

Doris Eva Fischer

# Die Multiple Persönlichkeitsstörung (DID): Konzept, Diagnose und Behandlung

## Versuch einer Übersicht über die interdisziplinären Forschungs- und Behandlungsansätze eines komplexen psychischen Störungsbildes

Multiple Personality Disorder (DID): conception, diagnosis, and treatment

An attempt to focus on contemporary research and treatment of a complex mental disorder

Die Multiple Persönlichkeitsstörung (Dissociative Identity Disorder) steht auch mit dem Erscheinen des DSM-5 mit einer Erweiterung des Kriterienkatalogs weiterhin im Blickpunkt der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussion. Ein interdisziplinärer Blick auf dieses Störungsbild zeigt die umfänglichen Verflechtungen dieses psychischen Problems mit anderen als physiologisch eingestuftten Krankheiten, als deren Ausgangspunkt sie neuerdings mitunter angesehen wird. Die neurobiologischen Erkenntnisse neben den Erkenntnissen aus der Genetik machen deutlich, in welchem Spannungsfeld die Psychotherapie dieser seelischen Krankheit steht.

Schlüsselwörter

Multiple Persönlichkeitsstörung (DID) – DSM-5 – kulturelle Aspekte – Neurobiologie, Immunologie und Genetik – Diagnostik und Behandlung der MPS

*The Multiple Personality Disorder (Dissociative Identity Disorder) is still in the focus of scientific and general discussion, also after the publication of the DSM-5 with its new criteria for this disorder. New research in medicine, neurobiology, immunology, and genetics show that this mental disorder can also be the cause of many physiological disorders, which are the future challenge of psychotherapeutic and medical treatment.*

Keywords

*Dissociative Identity Disorder (MPD) – DSM-5 – cultural aspects – neurobiology, immunology and genetics – diagnostics and treatment of MPD*

*Il y a peut-être là-dessous une histoire!*  
(Jean-Martin Charcot)

## Vorwort

Am 5. Juli 2013 erschien offiziell die Wiederauflage von Frank W. Putnams Standardwerk „Handbuch Dissoziative Identitätsstörung. Diagnose und psychotherapeutische Behandlung“ in einem kaum veränderten Nachdruck der Originalfassung von 1989. Dies ist in einer schnelllebigen Zeit, in der zu diesem Thema jährlich Hunderte von Publikationen erscheinen, äußerst ungewöhnlich, zeigt aber, dass hinsichtlich der Behandlung im Wesentlichen dieses Buch nach wie vor ein unersetzlicher Ratgeber und eine unersetzliche Hilfe für die Behandlung dieses Störungsbildes darstellt, was die störungsspezifische Therapie betrifft. Das Verdienst Putnams ist und bleibt es, in jeder Phase der Behandlung praktische Tipps auf therapeutische Fragen zu geben, die auch heute unwidersprochen in der Summe einen Leitfaden bilden, der die Grundlage therapeutischen Handelns sein sollte.

## Einleitung

Die Multiple Persönlichkeitsstörung gilt als die schwerste Traumafolgestörung bzw. als die schwerste Störung der dissoziativen Störungen (Putnam, 1989/2013, S. 47). Im angloamerikanischen Raum wird sie seit dem Erscheinen des DSM-4 als Dissoziative Identitätsstörung (DID) bezeichnet, während sie in der ICD-10 auch nach Erscheinen des DSM-5 weiterhin als Multiple Persönlichkeitsstörung benannt wird. Die Änderung im DSM-4 geht auf die Tatsache zurück, dass sie als keine Persönlichkeitsstörung im Sinne der Achse-II-Diagnose des DSM angesehen wird. Insofern ist es fragwürdig, wieso sie in der ICD weiterhin als Multiple Persönlichkeitsstörung fortlebt, obwohl es angemessener wäre, den Begriff „Multiple Persönlichkeitsstörung“ beispielsweise in den Begriff „Multiple Identitätsstörung“ umzuwandeln, wie noch auszuführen sein wird. Als häufigste Ursachen gelten schwerster sexueller und physischer Missbrauch, die insbesondere in Verbindung mit Inzest auftreten (Fiedler, 2008, S. 218).

## Die Änderungen der diagnostischen Kriterien der DID im DSM-5

Die ursprünglichen Kriterien im DSM-4 TR für die Dissoziative Identitätsstörung (300.14) lauteten wie folgt:

- A. The presence of two or more distinct identities or personality states (each with its own relatively enduring pattern of perceiving, relating to, and thinking about the environment and self).
- B. At least two of these identities or personality states recurrently take control of the person's behavior.
- C. Inability to recall important personal information that is too extensive to be explained by ordinary forgetfulness.

- D. The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., blackouts or chaotic behavior during Alcohol Intoxication) or a general medical condition (e.g., complex partial seizures). Note: In children, the symptoms are not attributable to imaginary playmates or other fantasy play.

Mit dem Erscheinen des DSM-5 im Mai 2013 wurden wesentliche Änderungen vorgenommen, die von der American Psychiatric Association wie folgt begründet werden:

- A. Clarification of language, including indicating that different states can be reported or observed, reducing use of Dissociative Disorder Not Otherwise Specified. Including Trance and Possession Disorder by mentioning „experience of possession“ increases global utility.
- B. Noting that amnesia for everyday events is a common feature.
- C. This criterion is included in DSM-4 Dissociative Trance Disorder. Including it may help differentiate normative cultural experiences from psychopathology.
- D. Addition from DSM-4 Dissociative Trance Disorder to increase cross-cultural applicability

Specifier: a) A substantial proportion of patients with Dissociative Identity Disorder have conversion symptoms, which are related to their dissociative disorder and require special clinical attention and treatment. b) Some Dissociative Identity Disorder patients have dissociative variations in somatic symptoms that require clarification for differential medical diagnosis and treatment.

Reference: Spiegel D et al: Dissociative Disorders in DSM-5 (o. A.).

Die neuen Kriterien im DSM-5 lauten also wie folgt, wobei international die DID weiterhin der Multiplen Persönlichkeitsstörung (F44.81) gleichgestellt bleibt:

- A. Disruption of identity characterized by two or more distinct personality states or an experience of possession. This involves marked discontinuity in sense of self and sense of agency, accompanied by related alterations in affect, behavior, consciousness, memory, perception, cognition, and/or sensory-motor functioning. These signs and symptoms may be observed by others or reported by the individual.
- B. Recurrent gaps in the recall of everyday events, important personal information, and/or traumatic events that are inconsistent with ordinary forgetting.
- C. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The disturbance is not a normal part of a broadly accepted cultural or religious practice. (Note: In children, the symptoms are not attributable to imaginary playmates or other fantasy play.)
- E. The symptoms are not attributable to the direct physiological effects of a substance (e.g., blackouts or chaotic behavior during Alcohol Intoxication) or another medical condition (e.g., complex partial seizures).

## Zur Kritik

Obwohl es zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich ist, eine Übersicht über wissenschaftliche Arbeiten zu erhalten, die sich kritisch mit den neuen Diagnosekriterien auseinandersetzen bzw. das Erscheinen der ICD-11 und die öffentliche Diskussion im Internet über die Erstellung der Kriterien für die Multiple Persönlichkeitsstörung noch nicht abgeschlossen wurden, zeigte sich, dass besonders zu Kriterium B im DSM-5 hinsichtlich der „wichtigen persönlichen Informationen“, zu denen die Patientin vermeintlich neigt, sie zu „vergessen“, es schon im Vorfeld heftige Debatten gab, zumal Forscher(innen) festgestellt hatten, dass die unterschiedlichen Persönlichkeiten hinsichtlich persönlicher Informationen untereinander nicht amnestisch sind (Huntjens, Verschuere & McNally, 2012).

Strittig bleibt, warum das DSM-5 spezifische Kriterien für Kinder hinsichtlich der DID nicht eingeführt hat, da es naheliegend wäre, entsprechende Kriterien für Kinder gemäß den Kriterien für Kinder bei der Posttraumatischen Belastungsstörung auszuarbeiten. Im Kriterium B.3 der Posttraumatic Stress Disorder for children six years and younger (309.81 for children) werden dissoziative Reaktionen aufgeführt (z. B. Flashbacks) oder „trauma-specific reenactment“, die auch in einen Kriterienkatalog der DID passen würden, aber man sah offensichtlich von einer eigenen Kategorie für Kinder ab. Dies wird vermutlich der Tatsache geschuldet sein, dass viele Studien davon berichten, dass eine „alternate personality“ erst ab dem 20. Lebensjahr auftritt. Aus der klinischen Praxis und auch aus dem E-Mail-Netzwerk von Michaela Huber ist uns jedoch bekannt, dass es sehr viele Fälle gibt, wo Kinder an einer voraussichtlichen DID leiden. Es ist nicht hilfreich, wenn dieser Gruppe keine besondere Aufmerksamkeit zukommt, da es dann nämlich weiterhin zu erheblichen Schwierigkeiten bei der klinischen wie ambulanten Versorgung dieser Patient(inn)engruppe kommt. Bedauerlicherweise wird diesbezüglich auch zukünftig die wichtige Frage in der Forschung und Wissenschaft unbeantwortet bleiben, ob eine frühe Behandlung der DID eine bessere Prognose verspricht. Es wäre daher wünschenswert, wenn diese wichtige Frage wenigstens bei der Erstellung der neuen ICD-11 aufgegriffen wird.

Dem Wunsch von Otto Kernberg (Kernberg, 2006, S. 29), die „hysterische Persönlichkeit“ wieder in den DSM-5 aus dem DSM-3 aufzunehmen, wurde nicht entsprochen. Diese Überlegung würde m.E. den Vorteil mit sich bringen, dass sämtliche dissoziative Störungen quasi „unter ein Dach“ gebracht werden würden, zumal ja auch im DSM-5 sowohl bei der Posttraumatischen Belastungsstörung Depersonalisation und Derealisation als Kriterien mitaufgenommen wurden als auch dissoziative und posttraumatische Symptome bei der DID subsumiert sind. Eine Überkategorie „Hysterie“ über die dissoziativen Störungen und die Posttraumatische Belastungsstörung bzw. die Konversionsstörungen schiene mir auch deshalb berechtigt, weil es diagnostisch enge Zusammenhänge zwischen diesen Störungen gibt (siehe unten, „Diagnose der DID“). Es erschiene auch wichtig, die DID und die PTBS stärker von Störungen narzisstischer Symptomatik abzugrenzen, wie beispielsweise die Borderline- und die histrionische Persönlichkeitsstörung. Das DSM-5 verweist hier lediglich darauf, dass „individuals with dissociative identity disorder usually exhibit a large number of comorbid disorders“. Es wäre aber künftig besser, die Störungen stärker voneinander abzugrenzen, indem z. B. ähnlich dem schizophrenen Formenkreis

ein „hysterischer bzw. dissoziativer Formenkreis“ etabliert wird. Colin Ross (Ross, 2000, Introduction) vertritt ebenfalls die Auffassung, dass ein generelles Trauma-Modell der Psychopathologie entwickelt werden sollte, besonders was die Bedeutung von Kindheitstraumata betrifft, die ja meistens Auslöser für eine DID sind. Pearson (1997) zeigt in ihrer Studie in gleicher Weise den engen Zusammenhang zwischen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Die Früherkennung dissoziativer Symptome ermöglicht ihrer Ansicht nach auch die Chance, bevor weitere Traumatisierungen eintreten, diese so bald wie möglich und daher effektiver zu behandeln, was vor allem im Interesse der Patientin liegt.

Auch die neuen Kriterien des DSM-5 werden jene Kritiker(innen) nicht verstummen lassen, die die Störung als iatrogen erzeugt betrachten bzw. diese Störung und das Ausmaß an Aufmerksamkeit dafür in den Medien als „von übereifrigen Therapeut(inn)en erfunden und hervorgerufen“ begründet sehen (Zaudig, 2000, S. 317-323, bzw. Fiedler, 2008, S. 222 ff.), (siehe auch weiter unten in „Behandlung“).

Abschließend sei noch Bezug genommen auf das fünfjährige Studienprojekt von Paul F. Dell (Dell, 2006), das die Kriterien des DSM-4 TR näher untersucht und das sich auch auf die Kritik an den Kriterien des DSM-5 anwenden lässt. Dell untersuchte 220 in Therapie befindliche DID-Patient(inn)en und stellte sie 41 Patient(inn)en, die nach dem SKID-D als DID-Patient(inn)en diagnostiziert worden waren, gegenüber. Er testete danach beide Patient(inn)engruppen mit dem „Multidimensional Inventory of Dissociation“ (MID) und kam zum Ergebnis, dass beide Patient(inn)engruppen bei 23 dissoziativen Symptomen nahezu gleiche Ausprägungswerte aufwiesen. Daraus entwickelte er einen eigenen Kriterienkatalog für die DID, da er die Kriterien des DSM-4 und teilweise auch DSM-5 (Anm. der Autorin) als ein soziokognitives Modell erachtet, das auf einem Konzept der sogenannten klassischen DID basiert, die er den Symptomen der Figur „Sybil“ aus dem gleichnamigen Buch von Schreiber und dem Fernsehfilm aus den 1970er Jahren in den Vereinigten Staaten als ähnlich ansieht. Er stellt diesem Modell ein subjektiv/phänomenologisches Modell der DID gegenüber, das sich an den verschiedenen Schweregraden dissoziativer Symptome orientiert. Demnach wäre die DID in seinen Augen als kumulative Störung dissoziativer Verarbeitungsmechanismen und Symptome anzusehen bzw. haben laut seiner Sichtweise DID-Patient(inn)en generell den höchsten Anteil an allen dissoziativen Phänomenen. So gesehen, wäre die DID nicht „Prototyp“ für die dissoziativen Störungen, sondern die stärkste Ausprägung der Summe aller dissoziativen Störungsbilder. Dies deckt sich mit meinen Erfahrungen, die ich weiter unten im Kapitel „Epidemiologie“ unter „Symptomfluktuation“ zusammengefasst habe. Auch Ross (2000, Introduction) sieht eine Anhäufung von traumabezogenen Symptomen als charakteristisch für DID an, wobei er darin auch (aufgrund der Komplexität der Symptome der Patient(inn)en) die Ursache für Fehldiagnosen und ineffektive Behandlung dieser Patient(inn)engruppe sieht.

Fazit: Die DID sorgt auch nach Erscheinen des DSM-5 für kontroverse Debatten in den Vereinigten Staaten und im angloamerikanischen Raum, so dass davon abzuleiten ist, dass die Diagnosekriterien für den künftigen DSM-6 aller Voraussicht nach einer weiteren Änderung unterworfen sein werden.

## Zur Kulturpsychologie eines Konzeptes: Hexen, Heilige und psychisch Kranke

Die im DSM-5 vorgenommene Entkoppelung kulturspezifischer Traditionen und Riten, indem Zustände individueller Besessenheit nun als Kriterium für die Krankheitswertigkeit mitaufgenommen wurden, markiert (da nun auch international akzeptiert) einen Meilenstein in der künftigen Forschungstätigkeit bzw. auch der Behandlung von Patient(inn)en mit einer DID.

Für die angloamerikanisch-europäische Sichtweise auf dieses Störungsbild bedeutet das, dass sich diese Störung nun vollständig einer theologischen Interpretation entzieht, wengleich der Vatikan eine Aufwertung des Exorzismus durch die Neuerscheinung des *Rituale Romanum* vorgenommen hat und es auch heute sowohl in der BRD als auch in Österreich und der Schweiz noch üblich ist, dass Psychotherapeuten zugleich ihren Beruf als Exorzisten ausüben. Es steht jedoch noch aus, inwieweit die Kriterien des DSM-5 auch in die ICD-11 übernommen werden, zumal weltweit die Katholik(inn)en die größte Glaubensgemeinschaft repräsentieren. Noch lässt sich nicht ausschließen, dass Fälle, in denen Exorzismus ausgeübt wird, auch heutzutage vorkommen, obwohl diese Fälle jene von DID sind – wie etwa im berühmten Fall der Anneliese Michel, von der heute einhellig alle Expert(inn)en der Überzeugung sind, dass es sich um eine Patientin mit einer schweren dissoziativen Störung handelte (seit dem 20. Jahrhundert wandte sich der Protestantismus vom Teufelsglauben ab, infolgedessen existiert das Thema Teufelsaustreibung in dieser Religionsform nicht mehr (Neumann, 1997, S. 292).

