

ICH BIN VIELE - ICH BIN EINE

Die dissoziative Identitätsstörung – multiple Persönlichkeit und Aspekte der therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

Mag.^a phil. Barbara Neumayr, 4722 Peuerbach

Department für Psychotherapie und
Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Peuerbach, 10.05.2013

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.^a Barbara Neumayr, geboren am 05.08.1970 in Saalfelden erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum...) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Peuerbach, 10.05.2013

Ort, Datum

Mag.^a Barbara Neumayr

Unterschrift

DANKSAGUNG / WIDMUNG

Von Herzen bedanke ich mich bei allen, die mich auf meinem Weg begleiten.

In großem Respekt und liebevoller Verbundenheit widme ich die vorliegende Arbeit meiner Klientin A., die ich ein Stück ihres Weges begleiten durfte.

Für Marienkind

Schmetterlinge

*Schmetterlinge fliegen leise
über Wiesenblumen hin.*

*Und auf unerklärliche Weise
landen sie tief in mir drin.*

*Dort scheinen sie laut zu lachen!
Machen viele lebhaftige Sachen.*

*Fliegen hin und her in mir!
Das ist vielleicht ein Chaos hier!*

(Anne zit. nach Huber, 2011, S. 262)

SEGEN

Zuerst nach dem Grauen
überleben lernen. Misstrauen lernen.
Die Zähne zusammenbeißen lernen.
Sich verschließen lernen.
Nichts mehr davon wissen wollen lernen.
Durchhalten und kämpfen lernen.

Dann – vielleicht
weil dein Hartsein dich langsam zu töten beginnt –
dem Leiden einen Namen geben.
Das Schweigen brechen.
Dem Schrei erlauben, das Herz zu verbrennen
und die Welt in Asche versinken lassen.
Mit trockenen Tränen das Licht löschen.
Stumm werden in der Dunkelheit!

Jetzt – endlich – der Stille lauschen.
Einem anderen Leuchten Raum geben
und sich davon berühren lassen.

Und dann leben lernen,
hoffen lernen, lächeln lernen,
berühren und berührt werden lernen,
vertrauen lernen,
lieben lernen.

(Reddemann, 2005)

Leidenschaftlich kämpfen wir für das Leben, die Liebe und die Menschlichkeit.

(Wieser Schiestl & Krolak Itten, 1999)

ABSTRACT

Ich bin Viele – Ich bin Eine. Die dissoziative Identitätsstörung – multiple Persönlichkeit und Aspekte der therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen. Mag.a Barbara Neumayr.

Die vorliegende Masterthese gestaltet sich als Literaturarbeit und befasst sich mit dem Diagnosebild der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) – multiple Persönlichkeit und mit Aspekten der therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen. Ausgehend von einer klinisch–psychologischen Beschreibung der Ursachen und des Erscheinungsbildes der DIS wird die gestalttherapeutische Theoriebildung zum Thema Dissoziation und DIS dargestellt. Ein weiterer Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt in der Auseinandersetzung mit den Modellen der praktischen therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen. Fußend auf den gestalttherapeutischen Grundsätzen zur Arbeit mit traumatisierten KlientInnen werden einerseits allgemeine Aspekte der Therapie mit multiplen KlientInnen erarbeitet. Andererseits werden zwei therapeutische Phasenmodelle zur Behandlung von multiplen KlientInnen beschrieben und ausgeführt. Es kann gezeigt werden, dass die Integrative Gestalttherapie in Verbindung mit spezifischen traumatherapeutischen Methoden fundierte und hilfreiche Erklärungsmodelle und therapeutische Techniken zur Arbeit mit multiplen KlientInnen bereitstellt.

Stichworte für die Bibliothek:

Dissoziative Identitätsstörung / Multiple Persönlichkeit / Dysfunktionale Kontaktunterbrechung / Gestalttherapeutische Traumaarbeit / Therapeutische Phasenmodelle

ABSTRACT

I am Many – I am One. The dissociative identity disorder – multiple personality and aspects of therapeutic work with „multiple“ clients. Mag.^a Barbara Neumayr

The master thesis at hand is arranged as a literary work and deals with the diagnosis dissociative identity disorder – multiple personality and with aspects of the therapeutic work with „multiple“ clients. Starting with a clinical – psychologic description of the reasons and the appearances of dissociative identity disorder, the Gestalt therapeutic theory finding to the subject area „dissociation“ and „dissociative identity disorder“ is described. Another main emphasis of the work at hand is focused on the examination of the models of practical therapeutic work with „multiple“ clients. Based on the principles of Gestalt therapy for work with traumatized clients there are being worked out, on the one hand the common aspects of the therapy with „multiple“ clients, on the other hand there are described and carried out two therapeutic phase-models for treatment of „multiple“ clients. It can be shown that the Integrative Gestalt Therapy in connection with specific therapeutic methods gives well founded and helpful explanatory models and therapeutic techniques for the work with „multiple“ clients.

Keywords:

Dissociative identity disorder / multiple personality / Gestalt therapeutic work with traumatized clients / therapeutic phase-models

INHALTSVERZEICHNIS

1. TEIL: EINLEITUNG

1.1. Vorwort	9
1.2. Einleitung	10
1.3. Fragestellungen	11
1.4. Methodik und Begriffsklärung	12

2. TEIL: DISSOZIATION UND DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG AUS KLINISCH-PSYCHOLOGISCHER SICHT

2.1. Die Dissoziation	13
2.2. Die dissoziative Identitätsstörung (DIS).....	15
2.2.1. Definition und Diagnostik der DIS	16
2.2.2. Die Entstehung der DIS	19
2.2.3. Die Phänomenologie der DIS	25
2.2.3.1. Funktionen von Alter-Persönlichkeiten	25
2.2.3.2. Arten von Alter-Persönlichkeiten	26
2.2.3.3. Amnestische Barrieren und inneres Wahrnehmen im multiplen System	35
2.2.3.4. Stimmen hören	36
2.2.3.5. Einstellungen zum Körper	37
2.2.3.6. Namen und Namensgebung	38
2.2.3.7. Switche und Switching	39

3. TEIL: DISSOZIATION UND DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG AUS SICHT DER INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE

3.1. Selbstregulierung durch schöpferische Anpassung und die Ganzheitstheorie des Organismus	41
3.2. Der Prozess der Gestaltbildung	44
3.3. Der Kontaktprozess	45
3.4. Die Mechanismen der Kontaktunterbrechung	48
3.5. Der Kontaktprozess und die Mechanismen der Unterbrechung in Bezug auf die DIS	52

4. TEIL: PSYCHOTHERAPIE MIT MULTIPLLEN KLIENTINNEN

4.1. Allgemeine Aspekte der Psychotherapie mit multiplen KlientInnen	60
4.1.1. Gestalttherapeutische Grundprinzipien in der Traumatherapie	61
4.1.2. Therapeutische Ziele in der Arbeit mit multiplen KlientInnen	67
4.1.3. Die innere Haltung der TherapeutIn	72
4.1.4. Das therapeutische Setting	74
4.2. Therapeutische Konzepte in der Arbeit mit multiplen KlientInnen	77
4.2.1. Das Phasenmodell nach Walburga Temminghoff	78
4.2.2. Das Phasenmodell nach Bennet J. Braun	80
4.3. Psychohygiene für TherapeutInnen	104
5. TEIL: ZUSAMMENFASSUNG UND NACHWORT	106
Literaturverzeichnis	111

1. TEIL: EINLEITUNG

1.1. Vorwort

Die menschliche Fähigkeit zum Überleben und zur Verarbeitung schwerer traumatische Erfahrungen habe ich immer schon mit großem Respekt betrachtet. Die unterschiedlichen psychischen und physischen Prozesse, die bei der Verarbeitung eines Traumas ablaufen, sind deshalb für mich von großem Interesse. Im Zuge meiner Arbeit in der Psychosozialen Beratungsstelle von pro mente in Wels lernte ich immer wieder Menschen mit schweren Traumaerfahrungen kennen. Die therapeutische Arbeit mit ihnen erlebte ich als spannend und herausfordernd, auch hat sie mich über weite Strecken oft sehr berührt und betroffen gemacht. Eine ausführliche Beschäftigung mit traumatherapeutischen Ansätzen half mir, mich in der Arbeit mit diesen KlientInnen zurecht zu finden.

Vor allem ein Therapieprozess mit einer schwerst traumatisierten Klientin, welcher über drei Jahre verlief, hat mich sehr beschäftigt. Diese Klientin war von frühester Kindheit an einerseits starker Vernachlässigung und andererseits massiver sexueller Gewalt ausgeliefert gewesen. In bewundernswerter Weise gelang es ihr trotzdem, sich ein eigenes Leben aufzubauen, Kinder groß zu ziehen, einem Beruf nachzugehen und sich ein kleines soziales Umfeld zu schaffen. Gleichzeitig hatte sie aber auch mit schweren physischen und psychischen Beeinträchtigungen zu kämpfen, mit vielen körperlichen Erkrankungen, unkontrollierbaren Angst- und Panikzuständen, mit großen Verunsicherungen durch ausgeprägte Erinnerungslücken und angstmachenden intrusiven Bildern sowie unerklärlichen körperlichen Sensationen.

Im Zuge der therapeutischen Arbeit mit dieser Klientin kam ich erstmals mit dem Diagnosebild der „dissoziativen Identitätsstörung“ laut DSM-IV – welches im ICD 10 „multiple Persönlichkeit“ genannt wird – in Berührung. Sowohl für die Klientin als auch für mich war unsere gemeinsame Arbeit ein Prozess des Lernens auf allen Ebenen.

Die therapeutische Erfahrung mit dieser Klientin habe ich nun zum Anlass genommen, mich in der vorliegenden Masterthese ausführlich mit der dissoziativen

Identitätsstörung (DIS) auseinander zu setzen. Es geht dabei einerseits um eine Bestandaufnahme des Krankheitsbildes aus klinisch-psychologischer Sicht und andererseits um das Ergründen der Erklärungsmodelle sowohl für die Entstehung als auch für die therapeutische Behandlung der DIS aus dem Blickwinkel der Integrativen Gestalttherapie.

1.2. Einleitung

Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung – auch multiple Persönlichkeiten genannt - sind Überlebende extremer Gewalterfahrungen. Das Überleben wurde ihnen möglich durch die besonders gelungene Nutzung der menschlichen Fähigkeit zur Dissoziation, das heißt zur inneren Unterbrechung der Wahrnehmung von gewaltvollen Erfahrungen und deren Abspaltung aus dem Gesamterleben des Organismus innerhalb seiner sozialen Umwelt.

Die multiple Persönlichkeit beschreibt einen Extrempol innerhalb der verschiedenen Ausformungen von dissoziativen Phänomenen. Mithilfe ihrer besonders ausgeprägten Fähigkeit zur Dissoziation gelingt es den betroffenen Menschen, immer wiederkehrende Situationen von Todesnähe zu überleben, indem sie ihre ursprüngliche Persönlichkeit in verschiedene „Alter-Persönlichkeiten“, das heißt „*alternative Persönlichkeitsanteile*“ (ISSD, 1997, S.1) aufspalten und diese durch amnestische Barrieren voneinander isolieren. Durch ständig aufeinander folgendes Wechseln von einer Alter-Persönlichkeit in eine nächste bei gleichzeitiger amnestischer Unterdrückung der Erfahrungen jeder vorangegangenen Alter-Persönlichkeit ist es den Betroffenen möglich, die gewaltvollen Grenzverletzungen zu überstehen. Je länger die traumatischen Erfahrungen andauern, desto mehr verfestigen sich die Alter-Persönlichkeiten und werden zu einem kompakten multiplen System, welches zu seiner Aufrechterhaltung auch außerhalb von Traumasituationen Alter-Persönlichkeiten hervorbringt und in weiterer Folge das gesamte Leben der Betroffenen bestimmt.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, das Krankheitsbild der DIS aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Begonnen wird mit der Erklärung der Entstehung und des Erscheinungsbildes der DIS aus einer klinisch-psychologischen

Sicht. Hierbei geht es vor allem um die Beschreibung der Prozesse der Entstehung von Alter-Persönlichkeiten, sowie deren Funktionalität und Artenvielfalt und ihren Wechselbeziehungen untereinander.

Da psychotherapeutische und medizinische ExpertInnen (Huber, 2010, Putnam, 2003, Deistler & Vogler, 2005) davon ausgehen, dass die Entstehung von Alter-Persönlichkeiten angelernt und im Laufe der ersten Lebensjahre der Betroffenen anzusiedeln ist - diese somit nicht von Beginn des Lebens an bestehen - sind sie der Überzeugung, dass diese Entwicklung im späteren Leben auch wieder verändert werden kann.

Dieser Veränderungsprozess muss jedoch sehr sorgfältig psychotherapeutisch begleitet werden. Ein Kennen und Verstehen der therapeutischen Erklärungsmodelle sowie der Konzepte der therapeutischen Arbeit mit traumaerfahrenen Menschen ist daher von großer Wichtigkeit. Im dritten Teil der vorliegenden Masterthese wird deshalb versucht, die Erklärungsmodelle der Integrativen Gestalttherapie zu den Themen Dissoziation und DIS zu beleuchten.

Im Anschluss daran wird im vierten Teil der Masterthese auf die konkrete therapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen und vor allem mit multiplen Persönlichkeiten eingegangen. Da sich die vorliegende Arbeit speziell mit den verschiedenen Aspekten therapeutischer Arbeit mit multiplen KlientInnen auseinandersetzt, werden die allgemeinen traumatherapeutischen Modelle nur kurz erwähnt. Die spezifischen Arbeitsmodelle für die Therapie mit multiplen KlientInnen werden hingegen ausführlicher besprochen.

1.3. Fragestellungen

Für die vorliegende Arbeit ergeben sich folgende drei Schwerpunkte, die als orientierender Leitfaden dienen sollen:

1. Die DIS als Auswirkung des Er- und Überlebens einer Vielzahl von schweren frühkindlichen Gewalt- und Todesnäheerfahrungen. Eine Erklärung aus klinisch-psychologischer Sicht.

2. Die DIS als Ausdruck der Veränderung der Tendenz zur Selbstaktualisierung in eine Tendenz zur Selbsterhaltung und zu ununterbrochener Angstabwehr durch die Fixierung von dysfunktionalen Kontaktunterbrechungsmustern. Eine Erklärung aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie.

3. Psychotherapie als Versuch der Rückgewinnung einer Einheit der Gesamtperson aus der fragmentierten Vielfalt der Alter-Persönlichkeiten. Eine Erklärung der Grundbedingungen und Konzepte der therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen.

1.4. Methodik und Begriffsklärung

Für die Erarbeitung der beschriebenen Schwerpunkte der vorliegenden Masterthese wurde Fachliteratur aus den diesbezüglichen Forschungsbereichen herangezogen. Es wurde dabei versucht, Grundlagenwerke von AutorInnen sowohl des deutschsprachigen als auch des englischsprachigen Raumes zu besprechen. Zusätzlich wurden Inhalte aus Schriften der ISSD – International Society for the Study of Dissociation eingearbeitet.

Die diagnostischen Begriffe der „dissoziativen Identitätsstörung (DIS)“ aus dem DSM-IV und der „multiplen Persönlichkeit“ aus dem ICD 10 werden in der vorliegenden Masterthese synonym verwendet. Ebenso werden die Termini „Alter-Persönlichkeit“, „Alter-Person“ und „Alter“ synonym verwendet, desgleichen die Begriffe „dissoziative Identität oder multiple Persönlichkeit einer KlientIn“ sowie „multiple KlientIn“.

Für geschlechtsspezifische Benennungen im Text wurde versucht, eine geschlechtsneutrale Schreibweise zu finden. Wo dies nicht möglich war, wurde folgende Form gewählt: weiblicher Artikel und Personenbezeichnung mit großem Binnen-I, zum Beispiel „die KlientIn“ oder „die TherapeutIn“. Diese Schreibweise bezieht sich sowohl auf Frauen als auch auf Männer.

In direkten Zitaten wurde die alte Rechtschreibung beibehalten.

2. TEIL:

DISSOZIATION UND DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG AUS KLINISCH – PSYCHOLOGISCHER SICHT

2.1. Die Dissoziation

Der Terminus Dissoziation bedeutet im ursprünglichen Sinne „*Trennung, Zerfall, Abspaltung*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 42). Ein zusammengehöriger psychischer Vorgang zerfällt in seine einzelnen Teile und das dabei aus dem Gesamterleben Herausgefallene ist nicht mehr oder nur noch teilweise bewusstseinsfähig. Das DSM-IV beschreibt Dissoziation als „*die Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewußtseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt*“ (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001, S. 543).

Die Fähigkeit zur Dissoziation kann als Gegenpol zur Fähigkeit der Assoziation verstanden werden und ist wie diese eine bestimmte Art, Informationen zu organisieren (Ross zit. nach Deistler & Vogler, 2005). Beide Fähigkeiten verwenden wir laufend in unserem Alltag, um unsere Umgebung ordnen und begreifen zu können. Wir organisieren unsere Wahrnehmung, indem wir laufend „*Figuren*“ bilden (siehe Kapitel 2.3.), die wir in den Vordergrund unseres Bewusstseins holen, während andere Phänomene in den Hintergrund treten. Die Fähigkeit zur Assoziation hilft uns, unsere Umwelt zu erkennen und einzuordnen. Wenn wir zum Beispiel einen Fluss sehen, dann verknüpfen, das heißt assoziieren, wir diese Wahrnehmung mit Repräsentanzen anderer Flüsse in unserem Gedächtnis, um ihn als Fluss zu erkennen und einzuordnen. Die Fähigkeit zur Dissoziation benötigen wir hingegen, um uns von Informationen abzuschotten, die uns überfordern würden. Zum Beispiel blenden wir während des Lesens eines Buches die akustischen Geräusche in der Umgebung oder die taktile Wahrnehmung des Stuhls, auf dem wir sitzen, bewusst aus unserer Wahrnehmung heraus. Die Flut dieser Informationen würde uns davon abhalten, dass wir uns auf den Inhalt des Buches konzentrieren können (Deistler & Vogler, 2005).

Über die verschiedenen Formen der Alltagsdissoziation hinaus, benötigen wir die Fähigkeit des Dissoziierens vor allem auch in bedrohlichen oder traumatischen Situationen, um uns vor überwältigenden oder unerträglichen Informations- und

Reizüberflutungen zu schützen. Dissoziation ist deshalb ein Prozess des Differenzierens und Trennens, der sich auf einem Kontinuum erstreckt, welches von alltäglichen Erfahrungen, wie dem Tagträumen, über das Abspalten von körperlichen Wahrnehmungen, Gefühlen oder Erinnerungen, bis hin zur Abspaltung vollständiger Identitäten aus dem Gesamterleben der Person erstreckt (Deistler & Vogler, 2005).

Im Zusammenhang mit einer psychischen Traumatisierung lassen sich grundsätzlich drei Formen der Dissoziation unterscheiden (van der Kolk et al. zit. nach Deistler & Vogler, 2005).

a. Die primäre Dissoziation

Sie bezeichnet den dissoziativen Informationsverarbeitungsprozess während einer psychischen Traumatisierung. Die traumatischen Erfahrungen sind derart überwältigend, dass sie von der bewussten Wahrnehmung isoliert und in einzelne Erlebens-Fragmente aufgesplittert werden, die wiederum in den zuständigen Bereichen des Gehirns nicht entsprechend überarbeitet und integriert werden können.

b. Die sekundäre Dissoziation

Befindet sich ein Mensch bereits in einem dissoziierten Zustand, kann es zu einer zusätzlichen Dissoziation zwischen beobachtendem Ich und erlebendem Ich kommen. Überflutende Körperempfindungen, wie zum Beispiel starke Schmerzen, und unerträgliche Gefühle, wie etwa extreme Hilflosigkeit, werden dissoziiert, und die distanzierte Beobachtung des Geschehens tritt in den Vordergrund. Die betroffene Person distanziiert sich so stark von der traumatischen Erfahrung, dass sie das Geschehen aus einer Zuschauerperspektive wahrnimmt. Die sekundäre Dissoziation wird in der Literatur auch als „*peritraumatische Dissoziation*“ benannt (van der Kolk et al. zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 45).

c. Die tertiäre Dissoziation

Bei lang andauernden und sich häufig wiederholenden traumatischen Erfahrungen können Betroffene voneinander unabhängige Ich-Zustände entwickeln, die traumatische Erfahrungen beinhalten. Diese Ich-Zustände können in ihrer Extremausprägung zu eigenständigen komplexen Identitäten werden.

Dissoziatives Erleben wird als ein Zustand verstanden, in dem ursprünglich zusammengehörige Informationen, zum Beispiel Wahrnehmungen und Gefühle, in unterschiedlichem Ausmaß abgespalten nebeneinander stehen. Jochen Peichl (2008) weist in Anlehnung an Ernest Hilgard darauf hin, dass dissoziierte Inhalte der Wahrnehmung nicht ins Unbewusste, sondern mithilfe einer amnestischen Barriere in einen schwer zugänglichen Bereich des Bewusstseins verschoben werden. Die dissoziierten Inhalte werden also nicht ins Unbewusste abgedrängt, sondern werden im Bereich des Bewusstseins auf die Seite geschoben oder in den Hintergrund des Gedächtnisses gedrängt. Sie bleiben aber der direkten Auseinandersetzung mit der äußeren Welt zugänglich. Im Falle der DIS bedeutet dies, dass immer diejenige Alter-Persönlichkeit, die einem betroffenen Menschen gerade erlebbar ist, mit den von ihr erfahrenen Traumatisierungen anwesend und sichtbar ist. Die anderen Alter-Persönlichkeiten verbleiben innerhalb des Bewusstseins in den Bereich hinter die amnestische Barriere verschoben (Deistler & Vogler, 2005).

2.2. Die dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Um das Erscheinungsbild einer multiplen Persönlichkeitsstörung verdeutlichen zu können, soll hier mit einem Beispiel begonnen werden, welches von Michaela Huber (2010) beschrieben wird. Das Beispiel stellt die Auflistung der verschiedenen Alter-Persönlichkeiten im multiplen Persönlichkeitssystem einer erwachsenen Klientin dar, die als Kind schweren Gewaltübergriffen ausgesetzt war. Die Klientin vereint in sich folgende Alter-Persönlichkeiten:

Ur-Renate, etwa vier Monate alt, schläft.

Nadja, drei Jahre, ruft immer »Mama hilf, Mama hilf«.

Reno, ungefähr sechs, Junge, mag Papa.

Renate, 28 Jahre, intellektuell, wusste bis vor Kurzem nichts von den anderen.

Renate II, die Rückseite von Renate, hat immer Panik und will sich umbringen.

Ronnie (vielleicht fünf?), Geschlecht unbekannt, geht's ganz schlecht, schreit und weint immer.

Lolita, ungefähr 13 (jünger?), fühlt sich als kleine Nutte.

Herta [Name der Mutter] sieht aus wie Mama und redet auch so.

Babys I-V, schlafen in einer Kiste, weinen manchmal.

Zorro, Alter unbekannt, männlich, trägt immer Schwarz, will nichts mit der Therapie zu tun haben.

Hasso, Kettenhund, böse, reißt sich manchmal los und tut den anderen in uns weh.

Cecilia, Teenager, kauft immer schöne Klamotten und interessiert sich für nichts anderes.

Babydoll, vielleicht zehn, sehr zart, spielt mit Puppen und hat ganz viel Angst.

Schwester Katharina, erwachsen, gläubig, redet immer vom strafenden Gott.

Satan, ganz böse, tut uns und anderen weh. Will unbedingt, dass wir die Therapie abbrechen.

Helmut, sehr nett, beschützt die Kleinen, nach außen oft ein »Macho«. (Huber, 2010, S. 212f)

2.2.1. Definition und Diagnostik der dissoziativen Identitätsstörung – multiple Persönlichkeit

Im ICD 10, der internationalen Klassifikation psychischer Störungen, werden die dissoziativen Phänomene im Kapitel F44 „dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“ zusammengefasst. Die dissoziative Identitätsstörung wird hier unter dem Terminus „multiple Persönlichkeitsstörung“ geführt und wird im Kapitel F44.81 wie folgt definiert:

A. Existenz von zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt nur eine nachweisbar ist.

B. Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen.

C. Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, was für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.

D. Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F00-F09) (z.B. eine Epilepsie) oder durch psychotrope Substanzen (F10-F19) (z.B. Intoxikation oder Entzugssyndrom). (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 182)

Im DSM-IV, dem internationalen Diagnostikhandbuch für psychische Störungen, wird die dissoziative Identitätsstörung im Kapitel 300.14 ebenfalls mit vier diagnostischen Kriterien beschrieben:

A. Die Anwesenheit von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen (jeweils mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von, der Beziehung zur und dem Denken über die Umgebung und das Selbst).

B. Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person.

C. Eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

D. Die Störung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. blackouts oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z.B. komplex-partielle Anfälle). (Saß et al., 2001, S. 554f)

Wie sich zeigt, sind die Definitionen der DIS in beiden Klassifikationsschemen fast gleichlautend. Zentral für das Verständnis der DIS sind vor allem die jeweils ersten beiden Kriterien. Einerseits die aufgrund der dissoziativen Vorgänge entstehenden Abspaltungen verschiedener Alter-Persönlichkeiten, die ein Eigenleben entwickeln. Andererseits die Tatsache, dass die einzelnen Alter-Persönlichkeiten jeweils die volle Kontrolle über das Verhalten, das Denken, den Körper und die Gefühle übernehmen.

Für eine verantwortungsvolle Diagnose der DIS empfiehlt die International Society for the Study of Dissociation (ISSD) zusätzlich zu den Kriterien von ICD-10 und DSM-V die etwas verschärften NIMH-Kriterien des National Institute of Mental Health. Diese beinhalten folgende drei Punkte:

A. Eine Person (z.B. die TherapeutIn) muss an mindestens zwei bis drei verschiedenen Gelegenheiten Kontakt mit mindestens zwei verschiedenen Persönlichkeitszuständen gehabt haben;

B. und diese auch „wiedererkannt“ haben;

C. sodass sich die *Persönlichkeitszustände* in einer *kontinuierlichen/konstanten Form* zeigten. (Overkamp, Hofmann, Huber & Dammann, 1998)

Neben der Beachtung aller genannten Kriterien ist es bei der Diagnostik der DIS darüber hinaus sehr wichtig, darauf zu achten, dass multipel KlientInnen meist noch eine Vielzahl anderer Symptome aufweisen. Diese können sein:

- *Psychosomatische Symptome, wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Unterbauchschmerzen etc.*
- *Panikanfälle*
- *Depressionen*
- *Essstörungen*
- *Schlafstörungen*
- *Selbstverletzende Verhaltensweisen*
- *Alkohol- und Drogenmissbrauch*
- *Sexualstörungen*
- *Zwangsstörungen*
- *Impuls-Kontrollstörungen*
- *Konversionssymptome*
- *Akustische Halluzinationen*
- *Flashbacks*
- *Suizidalität* (Deistler & Vogler, 2005, S.56)

Die Vielzahl der Symptome macht eine sorgfältige und genaue Diagnostik notwendig, um zu einer richtigen Diagnose und damit auch zu einer angemessenen therapeutischen Behandlung für die KlientInnen zu gelangen.

2.2.2. Die Entstehung der DIS

Lesen wir zu Beginn dieses Kapitels ein Beispiel aus dem ‚Alltag‘ eines gewalterfahrenen Kindes:

Das vierjährige Mädchen im bunten Sonntagskleid, das halb zerrissen und blutbefleckt ist, läuft schreiend zur Hintertür herein. »Mama, Mama, hilf, bitte Mama, hilf!« Gerade hat sein Vater es im Auto vergewaltigt. Das Kind ist völlig aufgelöst, es rennt, stolpert, fängt sich wieder, Schließlich findet es die Mutter in der Küche, läuft schluchzend auf sie zu. Die Mutter dreht sich um, das Kind will in ihre Arme laufen. Sie stößt es von sich. »Wie siehst du denn aus? Hast du schon wieder dein Kleidchen schmutzig gemacht, du böses Kind?!« Das Kind holt Luft, will etwas hervorstoßen, da kommen schon die ersten Schläge. »Dir werd ich helfen!«, schreit die Mutter. »Mama, Mama, Papa hat ...!« »Willst du wohl still sein? Auch noch frech werden, na warte!« Und wieder prasseln Schläge auf das Kind ein. (Huber, 2010, S. 52)

Was muss geschehen, damit ein ganz normales Kind sich im Inneren so stark aufspaltet, dass es eine dissoziative Identität entwickelt? Und warum ist es so, dass nicht jeder Mensch, der traumatische Erfahrungen macht, dadurch auch zu einer multiplen Persönlichkeit wird?

In der Beantwortung dieser Fragen beschreibt Huber (2010) mehrere Bedingungen, die die Entstehung einer multiplen Persönlichkeit begünstigen:

- der Traumatisierungsbeginn liegt zwischen 0 und 6 Jahren;
- die Tatsache, als Mädchen auf die Welt zu kommen (80 – 90 % der KlientInnen sind Frauen);
- schwerste Traumata in der Kindheit (95 – 100 % der KlientInnen haben sexualisierte Gewalt und 100% der KlientInnen haben physische und psychische Gewalt erlebt);
- das Ausbleiben jeglicher Hilfe;

- *individuelle Dispositionen wie eine hohe Dissoziationsfähigkeit, gut ausgebildete Gedächtnisfähigkeiten und eine stark ausgeprägte Kreativität.*
(Huber, 2010, S. 39)

Eines der wichtigsten Kennzeichen für eine multiple Persönlichkeit ist, dass die erste Spaltung sehr früh eingesetzt haben muss. Der Spaltungsbeginn liegt in den ersten Lebensjahren des Kindes, in welchen es sich bemüht, seine Identität – vorerst noch ansatzweise – zu finden und zu entwickeln. Huber (2010) schreibt: *„In der Regel wird davon ausgegangen, dass eine Multiple spätestens bis zum fünften Lebensjahr derart intensiven und häufigen Traumata ausgesetzt war, dass sie schon damals begonnen hat, sich zu spalten oder [dass] Teile gar nicht erst zusammengewachsen sind“* (Huber, 2010, S. 50).

Die grundsätzliche dissoziative Reaktion auf ein traumatisches Erleben ist, dass einerseits zwischen die Erinnerung an das Trauma und das Tagesbewusstsein ein „Gedächtnishindernis“, das heißt eine „*amnestische Barriere*“ (Huber, 2010, S. 50) gelegt wird. Andererseits werden die einzelnen Bestandteile der Trauma-Erfahrung voneinander getrennt, um zu verhindern, dass *„ein wiedererlebter Traumabestandteil (z.B. nachts im Bett aufwachen) sofort die anderen Bestandteile [der Trauma-Erfahrung] zur Assoziation ins Tagesbewusstsein nachzieht“* (Huber, 2010, S. 50).

Bei einer dissoziativen Identitätsstörung geschieht darüber hinaus noch ein weiterer Prozess, den Huber (2010) wie folgt erklärt: *„Das gesamte Ich, das dem Trauma ausgesetzt war, wird mit einer amnestischen Barriere vom Rest der Persönlichkeit abgespalten. Es gibt dann eine ‚Person‘, die das Trauma erlebt hat, und eine ‚Person‘, die es nicht erlebt hat“* (Huber, 2010, S. 50).

