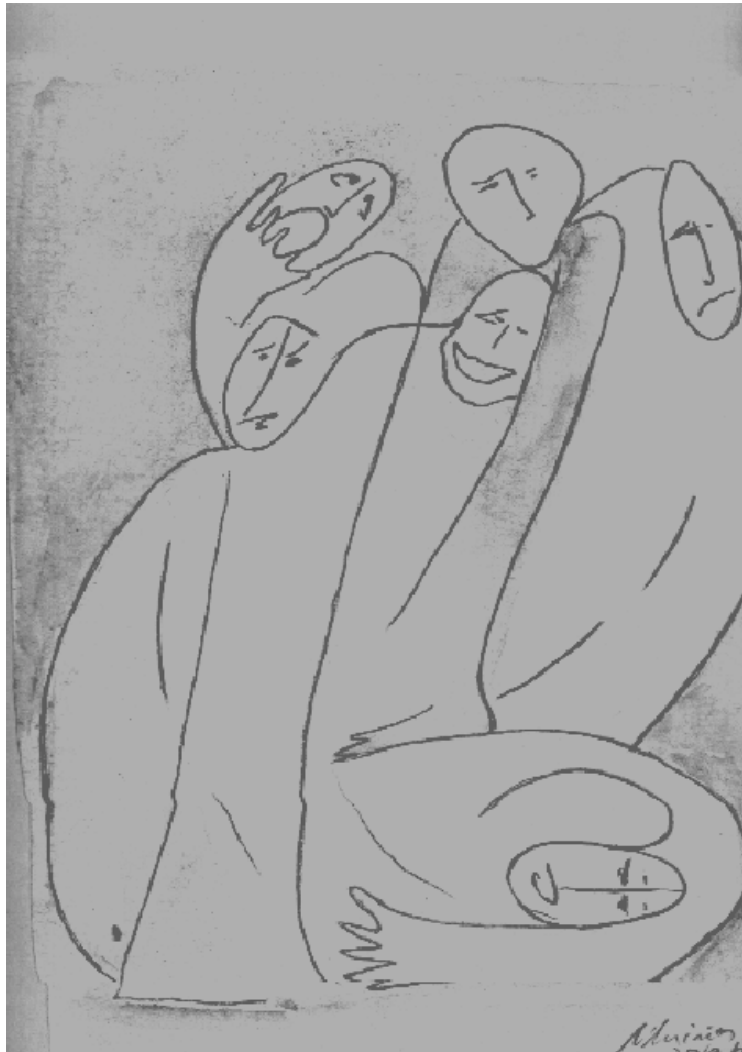


Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Svetlana Zunder
Anna Madeiski

Multiple Persönlichkeitsstörung



Einführung in die Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
nach Prof. Dr. Georg Schürgers

*Ich bin nicht Ich.
Ich bin jener, der an meiner Seite geht, ohne dass ich ihn erblicke.
Und den ich oft besuche. Und den ich oft vergesse.
Jener, der ruhig schweigt, wenn ich spreche,
der sanftmütig verzeiht, wenn ich hasse,
der umherschweift, wo ich nicht bin,
der aufrecht bleiben wird, wenn ich sterbe.*

JUAN RAMON JIMENEZ

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Die Geschichte der Multiplen Persönlichkeitsstörung	4
3. Definitionen	6
3.1 Dissoziation	6
3.2 Multiple Persönlichkeitsstörung nach dem Klassifikationsschema ICD-10	7
3.3 Multiple Persönlichkeitsstörung nach dem Klassifikationsschema DSM-IV	8
4. Symptomatologie	9
4.1 Psychiatrische Symptome	9
4.2 Neurologische Symptome	12
5. Ätiologie	13
6. Täter und Täterkreisen	14
6.1 Täter	14
6.2 Die Vorgehensweise der Täter	16
6.3 Täterkreise	17
7. Das Multiple System	20
7.1 Person und Persönlichkeit	20
7.2 Persönlichkeitstypen	21
7.3 Kenntnis der Persönlichkeiten untereinander	24
7.4 Umschalten (Switchen)	24
7.5 Struktur der Persönlichkeitssysteme	25
8. Diagnostik	25
8.1. Diagnose	25
8.2 Diagnosekriterien	27
8.3 Differentialdiagnose	27
9. Therapie	29
9.1 Therapieschritte	30
9.2 Therapieziel	33
9.3 Heilungschancen	33
10. Leben als Multiple Persönlichkeit	34
11. Fazit	38
12. Literaturverzeichnis	40
Internetadressen zum Thema MPS/DIS	41
Anhang I	42
Anhang II:	48

1. Einleitung

Die Dissoziative Identitätsstörung - besser bekannt als Multiple Persönlichkeitsstörung - ist bis heute eine der umstrittensten psychiatrischen Diagnosen. Nachdem in den 70er Jahren einige Fälle dieser Erkrankung bekannt wurden und ausführlich in den Medien darüber berichtet wurde, kam es zunächst zu einem starken Anstieg dieser Diagnose. Damit verbunden wurde auch Kritik laut: Die Störung sei ein Produkt der Therapeuten, die Missbrauchserlebnisse und die multiplen Persönlichkeiten seien den Patientinnen eingeredet worden. Auch wurden in den USA einige Gerichtsverfahren bekannt, in denen die Angeklagten auf Unzurechnungsfähigkeit plädierten, da sie zur Tatzeit in einem anderen Persönlichkeitszustand gewesen seien - in vielen Fälle konnte den Angeklagten jedoch nachgewiesen werden, dass sie simuliert hatten, um eine Strafe zu umgehen. Obwohl die Dissoziative Identitätsstörung 1980 Einzug in das internationale Diagnosesystem für psychische Störungen gefunden hat, hält die Diskussion über die Existenz dieser Störung weiterhin an. Das in den letzten Jahren gestiegene Bewusstsein für die Häufigkeit sexuellen Missbrauchs und nicht zuletzt die Aufdeckung von "Kinderschänderbanden" hat aber zu einer größeren Akzeptanz dieser Diagnose geführt.

In der vorliegenden Hausarbeit wird versucht, einen Überblick über das Störungsbild der Dissoziativen Identitätsstörung bzw. der Multiplen Persönlichkeitsstörung, wie sie auch genannt wird, zu geben.

2. Die Geschichte der Multiplen Persönlichkeitsstörung

Schon aus früheren Jahrhunderten liegen Berichte vor über Menschen mit deutlich unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, die nichts voneinander zu wissen scheinen. Auch manche der kirchlichen Schilderungen von Besessenheitszuständen lassen sich aus heutiger Sicht so deuten. Wir können vermuten, dass viele Frauen, die im Mittelalter als „Hexen“ verbrannt wurden, weil sie „in fremden Zungen redeten“ oder vom Teufel besessen schienen, in Wirklichkeit multiple Persönlichkeiten waren.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts befassten sich Breuer, Freud und Pierre Janet parallel mit dem Phänomen der Multiplen Persönlichkeit. Während Freud¹ das Konzept der Verdrängung entwickelte, ging die Forschung Janets² in andere Richtung. Er vermutete, dass manche traumatischen Erlebnisse abgespalten, „dissoziiert“ werden und dadurch gar nicht ins Bewusstsein kommen. In seinem Buch "L'Automatisme psychologique" von 1889 erklärt Janet die Entstehung einer Dissoziation dadurch, dass verschiedene Faktoren - und zwar ganz besonders **real erlebtes Trauma** - die integrative Funktion des Bewusstseins blockieren und sich zu "idées fixes" weiterentwickeln können. Janets Modell der **Desintegration** und **Fragmentierung des Bewusstseins** ist in neuerer Zeit als maßgeblich für das Verständnis der Dissoziation wiederentdeckt worden.

Die erste Hochphase in der Beschäftigung mit der Multiplen Persönlichkeitsstörung endete etwa 1920, bevor dieses Phänomen von ungefähr 1980 an mit der Aufnahme des Begriffs der dissoziativen Störungen in das DSM-III wieder "entdeckt" wurde. S.O. Hoffmann³, der sich bereits seit Anfang der 90er Jahre mit dem Thema der dissoziativen Störungen beschäftigt,

¹ Freud 1885

² Janet 1889

³ Hoffmann 1994

erklärt einen Teil des "Vergessens" durch eine fachliche Konkurrenz zwischen Janet und Freud, bzw. dem von letzterem neu eingeführten Begriff der Verdrängung und dem Verständnis der Dissoziation als Abwehrmechanismus.

Ein weiterer Grund für den Niedergang in der Beschäftigung mit der Multiplen Persönlichkeitsstörung liegt im Aufkommen der Diagnose **Schizophrenie**, unter die immer mehr Fälle von Multipler Persönlichkeitsstörung subsumiert wurden.⁴

Einen dritten Erklärungsansatz für das Verschwinden dissoziativer Diagnosen zu Anfang des Jahrhunderts sehen Huber⁵ und Ross⁶ darin, dass bereits Janet - und auch Freud in seiner Verführungstheorie - Dissoziation in engen Zusammenhang mit dem Erleben realer Traumatisierungen vor allem in der Kindheit gestellt haben und dass es in der Gesellschaft damals wie heute ein "Trauma-Tabu" zu geben scheint, mit dem ein in dieser unerwarteten Größenordnung gefundenes Ausmaß an Gewalt gegen Frauen und Kinder verleugnet werden muss. Eine weit verbreitete, vor allem Frauen betreffende, durch Trauma verursachte Störung wie die DIS (Dissoziative Identitätsstörung) löst auch unter diesem Aspekt gesehen teilweise recht heftige emotionale (Gegen-)Reaktionen aus.

Als ein vierter bedeutender Faktor für die Vernachlässigung der Diagnose und Behandlung multipler Persönlichkeiten erwähnt Huber die Entwicklung von Psychopharmaka wie den Neuroleptika, die den Schwerpunkt von der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen und Erkrankungen auf die organisch-biologisch orientierte Psychiatrie verlegten.⁷

In den 70er Jahren beginnt die Re-Etablierung von Diagnostik und Behandlungskonzepten für Multiple Persönlichkeitsstörung. Höhepunkt dieser Entwicklung war 1980 die Aufnahme einer separaten diagnostischen Kategorie „Dissoziative Störungen“ in das internationale Diagnostik-Handbuch für psychische Störungen (DSM-III).

Nach zahlreichen Fallstudien in den 70er Jahren wurde in den 80er und 90er Jahren eine Reihe von standardisierten Testverfahren und Fragebogen (z.B. SCID-D, DES, DDIS) entwickelt, um dissoziative Störungen und MPS (Multiple Persönlichkeitsstörung) adäquat erfassen und von anderen Störungen abgrenzen zu können.

1984 wurde in den USA die **International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation (ISSMP & D)** gegründet. 1994 wurde die Gesellschaft in **International Society for the Study of Dissociation (ISSD)** umbenannt. Sie hat damit der Umbenennung des Terminus "Multiple Persönlichkeitsstörung" in "Dissoziative Identitätsstörung" im neuen internationalem Diagnostikhandbuch DSM-IV Rechnung getragen.

Seit der Aufnahme der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) in das DSM-III befassen sich vor allem amerikanische und holländische Forschungsgruppen nun schon seit über 15 Jahren mit der systematischen Erforschung des Bereiches posttraumatischer und dissoziativer Störungen. Sie sehen die DIS als eigenständiges Störungsbild und haben mittlerweile wirkungsvolle therapeutische Ansätze entwickelt. In Deutschland wird die DIS im klinischen Kontext bisher

⁴ Huber 1995

⁵ ebd.

⁶ Ross 1989

⁷ Huber 1995

noch eher selten diagnostiziert, erst seit 1992 wurden erste Fallbeispiele im deutschsprachigen Raum publiziert.⁸

3. Definitionen

Im Rahmen dieser Hausarbeit über Multiple Persönlichkeitsstörung ist es nötig, sich über diverse Begrifflichkeiten zu verständigen. So gibt es z. B. neben der Bezeichnung Multiple Persönlichkeitsstörung (ICD-10) noch die andere der Dissoziativen Identitätsstörung (DSM-IV). Diese beiden Bezeichnungen sind in der Fachliteratur, die sich mit diesem Phänomen befasst, gebräuchlich. Deswegen werden wir in unserer Arbeit die beiden Begriffe neben einander verwenden. Im Folgenden soll erläutert werden, was unter Dissoziation verstanden wird und wie das Phänomen der Multiplen Persönlichkeitsstörung nach den Klassifikationsschemata ICD-10 und DSM-IV definiert wird.

3.1 Dissoziation

Zu Beginn dieses Kapitels möchte ich den Begriff **Dissoziation** beleuchten. Allgemein erläutert ist Dissoziation die Fachbezeichnung für "Aufspalten". Im "Fachlexikon a,b,c, psychologie" wird Dissoziation definiert als: "pathopsychologisch: Zerfall eines integrierten Funktionsganzen in voneinander nicht mehr abhängige Einzelprozesse."⁹ Im dtv "Wörterbuch zur Psychologie" ist zu lesen: "Bezeichnung für einen Prozeß, in dessen Verlauf zusammengehörige Denk- und Handlungs- oder Verhaltensabläufe in Einzelheiten "zerfallen", wobei sich das Auftreten der Einzelheiten weitgehend der Kontrolle des Individuums entzieht (z.B. unkoordinierte Bewegungen, Gedächtnisstörungen; Wahrnehmungsstörungen.) D. ist zu unterscheiden von Schizophrenie."¹⁰

Die meisten Forscher gehen in ihren Vorstellungen von Dissoziation von einem Kontinuum aus, an dessen einem Ende alltägliche Formen, die ein normales, nicht pathologisches Phänomen beschreiben, stehen. Dazu gehören Erlebnisse, wie sie vermutlich jeder kennt: das Versinken in Büchern oder Filmen; das automatisierte Autofahren oder das "Abschalten" bei langweiligen Vorlesungen; Tagträumerei; der "Filmriss" nach übermäßigem Alkoholkonsum; Tränenausbrüche im Kino; "flippige" Situationen auf Feten oder im Urlaub, das Funktionieren bei schweren Autounfällen und anschließender Schockzustand. Insbesondere die vier zuletzt genannten Phänomene können als hysterische Reaktionen aufgefasst werden, da etwas zum Vorschein kommt und ausagiert wird, was in einem drinsteckt und das man aber nicht als zu sich zugehörig empfindet. Nach der Situation fragt man sich, ob man das nun wirklich selber war oder man kann sich sogar nicht mehr daran erinnern und ist erstaunt, wenn man die Begebenheit von anderen erzählt bekommt. Die Fähigkeit zu dissoziieren besitzt jeder Mensch und wird von jedem Menschen genutzt. Am anderen Ende des Kontinuums stehen pathologische Formen von Dissoziation. Den Abschluss des Kontinuums an diesem Ende bildet die dissoziative Identitätsstörung.¹¹

⁸ Modestin 1992, Pfeifer 1994

⁹ Clauß 1995

¹⁰ Fröhlich 1994

¹¹ Putnam 2003, Huber 1995

3.2 Multiple Persönlichkeitsstörung nach dem Klassifikationsschema ICD-10

Die ICD-10 ordnet die Multiple Persönlichkeitsstörung unter Nummer F44.81 bei den neurotischen Störungen den dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) zu. Die allgemeinen Kennzeichen dissoziativer Störungen sind¹²

- der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration des Bewusstseins,
- der sich auf Erinnerungen an die Vergangenheit, Identitätsbewusstsein und unmittelbare Empfindungen sowie die Kontrolle von Körperbewegungen bezieht,
- ohne dass dieses durch eine körperliche Erkrankung zu erklären wäre.

