

Psychotherapie der dissoziativen Störungen

L. Reddemann, A. Hofmann, U. Gast, Hrsg. Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart: Thieme; 2004. 219 S., flexibler Einband, Fr. 67.–

Alex Ammann

Während anfangs des letzten Jahrhunderts hysterische Störungen zu den meist diskutierten psychiatrischen Störungen gehörten, gerieten diese später fast in Vergessenheit und wurden jahrzehntelang unterdiagnostiziert. Das Buch widerspiegelt das neue Interesse an dissoziativen Störungen im letzten Jahrzehnt, welches durch neugeschaffene Messinstrumente gefördert wurde (v.a. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen [FDS] und strukturiertes klinisches Interview für dissoziative Störungen [SKID-D]).

Dissoziation bezeichnet eine Desintegration (Abspaltung) von (vor allem affektiven) Aspekten des Gedächtnisses, der Wahrnehmung der eigenen Person oder der Umwelt oder – im Extremfall einer komplexen dissoziativen Störung – des eigenen Identitätsempfindens (dissoziative Identitätsstörung, früher als «multiple Persönlichkeitsstörung» bezeichnet). Dissoziation ist damit das Gegenteil der (normalen) Assoziation von Gefühlen mit Wissensinhalten im Gedächtnis. Die Dissoziation wird als funktioneller Schutzmechanismus zur Beibehaltung des seelischen Gleichgewichts in einer schweren Problemsituation oder nach (kindlicher) Traumatisierung verstanden. Als Beispiel einer einfachen dissoziativen Störung sei S. Freuds Anna O. aufgeführt, die aus Abscheu der (Intim-)Körperpflege ihres erkrankten Vaters (= Problem) eine dissoziative Lähmung der rechten Hand (= Schutz vor weiterer psychischer Trau-

matisierung durch die verabscheute Tätigkeit) erlitt.

Dissoziative Symptome treten nicht nur bei dissoziativen Störungen auf, sondern z.B. auch bei posttraumatischen Belastungsstörungen (bei etwa 30%), bei Borderline-Störungen (bei gut 20%), bei Schizophrenien (bei gut 10%) und in der gesunden Population (bei etwa 5%). Die anfangs von Patientinnen¹ mit dissoziativen Störungen genannten Beschwerden sind oft uneindeutig, so dass häufig initial verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Besonders das gerade für dissoziative Störungen typische dichotome (schwarz/weiss) Denken verunsichert diagnostisch. C. Fine stellt die typischen kognitiven Verzerrungen in ihrem Beitrag detailliert dar.

Nach dem einführenden, diagnostischen und epidemiologischen Teil wird im Hauptteil des Buches die Psychotherapie dissoziativer Störungen aus dem Blickwinkel verschiedener Psychotherapieschulen besprochen: Unterschieden werden psychodynamisch-psychoanalytische Ansätze – mit dem Ziel des Aufarbeitens des als verursachend betrachteten, individuellen Traumas und der daraus entstandenen Konflikte und Defizite – von zielorientierten Integrationstechniken, die kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder hypnotherapeutisch die Reintegration der dissoziierten Inhalte anstreben.

Bei beiden Vorgehen wird die Wichtigkeit der therapeutischen Zuwendung zu den Alterpersönlichkeiten, d.h. den dissoziierten Anteilen der Patientin, hervorgehoben. Ebenfalls beide betonen, dass der Assoziationsprozess nicht zu schnell vor sich gehen darf, damit die Patientin nicht überwältigt wird und sich durch Alterpersönlichkeiten in der Folge selbst bestraft. Beim Umgang mit Missbrauchserinnerungen ist daran zu denken, dass immer Erinnerunges wie auch zeitweise Dissoziiertes akkurat, inakkurat oder eine Mischung von beiden sein kann. Geduldige, thera-

peutische Neutralität mit solchen Erinnerungen wie auch gleichzeitige Empathie für die Realität der Patientin sind deshalb essentiell. So beschreibt R. Kluft in seinem Kapitel das Vorgehen, die verschiedenen Persönlichkeitsanteile aufzufordern, Kommentare zu der betroffenen Erinnerung abzugeben, damit die Patientin sich mit dem Wissen der verschiedenen Persönlichkeitsanteile konfrontiert, anstatt dieses zu vermeiden.

Es ist aber davon auszugehen, dass ein Grossteil der Patientinnen mit schweren dissoziativen Störungen frühkindliche Gewalt- und Missbrauchserfahrungen verbunden mit Vernachlässigung und Mangel an Beruhigung und Trost durchgemacht hat. Die dadurch induzierten kognitiven Entwicklungsbehinderungen können viele Lebensbereiche rigide einengend beeinflussen, so dass solche Patientinnen häufig affektiv auffällig und ungenügend flexibel erscheinen. Sie sind zusätzlich auch für künftige Missbrauchserfahrungen prädestiniert, weil sie nicht lernen konnten, sich zu schützen. Traumatherapie setzt eine aktuell traumafreie Umgebung voraus, was entsprechender Klärung zu Therapiebeginn bedarf.

Traumatherapie bedeutet das Zusammenfügen von dissoziierten Kognitionen und Affekten in der Lebensgeschichte der Patientin, was auch immer wieder ein Hinterfragen des bereits Erreichten notwendig macht, ähnlich wie wir dies vom Lösen eines Puzzles kennen. Die Patientin hat so Gelegenheit zu lernen, dass sich ihre heutige Realität von derjenigen ihrer Vergangenheit unterscheidet und findet Möglichkeiten, ihre zwanghaften Schutzmechanismen zu lockern und sie schlussendlich nicht mehr einsetzen zu müssen. Luise Reddemann beschreibt ihren Ansatz der Ressourcennutzung («alles im System fördern!») gerade von schwer kranken Menschen, die ohne Fähigkeit der Selbstregulation gar nicht überlebt hätten. Allerdings werden kreative, dissoziative Leistungen schliesslich für die Pa-

¹ Ich gebrauche die weibliche Form, weil Frauen deutlich häufiger an dissoziativen Störungen leiden.

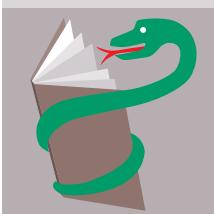
tientin zur Quelle von Leiden. Imaginationen lassen den einzelnen Alterpersönlichkeiten ihren notwendigen Raum und verhindern, dass nicht-kooperative Anteile in der Therapie vergessen werden.

Der dritte Teil des Buches befasst sich mit den forensischen Aspekten valider und

vorgetäuschter Dissoziationen sowie mit Sexualverbrechen an Kindern. Ein Praxisratgeber mit Therapie-Einschätzungs-Skalen und Adressliste (für Deutschland) ist angefügt.

Insgesamt zeigt das Buch sehr gut auf, wie spannend die Arbeit mit dissozierenden

Patientinnen ist, aber auch wie schwierig sie ist. Das Buch ist nicht ein psychotherapeutisches «Kochbuch», sondern eine interessante Lektüre, um sich in dieses Fachgebiet einzulesen.



RELATIONSHIPS

In general practice, we form relationships with patients often before we know what illnesses the patient will have.

Ian R. McWhinney [1]

1 McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. PrimaryCare 2001;1:309–16. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-11/2001-11-020.pdf>

Foto: Urs Glenck