Aufgrund der Unerträglichkeit des Geschehens finden solche Identitätsspaltungen schon unmittelbar während des Traumas statt und zwar nicht nur einmal sondern meist mehrfach. Es entstehen mehrere Alter-Personen, die jeweils nur einen bestimmten Teil des Traumas erlebt haben. Wenn sich das Trauma nun öfter wiederholt, wiederholen sich auch die dissoziativen Spaltungen immer wieder und verfestigen sich zunehmend.

Zur Verdeutlichung ein weiteres Beispiel:

„Die achtjährige Klara spielt am Fuß der Bodentreppe. Oben hört sie ihren Vater ihren Namen rufen. ... Sie bekommt Angst und wechselt zu:

Sandra, die folgsam die Treppe hinaufläuft, in das Zimmer, wo – wie sie weiß – immer die Männer sind. Sie hat Angst, ist aber auch ein wenig neugierig. Der Vater holt sie auf den Dachboden, wo fünf Männer sitzen, Alkohol trinken und rauchen. Der Vater schließt hinter ihr die Tür ab. Einer der Männer ... knöpft sich das Hemd auf, dann die Hose, langt hinter sich nach einer Tafel Schokolade und grinst das Kind an: »Mach schön ‚Hoppe-hoppe-Reiter‘, dann kriegst du was Süßes.« Sandra zögert, der Vater schubst sie in die Richtung des Mannes, die anderen lachen grölend. »Mach schnell«, ruft einer der anderen, »sie soll mir einen blasen, solange er heiß ist«. »Immer schön der Reihe nach«, brummt der Vater, »erst mal die Kohle«. Die Männer greifen in ihre Taschen, legen das Geld in die Mitte, während der Vater Sandra beim Ausziehen hilft. »Los, lutschen, aber schön langsam«, ruft der Mann, der dem Kind gerade seinen Penis in den Mund zwingt. Sandra würgt, schmeckt und riecht den Penis, die Schokolade, ihr wird schlecht und sie wechselt zu:

Ria, die sich wie immer mitten in einer Gewaltsituation wiederfindet, einen Penis im Mund, den sie gehorsam lutscht, während ihr von hinten ein anderer Mann seinen Penis in den After schiebt. Die Männer stöhnen und lachen. Ria spürt keine Schmerzen, sie spürt gar nichts. Einer nach dem anderen befriedigen sich die Männer in ihr, sie wird herumgestoßen, einer ruft: »Das gefällt dir, nicht, du kleine Sau, komm her, ich geb`s dir, du kleine Nutte!« Sie wird von den Füßen gerissen und umgekehrt aufgehängt. Ria wird ohnmächtig und wechselt zu:

Olaf, dem Gekreuzigten. Er taucht immer auf, wenn die Täter das Kind mit dem Kopf nach unten aufhängen. Auch er spürt keine Schmerzen, aber er ist hellwach. Er hört die dröhnende Musik, riecht den Zigarettenqualm, den Schweiß und den Sperma- und Blutgeruch, sieht die grellen Scheinwerfer, hört das Surren der Kamera. Jetzt kommt sein Vater (den er nicht als solchen

erkennt, für ihn ist das nur irgendein Mann) an die Reihe. Er ritzt ihm ein wenig mit dem Messer die Haut auf, murmelt und stöhnt, rammt ihm dabei seinen Penis in den Mund. Als er fertig ist, beugt er sich über Olaf und sagt ihm leise ins Ohr: »Ich schneid dich auf und rei dir das Herz raus, wenn du etwas sagst, hast du verstanden?« Olaf nickt und weiß, es ist jetzt vorbei. Für diesmal. Er wechselt zu:

Erna, die zu sich kommt und gewaltige Schmerzen hat. Alles tut ihr weh, sodass sie laut schreien möchte, stattdessen wimmert sie nur. Sie weiß nicht, wo sie ist, das weiß sie nie. Sie lebt nur im »Zwischen«, in dem Zeitraum zwischen der Gewalt und dem Bett, in das sie später gelegt wird. Sie kann sich gar nicht selbst bewegen. Sie hat einen schlechten Geschmack im Mund und spürt eine Wunde in der Wange; ihr Bauch und ihr Po schmerzen fürchterlich; die Schnitte in Bauch und Rücken spürt sie dagegen kaum. Sie fühlt, wie sie hochgehoben und die Treppe hinuntergetragen wird in ihr Bett.

Erna schläft ein.

Am nächsten Morgen wacht Klara auf. Sie hat Schmerzen und fühlt sich krank. Ihre Mutter wird ihr wie immer eine Entschuldigung für die Schule schreiben, und sie ist froh, dass sie im Bett bleiben darf. (Huber, 2010, S. 254f)

Wie das Beispiel zeigt, wird das traumatische Gesamt ereignis von dem betroffenen Mädchen in einzelne Sequenzen aufgespalten, die jeweils von einer anderen Alter-Persönlichkeit erlebt werden. Jede Alter-Persönlichkeit erlebt also immer nur diesen einen bestimmten Teil des Gesamt ereignisses und hat aufgrund der amnestischen Barriere keinen Zugang zum Erleben der anderen Alter-Persönlichkeiten und somit zum Gesamt ereignis.

Je länger nun Traumatisierungen andauern und je öfter sich bestimmte traumatische Abläufe wiederholen, desto mehr verfestigen sich die Alter-Persönlichkeiten nicht nur in ihrem Erleben sondern auch in ihrer Eigenständigkeit. Sie übernehmen abwechselnd die Kontrolle über die Gefühle, das Denken und das Verhalten der

Betroffenen. Jede einzelne Alter-Persönlichkeit fühlt sich dabei so, als wäre sie ein „*eigenständiges Ich*“ (Huber, 2010, S. 25). Die Alter-Persönlichkeiten entwickeln in sich eigene Gedanken und Gefühle, eigene Vorlieben und Fähigkeiten, sie pflegen einen eigenständigen Freundeskreis, haben einen eigenen Lebenswandel und verfügen möglicherweise über ein eigenes Geschlecht. Es entsteht ein immer stabileres multiples Persönlichkeitssystem, das zu seiner eigenen Aufrechterhaltung nun auch außerhalb von Trauma Situationen weitere Alter-Persönlichkeiten hervorbringt, welche als „*Funktionsträger*“ (Huber, 2010, S. 266) benötigt werden. Diese neuen Alter-Persönlichkeiten übernehmen Systemfunktionen, wie zum Beispiel eine gewisse Beziehungspflege, um unübersichtliche Kontaktsituationen zu regulieren, verschiedenartige Beschützerdienste, um Gefahrenquellen auszuschalten, oder Beobachterpositionen, um äußere Geschehnisse wahrzunehmen und den inneren Alter-Persönlichkeiten Infos darüber weiterzuleiten.

Solange die amnestischen Barrieren zwischen den einzelnen Alter-Persönlichkeiten sehr hoch sind, können betroffene Menschen jahrelang leben, ohne über ihr eigenes Multipel-Sein Bescheid zu wissen. Sie erleben dann nur immer wieder unerklärliche Zustände der Verwirrtheit oder des Vergessens von ganzen Zeitabschnitten ihres Alltags. Dies gründet darin, dass die verschiedenen Alter-Persönlichkeiten abwechselnd das Verhalten der Betroffenen beherrschen, ohne dass diese den Vorgang des Wechsels von einer Alter-Persönlichkeit in eine andere bewusst miterleben. Noch einmal gibt uns Huber (2010) ein Beispiel:

Carola findet sich plötzlich am Fuß eines Abfahrtshanges wieder, auf dem Boden liegend, an einem Fuß Skischuhe und einen Ski, der andere Fuß offenbar gerade von der Socke befreit, mit schmerzdem Knöchel. Sie blickt sich verwirrt um: Wo bin ich? Wieso ist es schon Winter? (Ihre letzte Erinnerung betrifft einen Sommernachmittag, an dem sie vor ihrem Urlaubshotel aus ihr völlig unerfindlichen Gründen hingeschlagen war.) Wieso ist sie offenbar Ski gefahren, wo sie doch gar nicht Ski fahren kann? Nur kurz hält sie sich mit dieser Verwirrung auf ..., sie hat aufgehört, sich zu viele Fragen zu stellen. ... Seufzend reibt sie sich den Knöchel, schaut verstohlen auf die Uhr und versucht in ihrer Umgebung ein bekanntes Gesicht zu entdecken... (Huber, 2010, S. 31)

In dieser und ähnlicher Weise immer wieder mit überraschenden Vorkommnissen konfrontiert, müssen sich multiple Persönlichkeiten oft in unerklärlichen Situationen zurecht finden oder sich für möglicherweise unangebrachte Verhaltensweisen rechtfertigen, obwohl sie selbst gar nicht wissen, wieso sie so und nicht anders gehandelt haben. Dies kann für die Betroffenen sehr beängstigend und mühsam sein.

Erst wenn es den Betroffenen gelingt, die amnestischen Barrieren zwischen den einzelnen Alter-Persönlichkeiten zu verringern, kann sich langsam eine spezifische Form von Kommunikation innerhalb des multiplen Systems entwickeln. Die einzelnen Alter-Persönlichkeiten können dann in zunehmendem Maße erleben, dass sie nicht alleine in ihrem Körper sind, sondern dass sie nur ein Teil von vielen Teilen eines Gesamtsystems sind. Die Betroffenen beginnen dann meist in bewundernswerter Weise unter großen Anstrengungen und Mühen, sich mit ihrem eigenen Multipel-Sein auseinander zu setzen. Hierin können sie vor allem durch Psychotherapie sehr gut unterstützt werden. Gemeinsam mit der TherapeutIn können sie versuchen, die fragmentierte Vielfalt in ihrem Inneren immer besser kennen zu lernen und dadurch auch ihren höchst verwirrenden Alltag immer besser zu verstehen. Frank Putnam (2003) sieht es als eine der zentralen Aufgaben innerhalb der Therapie, „*dem Gesamtsystem das Wissen und die Geheimnisse aller spezifischen Identitäten zugänglich zu machen*“ (Putnam, 2003, S. 144).

Die therapeutische Hoffnung dabei ist, dass die Notwendigkeit des voneinander Getrennt-Seins der einzelnen Alter-Persönlichkeiten sinkt, je mehr sie voneinander wissen und je besser sie lernen, miteinander umzugehen. Denn auch wenn sich die einzelnen Alter-Persönlichkeiten meist so gebärden, als wären sie separate und eigenständige Personen, so sind sie das doch niemals. Nur in ihrer Gesamtheit bilden sie eine ganze Person. Und nur in ihrer Gesamtheit können sich die Betroffenen auch ganz und vollständig fühlen.

2.2.3. Die Phänomenologie der DIS

Die Integrative Gestalttherapie stellt als humanistische Therapierichtung die subjektive Realität der KlientIn in den Mittelpunkt der Behandlung. In der Arbeit mit multiplen KlientInnen stellen sich in diesem Zusammenhang Fragen wie: Wie erleben die KlientInnen sich und ihre Umwelt? Was bedeutet es für sie, sich selbst nicht als ‚eine‘ sondern als ‚viele‘ zu erleben?

Mögliche Antworten auf diese Fragen sind zum Beispiel:

Es bedeutet, dass die KlientInnen

- *sich an Orten wiederfinden, ohne zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind;*
- *von völlig unbekanntem Leuten auf der Straße begrüßt werden;*
- *mitten in einem Gespräch mit einem Menschen „wach werden“ und keine Orientierung in Zeit und Raum haben;*
- *im Tagebuch Eintragungen in fremder Handschrift vorfinden;*
- *sich ständig mit den übrigen Alter-Persönlichkeiten darüber einigen müssen, wie ganz alltägliche Dinge durchgeführt werden sollen, zum Beispiel was heute gekocht wird oder welche Freizeitaktivitäten noch unternommen werden. (Deistler & Vogler 2005, S. 57f)*

Menschen mit multiplen Persönlichkeiten müssen sich also ständig im eigenen multiplen System zurechtfinden. Um ein solcherart komplexes inneres Erlebens-System einer multiplen KlientIn auch aus therapeutischer Sicht verstehen zu können, ist es wichtig, die einzelnen Alter-Persönlichkeiten voneinander unterscheiden zu lernen. In den folgenden Kapiteln dieser Arbeit wird versucht, die spezifischen Besonderheiten der einzelnen Alter-Persönlichkeiten darzustellen.

2.2.3.1. Funktionen von Alter-Persönlichkeiten

Die Alter-Persönlichkeiten innerhalb eines multiplen Systems werden zwei verschiedenen Kategorien zugeordnet. Man unterscheidet einerseits eine „Außenperson“, dies ist jene Alter-Persönlichkeit, die gerade im Außen erlebbar ist, und andererseits verschiedene „Innenpersonen“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 59). Die Innenpersonen können durch innere oder äußere Auslöser ‚nach draußen‘ kommen,

sind aber ansonsten ‚drinnen‘ und hören im Hintergrund mit oder ‚schlafen‘. Sie können sich auch in einer Art Zwischenbereich aufhalten und von dort mitagieren, obwohl sie nicht direkt mit der Außenwelt in Kontakt treten. Dies ist ihnen möglich, indem sie durch die Alter-Persönlichkeit, die gerade außen ist „*hindurch sprechen*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 59).

Im Alltag einer multiplen Persönlichkeit übernehmen die einzelnen Alter-Persönlichkeiten verschiedene Aufgaben und Funktionen. Einerseits erfüllen sie notwendige Pflichten und Bedürfnisse in der Außenwelt, also in Beruf, Familie und Freundeskreis. Andererseits befriedigen sie Bedürfnisse und Notwendigkeiten zur Aufrechterhaltung des inneren psychischen Gleichgewichts der multiplen Persönlichkeit. Beispiele für solche inneren Aufgaben sind etwa „*die Kontrolle darüber, welcher Identität es jeweils gestattet wird, in bestimmten Situationen »herauszukommen«, das Zurückhalten traumatischer Erinnerungen oder unerträglicher Affekte und die Übermittlung von Informationen zwischen den verschiedenen Persönlichkeiten*“ (Putnam, 2003, S. 135). Putnam (2003) weist darauf hin, dass die inneren Funktionen einer Alter-Persönlichkeit und ihre Rollen in der Außenwelt oft zusammenhängen. So kann beispielsweise eine Alter-Persönlichkeit, die in der äußeren Welt als Prostituierte arbeitet, innerpsychisch die Aufgabe haben, sexuelle Impulse und Reize aufzufangen und gegenüber den anderen Alter-Persönlichkeiten abzuschwächen. Vor allem im therapeutischen Prozess ist das Verstehen solcher Zusammenhänge oft von besonderem Interesse.

2.2.3.2. Arten von Alter-Persönlichkeiten

Jede multiple Persönlichkeit ist ein einzigartiger Mensch mit einem ganz persönlichen und individuellen System von Alter-Persönlichkeiten. Trotzdem lassen sich in langjährigen Vergleichen von multiplen Systemen einige sehr allgemeine Kategorien von Alter-Persönlichkeiten ausfindig machen, die bei den meisten dieser Betroffenen in ähnlicher Form vorhanden sind. Putnam (2003) beschreibt 17 verschiedene Arten von Alter-Persönlichkeiten, die im Folgenden kurz dargestellt und mit Beschreibungen von Huber (2010) ergänzt werden.

Die Gastgeber-Persönlichkeit

Bei allen multiplen Persönlichkeiten gibt es mindestens eine Alter-Persönlichkeit, die als Gastgeber-Persönlichkeit bezeichnet wird. Dies ist jene Alter-Persönlichkeit, die zu einem bestimmten Zeitpunkt die meiste Kontrolle über den Körper hat. Bei allen persönlichen Unterschiedlichkeiten lassen sich doch bestimmte Übereinstimmungen in den Gefühlswelten von Gastgeber-Persönlichkeiten feststellen. *„Die typische Gastgeber-Persönlichkeit ist depressiv, ängstlich, anhedonisch, rigide, frigide, zwanghaft gut, masochistisch und leidet unter Gewissensqualen; außerdem treten bei ihr zahlreiche somatische Symptome auf, insbesondere Kopfschmerzen“* (Putnam, 2003, S. 136).

Die Gastgeber-Persönlichkeit ist meist jene Persönlichkeit, die sich zu Beginn der Therapie vorstellt und sich um eine therapeutische Behandlung bemüht. Sie weiß dabei meist nichts von der Existenz anderer Alter-Persönlichkeiten. Dementsprechend kann sie sich an alle Zeiten, in denen sich Alter-Persönlichkeiten manifestieren, nicht erinnern. Die therapeutische Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass es Alter-Persönlichkeiten im eigenen Persönlichkeitssystem gibt und dass diese für bestimmte Zeitabschnitte immer wieder die Kontrolle über das eigene Bewusstsein übernehmen, ist für die Gastgeber-Persönlichkeit ein äußerst langwieriger und schwieriger Prozess.

Kind-Persönlichkeiten

Kleinkind- und Kind-Persönlichkeiten stellen einen wichtigen Bereich in fast allen Persönlichkeitssystemen von multiplen Persönlichkeiten dar. Die Anzahl der Kind-Persönlichkeiten übersteigt sogar nicht selten die Anzahl der Erwachsenen-Persönlichkeiten. Kleinkind- und Kind-Persönlichkeiten sind meist sehr starr und beständig und repräsentieren einen bestimmten Zeitabschnitt aus der Kindheit, in welchem sie wie festgefroren erscheinen. Sie bewahren in sich die Erinnerungen und Affekte aus den frühen traumatischen Lebenserfahrungen.

Treten diese Persönlichkeiten in den Vordergrund, reagieren sie das traumatische Erlebnis oft wiederholt auf sehr eindrucksvolle Weise ab. Da sie in einem Lebensalter entstanden sind, in dem das Kind sich noch nicht oder nur ansatzweise sprachlich

ausdrücken konnte, ist ihr Ausdrucksverhalten zumeist sehr physischer Natur. Putnam (2003) beschreibt dies wie folgt:

Sie winden sich bei Abreaktionen oft auf dem Boden, durchleben die traumatischen Situationen erneut, werfen sich gegen Wände oder tun ähnlich beunruhigende und tendenziell gefährliche Dinge. Manchmal krümmen sie sich zur Fötusposition zusammen und lassen keine Reaktion mehr erkennen. Außerdem nehmen sie den Therapeuten nicht selten als den Täter wahr. (Putnam, 2003, S. 137)

Im therapeutischen Prozess bleiben Kind-Persönlichkeiten meist sehr lange auf ihr Lebensalter und die dazugehörigen traumatischen Erfahrungen fixiert. Erst in sehr fortgeschrittenen Arbeitsprozessen kann es gelingen, sie in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren und sie in gewissem Ausmaß „*erwachsen werden*“ zu lassen (Putnam, 2003, S. 137).

Verfolger-Persönlichkeiten

Verfolger-Persönlichkeiten sind sehr mächtige Teile innerhalb des Persönlichkeitssystems und sie treten bei mindestens der Hälfte aller multiplen Persönlichkeiten auf. Sie stellen eine Feindposition zur Gastgeber-Persönlichkeit dar und versuchen fortwährend, diese zu schädigen. Sie untergraben das Leben und die Pläne der Gastgeber-Persönlichkeiten, sie fügen dem Körper schwere Verletzungen zu und sie können sogar versuchen, die Gastgeber-Persönlichkeit zu töten. Die Verfolger-Persönlichkeiten fühlen sich dabei so unabhängig vom Gesamtsystem, dass sie glauben, sie könnten die Gastgeber-Persönlichkeit töten, ohne sich selbst dabei zu gefährden.

Der Hauptaffekt von Verfolger-Persönlichkeiten ist Wut. Bei dieser Wut kann es sich einerseits um „*Introjekte der ursprünglichen Täter*“ handeln (Putnam, 2003, S. 138), oder aber um die Wut des Opfers selbst über die unerträglichen traumatischen Erfahrungen, denen es ausgesetzt ist oder war. In der Therapiesituation verhalten sich Verfolger-Persönlichkeiten deshalb meist verächtlich und herablassend, und sie versuchen immer wieder die Behandlung zu stören. Wenn es gelingt, die Wut der

Verfolger-Persönlichkeiten positiv zu nutzen, so birgt sie in sich viel Kraft und Energie für die Verbesserung der Lebenssituation einer multiplen Persönlichkeit.

Suizidale Persönlichkeiten

Neben den Verfolgern, die innere Morde planen, gibt es oft auch suizidale Persönlichkeiten, die versuchen sich selbst umzubringen. Sie sind sich oft der Existenz der Gastgeber-Persönlichkeit oder anderer Persönlichkeiten nicht bewusst und befinden sich selbst fast ausschließlich im Zustand der Lebensmüdigkeit. In der Therapie ist es oft äußerst schwierig, mit suizidalen Persönlichkeiten in Kontakt zu kommen. Wenn es dem Gesamtsystem der Persönlichkeiten nicht gelingt, die selbstzerstörerischen Tendenzen solcher Identitäten zu unterdrücken, können sie für den betroffenen Menschen sehr gefährlich werden.

Beschützer- und Helfer-Persönlichkeiten

Für die Stabilität und das innere Gleichgewicht des Gesamtsystems einer multiplen Persönlichkeit sind die Beschützer- und Helfer-Persönlichkeiten von großer Wichtigkeit. Sie bilden ein lebensnotwendiges Gegengewicht zu den Verfolger- und den suizidalen Persönlichkeiten.

Ihre Hauptaufgabe ist es vor allem, den Körper vor wahrgenommenen äußeren oder inneren Gefahren zu schützen. Bei weiblichen Multiplen ist die Beschützer-Persönlichkeit oft männlichen Geschlechts und verfügt über große körperliche Kräfte. Sie tritt auf, wenn sie den Körper von außen bedroht sieht. Kommt es zu einer inneren Bedrohung, etwa einem Selbsttötungsversuch einer suizidalen Persönlichkeit, so übernehmen auch hier die Beschützer-Persönlichkeiten oft eine rettende Funktion, indem sie zum Beispiel Hilfe holen oder einen Rettungsdienst verständigen.

Putnam (2003) betont, dass die schützende Kraft der Beschützer-Persönlichkeiten nicht bei allen multiplen Persönlichkeiten gleich stark ausgebildet ist. Es kann durchaus vorkommen, dass die Beschützer-Persönlichkeiten zu schwach sind, um einer betroffenen Person effektiv helfen zu können. Allerdings stärkt ein therapeutischer Prozess zumeist die Kraft der Beschützer-Persönlichkeiten, da es im Laufe der Therapie zu einer stärkeren inneren Kommunikation und einer vermehrten

Kooperation innerhalb des Gesamtsystems kommt. Dies erhöht auch die Kraft und Kontrollmöglichkeit der Beschützer-Persönlichkeiten.

Innere Selbst-Helfer

Der innere Selbst-Helfer ist eine spezielle Form einer Beschützer-Persönlichkeit. Er kann bei 50 - 80 Prozent der Betroffenen vorgefunden werden und nimmt eine Art Beobachterposition innerhalb des Gesamtsystems einer multiplen Persönlichkeit ein.

Im inneren Selbst-Helfer kommt zum Ausdruck, dass die Patientin auf einer bestimmten Ebene eine beobachtende Ich-Funktion hat, die stattfindende Prozesse genau kommentieren, Rat geben und Vorschläge machen kann, wie der gesamten Persönlichkeit am besten zu Einsicht und zu einem gewissen Einfluss auf ihre Pathologie zu verhelfen ist. (Putnam, 2003, S. 244)

Der innere Selbst-Helfer kann demnach als Lotse und Führer im Gesamtsystem der Betroffenen betrachtet werden. Er ist für den therapeutischen Prozess von großer Wichtigkeit, denn er vermittelt Informationen und Erkenntnisse über die Funktionsweise des Systems und kümmert sich in erster Linie darum, dass der betroffenen Person eine heilsame Behandlung zukommt.

Erinnerungsträger

Der Erinnerungsträger ist eine Alter-Persönlichkeit, die in sich die Erinnerungen an die Lebensgeschichte der Betroffenen verwahrt. In unterschiedlichem Ausmaß an Vollständigkeit ist der Erinnerungsträger fähig, Auskünfte über die Lebensgeschichte der Gesamtpersonen zu geben. Die Erinnerungsträger-Persönlichkeit tritt in einer Therapie meist nicht von selbst in Erscheinung. Sie muss vom Therapeuten gezielt gesucht werden.

Alter-Persönlichkeiten des anderen Geschlechts

Sowohl weibliche als auch männliche multiple Persönlichkeiten können Alter-Persönlichkeiten des anderen Geschlechts in sich tragen. Bei weiblichen Multiplen treten die männlichen Alter-Persönlichkeiten häufig im Arbeitsleben auf, wo sie männliche Rollen übernehmen, zum Beispiel als Handwerker oder Bodyguard. Sie kleiden sich männlich und wirken in ihrer Sprache und ihrem Verhalten erstaunlich

maskulin. Die weiblichen Alter-Persönlichkeiten von männlichen Multiplen sind „*meist ältere »gute Mutter«-Gestalten*“ (Putnam, 2003, S. 140), deren Aufgaben eher im Inneren des Gesamtsystems liegen. Sie treten daher nicht so häufig in der Außenwelt in Erscheinung, obwohl sie bei bis zu 75 Prozent aller männlichen Multiplen vorhanden sind. Ihr Hauptaugenmerk liegt meist darin, wütendes und destruktives Verhalten innerhalb des Systems zu entschärfen und als Ratgeberinnen aufzutreten.

Die gegengeschlechtlichen Alter-Persönlichkeiten von weiblichen und männlichen Multiplen können sexuell aktiv sein. Sie können dabei in ihrer sexuellen Orientierung sowohl heterosexuell als auch homosexuell ausgerichtet sein.

Promiskuitive Persönlichkeiten

Bei fast allen multiplen Persönlichkeiten gibt es Alter-Persönlichkeiten, die verbotene Impulse meist sexueller Natur ausleben. Sie führen häufig ein turbulentes Sexualleben und bringen die Gastgeber-Persönlichkeit damit oft in unangenehme bis gefährliche Situationen. Promiskuitive Persönlichkeiten haben nämlich oft eine Tendenz, früher erlebte sexuelle Übergriffe in neuen Situationen zu wiederholen. Putnam beschreibt ein häufig vorkommendes Erfahrungsmuster bei weiblichen Multiplen, bei dem eine promiskuitive Alter-Persönlichkeit einen merkwürdigen Mann abschleppt, eine intime und oft masochistische Situation arrangiert, dann verschwindet und es der verängstigten und gewöhnlich sexuell frigidem Gastgeber-Persönlichkeit überlässt, mit den sexuellen Avancen des Fremden fertig zu werden. Wie zu erwarten, interpretiert die Gastgeber-Persönlichkeit das Ergebnis dieses Unterschiebens als Vergewaltigung. Promiskuitive Persönlichkeiten können sich auch als Prostituierten-Persönlichkeiten zeigen. Diese kommen bei weiblichen Multiplen sehr häufig vor. Sie verwalten dann meist die sexuellen Impulse des Gesamtsystems und tragen darüber hinaus oft zur finanziellen Absicherung der Betroffenen bei.

Verwalter-Persönlichkeiten und zwanghafte Persönlichkeiten

Um die Anforderungen eines Arbeitsplatzes bewältigen und damit den eigenen Lebensunterhalt bestreiten zu können, treten oft Verwalter-Persönlichkeiten und zwanghafte Persönlichkeiten in Erscheinung. Sie verfügen meist über ein hohes Maß

an beruflicher Kompetenz, verhalten sich zu ihren Arbeitskollegen aber oft gefühllos und distanziert. Diese persönliche Abgrenzung hilft ihnen, die Existenz anderer Alter-Persönlichkeiten am Arbeitsplatz und vor den Arbeitskollegen zu verbergen.

Im Inneren des Gesamtsystems einer multiplen Persönlichkeit erfüllen Verwalter-Persönlichkeiten und zwanghafte Persönlichkeiten meist sehr wichtige systemorganisierende und strukturierende Aufgaben.

Persönlichkeiten mit Substanzmissbrauch

Substanzmissbrauch der verschiedensten Art, von Medikamenten, Schlaf- und Schmerzmitteln über Alkohol und Drogen, kommt bei multiplen Persönlichkeiten sehr häufig vor. Es sind dabei aber nicht alle Alter-Persönlichkeiten eines Gesamtsystems gleichermaßen am Substanzmissbrauch beteiligt. Der Medikamenten- und Drogenmissbrauch ist für gewöhnlich auf bestimmte Alter-Persönlichkeiten beschränkt und tritt nur auf, wenn sich eine dieser Alter-Persönlichkeiten im Außen manifestiert hat.

Autistische und behinderte Persönlichkeiten

Autistisch wirkende Persönlichkeiten sind in der Regel Kind- oder Kleinkind-Persönlichkeiten, die sich in stereotypen Bewegungen hin- und herwiegen oder zur Selbststimulation neigen. Sie manifestieren sich meist in Situationen, in denen die betroffene Person einer erhöhten Kontrolle von außen ausgeliefert ist, wie zum Beispiel in Überwachungszimmern einer Klinik oder in Verhörzellen der Polizei. Spezielle Behinderungen von Alter-Persönlichkeiten, wie Blindheit, Taubheit oder Funktionsunfähigkeit der Arme oder Beine, treten bei komplexen multiplen Systemen sehr häufig auf. Die solcherart behinderten Alter-Persönlichkeiten leiden zumeist sehr stark unter ihrer Einschränkung. Auch können die Behinderungen im therapeutischen Prozess große Schwierigkeiten bereiten und spezielle Maßnahmen erforderlich machen.

Persönlichkeiten mit besonderen Talenten oder Fähigkeiten

Im Ausgleich zu möglichen Behinderungen gibt es auch Alter-Persönlichkeiten, die über ganz besondere Fertigkeiten verfügen. Sie sind außerordentlich begabt und erscheinen meist ausschließlich zum Zweck der Ausübung ihrer besonderen Fähigkeit. Sie erbringen dann Höchstleistungen innerhalb ihres speziellen Bereiches,

bei dem es sich sowohl um den beruflichen als auch um den Kunst- oder Sportbereich handeln kann.

Schmerzabgestumpfte und –unempfindliche Persönlichkeiten

Um die schlimmen und oft unvorstellbare grausamen Misshandlungen und Übergriffe während der Trauma-Erfahrungen überleben zu können, gibt es in jedem multiplen System Alter-Persönlichkeiten, die fähig sind, Schmerzen entweder abgestumpft oder gar nicht wahrzunehmen. Sie sind so stark von ihren Schmerzempfindungen dissoziiert, dass sie in einer Wahrnehmungsleere verharren können. Meist werden sie dann aktiviert, wenn die betroffene Person körperlich verletzt wird oder sie sich selbst Verletzungen zufügt.

