durch die Hospitalisierung vorkommen; Faktoren der Behandlung selbst, die eine Verbesserung der Stabilität der KlientIn behindern können, sind unter anderem: nicht-fokussierte stationäre Behandlung; globale und unrealistische Therapieziele wie etwa „alle Erinnerungen zutage zu fördern“; ein ausschließlicher Focus auf frühere Traumatisierungen unter Ausschluß gegenwärtiger Lebensbedingungen der KlientIn; oder ein Drängen auf rasche Integration zu einem frühen Therapiezeitpunkt.

Gruppentherapie

Manche sind der Überzeugung, daß zeitlich begrenzte Gruppentherapie eine sinnvolle Ergänzung zu Einzelpsychotherapie sein kann, um in der KlientIn ein Gefühl dafür zu fördern, daß sie oder er nicht allein damit ist, mit dissoziativen Symptomen und traumatischen Erinnerungen fertig werden zu müssen. Sorgfältig strukturierte Gruppen mit einem hohen Schlüssel an Betreuungspersonen, einem klaren Focus und klaren zeitlichen Rahmenbedingungen scheinen indiziert zu sein.

Pharmakotherapie

Psychotrope Medikation ist keine primäre Behandlung bei dissoziativen Störungen, doch einige Berichte sprechen sich für die Anwendung verschiedener Medikamente aus, um einige mit Ängsten verbundene dissoziative Symptome, posttraumatische Streßsymptome und koexistierende affektive Symptome oder Störungen zu behandeln. Medikamente verschreibende Ärzte und TherapeutInnen, die mit medikamentös behandelten KlientInnen arbeiten, sollten sich bewußt sein, daß bestimmte Persönlichkeitsanteile in der KlientIn unterschiedliche Reaktionen und Nebenwirkungen auf dasselbe Medikament zeigen können.

Telephonate mit der TherapeutIn

Da viele DIS-KlientInnen zu bestimmten Zeitpunkten in der Behandlung zu Krisen neigen, brauchen sie eine klare Vereinbarung mit der TherapeutIn hinsichtlich der Möglichkeit, sie in Krisenzeiten anzurufen. Generell sind regelmäßige unbegrenzte Telephonkontakte nicht hilfreich; unerlässlich aber sind begrenzte Kontakte, deren Art und Umfang vorher definiert werden sollten. Ob und mit welchem Honorarsatz die Telephonkontakte bezahlt werden müssen, sollte mit der KlientIn vorher vereinbart werden.

Umgang mit zusätzlichen Therapiesitzungen

Zwar sind zusätzliche Therapiesitzungen manchmal erforderlich, doch wenn die KlientIn häufig um solche Zusatztermine bittet oder diese unumgänglich erscheinen, sollte die TherapeutIn überprüfen, ob die KlientIn die vereinbarte Sitzungsfrequenz als für ihre Bedürfnisse angemessen empfindet. Wiederholte Krisen können auch die zu diesem Zeitpunkt möglicherweise vorhandene Schwierigkeit der KlientIn widerspiegeln, außerhalb eines stationären oder teilstationären Settings im Alltag überleben zu können.

Körperkontakt

Körperkontakt mit einer KlientIn ist nicht grundsätzlich eine empfehlenswerte Behandlungstechnik. Generell sollte die TherapeutIn die Bedeutung der Bitte der KlientIn nach Umarmungen, Handhalten und so weiter explorieren, statt diese Bitten ohne sorgfältige Überlegung zu erfüllen. Manche TherapeutInnen sind der Ansicht, daß es bei manchen KlientInnen während geplanter Abreaktionen hilfreich sein kann, ihre Hand zu halten oder ihr die Hand auf den Arm zu legen, um sie in der gegenwärtigen Alltagsrealität zu verankern. Andere TherapeutInnen haben das Gefühl, daß KlientInnen solchen Kontakt falsch interpretieren könnten und vermeiden ihn daher.