Die Hauptkriterien für eine Multiple Persönlichkeitsstörung (MPS) sind¹³

- A. Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt nur eine nachweisbar ist.
- B. Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen.
- C. Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.
- D. Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F0) oder durch psychotrope Substanzen (F1).

Die ICD-10 stellt, einer Reihe von Forschungsergebnissen folgend, einen engen Zusammenhang zu einem traumatischen Ereignis her, das als Auslöser für einen ersten Wechsel, bzw. das Entstehen der ersten anderen Persönlichkeit gilt.

Zur Kategorie Dissoziative Störungen gehören neben der multiplen Persönlichkeit

- die dissoziative Amnesie (F44.0)
- die dissoziative Fugue (F44.1)
- der dissoziative Stupor (F44.2)
- Trance- und Besessenheitszustände (F44.3)
- die dissoziativen Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung wie Bewegungsstörungen (F44.4)
- Krampfanfälle (F44.5)
- Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)
- andere dissoziative Störungen (F44.8)
- nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (F44.9).

Die ICD-10 betont die Seltenheit des DIS/MPS-Phänomens und eine mögliche iatrogene und kulturspezifische Verursachung. Alle drei Aussagen sind durch neuere Untersuchungen - auch in Europa - relativiert. Neben Multicenter-Untersuchungen aus den USA und Kanada zeigen Studien aus den Niederlanden, der Schweiz, Belgien, Frankreich, Schottland, der Türkei, Deutschland und Ungarn, dass es die Störung auch dort gibt und sie sich in einer ähnlichen Phänomenologie präsentiert wie in den USA.¹⁴

¹² Dilling et al. 2000

¹³ ebd.

¹⁴ Overkamp et al. 1998, unter: <http://www.dissoc.de/issd/issd37.htm>

In klinischen Populationen auf psychiatrischen Allgemeinstationen liegen die Prävalenzzahlen für die Dissoziative Identitätsstörung bei ca. 5 Prozent, beziehungsweise noch höher, wenn man spezifische klinische Populationen systematisch untersucht. Die Inzidenzrate der DIS-Fälle ist im Laufe der letzten 20 Jahre stark angestiegen. Offen ist dabei, ob sich wirklich die Häufigkeit der Dissoziativen Störungen erhöht hat, oder ob sich die Diagnostik und das klinische Verständnis (besonders für frühkindliche Traumatisierungen) verbessert haben.¹⁵

3.3 Multiple Persönlichkeitsstörung nach dem Klassifikationsschema DSM-IV

Das DSM-IV (1996) definiert das Phänomen der Multiplen Persönlichkeitsstörung unter der Nummer 300.14 auf der Achse I ebenfalls unter den Dissoziativen Störungen, neben der

- dissoziativen Amnesie (300.12),
- der dissoziativen Fugue (300.13),
- der Depersonalisationsstörung (300.8).

Die Entwicklung von der Revision der dritten Auflage des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-III-R) hin zum DSM-IV brachte gerade für dieses Störungsbild einige Neuheiten bezüglich seiner Umbenennung und der Erweiterung bzw. Modifizierung der diagnostischen Kriterien. Begründet wird die Umbenennung der Störung von Multiple Persönlichkeitsstörung im DSM-III-R hin zu Dissoziative Identitätsstörung im DSM-IV von Fiedler und Mundt¹⁶ durch die Tatsache, dass es sich bei den wechselnden Persönlichkeitszuständen der Betroffenen dennoch immer um ein und dieselbe Person handele, auch wenn die zeitweilig dissoziierten Eigenarten wie scheinbar voneinander unabhängige Persönlichkeiten wirken. An anderer Stelle begründet Fiedler¹⁷ diesen Namenswechsel damit, dass „mit der Entwicklung einer Dissoziativen Identitätsstörung nicht in jedem Fall zugleich die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung verbunden ist“ (Vgl. S. 218), somit also der Terminus Multiple Persönlichkeitsstörung unpassend erscheint.

Um die Dissoziative Identitätsstörung in einen allgemeineren Rahmen einordnen zu können, werden nun zunächst Merkmale von Dissoziativen Störungen allgemein erläutert, danach erst die der speziellen Klasse der Dissoziativen Identitätsstörung. „Das Hauptmerkmal der Dissoziativen Störungen ist eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt.“¹⁸ Speziell spiegelt die Dissoziative Identitätsstörung „die Unfähigkeit wider, verschiedene Aspekte der Identität, des Gedächtnisses und des Bewusstseins zu integrieren“,¹⁹ woraufhin verschiedene Persönlichkeitszustände voneinander dissoziiert werden und getrennte Einheiten darstellen mit unterschiedlichen persönlichen Geschichten, Altersstufen, Namen u. v. m..

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung nach dem DSM-IV aufgelistet:²⁰

- A. Existenz von zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszuständen innerhalb einer Person (jede mit einem eigenen, relativ

¹⁵ ebd.

¹⁶ Fiedler & Mundt 1997

¹⁷ Fiedler 1997

¹⁸ Saß et al. 1996, S. 543

¹⁹ Ebd. S. 551

²⁰ Ebd. S. 554-555

- überdauernden Muster, die Umgebung und sich selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich gedanklich mit ihnen auseinanderzusetzen).
- B. Mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten des Individuums.
 - C. Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu ausgeprägt ist, um mit gewöhnlicher Vergesslichkeit erklärt zu werden.
 - D. Die Störung wird nicht durch die direkten physiologischen Wirkungen einer Droge (Bsp. Alkoholblackout) oder durch eine medizinische Grunderkrankung (Bsp. Anfallsleiden) verursacht.

Modifizierungen gegenüber den diagnostischen Kriterien des DSM-III-R finden sich zum einen in Kriterium B. Hier wurde im DSM-III-R verlangt, dass eine „volle“ Kontrolle über das Verhalten des Individuums durch eine der Persönlichkeitszustände vorliegt, während diese Voraussetzung im DSM-IV gelockert wurde, um z.B. auch dem Phänomen akustischer Halluzinationen in der Form Rechnung zu tragen, dass Instruktionen oder Kommentare einer anderen, aktuell dissoziierten Persönlichkeit durchaus einen gewissen Einfluss auf den derzeitig dominierenden Persönlichkeitszustand ausüben. Eine weitere Änderung besteht in der Einführung der C- und D-Kriterien, also dem Einschluss einer Gedächtnisstörung und dem Ausschluss einer organischen Ursache.

4. Symptomatologie

4.1 Psychiatrische Symptome

a) Depressive Symptome

Depressionen gehören zu den häufigsten Symptom-Bildern der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS). Bei fast 90 Prozent der Betroffenen sind sie zu beobachten. Laut Putnam weisen 88 Prozent aller diagnostizierten Fälle depressive Symptome auf.²¹

Putnam beschreibt neben der depressiven Grundstimmung bei DIS-Patienten eine Vielzahl von Hinweisen, die auf eine affektive Störung hinweisen. Die Patienten selber berichten von Stimmungsschwankungen oder plötzlichen Wechseln der Emotionen. Des Öfteren haben sie einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich.

Die Persönlichkeit, die in der Therapie den Kontakt aufnimmt, hat typischerweise ein geringes Selbstwertgefühl, eine negative Einstellung zum Leben, hat Konzentrationsschwierigkeiten, leidet unter Erschöpfungszuständen, sexuellen Schwierigkeiten oder Weinkrämpfen. Oft wird von Schlafstörungen berichtet. DIS-Patienten geben darüber selten von sich aus Auskunft, aber durch Nachfragen können sie von denjenigen, die für Depressionen typisch sind unterschieden werden. Sie gleichen eher denen, die beim posttraumatischen Stress-Syndrom auftreten.

Für Putnam weisen diese Symptome äußerlich alle auf eine affektive Störung hin. Jedoch ist bei Multiplen eine zugrundeliegende dissoziative Dynamik zu erkennen. Die depressiven Zeiten dauern selten länger an und sind mit Zeiten bester Laune oder sogar Glücklichkeit

²¹ Putnam 2003

durchwoben. Die Stimmungsschwankungen treten schnell wechselnd auf, so dass sie auf "eine überaus schnell wechselnde bipolare Störung zurückzuführen sein könnte."²²

b) Dissoziative Symptome

DIS-Betroffene weisen eine Vielzahl an dissoziativen Symptomen auf, mit denen sie jedoch nicht vorrangig in die Behandlung kommen. Es dauert oft Monate bis sie mit ihren Therapeuten darüber reden. Häufig kommen Amnesien bzw. "verlorene Zeit" bei den Patienten vor. Putnam nennt die Symptome, die von den Patienten angegeben werden und ihre Häufigkeit: Amnesien kommen zu 98 Prozent vor, Fuguen zu 55 Prozent, Gefühle von Depersonalisation zu 53 Prozent, Schlafwandeln zu 20 Prozent.²³ Es gibt zahlreiche Gründe warum Patienten ihre dissoziative Störung kaum äußern. Die Dissoziation selbst bewirkt eine Störung der Erinnerung, so dass die Betroffenen Erinnerungen haben, die sie als distanziert oder traumhaft erleben und sich unsicher sind, ob sie ihre Erinnerung tatsächlich erlebt haben. Es kann sogar eine Amnesie für die Amnesie bestehen, so dass die Betroffenen nicht wissen, dass sie etwas nicht wissen.

Des Weiteren haben sie gelernt dissoziative Zeiträume zu leugnen, zu verstecken oder umzudeuten. Beispielsweise lässt sich ein "black-out" übermäßigem Alkoholkonsum zuschreiben. Die Betroffenen lügen bzw. deuten um, weil sie nicht für verrückt gehalten werden wollen.

c) Angst- und Phobiesymptome

Phobien, Ängste oder Panik treten sehr häufig auf und gehören zu den Symptomen, mit denen die Betroffenen sich zu Beginn in der Behandlung repräsentieren. Diese Symptome der Haupt-Persönlichkeit begleiten oftmals den Umschaltprozess (Switchen) zu einer anderen Persönlichkeit. Ebenso von körperlichen Symptomen wie Atemnot, Herzklopfen, Zittern, Schwäche, Lähmungen etc. Das Auftauchen beängstigender Persönlichkeiten kann ebenfalls phobie-ähnliches Verhalten auslösen.

d) Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Drogenmissbrauch in jeder Form (Alkohol, Schmerzmittel, Aufputzmittel, Drogen etc.) ist relativ häufig bei Dissoziativen Identitätsstörung und wird bei ca. 40 Prozent der Betroffenen beobachtet. Die Diagnose wird bei 30 Prozent aller Betroffenen gestellt, womit sie zu den fünf häufigst vorausgegangen Diagnosen gehört.²⁴ Der Tablettenmissbrauch setzt oft ein mit der dauerhaften ärztlich verschriebenen schmerzstillenden Mittel gegen die übermäßig starken Kopfschmerzen, die die Betroffenen erleiden.

In vielen Fällen sind es eine oder zwei Persönlichkeiten, die Drogen missbrauchen. Somit bleibt eine Therapie oft erfolglos, da meistens die Haupt-Persönlichkeit therapiert wird und diese oft die "falsche" Person ist.

e) Halluzinationen

Die Mehrzahl der Betroffenen hat akustische oder visuelle Pseudo-Halluzinationen, die sie aber eher nicht zu Beginn einer Therapie äußern. Zum größten Teil handelt es sich um das

²² ebd. S. 58

²³ ebd.

²⁴ ebd.

Hören von Stimmen. Es sind Stimmen, die befehlen, beraten, streiten, lachen oder weinen. Es sind Stimmen, die über den Betroffenen in der dritten Person diskutieren oder aber trösten und unterstützen. Im Gegensatz zu schizophrenen Patienten werden die Stimmen von Multiplen innerhalb des Kopfes wahrgenommen, sie sind klar und deutlich. Die halluzinatorischen Stimmen der Betroffenen können lange Debatten führen, die zusammenhängend und logisch sind. In jedem Fall können diese Stimmen, solange der Betroffene noch keine Ahnung von der Existenz der anderen Persönlichkeiten hat, sehr furchterregend sein.

Die visuellen Halluzinationen sind unterschiedlich: die Multiplen sehen sich im Spiegel als wären sie jemand anders. Es gibt DIS-Patienten, die alle Spiegel panikartig meiden. Des Weiteren können auch "out of body experiences" bei Betroffenen auftreten. Dies sind Phänomene über die Menschen berichten, die beinahe gestorben wären. Hierbei können die Betroffenen sich selber beobachten, so als ob sie auf sich herunterblicken oder sich in einem Film sehen. Geruchs- und taktile Pseudo-Halluzinationen kommen bei 5 bis 12 Prozent der Betroffenen vor. Die Halluzinationen werden jedoch häufig falsch interpretiert. Sie drücken vielmehr die körperlichen Erinnerungen des Missbrauchs aus.²⁵

f) Denk-Störungen

Multiple scheinen oft, als wären sie im formalen und inhaltlichen Denken schwer gestört. Dieser Zustand kann jedoch auf das schnelle Wechseln der Persönlichkeiten zurückzuführen sein, in dem es keiner der Persönlichkeiten gelingt die volle Kontrolle über den Körper zu erlangen oder sie aufrechtzuhalten. Das Sprechen in diesem Zustand könnte mit "Wort-Salat" bezeichnet werden und der Betroffene wirkt extrem affekt-labil und gestört. "Was geschieht ist, dass die Patientin es nicht schafft in einem einzelnen Persönlichkeitszustand lange genug zu verbleiben, um einheitliches und integriertes Verhalten zu zeigen. Eine Reihe von Persönlichkeiten ziehen vorbei und die Labilität, Uneinheitlichkeit und Ambivalenz, die die Patientin offenbart, repräsentiert die Summe ihrer oft unvereinbaren Affekte und Verhaltensweisen."²⁶ In solchen Situationen liegt der Eindruck einer psychotischen Störung nahe, was jedoch nicht der Fall ist. Anders als zum Beispiel bei Schizophrenen geht dieser Zustand relativ schnell vorbei und lässt sich auf eine aktuelle Krise im System, auf das o.g. schnelle Wechseln der Persönlichkeiten zurückführen.

g) Suizidale und autoaggressive Symptome

Suizidales Verhalten weisen viele der DIS-Patienten auf. Laut Putnam tritt es in ca. 75 Prozent der Fälle auf.²⁷ Ross fand heraus, dass die Gruppe der suizidalen Multiplen im Gegensatz zu der nicht-suizidalen Gruppe im Durchschnitt in der Kindheit schweren Missbrauch und Misshandlung erlitten hat, öfter vergewaltigt wurde, doppelt so viele Persönlichkeiten hatte und eine schwerere Psychopathologie zeigte. Am häufigsten kamen übermäßiger Medikamentenkonsum und aufgeschnittene Pulsadern vor. Autoaggressives Verhalten äußerte sich in selbstbeigebrachten Verbrennungen durch Zigaretten oder Streichhölzern, Schnitten mit Glas oder Rasierklingen sowie anderen Verletzungen und kam in mindestens einem Drittel der Fälle vor.²⁸

Das suizidale und autoaggressive Verhalten von DIS-Betroffenen wird von einer oder wenigen Persönlichkeiten des Systems ausgeführt. Die Kernpersönlichkeit (Host) ist oft

²⁵ ebd.