Schwieriger gestaltet sich das Verhältnis in Bezug auf den „Satanismus“, da der Satanglaube aus dem 19. Jahrhundert durch die Faszination des Bösen bis in die heutige Zeit überdauert hat und es viele sektenartige Gemeinschaften gibt, die nach wie vor dem Satanismus huldigen. Häufig berichteten Opfer in der Therapie von satanischen Riten, in denen sie kultischen Handlungen unterzogen wurden, in denen sie gequält bzw. mehrfach sexuell missbraucht wurden (Mayer, 1991). Richard Kluft meinte dazu im Dezember 1989, dass die Faktenlage dafür relativ dürftig sei, es jedoch einer weiteren interdisziplinären Erforschung dieser Phänomene bedürfe. Er vertrat die Ansicht, dass es Jahre dauern könne, bis wir verstehen, was ritueller Missbrauch bedeutet, bzw. bis wir die inzestuösen Verstrickungen (Familiensysteme) besser verstehen (Mayer, 1991, S. 263). In meiner Beobachtung entdeckte ich inzestuöse Familiensysteme sowohl unter Atheist(inn)en als auch unter Gläubigen bzw. Sektenmitgliedern. Patient(inn)en, die nicht gläubig erzogen worden waren, berichteten ebenso wie Patient(inn)en, die gläubig erzogen worden waren, dass eine ihrer Teilpersönlichkeiten (Selbstrepräsentanzen) der „Böse“ oder der „Teufel“ sei bzw. in der dessen Gestalt zeitweilig omnipräsent werde. Inwieweit damit religiöse Phänomene in Zusammenhang stehen bzw. sektenartig satanische Riten, entzieht sich meiner Kenntnis, obwohl es denkbar wäre, dass sie miteinander in Zusammenhang stehen. Mir fiel nur auf, dass inzestuöse Familiensysteme, in denen sexueller Missbrauch quasi an der Tagesordnung war und ist, häufig dazu führen, von Patient(inn)en als „rituell“ wahrgenommen zu werden bzw. dass diese Patient(inn)en während, vor oder nach der Psychotherapie verstärkte Tendenzen zu „Ersatzreligionen“ zeigen. Die Frage, inwieweit sexueller körperlicher und emotionaler Missbrauch eher in geschlossenen als in offenen Systemen auftritt, erfuhr gerade durch die Missbrauchsskandale in staatlichen wie

kirchlichen Einrichtungen in letzter Zeit eine neue Dimension. Demgegenüber steht die Frage nach der Prävention: Ist sie hilfreich und sinnvoll im Rahmen einer verstärkten sexuellen Aufklärung, die auch das Thema Gewalt mit einbezieht, wenn dennoch nicht verhindert werden kann, dass Kinder in geschlossenen Systemen aufwachsen? – Auch dies ist Gegenstand zukünftiger Forschung.

Archetypische Vorstellungen von einer Welt des „Guten“ und des „Bösen“ bzw. einer Welt und einer Gegenwelt sind nahezu in allen Religionen vorhanden und reichen in ihrem Dualismus bis in die Gegenwart (in dem Zusammenhang sei an den Ausspruch G.W. Bushs erinnert von der „Achse des Bösen“). In der christlich-jüdischen Welt scheinen diese dualistischen Sichtweisen seit über 2000 Jahren verankert zu sein. Almut Neumann sieht im Satan die Verkörperung des alttestamentlichen Strafprinzips, dessen Verbindungen zu Dämonen reichen und diffus sind (Neumann, 1997, S. 26). Dieses wurde mit dem „Neuen Bund“ ins Christentum übernommen und führte im Spätmittelalter bzw. der frühen Neuzeit zur Hochblüte des Teufelskultes. Medizinisch zu dieser Zeit schon vorhandene, wenn auch unausgereifte Konzepte der Hysterie wurden religiös durch die Hexenprozesse überformt bzw. komplett der geistlichen Gerichtsbarkeit überstellt. Der Hexenwahn erreichte unter Heinrich Institoris im „Malleus Maleficarum“ und den darauffolgenden Hexenprozessen seinen Höhepunkt (erstaunlich ist dabei, dass der „Hexenhammer“ vollkommen bedeutungslos für den Teufelspakt von Männern war, obwohl in der mittelalterlichen Literatur gerade diese als Teufelsbündler im Vordergrund standen. Wurden Männer der Hexerei bezichtigt, war dies nicht ohne das Zutun einer Frau möglich bzw. war diese schuld daran (Neumann, 1997, S. 287). Zweifelsohne bildete über Jahrhunderte dieses Werk eine Sichtweise auf die Frau in allen christlichen Religionen heraus, in der sie potenziell als dem Teufel nahestehend betrachtet wurde. Die Verführung durch eine Frau war also ein Akt des Teufels. Dass diese Vorstellung bis zum heutigen Tag fortwirkt, zeigt unmittelbar der „Fall Chantal“ am Bundesgerichtshof der BRD im Jahr 2013, in dessen Urteil diese Vorstellung trotz einer modernen Gesetzgebung, die dadurch auch ausgehöhlt wird, weiter fortschwingt.

Trotz der folgenden Aufklärung und der Tatsache, dass bereits 1646 der erste Fall einer dissoziativen Störung von Paracelsus beschrieben wurde (Putnam, 1989/2003, S. 49), schien die Vorstellung bis in das tiefe 19. Jahrhundert fortzubestehen, dass die Sündhaftigkeit der Frau bzw. des weiblichen Kindes und deren bzw. dessen Verführungskraft mit höheren Mächten zusammenhängt. Diese Exkulpation der vornehmlich männlichen Täter wirkt heute darin fort, dass vor allem in ländlichen Regionen ohnedies die Frau bzw. das weibliche Kind bzw. deren Körper „schuld“ daran seien, dass sie missbraucht werden, wie ich vor Kurzem wieder von der Mutter eines Missbrauchsopfers hören musste. Mathias Hirsch beschreibt diese Psychodynamik eindrucksvoll in seinem Kapitel „Vater-Tochter-Inzest“ in seinem Buch „Realer Inzest“ (Hirsch, 1999). All diese Kulturvorstellungen, die in Form einer kognitiven Dissonanz weiter existieren, betrachte ich daher als Internalisierungen, die einer Dissoziation Vorschub leisten bzw. maßgeblich Gestalt annehmen als Täterintrojekt, das als dämonisch oder dem Teufel ähnlich von den Patient(inn)en beschrieben wird.



Demgegenüber steht der Heiligen- und Märtyrer(innen)glaube, insbesondere die Stigmata betreffend. Die Debatte um die Selig- bzw. Heiligsprechung etwa der Theresia von Konnersreuth entfachte diesbezüglich auch eine Debatte darum, inwieweit es sich dabei um eine Form von dissoziativer Störung handelt. Insbesondere ist auffällig, dass die Nahrungslosigkeit von Theresia in strengem Widerspruch zu ihrem Körperumfang stand. Hinsichtlich der massiven Blutungen aus den Augen, auf dem Kopf und an den Händen beschreiben die Autoren Overbeck und Niemann in ihrem Buch „Stigmata“ als Ursache dafür, dass Theresia sich diese vermutlich unter Amnesie in Zuständen von Besessenheit selbst beigebracht hat (Overbeck & Niemann, 2012, S. 49). Da sich Theresia als junge Frau auch in psychiatrischer Behandlung befand und bei ihr eine „traumatische Hysterie“ festgestellt wurde (als Auslöser dafür war auf einen Brand verwiesen worden), wurde bei ihr damals schon vermutet, dass ihre psychischen Beschwerden eher darauf beruhten, dass sie als 14-Jährige einem 40-jährigen Nachbarn „anvertraut“ worden war, während ihr Vater in den Ersten Weltkrieg zog. Da ihr der Vater später ein Bild von der heiligen Theresa von Lisieux schenkte, identifizierte sie sich mit ihr und übernahm später auch deren Namen, da sie durch intensives Gebet zu der Heiligen von vielen körperlichen Symptomen befreit wurde, währenddessen es vielmehr zu einer „Symptomverschiebung“ kam und in der Folge die Stigmata auftraten (Overbeck & Niemann, 2012, S. 68 ff.). Auch in diesem Fall zeigen sich Besessenheitszustände, allerdings werden sie vor dem religiösen Hintergrund vollkommen anders gedeutet, und zwar als ein Ringen im Glauben und als Märtyrertum – ganz im Gegensatz zu den Hexen, deren Besessenheitszustände als Teufelswerk angesehen wurden.

Es ist interessant festzustellen, dass im Mittelalter – fast zeitgleich zum Teufels- und Hexenglauben – vermehrt auch der Reliquien- und Heiligenglaube – insbesondere, was Stigmata betrifft – auftritt, fast, als seien sie zwei Seiten einer Münze. Von der Heiligen, insbesondere der stigmatisierten Heiligen, die im doppelten Sinn als „patients“ angesehen wurde, leitete sich später die Vorstellung der Patientin in unserem heutigen psychologisch-psychiatrischen und auch medizinischen Verständnis ab, während im Hexen- und Teufelskult das „Böse“ im Menschen fortexistiert. Diese Vorstellungen leben auch heute noch in der öffentlichen Stigmatisierung bzw. Selbststigmatisierung unserer Patient(inn)en fort bzw. in ihrer Diskriminierung (Schomerus, 2013, S. 413 ff.). Vermutlich zeigt auch keine andere Störung wie die der Dissoziation so klar den Widerspruch zwischen Wissenschaft versus öffentlicher Moral auf, insbesondere, da auch Opfer nicht selten selbst zu Täter(inne)n werden.

Die Vorstellung von den „Heiligen“ und dem „Bösen“ findet in unserer säkulären Welt ihre Entsprechung im „Star“, der seine Selbsterstörung öffentlich zelebriert und von Abertausenden verehrt wird bzw. in der (auch heute noch in vielen Staaten verbotenen und geheimen) Prostitution, die ebenfalls als ein Akt der Selbsterstörung häufig in Zusammenhang mit dem Wiederholungszwang der Externalisierung des traumatischen Introjekts (Hirsch, 1999, S. 241 ff.) steht.

Während Menschen, die sich „alles leisten können“ (sowohl in materieller als auch in moralischer Hinsicht), von uns verehrt werden, heggen wir für jene, die durch das gleiche exzessive Verhalten an das andere Ende der Gesellschaft abgerückt sind, Verachtung.



Beide Phänomene haben jedoch gemein, dass sie sich häufig als sozialpsychologische Folgen der Dissoziation zeigen, die auch uns im Spiegel der Hysterie hysterisch erscheinen lassen, wodurch sich auch die anhaltende Faszination an dieser Störung erklären lässt – bis hin zu der Frage, inwieweit wir selbst nicht alle multiple Persönlichkeiten sind (Fiedler, 2008, S. 224).

## Epidemiologie der DID

Die Prävalenz der DID wird im DSM-5 mit 1,5 % angegeben, wobei 1,6 % der Männer und 1,4 % der Frauen daran erkranken (APA, S. 294). Fiedler weist darauf hin, dass die Prävalenzangaben beträchtlich schwanken und daher heftiger Kritik ausgesetzt sind. Dies führt er auf die nach wie vor geführte Diskussion um die Akzeptanz des Störungsbildes zurück (Fiedler, 2008, S. 74). Ich halte die Zahlen des DSM-5 auch deshalb nicht für besonders aussagekräftig, da die DID häufig als „Borderline-Störung“ fehldiagnostiziert wird (Fiedler, 2008, S. 70). Aus meiner klinischen Erfahrung kann ich berichten, dass dies für die meisten Fälle, die ich behandelt habe, leider zutrifft. In vielen Fällen beobachte ich jedoch auch Fehldiagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (wie etwa „schizoaffektive Störung“ bzw. „schizophrener Residualzustand“). Besonders ärgerlich ist der sich hartnäckig haltende Mythos, dass jemand, der sich selbst verletzt, zwangsläufig Borderline-Patientin bzw. -Patient sein muss, was im deutschsprachigen Raum extrem verbreitet ist. Nicht selten muss ich daher erleben, dass besonders von Psychiater(inne)n die Arme der Patient(inn)en nach selbst beigebrachten Schnitten bzw. Ritzverletzungen begutachtet werden und vorschnell die Diagnose „Borderline“ gestellt wird, sofern die Patientin eingesteht, sich selbst zu verletzen. Kolleg(inn)en berichteten mir im In- und Ausland, dass sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, eine „Dissoziative Identitätsstörung“ (MPS), die sich auch per Test nachweisen ließ, zu stellen, da Psychiater(innen) und Neurolog(inn)en diese Störung nicht anerkennen wollten und sie sofort in „Borderline-Störung“ umbenannt haben. Dies führt für die Patient(inn)en häufig zu einem jahrelangen Leidensweg durch die verschiedensten Kliniken, verbunden mit inadäquater Behandlung, obwohl die richtige und frühzeitig gestellte Diagnose für Patient(inn)en unersetzlich wichtig ist (siehe „Behandlung“).

Häufig werden Patient(inn)en mit DID einem Intelligenztest unterzogen; auch dies wirft erhebliche Probleme auf, da die Patient(inn)en aufgrund ihres hohen Maßes an Vergesslichkeit und der Stresssituation, in die sie obendrein durch den Test geraten, Testergebnisse „produzieren“, die auf eine Intelligenzminderung hindeuten. Dies verleitet nicht selten Psycholog(inn)en, Psychiater(innen) sowie Neurolog(inn)en dazu, eine organische Ursache als Grund für die psychische Erkrankung anzunehmen (etwa ein „hirnatrophisches Syndrom“).

Ich selbst war schon mehrmals gezwungen, auf die Restkategorie der sogenannten sonstigen dissoziativen Störungen als Diagnose zurückzugreifen, um dadurch zu bewirken, dass Patient(inn)en erneut untersucht werden bzw. eine vollständige Exploration in Form eines Therapiegespräches stattfindet. Reddemann und Sachsse forderten 1999 deshalb schon zu Recht (was selbstverständlich für alle dissoziativen Störungen inklusive der Posttraumatischen Belastungsstörung gilt): „Trauma first!“ (hinsichtlich der Früherkennung sei

hier noch einmal auf die Studie von Pearson (1997) verwiesen). Fiedler (2008, S. 53) führt die nachlässige Beschäftigung mit den dissoziativen und posttraumatischen Störungen bzw. Konversionsstörungen auch darauf zurück, dass Sigmund Freud seinerseits die Traumatheorie von Janet als gleichwertige Perspektive nicht akzeptiert habe und es dadurch im Zuge eines Machtkampfes unter den Schulen, in der die Psychoanalyse nach Freud obsiegte, zu einem Desinteresse an diesen Störungsbildern kam bzw. die ursprünglich von Freud und Breuer entwickelten strukturtheoretischen Konzepte nicht weiterverfolgt wurden. Eine große Ausnahme bildete in diesem Zusammenhang S. Ferenczi mit seiner Arbeit „Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft)“ (Ferenczi, 1932).

Neben den unterschiedlichen Testverfahren (siehe „Diagnose“) besteht auch in der vorherrschenden Amnesie der Patient(inn)en ein großes Problem, feststellen zu können, ob eine DID vorliegt. Sexueller Missbrauch wird neben körperlicher Misshandlung (bzw. in Kombination) und extremer Vernachlässigung zwar als Hauptursachen von Patient(inn)en mit DID berichtet (Putnam, 1989/2013, S. 71), aber sehr viele Patient(inn)en verfügen über wenig bzw. gar keine Erinnerung daran, was ihnen während ihrer Kindheit widerfahren ist, so dass sich eine zweifelsfreie Diagnose nicht stellen lässt. Es ist auch bis heute nicht bewiesen, dass Kindheitstraumata DID verursachen, und es gibt kaum Quellen darüber, ob schwere Kindheitstraumata tatsächlich stattgefunden haben, da sich die Patient(inn)en auch im Zuge der Behandlung nur unzureichend, wenn nicht fragmentarisch daran erinnern können (Putnam, 1989/2013, 70). Die Anwendung der Testverfahren, die meist aus mehrseitigen Fragebögen bzw. Interviews bestehen, bedeuten zudem für viele Patient(inn)en eine Stresssituation, in der sie dazu neigen, sich „auszuklinken“, so dass die Fragen häufig nicht korrekt beantwortet werden, wie ich oft feststellen musste. Beim „Fragebogen für Dissoziative Störungen“ (FDS) (Freyberger et al., 1998) stellte ich beispielsweise fest, nachdem ich ihn mit Patient(inn)en noch einmal durchgesprochen hatte, dass ihnen teilweise selbst nicht bewusst war, dass sie diesen oder jenen Wert angegeben hatten, was mitunter sogar zu Aggressionsäußerungen gegen meine Person führte, da sie dachten, ich hätte den Test gefälscht. Mit einigen Patient(inn)en füllte ich während der Behandlung mehrmals im Abstand von 3 Monaten den o. g. Fragebogen aus, und es zeigte sich hinsichtlich der Symptomatik, dass ich Ergebnisse erhielt, die bis zu 40 %, wenn nicht 60 % auseinanderlagen. Im Nachgang verwundert mich das nicht, da es häufig während der Therapie zu einer Symptomfluktuation kommt, z. B. Depersonalisations- und Derealisationserleben, dissoziative Trancezustände und Ego-States, die das ganze Spektrum der Dissoziation und Konversion bedienen. Nicht selten veränderten sich die Testergebnisse auch dadurch, dass die Patient(inn)en im Zuge der Therapie „Recherchen“ (fremdanamnestiche Gespräche) mit Bekannten und Freund(inn)en etc. durchführten, die ihnen z. B. über Zustände berichteten, die eine dissoziative Fugue darstellen, an die sie sich zwar selbst nicht erinnern konnten, aber aufgrund der Vertrauenswürdigkeit der Aussagen den Patient(inn)en so glaubhaft erschienen, dass sie Eingang in die Testergebnisse fanden. Ein weiteres Phänomen, das ich vorfand, war, dass Patient(inn)en – sobald es ihnen in der Therapie nach eigenem Empfinden besser ging – häufig Symptome als nicht mehr vorhanden betrachteten und dadurch die Testergebnisse verfälscht wurden, obschon 2 Monate später dieselben Symptome als äußerst intensiv wieder wahrgenommen wurden (ich führe dies auf das schwankende Selbstbild der Patient(inn)en zurück bzw.

auf eine damit verbundene eingeschränkte Selbstempathie). Nicht zuletzt kann ich auf menschlicher Seite sehr gut nachvollziehen, dass sich Patient(inn)en, die unter schwersten Depressionen, jahrelangem massivem Substanzmissbrauch, unzähligen Selbstmordversuchen und nicht minder schweren Selbstverletzungstendenzen litten, in einem Zustand, in dem es ihnen momentan besser geht, anders einschätzen – vielleicht auch nur deshalb, weil sie für sich wieder eine Lebensperspektive gewonnen haben. In diesem Zusammenhang steht ja ohnedies die Frage im Raum, worin das Ziel der Behandlung bestehen soll: Auch dahingehend gibt es unterschiedliche Auffassungen (Putnam, 1989/2013, S. 350, bzw. Fiedler, 2008, S. 239).