Imitatoren und Fälscher

Imitatoren und Fälscher-Persönlichkeiten haben die Aufgabe, andere Alter-Persönlichkeiten nachzuahmen. Sie handeln und wirken dabei täuschend echt und sind auch in einer Therapie oft nicht leicht als solche zu identifizieren. Die Gründe ihres Auftretens sind unterschiedlich. Manchmal helfen sie einer anderen Alter-Persönlichkeit, die sich mit einer bestimmten Situation überfordert sieht, sich zu schützen. Wenn etwa eine Fälscher-Persönlichkeit für „*die asexuelle Gastgeber-Persönlichkeit das Flirten mit Männern*“ übernimmt (Putnam, 2003, S. 143). Während einer Therapie sind sie häufig damit beschäftigt, den Prozessverlauf zu stören und irreführende Aussagen zu treffen oder verwirrende Verhaltensweisen an den Tag zu legen. Die Gründe für das Vorhandensein von Fälschern und Imitatoren sind auf den ersten Blick oft nicht leicht erkennbar. Letztlich dienen sie, wie alle anderen Teile jedes multiplen Systems, dem Überleben der betroffenen Person und der Aufrechterhaltung der hochdifferenzierten inneren Vielheit der multiplen Persönlichkeit.

Dämonen und Geister

Alter-Persönlichkeiten, die in Gestalt von Geistern oder Dämonen erscheinen, treten oft bei multiplen Persönlichkeiten auf, die in ländlichen Kontexten aufgewachsen sind, aus religiös fundamentalistischen Kreisen stammen, oder die Opfer von rituellen und satanischen Kulte und Vereinigungen geworden sind (Huber, 2010).

Geister nehmen gegenüber dem Gesamtsystem meist eine positive Haltung ein. Sie können daher in einer Therapie, ähnlich dem inneren Selbsthelfer, als Ratgeber und Helfer-Persönlichkeiten eingesetzt werden. Dämonen hingegen haben von sich selbst ein negatives Bild und verhalten sich auch so. Sie glauben zum Beispiel von sich, Satan oder einer seiner Schüler zu sein, und sie agieren innerhalb und außerhalb des Systems mit feindseligen und bössartigen Verhaltensweisen.

Putnam (2003) bezeichnet es als Fehler, wenn Therapeuten versuchen, Dämonen-Persönlichkeiten aufgrund ihrer Bössartigkeit innerhalb des Therapieprozesses zu unterdrücken. Dies führt nämlich dazu, dass ein „*Teil von dem, was die Patientin erfährt, [vom Therapeuten] abgeleugnet*“ wird (Putnam, 2003, S. 143). Anstatt sich der Auseinandersetzung mit den Dämonen zu verweigern und ihre Macht dadurch nur weiter zu verstärken, geht es in einer Therapie vielmehr darum herauszufinden, wie und warum es zur Entstehung einer Dämonen-Persönlichkeit gekommen ist, und diese Entstehungsnotwendigkeit als Überlebensmechanismus zu würdigen.

Die ursprüngliche Persönlichkeit

Die ursprüngliche Persönlichkeit ist jene Persönlichkeit, die einer betroffenen Person seit der Geburt zugehörig und vor allen Trauma-Erfahrungen zu eigen war. Sie ist also jene Persönlichkeit, „*von der alle übrigen abstammen*“ (Putnam, 2003, S. 143), und die irgendwann eine erste Alter-Persönlichkeit abspalten musste, um die schrecklichen Gewalterfahrungen, denen sie ausgesetzt wurde, zu überleben. Meistens ist die ursprüngliche Persönlichkeit innerhalb des Gesamtsystems inaktiv und wie „*in Schlaf versetzt*“ (Putnam, 2003, S. 143). Sie kann aber nach langen und sich positiv entwickelnden Therapieverläufen wieder in Erscheinung treten. Die ursprüngliche Persönlichkeit ist nicht zu verwechseln mit der Gastgeber-Persönlichkeit oder der Alltagsperson, wie sie von Huber (2010) genannt wird. Die ursprüngliche Persönlichkeit ist in sich ganz und ungespalten. Die Gastgeber-Persönlichkeit hingegen ist ein Teil von vielen Teilen eines multiplen Gesamtsystems.

Nicht-Personen

Zusätzlich zu den oben genannten und von Putnam beschriebenen Arten von Alter-Persönlichkeit gibt es bei Huber (2010) eine weitere Kategorie von Alter-

Persönlichkeiten, nämlich die der „*Nicht-Personen*“ (Huber, 2010, S. 214). Hier handelt es sich um Identitäten, die in Form von „*Tieren, Dingen, Energieformen*“ (Huber, 2010, S. 214) oder ähnlichen nichtpersonalen Erscheinungsformen auftreten. Tieridentitäten, zum Beispiel Hunde, können auf das Bestehen von traumatischen Erfahrungen in Zusammenhang mit Tieren hinweisen. Solche Gewalterfahrungen finden oft in Zusammenhang mit rituellem Missbrauch statt.

Die Vielzahl von möglichen Alter-Persönlichkeiten zeigt, wie komplex multiple Persönlichkeitssysteme aufgebaut sein können. In den folgenden Kapiteln der vorliegenden Arbeit sollen noch weitere Aspekte, die zum Verständnis dieser multiplen Systeme beitragen können, beleuchtet werden.

2.2.3.3. Amnestische Barrieren und inneres Wahrnehmen im multiplen System

Ein Hauptcharakteristikum aller multiplen Systeme ist es, dass nicht alle Alter-Persönlichkeiten voneinander wissen. Es gibt ganz unterschiedliche Ausprägungen von gegenseitigem Gewährsein. Das Spektrum reicht von Alter-Persönlichkeiten, die sich ganz allein in ihrem Körper wähen - meist die Gastgeber-Persönlichkeit oder suizidale Persönlichkeiten - über solche, die einige weitere Alter-Persönlichkeiten kennen, bis zu jenen, die von sich behaupten, das gesamte System zu kennen. Letztere sind oft die inneren Selbsthelfer oder die Erinnerungsträger. Je stärker die emotionale Energie oder die Trauma-Bezogenheit einer Alter-Persönlichkeit ist, umso undurchlässiger ist die dissoziative Barriere, die sie von anderen Alter-Persönlichkeiten trennt. Im Leben von multiplen Persönlichkeiten zeigt sich dies in der Erfahrung, dass Alter-Persönlichkeiten auftauchen, handeln und wieder verschwinden, ohne dass die jeweils nachfolgende Alter-Persönlichkeit oder die zurückkehrende Gastgeber-Persönlichkeit darüber Bescheid weiß, was in der Zwischenzeit passiert ist. Betroffene erleben dies als ein Verlieren von Zeit. Über Zeitspannen von Stunden, Tagen oder Wochen fehlen ihnen manchmal jegliche Erinnerungen. Sie finden sich dann plötzlich in unerklärlichen Situationen wieder und müssen sehen, wie sie damit zurecht kommen.

Das Sich-Aufspalten in einzelne Alter-Persönlichkeiten und das Wechseln von einer in eine andere Alter-Persönlichkeit war ein notwendiger und effektiver

Überlebensmechanismus während unerträglicher Gewalterfahrungen. Im späteren Leben stellen das Multipel-Sein und die weiterhin unvermeidlichen und als hauptsächliche Bewältigungsstrategie von schwierigen Situationen eingesetzten Wechsel der Alter-Persönlichkeiten aber für die Betroffenen eine enorme Belastung dar. Sind die dissoziativen Barrieren noch groß, sind die Betroffenen, wie oben beschrieben, ständig damit konfrontiert, unerklärliche Situationen und eigenes unberechenbares Verhalten gegenüber sich selbst und der Umwelt zu erklären. Weiß die betroffene Person, etwa aufgrund einer Therapie, schon über ihre multiple Persönlichkeit Bescheid und entsteht ein immer größeres Wissen und Gewahrsein der einzelnen Alter-Persönlichkeiten voneinander, so kommt der betroffenen Person die Aufgabe zu, neben der Kontrolle nach außen und zur sozialen Umwelt hin, auch einen Überblick nach innen und über das Gesamtsystem der Alter-Persönlichkeiten zu erringen. Die Kraftanstrengungen, die ihr dabei abgerungen werden, sind in der Regel enorm.

2.2.3.4. Stimmen hören

Je größer das Wissen einer multiplen Persönlichkeit über das multiple System in ihrem Inneren ist, umso ausgeprägter wird auch die innere Kommunikation unter den einzelnen Alter-Persönlichkeiten. Dies bedeutet unter anderem, dass diejenige Alter-Persönlichkeit, die sich gerade manifestiert hat, in ihrem Inneren, vor allem in ihrem Kopf, die Stimmen der anderen Alter-Persönlichkeiten hört. Während sie zum Beispiel versucht, sich auf ihre Aufgaben im Beruf zu konzentrieren oder mit dem Auto durch eine verkehrsreiche Stadt zu fahren, kommentieren die anderen innerlich ihr Verhalten, sie erzählen irgendwelche Geschichten, fluchen oder schimpfen, weinen oder singen, geben Ratschläge, lassen zynische Bemerkungen fallen oder schweigen plötzlich alle wie auf Kommando, um dann in einem unerwarteten Moment wieder in voller Lautstärke einzusetzen. Ausgeprägte bis unerträgliche Kopfschmerzen sind für die Betroffenen zumeist die Folge dieser inneren Vielheit von Stimmen und Gefühlen.

Im medizinischen Bereich werden multiple Persönlichkeiten aufgrund des Hörens der inneren Stimmen von Alter-Persönlichkeiten oft fälschlicherweise als schizophren, psychotisch oder wahnhaft eingestuft. Huber (2010) betont jedoch ausdrücklich, dass diese Diagnosen unrichtig sind. *„Multiple Persönlichkeiten haben keine*

Wahnvorstellungen. Die Stimmen in ihrem Innern erzählen die Wahrheit. Auch wenn es oft einander widersprechende Wahrheiten sind. Es sind die Wahrheiten, die die ‚Innenpersonen‘ kennen“ (Huber, 2010, S. 101). Die Widersprüchlichkeit und Unberechenbarkeit ihres Erlebens treibt jedoch viele Betroffene selbst in den Glauben, dass sie psychisch krank seien oder schlimme Wahnvorstellung hätten. Häufig geraten sie darüber in größte Verzweiflung und Einsamkeit und suchen Hilfe und Rettung in Suchtmitteln, Selbstverletzung oder Suizidversuchen.

2.2.3.5. Einstellungen zum Körper

Die Fähigkeit sich gut um den eigenen Körper zu kümmern ist bei den meisten Alter-Persönlichkeiten schlecht ausgeprägt. Der Körper wird eher genutzt als geschätzt und es findet sich selten ein erkennbares Streben nach Gesundheit und körperlichem Wohlergehen. Die Gründe dafür können einerseits in der völlig unterschiedlichen Körperwahrnehmung der einzelnen Alter-Persönlichkeiten liegen. *„Einige sehen das Haar als blond an, andere als braun. Einige sehen den Körper als klein und dick, andere als groß und dürr“* (Putnam, 2003, S. 145).

Andererseits geben die Erklärungen der einzelnen Alter-Persönlichkeiten über die Gründe ihrer meist negativen Haltung gegenüber ihrem Körper oft deutliche Hinweise auf die erlebten Traumata. Laut Putnam (2003) lassen sich hier drei Hauptbegründungsstränge erkennen. Einmal weisen die Alter-Persönlichkeiten darauf hin, dass sie immer schon und vor allem vom Täter schlecht behandelt wurden. Deshalb würden sie sich selbst auch in vergleichbarer Weise behandeln. Dann gibt es Alter-Persönlichkeiten, die von sich behaupten, außerhalb des Körpers zu existieren und diesen nur zu brauchen, um mit der materiellen Welt in Kontakt treten zu können. Und drittens sind einige Alter-Persönlichkeiten davon überzeugt, dass dies nicht ihr Körper sei, dass sie diesen Körper weder mögen noch kennen und dass sie ihn, wenn es möglich wäre, am liebsten verändern würden, beispielsweise mit operativen Mitteln.

2.2.3.6. Namen und Namensgebung

Die einzelnen Alter-Persönlichkeiten tragen nicht nur unterschiedliche Körperbilder in sich, sie hören auch auf unterschiedliche Namen. Die Namensgebungen können entweder Abwandlungen des ursprünglichen Namens der multiplen Persönlichkeit sein, etwa Lisi, Lis, Lissi, Elli, Betty, Bets etc. für Elisabeth. Sie können sich aber auch auf die äußere oder innere Funktion einer Alter-Persönlichkeit beziehen. So können Namen entstehen wie: die Gärtnerin, der Fahrer, der Künstler, die Vermittlerin etc. Auch der vorrangige Affekt innerhalb einer Alter-Persönlichkeit kann zur Namensgebung beitragen. Alter-Persönlichkeiten hören dann zum Beispiel auf Namen wie: die Wütende, der Traurige, der Scheinheilige etc. Und fast immer gibt es innerhalb eines Gesamtsystems auch eine oder mehrere Alter-Persönlichkeiten, die keinen Namen tragen oder auf Namen wie „Niemand“ oder „Keiner“ hören (Putnam, 2003, S. 146).

Für die therapeutische Arbeit ist es sehr wichtig, die einzelnen Namen der Alter-Persönlichkeiten herauszufinden und zu benutzen. Dies erleichtert einerseits die Kontaktaufnahme der TherapeutIn mit den einzelnen Alter-Persönlichkeiten. Andererseits unterstützt es die multiple KlientIn selbst bei der Etablierung und Aufrechterhaltung einer verbesserten inneren Kommunikation.

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Alter-Persönlichkeiten beleuchtet. Um das Zusammenwirken der Alter-Persönlichkeiten innerhalb des Gesamtsystems und den fragmentierten Alltag einer multiplen Persönlichkeit verstehen zu können, ist es notwendig, auch noch den spezifischen Vorgang des abwechselnden Erscheinens der Alter-Persönlichkeiten an der Oberfläche des Erlebens und Verhaltens der Betroffenen zu beleuchten. Dies soll im folgenden Kapitel versucht werden.

2.2.3.7. Switche und Switching

Der Vorgang des Wechsels von einer Alter-Persönlichkeit in eine andere wird „Switching“ (Putnam, 2003, S. 147) genannt. Dieser Prozess gehört zu den zentralen Verhaltensmerkmalen jeder multiplen Persönlichkeit. In der Therapie ist es unerlässlich zu lernen, Switche zu erkennen und mit den einzelnen Alter-Persönlichkeiten darüber zu sprechen.

Grundsätzlich ist das Switchen ein psychophysiologischer Prozess, der sowohl kontrolliert als auch unkontrolliert ablaufen kann. In der Regel tritt immer nur eine Alter-Persönlichkeit in Erscheinung. Es kann aber auch vorkommen, dass sich zwei oder mehrere Alter-Persönlichkeiten gleichzeitig manifestieren. Auslösende Reize für das Switchen können sowohl von innerhalb als auch von außerhalb der betroffenen Person kommen. Vor allem zu Beginn von Therapien erleben sich die Betroffenen den Switchings meist völlig ausgeliefert, da die amnestischen Barrieren zwischen den einzelnen Alter-Persönlichkeiten noch stark sind. *„Viele Identitäten wissen zu diesem Zeitpunkt nichts voneinander; für sie ist das Leben ein unablässiges In-Erscheinung-Treten und Verschwinden, wobei sie oft unter merkwürdigen und ungewöhnlichen Umständen ‚aufwachen‘“* (Putnam, 2003, S. 147).

Im Laufe einer Therapie lernen die Betroffenen den Switching-Prozess immer besser zu steuern. Auch gelingt es ihnen in zunehmendem Maße, eine der jeweiligen Situation angemessene Alter-Persönlichkeit nach außen treten zu lassen. Diese Fähigkeit ist eine Begründung dafür, dass so viele Betroffene ihr Multipel-Sein vor der Umwelt verbergen können. Nur in Stresssituationen kommt es weiterhin häufig zu inadäquaten Manifestationen, das heißt es kommen Alter-Persönlichkeiten zum Vorschein, die sich für die soziale Umgebung unverständlich verhalten. Die multiplen Persönlichkeiten geraten darüber oft in einen sehr unangenehmen Erklärungsnotstand.

Die Switching-Prozesse selbst können unterschiedlich sein. Manchmal laufen sie für die Umgebung sehr offensichtlich ab, dann wieder können sie kaum merklich vor sich gehen. Auch dauert es unterschiedlich lange, bis eine Alter-Persönlichkeit in eine andere gewechselt hat. Die Bandbreite reicht hier von Bruchteilen einer Sekunde bis hin zu mehreren Minuten. Immer ist der Switch von körperlichen Veränderungen

begleitet, die sich vor allem auf die Augen, das Gesicht und die Körperhaltung beziehen. Meist zeigt sich zu Beginn des Switches ein schnelles Flackern der Augenlider, ein starkes Blinzeln oder ein Aufwärtsrollen der Augäpfel. Das Gesicht kann sich durch Zuckungen oder Grimassen kurzzeitig entstellen, die betroffene Person beginnt möglicherweise als Ganzes zu zittern oder führt schnelle und ruckartige Veränderungen der Körperhaltung durch. Längere Switching-Prozesse führen meist zu einem tranceartigen Zustand. Die Betroffenen sind dann nicht ansprechbar und starren blicklos vor sich hin. Manchmal kommt es auch zu einem kurzen Schlaf, der als „*Ohnmachts-Switch*“ bezeichnet wird (Putnam, 2003, S. 59).

Putnam (2003) berichtet, dass viele multiple Persönlichkeiten große Übung darin haben, den Switching-Prozess vor der Umwelt zu verbergen. Sie drehen während eines Switches zum Beispiel ihr Gesicht zur Seite, bedecken es mit Händen oder Haaren oder steuern den Switch zeitlich so, dass er mit einer kurzen Unachtsamkeit oder Abwesenheit des Gegenübers zusammenfällt. Auch wenden die neu erscheinenden Alter-Persönlichkeiten orientierende Verhaltensweisen an, um sich unmittelbar nach dem Switch zeitlich und räumlich einordnen zu können. *„Typisch hierfür sind Berühren des Gesichts, Drücken der Hände gegen die Schläfen, Berühren des Stuhls oder Sessels, auf dem sie sitzen, schnelles Sich-Umschauen im Raum und unablässiges Verändern der Körperhaltung“* (Putnam, 2003, S. 151). Solche Verhaltensweisen werden in der Fachsprache *„Erden“* oder *„grounding“* genannt (Putnam, 2003, S. 151).

Durch einen Switch wechselt, wie oben beschrieben, die jeweilige Manifestation der Alter-Persönlichkeiten. Die Veränderungen im Ausdruck und im Verhalten der einzelnen Alter-Persönlichkeiten lassen sich dabei auf körperlicher und auf psychischer Ebene beobachten. Allerdings braucht es einiges an Erfahrung, um diese Veränderungen richtig wahrnehmen und als Ausdruck unterschiedlicher Alter-Persönlichkeiten erkennen zu können. Putnam (2003) schreibt:

Viele Therapeuten berichten, sie hätten anfangs nur vage wahrgenommen, daß sich ein Patient in irgendeiner Weise änderte, und sie hätten dies nicht als einen Wechsel zu einer anderen Alter-Persönlichkeit erkannt. Nachdem sie die verschiedenen Identitäten im Laufe der Zeit näher kennengelernt hätten,

hätten sie sie besser unterscheiden und stärkere Unterschiede zwischen ihnen erkennen können. Mit zunehmender Erfahrung vermögen viele Therapeuten dann aus fünfzig Schritten Entfernung zu erkennen, welche der Alter-Persönlichkeiten jeweils ‚draußen‘ (aktiv) ist. (Putnam, 2003, 148)

Nach der eingehenden Beleuchtung der Entstehung und des Erscheinungsbildes der DIS sollen im folgenden Kapitel die diesbezüglichen Erklärungsmodelle der Integrativen Gestalttherapie vorgestellt werden.

3. TEIL:

DISSOZIATION UND DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG AUS SICHT DER INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE

Die unauflösliche Beziehung zwischen Person und Umwelt ist in der Integrativen Gestalttherapie von zentraler Bedeutung. Nicht nur das gelingende Leben, sondern auch die Entstehung von Störungen sowie deren Veränderbarkeit wird in diesem Beziehungsfeld lokalisiert (Deistler & Vogler, 2005).

3.1. Selbstregulierung durch schöpferische Anpassung und die Ganzheitstheorie des Organismus

In der Integrativen Gestalttherapie wird davon ausgegangen, dass Menschen sich, wie alle anderen lebenden Organismen auch, auf natürliche Weise selbst regulieren. Dieses Konzept der „*Selbstregulierung*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 69) gehört zu den grundlegenden Aspekten des gestalttherapeutischen Menschenbildes. Es ist die Idee „*des natürlichen Funktionierens des Menschen in seiner Umgebung*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 69). Störungen der Selbstregulierung werden als Ursachen für das Entstehen von Symptomen und Erkrankungen gesehen und die therapeutische Behandlung dieser Störungen hat die Wiederherstellung der Selbstregulierung zum Ziel.

Die Integrative Gestalttherapie betrachtet den Menschen nicht losgelöst von seiner Umgebung, sondern grundsätzlich immer als Teil eines „Feldes“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 69), welches die aktuelle Situation darstellt. Im „Organismus-Begriff“ (Amendt-Lyon, Bohlen & Höll, 2004, S. 102) geht die Integrative Gestalttherapie davon aus, dass der Mensch eine untrennbare Einheit seiner körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Aspekte darstellt und mit seinem gesellschaftlichen und ökologischen Umfeld unauflöslich verwoben ist. Das „Organismus-Feld-Konzept“ (Amendt-Lyon, Bohlen & Höll, 2004, S. 102) versucht in diesem Sinne, den Menschen als Ganzheit in seinem Umfeld zu verstehen. Selbstregulierung bezieht sich aus dieser Sichtweise heraus nicht nur auf den Organismus selbst, sondern immer auch auf das Feld, in welchem der Organismus in jedem Augenblick das übrige Feld beeinflusst und gleichzeitig von diesem beeinflusst wird. Achim Votsmeier-Röhr (2004) unterscheidet daher zwei Arten der Selbstregulierung:

Einerseits spricht er von der „Organismischen Selbstregulierung“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 69), die sich auf die inneren Prozesse des Organismus und seines Stoffwechsels bezieht. Gemeint sind hierbei alle Arten der Bedürfnisbefriedigung und –regulierung, die zur Aufrechterhaltung eines inneren Gleichgewichts, das heißt einer inneren „homöostatischen Balance“ führen (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 69). Dies sind zum Beispiel körperliche Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schlaf oder psychische Bedürfnisse nach Liebe, Freundschaft oder Vertrauen.

Andererseits unterscheidet er die „Selbstregulierung der Ich-Grenze“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 69), bei der es dem Organismus darum geht, im Kontakt mit dem Umweltfeld seine Identität und Integrität als Einheit zu bewahren. Die „Ich-Grenze“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 79) der Person bezeichnet jenen Bereich an Kontaktmöglichkeiten, welcher der jeweiligen Person zugänglich ist, ohne dass ihre Identität in Gefahr gerät. „Mit der Identität der Person ist in erster Linie ihre Identität als somato-psychische Einheit, ihre Organisation und Kohäsion gemeint, in zweiter Linie das Selbstbild, also das System der Identifikationen als mentale Struktur“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 79).

Bei der Selbstregulierung der Ich-Grenze geht es im Konkreten oft um Themen wie „sich behaupten“ oder „sich schützen“, welche sich zum Beispiel zeigen „im positiven

aggressiven Herangehen an eine Situation, im sich Definieren (Grenzen setzen), sich Behaupten, etwas als zu sich gehörend identifizieren, etwas anderes ablehnen/zurückweisen, ...“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 82). Das Ziel dabei ist immer, die Beziehungen so zu gestalten, dass die damit verbundenen Erregungen und Energien erträglich bleiben und die Ich-Grenze nicht beeinträchtigt wird.

Die Integrative Gestalttherapie geht in ihrem Konzept der Selbstregulierung der Ich-Grenzen davon aus, dass Menschen in der Regel aus sich heraus wissen, welche Anforderungen und Aufgaben sie sich zutrauen können, um sich einerseits selbst gut verwirklichen zu können und andererseits den Anforderungen des Umweltfeldes gerecht zu werden (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 82). Stimmen das Können des Organismus und die Umweltbedingungen überein, wird dies von den Betroffenen als „*Adäquatheit*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 70) erlebt, zum Beispiel als ein Empfinden des Gefühls von Natürlichkeit, Sicherheit oder Richtigkeit.

Eine beständige und existentielle Aufgabe des Organismus im Umweltfeld bleibt dabei die stets neue Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten und die jeweilige Situation. Dies wird in der Integrativen Gestalttherapie als Prozess der „*schöpferischen Anpassung*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 71) bezeichnet. Die Motivation zur schöpferischen Anpassung liegt in der grundlegenden „*Tendenz zur Selbstaktualisierung*“, welche von Votsmeier-Röhr (2004) in Anlehnung an Kurt Goldstein als „*möglichst optimale Verwirklichung der individuellen Wesenheit (Potentiale, Fähigkeiten etc.) der Person in der Auseinandersetzung mit der Welt*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 71) beschrieben wird. Selbstaktualisierung bedeutet in diesem Sinne das Streben des Menschen nach einer Verwirklichung der eigenen Person in Bezug auf ihre Identität, ihr Wesen und ihre Möglichkeiten innerhalb der jeweiligen Situation im Umweltfeld.

Kontaktprozesse, die dabei innerhalb der Ich-Grenze stattfinden, werden von der Person als sicher und unproblematisch erlebt, da sie sich auf bekanntem Boden ereignen. Kontakte direkt an der Ich-Grenze sind aufregend und herausfordernd, da sie dem menschlichen Drang nach Neuem entsprechen und - bei positivem Gelingen - eine Erweiterung der Ich-Grenzen ermöglichen. Gehen Kontakte jedoch zu weit über die Ich-Grenze hinaus, werden sie von den Betroffenen als angstmachend

erlebt und gefährden je nach Stärke und Intensität die Identität der Person in mehr oder weniger großem Ausmaß (Polster & Polster zit. nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 81).

Die Integrative Gestalttherapie geht davon aus, dass jede Handlung und jedes Verhalten eines Organismus eine Leistung des gesamten Organismus darstellt und nicht nur die eines bestimmten Teilbereiches. Diese „*Ganzheitstheorie des Organismus*“ (Goldstein zit. nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 71) ist ein weiteres zentrales Postulat der Integrativen Gestalttherapie. Das Maß an Integration der Teilprozesse in die Gesamtheit des Organismus wird nach Goldstein im Begriff der „*Zentrierung*“ (Goldstein zit. nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 71) verdeutlicht. „*Bei höchster Zentrierung handelt der Mensch aus der gesamten Persönlichkeit heraus. Je geringer die Zentrierung ist, desto mehr sind Teile der Persönlichkeit voneinander isoliert, desto mehr gerät der Organismus in Un-Ordnung*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 71). Eine gute Zentrierung bildet die Basis einer sich frei fließend entwickelnden „*Gestaltbildung*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 71).

3.2. Der Prozess der Gestaltbildung

Der Prozess der Gestaltbildung entspricht einer weiteren Grundannahme der Integrativen Gestalttherapie. Er stellt das Prozesshafte und Dynamische der Erfahrungsbildung dar. Das Konzept der Gestaltbildung stammt einerseits aus der Gestaltpsychologie der Wahrnehmung und wurde andererseits von Goldstein in die Theorie der Gestalttherapie eingearbeitet (Votsmeier-Röhr, 2004).

In Anlehnung an die Gestaltpsychologie spricht Goldstein von einem „*Figur-Hintergrund-Geschehen*“ (Goldstein zit. nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 72), in welchem die Gestaltbildung stattfindet. Figur und Hintergrund sind aufeinander bezogen und ergeben eine Einheit: „*die Gestalt*“ (Amendt-Lyon, Bohlen & Höll, 2004, S. 102). Als Figur wird derjenige Aspekt einer Wahrnehmung bezeichnet, der ins Blickfeld der Aufmerksamkeit einer Person rückt. Die Figur hebt sich deutlich vom Hintergrund ab. Zur Figur werden kann alles, was unsere Aufmerksamkeit bindet. Figur und Hintergrund stehen in einem ständigen Wechselspiel. Was Hintergrund ist, kann im nächsten Augenblick Figur werden und umgekehrt.

Als Hintergrund wird – in Abgrenzung zur Figur im Vordergrund – die Gesamtheit der übrigen Prozesse des Organismus bezeichnet. Votsmeier-Röhr (2004) nennt hier einige Beispiele zur Verdeutlichung:

Ein erhobener Arm ist Figur, der Rest des Körpers (Körperhaltung) ist der Hintergrund. Ein Gefühl der Wut ist Figur, der Rest des Organismus (verstärkte Atmung etc.) ist der Hintergrund. Ein gesprochenes Wort ist Figur, der Satz, die innere Einstellung, der gesellschaftlich-kulturelle Kontext der Hintergrund. (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 72)

Das Erleben von Bedeutung und Ganzheitlichkeit in der Gestaltbildung ergibt sich nicht allein aus der Figur oder allein aus dem Hintergrund, sondern nur aus der unauflösbaren Bezogenheit von Figur und Hintergrund aufeinander.

3.3. Der Kontaktprozess

Die Bezogenheit von Figur und Hintergrund aufeinander führt zu einer weiteren Grundannahme der Gestalttheorie, welche als „*Tendenz zur guten Gestalt*“ bezeichnet wird (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 73). Die Integrative Gestalttherapie geht davon aus, dass es im Menschen eine vorwärtstreibende Kraft gibt, die sich als ein auf die Umwelt bezogenes Bedürfnis zeigt. Dieses Bedürfnis drängt nach Erfüllung und Befriedigung und strebt nach Assimilation und Integration. Unter „*frei-fließender Gestaltbildung*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 73) wird demnach die fortlaufende Aufeinanderfolge von Figuren bezeichnet, die sich im Zuge der beschriebenen Verwirklichungstendenz des Organismus vor dem Hintergrund der übrigen Prozesse des Organismus und des Umweltfeldes bilden. Im Gestaltbildungsprozess werden die Figuren nach und nach klarer, sie differenzieren sich und werden „*prägnant*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 73). Die Bewältigung der gestellten Aufgabe oder die Befriedigung eines aktuellen Bedürfnisses führen zum Schließen der Gestalt. Die Figur löst sich dadurch auf und tritt in den Hintergrund zurück, wo sie einer neuen Figurbildung Platz macht.

Dieses im Organismus ununterbrochen stattfindende Hervortreten von Figuren des Interesses vor dem Hintergrund des Organismus-Umwelt-Feldes wird von Perls als

„Kontakt“ bezeichnet (Perls, 2007, S. 27). Der Kontakt selbst wird als Prozessvorgang beschrieben, der in mehreren Phasen abläuft und dem Menschen eine Selbstregulierung in Form der schöpferischen Anpassung an die eigenen Bedürfnisse und an die Umwelt ermöglicht. Der Kontaktprozess bezieht sich dabei sowohl auf innere Prozesse des Organismus (Organismische Selbstregulierung) als auch auf Prozesse, die sich zwischen der Umwelt und dem Organismus ereignen (Selbstregulierung der Ich-Grenze).