Hypnotherapie

DIS-ExpertInnen stimmen allgemein darin überein, daß hypnotische Techniken sinnvoll im **Krisenmanagement** eingesetzt werden können, um KlientInnen dabei zu helfen, spontane Flashbacks zu beenden und sich wieder in der äußeren Welt zu reorientieren, wenn diese Zustände außerhalb therapeutischer Sitzungen aufgetreten sind. ... Unterschiedliche Meinungen bestehen hinsichtlich der Rolle von Hypnose bei der laufenden Psychotherapie. Manche glauben, daß hypnotische Techniken sinnvoll sind, um die Kommunikation zwischen alternierenden Persönlichkeitsanteilen zu fördern oder Persönlichkeitsanteile («alters») dazu zu ermutigen, mit der TherapeutIn zu kommunizieren. Manche glauben, daß hypnotische Techniken sinnvoll sind, um traumatisches Material zu prozessieren; andere sind der Überzeugung, daß hypnosegestütztes Prozessieren von Erinnerungen die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß KlientInnen fälschlich Phantasien für wahre Erinnerungen halten. **Die TherapeutIn muß sich darüber im klaren sein, daß Trancezustände, von der TherapeutIn induziert, bei der KlientIn zu einem ungerechtfertigten Ausmaß an Vertrauen in die Korrektheit der Details des hypnotisch erhaltenen Materials führen kann. Entsprechend sollte die TherapeutIn leitendes oder suggestives Fragen auf ein Minimum beschränken**, da dies sonst in manchen Fällen die Details dessen, was unter Hypnose erinnert wurde, verändern kann. Die therapeutische Anwendung von Hypnose sollte nur mit entsprechender Einwilligung der KlientIn durchgeführt werden, die zuvor über Nutzen, Risiken und Grenzen dieser Methode informiert wurde.

Wahrheit der Erinnerungen an sexuelle Mißhandlungen in der Kindheit

Häufig berichten DIS-KlientInnen von einer Geschichte schwerer und langjähriger **Mißhandlungen in der Kindheit**, einschließlich sexueller Mißhandlungen, beginnend in der Kindheit. Viele DIS-KlientInnen haben bereits zu Beginn der Therapie eine kontinuierliche Erinnerung an manche Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit (Barach, 1996; Ross et al., 1990). Zusätzlich erinnern die meisten weitere vorher unbekannte Mißhandlungsereignisse, wobei die Erinnerungen sowohl in den Therapiesitzungen als auch außerhalb auftreten, manchmal auch vor dem Beginn der Psychotherapie. Eine Diskussion dieser Erinnerungen und ihrer Beziehung zu gegenwärtigen Überzeugungen und Verhaltensweisen ist ein zentraler Aspekt der DIS-Behandlung. ... KlinikerInnen und ForscherInnen haben eine Reihe von Stellungnahmen abgegeben, was die Aufdeckung von Erinnerungen an (sexuelle) Mißbrauchserfahrungen anbetrifft ... All diese Stellungnahmen kamen zu

dem Schluß, daß es möglich ist, daß korrekte Erinnerungen an (sexuelle) Mißhandlungen lange Zeit vergessen werden und sehr viel später im Leben erst wieder erinnert werden können. Sie weisen ebenfalls auf die Möglichkeit hin, daß manche Menschen Pseudo-Erinnerungen konstruieren, und daß TherapeutInnen das Ausmaß, in dem die Erinnerungen einer Person zutreffend sind, in Abwesenheit äußerer Beweise dafür nicht einschätzen können. Die Erinnerungen der KlientIn hinsichtlich ihrer Erfahrungen, als Kind mißhandelt worden zu sein, können ebenso wie ihre Erinnerungen an andere Erfahrungen Wahrheit und Phantasie, konfabulierte Details und Kondensierung verschiedener Ereignisse vermischen. **Eine respektvolle neutrale Einstellung auf seiten der TherapeutIn, gepaart mit großer Sorgfalt, um suggestive und leitende Interview-Techniken zu vermeiden, scheinen den KlientIn die größtmögliche Freiheit zu geben, ihre eigenen Erinnerungen auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu bewerten.**

Umgang mit traumatischen Erinnerungen (Abreaktionen)

Erinnerungen an Traumatisierungen können spontan an die Oberfläche kommen, oder ihr Prozessieren kann geplant werden. ... **Es hilft der KlientIn, wenn die TherapeutIn sie darin unterstützt, Techniken anzuwenden ... um ein Gefühl der Kontrolle über das Auftreten von Traumaerinnerungen zu bekommen.** Wenn KlientInnen spontane Intrusionen traumatischen Bildmaterials erleben, nützen ihnen oft solche Lernstrategien, welche ihnen helfen, das Eindringen und die Auswirkungen traumatischen Materials in ihre Alltagsfunktionen aufzuschieben oder zu kontrollieren. ... KlinikerInnen stimmen darin überein, daß die therapeutische Bearbeitung der Traumaerinnerungen ein wesentlicher Bestandteil der Lösung der dissoziativen Störung darstellt. Traumatisches Material zu ignorieren, bringt es keineswegs zum „Verschwinden“, auch wenn das Timing und die Art der therapeutischen Bearbeitung dieses Materials entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten der jeweiligen KlientIn variieren kann. Die TherapeutIn muß versuchen, der KlientIn dabei zu helfen, sich wieder in der äußeren Realität zu orientieren und das Prozessieren von Traumaerinnerungen zu beenden, bevor die Therapiesitzung zuende ist, doch sie kann die Fähigkeit der KlientIn, sich in der Gegenwart zu reorientieren, nur beeinflussen, nicht aber kontrollieren.