Auch muss hinsichtlich kriminalpsychologischer Ergebnisse (sehr viele Opfer von Kindesmissbrauch mit einer DID werden später auch Täter(inn)en) die Prävalenzforschung aus methodischen Gründen massiv bezweifelt werden, da häufig Täter(innen) vorgeblich behaupten, sich nicht an die Straftat erinnern zu können, was nicht selten zur Strategie der Verteidigung im Strafprozess gehört. Da die Befragung durch Kriminalbeamte mitunter suggestiv ist („Haben Sie das früher schon einmal gehabt, dass Sie sich an Sachen nicht erinnern können?“), werden viele Delinquent(inn)en auch dazu neigen, eine Amnesie bzw. DID vorzutäuschen (besonders eindrucksvoll wurde dies in dem amerikanischen Thriller „Zwielicht“ aus dem Jahr 1996 deutlich, in dem sich Edward Norton als – antisozialer – Straftäter der Symptomatik dieser Diagnose bedient und letzten Endes seinen Freispruch damit erwirkt). Auch amerikanische Psychiater(innen) im Strafrecht weisen auf diesen Umstand hin (Farrell, 2011).

Stellt man die Ergebnisse der Prävalenz den anderen dissoziativen Störungen gegenüber, so ergibt sich m.E. auch daraus kein klares Bild, da die unterschiedlichsten dissoziativen Störungen in den unterschiedlichsten Kombinationen gemeinsam auftreten und mitunter nicht klar ist, ob es sich bei vielen dieser Störungen nicht eigentlich prototypisch um eine DID handelt, da nicht selten Patient(inn)en auch dazu neigen, eine für sie „erträglichere“ Antwort auf verschiedene Fragestellungen zu geben, und der Verweis auf unterschiedliche „Persönlichkeiten“ nicht nur scham- und schuldbesetzt ist, sondern die Patientin häufig fürchtet, als „schizophren“ eingestuft zu werden, womit in nicht wenigen Ländern dieser Erde die Gefahr droht, in die geschlossene Psychiatrie eingewiesen zu werden bzw. eine Stigmatisierung, verbunden mit sozialem Abstieg, eintritt, indem man für „verrückt“ erklärt wird. Ich habe oftmals erlebt, dass Patient(inn)en sowohl beim Erstgespräch als auch beim „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (FDS) anfangs falsche Angaben machten, weil sie das Vertrauensverhältnis zwischen mir und ihnen für nicht genügend etabliert hielten, um mir „die ganze Wahrheit“ zu sagen. Häufig taucht in diesem Zusammenhang im Erstgespräch die Frage auf, nachdem die Patient(inn)en unstrukturiert und häufig sehr affektlabil über ihre Zustände berichten, ob ich sie denn für „verrückt“ halte?! Diffuse Ängste vor der Therapeutin oder der klinischen Psychologin bewirken, dass in Form einer Abwehr Fragen vollkommen inkorrekt beantwortet werden. In der Regel ist es häufig so, dass ich von komplex traumatisierten Patient(inn)en, die andere „Persönlichkeiten“ haben, erst nach einer geraumen Zeit von etwa 2-3 Monaten von diesen „Persönlichkeiten“ erfahre, obwohl Tagebuchaufzeichnungen bestätigen, dass diese Patient(inn)en schon jahrelang ein oder mehrere Alter Egos besitzen. Oft genug erlebe ich auch, dass die Patient(inn)en im klinisch-stationären Rahmen versucht haben,

Psychiater(innen) oder Psychotherapeut(inn)en auf diese Problematik aufmerksam zu machen, und damit barsch zurückgewiesen wurden, so dass es ihnen fortan äußerst schwerfällt, sowohl im Test als auch im Explorationsgespräch Angaben dazu zu machen.

Epidemiologische Untersuchungen in der Bundesrepublik belegen die hohe Diskrepanz zwischen dem Dunkelfeld und dem Hellfeld in Bezug auf Kindesmisshandlung in Deutschland, so dass sich auch daraus keine Rückschlüsse für die DID bzw. die anderen dissoziativen Störungen inklusive der Konversions-, Somatisierungs- sowie Posttraumatischen Belastungsstörungen ziehen lassen. Dasselbe gilt für internationale Studien – wobei hier freilich auch die Methoden zur Befragung und Exploration äußerst divergierend sind (Becker & Schulz, 2013, S. 13 ff.).

## Diagnose bzw. Differentialdiagnose der DID

Ich würde das Spannungsfeld von Psychotherapie und Psychologie zwischen Jaspers, wonach psychische Theorien aus der Verabsolutierung einzelner seelischer Erscheinungen entstehen (Jaspers, 1973, S. 447), und dem Zitat von Erickson: „Hier ist ein Mensch mit einem Problem – helfen Sie ihm!“ (o.A.) verorten.

Dies zeigt sich insbesondere bei Patient(inn)en mit DID, wenn man nur auf die Vordiagnosen, die häufig gestellt werden, blickt: Diese reichen von „nichtorganisches, mnestisches Psychosyndrom“, „schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv“, „leichte bis mittelgradige Intelligenzminderung“, „Borderline-Störung“, „ADHS“, „Borderline-Störung und PTBS“, „bipolare Störung“ bis hin zu „akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie“ etc.

Offensichtlich ist es nicht selten so, dass diese Störungsbilder, wenn man die Patient(inn)en im Erstgespräch dazu näher befragt, an rein äußerlichen Symptomen festgemacht wurden, ohne dass eine vollumfängliche Persönlichkeitsdiagnostik vorliegt bzw. der Verdacht auf eine dissoziative Störung nicht in Erwägung gezogen wurde. Ich erwähne das, weil es in Zusammenhang mit dem jahrelangen Leidensweg der Patient(inn)en von 10 bis 40 Jahren steht, und pharmakotherapeutisch damit verbunden ist, dass die Patient(inn)en – wenn sie in Behandlung kommen – mitunter derart stark sediert sind, dass oftmals eine vernünftige Testung unmöglich ist. Ich erlebte eine Patientin, die mich aufsuchte und täglich 3000 mg Neuroleptika verordnet bekommen hatte. Ihre Aufnahmefähigkeit für meine Fragen im Erstgespräch war dermaßen herabgesetzt, dass ihr das Gespräch selbst als zu belastend erschien, so dass sie nie wieder vorstellig wurde, trotz der Tatsache, dass (wie mir von Mitpatient(inn)en aus der Psychiatrie mitgeteilt wurde) ein Verdacht auf DID gerechtfertigt erschien.

Marilyn van Derbur schreibt in ihrem Buch „Tagkind – Nachtkind“, in dem sie ihren jahrzehntelangen Weg durch unzählige Therapien schildert, dass es erst dann wieder für sie voranging, als Therapeut(inn)en mit ihr ein wirkliches Gespräch führten, ihr Feedback gaben, Einsichten vermittelten und sie durch verschiedenste Szenarien hindurch begleiteten (Van Derbur, 2011, S. 199).

Deshalb sollten wir als Psycholog(inn)en wie auch als Therapeut(inn)en unabhängig von den bestehenden Vordiagnosen den Patient(inn)en im Erstgespräch in vertrauensvoller Umgebung genügend Zeit geben, uns ihre Probleme zu schildern, bzw., sofern die Patientin affektgeladen, ambivalent und unsicher erscheint, sie ggf. durch Nachfragen dazu zu ermutigen, uns näher ihre Sicht der Dinge zu schildern. Dies gilt grundsätzlich für Patient(inn)en aller Störungen; dennoch erscheint es mir hier explizit erwähnenswert, da gerade Patient(inn)en mit einer DID äußerst diffus und fragmentarisch über sich und ihr Leben erzählen (Putnam, 1989/2013, S. 97). M. und E. Balint vertraten 1961 die Auffassung, dass „die Interviews beim Psychiater wie auch die Testsitzungen plötzliche Ereignisse sind und daher im Gegensatz zu einer länger bestehenden Behandlung traumatisch wirken können. Der durch das Interview erlebte Schock kann eine therapeutische Wirkung haben, besonders, wenn er sich in einer vom Arzt geschaffenen und vom Patienten übernommenen, aufrichtigen, rückhaltlosen Beziehung ereignet“ (Argelander, 1970, S. 81). Bei Patient(inn)en mit DID ist dem noch hinzuzufügen, dass es aufgrund der Ambivalenz und Affektlabilität, bzw. der Fragmentierung des Selbst, vernünftiger erscheint, erst dann die Diagnose mitzuteilen, wenn sie zweifelsfrei feststeht bzw. sie der Patientin auch differentialdiagnostisch auseinandergesetzt werden kann. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es durchaus von Vorteil ist, eine zweite Kollegin darum zu bitten, eine unabhängige Testung vorzunehmen, so dass die Patientin mehr Sicherheit erlangt, welche Störung sie hat. Dies ist besonders wichtig, weil Patient(inn)en in der Regel dazu neigen (insbesondere wenn sie über Jahre hinweg fehldiagnostiziert wurden), die neue Diagnose schwer anzunehmen und zu akzeptieren. Wichtig ist es auch, der Patientin zu erklären, warum sie diese Störung und keine andere hat, indem man ihre Probleme vergleicht mit anderen Störungsbildern und mit einfachen Worten vermittelt, was vermutlich die Ursache ihrer Problematik ist (bei der DID teile ich den Patient(inn)en mit, dass ihnen eventuell in der Kindheit etwas sehr Schlimmes passiert sein könnte, das dazu geführt hat, dass sie sich daran nicht mehr erinnern können. Ich sage dann meistens auch, dass ihre Symptome darauf zurückzuführen sind, dass sie sich zwar an das schlimme Ereignis nicht mehr erinnern oder es abrufen können, sich die Erinnerung daran aber in ihren Symptomen zurückmeldet und es im Zuge der Therapie die gemeinsame Aufgabe ist, die Erinnerung wiederzufinden und das Erlittene aufzuarbeiten).

Ich erlebte so beispielsweise, dass ein Borderline-Patient, der fälschlicherweise als Trauma-Patient diagnostiziert worden war, mir im Erstinterview erzählte, er sei traumatisiert, weil seine Stiefmutter ihm einmal einen Klaps mit dem Teppichklopfer verpasst hätte, worauf er seine Probleme zurückführte. Erst später – im Zuge der Diagnostik – konnte ich ihm vermitteln, dass seine Schwierigkeiten auf eine frühkindliche Vernachlässigung zurückzuführen seien, an die er sich höchstwahrscheinlich nicht erinnern kann. Umgekehrt erlebte ich, dass eine Trauma-Patientin, die diverse Intelligenztests gemacht hatte, sich für „debil“ hielt, weil ihr Vater angeblich Säufer gewesen sein soll. Erst in späteren Sitzungen stellte sich heraus, dass dem nicht so war, sondern schwerer emotionaler Missbrauch durch die Mutter als auch sexueller Missbrauch durch den Vater stattgefunden hatte.

Die entscheidendste Frage kommt m.E. im Erstinterview der Frage nach der Amnesie zu, worin sich nach meinem Kenntnisstand alle führenden Köpfe in der Erforschung der DID einig sind. Ich kann mich diesbezüglich nur Peter Fiedler anschließen, der zu

Recht sein Buch über „Dissoziative Störungen und Konversion“ in memoriam Pierre Janet gewidmet hat: Janet verweist in seinen Werken nicht nur auf die Amnesie als ein entscheidendes Merkmal für viele hysterische Störungen, sondern er nimmt auch eine genaue Typifizierung vor (Janet, 1909/1919). Unabhängig davon, dass diesem Umstand mit Kriterium B für die DID im DSM-5 Rechnung getragen wird, denke ich, dass die systematische Erforschung von Amnesien, wie sie von Janet bereits betrieben wurde, einen weiteren wichtigen Faktor zur Diagnose und Früherkennung der DID darstellt. Verkürzt gesagt, konnte ich feststellen, dass der Grad der Amnesie sehr schnell einen Rückschluss darüber vermittelt, welcher Schweregrad einer dissoziativen Störung bzw. einer PTBS vorliegt. Dies bestätigte sich auch in der fortlaufenden Therapie und äußerte sich darin, dass sich Patient(inn)en mit einer PTBS früher und klarer an stattgefundenere traumatische Ereignisse erinnern konnten, im Gegensatz zu Patient(inn)en mit einer DID, die auch am Ende der Therapie oft nur fragmentarisch die erlittenen Traumata in einzelnen Bildern wiedergeben konnten. In diesem Zusammenhang sehe ich auch den Schweregrad der Traumatisierung für die jeweilige Person: Je verheerender die Folgen des bzw. der erlittenen Traumas bzw. Traumata für die Patientin waren, umso tiefgehender, aber auch häufiger im Alltag trat die Amnesie in ihrem Leben auf. Als „leichteste“ Form der Amnesie steht zwar die Erinnerungsfähigkeit an traumatisierende Vorgänge, demgegenüber jedoch die Abgespaltenheit der Gefühle, die vor, während und nach einem erlittenen Trauma empfunden wurden. Eine Systematisierung der Amnesie könnte wichtige Informationen nicht nur zur Entstehung des Traumas, sondern auch zur Klärung der Bedeutung des Traumas für die jeweilige Person und den Schweregrad der Dissoziation liefern. Würden diese Ergebnisse in Einklang mit den neurobiologischen Erkenntnissen gebracht, könnten sie auch das Verständnis für Verdrängungsprozesse auf neuronaler Ebene vertiefen (Anderson, 2006). Zweifelsohne ist der Schweregrad der Amnesie der Personen mit DID am höchsten, da die Erinnerung auf die verschiedenen Selbstanteile aufgeteilt wurde und dem „Gastgeber“ bzw. der „Grundpersönlichkeit“ (vor allem zu Beginn der Behandlung) kaum zugänglich ist.

Eine weitere wichtige Frage im Erstinterview oder den darauffolgenden Sitzungen ist auch jene nach den Schuldgefühlen der Patientin, da sie häufig als sehr intensiv empfunden werden und hinter ihnen häufig ein Täterintrojekt steckt, das sich jedoch erst sehr viel später zeigt. Patient(inn)en leben sehr häufig in selbstdestruktiven Beziehungen, die ein quasi äußeres Pendant zu den tief empfundenen Schuldgefühlen darstellen. Diese Schuldgefühle stehen oftmals in Verbindung mit Verlustängsten und der Angst, benutzt zu werden, was mitunter zu Angst- und Panikattacken führt. In diesem Zusammenhang steht auch eine bei DID schwere Form der Depression, zumal die Patient(inn)en sich selbst ausgeliefert fühlen und dadurch keine Freude und keinen Spaß am Leben empfinden können, ohne sich dafür schuldig zu fühlen bzw. sich selbst bestrafen zu müssen. Deshalb ist es ratsam – sollte die Patientin selbstverletzendes Verhalten an den Tag legen bzw. darüber berichten – sich genau schildern zu lassen, was in der jeweiligen Situation die Gründe dafür sind. Häufig geht die Selbstverletzung, die bis zur Selbstverstümmelung reichen kann, mit schwersten Schuldgefühlen einher, wofür die Patientin sich zu bestrafen sucht. Nicht selten haben wir es mit Patient(inn)en zu tun, die uns die Narben ihrer Selbstverletzungen präsentieren; hierauf sollte man keinesfalls mit Unverständnis reagieren, sondern in jedem Falle die Patientin danach fragen, warum sie uns die Selbst-



verletzungen präsentiert bzw. wie häufig sie sich selbst verletzt und in welchen Situationen sie dies tut bzw. ob sie ein Muster dahinter erkennen kann. Zu den Ängsten ist auch noch zu bemerken, dass es das Phänomen der „Angst vor der Angst“ gibt, das ich als „sekundäre Angst vor Kontrollverlust“ bezeichnen möchte. Diese steht bei der DID damit in Zusammenhang, dass Täterintrojekte die Kontrolle über das Individuum übernehmen, was sehr beängstigend ist und wovor die Patientin verständlicherweise Angst hat. Ich konnte auch bei Patient(inn)en anderer dissoziativer Störungen diese spezielle Form der Angst schon bemerken, insbesondere wenn es darum geht, in bestimmten Situationen die Kontrolle über den Körper zu verlieren bzw. ihn nicht mehr wahrzunehmen. Es kann ohne Weiteres dienlich sein, eine ganze Therapiestunde darauf zu verwenden, mit der Patientin über ihre Ängste zu sprechen, da diese mitunter so belastend sind, dass die Patientin in Erwägung zieht, Suizid zu begehen, um sie loszuwerden bzw. um die Worte einer Patientin zu verwenden, „um endlich Ruhe zu haben!“.