Beide Formen der Selbstregulierung durch Kontaktprozesse ermöglichen uns die Erfahrung unseres lebendigen „Selbst“ (Perls, 2007, S. 27), indem wir uns selbst in Berührung, das heißt in Kontakt mit der jeweiligen Situation erleben. Das Selbst ist dabei nicht als fixe Größe mit stets gleichem Standort zu betrachten. *„Es existiert, wo und wann immer eine Grenzinteraktion tatsächlich stattfindet“* (Perls zit. nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 74). Als Grenzinteraktion wird hierbei das Erleben an der sogenannten „Kontaktgrenze“ (Perls zit. nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 74) verstanden. Mit Kontaktgrenze ist die Grenze zwischen Organismus und Umweltfeld gemeint, an welcher der Austausch zwischen Organismus und Umwelt stattfindet. Sie ist jener Bereich *„der Verbindung mit und der gleichzeitigen Trennung von anderen Elementen im Feld“* (Perls, zit. nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 74), in welchem das Selbst spürbar und erlebbar wird. Man kann dabei nicht nur mit Elementen im Außen, sondern auch mit Teilen im Inneren seiner selbst in Berührung sein.

Die Kontaktgrenze wird dabei nicht als starr und unveränderlich angesehen, sondern wird als dynamische Schnittstelle jener Prozesse verstanden, in denen sich Organismus und Umweltfeld immer wieder gegenseitig erzeugen und differenzieren (Gremmler-Fuhr zit. nach Steiner-Bensic, 2012).

Der Kontakt selbst wird als Prozessverlauf beschrieben, der in mehreren Phasen abläuft und aus einer idealtypischen Abfolge von Kontaktepisoden besteht. In seinem Buch *„Gestalt und Prozess“* (2004) stellt Hans Peter Dreitzel den von Fritz Perls, Ralph F. Hefferline und Paul Goodman entwickelten Kontaktprozess ausführlich dar. Er benennt die vier Phasen des Kontaktprozesses wie folgt:

1. Phase: Der Vorkontakt

In dieser Phase erlebt eine Person ein biologisches oder emotionales Bedürfnis, wie zum Beispiel Hunger. Das aufkommende Bedürfnis führt zur Erregung des Organismus. Der Organismus strebt in Folge nach der Befriedigung des Bedürfnisses. Auch das Beenden eines Reizes, zum Beispiel das Unterbinden einer Lärmquelle, kann ein Bedürfnis des Organismus sein.

2. Phase: Orientierung und Umgestaltung

Das aufgekommene Bedürfnis beeinflusst unsere Wahrnehmung in einer Art und Weise, dass das Objekt unseres Interesses in den Vordergrund rückt und zur Figur wird. Dies erfordert vom Organismus Initiative und Aggression. Es geschieht eine Auswahl von Möglichkeiten, indem eine absichtsvolle Orientierung und Manipulation des Organismus und/oder der Umwelt stattfindet. Am Beispiel des Hungergefühls bedeutet dies: Wenn der Person das Bedürfnis ‚Hunger‘ bewusst wird, aktiviert sie Ressourcen, um eventuelle Hindernisse aus dem Weg räumen und dem Bedürfnis nachgehen zu können. Es findet eine sinnliche, kognitive und motorische Hinwendung zum Bedürfnis und dessen Befriedigungswunsch statt. Um das Ziel einer zupackenden Gestaltung erreichen zu können, steigt der Energiepegel im Organismus weiter an. Dies erhöht die Durchlässigkeit der Kontaktgrenze.

3. Phase: Voller Kontakt

In der Phase des Kontaktvollzuges lässt die Person sich voll auf den Kontakt mit dem ein, was sie zur Befriedigung ihres Bedürfnisses gewählt hat. Alles andere tritt in diesem Moment in den Hintergrund. Das heißt im vollen Kontakt geschieht die Berührung und Verschmelzung an der Kontaktgrenze. Dies entspricht einer gesunden Konfluenz von Organismus und Umwelt, indem sich der Organismus gegenüber dem Objekt des Bedürfnisses öffnet und sich darauf einlässt. Die Kontaktgrenze ist durchlässig, um das Neue zu assimilieren. Die Energie bleibt dabei auf hohem Niveau und es stellt sich allmählich ein Gefühl von Befriedigung und Sättigung ein.

4. Phase: Nachkontakt

Nach dem vollständigen Kontaktvollzug erlebt die Person eine tiefe Befriedigung. Die eben noch vordergründige Figur tritt in den Hintergrund, und die Person zieht sich in

einen Zustand der Ruhe und des Gleichgewichts zurück. Die Energie sinkt ab und der Abstand zwischen dem Ich und der Umwelt wird wieder bewusst wahrgenommen. Die Kontaktgrenze wird wieder undurchlässiger. In Anlehnung an Perls betont Dreitzel die Wichtigkeit des Nachkontakts, denn an diesem Punkt findet Wachstum statt. Der Mensch assimiliert das Neue, er „verdaut“ die Erfahrung und kommt zu einem Gefühl der Sättigung, bevor der Zyklus unablässig von neuem beginnt.

3.4. Die Mechanismen der Kontaktunterbrechung

Wird der Kontaktprozess vollständig durchlaufen, können Gestaltbildungen, die aus dem Umwelt-Feld in den Vordergrund getreten sind, abgeschlossen werden und in das Feld zurückkehren. Dies entspricht einer ungestört verlaufenden Selbstregulation des Organismus. Traumatisierende Erfahrungen im Sinne des Erlebens von Situationen, die eine Person mit ihren Möglichkeiten nicht bewältigen kann und die weit über ihre Ich-Grenze hinausgehen, zum Beispiel Gewalterfahrungen, Umweltkatastrophen, aufgezwungene Verhaltensweisen etc. führen zu massiven Überforderungen des gesamten Organismus. Besonders Kinder in den ersten Lebensjahren, deren physische und psychische Entwicklung erst in den Anfangsstadien ist, kommen sehr schnell an die Grenzen ihrer Bewältigungsmöglichkeiten. Grenzverletzungen wie Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen sowie grobe Vernachlässigung des Kindes haben Erschütterungen mit massiver Angst und Panik zur Folge und stürzen den kindlichen Organismus in eine „*Katastrophensituation*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 85), die von extremer Erregtheit und Anspannung gekennzeichnet ist. Votsmeier-Röhr schreibt: *„Einen solchen Zustand ungeordneten, katastrophalen Verhaltens kann der Organismus nicht lange tolerieren, weil die Existenz, die Integrität als Einheit immer bedrohter wird, je länger der Zustand anhält“* (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 85).

Stehen dem Kind keine äußeren Möglichkeiten der Veränderung und keine Hilfsangebote aus dem Umweltfeld zur Verfügung, so kommt es zur abrupten Beendigung der überfordernden Kontaktsituation im Inneren des Kindes. Das Kind bedient sich beispielsweise seiner Fähigkeit zur Dissoziation, um der überwältigenden Erfahrung innerlich entfliehen zu können. Die Kontaktunterbrechung

wird also als Bewältigungsstrategie verstanden, die es dem Kind ermöglicht, eine unerträgliche Situation zu überstehen. Wird diese Situation später mit den Eltern oder anderen Personen aus dem Umfeld nicht aufgearbeitet, so erfährt das Kind keine Bestätigung für die Not, die es erlebt hat. Kommt es darüber hinaus noch dazu, dass sich die Gewaltsituationen öfter wiederholen, so wird sich die Notfallreaktion des Kindes zu einem „Anpassungsmuster“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 85) weiterentwickeln.

Die wiederholte Unterbrechung von Kontaktzyklen ermöglicht dem Kind einerseits die unmittelbare Bewältigung der traumatisierenden Situation, führt aber andererseits zur Entstehung von „*unabgeschlossene Gestalten*“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 85), die sich im Weiteren in der Gegenwart immer wieder manifestieren und zu einem Abschluss drängen. Die Trauma-Erfahrung und die ihr entsprechenden Persönlichkeitsteile werden von der Gesamtperson isoliert und sind nicht mehr in die Gesamtheit des Hintergrundfeldes eingebettet. Sie sind vom Hintergrund der übrigen Erfahrungen abgespalten (Votsmeier, 2001).

Dissoziation und Introjektion sind nach Votsmeier (2001) jene Mechanismen der Kontaktunterbrechung, die zum Überleben traumatischer Erfahrungen zielführend und hilfreich sind. Bedient sich das Kind der Bewältigungsstrategie der Dissoziation, so reagiert es in einer Missbrauchssituation zum Beispiel damit, dass es sein Körperempfinden abspaltet (Depersonalisation) oder die Situation für sich selbst unwirklich macht (Derealisation).

Introjektion bedeutet, dass Fremdes ohne Überprüfung oder Verarbeitung durch den Organismus in die eigene Psyche übernommen wird (Votsmeier, 2001). Wählt das Kind in der Gewaltsituation die Bewältigungsstrategie der Introjektion, so übernimmt es zum Beispiel die Betrachtungsweise des Täters von der Situation und von sich selber. Das Kind kann dem gewaltvollen Geschehen dadurch Sinn verleihen. Die Gestalttherapeutinnen Imke Deistler und Angelika Vogler (2005) beschreiben an einem Beispiel, wie eine Klientin versucht, sich mittels Introjektion die gewaltvollen Erfahrungen durch ihren Vater zu erklären:

Mein Vater ist ein lieber Mensch. Er arbeitet sehr hart, um uns allen ein gutes Leben zu ermöglichen. Wenn er getrunken hatte, dann wurde er komisch. Ich hatte immer Angst dann, weiß nicht warum. Manchmal habe ich Träume – da sehe ich sein rotes, aufgedunsenes Gesicht direkt über meinem – irgendwie in einem dunklen Raum. Das sind nur Träume! Wenn er mich schlug, sagte er immer, daß ich eine Hure und böse bin und daß ich schuld daran bin, daß er das alles mit mir tun müsse. Ich bin schmutzig und böse in meinem Innern. Ich versuche immer gut zu sein, aber das ist alles Maske – in Wirklichkeit müßten alle doch sehen, wie schlecht ich bin. (Deistler & Vogler, 2005, S. 98)

Neben Dissoziation und Introjektion gibt es noch vier weitere Strategien zur Kontaktunterbrechung, die dazu dienen, in schwierigen Situationen die eigenen Grenzen wahren zu können.

Dies sind die Mechanismen der:

- *Projektion (Eigenes wird anderen zugeschrieben)*
- *Retrofektion (Wendung von Bedürfnissen an bzw. gegen sich selbst, statt an andere)*
- *Konfluenz (Vermischung und Verschmelzung von Bedürfnissen und Persönlichkeitsaspekten verschiedener Personen)*
- *Deflektion (Ablenkung von Bedürfnissen z.B. durch Verallgemeinerung, Abwenden von Blickkontakt etc.) (Deistler & Vogler, 2005, S. 98)*

In der Gewaltsituation rettet sich die betroffene Person, indem sie mittels verschiedener Mechanismen innerlich den Kontakt unterbricht. Wie sich dies im Konkreten darstellen kann, beschreiben Deistler und Vogler anhand eines Beispiels, in welchem die inneren Kontaktunterbrechungsmechanismen eines achtjährigen Mädchens während einer Inzest-Situation dargestellt werden. Die im Beispiel beschriebene Phase der Kontaktaufnahme entspricht dabei der Phase der Orientierung und Umgestaltung nach Dreitzel (2004).

Vorkontakt:

Anja liegt bereits im Bett, es ist abends. Ihr ist leicht übel. Papa hat wieder getrunken. Schon jetzt weiß sie, dass er gleich kommen wird.

Kontaktaufnahme:

Die Übelkeit verstärkt sich, als sie hört, wie er ihr Zimmer betritt. Was tun? Der Papa hat gesagt, was passiert, wenn sie sich umdreht ..., oder seine Hand wegschiebt ... Er wird dann immer wütend und dann tut es noch mehr weh. Ihr Körper wird starr und leblos ... Sie stellt sich schlafend, wie so oft, obwohl es noch nie genützt hat. Vielleicht dreht er sich ja diesmal um und geht?

Kontaktvollzug:

Die Übelkeit verschwindet. Sie spürt nur, wie sein schwerer Körper auf die Bettkante sinkt, spürt seine Blicke auf ihr ruhen. Sie riecht seinen Atem, hört seine strengen, gedämpften Worte, fühlt seine Hände – nichts von alledem kann sie verhindern. In dem Moment, als er in sie eindringt, konzentriert sie sich auf eine kleine Blüte im Tapetenmuster. Sie spürt keine Schmerzen, keine Angst, keine Verwirrung. Sie stellt auf „Durchzug“ und verschwindet in der kleinen Blüte. Die Tapete wird für einige Momente zur einzigen Figur, zur einzigen Gestalt, die es gibt. Die Dissoziation ist die einzige Möglichkeit, der vom Vater erzwungenen überwältigenden, schmerzhaften Konfluenz zu entfliehen.

Nachkontakt:

Als der Vater endlich geht, schiebt sie das Geschehene in den letzten Winkel ihrer Seele, auf dass es ihr nie wieder begegne. Als sie am nächsten Morgen in die Schule geht, hat sie es schon „vergessen“... (Deistler & Vogler, 2005, S. 74f)

Wie das Beispiel zeigt, unterbricht das Mädchen an verschiedenen Stellen einen begonnenen Kontaktzyklus und geht anstatt dessen mit etwas anderem, zum Beispiel mit der Blüte in der Tapete, in Kontakt. Besteht im Zuge einer traumatischen Erfahrung für die betroffene Person keine Handlungsmöglichkeit, sodass die aversive

Überflutung unausweichlich ist, dann kann in der Phase des Nachkontaktes keine oder nur eine höchst unvollständige Verarbeitung und „*Verdauung*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 75) des Erlebten stattfinden. Setzt die Dissoziation bereits während des Geschehens ein (peritraumatische Dissoziation), so wird der Kontaktprozess schon in den früheren Kontaktphasen gestört.

In jedem Fall aber lernt das Kind einen bestimmten Ablauf eines Kontaktprozesses, der sich grundlegend und nachhaltig auf seine zukünftige Art, den Kontakt zu sich und seiner Umwelt zu gestalten, auswirkt. *„Es lernt, dass Kontakt schmerzhaft ist, dass Zuwendung Grenzüberschreitung beinhaltet, dass seine Bedürfnisse im Kontakt nicht berücksichtigt werden, und es lernt, dass es der Umwelt ohnmächtig und hilflos ausgeliefert ist“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 75).

3.5. Der Kontaktprozess in Bezug auf die DIS

Menschen mit einer DIS wenden als Hauptbewältigungsstrategie bei traumatischen Erfahrungen den Kontaktunterbrechungsmodus der Dissoziation an. Die erlebten Verletzungen des Organismus und der Ich-Grenzen sind so groß, dass sie abgespalten werden müssen und nicht in die Gesamtheit des Organismus integriert werden können. Unabhängig davon, an welcher Stelle der Kontaktprozess durch Dissoziation unterbrochen wird, führt die Unterbrechung immer zum Verlust von bewusster Wahrnehmung und zielgerichteter Intention zugunsten der Überlebensfähigkeit des Gesamtorganismus.

Je stärker es durch die Abspaltung von Persönlichkeitsanteilen zu einer Dezentrierung des gesamten Organismus kommt, je häufiger ungeordnetes Verhalten und Katastrophenreaktionen auftreten und je weniger das Empfinden von Adäquatheit in der Welt erlebt wird, desto mehr wird sich die Tendenz zur Selbstaktualisierung zu einer Tendenz zur bloßen Selbsterhaltung verändern; Angst oder Angstvermeidung werden die treibenden Kraft des Handelns, nicht mehr die Freude am Meistern von Schwierigkeiten. (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 85)

Die Vielzahl der erlebten Traumaerfahrungen führt nämlich auch dazu, dass sich im Organismus eine Erwartungshaltung bildet, die die Betroffenen veranlasst, auch außerhalb von unmittelbaren Traumaerfahrungen das Auftreten von Traumatisierungen jederzeit zu erwarten. Dies wird als „Katastrophenerwartung“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 85) bezeichnet und wird als Alarm-Signal verstanden, welches zum Schutz vor antizipierten Verletzungen eingesetzt wird. Dies erzeugt jedoch Verhaltensweisen der Vermeidung von Kontaktmöglichkeiten, die sich zu gewohnheitsmäßigen Anpassungen entwickeln können. Gefürchtet wird dann nicht nur die real erlebte Angst, sondern auch die drohende Angst, und der Organismus versucht, das Eintreten des Angstzustandes auf jeden Fall zu verhindern. Bei multiplen Persönlichkeiten äußert sich dies zum Beispiel so, dass sie – wann immer sie eine innere Erregung oder Unsicherheit spüren - sofort in eine andere Alter-Persönlichkeit switchen, um einer möglichen drohenden Gefahr zu entkommen. Deistler und Vogler (2005) geben uns ein Beispiel, wie sich dies im therapeutischen Prozess mit einer multiplen Klientin zeigen kann:

Eine Klientin wechselte jedesmal, wenn ein Thema ihr „heiß“ wurde [in eine andere Alter-Persönlichkeit], die im Vordergrund befindliche Alter-Person war kaum noch ansprechbar. Mit der Zeit wurde deutlich, dass schon eine diffuse Empfindung, wenn ein Thema nur atmosphärisch im Raum stand, für die Klientin nicht aushaltbar war. Durch den Wechsel der Alter-Personen oder durch Depersonalisation unterbrach sie den Kontakt zum Thema und zu ihrer Therapeutin. Da diese Kontaktunterbrechung bei allen Menschen in ihrem Umfeld und bei sehr vielen Themen einsetzte, war es für die Klientin nicht möglich, intensivere Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. (Deistler & Vogler, 2005, S. 104)

Diese Form der Selbstregulierung steht nicht mehr im Dienste einer schöpferischen Anpassung, sondern dient der reinen Selbsterhaltung des Organismus. Die schöpferische Anpassung wird zu einer dysfunktionalen Anpassung, die sich nicht mehr durch frei-fließende Gestaltbildung verwirklicht, sondern fixiert ist in starren und stereotypen Mustern der Kontaktunterbrechung. Der gewohnheitsmäßige Einsatz dieser fixierten Kontaktunterbrechungen führt dazu, dass diese Mechanismen nicht

mehr bewusst ablaufen und dadurch nicht mehr an neue Situationen angepasst werden können. Es kommt zu dauerhaften Einschränkungen im Leben der Betroffenen (Deistler & Vogler, 2005).

Da ein Kontaktprozess zu jedem Zeitpunkt unterbrochen werden kann, und sich bei bestimmten Krankheitsbildern spezifische Unterbrechungsmuster bilden können, stellt sich die Frage, an welchen Stellen es bei multiplen Persönlichkeiten zu Kontaktunterbrechungen kommt?

Bei der Beantwortung dieser Frage zeigt sich, dass die dissoziativen Unterbrechungen des Kontaktprozesses bei multiplen KlientInnen von unterschiedlichen AutorInnen an verschiedenen Stellen im Kontaktprozess angesiedelt werden. Joseph Zinker (1982), der in Anlehnung an Perls ein Kontaktmodell in sechs Phasen entwickelt hat, geht davon aus, dass die Dissoziation ganz zu Beginn des Kontaktprozesses stattfindet. Das Kontaktmodell nach Zinker unterscheidet sich von jenem Modell, das Dreitzel (2004) beschrieben hat (siehe Kapitel 3.2.3.) nur insofern, dass Zinker die beiden Anfangsphasen des ‚Vorkontakts‘ und der ‚Orientierung und Umgestaltung‘ bei Dreitzel in insgesamt vier Phasen untergliedert. Das Phasenmodell nach Zinker lautet demnach:

Das Kontaktmodell nach Zinker

1. *Empfindung*
2. *Gewahrsein*
3. *Mobilisierung von Energie*
4. *Handlung – Bewegung*
5. *Kontakt*
6. *Rückzug* (Zinker zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 102)

Zinker (1982) siedelt die Kontaktunterbrechung bei multiplen KlientInnen zwischen Phase sechs und Phase eins an. Das heißt, noch bevor der Kontaktprozess wirklich in Gang kommt, setzt schon seine Unterbrechung ein. Deistler und Vogler (2005)

beschreiben dies so: „*Weit zurückgezogen will oder kann die Dissoziierende keinen Kontakt zur Umwelt und zu sensorischen Hinweisen aus ihrem Körper aufnehmen*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 103).

Deistler und Vogler (2005) ebenso wie der Gestalttherapeut Dieter Teschke (1999) sehen den Zeitpunkt der Unterbrechung hingegen eher zwischen Phase eins und zwei, also zwischen Empfindung und Gewahrsein. „*Eine aufkommende Erregung (Empfindung) ... [wird] als bedrohlich erlebt, abgespalten, fehlgedeutet oder unkontrolliert ausgelebt*“ (Teschke zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 103).

Deistler und Vogler (2005) betonen dabei, dass die Beschreibungen von idealtypischen Abläufen einer Gestaltbildung niemals „*die Wahrheit*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 103) über das wirkliche Erleben der Person im Umweltfeld darstellen. Idealtypische Modelle geben vielmehr der TherapeutIn die Möglichkeit, Arbeitshypothesen für den therapeutischen Prozess zu finden und dadurch zu entdecken, wie die KlientIn gelernt hat, die frühen traumatischen Beziehungen zu bewältigen und wie sie versucht, ihre heutigen und gegenwärtigen Beziehungen zu gestalten.

In Anlehnung an das Kontaktprozessmodell der Gestalttherapie entwickelte sich in der Integrativen Therapie ein „*Modell der gestörten Kontaktzyklen*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 120), welches sich speziell auf die Aspekte der Stress- und Krankheitsentstehung bezieht. Dorothea Rahm, Hilka Otte, Susanne Bosse und Hannelore Ruhe-Hollenbach (1993) beschreiben einen acht-stufigen Kontaktzyklus, der sich an möglichen Abbruch- und Blockierungsphasen orientiert.

Ebenso wie die AutorInnen aus der Integrativen Gestalttherapie gehen Rahm et al. (1993) dabei davon aus, dass Blockierungen im Kontaktprozess kreative Formen der Rettung aus sonst unerträglichen Reizüberflutungssituationen darstellen. Ist ein Kind in seinen ersten Lebensjahren immer wieder traumatischen Situationen oder Beziehungen ausgesetzt, so bilden sich diese Trauma-Erfahrungen und die Mechanismen ihrer Bewältigung „*in der sich entwickelnden Persönlichkeit des Kindes als ‚innere Strukturen‘ ab. Diese sind dann seine Erlebens- und Verhaltensstrukturen,*

mit denen es seiner künftigen Welt begegnet“ (Rahm zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 104).

Haben sich diese Strukturen verfestigt, so werden die einstmals sinnvollen Bewältigungsstrategien selbst zur Störungsursache, da sie für die Betroffenen nicht mehr kontrollierbar sind und im Alltag auch abseits von traumatischen Situationen auftauchen. Die verfestigten Strukturen bekommen ein Eigenleben, welches sich immer wieder selbst reproduziert. Aufgrund der über Jahre andauernden extremen Erfahrungen von Gewalt und Ausgeliefert-Sein benötigen die Betroffenen ein enorm hohes Maß an dissoziativen Mechanismen, um zu überleben. Es entwickelt sich jene fixierte innere Struktur der DIS, die auf Dissoziation aufbaut und die auch nach Loslösung der Betroffenen aus dem zerstörerischen Lebensumfeld weiter bestehen bleibt.

Rahm et al. (1993) entwerfen ihr Modell gestörter Kontaktzyklen in Anlehnung an das Kontaktmodell der Gestalttherapeutin Lotte Hartmann-Kottek-Schröder (1983). Im Folgenden wird zuerst dieses Ausgangsmodell von Hartmann-Kottek-Schröder kurz skizziert. Danach wird das Modell von Rahm et al. vorgestellt.

Das Kontaktmodell nach Hartmann-Kottek-Schröder

- 1. Herausbildung der Bedürfnisse*
- 2. Wahrnehmung und Ausdruck*
- 3. Erkennen der Gelegenheit*
- 4. Bereitstellung der Umwelt*
- 5. Vorstellung über Handlungsmöglichkeiten*
- 6. Handlungsausführung*
- 7. Beruhigung und Befriedigung fühlen*
- 8. Ausdruck der Beruhigung und Befriedigung* (Hartmann-Kottek-Schröder zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S.121f)

Das Modell von Rahm et al. beschreibt nun für jeden Zeitpunkt im Kontaktprozess die auftretenden Unterbrechungs- und Blockierungsmöglichkeiten (Rahm et al. zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 120).

Das Modell gestörter Kontaktzyklen nach Rahm et al.

1. Bedürfnisse können sich nicht klar herausbilden

Viele Alter-Persönlichkeiten von multiplen KlientInnen haben große Probleme, eigene Bedürfnisse herauszubilden. Sie empfinden nur diffuse und nicht einordenbare Gefühle oder eine innere Aufgeregtheit, die sich bis zur Panik steigern kann. Ebenso erleben sie oft ein sehr ungenaues und unspezifisches leibliches Unwohlsein.

2. Die Wahrnehmung des Bedürfnisses oder der Ausdruck des Bedürfnisses gelingt nicht

Alter-Persönlichkeiten können innere Verbote aufweisen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen oder auszudrücken. Dies kann sich zum Beispiel darin äußern, dass die Alter-Persönlichkeit davon überzeugt ist, dass sie sterben wird oder andere sie töten werden, falls sie ein eigenes Bedürfnis wahrnimmt.

3. Die Gelegenheit zur Bedürfnisbefriedigung wird nicht gesehen oder falsch eingeschätzt

Alter-Persönlichkeiten können in ihrem eigenen Rückzugsverhalten oft nicht erkennen, dass andere Menschen mit ihnen Kontakt aufnehmen möchten oder dass ihnen Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung angeboten werden. Sie können zum Beispiel glauben, dass niemand mit ihnen sprechen will, weil sie böse sind oder weil sie es aus anderen Gründen nicht verdient haben.

4. Die Umwelt stellt keine Befriedigung bereit

Die Lebenswelt der KlientInnen stellte früher keine Befriedigung ihrer Bedürfnisse bereit, also gehen viele Alter-Persönlichkeiten davon aus, dass es im Hier und Jetzt auch noch so ist. Zum Beispiel können Kind-Persönlichkeiten, die gerne mit anderen spielen würden, davon ausgehen, dass sowieso niemand mit ihm spielen wird. Sie werden also gar nicht nach Spielmöglichkeiten suchen.

5. Vorstellung über Handlungsmöglichkeiten

Es gibt Alter-Persönlichkeiten, die keine Vorstellung darüber haben, dass man Situationen aus eigenem Antrieb verändern kann oder darf. Sie wissen zum Beispiel nicht, dass man nach etwas fragen darf. Sie verhalten sich zumeist völlig zurückgezogen und bleiben für sich allein.

6. Geplante Handlungen können nicht ausgeführt werden

Verschiedene Alter-Persönlichkeiten können sich gegenseitig bei der Durchführung einer Handlung behindern. So kann zum Beispiel eine Alter-Persönlichkeit einen bestimmten Gegenstand einkaufen wollen, während eine andere Alter-Persönlichkeit eben genau diesen nicht möchte. Es kann sein, dass viel Zeit vergeht, bis es gelingt, dass sich eine der beiden Alter-Persönlichkeiten durchsetzt und einkaufen gehen kann.

7. Die Klientin fühlt keine Befriedigung oder Beruhigung

Viele Alter-Persönlichkeiten können keine Gefühle der Befriedigung oder Beruhigung in sich spüren. Sie haben keine Vorstellung davon, wie es sich anfühlt, beruhigt oder befriedigt zu sein.

8. Die Umwelt oder die Klientin lassen den Ausdruck der Befriedigung bzw. Beruhigung nicht zu

Alter-Persönlichkeiten haben oft starke Verbote in sich, einen möglichen Ausdruck von Befriedigung oder Beruhigung zu zeigen. Sie dürfen zum Beispiel nicht stolz sein oder sich zufrieden fühlen, da sie glauben, dadurch Schlimmes befürchten zu müssen.

Wie sich im Modell gestörter Kontaktzyklen zeigt, kann bei multiplen KlientInnen jede Phase des Kontaktprozesses mit starken Verboten belegt sein. Deistler & Vogler (2005) stimmen mit den Ausführungen von Rahm et al. (1993) überein und weisen darauf hin, dass bei multiplen KlientInnen jede einzelne Alter-Persönlichkeit ihre eigenen Fixierungen von Kontaktunterbrechungen haben kann. Zusätzlich führen Wechsel von Alter-Persönlichkeiten während eines therapeutischen Gesprächs zu weiteren Kontaktabbrüchen, die den Gesamtkontakt erschweren. In der Therapie mit

multiplen KlientInnen ist es wichtig, all diesen verschiedenen Kontaktzyklen der einzelnen Alter-Persönlichkeiten ihren besonderen Raum und Rahmen zu geben. Auch wenn einzelnen Alter-Persönlichkeiten das relativ ungestörte Durchlaufen von Kontaktprozessen möglich ist, so werden sich Beziehungsaspekte, Themen oder Bedürfnisse, die sich einheitlich über große Teile des Gesamtsystems einer multiplen KlientIn ziehen, trotzdem erst nach einem längeren Andauern der Therapie zeigen.

Votsmeier-Röhr (2004) stimmt ebenfalls mit der Aussagen von Rahm et al. (1993) überein, dass die Kontaktabbrüche bei multiplen Persönlichkeiten an allen Stellen des Kontaktzyklus stattfinden können. Er geht jedoch davon aus, dass ein Großteil der Kontaktunterbrechungen trotzdem den Anfangsphasen der Kontaktprozesse zuzurechnen ist. Laut Votsmeier-Röhr bedingt die Tatsache, dass die Tendenz zur Selbstaktualisierung bei Menschen mit schweren Traumatisierungen und somit auch bei multiplen Persönlichkeiten nicht auf Wachstum, sondern auf Selbsterhaltung und Sicherheit eingestellt ist, dass jede Veränderung der Umwelt, also alles, was nicht vorhersehbar oder kontrollierbar ist, zu einer existentiellen Krise führen kann. Demzufolge wenden Betroffene sehr viel Lebensenergie für die Kontrolle ihres Umfeldes auf. Sie können dadurch meist keine Bedürfnisse herausbilden, die der gegenwärtigen Situation oder Beziehung angemessen wären. Vielmehr gehen all ihre Aktivitäten immer in die Richtung von Bedrohungsabwehr und Angstausgleich. Jeder mögliche Kontaktprozess wird unterbrochen, noch bevor es überhaupt zur Ausbildung, zur Empfindung oder zum Gewahrsein eines Bedürfnisses kommen kann.

In den vorangegangenen Kapiteln der vorliegenden Arbeit wurde versucht, die Entstehung und das Erscheinungsbild der DIS aus klinisch-psychologischer Sicht zu beleuchten. Ebenso wurden die gestalttherapeutischen Erklärungsmodelle zu dissoziativen Mechanismen und zur DIS dargestellt. Im nun folgenden vierten Teil der Arbeit soll auf verschiedene Aspekte der therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen eingegangen werden.