²⁶ ebd. S. 63

²⁷ ebd.

²⁸ ebd.

amnestisch für dieses Verhalten oder sie erlebt es in einem Zustand der Depersonalisation. Selbsterstörerische Handlungen werden von einzelnen Persönlichkeiten durchgeführt, die die Vorstellung haben und davon überzeugt sind, daß sie den anderen Persönlichkeiten Schaden zufügen können ohne selber beeinträchtigt zu werden.²⁹

h) Sexuelle Dysfunktion und andere sexuelle Symptome

Auf dem Hintergrund des sexuellen Missbrauchs ist anzunehmen, dass sexuelle Störungen häufig anzutreffen sind. Multiple unterscheiden sich von anderen Missbrauchsoffern in dem Punkt, dass sie oft eine Persönlichkeit speziell für den Umgang mit Sexualität entwickelt haben. Die Sexualität der anderen Persönlichkeiten ist zwar gestört, in der einen Person aber voll enthalten.

Über 50 Prozent der Betroffenen haben eine oder mehrere gegengeschlechtliche Persönlichkeit(en). Dies wird von außen oft als Transvestismus oder Transsexualismus gewertet.

Putnam berichtet von Fällen, in denen Persönlichkeiten eines Systems eine Geschlechtsumwandlung anstreben und von Fällen, in denen die Persönlichkeiten sich selbst zu diesem Zweck im Genitalbereich verstümmeln. Er rät Therapeuten Transsexuelle oder Transvestiten auf eine dissoziative Störung hin zu untersuchen, um zu vermeiden, dass die primäre Motivation nicht eine unerkannte Dissoziative Identitätsstörung ist.³⁰

4.2 Neurologische Symptome

Das einzige besonders oft auftretende neurologische Symptom bei Multiplen Persönlichkeiten sind Kopfschmerzen. Diese werden als extrem schwer und schmerzhaft, oft migräneartig beschrieben und können mit Sehstörungen (z.B. Gesichtsfelddefekt) in Verbindung auftreten. Durch herkömmliche Schmerzmittel können diese Kopfschmerzen in der Regel nicht gelindert werden; oft ist eine zusätzliche hochwirksame Medikation notwendig. Der heftige Kopfschmerz wird von vielen Therapeuten als Ausdruck eines Kampfes zwischen verschiedenen Persönlichkeiten, die die Kontrolle zu erlangen versuchen, gewertet. Heftige Kopfschmerzen treten auch auffällig häufig bei anderen dissoziativen Störungen auf. Das lässt vermuten, dass Dissoziation und Kopfschmerz im engen Zusammenhang steht. Dieses muss aber noch näher untersucht werden.

Weitere neurologische Beschwerden bei DIS-Patienten können "hysterischen" Charakter haben wie hysterische Blindheit, Taubheit, Paralyse, Anästhesie oder Anfälle. Diese Symptome sind oft auf eine Untergruppe der Persönlichkeiten beziehbar und können im Laufe der Therapie psychologisch direkt auf ein bestimmtes Ereignis zurückgeführt werden.³¹

Viele Multiple berichten über sensorische Störungen wie Taubheitsgefühle, Kribbeln oder Lähmungserscheinungen. Sehstörungen wie doppelte Bilder oder vollständige Blindheit kommen in fast 20 Prozent der Fälle vor. Diese Sehstörungen sind in den meisten Fällen lediglich bei einer Persönlichkeit festzustellen und im Verlauf der Therapie lässt sich gelegentlich eine psychologische Verbindung zu einem besonderen Ereignis erkennen.

²⁹ ebd.

³⁰ ebd.

³¹ ebd.

Motorische Störungen haben "hysterischen" Charakter, wie z.B. die funktionale Lähmung der Gliedmaßen. Geh-Schwierigkeiten oder andere Formen motorischer Schwächen kommen häufig vor.

Sogenannte gastrointestinale Symptome, besonders Darm-Beschwerden, sind nicht selten. Es treten unerklärliche Übelkeit und Bauchschmerzen auf, die sich des Öfteren später auf spezifische Missbrauchserfahrungen beziehen lassen.

Putnam ist der Meinung, dass auch selbst verursachte oder nachgeahmte Beschwerden berücksichtigt werden sollten. Er denkt insbesondere an dermatologische Reaktionen oder unerklärlichem Fieber.

5. Ätiologie

In den internationalen Traumafachgesellschaften besteht Konsens darüber, dass die entscheidende Ursache für die Entstehung der dissoziativen Identitätsstörung in unserem westlichen Kulturkreis im Zusammenspiel von zwei Faktoren liegt:³²

- Es bedarf einer psycho-biologischen Fähigkeit zur Dissoziation.
- Es muss eine schwere, langanhaltende Traumatisierung hinzukommen, die es erforderlich macht, diese Fähigkeit und den dazugehörigen veränderten Bewusstseinszustand vermehrt zu nutzen.

Als auslösenden Faktor findet man bei über 95 Prozent aller DIS-PatientInnen eine Geschichte schwerer, langanhaltender frühkindlicher Traumatisierung in Form von sexuellem, physischem, psychischem und rituellem Missbrauch vor allem im Elternhaus, der zumeist schon vor dem fünften Lebensjahr begonnen hat.³³ In über 80 Prozent der Fälle sind es Frauen, die eine Dissoziative Identitätsstörung entwickeln.

Die schwere Traumatisierung wird von dem Kind als lebensbedrohlich und unausweichlich erlebt, so dass für ein hoch dissoziationsfähiges Kind die Möglichkeit besteht, das Geschehen mit Hilfe des zur Verfügung stehenden frühen Abwehrmechanismen der Dissoziation "unschädlich" zu machen. Dabei blendet es in der Traumatisierung selbst seinen normalen Bewusstseinszustand völlig aus und geht in eine Art tiefer Trance, mit deren Hilfe das Geschehen hinter eine amnestische Barriere "gebannt" wird. Dieses abgespaltene Fragment bewahrt das traumatische Erinnerungsmaterial. Gerät das Kind immer wieder in eine ähnliche Traumasituation, kann das abgespaltene Fragment durch entsprechende (mit der ursprünglichen Situation verbundenen) Auslöser (trigger) stets auf's Neue ins Bewusstsein geschwemmt werden. Es ruft den veränderten Bewusstseinszustand hervor und lässt zunächst alternierende Bewusstseinszustände (dissociative states) entstehen, aus denen unter Umständen dissoziierte Persönlichkeitszustände werden (dissociative fragments). Im Extremfall, das heißt bei fortgesetzter langjähriger Traumatisierung, dissoziative Alternativ-Ichs als "eigenständige Persönlichkeiten" (dissociative alters). In diesem Sinne ist die

³² Huber 1995

³³ ebd.

Dissoziative Identitätsstörung eine hochkomplexe und differenzierte Anpassungsleistung der Person (bereits als Kind).³⁴

„Man kann sich also die Dissoziation so vorstellen, dass ein massiver Affektdruck in einer unerträglichen Situation, insbesondere bei regelhafter Wiederholung solcher Situationen, zu einer Kanalisierung und Automatisierung des Erlebens auf mehreren 'Bahnen' führt, die dann zu abgrenzbaren Gedächtnissen, Emotionen und Verhaltensweisen - bis hin zu Persönlichkeiten- sich ausbilden ... Was dann in der Situation bleibt, ist gewissermaßen nicht mehr er selbst; er hat sich entzogen und im bildlichen und wörtlichen Sinne nur seinen Körper zurückgelassen.“³⁵

Da der dissoziative Vorgang der Abspaltung die (dringend benötigte) emotionale Erleichterung verschafft, wird er, wie jede andere erlernte erfolgreiche Strategie, in verschiedenen Stresssituationen häufiger und zunehmend einfacher angewandt. Dabei steht der Zeitpunkt der ersten Spaltung in engem Zusammenhang mit dem Beginn der Traumatisierung, danach entstehende Identitäten können nicht nur "Traumaanteile" tragen, sondern auch dem "unauffälligen Weiterfunktionieren" dienen zum Beispiel als Innere Selbsthelfer-, Beobachter- oder Beschützer-Anteile.

In anderen Worten ausgedrückt, kann die Dissoziative Identitätsstörung bei folgenden Faktoren auftreten:

1. Das Kind besitzt gute Fähigkeiten zu dissoziieren.
2. Dieses Kind wird schwerem sexuellen Missbrauch (oder anderen traumatischen Erlebnissen) ausgesetzt und nutzt die Fähigkeit zu dissoziieren, um den Missbrauch zu überleben.
3. Die Art und Struktur der entstehenden Persönlichkeit kann, je nach psychologischen Einflüssen, verschieden sein.
4. Die Dissoziationen werden gefestigt, wenn der Missbrauch nicht aufhört und dem Kind keine Bezugsperson zur Verfügung steht, die Liebe und Geborgenheit geben könnte. Der Missbrauch kann in diesem Fall nicht verarbeitet werden.

6. Täter und Täterkreisen

6.1 Täter

a) Männer als Täter

Multiple Persönlichkeiten erleben sehr viel Gewalt. Dabei ist die sexuelle Gewalt die häufigste Gewaltform. Im Allgemeinen herrscht das Vorurteil, dass der oder die Täter fremde Personen sind, die das Kind mit Süßigkeiten anlocken und es mit zu sich nach Hause nehmen. Die Realität sieht jedoch anders aus. Nur in Ausnahmefällen wird ein Mädchen von einem "bösen fremden Mann" missbraucht. Tatsache ist, dass Täter häufig weder krankhaft veranlagt, noch fremde Männer sind. Die Täter sind meistens entweder in der eigenen Familie oder im nahen sozialen Umfeld des Mädchens zu finden.

³⁴ Overkamp et al. 1998, unter: <http://www.dissoc.de/issd/issd37.htm>

³⁵ Hoffmann 1994, S. 22

Die sexuelle Gewalt ist alltäglich und ereignet sich überall, vor allem hinter den Wohnungstüren von ganz „normalen“ Familien. Etwa 80 Prozent der aktenkundigen Gewalt gegen Kinder wird im Elternhaus verübt.

Zu dem Täterkreis gehören Väter, Stiefväter, Onkel, Freunde oder Partner der Mutter, Freunde der Familie, bzw. Freunde des Vaters, Babysitter, der Nachbar, Lehrer, Erzieher, Trainer, Jugendgruppenleiter, der Pastor etc.

Es handelt sich also bei den Tätern fast ausschließlich um Männer, die das Kind kennt, denen es vertraut, die es vielleicht liebt und auf die es sich verlässt.

Laut Bundeskriminalamt in nur 6,2 Prozent der verurteilten Fälle von sexuellem Missbrauch sind die Täter dem Kind völlig fremd. In 23,1 Prozent der Fälle haben Täter und Opfer sich gekannt, vorher schon einmal miteinander gesprochen, es bestand ein mehr oder weniger regelmäßiger Kontakt (z.B. der Nachbar). Häufiger jedoch geschieht der Missbrauch durch nähere Bekannte oder Freunde der Eltern, die Zahl liegt hier bei 34,1 Prozent. Den größten Anteil mit 36,8 Prozent machen Personen aus, mit denen das Kind lebt: biologische Väter, Stief- oder Pflegeväter, Onkel oder andere Familienangehörige. Diese Täterzahlen beziehen sich auf sexuelle Übergriffe, die sowohl an Mädchen als auch an Jungen verübt werden.

Es gibt keine Anhaltspunkte oder Merkmale die den Täter charakterisieren. Viele Täter sind ganz „normale“ und gewöhnliche Männer. Sie können aus jeder sozialen Schicht kommen, jeden Beruf haben, religiös sein oder nicht, verheiratet oder ledig, oder aus dem öffentlichen Leben kommen. Meistens sind es Männer, die äußerlich nicht von der Norm abweichen und denen niemand eine solche Tat zutrauen würde. Es gibt also kein eindeutiges Täterprofil und auch keine sozialen Merkmale. Oft sind es besonders kinderfreundliche Männer oder solche, die sich für Kinder im besonderen Maße engagieren.

Es gibt in der Täterstruktur einige charakteristische Unterschiede, wenn es um Gewalt gegen Mädchen im Vergleich zu der gegen Jungen geht. Überwiegend werden die Mädchen im engeren Familienkreis von Vätern, Stief-, Pflege-, Großvätern oder Brüdern zu sexuellen Handlungen gedrängt. Der sexuelle Missbrauch an Jungen wird ebenfalls von den Männern begangen. Sehr selten jedoch sind es Vaterfiguren, sondern Personen aus dem weiteren Bekanntenkreis zu denen die Jungen in einem Autoritätsverhältnis stehen (z.B. Lehrer, Pfarrer, Nachbarn).

Männer, die sexuelle Gewalt gegenüber Mädchen ausüben haben in der Regel kein Einsehen über ihr schädigendes Verhalten. Sie bereuen ihr Handeln nicht und zeigen keine Bereitschaft Verantwortung oder die Konsequenzen zu tragen. Meisten behaupten die Männer, dass sie von den Verhalten der Mädchen provoziert wurden, oder die Mädchen es sogar gewollt hätten.

b) Frauen als Täterinnen

Die Kinder werden nicht nur von Männern sexuell missbraucht, geschlagen und gefoltert. Die Frauen tun es auch, allerdings in geringerem Ausmaß.