Nonverbale zusätzliche Therapieansätze

Wie andere Überlebende von Traumatisierungen in der Kindheit sprechen DIS-KlientInnen häufig in einzigartiger Weise auf nonverbale Therapieansätze an. Kunsttherapie, Beschäftigungstherapie und Spieltherapie, Bewegungstherapie und angeleitete Freizeit- und Erholungsmaßnahmen haben sich, Berichten zufolge, als hilfreich erwiesen, um Behandlungsziele einschließlich der Integration zu erreichen. Nonverbale Therapiemethoden müssen von entsprechend ausgebildeten Personen durchgeführt, zeitlich abgestimmt und in den allgemeinen Behandlungsplan gut integriert sein. **Viele PsychotherapeutInnen halten nonverbale Techniken (wie das Zeichnen und Malen sowie Tagebuchschreiben der KlientIn) für wertvolle Bestandteile der laufenden Psychotherapie.**

4 PUBLIKATIONEN UND INTERAKTIONEN MIT DEN MEDIEN

Öffentliche Auftritte von KlientInnen mit oder ohne ihre TherapeutInnen, besonders wenn die KlientInnen dazu ermutigt werden, DIS-Phänomene wie Switchen zu zeigen, können bewußt oder unbewußt die KlientIn ausbeuten und Schwierigkeiten für die laufende Psychotherapie mit sich bringen. Es ist daher generell unzulässig, wenn eine TherapeutIn aktiv ihre KlientIn ermutigt, mit ihrer Lebensgeschichte und ihren gegenwärtigen Lebensumständen an die Öffentlichkeit zu treten, besonders, wenn die KlientIn dabei nicht anonym bleiben kann.

5 SPIRITUELLE UND PHILOSOPHISCHE THEMEN DER KLIENTIN

Wie andere Menschen, die durch Menschenhand Gewalt erfahren haben, können DIS-KlientInnen mit Fragen der moralischen Verantwortung, der Bedeutung ihres Leides, der Dualität von Gott und dem Bösen, dem Bedürfnis nach Gerechtigkeit und dem Grundvertrauen in das Gute im Menschen und in der Welt zu kämpfen haben. Wenn KlientInnen solche Themen in die Therapie hineinbringen, besagen die ethischen Standards der verschiedenen Berufsgruppen in der Regel, daß es notwendig ist, die Behandlung so durchzuführen, daß die **TherapeutIn ihre eigenen Wertvorstellungen der KlientIn nicht aufzwingt**. Obwohl manche KlientInnen bestimmte Persönlichkeitsanteile als Dämonen oder als nicht zu sich selbst gehörend betrachten, sollte die TherapeutIn **allen Exorzismus-Ritualen mit extremer Zurückhaltung begegnen**. Exorzismusrituale haben sich nicht als eine effektive Behandlung für DIS erwiesen, sind nachweislich nicht effektiv, um alternierende Persönlichkeitsanteile zu „entfernen“ und haben nachweislich schädliche Effekte gehabt ...

6 KLIENTINNEN ALS ELTERN

Da viele DIS-KlientInnen Schwierigkeiten mit ihrer Rolle als Elternteil haben und eine Minderheit unter ihnen zugibt, ihre Kinder zu mißhandeln, und da bei DIS möglicherweise eine angeborene Disposition zu dissoziieren eine Rolle spielt, empfehlen einige ExpertInnen, daß die Kinder von DIS-KlientInnen von einer TherapeutIn betreut werden sollten, die mit dissoziativen Störungen und Anzeichen für Mißhandlungen vertraut ist. **Andere Familien-Interventionen können ebenfalls indiziert sein, wie etwa Paartherapie und Familientherapie.**