Eine besondere Herausforderung stellen im Erstinterview Patient(inn)en dar, die unter sehr starkem Drogen- und/oder Psychopharmakaeinfluss stehen. Nicht selten passiert es, dass Patient(inn)en im Zuge des „hilflosen Versuches der Selbstmedikation“ (siehe auch „Pharmakotherapie der DID vs. Drogen“) vor dem Erstgespräch die unterschiedlichsten Substanzen zu sich genommen haben, so dass selbst bei einfachsten Fragen die Gefahr unkontrollierbarer Switches und Flashbacks besteht und urplötzlich auch „Persönlichkeiten“ die Kontrolle übernehmen, die äußerst aggressiv sind. Nach meinen Erfahrungen trifft dies besonders auf Patient(inn)en zu, die Amphetamine oder Kokain konsumiert haben und sich vor dem Gespräch mit Sedativa beruhigen wollten. Häufig spielt auch Alkohol in Verbindung mit Benzodiazepinen diese Rolle. Sollte die Therapeutin vor dem Erstgespräch nicht wissen, welche Patientin in die (ambulante) Praxis kommt, empfehle ich dringendst, in Türnähe zu sitzen, so dass man im Zweifelsfall den Raum verlassen kann bzw. um – so dies noch möglich ist – mitzuteilen, dass man „nebenan noch etwas zu erledigen“ hat. Oftmals verlässt die Patientin in solchen Situationen mitunter selbst die Praxis; sollte diese jedoch von der Patientin verwüstet werden, scheint es dringend geboten, die Polizei zu informieren. Da ich trotz eines Therapievertrages häufig erlebt habe, dass Patient(inn)en unter bestimmten Bedingungen zeitweise zu unkontrolliertem Substanz- bzw. Psychopharmaka- bzw. Mischkonsum neigen, erwies es sich als psychoedukativ erfolgreicher, diese Patient(inn)en im Kaffeehaus oder im Park zu treffen, um ihnen zu vermitteln, dass sie erst dann wieder in die Praxis zurückkehren können, wenn ich mich dessen versichern kann, dass sie ihren Substanzmissbrauch unter Kontrolle gebracht haben. Generell erscheint es mir wichtig, Patient(inn)en, die zu Substanzmissbrauch neigen, klarzumachen, dass eine ambulante Therapie unter diesem Risikofaktor mitunter nicht durchführbar ist.

Im Gegensatz zu Putnam und Kluft (Putnam, 1989/2013, S. 113) vertrete ich nicht die Auffassung, dass langwierige Interviews von der Dauer mehrerer Stunden zweckdienlich sind, da sie dazu führen, dass sich die Patientin verschließt und die Therapie im Vorfeld als Belastung empfindet. Ich halte es für besser, das Erstinterview und die Diagnosestellung über mehrere Termine und Sitzungen auszudehnen, in denen Patient(inn)en auch die Möglichkeit haben, sich rückzuversichern, ob sie auch verstanden werden. Ich habe oft erlebt, dass die Patient(inn)en – wenn ich sie im Erstinterview gebeten hatte,

mir Fragen zu stellen – mich darum ersuchten, ihnen einfach Tipps für die Bewältigung des Alltags zu geben. Dies ist in der Regel auch ohne eine definitive Diagnosestellung für fast alle Patient(inn)en möglich, und dient der so überaus wichtigen Festigung des Vertrauensverhältnisses. Ich bitte die Patient(inn)en häufig, die Zeit zwischen den Sitzungen darauf zu verwenden, entweder einzelne dissoziative Symptome an sich selbst näher zu betrachten bzw. Vertrauenspersonen darüber zu befragen. Bei Patient(inn)en, die unter hochgradiger Amnesie leiden, empfiehlt es sich auch, ihnen den „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (FDS) mit nach Hause zu geben, so dass sie ihn in Ruhe, am besten mit einer Person ihres Vertrauens, sich Frage für Frage erklären lassen, um sich darüber näher einzuschätzen. Dabei erscheint mir auch wichtig, den Fragebogen im Nachgang mit den Patient(inn)en hinsichtlich der Ergebnisse durchzusprechen, da sich die Symptome unterschiedlich stark manifestieren – wie bereits weiter oben ausgeführt.

Sollten sich durch den Fragebogen und die nachfolgende gemeinsame Erörterung der Beantwortung keine klaren Hinweise auf das Vorliegen einer dissoziativen Problematik ergeben, versuche ich mit Hilfe des „STIPO-D“ (Kernberg, Clarkin, Caligor & Stern, 2004) differentialdiagnostisch Aufschlüsse über das Strukturniveau der Persönlichkeit zu erhalten, was auch hilfreich sein kann hinsichtlich möglicher Komorbiditäten.

Einen Überblick über sämtliche Komorbiditäten, auch was somatoforme Störungen in Verbindung mit einer DID oder anderen dissoziativen Störungen betrifft, erhält man mitunter ohnedies erst später im therapeutischen Setting, insbesondere wenn die Patient(inn)en so viel Vertrauen gefasst haben, ihre bisherige „Karriere“ mitzuteilen. Anfälle von Trichotillomanie (also extrem zwanghaftem Verhalten) bis hin zur Agoraphobie (oder anderem phobischen Verhalten) bis hin zu Panikattacken, Anorexie, Bulimie, Binge-Eating, exzessivem Nägelkauen finden sich in diesem Spektrum ebenso wie selbstverletzendes und schwer depressives Verhalten, wobei dann die Patientin häufig über mehrere Sitzungen hinweg schweigt (sollte das vorkommen, sollte man keinen Druck auf sie ausüben, sich zu äußern). Ich halte es angesichts dieser Bandbreite von Komorbiditäten, die auch physiologische oder neurologische Auswirkungen (z. B. Autoimmunkrankheiten) haben, für zwingend indiziert, dass ab Bekanntwerden eines derartigen Verhaltens bzw. derartiger Phänomene mit physiologischen Auswirkungen eine Körperärztin beigezogen wird. Sollten Patient(inn)en sich parallel in psychiatrischer Behandlung befinden, ist es auch notwendig, so bald wie möglich in Kommunikation mit der Psychiaterin zu treten.

Mit Ausnahme dessen, dass die Patientin von sich aus freiwillig mehr Auskunft über ihre „Alter“-Persönlichkeiten gibt, ziehe ich es vor, diese Frage erst an das Ende der diagnostischen Befundung zu stellen, weil ich – wie oben erwähnt – immer wieder die Erfahrung machen musste, dass diese Frage extrem schambesetzt ist und die Patient(inn)en häufig in ihrer Vorgeschichte diesbezüglich nicht ernst genommen wurden. Im Wortlaut sage ich dann zur Patientin: „Sie haben mir schon sehr viel über sich erzählt, dass ich mir ein gutes Bild von Ihnen machen kann. Ich möchte Ihnen noch eine Frage stellen, die für uns beide zum Abschluss von wichtiger Bedeutung ist: Könnte es sein, dass Sie manchmal in Ihrem Kopf unterschiedliche Stimmen hören, die etwas Unterschiedliches wollen bzw. die miteinander streiten?“ Meistens ergänze ich dann: „Wenn das so wäre, würde es mich nicht verwundern. Ich glaube aber nicht, dass Sie deshalb verrückt sind, sondern dass diese

Stimmen eine wichtige Bedeutung für unsere Arbeit haben!“ Fühlen sich die Patient(inn)en durch die diagnostisch-therapeutischen Gespräche so weit verstanden und haben sie auch die Aussicht darauf, die therapeutische Arbeit mit mir fortzusetzen und nicht diskriminiert zu werden, beantworten sie im Regelfall diese Frage sehr ausführlich, so dass ich unverzüglich das Setting und die Therapieplanung mit der Patientin besprechen kann.

Nicht zuletzt halte ich es für empfehlenswert abzuklären, wie häufig sich die Patientin in den letzten zwei Jahren in Krankenhäusern, Kliniken oder Psychiatrien aufgehalten hat. Ich bitte sie dann, mir die entsprechenden Unterlagen mitzubringen. Kommt die Patientin dem unwillig oder gar nicht nach, könnte dies den Verdacht zulassen, dass sie zusätzlich an einer artifiziellen Störung leidet, insbesondere wenn sie unwillig ist, Auskünfte über die Aufenthalte im Krankenhaus bzw. der Psychiatrie zu geben. Nicht selten kommt es vor, dass Patient(inn)en, die zusätzlich eine artifizielle Störung ausgebildet haben, häufig schon Therapien abgebrochen haben und mitunter die Gefahr besteht, dass entweder die aktuelle Therapie ebenso abgebrochen wird bzw. das therapeutische Setting dazu benutzt wird, eine artifizielle Problematik auszuagieren, um erneut ins Krankenhaus eingeliefert zu werden. Fiedler (2008, S. 303) sieht hier einen engen Zusammenhang mit dissoziativen Störungen. Sollte dieses Verhalten schon bei Diagnosestellung vorliegen, rate ich davon ab, die Patientin in Behandlung zu nehmen, da im o. g. Sinne eine Therapie nicht durchführbar ist. Dies kann man der Patientin dadurch erläutern, indem man sie darauf hinweist, dass die notwendige Vertrauensgrundlage für ein therapeutisches Arbeitsverhältnis aufgrund dieses Problems nicht vorhanden ist.

## Zu den diagnostischen Verfahren

Im Gegensatz zu Fiedler (2008, S. 75) bin ich nicht der Auffassung, dass eine SKID-Einschätzung für Komorbiditätsdiagnosen nützlich ist, da auch bei mehrmaliger Testung von einzelnen Patient(inn)en fast immer die Diagnose „Borderline“ gestellt wird, die aber nicht zwingend komorbid vorliegen muss. Häufig passiert es deshalb, dass Kolleg(inn)en, die als reine Diagnostiker(innen) arbeiten, so zu der Fehleinschätzung kommen, dass eine weitere Testung (z. B. der SKID-D [Gast, Oswald & Zündorf, 1999] für dissoziative Störungen) nicht vonnöten ist und es sich um besagte „Borderline-Störung“ handelt. Als Leitsatz könnte daher für Diagnostiker(innen) gelten – sofern sie den SKID II (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) durchführen – ausschließlich immer auch ein weiteres diagnostisches Instrument, wie z. B. den SKID-D, das „Heidelberger Dissoziationsinventar“ (HDI; Brunner, Resch, Parzer & Koch, 1999) oder den „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (FDS) ergänzend in die Testung mit einzubeziehen, um ganz im Sinne des „Trauma first“ erkennen zu können, ob es sich primär um eine Traumafolgestörung handelt, was für die weitere Exploration und die darauffolgende Behandlung von großem Nutzen ist (und auch einen Zeitverlust vermeidet bei ohnedies immer weniger kassengehemigten Therapiestunden).

Eine Abklärung hinsichtlich Schizophrenie kann im Zweifelsfall bei der Diagnostik geboten sein. In der Regel genügt es aber, die Patientin danach zu fragen, ob sie die Stimmen, die sie wahrnimmt, in ihrem Kopf hört oder durch das Ohr bzw. von außen

her wahrnimmt. Zusätzlich kann man noch fragen, ob die Patientin mit der bzw. den Stimmen Kontakt aufnehmen kann und sie mit ihnen auch in Zwiesprache treten kann oder nicht. Die jeweils zweite Wahl der angebotenen Optionen deutet mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorhandensein einer schizophrenen Erkrankung hin und schließt das gleichzeitige Vorhandensein einer DID aus.

Als bisher wenig beachtet galt die Frage nach der kindlichen Enuresis der Patientin. Wie inzwischen durch die Arbeit von Gülsün, Doruk, Evrensel und Baykiz (2006) bestätigt wurde, dürfte eine über Jahre hin in der Kindheit andauernde Enuresis ein Zeichen für eine schwere Traumatisierung sein. Viele Patient(inn)en berichteten darüber, hilflos versucht zu haben, ins Bett zu nässen, um dadurch den Täter davon abzuhalten, sexuell gewalttätig gegen sie zu sein. Häufig unterstellte man ihnen dabei eine Blasenentzündung.

Ich verwende den „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (FDS), da er sehr umfangreich ist und mir eine gute Querschnittsanalyse erlaubt, wie akut die Patientin vermutlich ist. Zudem erwies sich die Nachbesprechung des FDS in den Folgestunden des Erstinterviews als sehr aufschlussreich, besonders was die Psychodynamik der Patientin betrifft.

Putnam (1989/2013, S. 114 ff.) bemerkt hinsichtlich des Rorschach-Verfahrens (Rorschach, 1921), dass eine Rorschach-Auswertung aufgrund der unterschiedlichen Schulen noch nicht aussagekräftig genug für schwere dissoziative Pathologien ist. Da ich mich aus wissenschaftlichem Interesse häufig an Kolleg(inn)en gewandt habe, die verschiedene Auswertungen von Rorschach-Projektionen vornehmen, erlaube ich mir, ohne Gewähr festzustellen, dass der Rorschach bei allen Patient(inn)en, die eine mehr oder minder schwere dissoziative Störung hatten, eine starke Affektlabilität in den Antworten zeigte – im Gegensatz zu Borderline-Patient(inn)en, die der narzisstischen Störung ähnlich in der Mehrzahl primitive Spiegelantworten gaben. Häufig bemerkte ich bei Patient(inn)en, die unmittelbar vor oder nach einer Abreaktion standen, dass ihre Antworten auf die meisten Rorschachtafeln sehr stark mit dem erlittenen sexuellen bzw. Gewalttrauma in Verbindung standen, sofern sie nicht nachgerade quasi über die einzelnen Rorschachtafeln hinweg wie in einer Bildergeschichte ihren Missbrauch schilderten. Darüber hinaus berichteten die Patient(inn)en, dass sie während der Deutungen massive Körperempfindungen und auch Schmerzen verspürten, die mit dem erlittenen Trauma in Verbindung gebracht wurden. Ich denke, dass auch das Rorschach-Verfahren künftig noch eine große Rolle spielen könnte bei der Erforschung der Dissoziation.

Allgemein habe ich es mir auch zum Leitsatz gemacht, die Patient(inn)en keinen stundenlangen Testungen zu unterziehen, da die Konzentrationsfähigkeit mitunter nicht vorhanden ist. Es spricht auch nichts dagegen, den „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (FDS) der Patientin mitzugeben, aufgeteilt in je 20 Fragen über mehrere Stunden hinweg als „Hausaufgabe“. Dies ermöglicht, ausführlicher mit den Patient(inn)en über die verschiedenen Items in den einzelnen Therapiestunden zu sprechen.

Da die durchschnittliche Zeitspanne vom Auftreten erster Symptome bis zur Diagnose von DID 6-7 Jahre umfasst (Fiedler, 2008, S. 219), ist relativ unklar, ob Patient(inn)en dieses Symptombild vor ihrem 20. Lebensjahr vollständig entwickeln. Bei 75 % der

Patient(inn)en liegt die erstmalige Manifestation sogar zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr (Fiedler, 2008, S.74). Dies berechtigt dazu, äußerst vorsichtig diese Diagnose auch schon bei Kindern zu stellen. Laut Annette Streeck-Fischer (2013, S. 75) stehen die Daten einer randomisierten, kontrollierten Therapiestudie an 15- bis 19-jährigen Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen noch aus, so dass eine abschließende Beurteilung für die Diagnostik – ganz besonders auch die DID betreffend – zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich ist.

Die von Putnam (1989, S. 125) geäußerten Reaktionen der Patient(inn)en scheinen mir nicht zeitgemäß, da inzwischen fast jede Patientin über Internet verfügt. Ich erlebe kaum, dass Patient(inn)en mich nach der Diagnosestellung verängstigt anrufen, aber dafür fast immer, dass sie sich im Internet kundig machen, was es über diese Diagnose zu lesen gibt, sofern sie nicht verschiedene Selbsttestungen, die auf den unterschiedlichen Websites angeboten werden, durchführen. Nicht selten kommt es auch vor, dass Patient(inn)en einschlägige Therapieforen nutzen, um sich bei anderen Patient(inn)en zu erkundigen, was diese Diagnose für sie bedeutet. Die Qualität dieser Informationen ist unterschiedlich, aber es erscheint mir sehr wichtig, auf die daraus oft resultierenden Fragen der Patientin genau einzugehen; das beseitigt Unsicherheiten und verstärkt das Selbstverständnis der Patientin für ihre Problematik. Eine Frage, die dabei häufig auftaucht, ist, ob ich mich für kompetent halte, sie zu behandeln, die ich in der Regel damit beantworte, ihnen über meine Erfahrungen mit Patient(inn)en, die eine ähnliche dissoziative Störung haben, zu berichten bzw. darüber, wie deren Behandlung verlief. Ebenso häufig kommt vor, dass Patient(inn)en mich fragen, welche Websites ich für empfehlenswert halte, bzw. in welchem Rahmen ich dies tue, wenn ich mich im Internet äußere. Als hilfreich erwies sich für viele Patient(inn)en die Webseite der ISSD, auf der sie viele, auch plausible Erklärungen zu ihrer Problematik vorfinden können. Oft passiert es, dass sich Patient(inn)en ebenso wie Therapeut(inn)en vor Fragen gestellt sehen, die ihr Wissen überfordern. In diesem Zusammenhang ist es für Therapeut(inn)en sehr vorteilhaft, Teil einer Mailing-Liste wie der von Michaela Huber (internationales Netzwerk von Expert[inn]en multiprofessioneller Prävenienz, die traumaspezifisch tätig sind und sich untereinander über E-Mails austauschen) zu sein, um dort Fragestellungen zu deponieren und die entsprechenden Antworten an die Patient(inn)en weiterleiten zu können bzw. selbst neue Ansprechpartner(innen) zu finden. Das Wissen und die neuen Erkenntnisse über die DID sind in den letzten Jahren ja exponentiell angewachsen. Nicht zuletzt ist es aber auch wichtig, die Patient(inn)en darauf hinzuweisen, dass die Qualität der Websites, was die Informationen über DID betrifft, äußerst unterschiedlich ist und viele dieser Websites von der Pharmaindustrie gesponsert werden, um deren Produkte zu bewerben, was oft den irreführenden Eindruck vermittelt, dass die Pharmakotherapie die (alleinige) Lösung für das Problem ist (Mansell & Read, 2009).