4. TEIL:

PSYCHOTHERAPIE MIT MULTIPLLEN KLIENTINNEN

Wir brauchten [in der Therapie] eine längere Zeit des Auf und Ab, hunderte von Stunden zwischen Verzweiflung und Zorn, immer schrecklicheren, ja oft unaushaltbaren Schmerzen und gelegentlicher heiterer Gelassenheit, bis sich für sie [die Klientin] immer stärker herausstellte: „Nein, nicht ‚die‘ haben gesiegt. Ich habe gesiegt. Denn ich bin frei. (Huber zit. nach Huber & Frei, 2006, S. 40)

4.1. Allgemeine Aspekte der Psychotherapie mit multiplen KlientInnen

Psychotherapie mit multiplen KlientInnen ist eine therapeutische Arbeit mit schwerst und komplex traumatisierten Menschen. Es bedarf aus diesem Grunde spezifischer therapeutischer Konzepte und Techniken, um den Betroffenen auch wirklich nachhaltig helfen zu können. Neuere Ansätze in der Traumatherapie ebenso wie in der Therapie mit multiplen KlientInnen weisen einige Besonderheiten auf, die sich jedoch gut in herkömmliche Therapieverfahren einbauen lassen (Deistler & Vogler, 2005). In einer Langzeituntersuchung mit multiplen KlientInnen konnte gezeigt werden, dass 81 Prozent der KlientInnen, die sich einer DIS-spezifischen Therapie unterzogen, eine Integration ihrer Alter-Persönlichkeiten erreichten. Während jene KlientInnen, die sich einer allgemeinen und nicht DIS-spezifischen Therapie unterzogen, nur in drei Prozent der Fälle zu einer Integration innerhalb ihres multiplen Systems gelangten (Kluft zit. nach Deistler & Vogler, 2005).

Neben den verschiedenen Phasenmodellen in der Traumatherapie im Allgemeinen und in der Therapie mit multiplen KlientInnen im Speziellen, gibt es einige Grundvoraussetzungen, deren Klärung und Einhaltung in der Therapie mit multiplen KlientInnen besonders wichtig ist. Hierzu gehören etwa die Diskussion der Therapieziele sowie Überlegungen zur inneren Haltung der PsychotherapeutIn und zum therapeutischen Setting. In den nun folgenden Kapiteln der vorliegenden Arbeit werden diese Themenbereiche besprochen. Begonnen wird mit der Beschreibung

von gestalttherapeutischen Grundprinzipien für die Arbeit mit traumatisierten Menschen.

4.1.1. Gestalttherapeutische Grundprinzipien in der Traumatherapie

Willi Butollo, Marion Krüsmann und Maria Hagl (2002) erarbeiteten in ihrem Buch „Leben nach dem Trauma“ gestalttherapeutische Grundprinzipien für die therapeutische Arbeit mit schwer traumatisierten KlientInnen. Diese sollen im Folgenden vorgestellt werden. Zusätzlich werden einige Aspekte, die von anderen gestalttherapeutischen AutorInnen betont werden, in die Beschreibung mit eingearbeitet. Butollo et al. (2002) führen folgende drei Hauptaspekte therapeutischer Arbeit mit traumatisierten KlientInnen an:

- 1. Die Beziehung ist von übergeordneter Relevanz**
- 2. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt in der Gegenwart**
- 3. Das Schließen von unvollendeten Gestalten ist generelles Therapieziel**

zu 1. Die Beziehung ist von übergeordneter Relevanz

Butollo et al. (2002) sehen die therapeutische Beziehung gerade mit traumatisierten KlientInnen als zentrales gestalttherapeutisches Grundprinzip und als einen großen Wirkfaktor im therapeutischen Gesamtprozess. Traumatisierte KlientInnen haben meist besondere Schwierigkeiten, Vertrauen zu finden oder zu entwickeln, da ihre frühesten Beziehungserfahrungen jene von Gewalt und Grenzüberschreitung sind. Die therapeutische Beziehung wird deshalb zu einem wichtigen Medium für die Betroffenen, um den Versuch zu starten, verlorenes Vertrauen in die Menschen und die Welt neu entstehen zu lassen. Der schützende, tragende und klare Rahmen der therapeutischen Beziehung ist dabei von großer Hilfe.

Der „heilende“ Aspekt (Deistler & Vogler 2005, S. 142) der therapeutischen Beziehung ist in allen humanistisch orientierten Therapierichtungen von großer Bedeutung. Im Gegensatz zum psychoanalytischen Übertragungsmodell, in welchem

die TherapeutIn der KlientIn vorwiegend als „*Projektionsfläche*“ gegenübertritt (Deistler & Vogler, 2005, S. 142), orientiert sich die Integrative Gestalttherapie an einem dialogischen Verständnis der therapeutischen Beziehung. Das heißt, die TherapeutIn begegnet der KlientIn als Person und bringt sich als Person in den therapeutischen Prozess mit ein. Butollo et al. (2002) betonen, dass die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn in der Integrativen Gestalttherapie als gleichberechtigte und authentische Begegnung zwischen zwei Menschen gesehen wird. Dem Kontakt an sich wird dabei eine stabilisierende, heilsame und verändernde Wirkung zugesprochen.

Auch bei Dreitzel (2004) gehört die Gleichwertigkeit zwischen TherapeutIn und KlientIn zu den Grundelementen der Gestalttherapie. Er sieht im Klienten einen „*selbstverantwortlichen Dialogpartner, gerade auch dann ..., wenn er [beim Therapeuten] Hilfe sucht*“ (Dreitzel, 2004, S. 24). Dreitzel (2004) schreibt:

Das dialogische Verständnis „ist für die Gestalttherapie nicht nur ein Gebot der Mitmenschlichkeit und ein Ausdruck des Respekts vor der Unauslotbarkeit der Subjektivität des anderen, sondern auch eine therapeutische Notwendigkeit. Denn als Therapeuten können wir letztlich nur Hilfe zur Selbsthilfe bieten, sind bestenfalls Katalysatoren von Wachstumsprozessen, die sich nach eigenen Gesetzen entwickeln, die außerhalb unserer Kontrolle sind.“ (Dreitzel, 2004, S. 24)

Der Aspekt der Gleichberechtigung in der therapeutischen Beziehung ist vor allem aus historischer Sicht sehr bedeutend, da Perls mit diesem Postulat die Psychotherapie seiner Zeit sehr stark erneuert hat. Aus heutiger Sicht wird innerhalb der Gestalttherapie aber auch klar vertreten, dass es in jeder therapeutischen Beziehung neben der gleichberechtigten sehr wohl auch eine hierarchische Komponente gibt. Martina Gremmler-Fuhr (1999) unterscheidet deshalb zwischen zwei Dimensionen in der therapeutischen Beziehung, nämlich jener der funktionalen und jener der personalen Dimension.

„Die funktionale Dimension bezieht sich auf die unterschiedlichen Rollen und Funktionen von Therapeut und Klient, durch die sich eine notwendige Asymmetrie in

der Beziehung, also eine Hierarchie, ergibt“ (Gremmler-Fuhr, 1999, S. 412). Die TherapeutIn verfügt über professionelle Kompetenz und damit über eine bestimmte Art von Macht innerhalb der therapeutischen Beziehung. Sie muss deshalb die Verantwortung, die mit ihrer ExpertInnenrolle einhergeht, auch annehmen und wahrnehmen.

In der personalen Dimension der therapeutischen Beziehung begegnen sich TherapeutIn und KlientIn hingegen als gleichwertige und gleichberechtigte Menschen. Sie *„gründet auf dem Respekt für die Einzigartigkeit und Andersartigkeit des anderen, die Therapeut und Klient eine Begegnung auf gleicher Ebene ermöglicht, also symmetrisch und nicht hierarchisch ist*“ (Gremmler-Fuhr, 1999, S. 412).

Ziel jeder Integrativen GestalttherapeutIn sollte sein, weder die eine noch die andere Dimension der therapeutischen Beziehung zu verleugnen, sondern eine professionelle Identität zu entwickeln, die beide Dimensionen integriert.

zu 2. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt in der Gegenwart

Das vorrangige Arbeiten an gegenwärtigen Prozessen, die Arbeit im *„Hier und Jetzt“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 131) ist in der Integrativen Gestalttherapie von großer Bedeutung. Dieser Ansatz macht es möglich, dass die KlientIn von der TherapeutIn dort wahrgenommen werden kann, wo sie heute steht. In der Gegenwart zeigen sich nicht nur die aktuellen Befindlichkeiten der KlientIn in der therapeutischen Beziehung und ihre aktuellen Verhaltens- und Bewältigungsstrategien. In gleichem Maße werden auch ihre Erfahrungen mit allen früheren Beziehungen, welche zur Verfestigung von bestimmten Überlebens- und Bewältigungsstrategien geführt haben, erkenn- und spürbar.

Ein vorrangiges Bedürfnis von traumatisierten Menschen ist das Erleben von subjektiver Sicherheit im Hier und Jetzt. Unter diesem Gesichtspunkt kann für die KlientIn das therapeutische Arbeiten in der Gegenwart des heutigen Erwachsenen-Seins einen sicheren Standort im Gegensatz zur bedrohlichen traumatischen Vergangenheit und deren Auswirkungen bilden (Kerner, 2008). Im Hier und Jetzt

einer positiven und klaren therapeutischen Arbeit kann eine traumatisierte KlientIn zum Beispiel ausprobieren und wiederentdecken, dass sie selbst Kontrolle über ihr Leben und über sich selbst haben kann. Sie kann sich einen inneren und äußeren Raum schaffen, in dem sie neue und adäquate Handlungsmöglichkeiten ausprobiert und in dem sie ihre bisherigen Ansichten über die Welt und über sich selbst überprüft und sie im Bedarfsfall verändert (Deistler & Vogler, 2005).

Gerade in der Auseinandersetzung mit dissoziativen Phänomenen im inneren Erleben von multiplen KlientInnen ist das therapeutische Arbeiten im Hier und Jetzt von großer Bedeutung. Wie im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit bereits gezeigt wurde, führt der Mechanismus der Dissoziation dazu, dass überwältigende traumatische Erfahrungen von der bewussten Wahrnehmung isoliert und in einzelne Erlebnis-Fragmente aufgesplittert werden. Diese abgetrennten Anteile des Erlebens können in Folge in den zuständigen Bereichen des Gehirns nicht psychisch überarbeitet werden. Das heißt, sie werden weder symbolisiert, noch sprachlich enkodiert oder zeitlich eingeordnet (Peichl, 2008). Die abgespaltenen Trauma-Anteile und die sich daraus bildenden Alter-Persönlichkeiten stehen ohne zeitlichen oder biografischen Bezug im Bewusstsein der multiplen Klientin nebeneinander, jedoch voneinander abgetrennt durch die amnestische Barriere.

Zeigt sich im therapeutischen Verlauf zum Beispiel eine Alter-Persönlichkeit, die während einer Trauma-Erfahrung abgespalten wurde, so verliert diese Alter-Persönlichkeit in ihrem Erleben das gerade stattfindende Hier und Jetzt der Therapiesituation. *„Es gibt keinen gegenwärtigen Kontext [mehr], kein Ich, keinen Raum, keine Zeit. Es ist, als würde der traumatische Moment gerade jetzt geschehen“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 56).

In der Therapiesituation ist es nun wichtig, die KlientIn so schnell wie möglich und sehr konkret in das Hier und Jetzt der therapeutischen Situation und der therapeutischen Beziehung zurückzuführen. In der Folge ist es wichtig, der KlientIn zu helfen, die verschiedenen Alter-Persönlichkeiten in einen gemeinsamen biografischen und sinngebenden Kontext zu bringen. Wenn auf diese Weise eine therapeutische Aufarbeitung traumatischer Erfahrungen für die KlientIn möglich ist, wird die klare Position im Hier und Jetzt für sie einerseits eine Sicherheit gebende

Distanzierungsmöglichkeit zum traumatischen Damals darstellen und andererseits einen neuen Raum für heilsame Beziehungserfahrungen im Heute eröffnen.

zu 3. Das Schließen von unvollendeten Gestalten ist generelles Therapieziel

Die Integrative Gestalttherapie geht davon aus, dass bei nicht unterbrochenen Kontaktprozessen emotionale, kognitive und körperliche Prozesse eine Einheit bilden. Gestalten bilden sich und werden wieder geschlossen. Die Ganzheit des Wahrnehmungsprozesses bleibt dabei bestehen. Durch Traumatisierungen werden die Kontaktprozesse unterbrochen. Fühlen, Denken und Handeln werden von einander abgespalten, die Ganzheit der Wahrnehmung wird fragmentiert in einzelne nebeneinander stehende Teile. In der Extremform führt dies zur Ausbildung von multiplen Persönlichkeitssystemen.

Vergangene Erfahrungen, die nach wie vor pathogen wirken, werden in der Integrativen Gestalttherapie als offene Gestalten bezeichnet (vgl. Kapitel 2.3.). Schwere traumatische Erfahrungen, die nicht integriert werden können, oder Alter-Persönlichkeiten, die hinter amnestische Barrieren verschoben sind, beeinflussen – auch wenn sie abgespalten sind – die betroffenen KlientInnen stark. Sie wirken ein auf die Überzeugungen und Beziehungen der KlientInnen zu sich selbst, zu ihrem Umfeld und zu ihrer Sicht auf die Welt.

Im aktuellen Beziehungsgeschehen der therapeutischen Situation können sich die offenen Gestalten zeigen. Sie werden dadurch neu durchlebbar und neu bewertbar. Im günstigsten Fall können die offenen Gestalten dadurch geschlossen werden. Voraussetzung dafür ist in jeden Fall ein sicherer und beschützter therapeutischer Rahmen. Wenn es gelingt, abgespaltene traumatische Erfahrungen oder Alter-Persönlichkeiten aus dem Erleben des Damals herauszuheben, dann können sie „*mit der Energie, der Kraft und den Fähigkeiten des Heute*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 132) im Hier und Jetzt der Therapiesituation neu durchlebt und dadurch bewältigt und verarbeitet werden.

Die therapeutische Arbeit mit unabgeschlossenen Gestalten mit dem Ziel, diese zu schließen und fixierte Kontaktunterbrechungsmuster dadurch aufzulösen, wird in der Integrativen Gestalttherapie auch als Förderung und Rückgewinnung der Fähigkeit

zur Selbstregulierung im Sinne einer schöpferischen Anpassung verstanden (vgl. Kapitel 2.3.). Unter diesem Aspekt der Selbstregulierung zielt das gestalttherapeutische Vorgehen darauf ab, fixierte und automatisierte Mechanismen der Anpassung und der Kontaktunterbrechung, die zur Entstehung von offenen Gestalten führen zu „de-automatisieren“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 88), das heißt die nicht mehr bewusst erlebten Fixierungen wieder bewusst erlebbar zu machen. Dafür ist es im Therapieprozess nicht so wichtig zu erkennen, „warum“ etwas so ist wie es ist, sondern vielmehr „wie“ etwas ist wie es ist. *„Die Frage, was passiert und wie es passiert, wie sich eine fixierte dysfunktionale Anpassung im Hier-und-Jetzt manifestiert“* ist von zentraler Bedeutung (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 88).

Das Erkennen von dysfunktionalen Anpassungsmustern und die De-automatisierung ihrer gewohnheitsmäßigen Anwendung ermöglicht das Schließen von offenen Gestalten und schafft neue Spielräume für situationsangepasste Verhaltensweisen und neue schöpferische Anpassungsmuster. Votsmeier-Röhr beschreibt dies wie folgt:

„Die Bewusstheit über ein dysfunktionales Anpassungsmuster, das Anerkennen, dass dies ein Teil von mir ist und wie ich als KlientIn dieses Denken und Verhalten etc. aufrechterhalte, also das Verstehen der Funktion dieses Musters, ermöglicht die Übernahme von Verantwortung – die Verantwortung und Entscheidungsfreiheit, dieses so zu lassen oder Alternativen zu suchen. Das Muster ist eben nicht mehr automatisiert, sondern ab jetzt beeinflussbar.“ (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 88)

Je mehr es der KlientIn gelingt, offene Gestalten zu schließen und automatisierte Anpassungsmuster zu erkennen und gegebenenfalls zu verändern, umso höher ist der Grad der Zentrierung des Organismus im Zusammenwirken der verschiedenen Persönlichkeitsanteile. Dies wiederum unterstützt das Gefühl von Adäquatheit im Erleben, das heißt die Erfahrung *„des natürlichen Übereinstimmens der persönlichen Möglichkeiten mit den Anforderungen der Umwelt“* (Votsmeier-Röhr, 2004, S. 88).

Für die Therapie mit multiplen KlientInnen bedeutet dies, dass das besonders große Ausmaß der Kontaktstörungen der KlientInnen zu sich selbst und zu anderen

Menschen auch ein besonders sorgsames und langsames therapeutisches Vorgehen erfordert. Da multiple KlientInnen viele Kontaktprozesse schon zu Beginn des Kontaktzyklus unterbrechen, sollte sich die therapeutische Arbeit intensiv auf die Wahrnehmung von grundlegenden Empfindungen und Bedürfnissen der multiplen KlientIn beziehen. Ebenfalls ist es wichtig die individuellen Möglichkeiten des Erkennens von Erregungszuständen zu schulen. *„Die basale Erfahrung der KlientIn von dem, was und wie sie empfindet, und wie der Kontakt zu anderen Menschen ist, stellt die Grundlage für die weitere Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt dar“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 115).

Die therapeutische Entwicklung beginnt dabei meist damit, dass die multiple Klientin erkennt, wie diffus und angstmachend ihre inneren Erregungszustände für sie selbst sind. Im Laufe des Therapieprozesses sollte es der KlientIn zunehmend möglich werden, eigene Empfindungen und Bedürfnisse zu identifizieren, auszudrücken und mit ihnen in Kontakt zu treten. Diese Entwicklung muss von jeder Alter-Persönlichkeit gesondert durchgeführt werden. Je weiter eine multiple KlientIn in dieser Prozessarbeit kommt, das heißt je mehr Alter-Persönlichkeiten sie in diese Entwicklung einbinden kann, umso eher kann es ihr schließlich gelingen - unter Zuhilfenahme von Techniken der emotionalen Stabilisierung und Affektregulierung - Kontaktzyklen vollständig zu durchlaufen. Vermittels solcher Erfahrungen erhält die KlientIn die Möglichkeit, offene Gestalten zu schließen und sich neuen Formen schöpferische Anpassung zuzuwenden.

Nachdem die gestalttherapeutischen Grundprinzipien für die Arbeit mit traumatisierten und multiplen KlientInnen dargestellt wurden, soll im Folgenden ein Blick auf allgemeine therapeutische Ziele geworfen werden.

4.1.2. Therapeutische Ziele in der Arbeit mit multiplen KlientInnen

Huber (2010) nennt als grundsätzliches Ziel in der therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen das *„Zusammenfügen der abgespaltenen Identitäten zu einer kohärenten Persönlichkeit bzw. einem durchgängigen Bewusstseins-Strom“* (Huber, 2010, S. 171). Sie geht dabei von drei verschiedenen Ebenen möglicher Integration von Alter-Persönlichkeiten aus: Co-Bewusstheit, Integration und Fusion

Jede der drei Integrationsebenen stellt für sich ein Therapieziel dar und kann in Abstimmung mit den Wünschen und Bedürfnissen der einzelnen Klientinnen angestrebt werden.

Co-Bewusstheit im inneren System einer multiplen KlientIn bedeutet, dass die Alter-Persönlichkeiten voneinander wissen und voneinander mitbekommen, was die einzelnen Alter-Persönlichkeiten machen, denken oder fühlen. Dies ist dann möglich, wenn sich die amnestische Barrieren aufweichen. Die einzelnen Alter-Persönlichkeiten bleiben zwar weiterhin voneinander getrennt bestehen, aber es gelingt ihnen, die Aufmerksamkeit willkürlich aufeinander zu richten.

Von **Integration** wird gesprochen, wenn sich zwei oder mehrere Alter-Persönlichkeiten „*zusammen tun*“ (Huber, 2010, S. 171) und jede Alter-Persönlichkeit Kenntnis davon erlangt, wie es der oder den anderen geht und woran sie sich erinnern. Die Alter-Persönlichkeiten bekommen zunehmend das Gefühl, als hätten sie die Inhalte der Erinnerungen der anderen Alter-Persönlichkeiten selbst erlebt.

Unter **Fusion** versteht man schließlich das völlige Verschmelzen von zwei oder mehreren Alter-Persönlichkeiten zu einer Gesamtperson, das heißt „*zu einem einzigen, ganzheitlichen »Ich«*“ (Huber, 2010, S. 171). Die Persönlichkeitsanteile vermischen sich dabei so, wie es ihrer inneren Bedeutung im Persönlichkeitssystem entspricht.

Die Erfahrung in der Arbeit mit multiplen KlientInnen zeigt, dass das Ziel der Fusion nicht immer erreicht werden kann, beziehungsweise dass es gar nicht in jedem Fall als erstrebenswert anzusehen ist. Die Dissoziation dient ja gerade dem Schutz des Selbst, und die Beibehaltung bestimmter dissoziativer Strukturen kann für multiple KlientInnen, die meist über viele Jahre hinweg schlimmsten Traumatisierungen ausgesetzt waren, möglicherweise lebensnotwendig sein. Die Aufgabe der Therapie besteht in solchen Fällen vielmehr darin, gemeinsam mit den KlientInnen Wege zu finden, wie sie ihre Bewältigungsstrategie der Dissoziation effektiver für sich nutzen können. Dieses therapeutische Vorgehen wird nach Kluft „*Adaptionalismus*“ genannt (Kluft zit. nach Deistler und Vogler, 2005, S. 198).

Huber (2010) nennt als generelles Therapieziel die Erreichung eines Zustandes, in dem die verschiedenen Alter-Persönlichkeiten am Ende der Therapie voneinander wissen und untereinander so weit kooperieren, dass keine von ihnen mehr ‚Zeit verliert‘, das heißt dass keine Alter-Persönlichkeit mehr Amnesien im Tagesbewusstsein hat. Darüber hinaus sollte die multiple KlientIn am Ende der Therapie selbst bestimmen können, welche Alter-Persönlichkeit gerade im Vordergrund ist, beziehungsweise welche Alter-Persönlichkeiten im Inneren zurückgehalten und dort sicher behütet werden.

Huber (2010) betont, dass dies ein therapeutischer Prozess ist, *„der mit Sicherheit Jahre dauert“* (Huber, 2010, S. 172). Die große Herausforderung liegt unter anderem darin, dass die multiple KlientIn lernen muss, *„sich akzeptierend, ja liebevoll um ihre inneren Persönlichkeitsanteile zu kümmern“* (Huber, 2010, S. 172). Dieses Ziel ist schon oft für nicht traumatisierte TherapieklientInnen sehr schwer zu erreichen, umso schwieriger umsetzbar ist es für Menschen, die von frühester Kindheit an schweren gewaltvollen Übergriffen ausgeliefert waren und diese gewaltvollen Erfahrungen und die Mechanismen ihrer Bewältigung als innere Strukturen in sich abgespeichert haben.

Von großer Wichtigkeit ist es, die Therapieziele mit den multiplen KlientInnen von Beginn der Therapie an sehr offen zu besprechen. Die TherapeutIn bekommt dadurch die Möglichkeit zu erkennen, welche Ziele die einzelnen Alter-Persönlichkeiten selbst haben. Auch kann es sein, dass es Alter-Persönlichkeiten gibt, die die Therapie ablehnen und sie daher immer wieder untergraben. Aus ihrem Erfahrungsschatz erzählend schreibt Huber:

Häufig stellt sich heraus, dass manche Anteile befürchten, bei einer Integration bzw. Fusion zu kurz zu kommen oder sterben bzw. verschwinden zu müssen. Die »Jungen« und »Männer« in einer multiplen Frau zum Beispiel befürchten, sich in Zukunft wie »richtige Frauen« benehmen zu müssen ...; die Kinder haben Angst, sie müssten ganz verschwinden, weil »der Körper ja jetzt erwachsen ist«; die »Beobachter« und »Beschützer« befürchten, sie würden überflüssig. Die Alltags-Person will selbstverständlich alles in sich integrieren, um darüber die Kontrolle zu haben – ohne zu wissen, bestenfalls

zu ahnen, was das an Schmerzen und erfahrenen Schrecken bedeutet.
(Huber, 2010., S. 173)

Welches Ausmaß an Integration der Alter-Persönlichkeiten im Zuge einer Therapie angestrebt wird, lässt sich also nicht generell festlegen. Diese Entscheidung ist bei jeder KlientIn individuell zu treffen und sie kann sich auch im Laufe des Therapieprozesses wieder verändern. Die individuelle Lebensqualität der multiplen KlientIn sollte dabei als wichtigster Gradmesser für diese Entscheidung herangezogen werden.

Die ISSD (1997) hat Richtlinien für die therapeutische Behandlung dissoziativer Phänomene erarbeitet. Sie hat sich dabei auch mit möglichen Therapiezielen auseinandergesetzt. Neben der Integration der einzelnen Alter-Persönlichkeiten formuliert die ISSD vier weitere Therapieziele in der Arbeit mit multiplen KlientInnen. Diese sind:

- + *Symptomreduzierung*
- + *Kontrolle dysfunktionalen Verhaltens*
- + *Wiederherstellung von Alltagskompetenz*
- + *Verbesserung von Beziehungen* (ISSD, 1997)

Nicht nur im generellen Ziel der Integration, sondern vor allem auch in der Betonung des Beziehungsaspektes stimmen die Richtlinien der ISSD mit den gestalttherapeutischen Zielsetzungen in der Traumatherapie überein. Hier wie dort steht der Versuch, die Beziehungsfähigkeit der multiplen KlientIn zu verbessern, im Vordergrund, *„wobei die Beziehung zwischen der TherapeutIn und der KlientIn von letzterer als beispielhafte Lern- und Experimentiermöglichkeit genutzt werden kann“* (ISSD, 1997).

Huber (2010) rät jedoch allen TherapeutInnen, sich in der Arbeit mit multiplen KlientInnen nicht zu tief in die Beziehung mit der KlientIn involvieren zu lassen. *„Be shallow« - »Seien Sie flach«*, ist die Empfehlung, die sie vom kanadischen DIS-Experten Colin Ross übernommen hat (Huber, 2010, S. 188). *„Be shallow“* bedeutet, dass es für die TherapeutIn wichtig ist, sich in der Beziehung zur KlientIn sehr gut

abzugrenzen. Die Therapeutin sollte sich nicht zu tief in das Erleben der KlientIn hineinziehen lassen, sondern anstatt dessen vorrangig die Förderung der Selbstorganisation der KlientIn im Auge behalten. Darüber hinaus bedeutet „be shallow“ auch, dass es für die TherapeutIn wichtig ist, sich immer wieder „in Bescheidenheit zu üben und sich der Tatsache bewusst zu sein, [dass sie] die traumatischen Erfahrungen für die KlientIn nicht ungeschehen machen ... kann“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 138). Deshalb ist es in der Therapie mit multiplen KlientInnen (so wie in allen anderen Therapien auch) besonders wichtig, die KlientInnen als ihre eigenen ExpertInnen zu sehen und ernst zu nehmen und daher in der gemeinsamen Arbeit auch immer ganz eng am Auftrag der KlientInnen zu bleiben.

Bei Deistler und Vogler (2005) findet sich eine Aufstellung von Zielen, die von KlientInnen selbst häufig genannt werden. Hier seien nur einige davon genannt:

- *Ich möchte mich in mir besser auskennen.*
- *Ich möchte meine Innenpersonen (besser) kennenlernen.*
- *Ich möchte keine „Zeitverluste“ mehr haben.*
- *Ich möchte, dass wir weniger „Personen“ werden.*
- *Ich möchte wissen, was früher passiert ist.*
- *Ich möchte, dass jemand mir glaubt.*
- *Ich möchte nicht mehr so viel Angst haben.* (Deistler & Vogler, 2005, S. 144f)

Die Zielübereinstimmung zwischen KlientIn und TherapeutIn bildet eine wichtige Grundlage im therapeutischen Prozess und ist eine Voraussetzung für das Gelingen der Therapie.

Huber (2010) benennt noch ein weiteres Therapieziel, das speziell in der Arbeit mit multiplen KlientInnen wichtig ist: „die Klärung bzw. Stabilisierung der äußeren Lebenssituation“ (Huber, 2010, S. 180). Huber weist darauf hin, dass eine Grundbedingung jeder Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen darin besteht, dass die Traumatisierung zu Beginn der Psychotherapie aufgehört haben muss. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass gerade im Bereich der multiplen Persönlichkeiten, viele KlientInnen noch während der Therapie Kontakt zu Tätern haben. Aus

therapeutischer Sicht ist es daher unerlässlich, gleich zu Beginn der Therapie und auch immer wieder in deren Verlauf abzufragen, ob noch Täterkontakt besteht.

Bei multiplen KlientInnen kommt es dabei darauf an, möglichst viele Anteile in der Multiplen danach zu fragen, denn es kann durchaus sein, dass manche von ihnen voller Überzeugung jeden Täterkontakt verneinen, während andere (nach wie vor) telefonischen, brieflichen oder persönlichen Kontakt zu Tätern ... unterhalten (für die die anderen »Personen« dann amnestisch sind, d.h. sie nicht erinnern bzw. nicht davon »wissen«). (Huber, 2010, S. 180)

Viele multiple KlientInnen können sich erst dann ausreichend vor den Tätern schützen, wenn es ihnen im Laufe des therapeutischen Prozesses gelingt, ihre verschiedenen Alter-Persönlichkeiten soweit zu koordinieren, dass alle dieses Ziel der Sicherheit vor den Tätern verfolgen. Ein grundlegendes Ziel der Psychotherapie mit multiplen KlientInnen muss daher sein, gemeinsam daran zu arbeiten, dass es den KlientInnen gelingt, den Täterkontakt zu beenden.

4.1.3. Die innere Haltung der TherapeutIn

Die Integrative Gestalttherapie, die sich zu den humanistischen Therapierichtungen zählt, geht davon aus, dass jeder Mensch über Selbstheilungskräfte verfügt, die in der Therapie wiederentdeckt und freigesetzt werden können. Den KlientInnen wird ein hohes Maß an Selbstverantwortung zugesprochen, indem sie als ExpertInnen ihrer selbst angesehen werden. Die TherapeutIn wird zur wohlwollenden BegleiterIn auf dem gemeinsamen therapeutischen Weg, indem sie sich selbst als Person einbringt und ihre subjektive Realität zur Verfügung stellt. Deistler und Vogler schreiben: *„Beide Aspekte, die Wegbegleitung und das Angebot einer weiteren subjektiven Realität, halten wir für heilsam, vorausgesetzt, daß dies mit einer kongruenten, empathischen und unbedingt wertschätzenden Haltung geschieht“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 144).

In der Arbeit mit multiplen KlientInnen ist es darüber hinaus sehr wichtig, die KlientIn einerseits immer in ihrer Gesamtheit zu sehen und andererseits jedem einzelnen Teil von ihr, das heißt jeder einzelnen Alter-Persönlichkeit, gebührende Aufmerksamkeit

zu schenken. Die TherapeutIn sollte der KlientIn vermitteln können, dass jede auftauchende Alter-Persönlichkeit willkommen ist und in ihren spezifischen Bedürfnissen und Anliegen ernstgenommen wird. Keine Alter-Persönlichkeit sollte gegenüber einer anderen bevorzugt behandelt werden. Auch ist es von Seiten der TherapeutIn wichtig, den Erfahrungswelten der multiplen KlientIn und all ihrer unterschiedlichen Alter-Persönlichkeiten – wie auch immer sie sich darstellen mögen – Glauben zu schenken. Jochen Peichl nennt dies das Prinzip der „*Allparteilichkeit*“ (Peichl, 2008, S. 171) in Bezug auf jede einzelne Alter-Persönlichkeit und auf das multiple Gesamtsystem. Um all den Anforderungen einer Therapie mit multiplen KlientInnen gerecht zu werden, sollte sich die TherapeutIn fähig fühlen, sich gemeinsam mit der KlientIn auf einen möglicherweise jahrelangen therapeutischen Prozess einzulassen.