Es sind nicht nur Sadistinnen, die eigene und fremde Kinder misshandeln. Auch Mütter missbrauchen ihre Kinder. In unserer Gesellschaft ist das Bild der Frau als Täterin weniger präsent als des männlichen Missbrauchers. Meistens wird es von Tätern, als von Täterinnen

gesprochen. Dennoch ist der sexuelle Missbrauch durch Frauen nicht zu bagatellisieren, er ist existent. Weibliche wie männliche Täter sind im sozialen Nahbereich des Kindes zu finden.

Wie bei den Männern, besteht ebenfalls bei Frauen ein Abhängigkeitsverhältnis und ein Machtgefälle, die zu ihrer Bedürfnisbefriedigung missbraucht wird. Huber beschreibt in ihrem Buch, dass Männer aus Lust quälen und Frauen aus Frust. Beiden geht es um das Abreagieren von Machtgelüsten.³⁶

Es gibt Frauen, die ihre Kinder als "Partnerersatz" missbrauchen. Die Frauen leben mit dem sexuellen Missbrauch ihre Bedürfnisse nach Zärtlichkeit, Aufmerksamkeit und Zuwendung aus. Darüber hinaus reagieren sie - oft gewalttätig - Ärger, Rache und Eifersucht an den Kindern ab. Gefühle der Einsamkeit oder in der Kindheit selber erlebter sexueller Missbrauch, sind als Ursachen festzustellen. Sehr oft sind allein stehende oder geschiedene Frauen unter Täterinnen zu finden.

Häufiger sind aber die Frauen Mittäterinnen als Täterinnen und missbrauchen ihre Kinder unter männlichem Einfluss. Sie agieren auf Anweisung des Mannes, der Antrieb zur Tat geht vom Mann aus und die Frau nimmt eher unfreiwillig teil.

Die Begründung für dieses Phänomen kann man wahrscheinlich in der geschlechtsspezifischen Rollenerziehung von Mann und Frau sehen. Von Kindheit an wird die Frau darauf vorbereitet eines Tages die Mutterrolle zu übernehmen und die Gründung einer Familie als das Ziel in ihrem Leben zu sehen. Die Tatsache, dass sich viele Frauen von ihrem Partner abhängig fühlen, wird dadurch bestätigt, dass sie sich oft nicht von dem Täter trennen können.

Unter diesem Druck, dem Zwang und der Macht des jeweiligen Partners sind Frauen bereit, dem Mann das Kind auszuliefern. Die Frauen lassen das Leid des Kindes an sich abprallen, sie schweigen und helfen nicht. Sie sind sogar froh, dass ihr Partner sie in Ruhe lässt und stattdessen sich am Kind vergeht.

Die seelische Gewalt, die dem Kind zugefügt wurde hinterlässt äußerlich keine Spuren. Sie brennt sich auslöschar ins Innerste und bleibt ein Leben lang erhalten. Im Ganzen gesehen ist das Thema "Frauen als Täterinnen" noch zu wenig erforscht. Annahmen und Postulate, die Wahrnehmung von Gewalt und das Verständnis davon strukturierten, werden durch die Tatsache sexueller Gewalt von Frauen in Frage gestellt.

6.2 Die Vorgehensweise der Täter

Jedes Kind sehnt sich nach Zärtlichkeiten, Zuwendung und dem Gefühl der Geborgenheit. Der sexuelle Missbrauch steht im völligen Gegensatz zu diesen Wünschen. Sexueller Missbrauch ist immer mit Gewalt verbunden. Dieser Begriff beinhaltet jedoch nicht, dass die Taten immer mit roher Gewalt vollzogen werden. Dies hat der Täter oft nicht nötig, da seine Drohungen das Mädchen schon zur Geheimhaltung anhält. Auch die verkörperte Autorität des Täters bringt das Mädchen dazu, sich nicht zu wehren. Er nutzt seine Vertrauensposition aus und bringt das Kind in eine Situation, in der es nicht imstande ist, bei anderen Erwachsenen Hilfe zu suchen. Die Männer schleichen sich in die Gefühle der Mädchen ein und verwickeln sie in eine Komplizenschaft und drillen sie für die Opferrolle.

³⁶ Huber 1995

Die sexuelle Befriedigung ist oft für den Täter zweitrangig. Das primäre Motiv ist die Ausübung von Macht. Dieser Macht und Abhängigkeitsverhältnis nutzen die Männer aus. Sie handeln zielstrebig und trickreich. Sie machen ihre Opfer gefügig und steuern langsam auf ihre Bedürfnisbefriedigung zu.

Das kindliche Bedürfnis und Neugier auf die Sexualität, das die Kinder auf kindliche Art im Spiel mit Gleichaltrigen erkunden wollen, nutzen die Täter aus. Die Mädchen bekommen von Erwachsenen stets vermittelt, dass sie nur das Beste für sie wollen. Dies macht Mädchen vertraut.

Der sexuelle Missbrauch beginnt in den meisten Fällen nicht mit der Vergewaltigung. Die Absichten des Missbrauchers sind sorgsam getarnt und beginnen damit, dass der Täter versucht beim Mädchen Vertrauen zu wecken.

Er verbringt viel Zeit und spielt gerne mit ihr. Sie erfährt viel Zuwendung vom Täter, genießt die Aufmerksamkeit und lässt sich ein. Anfänglich handelt es sich noch um harmlose Spiele. Diese Spiele verändern sich zunehmend charakterlich. Andere "Spielchen" verflechten sich mit dem "normalen" Spiel und die Intention des Täters fließt langsam latent mit ein. Dem Mädchen wird erstmals nicht richtig bewusst, was anders und nicht richtig ist, was sich im Bauch so unangenehm anfühlt. Kein Täter gibt seine Absichten offen zu. Sie nähern sich dem Mädchen auf kindliche Weise und bewegen sie so zum Mitmachen.

Egal welche Tricks angewandt werden, die Unwissenheit und kindliche Neugier des Kindes wird immer ausgenutzt. Einige Täter versuchen Mitleid bei den Mädchen zu erwecken, indem sie behaupten, sie wären so allein, und die Mädchen wären die einzigen, die lieb zu ihnen sind. Das kindliche Mitgefühl wird ausgenutzt.

Am schlimmsten ist es, wenn der Vater der Täter ist. Dieser hat die Möglichkeit die Vertrauensbeziehung zu intensivieren, indem er das Mädchen den anderen Geschwistern vorzieht. Die anderen Geschwister neiden der "Lieblingstochter" ihre herausgehobene Stellung beim Vater. Häufig führt dies zu Streitereien innerhalb der Familie. Diese Vorzugsstellung bringt dem Mädchen eine isolierte Rolle in der Familie ein.

Die gestörten Beziehungen zu der Mutter und den Geschwistern begünstigen die sexuellen Übergriffe des Vaters, sichern die Geheimhaltung der Übergriffe von Seiten des Mädchens und machen sie somit erpressbar. Noch ist er in der Lage, das Mädchen durch Autorität und Einfluss gefügig zu machen. Wächst jedoch der Widerstand des Opfers, so verändert sich auch das Verhalten des Vaters. Er wird immer mehr zum Tyrannen. In der Regel ist es so, dass je enger die Beziehung zwischen Täter und Opfer ist, desto länger dauert der Zugriff des Täters auf das Opfer und desto gewaltsamer wird er.

6.3 Täterkreise

a) Pädophilie

Pädophilen sind erwachsenen Personen, deren Liebesneigung sich ausschließlich oder überwiegend auf Kinder des anderen oder eigenen Geschlechts vor und im Pubertätsalter richtet. Sie behaupten, dass ihre Sexualität nichts mit Missbrauch und Gewalt zu tun hat. Sie setzen sich für das Recht der Kinder auf Sexualität ein und benennen sich selber als "Kinderfreunde", die es verstehen die innersten Wünsche der Kinder zu erkennen und erfüllen.

Die Pädosexuellen erklären, dass sie dem Kind Wärme, Zärtlichkeit und Entspannung geben und es behutsam dem Lebensbereich Erotik näher bringen, um zu verhindern, dass es nicht unvorbereitet in die Welt der Sexualität hineingetrieben wird. Damit wird der Pädosexuelle zum Kulturträger und zum guten Menschen erklärt. Ungeachtet bleiben dabei die Gefühle der Kinder. Äußerungen, die von neun- bis zwölfjährigen Mädchen kurz nach einem sexuellen Erlebnis mit Pädophilen gemacht wurden, lauten:

- „Ich habe mich ganz schlecht und ekelig gefühlt...“
- „Ich habe in der Ecke vom Bett gesessen und geweint...“
- „Mir war so schlecht, dass ich dachte, es kommt mir hoch und ich müsste auf das Bett brechen...“.³⁷

Diese Aussagen beweisen, dass Kinder, die eine sexuelle Beziehung mit einem Pädophilen eingehen, keine positiven Erfahrungen machen, die nach Aussagen der Pädosexuellen das Ziel ihrer Handlungen sind. Eher das Gegenteil wird beobachtet, denn viele der Opfer zeigten nach dem intimen Kontakt mit einem Pädosexuellen ähnliche Symptome, wie sexuell missbrauchte Kinder. Daraus lässt sich schließen, dass es sich bei der Pädosexualität primär um die Befriedigung sexueller Wünsche der Erwachsenen handelt.

Die Beziehungen der Pädosexuellen spielen sich in der Regel nicht innerhalb der Familie ab, da sie dadurch die Kinder nicht in dem Maße zum Schweigen bringen können, wie vergleichsweise Väter oder andere Familienangehörige, und sind der Strafverfolgung stärker ausgesetzt.

Diese Bedrängnis und die Überzeugung, ein Recht auf Sexualität mit Kindern zu haben, bringen die Pädophilen dazu, in die Öffentlichkeit zu gehen und sich für ihre Anliegen einzusetzen. In den letzten Jahren treten in der Öffentlichkeit verstärkt Gruppen und Organisationen von Pädosexuellen auf. Ihre Forderung lautet: Streichung des § 176 StGB. Dies bedeutet die Freigabe von sexuellen Beziehungen mit Kindern in der Altersstufe der acht- bis vierzehnjährigen Kinder.

b) Kinderhandel

Die Vermarktung von Kindern, besonders von Mädchen, zum Zwecke der sexuellen Benutzung hat eine weite Verbreitung. Nicht nur in Deutschland, vermutlich auch in anderen Ländern, lassen sich mit der "Ware" Mädchen Milliarden verdienen.

Kinderpornographie ist in den Datennetzen frei zugänglich. Computerfreaks stoßen am heimischen PC auf diese Angebote im Internet. Unglaubliche Bilder sind dort zu sehen, wie z.B. Babys misshandelt und gefoltert werden.

Die "willenlosen" Opfer sind vielseitig einsetzbar. Oft werden die Kinder von ihren eigenen Eltern oder Verwandten für jegliche Dienstleistung freigegeben. Eltern, die ein Mädchen geboren haben und wenig Geld besitzen, bieten ihr Kind einem Pornoproduzenten an. Oder sie vermieten es zur sexuellen Benutzung an Täter, die sich erst selbst befriedigen und dann das Kind weiter verkaufen, um Fotos und Filme machen zu lassen. Das Kind wird eingeschüchtert und bekommt Geschenke. Zur Einschüchterung werden ihm die Filme

³⁷ Trube-Becker 1992, S. 52

gezeigt, ihm wird erzählt, dass es "ein Luder" ist und niemanden etwas erzählen darf. Das Mädchen gewöhnt sich während der Taten an zu dissoziieren. Auf diese Weise spaltet sich das Mädchen in eine "Alltagsperson", die sich an diese Situationen nicht mehr erinnern kann, und in andere "Persönlichkeiten", die für die Missbrauchssituationen geschaffen sind und willenlos und bereitwillig alles mitmachen. Selbst sadistische Folterszenen können dann gedreht werden, ohne, dass es sich wehrt.

Es werden Nahaufnahmen ihrer Genitalbereiche und der Penetration durch den Penis (oder auch andere Gegenstände) eines Erwachsenen gemacht. Dabei nehmen die Kinder jede Körperhaltung ein, sie lassen sich anal und oral ohne erkennbaren Widerstand von Erwachsenen und Tieren vergewaltigen. Sie werden ausgepeitscht und mit scharfen Gegenständen geritzt, schreien und weinen vielleicht, wirken aber auch hier sehr ergeben. Von diesen Szenen werden Fotos geschossen und Filme gedreht. Kein Kind lässt so etwas freiwillig mit sich machen, deshalb werden von den Produzenten Kinder bevorzugt, die schon von ihren Eltern und anderen Tätern so vorbereitet wurden, dass sie sich nicht mehr wehren.

Mit diesen Fotos, insbesondere denen, die das Gesicht des Kindes deutlich ablichten, lassen sich Millionen verdienen. Das große Geld verdienen aber meistens nicht die Eltern oder Verwandte, die das Kind zu Verfügung gestellt haben, sondern Profis, die die Fotos und Filme vermarkten. Bei ihnen können die Fotos in Form von Katalogen bestellt werden. Diese werden an das Postfach des Kunden, nicht selten ins Ausland, geschickt.

Je jünger die Opfer, je mehr vom Gesicht zu sehen ist, je sadistischer die Szenen sind, desto mehr Geld wird mit dem Film verdient. "Belohnt" werden die Kinder mit Spielzeugen, Cola, Hamburgern, Alkohol, harten Drogen und manchmal auch mit etwas Bargeld. Oft kommt es vor, dass die Kinder von einem etwas "lieberem" Täter emotional abhängig werden, so dass dieser die Kinder dann auf den Strich schicken kann.

Das Verhalten der Täter ist oft vielfältig kriminell. Unzucht mit Abhängigen, sexuelle Nötigung, Körperverletzung, Drogenhandel, Waffenschmuggel. Interessanterweise ist der Sex mit Kindern und der Vertrieb und Konsum von Kinderpornovideos in dieser Liste am wenigsten strafbar.

c) Sekten

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von verschiedenen Sekten, z.B. Scientology, Zeugen Jehovas, Mun-Sekte, Kinder Gottes, Neuapostolische Kirche, usw. Sie alle vertreten ihr eigenes Glaubenssystem. Teilweise sind sie von der christlichen Kirche abgespaltene Gruppierungen, die unter dem Deckmantel der Religiosität Menschen manipulieren, missbrauchen und ausbeuten.

Besonders in destruktiven satanistischen Kulturen und Gruppierungen finden rituelle Formen von Misshandlungen statt. Betroffene, die bereits in ihrer Kindheit Opfer solcher Kulte geworden sind, mussten fast zwangsläufig eine multiple Persönlichkeit entwickeln, um die vielfältigen Traumata des rituellen Missbrauchs zu überleben. Kulte sind in ihrer Struktur den Sekten sehr ähnlich, sie gehen jedoch in der Ausübung ihrer Religion wesentlich gewalttätiger vor - insbesondere gegen die eigenen Mitglieder - als die "normalen" Sekten.