Abschließend scheint es gerade aufgrund der Komplexität des Störungsbildes und sämtlicher Komorbiditäten, Symptomäußerungen und der Symptomfluktuation, aber auch aufgrund der andauernden Diskussion über das Störungsbild der DID einmal mehr so zu sein, wie ich es in Anlehnung an Kernberg ausdrücken möchte (Kernberg, 2006, S. 40): „Die weitere Exploration ist unverzichtbar für die Merkmale dieser Störung. Neben der weiteren Verfeinerung der Diagnostik und den therapeutischen Ansätzen gilt es, die

Beziehung zwischen den Befunden der Exploration und denen der damit in Zusammenhang stehenden Bereiche der Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Medizin und der Neurobiologie gründlich zu erforschen.“

## Neurobiologie der DID bzw. der Posttraumatischen Belastungsstörungen

Katherine Button et al. von der University of Bristol untersuchten 49 Metaanalysen, die 2011 in den Neurowissenschaften publiziert wurden. Dabei wurden insgesamt 730 Studien mit den unterschiedlichsten Forschungsmethoden erfasst, die von den bildgebenden Verfahren, genetischen Untersuchungen bis hin zu Tierversuchen reichten. Erstaunlich war, dass die durchschnittliche Aussagekraft, statistisch betrachtet, nur 21 % betrug (Button et al., 2013). Diese Ergebnisse stehen in diametralem Widerspruch zu der Aufmerksamkeit, die die Neurowissenschaften für sich in jüngster Zeit beanspruchen. Zu dieser Frage äußerten Karl Clausen (Professor für Kunst- und Bildwissenschaften an der Universität Lüneburg) und Cornelius Weiller (Professor für Neurologie und Direktor der Klinik für Neurologie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf) bereits 2004, dass die „funktionelle“ Hirnbildgebung erstmals möglich macht, Hirnstoffwechselprozesse lebender Menschen zeitnah darzustellen. Man müsse sich jedoch darüber klar sein, dass die Bildgebung immer noch die Anatomie des menschlichen Gehirns sei – nicht mehr, aber auch nicht weniger (Clausen & Weiller 2004, S. 245). Ich mahne daher auch zur Vorsicht, vorschnell im Sinne verschiedentlich zugeschriebenen bzw. im Sinne einer deterministischen Festlegung bestimmte Prozesse im Gehirn als neurologisch evident anzusehen, die sich von ihrem Wesen her auf andere Forschungsgebiete beziehen. Noch ist es beispielsweise nicht möglich, therapeutische Fortschritte oder Rückschläge in den Gehirnschichten sichtbar zu machen – ganz abgesehen von gedanklichen oder emotionalen Inhalten, die aber für das Verständnis des Selbst als unmittelbar konstitutiv angesehen werden müssen. Allen diesen Forschungen ist daher eine gewisse Skepsis gegenüber angebracht; keinesfalls sollte eine verwandte Wissenschaft sie aus Gründen der Selbstlegitimation für sich vereinnahmen. Auch die Psychiatrie bleibt in diesem Zusammenhang die andere Seite der Medaille der Neurologie.

Einig ist sich die Forschung, dass Patient(inn)en mit schweren Traumatisierungen verstärkt zu einer rechtsseitigen Aktivierung der Amygdala und verwandter Strukturen tendieren und eine Abnahme der linken unteren Präfrontalaktivität zur Zeit der Aktivierung typisch ist. Auch zeigte sich eine verringerte Größe des Hippocampus bei chronischer PTBS, eine unterschiedliche Aktivierung des Cingulums als Antwort auf potenziell bedrohliche Stimuli und auch nach erfolgreicher Behandlung wiederum eine gesteigerte cinguläre und linksseitige präfrontale Aktivierung, ebenso wie eine Abnahme der Amygdalaaktivierung bei Erinnerung an das inzwischen erfolgreich behandelte Trauma. Wenn die rechte Hemisphäre, deren deutliche Lateralisation durch ein Trauma bewirkt werden kann, verstärkt aktiviert wird, scheint dies darauf hinzuweisen, dass möglicherweise beide Hirnhälften traumatische Erinnerungen unterschiedlich verarbeiten. Vermutungen, dass die rechte Hemisphäre enger mit der Amygdala verknüpft ist, lassen den Schluss zu, dass emotionale Reize besonders bei traumatischen Patient(inn)en unter Einbeziehung hormoneller Reaktionen stärker zum Tragen kommen. Dadurch werden u.U. Reize diffuser verarbeitet,



und es kann zu sensorischen Modifikationen kommen, die eventuell ein Anzeichen für eine dissoziative Reizableitung in einzelne Körperteile darstellen könnten, sofern nicht ein Gefühl der Angst und Feindseligkeit sich einstellt. Sollte eine einseitige Verarbeitung durch die rechte Hemisphäre auftreten, deren frühere Reife auch in der Entwicklung des Kleinkindes auftritt, so besteht die Gefahr, dass diese Reize dem analytischen Denken, Kommunizieren oder logischen Schlussfolgerungen entzogen werden können, die eher in der linken Hemisphäre verarbeitet werden. (Könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Patient(inn)en mit schwerer Traumaprotektatik verminderte Intelligenzleistungen in psychologischen Tests zeigen, weil die Testsituation per se als stressuell empfunden wird?) Hierdurch kann es zu einer Reizüberflutung und einer Abwehr kommen (van der Kolk, Burbridge & Suzuki, 1998, S. 57 ff.).

In Tierversuchen wurden bei Ratten und Mäusen sowohl bei pränatalem Stress, aber auch bei Veränderungen des mütterlichen Pflegeverhaltens nach der Geburt, das zu Stress geführt hatte, bei den Nachkommen epigenetische Veränderungen festgestellt, die eine Veränderung der Genexpression von Stresshormonrezeptoren zur Folge haben. Ein kausaler Zusammenhang zwischen traumatischen Stresserfahrungen bzw. epigenetischen und hirneigenen Veränderungen steht zwar im Fokus der aktuellen Forschung, lässt sich aber noch keinesfalls belegen (Braun & Bock, 2013, S. 24).

Hinsichtlich der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA), die als Regulator neuroendokriner Stressreaktionen gesehen wird, und durch Ausschüttung von Adrenocorticotropin (ACTH) in den Blutkreislauf aus der Nebennierenrinde, die die Ausschüttung von Cortisol bewirkt, das einen immunregulierenden Effekt im Organismus ausübt, besteht die Vermutung, dass massiver Stress einen Mangel an Cortisoleffekten hervorruft und zentrale Stresssysteme möglicherweise darauf mit Angst oder Depression reagieren, wenn dies nicht zu einer Hyperaktivierung der HHNA unter Einbezug der Hormonausschüttung führen kann, so dass es zu einer verstärkten Aktivierung (verkürzt gesprochen) des präfrontalen Cortex, der Amygdala, des Hippocampus und des Hypothalamus u.a. durch Cortisolinhibition kommt. Diese Cortisolinhibition bezieht sich auf das unmittelbare Erleben schwerwiegender traumatischer Ereignisse, die jedoch im Nachgang zu einem Überschuss an Cortisol führen könnten, der chronifizieren könnte (und sich möglicherweise in der psychopathologischen Form des Hyperarousals manifestiert). Deshalb wird auch Patient(inn)en, die sich in einem unmittelbaren Schockzustand befinden, häufig Cortisol verabreicht, um die körpereigene Cortisolausschüttung anzuregen. Der Nebeneffekt von Cortisolmangel bzw. -überschuss auf psychischer Ebene ist den o.g. psychischen Auswirkungen sehr ähnlich mit Ausnahme der Tatsache, dass Cortisolmangel kurzfristig euphorisierend wirken kann. Neuroimmunologisch betrachtet, stellt sowohl ein Cortisolüberschuss als auch ein Cortisolmangel zumindest ein Defizit bei der Immunsuppression bzw. Immunmodulation dar.

Bei einer Untersuchung des Glucocorticoid-Rezeptor-Gens (GR-Gen), dem ein Feedbackmechanismus der Stressregulation zugrunde liegen soll, wurde im Rahmen einer Post-mortem-Studie festgestellt, dass Suizidopfer, die eine dokumentierte Geschichte frühen Missbrauchs aufwiesen, im hippocampalen Gewebe eine verstärkte Methylierung in der Promoter-Region des GR-Gens und generell eine verringerte GR-Expression

aufwiesen – im Gegensatz zu Suizidopfern ohne Missbrauch. Könnten hier epigenetische Prozesse die Feedbacksensitivität der HHNA – durch traumatische Ereignisse hervorgerufen – dahingehend verändert haben und sich epigenetisch manifestieren, so dass Traumapatient(inn)en im Erwachsenenalter eine geringere Stresstoleranz aufweisen? Immerhin zeigte sich, dass sich die Feedbackregulation der HHNA schon nach erfolgreicher Symptombehandlung verbessern kann. Dies könnte auch den positiven Effekt konventioneller Antidepressiva (SSRI) auf die Funktion der HHNA bei traumatisierten Patient(inn)en erklären, aber auch ein Beleg für die Effektivität von psychotherapeutischer Behandlung sein (Wingenfeld & Heim, 2013, S. 36 ff.) (siehe auch „Pharmakotherapie“).

Genetische Untersuchungen der Methylierung des GR-Gens (NR3C1) bei Erwachsenen zeigten, da dieses auch den Cortisolhaushalt regelt, dass Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad und des Typus der Kindesmisshandlung bestehen – dies gilt ebenfalls für Borderline-Patient(inn)en (übrigens unabhängig von deren Substanzmittelmissbrauch). Deshalb lässt sich davon ableiten, dass die Qualität der elterlichen Fürsorge bzw. der frühen Lebensumgebung starke Effekte auf die Entwicklung des Gehirns bzw. die spätere sowohl psychische als auch körperliche Krankheitsanfälligkeit haben (Perroud et al., 2011).

Stresshormone werden auch als Ursachen für eine Vielzahl somatischer Erkrankungen genannt, unter ihnen die kardiovaskulären Erkrankungen und die Autoimmunkrankheiten. Am deutlichsten wird das bei der Multiplen Sklerose (MS), bei der die Aggregation der Lymphozyten, insbesondere auch die der T-Lymphozyten, die u.U. für den Ausbruch und das Fortschreiten der Krankheit verantwortlich sein könnten, durch erhöhte Cortisolwerte bewirkt wird. Um den Cortisolspiegel zu senken, werden deshalb häufig auch Cannabinoide verschrieben. Die TCM sieht die Multiple Sklerose als eine Erkrankung der Niere an, weil dort u.a. der Cortisolhaushalt reguliert wird. In einer Querschnittsuntersuchung fanden Spitzer & Heesen heraus, dass Patient(inn)en mit MS eine um den Faktor 2- bis 3,4-fach höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, Opfer emotionalen und/oder sexuellen Missbrauchs geworden, bzw. emotionaler Vernachlässigung anheimgefallen zu sein (Spitzer & Heesen, 2013, S. 226). Welche Implikationen dies hinsichtlich der dysregulierten Stressachse in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung von MS-Patient(inn)en hat, ist noch unklar.

Fazit: Alle neurobiologischen Untersuchungen deuten darauf hin, dass sich traumatische Folgen (massiver Stress) mannigfach im Gehirn manifestieren, sich jedoch durch Psychotherapie (Verhaltenstherapie) und Psychopharmaka (SSRI) zumindest verbessern lassen, auch wenn dieser Aspekt bisher noch wenig untersucht wurde bzw. dies Gegenstand künftiger Forschung ist. Ob fürderhin auch epigenetische Untersuchungen im Vorfeld als Differentialdiagnose im Sinne einer Früherkennung der DID dienen können, lässt sich zum jrtzigen Zeitpunkt nicht beantworten.

## Pharmakotherapie der DID vs. Drogen

Pharmakotherapeutisch gelten die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) als Präparate erster Wahl (Eckhardt-Henn, 2007, S. 82). Dennoch wird auch hier immer klarer, dass

dokumentierte Fälle darauf hinweisen, dass SSRI aggressives oder gewalttätiges Verhalten bei bestimmten Patient(inn)en verstärken können. SSRI führen auch zu Schlafstörungen (was sicherlich bei höheren Dosen aufgrund eines euphorisierenden Charakters häufiger auftreten kann). Widersprüchlich sind die Ergebnisse für Benzodiazepine (deren suchterzeugendes Potenzial ebenfalls nicht unterschätzt werden darf) (Kunzke, 2008, S. 187).

Besonders kompliziert gestaltet sich die Pharmakotherapie von Patient(inn)en mit komplexen traumatischen Störungen, u.a. der DID, da die Patient(inn)en im Sinne der „Selbstmedikation“ häufig auch den teilweise erfolgreichen Versuch unternehmen, Medikamente mit den unterschiedlichsten Substanzen zu kombinieren, um auf Symptomebene eine Verbesserung zu erreichen. In der Tat ist es so, dass die meisten legalen wie illegalen Drogen auch in Verbindung mit Psychopharmaka einen (oft auch nur kurzfristigen) Effekt hinsichtlich einer Symptomverbesserung haben (Kunzke, 2008, S. 292 ff.). Schwierigkeiten ergeben sich dadurch in erster Linie für die therapeutische Behandlung, da dann die Suchtbehandlung und die Behandlung des Traumas nahezu zeitgleich erfolgen müssen und die Patient(inn)en zudem ein Suchtverhalten entwickelt haben, das auf ein „Abstellen“ der Symptome gerichtet ist und ein Entzug auch dazu führt, dass diese Symptome wieder verstärkt auftreten, womit die Patientin oftmals nicht umgehen kann. Dadurch wird es vermutlich zu verstärkten Rückfällen kommen bzw. zu Therapieabbrüchen und einer erneuten Regression in den Substanzmittelmisbrauch.

Dadurch, dass es auch keine klare Empfehlung für Medikamente gibt, die ebenso erfolgversprechend wie verschiedene Kombinationen der unterschiedlichsten legalen und illegalen Drogen sind, die Patient(inn)en häufig über die Jahre als eine ansatzweise Lösung ihres Problems angesehen haben, bleibt es eine der größten Herausforderungen der nächsten Zeit, Studien über die Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Drogen auch hinsichtlich der neuronalen Verarbeitungsprozesse durchzuführen, die hier ebenfalls mehr Licht ins Dunkel bringen könnten. Vielleicht bringen diese Untersuchungen auch mehr Klarheit in einzelne Stoffwechselprozesse, den gesamten Organismus und auch das Gehirn betreffend. Es kann und darf auch künftig nicht so sein, dass Patient(inn)en nicht darüber informiert werden können, was eine psychopharmakotherapeutische Alternative zu ihrem Drogenkonsum sein kann, da sie ansonsten zu Drogenpatient(inn)en werden und die Therapiefähigkeit dadurch massiv beeinträchtigt bleibt.

## Behandlungsansätze und Behandlung der DID

Die Grundhaltung, die die Therapeutin der Patientin gegenüber einnehmen sollte und von der m.E. der weitere Behandlungserfolg abhängig ist, beschrieb mir eine Patientin einmal so: „Der Therapeut muss an meinem Problem interessiert sein, und ich muss wissen, dass ich ihm wichtig bin!“ Diese Aussage impliziert für mich schulenübergreifend das Spannungsfeld der Therapie. Es schließt ein, dass die Therapeutin die richtige Diagnose stellt bzw. sie der Patientin hinreichend erläutert, auf mögliche Schwierigkeiten während der Therapie hinweist bzw. der Patientin erklärt, welche äußeren Bedingungen neben der Therapie für sie hilfreich sind oder aber die therapeutische Arbeit in Gefahr bringen.

Andererseits ist es gerade für diese Patient(inn)engruppe, die mitunter an einer schweren Fragmentierung des Selbst leidet, zweifelsohne sehr wichtig, sich auch außerhalb der Therapiesitzungen in Notfällen an die Therapeutin wenden zu können, um Unterstützung zu erfahren. Es stellt sich natürlich die Frage, inwieweit eine bestimmte Regression der Patientin zugelassen werden kann. Eine Grenze ist hier der Versuch der Patientin, die Therapeutin quasi zur Bewältigung des Alltags heranzuziehen bzw. Probleme für sie zu lösen. Unabhängig davon, dass dies von Seiten der Patientin dazu führen könnte, dass sie massive Schuldgefühle der TherapeutIn gegenüber entwickelt (weil sie dadurch von ihr abhängig wird), besteht von Seiten der Therapeutin die Gefahr, zum Orakel der Patientin zu werden, weil es zu einer Vermischung der professionellen Tätigkeit und den privaten Anliegen der Patientin kommt. Hier ist es zwingend notwendig, von Anfang an eine klare Grenzlinie zu ziehen. Erteilt die Therapeutin der Patientin Ratschläge, so ist unbedingt darauf zu achten, dass die Therapeutin immer darauf hinweist, dass diese ein Angebot seien und daher unverbindlich. Es ist Fiedlers Ansicht nach (Fiedler, 2008, S. 259 ff.) erfolgreicher, sich mitunter auch außerhalb der Therapiesitzungen um die Patient(inn)en zu kümmern, dies ist aber meiner Erfahrung nach nur so weit möglich, wie die Patient(inn)en sich daran halten können, bestimmte Grenzen zwischen privat und professionell zu akzeptieren. Eine Therapeutin, die in ihrer Patientin ein „Sorgenkind“ sieht, läuft Gefahr, ihrerseits durch ihre Zuwendung die Patientin unbewusst unter Druck zu setzen, sich ihr über die Maßen zuzuwenden, um narzisstische Zufuhr zu erhalten – wozu die Patientin nicht in der Lage ist, weshalb es auch deshalb häufig zu Therapieabbrüchen kommt. In anderen Fällen könnte hingegen die Therapeutin dazu neigen, das „Sorgenkind“ fallen zu lassen, was einer „inneren Kündigung“ der Therapie entspricht.