Eine Stärkung der therapeutischen Beziehung kann erzielt werden, wenn die TherapeutIn sich in ihrem sprachlichen Ausdruck an die Gegebenheiten und Fähigkeiten der jeweils im Vordergrund stehenden Alter-Persönlichkeit anpasst. So ist es zum Beispiel wichtig, mit kindlichen oder jugendlichen Alter-Persönlichkeiten in einer altersgemäßen Sprache zu sprechen und sie auch mit ‚Du‘ und nicht mit ‚Sie‘ anzusprechen. Außerdem kann die TherapeutIn die KlientIn im Plural ansprechen, wenn sie mit oder von dem gesamten multiplen System der KlientIn spricht. Jene KlientInnen, die bereits über ihr Multipel-Sein Bescheid wissen, verwenden in der Regel selbst das Personalpronomen ‚wir‘, wenn sie von sich als System sprechen (Deistler & Vogler, 2005).

Deistler und Vogler (2005) führen noch einen zentralen Aspekt in der Arbeit mit traumatisierten Menschen an, den „*Aspekt der Parteilichkeit*“ (Deistler & Vogler, S. 146) in Bezug auf die Gewalterfahrung der KlientIn. Parteilichkeit in diesem Sinne bedeutet, dass es wichtig ist, die KlientIn in ihrer Opferrolle anzuerkennen und den Täter als den Gewaltausübenden zu deklarieren. „*Wer sich in einer Täter-Opfer-Konstellation ‚neutral‘ verhält, ist natürlich nicht neutral, sondern ergreift Partie für den Täter gegen das Opfer*“ (Fischer & Riedesser zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 146). Wenn TherapeutInnen sich darauf beschränken, das innere Erleben der KlientIn neutral zu thematisieren, so erlebt die KlientIn dies in der Regel als „*distanziert, beschämend und retraumatisierend. Denn die TherapeutIn ist nicht nur*

GesprächspartnerIn, sie wird auch zur ‚Zeugin‘ dessen, was geschehen ist“ (Fischer & Riedesser zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 146).

In der feministisch-parteilichen Therapie mit von Gewalt betroffenen Mädchen und Frauen wird vom Grundprinzip einer „*solidarisch-kritischen Unterstützung*“ gesprochen (Kavemann zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 146). In dieser Haltung wird die KlientIn nicht als reines Opfer gesehen, sondern sie wird vor allem in ihrer Handlungsfähigkeit und Verantwortung wahrgenommen und bestärkt. Dabei wird die Verantwortung für die Gewalt eindeutig dem Täter zugewiesen, *was jedoch weder eine Dämonisierung des Täters noch eine Idealisierung des Opfers bedeutet. „Die Therapeutin steht auf der Seite des Opfers, ohne die kritisch-solidarische Distanz zu verlieren“* (Kavemann zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 147).

4.1.4. Das therapeutische Setting

Unter „therapeutischem Setting“ versteht man die Rahmenbedingungen, unter denen die Therapie stattfindet. Dazu gehören die Art der Therapie, die wöchentliche Stundenzahl und deren Dauer, die Finanzierung der Therapie, Vereinbarungen über Kontakte außerhalb der Therapiesitzungen etc. (Huber, 2010).

Die Meinungen über das geeignete therapeutische Setting in der Arbeit mit multiplen KlientInnen sind sehr unterschiedlich. Huber (2010) geht grundsätzlich davon aus, dass die Gesamtlänge einer Psychotherapie mit einer multiplen Persönlichkeit - bei einer Therapiefrequenz von einer bis drei Wochenstunden - bei vier bis acht Jahren liegt.

Die ISSD (1997) empfiehlt in ihren Richtlinien generell eine Sitzungsfrequenz von zwei- bis dreimal pro Woche. In Ausnahmefällen genügt eine Sitzung pro Woche. Die Dauer der Sitzung sollte eine bis zwei Stunden umfassen. Welche Sitzungsdauer und -frequenz am günstigsten ist, sollte aber immer individuell entschieden werden. Es sollte aber in jedem Fall ein relativ kontinuierlicher Prozess mit einzelnen Persönlichkeitsanteilen möglich sein.

Finden die Therapieeinheiten in zu großen Abständen statt, so kann es passieren, dass sowohl die KlientIn als auch die TherapeutIn das Gefühl bekommen, „*immer wieder von vorne anfangen zu müssen*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 148). Der Kontakt mit einer bestimmten Alter-Persönlichkeit kann nämlich in einem solchen Fall nur sehr begrenzt stattfinden (z.B. wöchentlich, vierzehntägig oder monatlich), weil sich während einer Sitzung oft verschiedenen Alter-Persönlichkeiten zeigen und jede für sich Zeit und Aufmerksamkeit beansprucht. Am ungünstigsten ist es, wenn eine multiple KlientIn häufig und für sie selbst nur wenig steuerbar switcht, so dass in einer Sitzung mehrere Alter-Persönlichkeiten auftauchen, die nur in einen kurzen (oder überhaupt keinen) Kontakt mit der TherapeutIn treten. Andererseits kann eine zu hohe Frequenz der Therapieeinheiten (mehr als drei Sitzungen pro Woche) die Gefahr in sich bergen, dass die KlientIn in eine „*regressive Abhängigkeit*“ zur TherapeutIn gerät (Deistler & Vogler, S. 149).

Die Länge der einzelnen Therapieeinheiten sollte ebenfalls klar geregelt sein. Die Einhaltung dieser Regelungen stellt jedoch gerade in der Arbeit mit multiplen KlientInnen eine große Herausforderung dar. Aufgrund der oft zahlreichen Alter-Persönlichkeiten, die sich bei zunehmendem Therapiefortschritt in der Therapie zeigen, ist es „*unumgänglich, im Vergleich zu anderen, üblichen Therapiesitzungen »überlange« Therapiestunden zu machen*“ (Huber, 2010, S. 177). Putnam (2003) gibt hier den Rat, sich an den individuell vereinbarten Zeitrahmen strikt zu halten, da „*die DIS-Patientin andernfalls immer mehr Zeit für sich beansprucht und die tatsächlich erzielten Resultate diesen erhöhten Aufwand immer weniger rechtfertigen.*“ (Putnam, 2003, S. 203f).

Zur Erleichterung der Einhaltung der vereinbarten Sitzungszeit wird vorgeschlagen, die verfügbare Therapiezeit in drei Drittel aufzuteilen (Kluft zit. nach Huber, 2010). Die ersten beiden Drittel der Zeit dienen der Besprechung und Bearbeitung des aktuellen Erlebens und der inhaltlichen Anliegen der verschiedenen Alter-Persönlichkeiten sowie der Weitergabe des Erarbeiteten an die anderen Alter-Persönlichkeiten im multiplen System. Das letzte Drittel der Therapieeinheit wird dazu verwendet, die KlientIn wieder zu stabilisieren. Die Stabilisierung ist sehr wichtig, da ansonsten die Gefahr besteht, dass die Klientin die Therapie in einem

aufgelösten Zustand verlässt und dies die therapeutische Beziehung und das Gefühl von Sicherheit bei der KlientIn stark beeinträchtigen könnte.

Im Zuge der therapeutischen Behandlung ist es wichtig, mit den KlientInnen auch tragfähige Vereinbarungen für Krisensituationen zu treffen. Laut einer Untersuchung kommt es bei 80 Prozent aller sich in Psychotherapie befindlichen multiplen KlientInnen zu Krisensituationen, die zusätzliche Interventionen der TherapeutInnen, zum Beispiel per Telefon oder per Mail, erforderlich machen (Kluft zit. nach Huber, 2010). Eine klare Vereinbarung, wann und wie oft eine KlientIn die TherapeutIn in Krisensituationen zusätzlich zur Therapie anrufen oder anmailen darf, ist daher von großer Notwendigkeit. Dabei ist jedoch sehr klar darauf zu achten, dass diese Vereinbarungen auch eingehalten werden. Jede zu große Erreichbarkeit der TherapeutIn fördert letztlich nur die Abhängigkeit der KlientIn und die Erschöpfung der TherapeutIn. Aus diesem Grund betont Huber (2010), dass möglichst früh in der Therapie gemeinsam mit der KlientIn eine „**Notfallliste**“ (Huber, 2010, S. 178) erstellt werden sollte, auf der die KlientIn alle - ihr selbst zur Verfügung stehenden - Möglichkeiten der eigenen Bewältigung von Krisen notiert.

Beginnen sollte diese Liste mit einer »internen Konferenz«, bei der nach Möglichkeiten der innerpsychischen Bewältigung bzw. Ablenkung gefahndet werden sollte und »BeschützerInnen« zu Hilfe gerufen werden. Falls dies nicht zufriedenstellend funktioniert, sollten die Vertrauenspersonen in ihrem Umfeld – dies ist vorher mit ihnen zu klären! – angerufen bzw. angesprochen werden: PartnerIn, FreundInnen etc. Der Anruf bei der TherapeutIn sollte der letzte Punkt auf der Liste sein! (Huber, 2010, S. 178)

Insgesamt stellt Huber (2010) klar, dass es mit keinen anderen KlientInnen so wichtig ist, wie mit den multiplen KlientInnen, „*alle Bedingungen des Settings, also alle Rahmenbedingungen der Psychotherapie, genau zu besprechen, sehr gut – und nachvollziehbar – die Grenzen abzustecken und sich genau an Vereinbarungen zu halten. Die KlientIn hat ein Recht auf größtmögliche Sicherheit, Klarheit und Verlässlichkeit*“ (Huber, 2010, S. 180).

4.2. Therapeutische Phasenmodelle in der Arbeit mit multiplen KlientInnen

„Traumatherapie hat sechs Phasen: Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Traumakonfrontation sowie Trauern und Neubeginn“ (Hofmann zit. nach Reddemann, 2005, S. 23).

Seit den ersten Anfängen der Traumatherapie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben sich verschiedene Phasenmodelle in der Arbeit mit traumatisierten Menschen entwickelt. Beginnend mit den Arbeiten von Pierre Janet, einem der Pioniere der Traumatherapie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, wurden vorerst Modelle der klassischen Traumatherapie erarbeitet. Auf diesen aufbauend kam es ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zur Entwicklung von spezifischen Therapiemodellen für die Arbeit mit multiplen KlientInnen. Da der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf der therapeutischen Behandlung der DIS liegt, werden die Phasenmodelle der klassischen Traumatherapie nur kurz erwähnt. Anschließend werden zwei Phasenmodelle aus der Arbeit mit multiplen KlientInnen angeführt. Hierbei wird auf das Modell von Bennet J. Braun ausführlicher eingegangen.

In der klassischen Traumatherapie finden sich vorwiegend Modelle, die von drei Therapie-Phasen ausgehen. Neben Janet, der 1889 das erste dreiphasige Modell einer Traumabehandlung beschrieb, sprechen zum Beispiel auch Judith Hermann (1993), Luise Reddemann (2005) und Onno van der Hart et al. (2008) von drei Phasen in der Traumatherapie. Bei unterschiedlicher Namensgebung der einzelnen Phasen geht es in allen Modellen inhaltlich um die Phasen der Stabilisierung, der Traumakonfrontation und der Integration.

Butollo et al. (2002) entwickelten einen gestalttherapeutischen Ansatz, den die AutorInnen als *„mehrphasige integrative Traumatherapie“* bezeichnen (Butollo et al. 2002, S. 226). Butollo et al. unterscheiden vier Therapiephasen: die Phasen der Sicherheit, der Stabilität, der Konfrontation und der Integration. Diese vier Phasen stimmen im Groben mit den drei Phasen der bereits genannten AutorInnen überein,

außer dass die Stabilisierungsphase bei Butollo et al. in die Phasen der Sicherheit und die Phase der innerpsychischen Stabilität aufgeteilt wird. In der inhaltlichen Arbeit stützen sich Butollo et al. unter anderem auf verschiedene Grundprinzipien der Gestalttherapie, wie sie in der vorliegenden Arbeit bereits im Kapitel 3.1.1. besprochen wurden.

Therapiemodelle, die sich speziell mit der Arbeit mit multiplen Persönlichkeiten auseinandersetzen, wurden unter anderem von Frank Putnam (2003), Walburga Temminghoff (1999) und Bennet J. Braun (Braun zit. nach Deistler & Vogler, 2005) entwickelt. Im Folgenden sollen die Modelle von Temminghoff und Braun vorgestellt werden, wobei das erstere nur im Überblick und das letztere ausführlicher beschrieben wird.

4.2.1. Das Phasenmodell nach Walburga Temminghoff

Ein Phasenmodell der therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen wurde von Walburga Temminghoff (1999) vorgelegt. Ihr Verlaufsmodell in sieben Phasen war das Ergebnis einer qualitativen Untersuchung von acht multiplen KlientInnen. Die KlientInnen wurden in Interviews darum gebeten, ihre eigene Entwicklung im Laufe der Therapie in modellhaften Phasen zu beschreiben. Die Angaben der KlientInnen wurden von Temminghoff zu einem allgemeinen Phasenmodell verarbeitet. Temminghoff betont, dass nicht in jedem therapeutischen Prozess alle Phasen durchlaufen werden und dass sich nicht alle Alter-Persönlichkeiten zu einem gegebenen Zeitpunkt in der gleichen Phase befinden.

In allen sieben Phasen des Modells unterscheidet Temminghoff (1999) fünf verschiedene Ebenen der Wahrnehmung bzw. des Ausdrucks. Dies sind die Ebenen der Selbstreflexion; der Emotion, des Körpers, der sozialen Beziehungen und eine Ebene, in der sich ausdrückt, was für die Betroffenen in einer bestimmten Phase nicht zugänglich ist. Um die Komplexität des Modells zu reduzieren, beschränkt sich die Darstellung der sieben Phasen in der vorliegenden Arbeit beispielhaft auf die Ebene der Selbstreflexion.

- Phase I: Frühe Erfahrungen und Selbsthilfestrategien*
Selbstreflexion: „Ich bin anders.“
- Phase II: Der Leidensdruck wächst und Hilfe finden*
Selbstreflexion: „Ich bin verrückt“ vs. „Ich weiß nicht, was mit mir los ist.“
- Phase III: Benennungsangebot „Multiple Persönlichkeit“ und dessen Verarbeitung*
Selbstreflexion: „Ich bin multipel.“ und „So funktioniert das.“
- Phase IVa: Strukturbildung im Chaos, Entdecken der vielen und Entdecken des Traumas*
Selbstreflexion: „Wie viele sind wir?“ vs. „Ist mir doch egal!“ und: „Der/die einzelne stellt sich vor.“
- Phase IVb: Strukturbildungsarbeit im Chaos, Leben mit Vielen und Aufarbeitung des Traumas*
Selbstreflexion: „Wir leben mit Vielen.“ und „Wie regeln wir unser Leben?“
- Phase V: Strukturbildungsarbeit im Chaos, Prä-integrative Phase: Aufgeben der Grenzen zwischen den Vielen*
Selbstreflexion: „Wir sind zusammen.“
- Phase VI: Integration der Systempersonen*
Selbstreflexion: „Ich bin eine!“ und „Nichts ist verloren gegangen!“
- Phase VII: Post-Integration*
Selbstreflexion: „Vieles ist so neu!“ und „Wie stehe ich zur Welt?“
- (Temminghoff zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 152)

Befindet sich eine multiple Frau in der ersten Phase des Modells, sucht sie meist noch keine professionelle Hilfe, da sie sich lediglich als anders als andere Menschen erlebt. TherapeutInnen lernen multiple Persönlichkeiten daher meist in späteren Phasen des Modells kennen. Begibt sich eine KlientIn während der zweiten oder dritten Phase in Therapie, so findet die Auseinandersetzung mit der Diagnose DIS während der Therapie statt. Einigen Frauen ist allerdings bereits zu Beginn der Therapie ihre Multiplizität bewusst. Im Vordergrund der Therapie steht dann das Kennenlernen der vielen verschiedenen Alter-Persönlichkeiten und das Lernen, sich mit ihnen bestmöglich zu arrangieren.

Als besonders wichtig empfanden die befragten KlientInnen in Temminghoffs Untersuchung (1999) die therapeutische Begleitung in den Phasen IV und V, da es in diesen Phasen unter anderem um die Bearbeitung der Traumatisierungen geht. Einige der Probandinnen befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in der Post-Integrationsphase. Sie berichteten übereinstimmend, dass für sie die Anerkennung der einzelnen Systempersonen und die Bearbeitung von erlebten Traumatisierungen die Voraussetzung für ihre Integration waren. Aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie bedeutet dies, dass die *„Anerkennung abgespaltener Persönlichkeitsanteile und die Wiederbelebung und Verarbeitung vergangener Erfahrungen ... zum Schließen von Gestalten [führt] und eine Integration in die Gesamtpersönlichkeit [ermöglicht]“* (Deistler & Vogler, 2005, 153).

4.2.2. Das Phasenmodell nach Bennet J. Braun

Das Modell von Bennet J. Braun ist sehr differenziert und umfasst dreizehn Stufen, die einen umfassenden Therapieverlauf abbilden (Braun zit. nach Deistler & Vogler, 2005).

Das Phasenmodell nach Braun

1. *Vertrauen entwickeln*
2. *Erstellen und Besprechen der Diagnose*
3. *Kommunikation mit jedem einzelnen Persönlichkeitsanteil*
4. *Ausarbeiten von Verträgen*
5. *Erfassen der Biographie jeder einzelnen „Person“*
6. *Bearbeiten der Problematik jeder einzelnen „Person“*
7. *Besondere Vorgehensweisen*
8. *Entwicklung und Förderung der interpersonellen Kommunikation*
9. *Zielsetzung und Arbeitsweise: Richtung Integration*
10. *Entwicklung neuer Verhaltensweisen und Fähigkeiten*
11. *Bestärkung erreichter Heilungsschritte*
12. *Netzwerkarbeit und Förderung der Unterstützung durch soziales Umfeld*
13. *Follow-up, postintegrative Arbeit* (Braun zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 156)

Wie in allen anderen Modellen laufen die Phasen während der Therapie nicht starr nacheinander ab, sondern fließen stetig ineinander und sind auch bei jeder einzelnen Alter-Persönlichkeit unterschiedlich ausgebildet.

Wird das Modell von Braun mit den dreiteiligen Phasenmodellen der klassischen Traumatherapie verglichen, so stellen bei Braun die Phasen eins bis vier die Stabilisierungsphase dar. Zur Traumabearbeitung bzw. –konfrontation kommt es in den Braun'schen Phasen fünf bis acht. Phase neun bzw. zehn bis dreizehn stellen bei Braun die Integrationsphase bzw. die postintegrative Phase dar. Im Folgenden sollen die dreizehn Phasen des Modells von Braun in Verbindung mit passenden Ergänzungen anderer AutorInnen dargestellt werden.

zu 1. Vertrauen entwickeln

Der Vertrauensaufbau zu anderen ist für schwer traumatisierte Menschen eine große Herausforderung. Dies zeigt sich nicht nur im Alltag der Betroffenen, sondern auch in der therapeutischen Beziehung. Demzufolge zieht sich die Phase des Vertrauensaufbaues zwischen KlientIn und TherapeutIn meist über mehrere Jahre hin und wird im Laufe der gesamten Therapie immer wieder zum Thema. Dies ist vor allem auch dadurch bedingt, dass das Ausmaß des Vertrauens gegenüber der TherapeutIn nicht bei allen Alter-Persönlichkeiten gleich hoch ist und immer wieder neu zur Verhandlung kommt.

zu 2. Erstellen und Besprechen der Diagnose

Entwickelt die TherapeutIn im Laufe einer Therapie die Vermutung, dass bei der KlientIn eine DIS vorliegt, so ist es von großer Wichtigkeit, dass sie diese Vermutung auch mit der KlientIn teilt. Es ist jedoch unbedingt notwendig, dass sich zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen der TherapeutIn und der KlientIn aufgebaut hat. Die Konfrontation mit der Diagnose löst nämlich im gesamten System der multiplen Klientin zumeist eine heftige Erschütterung aus. Häufig steht dabei zu Beginn der bedrohliche Aspekt der Diagnose im Vordergrund. Dies kann eine innere Krise auslösen, die im äußersten Fall zu einem Beziehungsabbruch führen kann.

Die Vorstellung, andere wohnen in meinem Körper und übernehmen die Kontrolle, während ich einen Filmriß habe, ist für keinen Menschen angenehm: Dann lieber die Zeitverluste und Flashbacks mit Drogen- oder Alkoholkonsum erklären oder eine ‚Amnesie für die Amnesie‘ entwickeln, oder doch lieber einfach nur irgendwie verrückt sein. (von der Hart et al. zit. nach Deisler & Vogler, 2005, S. 158)

Eine große Herausforderung in der Auseinandersetzung mit der Diagnose DIS liegt für die betroffenen KlientInnen auch darin, dass die Annahme der Diagnose zugleich auch die Anerkennung der massiven Gewalterfahrungen in der eigenen Lebensgeschichte bedeutet. Dies ist für die meisten KlientInnen ein sehr leidvoller Prozess und zieht sich deshalb meist auch über weite Teile des Therapieverlaufes hin.

Neben dem Aspekt der Bedrohung enthält die Auseinandersetzung mit der Diagnose der DIS für die Betroffenen in der Regel auch einen sehr erleichternden und Hoffnung gebenden Aspekt, denn auf einmal fügen sich ihre verwirrenden Lebenserfahrungen zu einem erklärbaren Bild zusammen. *„Wenn das Gefühl der Bedrohung dem Gefühl des Vertrauens weicht, bedeutet es eine gänzlich neue Erfahrung für die einzelnen Alter-Personen, nicht mißbraucht und benutzt oder ignoriert, sondern gesehen und wertgeschätzt zu werden“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 158).

zu 3. Kommunikation mit jedem einzelnen Persönlichkeitsanteil

Wenn es der KlientIn gelingt, innerhalb ihres multiplen Persönlichkeitssystems eine zumindest grundsätzliche Akzeptanz der Diagnose DIS zu erreichen, kann in der Therapie an der Entwicklung der Kommunikation zwischen den einzelnen Alter-Persönlichkeiten und der TherapeutIn gearbeitet werden. Dies ist ein sehr zentraler Teil innerhalb des gesamten Therapieprozesses, der ganz im gestalttherapeutischen Sinne als Arbeit an der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit der KlientIn bezeichnet werden kann.

Der Kontaktprozess zwischen der TherapeutIn und der KlientIn bzw. ihren einzelnen Alter-Persönlichkeiten kann auf drei verschiedenen Ebenen betrachtet werden. Die

TherapeutIn tritt entweder mit einer einzelnen Alter-Persönlichkeit in Kontakt, mit einer Gruppe von Alter-Persönlichkeiten oder mit der KlientIn als Gesamtsystem.

Alle drei Ebenen müssen während der Therapie im Auge behalten werden. Dabei ist im Kontakt mit den einzelnen Alter-Persönlichkeiten zu beachten, dass jede von ihnen ihre eigenen - oft begrenzten - Möglichkeiten hat, mit der TherapeutIn in Kontakt zu treten und auch auf therapeutische Interventionen zu reagieren. Im gestalttherapeutischen Sinne nennt man dies die Fähigkeit auf eine Intervention zu „antworten“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 161). Es gehört zu den zentralen Handlungsstrategien in der Integrativen Gestalttherapie, mit therapeutischen Interventionen dort anzusetzen, wo die KlientIn in der Lage ist, auf sie zu antworten, d.h. fähig ist „*sie wahrzunehmen, zu verstehen und zu integrieren*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 161). Im Laufe des therapeutischen Prozesses kann dann versucht werden, die „*Fähigkeit der KlientIn zu antworten (response-ability)*“ und die Möglichkeit, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, zu erweitern (Deistler & Vogler, 2005, S. 161).

Gerade zu Beginn der Therapie mit einer multiplen KlientIn gestaltet sich der Kontakt zu einzelnen Alter-Persönlichkeiten oft schwierig. Meist tritt solange hauptsächlich die Gastgeber-Persönlichkeit mit der TherapeutIn in Kontakt, bis sich die anderen Alter-Personen sicher genug fühlen, um sich zu zeigen. Bei zunehmendem Vertrauen zur TherapeutIn wagen es dann auch Kind- oder Jugendlichen-Persönlichkeiten sich im Außen zu manifestieren. Es ist aber auch das gegenteilige Extrem möglich, dass sich nämlich die verschiedenen Alter-Persönlichkeiten in einem so schnellen Wechseln hintereinander zeigen, dass es der TherapeutIn nicht gelingt, mit den einzelnen Alter-Persönlichkeiten überhaupt in Kontakt zu treten. Ein derart häufiges Switchen dient unter anderem auch der Schaffung von Sicherheit in der ungewohnten Therapiesituation. Es braucht Zeit, bis die einzelnen Alter-Persönlichkeiten sich trauen, mit der TherapeutIn in einen längeren Kontakt zu treten, so dass sich ihre individuellen Biografien bearbeiten lassen.

Jochen Peichl (2008) beschreibt eine Reihe von Übungen, die eine Kontaktaufnahme mit den einzelnen Alter-Persönlichkeiten erleichtern (vgl. auch Putnam, 2003). In der

vorliegenden Arbeit sollen vor allem die Übungen „*Ins System hineinsprechen*“ und „*Eine Alter-Persönlichkeit heraufrufen*“ (Peichl, 2008, S. 176ff) genannt werden.

Ins System hineinsprechen

Wenn die TherapeutIn mit der multiplen KlientIn spricht, kann sie davon ausgehen, dass sie nicht nur von der Alter-Persönlichkeit, die gerade außen ist, gehört wird, sondern dass ein großer Teil der Innenpersonen ebenfalls mithört. Dadurch hat die TherapeutIn die Möglichkeit, sich nicht nur an die aktuelle Außenperson zu wenden, sondern auch mit dem gesamten multiplen System zu kommunizieren.

Ins System hineinsprechen kann auf zwei verschiedene Arten erfolgen: das „*indirekte Hineinsprechen*“ und das „*direkte Hineinsprechen*“ (Peichl, 2008, S. 176). Beim indirekten Hineinsprechen wendet sich die TherapeutIn in einer allgemeinen Art und Weise an mögliche Alter-Persönlichkeiten, die innerhalb der KlientIn vielleicht existieren könnten. Sie spricht dabei vordergründig die Gastgeber-Persönlichkeit der KlientIn an, meint aber zugleich das gesamte multiple System. Eine konkrete Formulierung könnte in etwa so lauten:

Wissen Sie, Frau Müller, jede menschliche Persönlichkeit besteht aus vielen Teilen. Das Ziel all dieser verschiedenen Teile unserer Persönlichkeit ist es, uns zu helfen, besser im Leben zurechtzukommen. Nun sind einige dieser Teile entstanden, um uns in unserer Kindheit bei sehr schwierigen Dingen zu helfen, und vieles von dem, was uns damals geholfen hat, uns vielleicht gar das Leben gerettet hat, ist uns heute gar nicht mehr so nützlich. Es kann sogar sein, dass einige Probleme, die Sie heute haben, von einem Teil verursacht werden, der immer noch versucht, Ihnen zu helfen, obwohl er eigentlich selbst Hilfe bräuchte, um eine Möglichkeit zu finden, die für Ihr heutiges Leben besser ist ... und manchmal benötigen die Teile einfach Hilfe, damit sie einander verstehen lernen und ihre Kommunikation miteinander verbessern ... aber wie wir auch mit Ihren Teilen arbeiten werden, Frau Müller, eines müssen wir bedenken: alle Ihre Innenteile sind wichtig. (Peichl, 2008, S. 176)

Solche und ähnliche Sätze zielen darauf ab, den verschiedenen Alter-Persönlichkeiten deutlich zu machen, dass die TherapeutIn sie würdigt und schätzt und sie um Kooperation bittet. Die Alter-Persönlichkeiten können so unterstützt werden, mögliches Misstrauen gegenüber der TherapeutIn zu verlieren.

Beim direkten Hineinsprechen versucht die TherapeutIn Alter-Persönlichkeiten zu aktivieren, die von sich aus nicht sofort bereit wären, sich im Außen zu manifestieren und mit der TherapeutIn zu reden. Die Formulierung bleibt dabei allgemein und lässt den Alter-Persönlichkeiten die Möglichkeit offen, zu reagieren oder nicht. Die TherapeutIn könnte zum Beispiel Folgendes sagen:

Ich weiß, dass es einen Teil in Frau Müller gibt, der weiß, warum es ihr so schwer fällt, sich zu konzentrieren und für die Prüfung in der nächsten Woche zu lernen. Ich weiß auch, dass dieser Teil wirklich versucht, ihr zu helfen, und das finde ich sehr interessant und wichtig. Ich würde diesen Teil wirklich gerne besser verstehen. Wer weiß? ...vielleicht können wir beide zusammen der Susanne, der Frau Müller, besser helfen, wenn wir zusammenarbeiten würden.“ (Peichl, 2008, S. 178)

Eine Alter-Persönlichkeit herausschreien

Diese Technik wird angewandt, wenn die TherapeutIn versucht, mit einer ganz bestimmten Alter-Persönlichkeit in Kontakt zu treten. Die TherapeutIn benennt dabei die Alter-Persönlichkeit und bittet sie, sich im Außen zu manifestieren. Eine mögliche Formulierung könnte sein:

Ich möchte jetzt mit dem Teil von Barbara sprechen, der weiß, was gestern Abend bei dem Streit mit Klaus passiert ist und warum sich Barbara später mit der Nagelschere versuchte, die Pulsadern aufzuschneiden. Ich würde dich/Sie bitten herauszukommen (nach vorne zu kommen) und durch Barbaras Mund mit mir zu sprechen. Wenn du/Sie da bist, sage einfach: „Ich bin da!“ (Peichl, 2008, S. 178)

Damit der Kontakt zwischen den einzelnen Alter-Persönlichkeiten und der TherapeutIn gelingt, muss sich aber nicht nur die KlientIn, sondern auch die

Therapeutin offen und transparent auf die Begegnung mit der multiplen KlientIn einlassen. In der Integrativen Gestalttherapie ist hier das Prinzip der „*selektiven Offenheit*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 161) auf Seiten der TherapeutIn sehr wichtig. Selektive Offenheit meint, dass die TherapeutIn immer wieder reflektiert und prüft, wie viel Subjektivität und Offenheit von ihrer Seite für den Kontaktprozess mit der KlientIn hilfreich ist. Eine Entscheidungsprämisse kann dabei folgender Satz sein: „*Alles, was gesagt wird, muß echt sein, aber nicht alles was echt ist, muß gesagt werden*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 161). Sowohl Deistler und Vogler (2005), als auch Butollo et al. (2002), Huber (2010) und Putnam (2003) weisen mehrfach darauf hin, dass es in der Arbeit mit multiplen KlientInnen von entscheidender Wichtigkeit ist, sich als TherapeutIn in „*unbedingter Ehrlichkeit, Echtheit und Transparenz*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 162) auf die KlientIn einzulassen.

zu 4. Ausarbeiten von Verträgen

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Vereinbarung von schriftlichen und mündlichen Verträgen. Diese dienen sowohl der KlientIn als auch der TherapeutIn zur Orientierung und zur Sicherheit in der therapeutischen Beziehung. Neben dem allgemeinen Psychotherapievertrag, der Art, Inhalt, Umfang und Dauer sowie Kosten und Krisenvereinbarungen enthält – und der in jeder Psychotherapie abgeschlossen wird – ist in der Arbeit mit multiplen KlientInnen vor allem ein „*Gewaltverzichtsvertrag*“ (Huber, 2010, S. 179) von großer Notwendigkeit. Inhalt dieses Vertrages sind Regelungen des Umgangs mit suizidalen Tendenzen, mit selbstverletzenden Verhaltensweisen und mit körperlichen Aggressionen gegen die TherapeutIn oder andere Personen des sozialen Umfeldes der KlientIn.