Die meisten gewalttätigen Kultgruppen agieren ihren Glauben und ihre Praktiken nicht offen aus und neigen dazu, in abgeschiedener Umgebung zu leben, um eine Entdeckung zu vermeiden.

Obwohl viele verschiedene Gruppen rituellen Missbrauch ausüben, hat dieser doch gemeinsame Kennzeichen. Verbreitet sind sexuelle Misshandlungen, das Opfern von Tieren und Menschen und körperliche Folter. Die meisten Opfer von rituellem Missbrauch werden während des Missbrauchs unter Drogen gesetzt.

Einige sehr sorgfältig durchgeführten Studien an 37 Patienten (33 davon Frauen) aus verschiedenen amerikanischen psychiatrischen Kliniken, die Opfer destruktiver Kulte wurden, ergaben folgende Angaben über die ausgeführten Handlungen:

- sexuelle Misshandlungen (100%),
- körperliche Misshandlungen/Folter am eigenen Leib bzw. zusehen müssen, wie andere gefoltert werden (100%),
- bei Verstümmelungen bzw. Tötungen von Tieren dabei sein bzw. assistieren (100%),
- mit dem Tode bedroht werden (100%),
- gezwungen werden, Drogen zu nehmen (97%),
- bei der Opferung (Tötung) von Kindern und Erwachsenen zusehen und assistieren (83%),
- erzwungener Kannibalismus (81%),
- lebendig in Särgen oder Gräbern begraben werden (72%),
- erzwungene Schwängerung und Opfern des eigenen Kindes (60%).³⁸

Für das Opfer bedeutet im Rahmen eines Rituals der Gewalt ausgesetzt zu sein ein besonders schweres Trauma. In der Regel wird das Opfer das gesamte Ritual tief in seinem Bewusstsein vergraben. Es wird dissoziieren, um der Verwirrung, der Todesangst und aller mit dem Ritual verbundenen Emotionen und Schmerzen zu entfliehen.

7. Das Multiple System

7.1 Person und Persönlichkeit

Spezifische Merkmale Multipler Persönlichkeiten sind die Existenz von zwei oder mehreren "Identitäten" oder „Persönlichkeitszuständen“ mit bestimmten, "eigenen" Merkmalen innerhalb einer Person (Vgl. Kapitel 2, Abschnitt 2.2).

„Eine Persönlichkeit ist eine Einheit mit einem festen, beständigen und wohlbegründeten Selbstbild, die ein stetes Verhaltens- und Gefühlsrepertoire als Reaktion auf bestimmte Reize zeigt. Sie muss einen Funktionsbereich, einen Bereich emotionaler Reaktion und eine signifikante Lebensgeschichte ihrer eigenen Existenz haben.“³⁹

Die Persönlichkeiten, die hier zur Sprache kommen sind nicht als eigene Personen zu verstehen. Sie stellen bestimmte dissoziierte Anteile einer Person dar, sie sind stets Teil einer gesamten Person. Andere dissoziierte Anteile, die die oben genannten Merkmale nicht aufweisen können, werden Persönlichkeitsfragmente oder Fragmente genannt.

Jede Persönlichkeit besitzt verdrängte individuelle Erfahrungen, die sie mit allen Mitteln geheim zu halten versucht. Jede einzelne dieser Persönlichkeiten hat sich in Krisensituationen entwickelt, in denen es galt, den äußeren Umständen standzuhalten. In denen es wichtig war, Funktionen gegenüber dem "System" oder der Umwelt zu übernehmen. Daraus folgt, dass die

³⁸ Huber 1995

³⁹ Klein, 1997, S. 12

Persönlichkeiten sich stark voneinander unterscheiden. Sie haben unterschiedliche Altersstufen und Geschlechter, Vorlieben und Fähigkeiten, unterschiedliche medizinische Befunde oder Familienzugehörigkeit (Personen, die nicht aus der Ursprungsfamilie stammen). Die Persönlichkeiten haben oft eigene körperliche Besonderheiten. Die separate Identität wird häufig durch einen eigenen Namen betont. Der Name kann eine Ableitung vom Ursprungsnamen sein (z.B. Elisabeth- Lissi- Betty) oder von einem Lieblingssänger, -schauspieler o. ä. "übernommen" worden sein. Die Namen können auch eine Beschreibung der Funktion, die die Persönlichkeit innehat, ausdrücken. So zum Beispiel "die Ärgerliche", "die Aggressive", "die Eifersüchtige", "Managerin" etc.

Menschen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung haben im Laufe ihres Lebens gelernt, ihrer Umwelt möglichst wenige ihrer Symptome zu zeigen. Der Umschaltprozess (Switchen) wird möglichst unbemerkt vollzogen, verlorene Zeit und Gedächtnislücken werden geschickt verborgen, so dass die wenigsten außenstehenden Beobachter hellhörig werden. Des Öfteren ergeben sich erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie Gelegenheiten, bei denen alternierende Persönlichkeiten offen auftreten. Ein näheres Kennenlernen der unterschiedlichen Persönlichkeiten bleibt oft dem Therapeuten vorbehalten. Jeder Fall Dissoziativer Identitätsstörung ist einzigartig und hat individuelle Persönlichkeitstypen, eigene Regeln des Umschaltens und des Umgangs mit Amnesien. Und doch lassen sich allgemeine Tendenzen in diesen Bereichen nennen.

7.2 Persönlichkeitstypen

Die einzelnen Persönlichkeiten können als Einheiten mit bestimmten Funktionen betrachtet werden, die für das Gesamtsystem von Bedeutung sind. Diese Aufgaben können sich zum einen auf Anforderungen der Umwelt beziehen, die sich im Beruf oder in der Familie ergeben. Zum anderen können sie sich auf interne Bedürfnisse beziehen, wie zum Beispiel die traumatischen Erinnerungen zu halten, nicht tolerierte Affekte auszuleben, den Informationsfluss zwischen den einzelnen Persönlichkeiten zu gewährleisten oder die Kontrolle darüber zu haben, wer von den Persönlichkeiten "draußen" präsent ist. Überschneidungen der Persönlichkeitstypen sind jederzeit möglich.

a) Primär-Persönlichkeit

Als Primär-, Haupt- oder Gastgeberpersönlichkeit oder "host" bezeichnet man diejenige Persönlichkeit, die den größten Anteil der Zeit die Kontrolle über den Körper hat. Sie kann im Laufe der Zeit wechseln. In der Adoleszenz kann beispielsweise eine andere Persönlichkeit "am Ruder" sein, als zu einem späteren Zeitpunkt. Dann kann eine Persönlichkeit, die bis zum Erwachsenenalter gestärkt und gereift ist, die Hauptkontrolle über den Körper innehaben.

Die klassische Primär-Persönlichkeit wird als deprimiert, ängstlich, nervlich ein wenig schwach, zwanghaft gut, masochistisch, schuldbewusst, freudlos und lustfeindlich beschrieben. Des Weiteren leidet sie an psychophysiologischen Symptomen und an Zeitverlust oder Zeitverzerrung.

Sie weiß in zwei Drittel der Fälle von den anderen Persönlichkeiten nichts und ist in den meisten Fällen diejenige Persönlichkeit, die den Kontakt zum Therapeuten herstellt (Kontakt-Persönlichkeit), die therapeutische Hilfe sucht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Persönlichkeiten mit für sie charakteristisch eigenem Selbstkonzept, Werten, Akzenten und Stimmen, Körperhaltung und -sprache, Gestik, Mimik,

Kleidung, Besitztümern, Handschriften, Rechts- oder Linkshändigkeit ausgestattet sind. Ebenso können sie ihre eigenen Allergien und Krankheiten haben und unterschiedliche Reaktionen auf Medikamente zeigen.⁴⁰

b) Kind-Persönlichkeiten

Die Kind-Persönlichkeiten sind der Persönlichkeitstyp, der am häufigsten vorkommt. Die von Putnam untersuchten Multiplen hatten zu 85 Prozent eine oder mehrere Kinder im System. Putnam hebt hervor, dass die Anzahl der Kind-Persönlichkeiten größer ist als die Anzahl erwachsener Persönlichkeiten.⁴¹ Die Kinder behalten ihr Alter bei. Das heißt, dass sich mit zunehmendem Alter der Betroffenen Lebensalter der Kinder nicht erhöht. Sie sind quasi in ihrem Schöpfungsalter „eingefroren“. Anders als die erwachsenen Persönlichkeitsanteile, die chronologisch "mit" altern. Die Kinder zeigen ihrem Alter gemäße Bewegungen, Körperhaltungen, Sprache, Vokabular und Gesprächsinhalte. Ihre Funktion ist es, die traumatischen Erinnerungen zu halten. Dies macht sie gegenüber ihrer Umwelt ängstlich und misstrauisch. Im Verlauf der Therapie kommt es bei den Kind-Persönlichkeiten oft zu besonders heftigen und ausgeprägten Abreaktionen, bei denen sie beispielsweise eine Missbrauchssituation noch einmal durchleben, so wie sie sie in der Ursprungssituation erlebt haben. Für den Therapeuten ist es vom Erleben beinahe so, dass er eine wirkliche Vergewaltigung mit ansieht und hinterher mit dem Opfer spricht.

c) Peiniger-Persönlichkeiten

Dieser Persönlichkeitstyp findet sich ebenfalls bei einer Mehrzahl (ca. 85 Prozent) der untersuchten Multiplen.⁴² Diese Persönlichkeiten befinden sich quasi in einem Dauer-Konflikt zum Host oder anderen Persönlichkeiten. Sie führen Sabotageakte gegenüber den anderen Persönlichkeiten durch, greifen sie körperlich und seelisch an. Bei körperlichen Angriffen wird versucht anderen Persönlichkeiten Verletzungen zuzufügen oder sie sogar zu töten. Dahinter steht die bereits erwähnte Vorstellung, dass anderen Persönlichkeiten Schaden zugefügt werden kann, ohne, dass der Angreifer selbst beeinträchtigt wird. Die seelischen bzw. psychischen Angriffe bestehen darin, andere Persönlichkeiten halluzinieren zu lassen, ihnen zu drohen oder sie einzuschüchtern, ihnen die Orientierung zu nehmen.

Nicht selten versuchen Peiniger-Persönlichkeiten, die Therapie zu sabotieren oder die Primär-Persönlichkeit davon abzuhalten, zu den Sitzungen zu erscheinen.

d) Beschützer-Persönlichkeiten

Es gibt drei Arten von Beschützer-Persönlichkeiten:

- Ruhigere und "reifere" Beschützer-Persönlichkeiten, die kognitiv rationale Strategien entwickelt haben. Dazu gehört z.B., dass sie die Kontrolle über das Umschalten haben können und damit in der Lage sind zu bestimmen, wer "draußen" ist. Dieser Persönlichkeitstyp kann sich mit einer Beobachter-Persönlichkeit decken (siehe f)).
- Aggressive Beschützer-Persönlichkeiten, die den Körper gegen physische äußere Gefahr verteidigen. Bei weiblichen Multiplen sind diese Persönlichkeiten oft männlich und können unwahrscheinlich-erstaunliche physische Kräfte mobilisieren- entwickeln.

⁴⁰ Putnam 2003

⁴¹ ebd.

⁴² ebd.

- Beschützer-Persönlichkeiten, deren Strategie die Vermeidung ist. Sie können z.B. das System in Trance-Zustände, Gefühllosigkeit und Schmerzunempfindlichkeit versetzen oder aber auch spezifische Talente entwickeln, wie z.B. sich besonders gut zu verstecken oder schnell wegzulaufen.

Beschützer-Persönlichkeiten bilden auch oftmals das Gegengewicht zu den suizidalen und anderen selbstzerstörerischen Persönlichkeitsteilen im Persönlichkeitssystem. Die Gesamtperson an sich wird durch diesen Ausgleich überlebensfähig. Putnam berichtet davon, dass zum Beispiel eine suizidale Persönlichkeit eine Überdosis an Medikamenten zu sich nimmt, woraufhin eine Beschützer-Persönlichkeit den Notarzt alarmiert.⁴³

e) Gegengeschlechtliche Persönlichkeiten

Über die Hälfte der Multiplen hatte mindestens eine gegengeschlechtliche Persönlichkeit im System. Männliche Persönlichkeiten bei weiblichen Multiplen entsprechen oft den typisch männlichen Rollenvorstellungen. So haben sie die Aufgabe durch körperliche Stärke das System zu schützen oder sind technisch oder handwerklich begabt. Putnam schreibt, dass sie "...verblüffend maskulin in Sprache, Gehabe und Verhalten" sind.⁴⁴ Bei den männlichen Multiplen stellen die weiblichen Anteile oft das Sinnbild einer guten Mutter dar. Sie wirken als Gegenpol zum destruktiven Verhalten männlicher Multipler.

Eine weitere Funktion dieses Persönlichkeitstyps ist die Sexualität. Gegengeschlechtliche Persönlichkeiten können sowohl homo- als auch heterosexuell sein. Dies kann insgesamt sehr undurchsichtig und kompliziert werden. Zum Beispiel ist eine weibliche Multiple, die eine männliche heterosexuell veranlagte Persönlichkeit hat, die sich zu Frauen hingezogen fühlt, biologisch gesehen homosexuell, psychologisch gesehen aber heterosexuell.

f) Beobachter-Persönlichkeiten

Die Beobachter-Persönlichkeiten wurden der Funktion nach in unterschiedliche Typen eingeteilt:

- Der "inner self helper" (Inneres-Selbst Helfer) ist eine gelassene, rationale und objektive Persönlichkeit, die physisch eher passiv ist und deren Funktion im Bereich der Beratung und des Wissens um die Funktion des Persönlichkeitssystems liegt. Der Begriff wurde von Allison geprägt.
- Die "memory trace" Persönlichkeit (Erinnerungsspur) ist eine Persönlichkeit, die eine mehr oder weniger vollständige Erinnerung der individuellen Lebensgeschichte der Person hat.

Laut Putnam kommen diese beiden Typen bei den meisten Multiplen vor.⁴⁵

g) Weitere Persönlichkeitstypen

Des Weiteren kommen häufig Dämonen und Geister; verstorbene Verwandte oder andere noch lebende Personen; promiskuitive Persönlichkeiten, die ein ausschweifendes Sexualleben mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern haben; suizidale Persönlichkeiten, die aus einer

⁴³ ebd.