Die o. g. Grenze stellt meiner Erfahrung nach auch den wichtigsten Maßstab dafür dar, ob eine Patientin akut stationär versorgt werden muss oder ambulant behandelt werden kann. Ist die Patientin nicht fähig, ihren Alltag hinreichend zu bewältigen, ist zwingend ein stationärer Aufenthalt indiziert. Warum gilt dies als Maßstab? Ich habe Patient(inn)en erlebt, die suizidal gefährdet waren bzw. sich massive Selbstverletzungen zufügten, aber auch Patient(inn)en, die polizeilich als fremdgefährdend eingestuft wurden, sich jedoch immer an diese Grenze gehalten haben, weshalb ein stationärer Aufenthalt nicht vonnöten war. Im Zuge der weiteren Behandlung konnten sowohl die Suizidalität als auch das selbstverletzende Verhalten bzw. eine potenzielle Fremdgefährdung erfolgreich von der Patientin in den Griff bekommen werden, weil sie das therapeutische Verhältnis nicht zerstören wollte. In einigen Fällen war es umgekehrt so, dass Patient(inn)en zu massivem Substanzmissbrauch neigten, so dass sie sich vor sich selbst nicht mehr sicher fühlten und meine unverbindlichen Ratschläge ins Leere gingen, weshalb die Patient(inn)en von sich aus zur Einsicht kamen, dass ein stationärer Aufenthalt zwingend notwendig sei, um die ambulante Therapie nachher überhaupt fortsetzen zu können. Die Grenzsetzung verhindert also, dass es zu Therapieabbrüchen kommt, und die Patientin profitiert m.E. auch davon, dass ihr bewusst wird, woran sie arbeiten muss, um als Vorbedingung den Alltag so weit bewältigen zu können, dass sie ambulant therapiefähig bleibt.

Die ambulante Therapiefähigkeit der Patientin kann im Zweifelsfall auch dadurch aufrechterhalten werden, dass sie zusätzlich zur Einzeltherapie weitere Angebote, wie z. B. Gruppentherapie für selbstverletzendes Verhalten, den Besuch einer Gruppe bei den

Anonymen Alkoholiker(inne)n oder bei den entsprechenden Sozialeinrichtungen bis hin zur Schuldnerberatung, in Anspruch nimmt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Patientin häufig auf soziale Ressourcen in ihrem Umfeld aufmerksam gemacht wird, um mit Belastungssituationen (worunter auch die Therapie per se fallen kann) besser umgehen zu lernen, wodurch sie eine positive Selbstverstärkung erfährt und ein gewisses Maß an Selbststärke zu gewinnen kann.

Schulenübergreifend ist zu bemerken, dass es ein hundert Prozent erfolgversprechendes Modell in der Behandlung dieser Patient(inn)engruppe nicht gibt. Dem ist hinzuzufügen, dass Trance- und Besessenheitszustände zwar im DSM-5 schon in das Störungsbild der DID integriert werden, jedoch diese Störung in den unterschiedlichsten Kulturen dieser Erde teilweise als religiös und damit nicht behandlungswürdig im streng medizinisch-therapeutischen Sinne angesehen wird. Es stellt sich daher die Frage, ob die Exerzizien eines Geister- und Dämonenglaubens u.U. dasselbe zu leisten vermögen, was westliche Therapiekonzepte zu leisten vorgeben. So wird z.B. auch in Mitteleuropa von Fällen einer Spontanremission bei sehr gläubigen Wallfahrer(inne)n nach Lourdes berichtet, die es aufgrund der Autosuggestion des Gebetes geschafft haben, relativ symptomfrei zu leben, weil es ihnen gelungen ist, den seelischen Stress damit zu überwinden. Wir können nicht mit aller Bestimmtheit ausschließen, dass allein eine kontemplative Lebensweise möglicherweise eine Therapie komplett ersetzt – ob dies nun ein buddhistisches Kloster ist, eine russisch-orthodoxe Einsiedelei oder die nachhaltige Umstellung der Lebensweise in der TCM. Über Jahrhunderte war Psychotherapie im modernen Sinne nicht bekannt, und dennoch gelang es sogenannten Besessenen nicht selten, ihrer Teufel oder Dämonen Herr zu werden. Zu vage sind jedoch die Überlieferungen, als dass wir mit Bestimmtheit sagen könnten, wodurch dies geschah, bzw. welche Möglichkeiten sich für die moderne Psychotherapie als Ressource anbieten könnten, um sie störungsspezifisch einzusetzen. Solange es international im Sinne der ICD-10 noch keine Klarheit darüber gibt, welche Besessenheitszustände als pathogen oder als kulturell normal angesehen werden können, lässt sich nicht abschließend klären, warum es gerade die westliche Psychotherapie sein soll, die ein Allheilmittel darstellt.

Auch unter diesem Gesichtspunkt stellt sich die Frage, was eine erfolgreiche Behandlung für die Patientin hinsichtlich ihrer Lebensqualität eigentlich bedeutet. Aufgrund meiner Erfahrungen als Therapeutin, aber auch aufgrund von Schilderungen meiner Patient(inn)en über Menschen aus deren Bekanntenkreis, die ohne Therapie eine DID so weit in den Griff bekamen, dass sie kaum eine Verminderung der Lebensqualität darstellt, bin ich auf **drei Faktoren** gestoßen, die ein mögliches Behandlungsziel darstellen:

### **1. Resilienz:**

Patient(inn)en oder Nicht-Patient(inn)en, denen es gelungen ist, vor allem vertrauenswürdige soziale Bindungen aufzubauen bzw. einen Freundeskreis, der bei Problemen jederzeit hilfreich zur Verfügung steht bzw. zu dem sie eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln, benötigen erheblich weniger Therapiestunden, sofern eine Therapie überhaupt vonnöten ist, weil sie es gelernt haben, mit ihren inneren Stresssituationen so umzugehen, dass sie sie in Gesprächen erfolgreich abbauen können.

## 2. Vulnerabilität:

Patient(inn)en oder Nicht-Patient(inn)en, die sich bewusst sind, welche Faktoren für sie belastend sind, und die eine ich-dystone Sichtweise darauf entwickeln, wissen vorzeitig, was für sie belastend sein könnte, um sich diesen Situationen gar nicht erst auszusetzen.

## 3. Vigilanz:

Patient(inn)en oder Nicht-Patient(inn)en, die die komplette Lebensführung darauf ausrichten, z. B. einen Beruf zu ergreifen oder unter bestimmten Bedingungen eine Familie zu gründen, indem sie diese als äußeren Schutzmechanismus etablieren können, neigen dazu, ein Gefühl der inneren und äußeren Sicherheit zu entwickeln, das ihnen ihre Lebensqualität erhält.

Ich würde an dieser Stelle noch einmal – phänomenologisch betrachtet – in Anlehnung an Kernberg folgenden Unterschied zwischen Borderline-Patient(inn)en und Patient(inn)en mit schwerer dissoziativer Problematik festmachen: Während die Patient(inn)en mit schwerer dissoziativer Problematik nach einem System der inneren und äußeren Sicherheit streben sollten, das möglichst nachhaltig und stabil ist, ist ein mögliches Behandlungsziel für eine Borderline-Patientin, eine äußere Ordnung zu etablieren, die ihr den Raum für die inneren, emotional instabilen (chaotischen?) oder widersprüchlichen Empfindungen ihrer Selbst- und Fremdwahrnehmung lässt, die ohnehin im Fokus der Behandlung stehen.

Onno van der Hart und Suzette Boon (1997) greifen in ihrer Arbeit m.E. genau diese o. g. drei Faktoren in ihrer Beschreibung des Behandlungsrahmens und des therapeutischen Bündnisses auf. Auch hier ist es so, dass die Therapeutin in Krisenfällen telefonisch zur Verfügung stehen sollte, Therapieferien vorgeplant werden müssen und dass mögliche Behandlungsziele bzw. der Prozess der Behandlung ständig auf dem Prüfstand stehen. Dies entspricht den Intentionen der jeweiligen Patient(inn)en, die von Stabilisierung bis zu einer vollständigen Aufarbeitung des Traumas reichen. Die o. g. drei Faktoren sollten deshalb nicht als finales Behandlungsziel aufgefasst werden, sondern auch jederzeit – zu jeder Behandlungsphase – als Möglichkeit zu einer Überprüfung der Intentionen der Patientin dienen, trotz der Tatsache, dass diese Intentionen mitunter widersprüchlich sind.

Abschließend möchte ich anhand einer **Fallvignette** darstellen, in welchem Spannungsverhältnis sich soziale Beziehungen, die innere Sicherheit und äußere Ordnung der Patientin, aber auch das Verhältnis in Bezug auf physische Krankheiten versus psychisch dissoziative Störungen und deren Rehabilitation gestalten können, vor allem wenn zum potenziellen Täter und seiner Mittäterin ein direktes wie indirektes Abhängigkeitsverhältnis besteht, das immer wieder zu selbstverletzendem Verhalten führt:

Frau Ramona K. ist Anfang 30 und lebt seit über 10 Jahren mit ihrem Lebensgefährten in einer stabilen Beziehung. Die Patientin verbrachte in ihrem 20. Lebensjahr mit ihrem Lebensgefährten, der aus dem Ausland stammt, mehrere Monate im Herkunftsland des Beziehungspartners, kehrte dann jedoch mit ihm an ihren Heimatort zurück, wo die beiden zunächst im Haus gemeinsam mit deren Eltern wohnten. Die Patientin leidet seit ihrem 18. Lebensjahr an Multipler Sklerose, wobei festzuhalten ist, dass auch deren Mutter eine Prädisposition zu einer Multiplen Sklerose aufweist, die jedoch symptomatisch niemals auffällig geworden ist, trotz der Tatsache, dass sie durch ein MRT festgestellt wurde.



Infolge der MS-Erkrankung der Patientin konnte sie niemals berufstätig werden und blieb deshalb von der Pflege- und Krankenversicherung her weitgehend von ihren Eltern, insbesondere ihrem Vater, abhängig. Trotz ihrer Tätigkeit als Kunstmalerin und einer späteren geringfügigen Tätigkeit in einem Verein für psychische Rehabilitation gelang es ihr nicht, finanziell unabhängig zu werden, so dass sie sich weiter in einem nahezu kindlichen Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Eltern befand, die sie finanziell und materiell unterstützen. Diese Abhängigkeit verstärkte sich nun zusätzlich, indem ihr die Eltern ein Haus schenkten, in dem sie sich seelisch nie zu Hause und sicher fühlte.

Die Patientin befand sich zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr zweimal in Psychotherapie, wobei die erste Therapie „gratis“ erfolgte, sie sich deshalb schuldig fühlte und sie abbrach. Die zweite Therapie wurde von ihrer Mutter bezahlt, jedoch bat zur Mitte der Therapie die Psychotherapeutin die Mutter zu einem Gespräch, nach dem die Mutter sich abfällig über die Psychotherapeutin und deren Kosten äußerte. Dies verunsicherte die Patientin derart, dass sie sich neuerlich schuldig fühlte und die Therapie einige Monate später abbrach.

Bereits nach der Rückkehr aus dem Ausland mit ihrem Lebensgefährten verstärkten sich die selbstverletzenden Tendenzen der Patientin erheblich. Frau K. äußerte im Elternhaus dazu, dass ihre Mutter doch verstehen möge, dass sie sich depressiv und einsam fühle und zudem die ganze Situation des Zusammenlebens nicht mehr ertragen könne. Auch der Beziehungspartner erschien in dieser Situation machtlos, da auch er hinsichtlich der Unterkunft finanziell in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Eltern stand.

Nachdem die Patientin in ihr neues Haus eingezogen war und ihr Lebensgefährte mehrere Monate im Ausland weilte, verstärkten sich ihre Symptome der Depression, das selbstverletzende Verhalten und das Gefühl, dass eine Stimme in ihrem Kopf immer stärker wurde, derart, dass sie offen an Suizid dachte, sie sich jedoch davon abhalten konnte, indem sie insbesondere durch Laufen gegen die MS-Symptomatik anzukämpfen versuchte. Da sie durch das Laufen den Blicken der Allgemeinheit ausgesetzt war und dies Schuldgefühle, die zu einem verstärkten Selbsthass führten, evozierte, entwickelte sie in der Folge eine bulimisch-anorektische Störung, um damit körperlich weniger auffällig zu wirken. In ihrer Malerei fand sie eine symbolische Ebene, um sich mit ihrem Leiden auseinandersetzen zu können, ohne jedoch dafür die Ursache zu finden. Ihre Bilder betrachtet sie seitdem als ihre „Kinder“, da sie ein eigenes Kind, auf das sie sich sehr gefreut hatte und das während der Schwangerschaft ihre Symptomatik teilweise verbesserte, in den ersten Monaten der Schwangerschaft verlor. Das selbstverletzende Verhalten der Patientin blieb währenddessen weiterhin bestehen und trat besonders hervor, wenn sie mit ihrer Mutter zu tun hatte. Situationen, in denen Frau K. mit mehreren Personen, z. B. bei ihren Ausstellungen, konfrontiert wurde, führten jeweils dazu, dass sie ein Schub im Rahmen ihrer MS-Krankheit erlitt, so dass sie sich kaum mehr bewegen konnte, um danach ins Krankenhaus eingeliefert zu werden, wo sie Cortison erhielt. Immunsuppressive Medikamente änderten an der Häufigkeit der Schübe bzw. deren Zusammenhang mit für die Patientin stressualen Situationen nichts. Neben den geschilderten MS-Symptomen leidet Frau K. unter Depersonalisations-, Derealisations- und dissoziativen Trancezuständen, die vermehrt vor und nach dem selbstverletzenden Verhalten – in dem sie sich Schnitte mit einer Rasierklinge zufügt – auftreten.

Da die Diagnose der Patientin aufgrund ihres selbstverletzenden Verhaltens durch den psychosozialen Dienst als Borderline-Störung eingestuft wurde, ohne dass sie jemals einer umfangreichen Psychodiagnostik unterzogen worden wäre, wurde Frau K. Mitglied einer Facebook-Gruppe von Borderline-Patient(inn)en. Dort erfuhr sie von einer anderen Patientin, die ebenfalls fälschlicherweise als Borderline-Patientin aufgrund ihres selbstverletzenden Verhaltens eingestuft worden war, dass sie möglicherweise an einer dissoziativen Störung leiden könnte. Die Mitpatientin bot ihr auch an, sich dafür einzusetzen, dass sie therapeutische Hilfe erhält, was Frau K. annahm, trotz der Tatsache, dass die Mitpatientin erhebliche Suchtprobleme hatte und ihr nicht besonders glaubhaft erschien.

Durch die Vermittlung der Mitpatientin entschloss sich Frau K., noch einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, obwohl sie sich anfänglich wenig davon versprach. Frau K. wurde zu Beginn ihrer Therapie mitgeteilt, dass vorerst eine umfangreiche Diagnostik zu erfolgen hätte, da erhebliche Zweifel an der Diagnosefindung (selbstverletzendes Verhalten = Borderline) bestünden. Im Fragebogen für Dissoziative Symptome (FDS) zeigte sich dann, dass die Patientin unter dem Verdacht steht, eine Multiple Persönlichkeitsstörung (DID) zu haben. Da die Patientin im therapeutischen Erstgespräch zwar diffus, aber durchaus nachvollziehbar ihre Gesamtsituation schildern konnte, erschien es therapeutisch als notwendig, eine hochfrequente Langzeittherapie ins Auge zu fassen, um ihrer persönlichen Situation, ihrem Abhängigkeitsverhältnis und der Überschneidung von MS-Symptomatik versus dissoziativer Symptomatik hinreichend Rechnung tragen zu können.

Frau K. war von Anfang an sehr motiviert, und es war ihr ein wichtiges Anliegen, sowohl über ihre Bilder, die sie per E-Mail zusandte, als auch über ihre Tagebucheinträge, die bis in die frühe Kindheit zurückreichen, zu sprechen. Insbesondere die Tagebuchaufzeichnungen dienten der Patientin dabei als Erinnerungsstütze. Charlotte Bühler (1925, S. 7) schrieb dazu, dass auch, wenn „Selbstbetrug und Eitelkeit die Feder führen, sind sie selbst als Tatbestand von Interesse, weil für jugendliches Seelenleben charakteristisch“. Später kamen Fotos aus der Kindheit hinzu, zu denen sie jedoch keinen emotionalen Bezug aufbauen konnte und die sie als „Bilder aus einem fremden Leben“ bezeichnete. Die Kindheitserinnerungen erwiesen sich zwar als lückenhaft, ohne Zweifel war es jedoch so, dass wichtige biographische Einzelheiten die Patientin aus ihrem Gedächtnis abrufen konnte, ohne sie aber mit emotionalen Situationen zu verbinden. Das Grundgefühl ihrer Kindheit beschrieb Frau K. so, dass es von Selbstmord- und Schuldgedanken geprägt war. Emotional war der Patientin auch gegenwärtig, dass sie schon ab dem Alter von 6 Jahren massiv masturbiert hatte, wobei die Erregung darin bestand sich vorzustellen, dass sie durch die Masturbation tot werden wollte, um den befürchteten Tod der Mutter damit abzuwenden. Dennoch hat Frau K. extreme Hassgefühle ihrer Mutter gegenüber, weil sie sich „für deren Sexualität zuständig fühlte“, ohne zu wissen, warum. Die Sexualität mit ihrem Beziehungspartner empfindet sie häufig als einen Akt der Vergewaltigung. Während des Sexualaktes fühlt sie sich zeitweilig benutzt, andererseits hört sie das Täterintrojekt laut schreien: „Du hast es ja verdient, du dreckige Schlampe!“ Auch heute neigt die Patientin dazu, mehrmals täglich zu masturbieren, um eine innere Anspannung loszuwerden, „damit es endlich vorbei ist“. Da ihr dies nicht gelingt, neigt sie besonders bei massiven Schuldgefühlen nach der Masturbation dazu, sich selbst zu verletzen, um

mit dem Blut „den ganzen inneren Dreck rauszulassen“. In der Masturbation befällt sie häufig das Gefühl, „dass es zu Ende gebracht werden müsse“: Frau K. bezieht sich dabei darauf, dass ein vollendeter Koitus bei einem Missbrauch als Kind zumindest ihr Hymen zerstört hätte, so dass sie einen Beweis dafür hätte, „dass ihr etwas passiert sei und dass sie wirklich missbraucht worden war“, da sie sich an einen Missbrauch aktiv nicht erinnern kann und sie permanent in einem ihr unerträglichen Erregungszustand gefangen ist. Frau K. litt zwischen dem 6. und 11. Lebensjahr unter Enuresis, die auch heute noch in für sie besonders stressualen Situationen unkontrolliert auftritt, jedoch nicht durch die MS bedingt ist. In der Enuresis ihrer Kindheit sieht Frau K. eine Abwehrhaltung, da sie auch heute, besonders vor dem Geschlechtsverkehr, vor dem ihr ekelt, einen heftigen Harndrang verspürt.