Huber (2010) stellt ein Beispiel zur Verfügung, wie ein genereller Gewaltverzichtsvertrag formuliert werden könnte:

Sollte jemand von uns den Drang bekommen, sich oder andere, innen oder außen, zu verletzen oder zu töten, so verpflichten wir uns, dafür zu sorgen, dass dieser Drang nicht in die Tat umgesetzt wird, bis wir die TherapeutIn das nächste Mal gesehen und mit ihr darüber gesprochen haben. (Huber, 2010, S. 179)

Deistler und Vogler (2005) weisen darauf hin, dass in Bezug auf mögliche selbstverletzende Verhaltensweisen eine differenzierte Betrachtung notwendig ist. Selbstverletzendes Verhalten stellt nämlich nur in den wenigsten Fällen eine rein aggressive Handlung der KlientIn gegen sich selbst dar. Vielmehr ist es im Gegenteil fast immer ein „*mehr oder weniger deutlich erkennbarere Akt der Selbstfürsorge*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 171). Selbstverletzungen dienen dem Abbau von innerem Druck und der Erhaltung des Selbst sowohl in Situationen der inneren Überflutung (Überstimulation) als auch in Situationen der inneren Leere (Unterstimulation). Sie bündeln Energie und strukturieren die KlientIn innerhalb kürzester Zeit, wenn sie emotional aus dem Gleichgewicht geworfen ist.

Manchmal dient die Selbstverletzung auch der Reduzierung von inneren Verunsicherungen, die zum Beispiel durch Veränderungsprozesse im Zuge der Therapie ausgelöst wurden. Durch bestrafende Maßnahmen versucht die KlientIn, die alte innere Ordnung wieder herzustellen, indem sie sich selbst wieder an den Platz rückt, den ihr der Täter zugewiesen hat. Kognitionen wie: „*Ich bin wertlos.*“ oder „*Ich muß bestraft werden dafür, daß ich aus den alten Mustern ausbreche.*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 172) dienen der Rückversicherung der eigenen Identität und führen vorerst zur Stabilisierung der KlientIn. Wichtig dabei ist, dass jene Alter-Persönlichkeit der Klientin, die sich die Wunde zugefügt hat, die Verantwortung für ihr Handeln übernimmt und sich darum kümmert, dass die Wunde versorgt wird.

Selbstverletzendes Verhalten sollte also nicht generell unterbunden werden, denn damit würde der KlientIn eine wesentliche Bewältigungsstrategie genommen. Erst in Fällen, wo die Selbstverletzungen ein Ausmaß annehmen, welches die TherapeutIn und/oder die KlientIn nicht mehr verantworten können, zum Beispiel wenn die Verletzungen lebensbedrohlich sind oder wenn die Wunden von der KlientIn nicht adäquat versorgt werden, ist es angebracht, diese in einem Gewaltverzichtsvertrag zu reglementieren (Deistler & Vogler, 2005).

In dem besonderen Fall, dass selbstverletzende Verhaltensweisen während der Therapiesitzung auftreten, wenn die KlientIn zum Beispiel ihren Kopf gegen die Wand schlägt, sich selbst zwickt, beißt oder schlägt, sind klare Absprachen zwischen TherapeutIn und KlientIn von Beginn an notwendig. In einer solchen Situation

besteht nämlich die Gefahr, dass die KlientIn eine vergangene Situation reinszeniert und die Therapeutin Gefahr läuft, in die Rolle der „*nicht eingreifenden Bezugsperson, z.B. der hilflosen oder billigenden Mutter während der gewalttätigen Übergriffe des Vaters gegenüber der Tochter*“ zu geraten (Deistler & Vogler, 2005, S. 173). Um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken ist es nötig, klare Vereinbarungen zu treffen, in welcher Weise die TherapeutIn solche Selbstverletzungen unterbinden darf.

zu 5. Erfassen der Biographie jeder einzelnen „Person“

In der Therapie mit multiplen KlientInnen ist es notwendig, die Biografie jeder einzelnen Alter-Persönlichkeit gesondert zu erfassen. Bevor dies geschehen kann, ist es hilfreich, wenn TherapeutIn und KlientIn gemeinsam versuchen, einen Überblick über die innere Organisation des multiplen Systems zu bekommen. Dadurch wird ersichtlich, in welcher Beziehung die jeweiligen Alter-Persönlichkeiten untereinander stehen und welche Rolle und Funktion sie im gesamten System ausüben.

Zur Gewinnung dieses Überblicks empfiehlt Huber (2010) die Erstellung einer „**inneren Landkarte**“ (Huber, 2010, S 212). Auf dieser Landkarte, welche die KlientInnen nach eigenen Vorlieben zeichnen, malen oder basteln, wird verzeichnet, welche Alter-Persönlichkeiten es im eigenen System gibt und in welcher Beziehung sie untereinander stehen. Für die Erstellung dieser Landkarte ist meist die Einbeziehung von mehreren Alter-Persönlichkeiten notwendig, da die meisten Alter-Persönlichkeiten, wenn überhaupt, nur zu einigen anderen Alter-Persönlichkeiten Kontakt haben. Die erstellte Karte kann und sollte während des gesamten Therapieprozesses aktualisiert werden, da sich nicht alle Alter-Persönlichkeiten von Beginn an zeigen und auch nicht alle jederzeit aktiv sind (Deistler & Vogler, 2005).

zu 6. Bearbeiten der Problematik jeder einzelnen „Person“

Auch die Bearbeitung der Traumatisierungen sollte für jede Alter-Persönlichkeit getrennt erfolgen. Hier ist die Anwendung der Erkenntnisse aus der inneren Landkarte von großer Wichtigkeit, da vor jeder Trauma-Bearbeitung klargestellt sein muss, welche Alter-Persönlichkeiten an der Bearbeitung eines bestimmten Traumas beteiligt sind und welche von ihnen unbedingt vor der Konfrontation mit dem traumatischen Erleben geschützt werden müssen.

Eine Grundvoraussetzung für die Trauma-Bearbeitung ist eine zuvor erreichte ausreichende innere Stabilisierung und Sicherheit. Sicherheitsaspekte können einerseits nach außen bezogen sein, wie zum Beispiel materielle Sicherheiten oder die Beendigung des Täterkontaktes. Andererseits ist das individuelle Sicherheitsempfinden auf innere Aspekte, wie zum Beispiel die Fähigkeit sich vor inneren Überflutungen zu schützen, bezogen. Die Erhöhung des inneren Sicherheitserlebens erfordert aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie unter anderem eine Arbeit an der „*Wahrnehmungsfähigkeit (awareness)*“ der KlientIn (Deistler & Vogler, 2005, S. 175). Traumatisierte Menschen reagieren auf bestimmte Hinweisreize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, sofort mit emotionalem und physischem Stress. Die KlientIn muss erst lernen, Umgebungsreize und Reize, die auf innere Prozesse bezogen sind, differenziert wahrzunehmen und sie kognitiv adäquat einzuordnen und zu verarbeiten. „*Erst dann hat sie die Möglichkeit situationsadäquat, d.h. gegenwartsorientiert und entscheidungsfähig zu reagieren*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 175). Auch diese Entwicklungsarbeit muss in den meisten Fällen jede Alter-Persönlichkeit für sich allein oder mit der Unterstützung von anderen Alter-Persönlichkeiten leisten.

zu 7. Besondere Vorgehensweisen

Wie bereits beschrieben ist das Erlernen der Fähigkeit, sich von traumatischem Erinnerungsmaterial distanzieren zu können und sich bei Überflutungssituationen innerlich in Sicherheit zu bringen, ein zentrales Element der emotionalen Stabilisierung der KlientInnen. Dies zu erlernen und immer wieder zu üben ist eine Aufgabe, die sich über den gesamten Therapieverlauf hinzieht und deren sichere Handhabung vor allem in den Phasen der Trauma-Bearbeitung von zentraler Bedeutung ist.

Psychoedukatives Vorgehen von Seiten der TherapeutIn kann dabei schon früh im Therapieverlauf sehr unterstützend wirken. Psychoedukation meint in diesem Zusammenhang eine Informationsweitergabe über psychische Traumatisierungen und deren Folgen für den Gesamtorganismus, sowie Informationen über dissoziative Überlebensmuster und nicht zuletzt über die DIS selbst.

Zu wissen, was eine Traumatisierung für die Psyche bedeutet und wie Menschen sie verarbeiten, kann die KlientIn enorm entlasten. Sie hat nun ein Erklärungsmodell für ihr eigenes Verhalten zur Verfügung, mit dessen Hilfe sie gemeinsam mit der TherapeutIn Handlungsstrategien entwerfen kann. (Deistler & Vogler, 2005, S. 178)

Zur Unterstützung der Entwicklungsprozesse der multiplen KlientInnen gibt es verschiedene Interventionstechniken, die in der Therapie angewendet werden können. Im Folgenden sollen einige dieser Techniken kurz vorgestellt werden.

Grounding-Techniken

Sehr hilfreich für die emotionale Stabilisierung von KlientInnen ist der Einsatz von sogenannten „*Grounding-Techniken*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 181). Sie helfen den KlientInnen, in der Gegenwart zu bleiben und den Realitätsbezug nicht zu verlieren. Mögliche Grounding-Techniken sind zum Beispiel:

- *sich auf gegenwärtige sensorische Eindrücke zu konzentrieren (z.B. das Spüren der Fußsohlen auf dem Boden);*
- *sich selbst oder Gegenstände zu berühren;*
- *die Aufmerksamkeit auf Gegenstände in der nahen Umgebung zu lenken;*
- *mit einem anderen Menschen sprechen.* (Wenninger zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 181)

Eine weitere Stabilisierungstechnik ist die Zusammenstellung eines „**Notfallkoffers**“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 181, vgl. Reddemann, 2005). Die KlientInnen listen dabei auf einem Blatt Papier alle individuellen Handlungsmöglichkeiten auf, die ihnen in Krisen hilfreich sein können. Die einzelnen Punkte werden dabei nach dem Ausmaß ihrer Wirksamkeit hierarchisch gereiht. Inhalte eines Notfall-Koffers können zum Beispiel sein:

- *Tagebuch schreiben, Briefe schreiben*
- *Imaginationsübungen machen (Sicherer Ort o.ä.)*
- *An meinen Lieblingsplatz gehen*
- *Kuscheltier in den Arm nehmen etc.* (Deistler & Vogler, 2005, S. 181)

Imaginative Techniken

Luise Reddemann (2005, 2005a) entwickelte ein Stabilisierungskonzept innerhalb der Traumatherapie, welches sich vor allem Techniken der Imagination zu Nutze macht. Reddemann geht in ihrem Ansatz davon aus, dass traumatischen inneren Bildern, zum Beispiel Flashbacks von Traumaerfahrungen, gute innere Bilder entgegengesetzt werden können. Dazu bedarf es der Entwicklung der Vorstellung einer „*inneren Bühne*“ (Reddemann, 2005, S. 23), auf der mit den imaginierten Bildern gearbeitet werden kann. Durch die imaginative Installation von guten Bildern und der Erschaffung einer inneren „*ganz und gar guten Welt*“ (Reddemann, 2005, S. 23) wird eine Balance zwischen Schreckensbildern und positiven Bildern angestrebt.

Reddemann (2005) nennt das Arbeiten mit imaginierten inneren Bildern, eine Arbeit mit „*induzierten Dissoziationen*“ (Reddemann, 2005, S. 23). Sie stellt in ihren Büchern eine Fülle von Übungen vor, die bei traumatisierten Menschen hilfreich sein können, so zum Beispiel das Imaginieren eines inneren Helfers, eines inneren Beschützers oder eines inneren Lichtstroms, der die Klientin schützend und heilend durchströmt. Das Ziel dieser Übungen besteht im Ausbau der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung.

Drei zentrale Imaginationsübungen nach Reddemann (2005) sind „*Der innere sichere Ort*“ und „*Der innere Tresor*“ und „*Die Regler-Übung*“. Alle drei Übungen dienen der Entwicklung des Gefühls von Sicherheit und von Regulierbarkeit der eigenen Emotionen. Sie sollen hier kurz vorgestellt werden.

Der innere sichere Ort

Die Übung „*Der innere sichere Ort*“ (Reddemann, 2005, S. 45) wird nicht nur in der Traumatherapie sehr häufig verwendet. Hier geht es darum, dass sich die KlientInnen einen inneren Ort erschaffen, an dem sie sich vollkommen sicher, entspannt und geborgen fühlen. Bei multiplen KlientInnen ist es dabei äußerst hilfreich, wenn jede Alter-Person einen eigenen ‚sicheren Ort‘ hat, an den sie jederzeit gehen kann. Zum Beispiel können sich bestimmte Alter-Personen so in Sicherheit bringen, wenn eine andere Alter-Persönlichkeit ihre Traumatisierungen bearbeitet.

Nicht alle KlientInnen können sich einen sicheren Ort vorstellen, einige haben das Gefühl, so etwas wie Sicherheit nicht einmal denken zu dürfen und geraten sofort in Panik. Hier ist es wichtig, die KlientIn nicht zu überfordern, sondern „*auf ihre Signale zu achten und Zuversicht zu vermitteln, dass es diesen Ort auch für sie gibt*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 184).

Der innere Tresor

Die „*Tresorübung*“ (Reddemann, 2005, S. 51) verhilft den KlientInnen zu der Fähigkeit, sich von überflutenden Trauma-Erinnerungen zu distanzieren. Die KlientInnen werden aufgefordert, sich einen inneren Tresor oder Safe vorzustellen, ihn zu öffnen und alles Leidhafte und Überfordernde hinein zu legen. Es ist dabei wichtig, beim Wegschließen des traumatischen Materials alle dazugehörigen Sinneswahrnehmungen einzubeziehen. Die Tür wird anschließend verschlossen und nur die KlientInnen selbst wissen, wie er wieder geöffnet werden kann. Es ist zentral, dass der Tresor absolut sicher und für niemanden, außer den KlientInnen selbst, zugänglich ist. Multiplen KlientInnen gelingt es oft nicht, das traumatische Material über einen längeren Zeitraum in dem Tresor zu behalten. Es wirken jedoch bereits einige Stunden oder Tage des Gelingens sehr entlastend. Bei längerem Training dieser Übung wird die Distanzierung von Trauma-Material auch immer leichter gelingen.

Die Regler-Übung

Auch die „*Regler-Übung*“ (Reddemann, 2005, S. 71) gehört zu den Techniken zur Affektregulation, welche in der Therapie mit traumatisierten Menschen von großer Wichtigkeit sind. Die KlientIn wird dabei gebeten, sich eine Art Regler, wie zum Beispiel bei einem Heizungsthermostat, vorzustellen. Mithilfe des Reglers kann sie nun versuchen, ihre Emotionen zu beeinflussen, indem sie sie hinauf- oder hinunterreguliert.

Eine weitere Techniken zur emotionalen Distanzierung ist die „***Leinwand- oder Screen-Technik***“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 185) Dies ist eine aus dem NLP entnommene Technik zur Herstellung von emotionaler Distanz zu traumatischen Erinnerungen. Dabei wird die Fähigkeit der KlientIn zur Depersonalisation genutzt.

Die KlientIn wird aufgefordert, sich die betreffenden traumatischen Erinnerung auf einer Filmleinwand oder einem Bildschirm vorzustellen und sich selbst in die Rolle der ZuschauerIn zu versetzen. Mithilfe einer imaginierten Fernbedienung kann sie Einfluss auf die Wahrnehmung der Ereignisse auf der Leinwand nehmen. Sie kann den Ton, die Farbe oder die Geschwindigkeit verändern, kann die Ereignisse nach vor oder zurückspulen und ähnliches mehr. Die KlientIn kann sich mit dieser Technik als RegisseurIn des Wahrgenommenen erleben und nicht nur als ausgeliefertes Opfer.

zu 8. Entwicklung und Förderung der interpersonellen Kommunikation

Je mehr sich die einzelnen Alter-Persönlichkeiten in der Therapie zeigen und je mehr in der Interaktion zwischen der TherapeutIn und den einzelnen Alter-Personen die Erfahrungen und Bedürfnisse jeder einzelnen Alter-Persönlichkeit deutlich werden, umso wichtiger wird es, auch die Kommunikation innerhalb des multiplen Systems, das heißt die Kommunikation unter den einzelnen Alter-Persönlichkeiten zu fördern.

Die zuvor erfolgte Betrachtung jeder einzelnen Alter-Persönlichkeit für sich ist dafür unabdingbar. Dies bedeutet, dass in der Therapie für die KlientIn einerseits die Möglichkeit geschaffen wird, einzelne Persönlichkeitsanteile ihres eigenen multiplen Systems kennenzulernen. Die KlientIn bekommt aber andererseits auch die Chance, sich als ein Ganzes, als eine Gestalt zu erleben, gepaart mit den Empfindungen und Kognitionen: „*Das sind wir*“ und „*Das alles bin ich (auch)*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 168).

Eine therapeutische Interventionstechnik, die zur Stärkung der inneren Kommunikation der Alter-Persönlichkeiten beiträgt und die sich in der Form einer inneren Konferenz aller Alter-Persönlichkeiten darstellt, wird von mehreren AutorInnen in sehr ähnlicher Weise beschrieben. Sie wird „**Innere Tisch-Konferenz**“ genannt (Fraser zit. nach Deistler & Vogler, 2005). (vgl. auch Peichl, 2008; Huber, 2010, Reddemann, 2005).

Die multiple KlientIn bekommt hierbei die Anleitung, sich einen inneren sicheren Raum vorzustellen, in dem ein runder oder ovaler Tisch steht. Die Gastgeber-

Persönlichkeit wird aufgefordert, sich einen Stuhl auszusuchen und sich auf diesem an den Tisch zu setzen. Anschließend werden alle anderen zur Verfügung stehenden Alter-Persönlichkeiten eingeladen auf den restlichen Stühlen Platz zu nehmen. Die unterschiedlichen Alter-Persönlichkeiten können im nun entstehenden Prozess miteinander in Kontakt treten und sich gegenseitig kennenlernen.

Eine weitere Möglichkeit der Unterstützung des Kontaktes der Alter-Persönlichkeiten untereinander ist das „**Führen eines Tagebuches**“ (Huber, 2010, S. 199). Jede Alter-Persönlichkeit kann sich im Tagebuch den anderen vorstellen, kann Fragen stellen oder Wünsche äußern. Auch kann das Tagebuch zur Verbesserung der Alltagsorganisation dienen, indem zum Beispiel darin wichtige Termine koordiniert werden oder sich die Alter-Persönlichkeiten via schriftlicher Mitteilung absprechen können, wer welche der zu erledigenden Aufgaben übernimmt.

Die Traumabearbeitung

Wie bereits beschrieben verlaufen die einzelnen Phasen des Modells nach Braun nicht starr chronologisch, sondern fließen stetig ineinander. Die Phasen fünf bis acht dienen einerseits der Traumabearbeitung, beinhalten andererseits aber stets auch stabilisierende Elemente, um einen günstigen Therapieverlauf zu gewährleisten. Häufig kommt es auch vor, dass sich die therapeutische Arbeit mit multiple KlientInnen auf die Phasen der Stabilisierung beschränkt, da es für die Alltagsbewältigung der schwerst traumatisierten KlientInnen notwendig ist, ein gewisses Maß an Dissoziation aufrecht zu erhalten. Die Entscheidung zu Traumakonfrontierendem Arbeiten in der Therapie sollte daher nur gefällt werden, wenn es die KlientIn ausdrücklich will und wenn sie stabil genug ist, sich noch einmal mit traumatischen Erlebnissen aus der Vergangenheit zu konfrontieren.

Folgende drei Mindestvoraussetzungen sollten erfüllt sein, bevor mit einer KlientIn das Trauma durchgearbeitet werden kann:

- *Die KlientIn muß ein Mindestmaß an Stabilisierung und Symptomreduktion erreicht haben.*

- Die KlientIn muß bestimmte Fähigkeiten erworben haben, d.h. zum Beispiel in der Lage sein, ihr Alltagsleben zu bewältigen, unterstützende Beziehungen aufrecht zu erhalten, und sie muß über ein Mindestmaß an Kontrolle über selbstverletzendes Verhalten verfügen.
- Die KlientIn muß sowohl ein gewisses Maß an Kooperation zwischen den Alter-Personen als auch ein festes Arbeitsbündnis mit der TherapeutIn aufgebaut haben. (Boon zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 198)

Wie findet nun eine Traumabearbeitung statt? In den vergangenen Jahren sind zur Beantwortung dieser Frage verschiedene Ansätze entwickelt worden. Ziel aller Herangehensweisen ist die Integration der traumatischen Erlebnisse in die Gesamtpersönlichkeit. Dies führt dazu, dass die Trauma-Erfahrungen aus der dissoziierten Allgegenwärtigkeit herausgehoben werden und in einen zeitlichen und räumlichen Rahmen hineingestellt werden können. Das heißt, die traumatische Erfahrung ist nicht „wie zuvor auf die gesamte Existenz verallgemeinert ...“, sondern [kann verarbeitet werden], als ein schrecklicher Vorfall, den die KlientIn an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit erleben mußte“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 199).

Aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie bedeutet die Arbeit an den Traumatisierungen das Schließen offener und dadurch immer wiederkehrender Gestalten des Traumas, wodurch sich neue Formen des Kontaktes in der Gegenwart entwickeln können.

Alle Ansätze, die zur Traumabearbeitung entwickelt wurden, gehen davon aus, dass die Integration eines Traumas die „erneute Konfrontation (Exposition) mit diesem zur Voraussetzung hat“ (Deistler & Vogler 2005, S. 200). Braun entwickelte das sogenannte „BASK-Modell“, welches die Dimensionen: „Verhalten (behavior), Gefühl (affect), Wahrnehmung (sensation) und Wissen (knowledge)“ beschreibt (Braun zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 200). Alle vier Dimensionen dieses Modells sind in die Exposition eines Traumas einzubeziehen. Dies geschieht entweder gleichzeitig oder in mehreren Durchgängen hintereinander. Die zu beleuchtenden Aspekte sind:

- Behavior:** *Was geschieht während des Traumas faktisch? Wer verhält sich wie?*
- Affect:** *Welche Gefühle/affektiven Reaktionen bestehen (Ohnmacht, Hilflosigkeit, Todesangst etc.) bei der KlientIn?*
- Sensation:** *Welche Körperempfindungen/Wahrnehmungen bestehen bei der KlientIn (alle Sinneskanäle)?*
- Knowledge:** *Welche Gedanken bestehen bei der KlientIn über die Situation, das eigene Selbst und die Welt in Bezug auf das traumatische Ereignis? (Deistler & Vogler, 2005, S. 200)*

Butollo et al. (2002) erarbeiten in ihrem gestalttherapeutischen Ansatz der mehrphasigen integrativen Traumatherapie (vgl. Kapitel 3.2.) ebenfalls ein Modell, wie sich eine Traumakonfrontation darstellen sollte. Die AutorInnen gehen dabei von sieben unterschiedlichen Niveaus aus, auf denen eine Konfrontation mit der Traumaerfahrung stattfinden kann:

- *Konfrontation mit Orten, an denen sich traumatische Erfahrungen ereigneten;*
- *Konfrontation mit Menschen, die der KlientIn traumatische Erfahrungen zufügten;*
- *Konfrontation mit den Gefühlen, die in Verbindung mit Erinnerungen an das Trauma entstehen;*
- *Konfrontation mit den Bewältigungsversuchen, die nach der traumatischen Erfahrung einsetzen, also letztendlich Konfrontation mit den erlittenen Symptomen oder Entbehrungen der Zeit zwischen Trauma und jetzt;*
- *Konfrontation mit den Gefühlen, die mit der Gewissheit der Unbeeinflussbarkeit und des Ausgeliefertseins an unser individuelles menschliches Schicksal verbunden sind;*
- *Konfrontation mit dem Erkennen, dass die Entscheidung für die Welt, für die Lebendigkeit der zwischenmenschlichen Begegnung auch die Möglichkeit oder eher die Gewissheit erneuter Verletzungen beinhaltet;*
- *Konfrontation mit der Möglichkeit, das traumatische Ereignis in sich anzunehmen. (Butollo et al., 2002, S. 275)*

Auf allen sieben Ebenen der Konfrontation geht es darum, Kontakt mit den dissoziierten Erlebnisinhalten aufzunehmen. *„Letztendlich ist es der Kontakt mit Gefühlen, die man glaubt nicht ertragen zu können, und es wird die Aufgabe deutlich, mit den Emotionen zurechtzukommen, die diese Konfrontation begleiten“* (Butollo et al, 2002, S. 275).

Aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie geht es während der Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen darum, Gedanken, Gefühle, Körperwahrnehmungen und andere Sinneseindrücke, wie zum Beispiel sehen, hören, schmecken etc., zusammenzuführen. Ziel dieses Ansinnens ist es, dass das erlebte Trauma letztlich als *„eine ganzheitliche Gestalt“* erlebt wird und somit zu einer *„integrierten Erinnerung“* werden kann (Deistler & Vogler, 2005, S. 203). Unter integrierten Erinnerungen werden in diesem Zusammenhang jene Erinnerungen verstanden, *„an die ich mich erinnern kann, ohne von ihnen überwältigt zu werden“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 203).

Wird in der Therapie an der Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen gearbeitet, so ist es von großer Wichtigkeit, dass sich die TherapeutIn am Ende der Sitzung davon überzeugt, dass die KlientIn gut in der Gegenwart orientiert ist und emotional ausreichend stabil die Sitzung verlassen kann. Sind am Ende der Therapiesitzung noch traumatische Inhalte offen, die nicht bearbeitet werden konnten, so können diese zum Beispiel mit der Tresorübung sicher bis zur nächsten Therapiesitzung verwahrt werden. Am besten sollte auch schon vor der Sitzung geklärt werden, wohin die KlientIn nach der Sitzung gehen wird, ob sie zum Beispiel allein sein möchte oder lieber zu Freunden gehen will etc. Ebenso ist es für die KlientIn sehr hilfreich, wenn sie von der TherapeutIn einen Telefontermin für den Abend desselben Tages oder spätestens für den Morgen des nächsten Tages angeboten erhält.

zu 9. Zielsetzung und Arbeitsweise: Richtung Integration

Diese Phase der Therapie beschreibt die Prozesse im Anschluss an die Traumabearbeitung. Hierbei geht es darum, die schrecklichen Erinnerungen mit anderen Ereignissen im Leben in Beziehung zu setzen und in die eigene Biografie zu integrieren. Das Trauma wird dadurch ein Teil der Vergangenheit. Der

Integrationsprozess ist dabei sehr langwierig. Er erfordert das Zusammenkommen der unterschiedlichen Alter-Persönlichkeiten, die im Prozess der Integration ihre jeweiligen Erfahrungen so intensiv miteinander teilen, dass sie schließlich miteinander verschmelzen. Deistler und Vogler (2005) beschreiben diesen Prozess in einem Beispiel:

Die Klientin Monika A. hatte keine plötzliche Fusion, sondern ihre verschiedenen Alters rückten im Laufe der Therapie immer näher zusammen und wurden durchlässiger füreinander. Zunächst konnten Alter-Personen, die sich vorher nicht hören konnten, allmählich miteinander kommunizieren. Später verringerten sich die Alltagsamnesien, so daß die Alters im Hintergrund mitbekamen, wie sich eine „draußen“ agierende Teilpersönlichkeit verhielt. Dennoch erlebten sie sich nach wie vor als eigenständige Identitäten. Schließlich konnte die Gastgeberin die Innenpersonen nicht mehr auseinanderhalten und diese berichteten selbst, sie würden sich „voller“ fühlen. (Deistler & Vogler, 2005, S. 215)

Selten geschieht die Integration bzw. Fusion auf Anhieb und dauerhaft. In den meisten Fällen sind viele Vor- und Rückwärtsbewegungen notwendig, das heißt viele Verschmelzungen und anschließende erneute Spaltungen in mehrfachen Durchläufen werden durchlebt, bis eine beständige Integration bzw. Fusion der Alter-Persönlichkeiten erreicht wird.

Die ISSD (1997) empfiehlt in ihren Richtlinien nur dann eine therapeutische Unterstützung der Integration, *„wenn vorherige psychotherapeutische Arbeit dazu geführt hat, daß eine bestimmte Getrenntheit keine wesentliche Funktion für die intrapsychische und Umwelt-Adaptation der KlientIn mehr hat, und wenn die KlientIn nicht länger in die Aufrechterhaltung dieser Getrenntheit investiert“* (ISSD zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 213).

Findet eine Integration oder Fusion statt, so berichten die betroffenen KlientInnen von einer zentralen Erfahrung, die sich in Anlehnung an die Untersuchung von Temminghoff (siehe Kapitel 3.2.2) in folgendem Satz zusammenfassen lässt: *„Ich bin eine. Nichts ist verloren gegangen!“* (Deistler & Vogler, 2005, S. 213)

Ganz wesentlich in dieser Phase ist die Trauer um den ungeheuren Verlust der eigenen Unversehrtheit, der nun realisierbar und der KlientIn voll bewusst ist. Die TherapeutIn ist aufgefordert, die KlientIn durch diesen Trauerprozess hindurch zu begleiten. Sie muss der KlientIn „*zuhören, wie sie ihren Zorn, ihren Kummer, ihre Qual herausschreit, wieder und immer wieder mit ihrem Schicksal hadert, schluchzt und wimmert oder stumm dasitzt und am liebsten tot sein möchte, nur um nicht »anzuerkennen, was ist«*“ (Huber, 2010, S. 267).

Huber (2010) weist darauf hin, dass die TherapeutIn der KlientIn keinen zu schnellen und „*billigen Trost*“ (Huber, 2010, S. 267) anbieten sollte, denn diesen gibt es im Angesicht solcher schlimmsten Erfahrungen nicht. Die TherapeutIn muss sich vielmehr auch selbst das Durchstehen dieser schwierigen Phase zumuten. Sie wird auf ihre Weise ähnliche Gefühle durchleben müssen wie die KlientIn, zum Beispiel wird sie sich auch manchmal wünschen, das Schreckliche möge nicht gewesen sein, sie wird nicht wollen, dass die KlientIn so leiden musste und es immer noch muss, sie wird wütend auf die Täter sein und „*es wird ihr manchmal schier das Herz zerreißen, die Qualen der KlientIn*“ mitansehen zu müssen (Huber, 2010, S. 267).

Spätestens zu diesem Zeitpunkt der Therapie ist es unumgänglich, dass die TherapeutIn die traumatischen Erfahrungen ihres eigenen Lebens in einer eigenen Therapie oder Supervision bearbeitet. Es besteht ansonsten die Gefahr, dass die TherapeutIn die KlientIn eher in ihrer Verdrängung und Abspaltung des Traumas unterstützt als in dessen Integration.