ANHANG 1: UMGANG MIT GRENZEN

Überlebende von (sexueller) Mißhandlung und Vernachlässigung in der Kindheit sind im allgemeinen in Lebensumständen groß geworden, in denen persönliche Grenzen entweder nicht etabliert oder / und ständig verletzt wurden. Aus diesem Grund sollte die **Behandlung in eine therapeutische Beziehung mit klaren Grenzen eingebettet sein**. Die TherapeutIn ist dafür verantwortlich, eine solche therapeutische Beziehung zu definieren, und dabei eine Übereinkunft mit der KlientIn anzustreben und zu erzielen. **Themen, die mit Grenzen und Grenzsetzungen zu tun haben, treten während der Behandlung immer wieder auf**, wobei jeweils verhandelt und darüber diskutiert werden muß. Die meisten ExpertInnen stimmen darin überein, daß die KlientIn eine klare Äußerung bereits kurz nach dem Beginn der Behandlung benötigt, was die Grenzen der therapeutischen Beziehung betrifft. Diese Äußerung mag vielleicht nicht sofort von der KlientIn verstanden werden, es kann mehrere Sitzungen dauern, bis darüber eine Übereinkunft erzielt wird, und es kann erforderlich sein, diese zu mehreren Zeitpunkten in der Therapie zu wiederholen. Die Diskussion um therapeutische Grenzen kann manche oder alle der folgenden Themen umfassen: Länge und Zeitpunkt der Therapiesitzungen, Stundensatz und Bezahlungsmodalitäten, Fragen der Kassenfinanzierung, Schweigepflicht und ihre Grenzen bzw. Ausnahmen, Kontaktaufnahme mit der TherapeutIn zwischen den Sitzungen, Vorgehen bei ggf. notwendigen Klinikaufenthalten, Akte der KlientIn und wer Zugang dazu hat, Körperkontakt (ja oder nein, und falls ja, in welcher Form) zwischen KlientIn und TherapeutIn, Beteiligung von Familienmitgliedern der KlientIn oder anderen für sie wichtigen Personen in der Therapie, Diskussion der Erwartungen der TherapeutIn hinsichtlich der Art, wie die KlientIn mit selbstzerstörerischem Verhalten umgehen sollte, rechtliche Bedingungen für den Einsatz von Hypnose als Teil der Behandlung etc.

Die Behandlung sollte üblicherweise im Therapiezimmer der TherapeutIn stattfinden. Es ist nicht angemessen, wenn eine KlientIn bei der TherapeutIn zu Hause bleibt oder die Familienmitglieder der TherapeutIn fortlaufenden außertherapeutischen Kontakt mit der KlientIn haben. ... Die Behandlung sollte üblicherweise zu vorher vereinbarten Zeiten stattfinden und bis auf klar definierte Ausnahmen eine vorher vereinbarte Länge haben. Die in der Behandlung von DIS erfahrenen KlinikerInnen bemühen sich im allgemeinen, jede Sitzung zum vorher vereinbarten Zeitpunkt zu beenden.

ANHANG 2: GLOSSAR DER DIS-SPEZIFISCHEN TERMINOLOGIE

Abreaktion:

„Eine emotionale Entlastung oder ein Herauslassen von Gefühlen bei oder nach der Erinnerung an eine leidvolle Erfahrung, die unterdrückt war, weil sie bewußt nicht auszuhalten war.“

Alternierende Personalität («alter», «Innenperson», dissoziierter Persönlichkeitsanteil):

Eine getrennte Identität oder ein abgespaltener Persönlichkeitszustand mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster, sich selbst und die Umgebung wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und über sie nachzudenken (modifiziert nach DSM-IV). Es handelt sich um dissoziierte Anteile der Psyche, welche die KlientIn als getrennt voneinander wahrnimmt.

Autohypnose (Selbsthypnose):

Spontane oder bewußt herbeigeführte hypnotische Trancezustände, die eine Person innerhalb ihrer eigenen Psyche hervorbringt. Diese Zustände mögen die eine oder andere oder auch alle der üblichen hypnotischen Phänomene beinhalten, wie etwa Veränderung der Sinneswahrnehmung, Anästhesie, Zeitverzerrung, Entspannung, Altersregression und Veränderungen der physiologischen Funktionen.

Dissoziation:

Ein fortlaufender Prozeß, in dem bestimmte Information (etwa Gefühle, Erinnerungen und Körperempfindungen) von anderen Informationen getrennt gehalten wird, mit denen sie normalerweise logisch verbunden wäre. Dissoziation ist ein psychischer Abwehrmechanismus, der auch psychobiologische Komponenten hat. Im allgemeinen wird ursächlich dafür ein „... normaler Prozeß“ angenommen, „der anfangs von einem Individuum als Abwehr gegen traumatische Erfahrungen eingesetzt wird, und der sich mit der Zeit in einen schlecht angepaßten oder pathologischen Prozeß verwandelt“ (Putnam, 1989, S. 9).