Zu ihren Träumen ist zu bemerken, dass zumindest ein Traummotiv in verschiedenen Variationen immer wiederkehrte, nämlich, dass sie ihre Mutter schüttelte bzw. auf ihre Mutter mit Gegenständen einschlug, bis diese blutete, um sie „zum Reden zu bringen“. Dies gelang ihr aber nicht. Träume von ihrem Vater waren relativ selten, mitunter wirkte dieser in den Träumen traurig, betroffen, manchmal aber auch anzüglich.

Die Bilder, die Frau K. malt, sind eine Vielzahl von Selbstportraits, auf denen sie mit ihren Selbstverletzungen zu sehen ist bzw. als jemand, der in seine einzelnen Körperteile zerfällt, die vermodern. Der Hintergrund der Bilder ist meist schwarz – Symbol für den Zustand einer innersten Leere bzw. des „Seelenmordes“. Wenn sie sich als Kind malt, sind auch die Augen schwarz, so dass sie nichts sehen können, weil sie nach innen gewandt sind. Dabei rinnt Blut aus den Augen, das gleichwie Symbol für den verschütteten Schmerz als auch für das Leben ist, um „sich durch das Blut wieder zu spüren“. In manchen Bildern werden stumpfe Rasierklingen in das Bild montiert, auf denen ihr echtes Blut klebt. Rasierklingen und Blut stammen von den selbstverletzenden Handlungen. In manchen Bildern ist sie selbst als Erwachsene zu sehen, neben einer Kinderdarstellung von ihr und dem Täterintrojekt, zumeist als Dämon oder Teufel dargestellt (Abb. 1). Es fällt der Patientin sehr schwer, andere Personen zu malen, die sie wertschätzt. Wenn sie sich zwingen will, andere Personen zu malen, hat sie das Gefühl, diese damit umzubringen, bzw. fühlt sie sich schuldig, sie nicht ihrem Innenleben entsprechend richtig malen zu können.

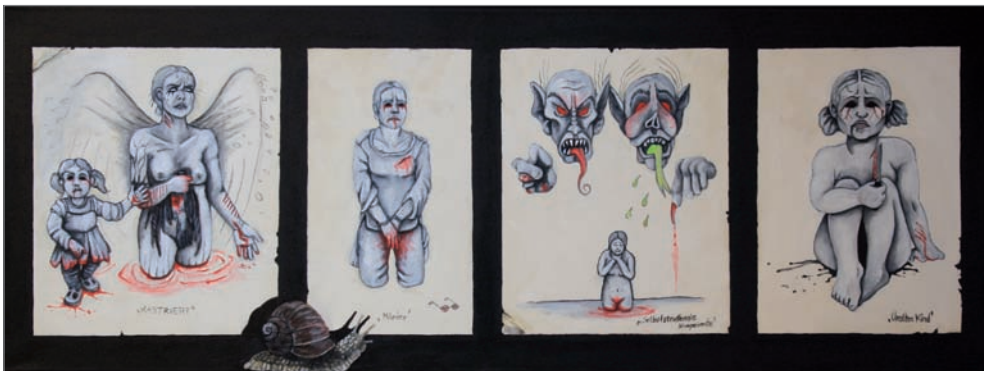


Abbildung 1

Tagsüber, wenn die Patientin andere Menschen – insbesondere beim Essen von Speiseeis – beobachtet, hat sie das Gefühl, in diesen das Kind, das sie mal waren, zu sehen, das sterben muss. Im Zuge der Therapie stellte Frau K. jedoch fest, dass sie sich selbst in anderen Personen als Kind sieht, das sterben muss, nur dieses Gefühl für sich nicht zulassen kann, weil sie schlecht und dreckig ist. Am schmutzigsten fühlt sie sich während der Menstruation. Bei Berührungen durch ihre Eltern fühlt sie sich von denen beschmutzt bzw. lösen Berührungen von ihnen Taubheits- und Lähmungsgefühle in den Gliedmaßen aus, die sie zugleich als brennend schmerzhaft empfindet. Die Patientin erscheint besonders depressiv, wenn sie sich nach einer seelischen oder körperlichen Überforderung nahezu kaum bewegen kann und sich wie gelähmt – auch nicht zum Sitzen fähig – auf ihr Sofa legen muss. Die Patientin stürzt nicht selten, ohne den Sturz kontrolliert abfangen zu können, und verletzt sich dabei mitunter schwer. Manchmal hat sie dann den Wunsch, sich so schwer zu verletzen, dass sie nie mehr aufstehen kann, um endlich sterben zu können. In den Tagen der Bewegungsunfähigkeit denkt sie ständig über Suizid nach, hat aber entweder Angst davor, dies ihrem Lebensgefährten anzutun, oder Angst davor, einen Zugführer damit zu belasten, wenn sie sich auf die Gleise legt. Über Medikamente für einen Suizid verfügt Frau K. nicht; zu Anfang der Therapie hatte sie SSRI genommen, die sie jedoch nach drei Monaten absetzte und daraufhin auch nicht wieder eingeschlichen hat, weil sie „sich spüren wollte und will“.

Jeden Sonnenuntergang, den Frau K. erlebt, empfindet sie derart, dass sie rundherum alles sterben sieht – Tiere wie Menschen, unter anderem auch die Tiere in ihrem Garten und ihre Hauskatzen. Den Sonnenaufgang empfindet sie in kurzen Momenten so, dass „nun alles vorbei ist“, dann aber in weiterer Folge so, dass sie funktionieren muss und nicht richtig leben kann, um Freude zu empfinden, weil ja auch der Tag wieder mit einem Sonnenuntergang enden wird. An bewölkten Tagen fühlt sich die Patientin hingegen erheblich besser. Die Sonne empfindet sie als „Verräter“, weil sie bei Sonnenuntergang ins elterliche Haus zurückmusste, um schlafen zu gehen, wo unter ihrem Kinderbett Monster lauerten. Das Mondlicht durch das Fenster zu betrachten vermittelt der Patientin den Eindruck, im Haus eingesperrt zu sein; wenn sie jedoch den Mond im Freien betrachtet, empfindet sie das Mondlicht als angenehm und beruhigend: Schieben sich hingegen Wolken vor den Mond, entsteht in ihr eine unerträgliche Wut, weil alles im Schwarz der Nacht versinkt, das sie an die innere totale Leere des Seelentodes mahnt. Der sichere Ort ihrer Kindheit war ein kleiner Hügel, auf dem ein paar Bäume standen, wo sie als Kind häufig hinlief, um dem Haus ihrer Eltern zu entfliehen. Dieser Ort ist heute jedoch bebaut und umzäunt, außerdem vermutet die Patientin, dass sie ihn wegen ihrer MS ohnedies nicht erreichen könnte. Es gelang jedoch während der Therapie in einigen trancehaften Sitzungen, sich diesen Ort bildhaft wieder vorzustellen, um ihn zeitweise als sicheren Ort vor sich sehen zu können. Trotzdem bleibt ein Gefühl der Wehmut bei dem Gedanken an diesen Ort zurück, da sie damals in ihrer Bewegungsfähigkeit nicht beeinträchtigt war, als sie als Kind dorthin lief. Das Hinauflaufen auf diesen Hügel empfand sie damals als befreiend, jedoch als sie sich bergab wieder auf den Heimweg machte, fühlte sie sich, als ob sie sich nicht mehr bewegen könne. Der Ort, an dem sie sich bisher am häufigsten sicher fühlte, seien eben die Therapiesitzungen, auch wenn sie sich ohne Einrede des Täterintrojekts in fast jeder zweiten Sitzung darüber beklagt, dass sie zu feige ist, um Selbstmord zu begehen, wo ihr doch das Leben auch durch die

schwankende MS-Symptomatik zunehmend unerträglich erscheint. Der therapeutischen Hilfe steht sie ambivalent gegenüber, weil sie ja keine Hoffnung für sich sieht, auf der anderen Seite sich aber schuldig fühlt, die Therapie für sich in Anspruch zu nehmen. Trotz eines Wechsels von einem Bezirkskrankenhaus an eine Universitätsklinik zur Behandlung ihrer MS-Symptomatik, wo sie sich besser verstanden und aufgehoben fühlt, weil sie dort einen verständigen Chefarzt hat, der auch ihre dissoziative Problematik würdigt, ändert sich nichts an ihrer Lebenseinstellung.

### Rumpelstilzchen – schwarzer Schatten – kleine Ramona – Solveig

Nach den ersten Therapiesitzungen erzählte Frau K. zuerst von einer „Stimme“, bei der sie sich nicht sicher war, ob dies nun ein Selbstgespräch oder eine Selbstbeschimpfung sei, wenn sie diese hörte. Diese „Stimme“ sei schon seit längerer Zeit in ihr vorhanden (ungefähr seit dem 23. Lebensjahr), sie meinte aber, dass sie selbst dazu neige, sich für bestimmte Tätigkeiten im Alltag, die ihr misslingen, nicht nur bestrafen zu müssen (also selbst zu verletzen), sondern sich auch beschimpfen müsse. In ihren Tagebüchern war nachvollziehbar, dass sie diese „Stimme“ im Text am Computer fett hervorhob bzw. später aus dem Fließtext herausnahm und absetzte, bis sie sie schließlich rechtsbündig fett und kursiv markierte. Damit wollte sie mehr und mehr betonen, dass diese „Stimme“ ein Eigenleben angenommen hatte bzw. eine andere Identität widerspiegelt, die sie als „fremd und bedrohlich“ erlebt. Diese „Stimme“ wurde schließlich als „mein Rumpelstilzchen“ bezeichnet, das folgende Charaktereigenschaften hat: Es beschimpft die Patientin ständig als „Schlampe“, „Drecksau“, „faul“ und „unfähig“, wirft ihr vor, zu dick zu sein, dass sie abmagern müsse, fordert sie zur Selbstverletzung auf, weil sie sich nicht um ihre Mutter und ihren Vater kümmern würde. Es hat aber manchmal auch positive Eigenschaften, indem es sie motiviert, laufen zu gehen bzw. indem es aus ihrem Bauch, wo es wohnt, eine Leiter hochklettert und ganz laut schreit, wenn sich jemand ihr anzüglich nähert – es sei also ein „Wechselbalg“. Als die Patientin ein Video im Internet vom Exorzismus der Anneliese Michel gesehen hat, war sie erschrocken darüber, wie ähnlich deren veränderte Stimme der Stimmqualität ihres Rumpelstilzchens war. Während des Sexualaktes mit ihrem Lebensgefährten kreischt Rumpelstilzchen und wird zu ihrem Vergewaltiger, so dass sie sich nach dem Sexualakt wie ein „toter, verwesender Leichnam“ fühlt, der im Bett zurückbleibt, während sie selbst ins Bad geht, um sich zu waschen. Das Rumpelstilzchen ist sehr mächtig, aber es gibt jemand, der noch mächtiger, und das ist ein „schwarzer Schatten“, der die vollkommene innere Leere und den Seelentod symbolisiert. Dieser schwarze Schatten ist „irgendwie mit dem Rumpelstilzchen“ verbunden und tritt besonders während der Masturbation derart in Erscheinung, dass sie denkt, jemand beuge sich mit einer schwarzen Latexmaske und funkelnden Augen über sie und spreche dabei leise und flehentlich mit der Stimme eines 30- bis 40-jährigen Mannes: „Das ist doch schön, das willst du doch, zieh’ doch dein Höschen aus!“

Seltener sieht sie die „kleine Ramona“, die älter als das Rumpelstilzchen und der schwarze Schatten ist und die „immer schon da war“. Die kleine Ramona ist ein Kind, das ungefähr 10 Jahre alt ist und in einem zerrissenen, schmutzigen, halb vermoderten Kleid mit einem leichenbleichen Gesicht häufig in einer Kellerecke hockt. Ihre Augen sind schwarz und nach innen gerichtet, manchmal auch geschlossen. Der Mund der kleinen Ramona war



ursprünglich zugenäht; später war sie zwar weiterhin fast sprachlos, aber die Fäden aus ihrem Mund waren weg. Ganz selten sagt die kleine Ramona nach der Masturbation zu Frau K: „Ich will das nicht! Lass’ mich doch bitte!“ Frau K. würde gerne mit der kleinen Ramona sprechen, doch das Rumpelstilzchen sagt, dass dafür die Zeit noch nicht reif sei. Andererseits ist das Rumpelstilzchen das „Schoßhündchen“ der kleinen Ramona, und wenn sie sprechen würde, müsste das Rumpelstilzchen als „Übersetzer“ fungieren – wobei für Frau K. außer Zweifel steht, dass die kleine Ramona vom Rumpelstilzchen richtig übersetzt werden würde, weil sie mächtiger ist als es. Der Rumpelstilzchen ahnt, was mit der kleinen Ramona passiert ist, aber wissen tut es nur die Kleine selbst.

Auffällig ist, dass das Rumpelstilzchen häufig auch Vorwürfe erhebt, die Frau K. ihren beiden Eltern zuschreibt. Im Falle ihres Vaters sind es zusätzlich noch Selbstvorwürfe, die dieser sich manchmal machte und die nun Vorwürfe des Rumpelstilzchen sind, die es Frau K. an den Kopf wirft.

Solveig ist die „Vernunft-Stimme“. Solveig ist ungefähr 50 Jahre alt, sieht aus wie ein Hippie mit längerem grauen Haar und läuft barfuß durch den Wald, wo sich auch Frau K. immer freier gefühlt hat als an allen anderen Orten, wie z.B. in ihrem Haus. Sie ist ein freies Wesen, deshalb nur selten da, und im Gegensatz zu Frau K. ist Solveig sehr unpünktlich. Manchmal, wenn Solveig da ist, ist sie „links“ und redet der Patientin gut zu, während im Kopf zur gleichen Zeit das Rumpelstilzchen „rechts“ da ist und Frau K. – die sich in der Mitte zwischen beiden wähnt – mit seinen negativen Aussagen beeinflussen will, was für sie sehr anstrengend ist. Solveig verkörpert einen positiven Selbstanteil, da sie Frau K. (wenn sie alleine mit ihr spricht) Mut zuspricht, sie darin bestärkt, ihre rehabilitativen Übungen für die MS fortzusetzen, und Frau K. zu überzeugen versucht, dass sie ein guter, freundlicher und netter Mensch ist. Frau K. meint, sie müsste öfter auf Solveig hören, aber dies gelinge ihr nicht, weil die meiste Zeit „ihr“ Rumpelstilzchen da sei und sie beschimpfe.

Das Rumpelstilzchen ist meist auch während der Therapiesitzungen anwesend und kommentiert die Therapie. Mit Solveig kann ein Außenstehender nicht sprechen, auch nicht mit der kleinen Ramona oder dem schwarzen Schatten. Das Rumpelstilzchen ist von seinem Wesen her eher als narzisstisch anzusehen – es mag es auch, wenn man ihm seine ganze Aufmerksamkeit schenkt. Sollte in der Therapie etwas besprochen werden, was an ein sexuelles Missbrauchsgeschehen rührt, schreit das Rumpelstilzchen und beschimpft die TherapeutIn mit: „Halt’s Maul! Fick dich!“ Andererseits zeigt es sich sehr interessiert am therapeutischen Fortgang, hat aber Angst, dass es verschwinden muss, wenn die Therapie erfolgreich ist. Es bezeichnet die Therapie als eine „hochsensible Angelegenheit, bei der man sehr vorsichtig sein muss“.