⁴⁴ ebd. S. 110

⁴⁵ ebd.

depressiven Grundhaltung heraus Selbsttötung anstreben (im Gegensatz zu den Verfolgertypen, deren Motivation eine interne Fremdtötung ist) vor.⁴⁶

7.3 Kenntnis der Persönlichkeiten untereinander

Innerhalb des Persönlichkeitssystems gibt es verschiedene Kenntnisstufen der Persönlichkeiten untereinander. Wie erwähnt, weiß die Primär-Persönlichkeit (Host) in den meisten Fällen nichts von den alternierenden Persönlichkeiten und ist amnestisch für die Zeiten, in denen die anderen Persönlichkeiten aktiv sind. Den umgekehrten Fall, dass eine Persönlichkeit aus dem System von der Primär-Persönlichkeit Kenntnis hat, gibt es. In der Fachsprache wird dies "Ein-Weg" Amnesie oder gerichtete Kenntnis genannt.⁴⁷ Haben beide Parteien keine Ahnung voneinander, nennt man dies "Zwei-Weg" Amnesie.

Ein anderer Zustand, in dem eine Persönlichkeit Gedanken, Gefühle, Erinnerungen und Handlungen einer anderen Persönlichkeit mitverfolgen kann, wird als "Mit-" oder "Ko-Bewusstsein" (co-consciousness) beschrieben. Dieses Bewusstsein kann ebenfalls in eine oder in beide Richtungen gehen.

Putnam fand heraus, dass über 75 Prozent der untersuchten Multiplen mindestens eine Persönlichkeit hatten, die keine Kenntnis von der Existenz der alternierenden Persönlichkeiten hatte und 85 Prozent mindestens eine Persönlichkeit, die vom gesamten Persönlichkeitssystem weiß. Dies waren oft die inneren Selbsthelfer oder die Erinnerungspur-Persönlichkeiten.

Zwischen diesen Positionen ist jede Abstufung denkbar: so können einige Persönlichkeiten von einer Persönlichkeitsgruppe wissen, diese Gruppe wiederum nichts von den Persönlichkeiten. Oder eine gesamte Gruppe kann von allen Persönlichkeiten Kenntnis haben etc.

Die Aufhebung der Amnesie-Barrieren ist eines der Therapieziele. Putnam schreibt dazu, dass es eine der Hauptaufgaben ist, das Wissen und die Geheimnisse der einzelnen Persönlichkeiten dem gesamten System verfügbar zu machen. Durch die Verbreitung des Wissens wird das Bedürfnis nach Trennung verringert und eine gemeinsame Bemühung nach einer Lösung kristallisiert sich allmählich heraus.

7.4 Umschalten (Switchen)

Der „Switch“ kann als ein Wechseln zwischen schon bestehenden Persönlichkeiten oder Fragmenten betrachtet werden. Ausgelöst werden kann er durch äußere oder innere Reize.

Der Umschaltprozess kann kontrolliert oder unkontrolliert verlaufen. Ein kontrolliertes Switchen ist, wenn eine kognitiv rationale Persönlichkeit andere Persönlichkeiten nur dann die Kontrolle über den Körper gibt, wenn sie der Meinung ist, dass dieser Persönlichkeitstyp der Situation angemessen ist oder reagieren kann und wird. Unkontrolliert ist das Switchen, wenn eine Persönlichkeit erscheint, um eine Funktion zu übernehmen, derer der Host nicht mächtig ist. Zum Beispiel wenn der Host sich in einer Situation schützen, streng abgrenzen müsste und eine aggressive oder ärgerliche Persönlichkeit "springt hervor", um die Situation zu überbrücken.

⁴⁶ ebd.

⁴⁷ ebd.

Für den Therapieverlauf ist es wichtig, den Umschaltprozess und die erscheinenden Persönlichkeiten kennenzulernen. Nur so kann unverständliches Verhalten verständlich werden.

Der Prozess des Umschaltens kann in einem Bruchteil von Sekunden geschehen, er kann aber auch einige Minuten dauern. Begleitet wird es zum Beispiel durch ein kurzes Verdrehen der Augen nach oben. Dieses Augenrollen ist eine Technik der Selbsthypnose. Weitere Anzeichen können ein Flattern der Augenlider sein, Gesichtszuckungen oder Grimassieren. Des Weiteren kann ein Zucken durch den Körper gehen, ein Schütteln oder plötzliche Änderung in der Haltung. Nach dem Switchen erfolgt eine kurze Orientierungsphase, in der die neu erschienene Persönlichkeit versucht, möglichst schnell viele Informationen über die neue Situation und Umgebung zu bekommen.

Das Erscheinen einer anderen Persönlichkeit kann an physischen und psychischen Veränderungen erkannt werden. So kann der Gesichtsausdruck, die Körperhaltung, die Gestik etc. verändert sein. Zu den psychischen Veränderungen gehören Änderung des Affekts (plötzlicher Ärger, Freude), Änderung des Reifegrades (kindliches Verhalten; Fähigkeit, abstrakt zu denken), Änderung des Erinnerungsvermögens, Änderung in der psychophysiologischen Empfindsamkeit (Verträglichkeit von Medikamenten).⁴⁸

7.5 Struktur der Persönlichkeitssysteme

Ich denke, dass jedes Persönlichkeitssystem in seiner Struktur einzigartig und unkopierbar ist. Hier möchte ich einige Möglichkeiten der Klassifizierung nach Putnam kurz aufzeigen:

- Stammbaumähnliche Systeme, in denen Persönlichkeiten voneinander abstammen;
- Familien, Gruppen oder Teams, die sich um eine gemeinsame Funktion, einen gemeinsamen Affekt oder einen gemeinsamen traumatischen Ursprung gruppieren oder von gemeinsamen Persönlichkeiten abgespalten werden;
- Geschichtete Systeme, bei denen sich Persönlichkeiten überlagern oder unter anderen vergraben sind. Mehrere Schichten sind möglich;
- Systeme mit wenigen Persönlichkeiten, bei denen jede Persönlichkeit für sich steht.⁴⁹

8. Diagnostik

8.1. Diagnose

Die Diagnose von Dissoziativen Identitätsstörung gilt im Allgemeinen als schwierig. Sie sollte, genau wie die Therapie, an sich nur von speziell hierfür ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt werden. Einige Gründe in verkürzter Form:

- Die Dissoziative Identitätsstörung ist schwer zu diagnostizieren, da die Betroffenen in den meisten Fällen versuchen die Symptome der Störung zu verstecken oder ihnen sind die Symptome nicht bewusst.
- Deutliche Symptome der Dissoziativen Identitätsstörung, die im DSM-IV (Vgl. Kapitel 3, Abschnitt 3.3) genannt werden, sind erst nach einer längeren Therapiedauer zu erkennen.

⁴⁸ ebd.

⁴⁹ ebd.

- Es liegt nicht immer eine offene und eindeutige Form von Dissoziativer Identitätsstörung vor, sondern es existieren auch subtilere Formen. Zu ihnen gehören zum Beispiel weniger stark ausgeprägte Persönlichkeiten; Amnesien, die nicht sehr stark sind oder die Persönlichkeiten beeinflussen sich eher untereinander, als dass sie die Kontrolle über den Körper nehmen.

Untersuchungen von Putnam haben ergeben, dass Dissoziative Identitätsstörung im Durchschnitt sechs Monate nach der ersten Therapiesitzung diagnostiziert werden konnte. Bei über 20 Prozent der Fälle erst zwei bis fünf Jahre später! In diesem Zusammenhang spielt sicherlich die Sensibilität der TherapeutInnen gegenüber dissoziativen Symptomen eine Rolle und auch das gezielte Forschen nach einer eventuellen dissoziativen Dynamik hinter einer Reihe anderer Symptomen.

Ein bestimmtes Symptom-Profil (Vgl. Kapitel 4) könnte auf Dissoziative Identitätsstörung hinweisen. Die Diagnose jedoch kann erst gestellt werden, wenn mindestens eine andere Persönlichkeit als die Kontaktperson vom Therapeuten angetroffen wurde und kann erst dann als gefestigt angesehen werden, wenn diese andere Persönlichkeit eine eigenständige, einzigartige und relativ konstante Einheit ist.

Am einfachsten ist es, wenn die Kontakt-Persönlichkeit sich im Gespräch zurückzieht („switch“) und der Therapeut die Gelegenheit bekommt mit anderen Persönlichkeiten zu sprechen. Da Multiple darauf aus und gut darin trainiert sind, ihre Symptome zu verdecken, wird kein Therapeut in der Anfangsphase der Therapie einen offenen "switch" erleben. Dies setzt ein besonders gutes Vertrauensverhältnis voraus oder aber die Multiple ist in besonders großer Not, so dass es zu relativ leicht sichtbaren Wechseln kommt.

Des Weiteren kann der geschulte Beobachter, auch wenn es einem multiplen Menschen gelingt einen „switch“ zu verstecken, eine gewisse Drängelung in den Augen erkennen. Denn auch wenn nur eine Persönlichkeit spricht, können andere Persönlichkeiten zeitweilig aktiv sein. Sie versuchen das Geschehen in der Außenwelt zu beobachten. "Da die Augen nicht nur eine Art Kamera darstellen, sondern auch Ausdrucksorgane sind, kommt es zu einem gewissen Gedränge, einer spezifischen Fülle und Unruhe in den Augen, die bei entsprechender Kallibrierung* von außen beobachtbar ist."⁵⁰

Wichtig für die Erstellung der Diagnose ist die Nachforschung von Amnesien und Zeitlücken in der Lebensgeschichte der Betroffenen. Dies kann man durch gezieltes, direktes Fragen nach Zeitabschnitten in der Kindheit oder Schulzeit in denen die meisten Multiplen "Lücken" haben. Die gezielten Fragen sollten jedoch bedacht und nicht zu häufig gestellt werden, damit der Betroffene nicht das Gefühl bekommt ausgehorcht zu werden.

Eine andere Methode ist indirekt nach unbekanntem Kleidungsstücken im Schrank zu fragen; nach nicht bekannten Menschen, die einen angeblich kennen; nach "Aufwachsituationen" an Orten oder in Situationen, ohne das Wissen zu haben, wie man dorthin gelangt ist.

Die Verdachtsdiagnose kann durch bestimmte Tests entweder bestätigt oder entkräftet werden. Zu den aktuell gängigen Tests gehören:

* Feinabstimmung, hochkonzentriertes Beobachten, eine leichte Trance.

⁵⁰ Klein 1997, S. 14

- SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) von Steinberg,
- DES (Dissociative Experience Scale, dt.: FDS - Fragebogen zu dissoziativen Symptomen) von Carlson und Putnam (s. Anhang I),
- SDQ-20 und SDQ-5 (Somatoform Dissociation Questionnaire) von Nijenhuis, van Dijk, Vanderlinden und van der Hart (s. Anhang II).⁵¹

8.2 Diagnosekriterien

Die Kriterien für die DIS-Diagnose nach dem DSM-IV sind im Kapitel 3, Abschnitt 3.3 aufgeführt.

Beim DSM-IV handelt es sich um ein weltweit angewandtes Klassifikationssystem der psychischen Störungen, das die amerikanische psychiatrische Vereinigung APA (American Psychiatric Association) 1994 in der vierten Auflage herausgebracht hat (dt. Übersetzung 1996).

In Deutschland ist der ICD-10 (dt.: Internationale Klassifikation der Krankheiten) stärker verbreitet. Hierbei handelt es sich um ein Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, die um eine enge Abstimmung mit dem DSM-IV bemüht ist, die Genauigkeit und Klarheit des DSM-IV aber nicht erreicht. Die diagnostischen Kriterien für die DIS-Diagnose nach dem ICD-10 sind im Kapitel 3, Abschnitt 3.2 nachzulesen.

Die deutsche Sektion der ISSD (International Society for the Study of Dissociation), bei der es sich um eine internationale Organisation handelt, die sich mit der Diagnose, Therapie und Erforschung dissoziativer Störungen beschäftigt (Vgl. auch Kapitel 2), schlägt ein zusätzliches Kriterium zur Sicherheit vor. Es handelt sich um das **Kriterium D** des NIMH (National Institute for Mental Health):

"Die Diagnose MPD/DID kann nur dann gestellt werden, wenn zu mindestens zwei Zeitpunkten ein anderer Persönlichkeitsanteil vom Therapeuten angetroffen wurde. Der Bericht der Patientin über diese Anteile ist zur Diagnose allein nicht ausreichend."⁵²

8.3 Differentialdiagnose

DIS-Betroffene zeigen meist eine Vielzahl von Symptomen, die auf andere Störungen hinweisen. Die Kriterien für andere Diagnosen werden oft erfüllt. Hervorzuheben ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung, deren Kriterien oft fast oder ganz erfüllt werden.⁵³ Klein hält die Differentialdiagnose für "nicht unproblematisch" und tendiert zu Verlaufsdia gnose. Des Weiteren empfiehlt Klein zunächst unter Umständen eine „anhaltende posttraumatische Belastungsreaktion“ oder eine „dissoziative Identitätsstörung, nicht näher bezeichnet“, zu diagnostizieren und gegebenenfalls später zu einer MPS/DIS-Diagnose zu übergehen.⁵⁴

⁵¹ ebd.

⁵² ebd. S. 16

⁵³ Ross 1989

⁵⁴ Klein 1997, S. 16. f.