Fusion:

„...der Zeitpunkt, zu dem die alters allem Anschein nach aufgehört haben, getrennt voneinander zu sein...“ (Kluft, 1993, S. 109).

Fusionsrituale:

Therapeutische Verfahren, gewöhnlich mithilfe von Phantasievorstellungen oder Hypnose (manchmal einschließlich der Autohypnose der KlientIn). Die KlientIn erlebt dies so, daß sich ihre «Innenpersonen» oder «alters» miteinander verbinden. Diese Rituale „formalisieren lediglich die subjektive Erfahrung der Arbeit, welche die Therapie schon vollendet hat...“ (Kluft, 1993, S. 120).

Integration:

Ein „fortlaufender Prozeß, alle Aspekte der dissoziativen Getrenntheit aufzulösen, der lange vor dem Zeitpunkt beginnt, an dem es eine Reduktion in der Zahl oder Getrenntheit der Personalitäten gibt; dieser Prozeß läuft auch nach der Fusion weiter auf einem tieferen Niveau, auch nachdem die Personalitäten sich in eine überblendet haben. Der Begriff bezeichnet einen fortlaufenden Prozeß in der Tradition der psychoanalytischen Sichtweisen über strukturelle Veränderung“ (Kluft, 1993, S. 109).

LITERATUR (AUSZUG)

Huber, M. (1995):

Multiple Persönlichkeiten - Überlebende extremer Gewalt, Frankfurt

Putnam, F.W. (1989):

Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York: The Guilford Press

Putnam, F.W. & Loewenstein, R.J. (1993):

Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052

Ross, C.A. (1997):

Dissociative Identity Disorder, Diagnosis, Clinical Features and Treatment of Multiple Personality. New York: John Wiley & Sons

Steinberg, M. (1995):

Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide. Washington, DC: American Psychiatric Press

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995):

Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration, in: *Hypnose und Kognition*, Band 12, Heft 2, S. 34-67

Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993): The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1, 21-27

Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1995):

Hypnose bei Anorexie und Bulimie, München: Quintessenz

ARBEITSBLATT BEZIEHUNGSVERHÄLTNISSE

Beziehungsverhältnisse gestalten sich je nach den Gründen, die zu ihnen geführt haben, unterschiedlich. Grundsätzlich lassen sich bei Lebewesen drei Motive dafür finden zusammenzukommen

- **Geschlechtlichkeit:** Man trifft sich, um sich sexuell fortzupflanzen.
- **Geselligkeit:** Man trifft sich aus sozialen Gründen (um sich miteinander zu vergnügen, in Arbeitsteiligkeit Nahrung zu erwerben oder sich vor Feinden, Kälte, Witterung zu schützen, voneinander zu lernen, etwas miteinander zu produzieren)
- **Jungenaufzucht:** Man trifft sich, um in Funktionsteilung Kinder aufzuziehen. Geschlechtlichkeit muss mit Jungenaufzucht nicht zusammenfallen - gerade in matrilinearen Gesellschaftsformen bleibt der jeweilige Sexualpartner der Frau außerhalb der Familie - beim Aufziehen der Kinder unterstützen die Verwandten der Frau.

Bei Partnerschaften lassen sich je nach Interessenschwerpunkt unterschiedliche Formen unterscheiden (Roussell, Jahr?):

- **Traditionelle Ehe:** Zusammenleben aus Gründen der Existenzsicherung; kaum Scheidungen, weil Ehe das Überleben gewährleistet; gestiftete Ehen;
- **Bündnisehe:** Zusammenleben um eine gesellschaftliche oder religiöse Pflicht zu erfüllen; Orientierung auf ein Drittes (z.B. gemeinsames Ziel); Scheidung mit Schuld und Scham verbunden - Rechtfertigungsgründe
- **Verschmelzungsehe:** Zusammenleben weil man sich i.S. romantischer Liebe gefunden hat und alle Lebensbereiche teilen möchte; Scheidung mit Selbstwertverlust und Sinnlosigkeitsgefühlen verbunden
- **Partnerehe/ Gefährtenschaft:** Zusammenleben weil man sich gut versteht und Interessen teilt; Selbstverwirklichung wichtiger als Zusammensein; Scheidung oft undramatisch und freundschaftlich