Ein besonders wichtiger Punkt in der Phase der Integration ist das „*Lösen der existenziellen Krise*“ der KlientIn (Huber, 2010, S. 270). Multiple KlientInnen haben in der Regel eine Vielzahl schwerer Traumatisierungen erlitten, welche zumeist Situationen der Todesnähe darstellten. Diese stürzten die KlientIn in Zustände extremer physiologischer und emotionaler Übererregung. Gefühle von Todesangst, Schwindel, extremen Schmerzen und Kontrollverlust führen dabei nicht nur während der Traumaerfahrung sondern auch im späteren Leben der KlientInnen zu einer stets präsenten Empfindung latenter oder offener Panik. „*Existenzielle Krisen vernichten das Gefühl des Selbstwerts, den Glauben an das Gute im Menschen und an den Sinn des eigenen Lebens*“ (Huber, 2010, S. 270). Die meisten multiplen KlientInnen

müssen daher ständig gegen ein Gefühl der Bedeutungslosigkeit des eigenen Tuns ankämpfen und spüren in sich immer wieder eine mehr oder weniger starke Todessehnsucht, welche sich zum Beispiel in dem Gedanken: „*Dann wäre endlich Ruhe*“ (Huber, 2010, S. 270) ausdrücken kann.

Erst durch die Bearbeitung der Traumaerfahrungen und die Integration der einzelnen Alter-Persönlichkeit kann es zu einer Lösung der existenziellen Krise kommen. Zwei Gefühle müssen sich dauerhaft im Persönlichkeitssystem der KlientIn etablieren: das Gefühl „*Ich habe überlebt*“ und das Gefühl „*Ich bin jetzt in Sicherheit*“ (Huber, 2010, S. 270).

Viele Alter-Persönlichkeiten haben weder das eine noch das andere Gefühl in sich abgespeichert, selbst wenn die traumatisierenden Lebensumstände schon längst nicht mehr vorhanden sind. In der Phase der Integration ist es daher wesentlich, gerade diesen Alter-Persönlichkeiten zu vermitteln, dass die Gesamtpersönlichkeit - und damit auch jede einzelne Alter-Persönlichkeit - überlebt hat und dass jetzt alles getan wird, um in Sicherheit zu leben. Was es bedeutet, die existenzielle Krise zu überwinden, beschreibt eine betroffene KlientIn in folgendem Text:

Ich konnte mich sehr lange überhaupt nicht erinnern; ich konnte es nicht ertragen, mich daran zu erinnern, dass ich so häufig dem Tod so nahe war. Als ich schließlich zu dem Punkt kam, mich erinnern zu können, wurde eines überdeutlich: Ich war nicht tot, und ich war nicht mehr dabei, zu sterben. Ich stellte fest: Der Grund, warum ich mich immer umbringen wollte, war, weil ich irgendwie immer dem Tod nahe sein musste. Irgendwie blieb ich in dem Augenblick stecken, an dem ich dachte, jetzt sterbe ich. Entsetzen ist eine schrecklich klebrige Sache, wissen Sie, es klebt dich wie Leim an das, was passiert, genau an den Teil, vor dem du dich am meisten fürchtest. Als ich davon erst einmal losgekommen war, musste ich nicht mehr dauernd sterben. Jetzt kann ich mich auf das Leben konzentrieren, und ich habe eine ganze Menge aufzuholen. (Huber, 2010, S. 270)

Das Lösen der existenziellen Krise ermöglicht der KlientIn aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie eine Rückgewinnung der natürlichen Tendenz zur

Selbstaktualisierung. Dysfunktionale Mustern der Kontaktunterbrechung mit dem Ziel der reinen Selbsterhaltung und Angstabwehr können aufgelöst werden. Dadurch erhält die KlientInnen erstmals wieder die Möglichkeit, sich situationsadäquat und gegenwartsbezogen auf sich selbst und ihr Umweltfeld einzulassen. Die Fähigkeit zur Selbstregulierung durch schöpferische Anpassungsprozesse kann von der KlientIn wieder genutzt und eingesetzt werden.

zu 10. und 11.

Entwicklung neuer Verhaltensweisen und Fähigkeiten und Bestärkung erreichter Heilungsschritte

KlientInnen, die sich als integriert erleben, beschreiben die Zeit nach der Integration meist als eine große emotionale Bereicherung. Gleichzeitig sind die KlientInnen aber auch mit zahlreichen neuen Schwierigkeiten konfrontiert, da die alten Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel das automatisierte Kontaktunterbrechungsmuster des Switchens in eine andere Alter-Persönlichkeit zur Abwehr einer überfordernden Situationen, nicht mehr zur Verfügung stehen. Die KlientIn muss nun als Gesamtpersönlichkeit reagieren und kann die Verantwortung für ihr Tun nicht mehr unter den einzelnen Alter-Persönlichkeiten aufteilen. Sie muss lernen, zu ihren Handlungen zu stehen, sich selbst zu verteidigen, zu verhandeln, Kompromisse zu schließen, nachzugeben oder mögliche negative Folgen des eigenen Handelns auch zu ertragen. Viele ehemals multiple KlientInnen weisen in diesem Bereich einen großen Lernbedarf auf. Sie müssen im Umgang mit sich selbst und mit der sozialen Umwelt ganz neue Strategien und Verhaltensweisen erlernen und diese in der Folge auch festigen und verinnerlichen, sodass sie immer schneller zugänglich und anwendbar werden.

Aber nicht nur im Bereich der sozialen Kompetenzen, sondern auch in Bezug auf alle denkbaren Aspekte der Alltagsbewältigung müssen die KlientInnen nun umlernen. Deistler und Vogler (2005) beschreiben hierzu das Beispiel einer KlientIn, die mit zunehmender Integration zu einer Gesamtperson mit starken Veränderungen in ihrer bislang gewohnten Leistungsfähigkeit zu kämpfen hatte.

Für die Klientin wurde es zunehmend zum Problem, dass ihre Leistungsfähigkeit mit fortschreitender Integration der Alter-Personen abnahm. Da die Teilpersönlichkeiten nun nicht mehr „schlafen“ und sich ausruhen konnten, während andere im Vordergrund agierten, erlebte die Klientin zum ersten Mal Erschöpfungszustände und Grenzen der Leistungsfähigkeit. Auch ihr Schlafbedürfnis wuchs. Während sie in ihrem bisherigen Alltag nur etwa drei bis vier Stunden geschlafen hatte, benötigte sie nun sechs bis acht Stunden Schlaf. Die Fähigkeit, jederzeit voll aufmerksam und einsatzbereit zu sein, gehörte zuvor zu ihren wichtigsten Überlebensstrategien, zumal sich die Klientin sehr über ihre Leistungen definierte. Von dieser Fähigkeit Abschied zu nehmen und die Erschöpfungsgefühle als Merkmale der Gesundheit zu begreifen war für die Klientin enorm schwierig. (Deistler & Vogler, 2005, S. 215)

zu 12. Netzwerkarbeit und Förderung der Unterstützung durch soziales Umfeld

Wesentlich für die Absicherung der erreichten Veränderungen ist neben der Stabilisierung der inneren Veränderungen der KlientIn auch der Aufbau eines guten sozialen Netzes. Dies ist eine Aufgabe, die sich durch den gesamten Therapieverlauf zieht und die in jeder Phase der Therapie von großer Wichtigkeit ist. Multiple und ehemals multiple KlientInnen müssen oftmals erst lernen, „*konstruktive von destruktiven Beziehungen*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 176) zu unterscheiden. Im Zuge dieses Lernprozesses werden die KlientInnen möglicherweise alte Kontakte aufgeben und neue knüpfen und sich einen neuen sozialen Bezugsrahmen schaffen wollen.

Deistler und Vogler (2005) weisen in Anlehnung an Bessel van der Kolk et al. darauf hin, dass die emotionale Bindung wahrscheinlich der grundlegendste Schutzfaktor gegen Traumatisierungen ist. Solange das soziale Unterstützungssystem intakt ist, sind Menschen sogar bei schlimmsten Belastungen relativ gut geschützt. Entsprechend gilt die fehlende soziale Unterstützung in der Kindheit und Jugend komplex traumatisierter Menschen als ein ursächlicher Faktor für die Entwicklung einer DIS. Umso wichtiger ist es, „*das dem Menschen eigene Bedürfnis nach Zugehörigkeit*“ (Deistler & Vogler, 2005, S. 176) in der Therapie zu berücksichtigen

und die KlientIn darin zu unterstützen, positive soziale Beziehungen aufzubauen. Ebenso ist dies ein Hinweis auf die zentrale Wichtigkeit und Heilkraft einer positiven und tragfähigen therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit multiplen und ehemals multiplen KlientInnen, so wie es auch in den Traumakonzepten der Integrativen Gestalttherapie betont wird.

zu 13. Follow-up, postintegrative Arbeit

In der Phase 13 findet die Weiterführung der therapeutischen Arbeit der Phasen 10 bis 12 statt. Auch wenn die KlientInnen nicht mehr multipel sind, treten meist noch viele weitere Schwierigkeiten auf. Es können zum Beispiel noch Ess-, Schlaf-, Persönlichkeits- und andere Störungen vorhanden sein, die nicht automatisch durch die Integration bzw. Fusion verschwinden.

Ein zentrales Thema bleibt die Trauerarbeit um die verletzte und zerstörte Kindheit und um all das Erhoffte, das nie gelebt werden konnte. Laut Huber (2010) beginnt an dieser Stelle des Therapieverlaufes das, was als „*therapeutische Alltagsarbeit*“ (Huber, 2010, S. 281) angesehen werden kann, nur dass die TherapeutIn immer mitbedenken muss, dass die individuelle Vergangenheit der KlientIn grausamste Gewalterfahrungen und immer wieder erlebte Todesnähe beinhaltet. Deistler und Vogler (2005) betonen, dass es deshalb äußerst wichtig ist, der KlientIn viel Zeit für diese neuen Entwicklungsschritte zu lassen.

Die Verankerung in der Gegenwart, der bewußte Schritt ins Leben fällt vielen extrem traumatisierten Frauen äußerst schwer und ist für sie sehr beängstigend, weil sie nur ein Leben am Abgrund zwischen Leben und Tod kennen und sich oft auch nur an diesem Abgrund lebendig fühlen konnten und durften. Die Integration der Alter-Personen bedeutet also nicht das Ende der Therapie, sondern zunächst die Entwicklung neuer Ziele und Perspektiven. (Deistler & Vogler, 2005, S. 216)

4.3. Psychohygiene für TherapeutInnen in der Arbeit mit multiplen KlientInnen

In jeder therapeutischen Arbeit ist nicht nur die KlientIn, sondern auch die TherapeutIn gefordert, sich zu öffnen und sich auf ihr Gegenüber einzulassen. Sozialwissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Menschen in sozialen Berufen sowohl positive als auch negative Auswirkungen ihrer Arbeit erleben. Positive Auswirkungen sind etwa die Stärkung des eigenen Selbstwertes, eine Vergrößerung der Toleranz gegenüber unterschiedlichsten Lebensentwürfen sowie eine Stärkung der eigenen sozialen Fähigkeiten. Diesen positiven Seiten stehen aber auch oftmals gravierende negative Auswirkungen gegenüber. So gibt es innerhalb der helfenden Berufe eine überdurchschnittlich hohe Rate an psychischen Erkrankungen, ein hohes Scheidungsrisiko sowie ein hohes Suizidrisiko (Huber, 2010).

Für PsychotherapeutInnen ist es immer wichtig, gut auf die eigenen Ressourcen zu achten und die eigenen Grenzen gut zu wahren. Besonders wichtig ist dies aber in der therapeutischen Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen. Diese Arbeit führt oft auch auf der Seite der TherapeutInnen zu Symptomen psychischer und körperlicher Natur, die denen einer posttraumatischen Belastungsstörung sehr ähnlich sind. In Fachkreisen wird hier von einer „*Sekundären Traumatisierung*“ bzw. von einer „*Sekundären Traumatischen Belastungsstörung*“ gesprochen (Deistler & Vogler, 2005, S. 264). Symptome, die einer Sekundären Traumatischen Belastungsstörung zuzurechnen sind, können zum Beispiel sein:

- *Schockiertheit und Entsetzen sowie das Gefühl, selbst traumatisiert zu sein;*
- *Schlafstörungen, Alpträume, Nervosität, Panik-Gefühle;*
- *Soziale Isolation (auch innerhalb des eigenen Teams);*
- *Schuldgefühle, Zeugin zu sein, ohne zu handeln (bystanders guilt);*
- *Gefühl der Hoffnungslosigkeit; Gefühl der Sinnlosigkeit in Bezug auf die Arbeit;*
- *Psychosomatische Störungen, Schmerzen;*
- *Ekel und Flashbacks von Szenen aus der Biographie der KlientIn bei der eigenen Sexualität;*
- *Ungewollte Erinnerungsschübe, Aufdeckung eigenes Gewalterfahrungen (Hilsenbeck zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 264f)*

Ebenso wie die KlientIn Bewältigungsstrategien angewandt hat, um mit der erlittenen Gewalt leben zu können, muss auch die TherapeutIn auf ihre eigenen inneren und äußeren Schutzmaßnahmen zurückgreifen, um nicht sekundär traumatisiert zu werden. Deistler und Vogler (2005) beschreiben vier psychohygienische Maßnahmen, die in der Arbeit mit traumatisierten Menschen unumgänglich sind:

- *Klare Verträge mit KlientInnen (Grenzen setzen);*
- *Kollegiale Unterstützung;*
- *Supervision;*
- *Individuelle psychohygienische Maßnahmen (Deistler & Vogler, 2005, S. 266).*

In einer großangelegten Untersuchung von 1200 Mitgliedern der ISSD zu den Auswirkungen der Arbeit mit schwer traumatisierten KlientInnen erhob die amerikanische Psychologin Nancy Perry unter anderem einen Katalog von individuellen psychohygienischen Maßnahmen, die von PsychotherapeutInnen angewendet werden. Hier seien einige davon genannt:

- *Ein starkes Unterstützungssystem aus Familie, FreundInnen und kollegialer Unterstützung;*
- *Ständige Selbstüberprüfung und Zentrierung durch eigene Psychotherapie, Entspannungs- und Meditationstechniken etc.;*
- *Gleichgewicht halten zwischen Privat- und Berufsleben;*
- *Zahl der dissoziativen KlientInnen begrenzen;*
- *Gezielt Hobbys pflegen, die inhaltlich nichts mit der Arbeit zu tun haben.*
(Perry zit. nach Huber, 2010, S. 157)

Huber (2010) weist darauf hin, dass die negativen Konsequenzen einer intensiven therapeutischen Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen nicht unterschätzt werden sollten. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig, die positiven Auswirkungen nicht zu übersehen und deren bewusste Wahrnehmung auch als psychohygienische Ressource zu verstehen. In der Untersuchung von Perry wurden die PsychotherapeutInnen auch hinsichtlich der positiven Auswirkungen ihrer Arbeit befragt. Viele der Befragten äußerten dabei die Überzeugung, dass die Arbeit mit

traumatisierten Menschen das eigene Leben stark bereichert hat und die persönliche Entwicklung der TherapeutIn vorantreibt. Die verschiedenen positiven Auswirkungen lassen sich in fünf Punkten zusammenfassen:

- *Die TherapeutInnen konnten ihre persönlichen Beziehungen wieder als wertvoller empfinden;*
- *Sie setzten sich vermehrt mit Fragen ihrer eigenen Spiritualität auseinander;*
- *Sie spürten eine Stärkung ihrer Hoffungsgefühle;*
- *Sie spürten ein persönliches Wachstum;*
- *Sie wurden empfindsamer für andere Lebewesen (Perry zit. nach Huber, 2010, S. 157).*

Fußend auf ihren eigenen facettenreichen und tiefgreifenden Erfahrungen in der Arbeit mit traumatisierten und multiplen KlientInnen gibt Huber (2010) daher allen TherapeutInnen, die in derselben Arbeit tätig sind, folgenden Rat: „*Schützen Sie sich gut, sorgen Sie gut für sich – und halten Sie durch!*“ (Huber, 2010, S. 158)

5. TEIL: ZUSAMMENFASSUNG UND NACHWORT

In der vorliegenden Masterthese wurde versucht, sowohl einen diagnostischen als auch einen therapeutischen Blick auf die DIS zu werfen. Beginnend mit der Beschreibung der Entstehung und der Phänomenologie der DIS aus klinisch-psychologischer Sicht wurden im Weiteren die Erklärungsansätze der Integrativen Gestalttherapie zur DIS herausgearbeitet. Diese Erkenntnisse wurden sodann auf die konkrete therapeutische Arbeit mit multiplen KlientInnen angewandt. In der Beschreibung von grundsätzlichen Aspekten gestalttherapeutischen Arbeitens mit traumatisierten KlientInnen und von spezifischen Modellen für die Therapie mit multiplen KlientInnen konnte der Bogen hin in Richtung Heilung im Sinne von Integration der fragmentierten multiplen Persönlichkeitssysteme und Rückgewinnung der Fähigkeit zur Selbstverwirklichung und Selbstaktualisierung gezogen werden.

Eine der zentralen Aufgaben der Therapie mit multiplen KlientInnen ist die Wiederherstellung des Zugangs zu dissoziiertem, traumatischem Material und dessen Integration in das allgemein zugängliche Gedächtnis und in das Identitätsgefühl der KlientIn. In der Art, wie die Entstehung der multiplen Persönlichkeit grundsätzlich in drei zentralen Schritten erfolgt und erklärt werden kann, verläuft auch die Wiederherstellung des Gesamtheitserlebens der betroffenen KlientIn in drei grundlegenden Schritten (Huber, 2010):

Erstens entsteht die Abspaltung von Alter-Persönlichkeiten in Folge des Erlebens einer Vielzahl von frühkindlichen Traumata und Todesnäheerfahrungen. Bei zunehmender Komplexität des multiplen Systems ergibt sich zweitens innerhalb des Systems die Notwendigkeit, zu dessen Aufrechterhaltung weitere Alter-Persönlichkeiten mit speziellen Systemfunktionen zu schaffen. So entstehen zum Beispiel BeschützerInnen, BeobachterInnen oder Beziehungs-ExpertInnen. Und drittens entwickelt die multiple Persönlichkeit eine ausgeprägte Neigung, nicht nur in Krisen, sondern auch schon in unübersichtlichen Situationen hauptsächlich mit dem Bewältigungsmechanismus des Switchens in eine andere oder mit der Schaffung einer neuen Alter-Persönlichkeit zu reagieren.

Die therapeutische Behandlung beschreitet nun den entgegengesetzten Weg, indem sie versucht, in sorgsam vorbereiteter Weise durch die Bearbeitung und Exposition der erlebten Traumata nicht nur die in Todesnähe entstanden Abspaltungen von Alter-Persönlichkeiten rückgängig zu machen, sondern auch die später entstandenen Funktionsträger-Persönlichkeiten wieder in die Gesamtheit der Person zu integrieren. In einem weiteren Schritt wird sodann versucht, den fixierten Bewältigungsmechanismus des ständigen Wechsels in eine andere Alter-Persönlichkeit angesichts schwieriger Situationen aufzuweichen und der KlientIn neue Anpassungsmuster und adaptive Strategien zu Bewältigung des Lebens im Hier und Jetzt zugänglich zu machen.

Die Integrative Gestalttherapie stellt mit ihrem Menschenbild und ihren theoretischen und praktischen Erklärungsmodellen für diese Entwicklungsprozesse eine geeignete Methode dar. Indem die Integrative Gestalttherapie davon ausgeht, dass psychische Störungen einerseits durch die Beziehung zwischen Menschen untereinander und

mit ihrem Umweltfeld entstehen und andererseits innerhalb dieser Beziehungen auch wieder ihren Ausdruck finden, kann sie gerade im Bereich der therapeutischen Bearbeitung von schweren Traumaerfahrungen einen wertvollen Beitrag leisten.

Traumatisierungen, die in frühester Kindheit passieren, wirken sich entscheidend auf die Entwicklung der Beziehungskonzepte innerhalb des Organismus des Kindes aus. In den ersten Lebensjahren ist ein Kind vollkommen auf seine Bezugspersonen angewiesen und von ihnen abhängig. Werden Beziehungen in dieser Zeit als gewaltvoll und grenzüberschreitend erlebt, so stellt dies eine massive Verletzung und Bedrohung der Integrität des gesamten Organismus des sich entwickelnden Kindes dar. Die Fähigkeit zur Selbstregulierung im Sinne einer schöpferischen Anpassung an die Bedingungen des Organismus und des Umweltfeldes wird empfindlich gestört. Sowohl die organismische Selbstregulierung als auch die Selbstregulierung der Ich-Grenzen können nicht mehr aufrechterhalten werden. Sie verwandeln sich in eine fixierte Form dysfunktionaler Mechanismen der Kontaktunterbrechung, mit denen das betroffene Kind und später die multiple Persönlichkeit versucht, sich innerlich aus den immer wiederkehrenden Situationen von Gewalt und Todesnähe, beziehungsweise sich später aus den antizipierten Situationen von Überforderung und Angst, zu retten. Die multiple KlientIn hat dadurch nicht mehr die Möglichkeit, sich im Hier und Jetzt ihrer gegenwärtigen Lebenssituation in adäquater Weise auf Beziehungen einzulassen. Da sie sich selbst als fragmentierte Vielheit von Alter-Persönlichkeiten erlebt, kann sie sich nicht mehr auf ein Erleben von Ganzheit und von sich öffnenden und wieder schließenden Kontaktprozessen mit sich selbst und mit dem Umweltfeld einlassen. Lebendiger Kontakt und frei fließende Begegnung mit sich selbst und mit dem Umweltfeld sind dadurch kaum möglich.

In der Integrativen Gestalttherapie werden *„Krankheiten der Seele immer auch als Krankheiten der Beziehung“* verstanden (Buber zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 160). Daher liegt ein Schwerpunkt gestalttherapeutischen Arbeitens grundsätzlich auf der *„Begegnung zwischen TherapeutIn und KlientIn“* (Buber zit. nach Deistler & Vogler, 2005, S. 160). Indem die Integrative Gestalttherapie davon ausgeht, dass Traumatisierungen, und insbesondere durch Menschen herbeigeführte Traumatisierungen, grundsätzlich zu einer Störung von Kontaktprozessen führen, setzt sie genau an diesem Punkt die Hoffnung daran, dass im Kontakt und durch den

Kontakt zwischen der KlientIn und der TherapeutIn Erfahrungen wachsen können, die zur „(Wieder)herstellung und Weiterentwicklung eines kompetenten lebendigen Selbst“ führen (Deistler & Vogler, 2005, 160).

Die gestalttherapeutische Arbeitsweise bemüht sich darüber hinaus darum, im Kontakt zwischen KlientIn und TherapeutIn ständig alle Ebenen des Körpers, der Gefühle und der Kognitionen anzusprechen und in dauernder Wechselwirkung aufeinander zu beziehen. Dies hat eine starke verbindende Kraft auf alle Bereiche des Organismus. Dieser ganzheitliche Ansatz fördert nicht nur die Entwicklung eines stabilen Selbstbildes, sondern auch die Verbindung zwischen so stark dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, wie sie bei der DIS bestehen (Deistler & Vogler, 2005, S. 133).

Butollo et al. (2002) betonen, dass es bei der Behandlung von traumabedingten Störungen und damit auch bei der Behandlung der DIS darum geht, auf dem Hintergrund einer vertrauensvollen Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn in der Auseinandersetzung mit den erlebten Gewalterfahrungen der KlientIn „den Kontakt zu dem Positiven, dem Vertrauenswürdigen, dem Lebendigen in dieser Welt wieder zuzulassen und/oder zu stärken“ (Butollo et al., 2002, S. 58).

Ganz in diesem gestalttherapeutischen Sinne beschreibt Huber (2010) in Anlehnung an einen Text von Kathy Steel ihre innere Haltung zur therapeutischen Arbeit mit schwerst traumatisierten Frauen. Auch sie geht davon aus, dass es von heilsamer Qualität ist, an der Überzeugung der positiven Wirkung von achtsamer und respektvoller Beziehung festzuhalten:

Wie also stehen Sie einer zersplitterten Seele bei? Sanft, mit dankbarem und tiefem Respekt. Geduldig, denn die Zeit steht für die Erschütterten still, und der Impuls des Heilens wird zunächst langsam sein. Mit der zärtlichen Stärke, die einer Offenheit für Ihre eigene tiefste Verwundung entstammt und Ihrem eigenen tiefen Heilungsprozeß dient. Fest und sicher, in nie nachlassender Grundüberzeugung, daß das Böse mächtig ist, es aber ein Gutes gibt, das noch mächtiger ist. Bleiben Sie mit diesem Guten in all Ihrem Sein verbunden, wie auch immer es sich Ihnen zeigt. ... Finden Sie Ihre Sicherheit, Ihre

Zuflucht, und gehen Sie dorthin, wenn Sie es brauchen. Hören Sie zu, so gut Sie können, und seien Sie ehrlich um jeden Preis. (Huber, 2010, S. 284)

Aus dieser Haltung heraus verlangt Psychotherapie mit multiplen KlientInnen auch von der TherapeutIn sich zu stellen und der KlientIn ein klares und liebevolles sowie verlässliches Gegenüber zu sein. Es ist dabei von großer Wichtigkeit, dass die TherapeutIn selbst gut auf sich achtet und sich Unterstützung und Stärkung von KollegInnen oder zuständigen Institutionen sichert.

Alle AutorInnen, die von ihrer Arbeit mit multiplen KlientInnen berichten, betonen, dass die theoretische und praktische Forschung und Arbeit im Bereich von multiplen Persönlichkeitsstörungen noch sehr am Anfang steht. Viele Fragen können noch nicht in ausreichendem Maße beantwortet werden und was noch wichtiger ist: Viele betroffene Menschen sind noch auf der Suche nach adäquaten und fachlich fundierten therapeutischen Unterstützungen. Michaela Huber schreibt: *„Wir benötigen dringend mehr gut ausgebildete TherapeutInnen für die Diagnostik und Behandlung multipler Persönlichkeiten. Wir benötigen dringend mehr erprobte Diagnoseinstrumente. Wir benötigen dringend Zufluchtsstätten für Multiple, die sich noch in der Gewalt der Täter befinden“* (Huber, 2010, S. 283).

Die vorliegende Masterthese möchte dieses Anliegen unterstützen und soll in diesem Sinne einen bescheidenen Beitrag zur Entwicklung der Forschung und therapeutischen Arbeit mit multiplen KlientInnen leisten.

Literaturverzeichnis

Amendt-Lyon, Nancy, Bolen, Inge & Höll, Kathleen. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In Markus Hochgerner, Markus, Herta Hoffmann-Widhalm & Elisabeth Wildberger (Hrsg.): *Gestalttherapie* (S.102 – 124). Wien: Facultas.

Butollo, Willi, Krüsmann, Marion, & Hagl, Maria (2002). *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. (2., durchgesehene Auflage der Erstausgabe 1998). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Deistler, Imke & Vogler, Angelika. (2005). *Einführung in die Dissoziative Identitätsstörung. Multiple Persönlichkeit. Therapeutische Begleitung von schwer traumatisierten Menschen*. (2. Auflage der Erstausgabe 2002). Paderborn: Junfermann.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (Vierte korrigierte und ergänzte Auflage der englischen Erstausgabe 1992) . Bern: Hans Huber.

Dreizel, Hans Peter, (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: EHP.

Gremmler-Fuhr, Martina, (1999). Grundkonzepte der Gestalttherapie. Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie*. (S. 345 - 416). Göttingen: Hogrefe.

van der Hart, Onno, Nijenhuis, Ellert R.S. & Steele, Kathy. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.

Hermann, Judith. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.

Hilsenbeck, Paulina. (2000). *Sekundäre Traumatisierung*. (unveröffentlichtes Manuskript).

Huber, Michaela. (2010). *Multiple Persönlichkeiten. Seelische Zersplitterung nach Gewalt*. (korr. Neuauflage der Erstausgabe 1995). Paderborn: Junfermann.

Huber, Michaela (Hrsg.), & Frei, Pauline C. (2006). *Leiden hängt von der Entscheidung ab. Gedichte & Texte zu Leben, Sterben und Heilwerden*. Paderborn: Junfermann.

Huber, Michaela (Hrsg.), (2011). *Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Junfermann.

ISSD - International Society for the Study of Dissociation. (1997). *Richtlinien für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeit) bei Erwachsenen*. Zugriff am 26.03.2013. Verfügbar unter <http://www.dissoc.de/issd28.html>.

Jaeggi, Eva. (1997). *Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Kerner, Rotraud. (2008). »Nicht betreten!« Stabilisierende Therapie bei Traumafolgestörungen – gestalttherapeutisch definiert. In Heide Anger Heide & Peter Schulthess (Hrsg.), *Gestalt-Traumatherapie. Vom Überleben zum Leben: Mit traumatisierten Menschen arbeiten*. (S. 139 – 184). Bergisch Gladbach: EHP.

Overkamp, Bettina, Hofmann, Arne, Huber, Michaela & Dammann, Gerhard. (1998). *Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – eine Persönlichkeitsstörung?* Zugriff am 26.03.2013. Verfügbar unter [http:// www. dissoc.de/issd37lit.html](http://www.dissoc.de/issd37lit.html)

Peichl, Jochen. (2008). *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst*. (2. Auflage der Erstauflage 2007). Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, Fritz. (2007). *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. (12. Auflage der Erstausgabe 1976). Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul. (2006). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. (7. Auflage der Erstausgabe 1979). Stuttgart: Klett-Cotta.

Putnam, Frank. (2003). *DIS. Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Ein Handbuch*. (Deutsche Ausgabe der englischen Erstausgabe 1989). Paderborn: Junfermann.

Rahm, Dorothea, Otte, Hilka, Bosse, Susanne, Ruhe-Hollenbach, Hannelore. (1993). *Einführung in die Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann.

Reddemann, Luise. (2005). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. (11. Auflage der Erstausgabe 2001). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, Luise. (2005a). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. (3. Auflage der Erstausgabe 2004). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Saß, Henning, Wittchen, Hans-Ulrich & Zaudig, Michael. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. (Dritte unveränderte Auflage der deutschen Bearbeitung und Einleitung der englischen Erstausgabe 1994). Göttingen: Hogrefe.

Steiner-Bensic, Ines. (2012). *Somatoforme dissoziative Verarbeitung von Gewalterleben*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.

Teschke, Dieter. (1999). *Diagnostik*. (unveröffentlichtes Manuskript).

Temminghoff, Walpurga. (1999). *Eine-Sein! Viele-Sein! Eine werden?* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Votsmeier, Achim. (2001). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.): *Handbuch der Gestalttherapie*. (S. 715 – 732). (2. Auflage der Erstausgabe 1999). Göttingen: Hogrefe.

Votsmeier-Röhr, Achim. (2004). Selbstregulierung in der Gestalttherapie. In P. Geissler (Hrsg.), *Was ist Selbstregulation? Eine Standortbestimmung*. (S. 69 – 94). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wieser Schiestl, Elisabeth & Krolak Itten, Heidemarie. (1999). *Frauenpassion. Leiden und Leidenschaft für das Leben*. Braunschweig: Labyrinth Verlag.

Zinker, Joseph. (1982). *Gestalttherapie als kreativer Prozeß*. Paderborn: Junfermann.