<i>Charakteristische Schizophreniesymptome:</i>	<i>Überlappende Symptome, die potentiell sowohl bei Schizophrenie, wie auch bei DID auftreten können:</i>	<i>Charakteristische DID-Symptome:</i>
In der Regel isolierte Symptome (SCID-D Schweregrad: keiner oder milde). Die Symptome treten im Kontext von bizarren Wahnvorstellungen oder anderen psychotischen Symptomen auf.	DISSOZIATIVE SYMPTOME	Wiederkehrende bis anhaltende Symptome (SCID-D Schweregrad: mäßig bis schwer). Die Symptome treten im Kontext der 'fünf dissoziativen Symptome' auf.
Mangelnder Sinn für die eigene Identität und für die Rolle in der Gesellschaft	IDENTITÄTSSTÖRUNG	Wiederkehrende und konsistente Veränderungen der eigenen Identität.
Andere Halluzinationen außer den Stimmen von 'Alter'-Persönlichkeiten. Diese werden vornehmlich außerhalb des Kopfes wahrgenommen.	AKUSTISCHE HALLUZINATIONEN UND INTERNE GESPRÄCHE	Die akustischen "Halluzinationen" spiegeln Dialoge zwischen 'Alter'-Persönlichkeiten. Diese Stimmen werden [überwiegend] im Kopf wahrgenommen. Sie werden oft als ähnlich wie Gedanken beschrieben.
Bizarre, paranoide und andere Wahnvorstellungen, die sich nicht auf 'Alter'-Persönlichkeiten beziehen. Bsp.: "Der CIA verfolgt mich." [..kann manchmal auch eine Entsprechung in der Realität haben.]	SCHNEIDER'SCHE SYMPTOME 1. UND 2. RANGES	Die wesentlichen [Wahn-] Vorstellungen beziehen sich auf den Glauben an mehrere Persönlichkeiten oder an andere körperliche Veränderungen, die repräsentativ für die verschiedenen 'Alters' sind.
Der Denkprozeß ist durch Inkohärenz oder deutliche Auflockerung der Assoziationen charakterisiert.	ANDERE PSYCHOTISCHE	Fehlt bei DID/MPD
Katatonisches Verhalten.	SYMPTOME	Fehlt bei DID/MPD
Chronisch verflachter Affekt.		Fehlt bei DID/MPD
Realitätsprüfung beschädigt.	REALITÄTSPRÜFUNG	Im wesentlichen intakte Realitätsprüfung. "Als ob" Beschreibungen der dissoziativen Symptome sind typisch.
".. sollte jemals ein depressives oder manisches Syndrom während eines schizophrenen Schubes bestanden haben, war die Gesamtdauer solcher Episoden vergleichsweise kurz zu der Gesamtdauer der Schübe und Residualphasen der Erkrankung (DSM-3R)."	KOMORBIDITÄT	Zusammen mit dem dissoziativen Syndrom kann ein voll ausgebildetes depressives oder manisches Syndrom bestehen.
"Das Funktionieren in Bereichen wie Arbeit, soziale Beziehungen und Selbstpflege ist deutlich unter dem Niveau, das vor der Erkrankung bestand (DSM-3R)."	VERSCHLECHTERTES FUNKTIONSNIVEAU	Alle Verschlechterungen des Funktionsniveaus sind in der Regel temporär. Es besteht die Möglichkeit, daß das prämorbid Niveau wieder erreicht wird.
"Die Anzeichen der Erkrankung bestehen kontinuierlich für mindestens 6 Monate (DSM-3R)."	ZEITLICHER VERLAUF DER SYMPTOME	Anzeichen der Störung können intermittierend auftreten. Sehr schnelle Veränderungen von Symptomen, Stimmung und Funktionsniveau sind möglich.

Tabelle 1: Schizophrenie und DIS im Vergleich der Symptomatik (nach STEINBERG), Klein 1997, S. 23.

Berichte von Stimmen oder dem Gefühl, kontrolliert oder beeinflusst zu werden, können von Therapeuten als Wahnphänomene oder Halluzinationen einer Schizophrenie oder Affektiven Störung mit psychotischen Zügen interpretiert werden. Die Unterscheidung, ob Symptome von Affektiver-, Angst- und Borderlinestörung lediglich einen Nebeneffekt der Dissoziativen Identitätsstörung darstellen oder ob diese Störungen gleichzeitig vorhanden sind, kann sehr schwierig sein. Das macht die Tabelle 1 deutlich.

9. Therapie

Eine Therapie bei der Dissoziativen Störung ist grundsätzlich schwierig und erstreckt sich fast immer über einen langen Zeitraum. Erklärbar ist dies durch das Erscheinungsbild der Multiplen Persönlichkeitsstörung: sie ist keine Störung mit Einzelsymptomatik. Wie im Kapitel 4 bereits beschrieben, ist sie durch die Gewalterfahrungen an viele andere Symptome wie Schlafstörungen, Verhaltensstörungen, Essstörungen, Angsterkrankungen, Selbstverletzungstendenzen etc. gekoppelt.

Gezielte und konsequente Hilfe kann lediglich ein erfahrener Traumatherapeut bieten. Vertrauen, Offenheit und viel Geduld sind nur einige der vielen Voraussetzungen, die beiderseits in die Therapie eingebracht werden müssen.

In Fachkreisen ist man über das Therapieziel oft ebenso uneinig, wie über die Diagnose. Während es umstritten ist, ob Heilung bedeuten würde alle Teilpersönlichkeiten zu einer einzigen Persönlichkeit verschmelzen zu lassen, so dient die Therapie in allen Fällen auf jeden Fall dazu: Sie soll es der Patientin/dem Patienten ermöglichen, das "tägliche Funktionieren" auf ein notwendiges Maß zu reduzieren und statt dessen "das Leben erlernen" - einfach nur leben. Welcher Weg nun im Einzelnen für jede Patientin/jeden Patient angemessen ist, kann nur in der fachgerechten Einzeltherapie festgesetzt werden.

Die Behandlung von Traumatisierten bedarf der Berücksichtigung verschiedener Faktoren. Bei Monotraumen ist von ausschlaggebender Bedeutung die möglichst frühe Intervention. Erst wenn die Patienten ein sicheres Gefühl der Kontrolle und der eigenen Steuerung, auch des dissoziativen „Abtauchens“ z.B. in Gestalt des sicheren Ortes, entwickelt haben, kann man sich der eigentlichen Traumaverarbeitung zuwenden. Bei der Arbeit mit Traumatisierten ist Stabilisierung außerordentlich wichtig.

Wird eine Traumabearbeitung begonnen, wenn noch Täterkontakt besteht oder das soziale Netz nicht trägt, besteht die Gefahr der Retraumatisierung in hohem Maße, weil durch die erschwerte äußere Lage Traumaäquivalente mobilisiert und durch die äußeren realen und phantasierten Gefahren verstärkt werden, und dem erwünschten Prozess zuwider laufen.

Bei schweren Traumata kann es erforderlich sein, sich den einzelnen Traumaabschnitten in mehreren Durchgängen zu nähern, dabei von entscheidender Bedeutung die stützende Begleitung, die Sicherheit sind. Bei Langzeittraumatisierten durch beispielsweise innerfamiliäre Gewalt mit oder ohne sexuelle Übergriffe und bei systematisch rituellmissbrauchten Personen, die nicht selten eine Multiple Persönlichkeit entwickeln, ist allerdings in der Anwendung des Verfahrens größte Vorsicht geboten, da sich hier aufgrund der spezifischen dissoziativen Abspeicherung von Traumaäquivalenten eine Überflutungssituation herstellen kann, die besonderer Begleitung und Ausbildung bedarf.

Eine Retraumatisierung durch situatives Wiedererleben des Traumas oder Verlust der äußeren Realität durch Auftreten eines Flashbacks ist unter allen Umständen zu vermeiden.

Der Umgang mit unter der Behandlung auftretender Dissoziation macht zusätzliche Techniken zur erneuten Stabilisierung notwendig. Bei schwer traumatisierten Menschen bedarf es einer langen Vorbereitung der Patienten und besonderer Stabilisierungstechniken, die den Patienten ermöglichen die Dissoziationen unter Kontrolle zu halten. Die Gefahr einer Retraumatisierung ist umso größer, je länger die Gewalteinwirkung gedauert hat und je schwerer die Misshandlungen bzw. die todesnahen Erfahrungen sind.

Viele Fachleute, die zum ersten Mal einen MPS-Patienten behandeln, haben die Befürchtung, entweder durch ihre Interventionen neue Persönlichkeiten zu schaffen oder die Störung zu verschlimmern. Diese Sorge tritt häufig nach den ersten Begegnungen mit alternierenden Persönlichkeiten auf.

In der Anfangsphase der Therapie werden daher sehr viele Persönlichkeiten sichtbar. Die Vielzahl der Persönlichkeiten schürt in Therapeuten oft die Sorge, dass sie durch ihre Einwirkung entstanden sind (iatrogen). Im weiteren Verlauf der Therapie zeigt sich jedoch, dass die Persönlichkeiten schon eine längere Geschichte haben und der Beginn ihrer Existenz lange vor Therapieanfang liegt.

Eine weitere Sorge der Therapeuten ist, für die Behandlung von MPS-Patienten nicht qualifiziert zu sein. Die wenigsten Fachleute sind ausgebildet für die Diagnose und Behandlung von Multiplen Persönlichkeitsstörung, und somit haben sie die Befürchtung, keine geeigneten Methoden und Techniken zu kennen. Putnam hält dies für unzutreffend und erklärt, dass die wichtigste Qualifikation zu guter Arbeit mit MPD-Patienten sei die Fähigkeit, gute Psychotherapie zu machen.⁵⁵

Wenn es für die Therapeuten nicht möglich ist mit MPS-Patienten kontinuierlich und dauerhaft zu arbeiten, sollten sie die Patienten besser an Kollegen überweisen. Denn Kontinuität und Zuverlässigkeit sind für MPS-Patienten sehr wichtig, da sie in einer wenig zusammenhängenden und stets unterbrochenen Welt leben. Die Behandlung von erwachsenen MPS-Patienten erfordert viel Zeit. Schätzungsweise dauert eine Behandlung drei bis fünf Jahre, genaue Untersuchungen liegen aber noch nicht vor.

Laut Huber sollte die Behandlungsform der Wahl eine ambulante, hochfrequente Einzelpsychotherapie sein und zwischen zwei und vier Stunden pro Woche in einer Beratungsstelle oder Praxis umfassen.⁵⁶

9.1 Therapieschritte

a) Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

Das wohl wichtigste in der Therapie der MPS-Patienten ist die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung, die nach Möglichkeit zu allen Persönlichkeiten gesucht werden sollte. Die Aufgabe der Therapeuten ist es, allen Persönlichkeiten gut zuzuhören, besonders den Kind-Persönlichkeiten.

Eine häufig vorkommende Übertragungssituation besteht darin, dass der Therapeut/ die Therapeutin für eine missbrauchende Elternfigur gehalten wird, da einige der Persönlichkeiten nicht zwischen ihren Erfahrungen und Beobachtungen unterscheiden können.

Diese falsche Wahrnehmung können die Therapeuten mit der Zeit durch ihre Haltung korrigieren. Empathie und Verfügbarkeit in Krisensituationen bilden ein Vertrauensverhältnis aus. Auch Kontinuität und Zuverlässigkeit sind von großer Bedeutung. Falls eine Sitzung nicht eingehalten werden kann, so sollte dies in einer Art mitgeteilt werden, die jeden Persönlichkeitsanteil erreicht und dass er es versteht. Multiple reagieren nämlich auf

⁵⁵ Putnam 2003

⁵⁶ Huber 1995

Zurückweisung sehr empfindlich und nehmen sie auch in Fällen wahr, in denen es nicht so gemeint war.

Fürsorge für den Klienten muss sich in einem respektvollen Umgang mit allen Persönlichkeitsanteilen ausdrücken. Ein entscheidender Punkt bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung ist der Umgang mit dem traumatischen Material aus der Vergangenheit. Es geht oft um unvorstellbare, unglaubliche Grausamkeiten. Wenn der/die Betroffene merkt, dass der Therapeut/die Therapeutin unfähig ist, dieses anzuhören und damit zu arbeiten, funktioniert die Arbeit nicht mehr.

b) Stellen, mitteilen der Diagnose und Akzeptanz der Diagnose bei Patienten

Wie im Kapitel 8 bereits ausführlich beschrieben, ist das Stellen der Diagnose schwierig und kann einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen. Die Diagnose sollte den Betroffenen erst dann mitgeteilt werden, wenn es ausreichend Gründe für die DIS/MPS – Diagnose gibt und wenn eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufgebaut werden konnte. In der Regel wird es bei PatientInnen Widerstände gegen die Diagnose geben, von einzelnen Persönlichkeiten oder dem gesamten Persönlichkeitssystem. Das Akzeptieren der Diagnose ist ein Prozess, der sich durch die gesamte Dauer der Therapie ziehen kann.⁵⁷

c) Kennenlernen der Persönlichkeiten

Hierzu ist es notwendig, mit jeder Persönlichkeit bzw. jedem Persönlichkeitsfragment einzeln zu kommunizieren, soweit dies möglich ist.

d) Persönliche Geschichte erfassen

In der Kommunikation mit den einzelnen Persönlichkeiten können Informationen gesammelt werden über Namen, Zeitpunkt und Umstände der Entstehung, sowie Aufgabe und Stellung im Persönlichkeitssystem.

Lücken in der persönlichen Geschichte, die im Verlauf der Therapie auftauchen, können möglicherweise auf das Vorhandensein weiterer Persönlichkeiten schließen. In dieser Phase liegt das Schwergewicht auf Techniken, die schrittweise integrierende Einsichten in die Lebensgeschichte zulassen. Als hilfreiche Techniken nennt Goodwin z. B.:

- physische Symptome und Anzeichen,
- Interviews mit Verwandten,
- Erzählen,
- Tagebuch,
- Gruppentherapie,
- Umgang mit Angst und Regression,
- Hypnose,
- Einsatz von Lesestoff oder Filmen,
- Kunst-Therapie.⁵⁸

e) Therapeutische Vereinbarungen treffen

⁵⁷ ebd.

⁵⁸ Goodwin 1993, in: Lanzel 1994

Das Ausarbeiten möglichst schriftlicher therapeutischer Vereinbarungen ist von großer Wichtigkeit in der Therapie Multipler Persönlichkeiten. Inhalte dieser Vereinbarungen sind besonders Ziele, Dauer, Schritte und Grenzen der Therapie, Kontrolle von zerstörerischem Verhalten, Selbst- und Fremdgefährdung sowie Konsequenzen bei Nichteinhalten der Vereinbarungen. Vereinbarungen sollten das gesamte Persönlichkeitssystem erfassen, für einen bestimmten Zeitraum gelten und neu verhandelbar sein können.

f) Kartografieren des Persönlichkeitssystems

Erstellung von Karten oder Schemata des Persönlichkeitssystems der Betroffenen sind eine große Hilfe zum Verständnis von Aufbau, Organisation, Konstellationen und Funktionsverteilung des Persönlichkeitssystems. Dies ist ein Prozess. Karten oder Schemata können sich mit der Zeit verändern, wenn neue Persönlichkeiten entdeckt werden, Konstellationen sich ändern oder Integrationen stattfinden.

g) Entwicklung interner Kommunikation und Kooperation

Auch dies ist ein Prozess, der sich über die gesamte Therapie erstrecken kann. Durch die Entwicklung der Kommunikation zwischen den Persönlichkeiten können Informationen über Erinnerungen und Bedürfnisse einzelner Persönlichkeiten dem gesamten System zugänglich gemacht werden. Wenn weiterhin Kooperation bei gemeinsamen Zielen, Prozesse interner Entscheidungsfindung sowie eine Fähigkeit zur Kontrolle des Umschaltprozesses gefördert und entwickelt werden können, wird durch diesen Prozess die Notwendigkeit der vorherigen Trennung reduziert und so eine mögliche Integration vorbereitet.

h) Aufdecken und Abreagieren von Erinnerungen

Das Aufdecken und Abreagieren traumatischer Erinnerungen ist eine der Hauptaufgaben der Therapie. Da das nochmalige Erleben der traumatischen Situation meist extrem schmerzhaft ist, sollten stabilisierende Anteile der Therapie schon vorausgegangen sein, ansonsten ist die Wahrscheinlichkeit zu groß, dass die Multiple Persönlichkeit dissoziativ reagiert und die Abreaktion ohne therapeutischen Wert bleibt. Besonders bei diesem Teil der Therapie kann Hypnose ein wertvolles therapeutisches Mittel sein.

i) Integration/Fusion

Einer endgültigen Integration, die alle Persönlichkeiten mit einschließt, gehen meist mehrere partielle Integrationen voraus, die nur einen bestimmten Teil des Persönlichkeitssystems erfassen. Integration ist nur mit Zustimmung der beteiligten Persönlichkeiten möglich. Auch nach einer endgültigen Integration muss mit Rückfällen gerechnet werden. Gründe hierfür können beispielsweise vorzeitige Integrationen unter externen Druck gegen den Willen der Persönlichkeiten sein, Integrationen von Persönlichkeiten, die Teil einer Gruppe von Persönlichkeiten waren oder Integrationen ohne das Wissen um weitere Schichten von Persönlichkeiten. PatientInnen und TherapeutInnen sollten auf die Möglichkeit von Rückfällen vorbereitet sein.

j) Postintegrative Arbeit

Selbst wenn eine Integration erreicht werden sollte, ist dies nur ein Schritt in der Therapie. Auch nach der Integration bleibt noch viel Arbeit. Hierzu gehört Trauerarbeit um nicht mehr vorhandene Persönlichkeiten. Das Erlernen von neuen, nicht dissoziativen

Bewältigungsstrategien, Anpassung an neue Gefühle und Erinnerungen, Akzeptanz von ambivalenten Bedürfnissen sowie das Durchsprechen von Zukunftsplänen.