Ruth A. Blizard (1997) beschreibt in ihrer Arbeit das therapeutische Bündnis mit den Täterintrojekten derart, dass es möglich ist, mit ihnen Kontakt aufzunehmen, es jedoch sehr wichtig sei, deren Macht anzuerkennen, die Bindungen zwischen der Gastgeber-Persönlichkeit und den Täterintrojekten zu verstehen bzw. eine Art „Bewusstseinswandel“ in den Täterintrojekten zu bewirken, so dass deren negativer Einfluss auf die Gastgeber-Persönlichkeit weniger bedrohlich wird. Ich möchte dem anfügen, dass es, auch wenn



Abbildung 2



traumatisches Material fragmentarisch erinnert wird, sehr wichtig ist, die bedrohlichen Selbstanteile einzubinden, um ihnen das Gefühl zu geben, dass sie nicht überflüssig werden müssen, wenn sich die Patientin an die traumatischen Ereignisse erinnert, da sie ja immer noch die Möglichkeit haben, in positiver Weise der Patientin beizustehen und später ihr als „Wächter“ helfen können, indem sie sie vor Retraumatisierungen schützen. Blizards Auffassung, dass die Täterintjekte während des Missbrauchs entstehen, um dem Kind zu überleben helfen, vertritt ich nicht, da diese sich erst später entwickeln und von ihrer Funktion her primär darauf ausgelegt sind, die erwachsene Patientin davon abzuhalten, sich an die traumatischen Kindheitsereignisse zu erinnern, um „funktionieren“ zu können. Es sei hier auf Abbildung 2 verwiesen, in der die Geschichte des Rumpelstilzchens von Frau K. gezeichnet wurde. Als „Vorstufen“ zur Entstehung des Rumpelstilzchens beschreibt die Patientin zudem noch eine fortschreitende Amnesie, die ihre Alltagskonzentration beeinträchtigte, Depressionen und Selbstmordgedanken, die einen Rückzug in sie selbst bewirkten. Auch die Anorexie, die Bulimie und das selbstverletzende Verhalten entstanden schon, bevor das Rumpelstilzchen das erste Mal vollständig in Erscheinung trat. Von sehr jungen Patient(inn)en, die ich zur Behandlung von Anorexie bzw. Bulimie hatte, wurde ebenfalls schon von einer Kindheitsamnesie und Konzentrationschwierigkeiten berichtet. Häufig, sofern ich Kontakt mit den Patient(inn)en halten konnte, erfuhr ich von ihnen, dass später Derealisations- wie Depersonalisationserleben bzw. Trancezustände zunahmen, bis auch sie schließlich Stimmen hörten und andere Introjekte Gestalt annahmen. Es ist mir kein Fall bekannt, in dem vor dem 20. Lebensjahr ein vollständiges Täterintjekt ausgeprägt vorhanden war – jedoch deuteten bei jungen Patient(inn)en die o. g. Symptome häufig darauf hin, dass sie später eine DID

ausprägen würden, was dann meistens auch zutraf. Es ist mir nicht gelungen – auch wenn die jungen Patient(inn)en ihre Symptome in der Therapie überwinden konnten –, eine spätere DID zu verhindern, was auch dadurch begünstigt wurde, dass sie später retraumatisiert wurden. Der Bezug zwischen Täterintrojekten und Täter(inne)n zeichnet sich m.E. dadurch aus, dass sich Täterintrojekte vermehrt der Vorwürfe und Beschimpfungen, aber auch der eindringlichen Warnungen und Verbote ehemaliger Täter(innen) und Mittäter(innen) bedienen, was von den Patient(inn)en so auch bestätigt wird. Dennoch widerstrebt es mir, von einer „zweiten“ oder „mehreren Persönlichkeiten“ zu sprechen, da die Gastgeber-Persönlichkeit die Grundpersönlichkeit ist und später weitere Identitäten erst dazukommen, die, wie von Huntjens et al. (2012) erforscht, wesentliche biographische Daten in Bezug auf die Gastgeber-Persönlichkeit als die ihren ansehen – auch wenn sie später entstanden sind. Ich denke, es ist daher besser, von unterschiedlichen „States“ oder „Identitäten“ zu sprechen, weil es in erster Linie auch in der Therapie darum geht, bevor diese integriert werden können, sie ihrer Funktion nach zu beurteilen bzw. das Augenmerk der Patientin darauf zu richten. Frau K. meinte in diesem Zusammenhang, dass es für sie besser wäre, wenn sie mehr auf Solveig hören würde, um dadurch mehr Selbstvertrauen und Selbststärke aufzubauen.

## Äußere Ordnung – innere Sicherheit

Sämann, Höhn, SpoorMaker und Czisch (2010) beschreiben in ihren Überlegungen aus den bildgebenden Verfahren bei der Posttraumatischen Belastungsstörung anhand eines Kontextualisierungsmodells, dass Patient(inn)en mit komplexen traumatischen Störungen Kontextinformationen unzureichend verarbeiten können. Dies betrifft sowohl äußere Stimuli der Umwelt als auch mit dem Trauma assoziierte Stimuli. Diese Patient(inn)en neigen zudem vermehrt zu Angst, einem Fluchtverhalten oder spontaner und übertriebener Wut und Aggression, einhergehend mit Depression, Schuldgefühlen, selbstschädigendem und selbstverletzendem Verhalten bis hin zu einer mehr oder minder ausgeprägten Körperfeindlichkeit. Umso wichtiger erscheint es mir im Sinne der o. g. drei Faktoren (Resilienz, Vulnerabilität, Vigilanz), ein System der äußeren Ordnung und inneren Sicherheit für die Patientin zu etablieren.

Richard Kluft (1997) erwähnt hierbei in Bezug auf die traumatischen Erinnerungen, dass es für die Patientin bedeutsam ist, ein Meister darin zu werden zu verstehen, was ihr widerfahren ist. Er wendet ein System der fraktionierten oder partiellen Auseinandersetzung mit dem traumatischen Material an, das die Patientin zur Zusammenarbeit einlädt, indem sie selbst bestimmt, wann und unter welchen Umständen in welchen Schritten traumatische Ereignisse besprochen und bearbeitet werden können. Es ist dabei besonders wichtig, auch aktuelle Lebensereignisse, die retraumatisierenden Charakter haben können, mit in die Therapie einzubeziehen bzw. Belastungssituationen zu erkennen, die die Unterbrechung der Traumaarbeit erfordern. Dabei ist auf einen stabilen Rahmen zu achten, der sich an den Ressourcen der Patientin orientiert und ihre Fähigkeit zur Alltagsbewältigung garantiert. Im Zweifelsfall, wenn die Patientin durch aktuelle Lebenskrisen absorbiert ist, kann auch eine Therapiepause notwendig sein, um die Patientin in ihrer Stabilität durch die Traumaarbeit nicht zu überlasten.

Dem füge ich hinzu, dass es von Bedeutung ist, ein System der inneren Sicherheit zu etablieren, so dass die Patientin merkt, welche Lebenssituationen, Beziehungskrisen und Alltagsgeschehnisse sie belasten und wie sie adäquat darauf reagieren kann. Vielen Patient(inn)en hilft, sich eine kurze Pause im Alltag zu nehmen, um sich wieder „zusammenzusetzen“. Manche bevorzugen die Vorstellung eines „inneren sicheren Ortes“, an den sie denken, um zu ihrer inneren Ruhe zu finden. Im Falle von Frau K. war es eine „Vertrauensperson“, der sie sich rückhaltlos und immer mitteilen konnte, und die sich auch bemüht hat, sie zu verstehen, weil sie ihr freundschaftlich verbunden war und ist. Dieser teilte sie alle Therapieerkenntnisse mit, was für die Vertrauensperson zwar sehr belastend war, aber der Patientin selbst half, sich mit den Augen ihrer Vertrauensperson zu sehen. Die innere Sicherheit bei Frau K. besteht auch darin, zeitweilig das Täterintroyekt ignorieren zu können bzw. einen stärkeren Bezug zu ihrem Körper aufzubauen und diesen nicht nur als „Schlachtfeld“ zu betrachten. Nach 12 Jahren beschloss sie daher erstmals, in eine Rehabilitationsklinik für MS-Kranke zu gehen, um sich dort weiterbehandeln zu lassen. Zwar überlastete sie sich dort körperlich, so dass ihre MS-Symptomatik dazu führte, dass sie sich kaum mehr bewegen konnte, aber nach einer kurzen Phase war ihr bewusst, dass sie trotz alledem weiter an ihrem körperlichen Zustand arbeiten müsse bzw. erneut in eine Reha gehen solle, weil ihr Körper sie braucht und sie das Verhältnis zu ihrem Körper ändern muss, um die Traumaarbeit fortsetzen zu können.

Hinsichtlich der äußeren Ordnung war es notwendig, eine Kontaktsperre zu ihren Eltern, die auch die Patientin früher oder später als mögliche Täter vermutete, einzurichten. Dies widerstrebte ihr anfangs, weil sie sich dadurch wieder schuldig fühlte; später übernahm sie mehr und mehr aber auch die Verantwortung für ihre finanzielle Situation, so dass sie sich auch diesbezüglich weitgehend von ihren Eltern lösen konnte. In ihrer Partnerbeziehung war ihr sehr wichtig, auch mit ihrem Lebensgefährten genaue Grenzen in Bezug auf die Sexualität und hinsichtlich einzelner Plätze im Haus zu vereinbaren, um sich nicht benutzt und ausgebeutet zu fühlen. Da Frau K. in absehbarer Zeit Cannabinoide erhalten soll, um ihre Bewegungsfähigkeit hinsichtlich der MS zu verbessern, muss sie auch ihren Speiseplan komplett umstellen, da ein Nebeneffekt der Cannabinoide darin besteht, dass sie sehr appetitanregend wirken. Ihr ist klar, dass dies eine Bedrohung ist, weil dies zu einer erneuten bulimischen Reaktion führen kann, die sie in jedem Fall vermeiden will, ebenso wie sie Abstand zu ihrem selbstverletzenden Verhalten dadurch gewinnt, dass sie sich in Entspannungstechniken einübt. Frau K. bemüht sich auch um eine Behindertenassistenz, um sich im Alltag nicht mehr so sehr zu überlasten, und auch, um jemanden zu haben, mit dem sie gemeinsam ihre Reha-Übungen zu Hause umsetzen kann. An der Fortsetzung ihrer Therapie ist ihr deshalb gelegen, weil sie verstehen will, was möglicherweise zu ihrer MS geführt hat, und um alles aufzuarbeiten.

Ramona K. setzt ihre Therapie fort, auch wenn diese häufig wegen Krankenhausaufenthalten unterbrochen werden muss, die sie jedoch nicht mehr entmutigen.

## Nachwort und Ausblick

Die Multiple Persönlichkeitsstörung (DID) und ihre Behandlung ist, wie die neuesten Forschungsergebnisse zeigen, bzw. wie auch die vielfältigen Ansätze in der Behandlung repräsentieren, auch weiterhin ein wichtiges und breit angelegtes interdisziplinäres Projekt verschiedenster Forschungsdisziplinen, das in den nächsten Jahren Hunderte, wenn nicht Tausende von Forschenden begeistern, interessieren und auf unterschiedlichste Weise zusammenarbeiten lassen wird. Wir sollten dabei nicht vergessen, dass im Mittelpunkt der umfangreichen Debatten unsere Patient(inn)en stehen, denen wir dahingehend verpflichtet sind, sie auf dem bestmöglichen Weg zu ihrer Genesung zu begleiten.

## Literaturverzeichnis

- Anderson, M.C. (2006). *Repression: A Cognitive Neuroscience Approach*. In M. Mancina (Ed.), *Psychoanalysis and Neuroscience*. Milan, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- APA, American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR (4th ed.; Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-V (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Becker, M. & Schulz, A. (2013). *Kindesmisshandlung*. In C. Spitzer & H.J. Grabe (Hrsg.), *Kindesmisshandlung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Blizard, R.A. (1997). Therapeutic alliance with abuser alters in DID: the paradox of attachment to the abuser. *Dissociation*, X(4), 246-254.
- Braun, K. & Bock, J. (2013). Tierexperimentelle Befunde zum Einfluss von biographisch frühem Stress. In C. Spitzer & H.J. Grabe (Hrsg.), *Kindesmisshandlung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Brunner, R.M., Resch, F., Parzer, P. & Koch, E. (1999). *Heidelberger Dissoziationsinventar (HDI)*. Frankfurt a.M.: Swets Tests Services.
- Bühler, C. (1925). *Das Seelenleben des Jugendlichen*. Jena: Gustav Fischer.
- Button, K.S., Ioannidis, J.P.A., Mokrysz, C., Nosek, B.A., Flint, J., Robinson, E.S.J. & Munafò, M.R. (2013). Power-failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 365-376.
- Clausen, K. & Weiller, C. (2004). Wie Denken aussieht. Zu den bildgebenden Verfahren der Hirnforschung. In C. Geyer (Hrsg.), *Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Dell, P.F. (2006). A New Model of Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1-26.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg.). (1999/2001). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen (2. korr. und erg. Aufl.; Hrsg. für die deutsche Version der WHO-ICD)*. Bern: Hans Huber.
- Eckhardt-Henn, A. (2007). Pharmakotherapie bei traumainduzierten Störungsbildern. Eine aktuelle Übersicht. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie (S. 71-84)?* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Farrell, H.M. (2011). Dissociative Identity Disorder: Medicolegal Challenges. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, 102-6.

- Ferenczi, S. (1932). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft). In V. Kovács (Hrsg.), *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd. III. Bern und Stuttgart: Hans Huber.
- Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stieglitz, R.D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1998). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experiences Scale (DES). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 223-229.
- Gast, U., Oswald, T. & Zündorf, F. (1999). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-4 – Dissoziative Störungen (SKID-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Gülsün, M., Doruk, A., Evrensel, A. & Baykiz, A.F. (2006). Erişkin Bireylerde Çocukluk Ça ğı Enürezis Noktürna Öyküsü ve Dissosiyasyon Düzeylerinin Ara ştırılması. (Evaluation of Enuresis Nocturna History of Childhood in Adults and Their Dissociation Levels.) *Düşünen Adam*, 19(3), 131-136.
- Hirsch, M. (1999). *Realer Inzest*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Huntjens, R.J.C., Verschuere, B. & McNally, R.J. (2012). Interidentity autobiographical amnesia in patients with Dissociative Identity Disorder. *PLoS ONE* 7, no.7:e40580.  
Citable link <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:10459025> (zuletzt abgerufen 21.07.2013).
- Janet, P. (1919). *Les Névroses*. In E. Flammarion (Ed.), *Collection: Bibliothèque de Philosophie scientifique* (pp. 397 ff.). Paris: Flammarion. (Original veröffentlicht 1909).
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kernberg, O.F. (2006). *Narzissmus, Aggression und Selbsterstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., Caligor, E. & Stern, B. (2004). *Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO-D)*. New York: Weill Medical College of Cornell University.
- Kluft, R. (1997). On the treatment of traumatic memories of DID patients: always? never? sometimes? now? later? *Dissociation*, X(2), 80-90.
- Kunzke, D. (2008). *Sucht und Trauma*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mansell, P. & Read, J. (2009). Posttraumatic Stress Disorder, Drug Companies, and the Internet. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 9-23.
- Mayer, R.S. (1991). *Satan's Children: Case Studies in Multiple Personality*. New York, G.P: Putnam's Sons.
- Neumann, A. (1997). *Verträge und Pakte mit dem Teufel*. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag.
- Overbeck, G. & Niemann, U. (2012). *Stigmata*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Perroud, N., Paoloni-Giacobino, A., Prada, P., Olie, E., Salzman, A., Nicastro, R., Guillaume, S., Mouthon, D., Stouder, C., Dieben, K., Huguelet, P., Courtet, P. & Malafosse, A. (2011). Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Translational Psychiatry* (2011) 1, e59, doi: 10.1038/tp.2011.60, Macmillan Publishers Limited. [www.nature.com/tp](http://www.nature.com/tp)
- Pearson, M.L. (1997). Childhood trauma, adult trauma, and dissociation. *Dissociation*, X(1), 58-62.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung*. Paderborn: Junfermann. (dt. Erstausgabe 2003).
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen)*. Bern, E. Bircher.
- Ross, C.A. (2000). *The Osiris Complex: Case-Studies in Multiple Personality Disorder*. Toronto: University of Toronto Press.
- Sämman, P.G., Höhn, D., Spormaker, V.I. & Czisch, M. (2010). Bildgebende Verfahren bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). *Psychotherapie*, 15. Jg., Bd. 15, Heft 2, 232-248.
- Schomerus, G. (2013): Stigmatisierung der Opfer von Kindesmisshandlung. In C. Spitzer & H.J. Grabe (Hrsg.), *Kindesmisshandlung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.



- Spitzer, C. & Heesen, C. (2013): Autoimmunkrankheiten. In C. Spitzer & H.J. Grabe (Hrsg.), Kindesmisshandlung. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Streeck-Fischer A (2013): Kindesmisshandlung aus kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive. In C. Spitzer & H.J. Grabe (Hrsg.), Kindesmisshandlung. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Van Derbur M (2011): Tagkind – Nachtkind. Das Trauma sexueller Gewalt. Kröning: Asanger.
- Van der Hart, O. & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: two dutch case examples. *Dissociation*, X(3), 157-165.
- Van der Kolk, B., Burbridge, J.A. & Suzuki, J. (1998). Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), Adoleszenz und Trauma (S. 57-79). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wingenfeld, K. & Heim, C. (2013). Psychobiologische Aspekte bei früher Traumatisierung. In C. Spitzer & H.J. Grabe (Hrsg.), Kindesmisshandlung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Zaudig, M. (2000). DSM-4 und ICD-10-Fallbuch: Fallübungen zur Differentialdiagnose nach DSM-4 und ICD-10. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

### **Bildnachweise**

Copyright der Abbildungen bei Frau Ramona K. (Name der Autorin bekannt)

### Korrespondenzadresse

Mag. Doris Fischer  
Diplom-Psychologin  
Brigittenauer Lände 36/15 | 1200 Wien, Österreich  
Tel.: 0043/1/968 11 25 | Mobil: 0043/699/102 43 564  
dorisevafischer@gmail.com