9.2 Therapieziel

Das subjektive Wohlbefinden des Patienten zu optimieren sollte immer ein Ziel einer jeden Therapie sein. Eine vollständige Integration bzw. Fusion zu einem einzigen, ganzheitlichen "Ich" ist zwar ein wünschenswertes Ziel, aber nicht alleinige Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie. Viele Multiple brechen die Therapie noch vor einer vollständigen Integration ab, weil sie es nicht mehr ertragen können, während der Therapie die traumatischen Erlebnisse ihrer Kindheit noch einmal zu durchleben, oder weil Persönlichkeiten fürchten, Integration komme dem Tod gleich. Durch eine Integration geht nichts verloren, sondern alle Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und Fähigkeiten bleiben in der vollständigen Person erhalten. Es gibt aber auch Fälle, in denen PatientIn und TherapeutIn sich gegen eine vollständige Integration entscheiden.

Huber sieht als wesentliches Therapieziel die "Co-Bewusstheit" an. Co-Bewusstheit bedeutet, dass eine Persönlichkeit von der anderen weiß, mitbekommt, wie sie denkt, fühlt und handelt. Sie tritt ein, wenn die amnestischen Barrieren verschwinden. Die Personen bleiben bei Co-Bewusstheit zunächst noch getrennt, können aber ihre Aufmerksamkeit aufeinander richten. Dieser Zustand ist das Vorstadium zur Integration und Fusion. Bei der Integration tun sich zwei Persönlichkeiten zusammen, die eine spürt, wie es der anderen geht, sie lernt deren Erinnerungen kennen und bekommt zunehmend das Gefühl, sie selber erlebt zu haben. Bei der Fusion verschmelzen die Persönlichkeiten schließlich, wie es den Persönlichkeitsanteilen in ihrer Funktion im System entspricht. Entscheidend ist für Huber, dass die Betroffenen am Ende der Therapie die wichtigsten "Innenpersonen" mit den wichtigsten Gefühlen und Erinnerungen kennen gelernt haben.⁵⁹

Es ist also von großer Wichtigkeit, einen stabilen Zustand hinsichtlich der Absichten und Motivationen zu erreichen, und somit das Chaos, das aus der inneren Zerrissenheit erfolgt, zu beenden.

9.3 Heilungschancen

Es besteht bei Therapeuten eine Übereinstimmung darin, dass die Behandlung und Auseinandersetzung mit traumabedingten Störungen mühevoll und langwierig sein kann, aber lebensnotwendig für die Betroffenen ist.

Nach Kleins Auffassung liegt eine Heilung oder Besserung in folgenden Punkten:

- a) heilsame Erinnerung,
- b) heilsame, d.h. verlässliche, vertrauensvolle Beziehungen,
- c) Vervollständigung lebenspraktischer Fähigkeiten (eine Art Nachreifung),
- d) Wiederbeheimatung im eigenen Körper,
- e) schrittweise Entwicklung einer Art von erdiger, nicht-esoterischer Spiritualität.⁶⁰

⁵⁹ Huber 1995

⁶⁰ Klein 1997

Dies beinhaltet für Klein, dass eine erfolgreiche Therapie traumabedingter Störungen nicht methodenrein geleistet werden kann. Er ist der Meinung, dass die Psychotherapie in Punkt „a“ wirksam von körperbezogenen Techniken ergänzt werden kann. Punkt „b“ sollte für die therapeutische Beziehung gelten. Dies nicht auf Dauer und nicht allein. Private Bindungen sind ebenso wichtig. Punkt „c“ könnte von der Verhaltenstherapie abgedeckt werden. Für Punkt „d“ kämen Methoden wie Yoga, progressive Entspannung, Massage in Frage. Für „e“ bieten sich sinnorientierte Therapien (z. B. Logotherapie, Existenzanalyse) und seelsorgerische und meditative Angebote an.⁶¹

In der Regel bleiben bei den Betroffenen „Narben der Gewalt“ zurück. Nach einer erfolgreichen Therapie können die Betroffenen trotzdem ein gutes Leben führen.

10. Leben als Multiple Persönlichkeit

Das ist ein Erfahrungsbericht einer Frau (Martha, 27 Jahre, Ärztin) mit Multipler Persönlichkeitsstörung. Sie ist das, was die Fachwelt einen **Host** nennt. In ihrem Inneren «wohnen» verschiedene Identitäten. Marthas Geschichte wurde aufgezeichnet von Astrid Krüger.⁶²

Marthas Lebensgeschichte (erzählt Peter, ein anderer Teil ihrer Persönlichkeit):

„Bereits die Mutter unseres Erzeugers war mit großer Wahrscheinlichkeit multipel... Es gibt genug Erzählungen über wechselnde Stimme, wechselnde Augenfarbe, wechselndes Verhalten. Ihr vierter Suizidversuch war schließlich erfolgreich. Gearbeitet hat sie offiziell als «Haushälterin» in einem Bordell. Ob der Alte (unser Erzeuger) darüber die Kontakte hatte oder es andere Zusammenhänge gab, wissen wir nicht. Jedenfalls fing er selbst mit dem Missbrauch an, als wir zirka ein Jahr alt waren Er hatte ja auch freie Hand, weil unsere Alte das Geld verdient und er uns zu Hause «versorgt» hat. Wie wir von den Kleinen wissen, hat er uns anfänglich, nur an bestimmten Stellen berührt.

Als wir laufen konnten, nahm er uns mit zu H.; H. war der Drahtzieher (das hat uns «Ghost» - so nennen wir ihn, denn seinen Namen gibt er nicht preis - einmal ungewollt verraten). Der hat Treffen mit Gleichgesinnten organisiert. Die fanden an unterschiedlichen Orten statt. Mal in Hotels, (manche von uns haben heute noch ein Problem damit, dort zu übernachten), mal in verschiedenen Wohnungen. Der Ablauf war immer gleich. Unser Alter gab uns an der Tür ab und ging, um uns ein paar Stunden später wieder abzuholen.

Es waren auch andere Kinder da. Manchmal holten sich die Typen einfach nur einen runter, während wir Kinder dazu angehalten wurden, uns gegenseitig was reinzustecken und so was. Manche standen auf Lolitas, manche auf Hardcore. Wir waren gut, wir hatten für jeden Wunsch eine Person, die das konnte. Ghost war derjenige, der drauf abgerichtet war, anderen Kindern weh zu tun.

⁶¹ ebd.

⁶² Astrid Krüger ist freie Journalistin. Sie lebt und arbeitet in Bonn. <http://home.t-online.de/home/astrid-krueger-linkliste/schwerpunkte/texte/multi.htm>

Nach dem, was wir bis jetzt wissen, hat H. das bewusst herbeigeführt. Der wusste, wie er das schaffte und wie man Kinder zum Dissoziieren bringt. Ghost hat uns immer erzählt, dass er mal sein Nachfolger sein würde, weil er so schön hart sei und nicht so ein Weichling oder eine Nutte wie die anderen. Der hat bis heute nicht begriffen, dass er mit diesen Weichlingen und Nutten in einem Körper fest sitzt.

Verletzungen wurden noch vor Ort von H. versorgt. Und H. hatte noch eine andere Spezialität: Versteckte Kameras. Der hat eine umfangreiche Filmsammlung angelegt. Ob nur zur Erpressung und Absicherung oder auch für den «Filmmarkt», wissen wir nicht. Wir vermuten, dass unser Alter auch mal Kunde bei H. war und der ihn so dazu gebracht hat, uns dort abzuliefern.

Als der Körper sechs Jahre alt war, sind wir dort weggezogen. Danach gab es von H. bei seltenen Besuchen nur noch das Auffrischen der Schweigeprogramme. Ansonsten hatten wir es nur noch mit dem Alten zu tun. Der ließ das endlich, als wir mit neun Jahren eine schwere Verletzung erlitten und zum Arzt mussten. Der Hausarzt hat zwar nicht geholfen, sondern lediglich Kamillesitzbäder verordnet. Aber es reichte, um dem Alten genug Angst zu machen. In dieser Zeit ist Tina entstanden. Tina war ursprünglich dafür da, die Prügeleien von unserer Alten (Erzeugerin) auszuhalten. War eigentlich harmlos (so Nasenbluten und Platzwunden, ist echt nichts besonderes), aber es reichte, um Martha aus dem Konzept zu bringen. Und das war nicht gut. Die musste funktionieren, damit niemand etwas merkte.

Martha ist entstanden, als der Körper vier Jahre alt war. Wir brauchten jemanden, der das allgemeine Chaos zu Hause aushalten und trotzdem noch funktionieren konnte. Nina konnte und kann das nicht. Die hat nur die guten Erinnerungen (die gabs auch). Wir hatten alle bestimmte Aufgaben. Femme beispielsweise war eine Klasse-Lolita. Ich (Peter) konnte den stärksten Hardcore aushalten, ohne dass es mir etwas ausmachte. Stella weinte, wenn die das wollten, etwas, was ich nicht kann. Und so geht das weiter. «Die Stimme» ist praktisch körperlos. Wir nennen sie auch «Die Diva», weil sie im Hier immer nur kurze, aber sehr einprägsame Auftritte hat, eben wie eine Diva.

Das Milieu, in dem wir aufwuchsen, war sonst ein klassisches Arbeitermilieu. Unsere Alte war Köchin, der Alte Taxi-Fahrer. Was wir der Alten wohl zugute halten müssen, ist, dass es nie eine Diskussion darum gab, dass Martha Abi machen und studieren würde. War die Basis, um da raus zu kommen. Die Erzeugerin ist übrigens immer noch bei dem Alten, obwohl sie sich an die Verletzung damals erinnert und sagt, sie würde uns glauben.

Und unser Bruder? Der war früher sehr wichtig. Wenn der da war, waren wir sicher. Der schleppt seine heute fünf Jahre alte Tochter weiter zu dem Alten und meint, er könne der doch den Kontakt zu den Großeltern nicht unterbinden.

Nach außen sah das alles weitgehend «normal» aus. Ach ja, da gab es noch eine Tante, der hat eine von den Kleinen mal davon erzählt, dass «der Papa immer sagt, dass sie Geld verschlucken würde und er das da hinten rausholen müsse, sie aber doch gar kein Geld verschlucken würde». Die Tante hat nichts gemacht. Selbst dann nicht, als sie von der Verletzung erfahren hat.

Der Alte heute? Angesehenes Partei-Mitglied in seinem Dorf. Den finden alle nett, so hilfsbereit. Genugtuung ist, dass er wohl langsam an seiner Leberzirrhose krepieren wird, die er sich nicht durch Alk, sondern durch Hepatitis B und C eingefangen hat.“

Wie ich zur Therapie gekommen bin (erzählt von Martha):

„Na ja, ich bin ja nicht blöd. Wenn man ca. 100 Kilo wiegt, obwohl man pro Monat Lebensmittel für ca. 1000 Mark erbricht, stimmt was nicht. Mal abgesehen von meiner depressiven Stimmungslage, dem Gefühl, mit anderen nicht klarzukommen etc. Also habe ich mich an eine Psychosomatik-Klinik gewandt und dort acht Wochen stationäre Gruppentherapie gemacht.

Als dort die ersten Flashs kamen und ich tatsächlich auch noch versuchte, das in der Gruppe zu thematisieren, wurde ich komplett ignoriert (wie damals wohl unsere Kleine, die der Tante vom Alten erzählte). Weitergemacht habe ich nicht, da «alle anderen viel stärker eingeschränkt waren», so mit Angst, nicht Autofahren zu können, Angst vor Prüfungen, Angst, einkaufen zu gehen. Das waren alles Dinge, die ich konnte.

Funktioniert hatte ich bis dahin immer. Ach ja, natürlich hatte ich niemandem von den zwei bis sechs Ess-Brechanfällen pro Tag berichtet. War auch kein Problem, das dort geheim zu halten. Ich war dort wegen «Adipositas».

Ja, und dann? Es wurde ja nicht besser und das mit dem Gewicht sah ich schon als Problem. Beim Rest dachte ich immer, dass ich mich nur anstellen würde und mich einfach mehr zusammen reißen müsste. Also habe ich einen zweiten Anlauf gemacht: ambulante Gesprächstherapie, tiefenpsychologisch fundiert. War eine nette Frau und es reichte vollkommen aus für Flashs, Alpträume etc. Ich schrieb auch immer auf, was mir so auffiel an Träumen und so. Bloß, dass ich es immer «vergaß» dann mitzubringen.

Merkwürdigerweise befanden sich die Schriftstücke auch dann nicht in meiner Tasche, wenn ich sie selbst vorher dorthin gepackt hatte. Hatte wohl jemand fein säuberlich entfernt. Ja und als das alles zu dicht wurde, nahm ich die erstbeste Gelegenheit wahr, diese Therapie abzubrechen. **Flashs, Selbstverletzung und Suizidgedanken.**

Ein halbes Jahr später hatte ich meine erste Beziehung, die länger als drei Wochen halten sollte - trotz Intimität. Klar hatte ich mich öfter in fremden Betten wiedergefunden, aber das immer auf meine «Verdorbenheit» zurückgeführt. Gedanken darüber, wie ich da überhaupt erst reingelangt war, machte ich mir damals nicht.

Diese Beziehung war etwas anderes. Eigentlich ein Versehen, denn ursprünglich hatte ich O. nur gebeten, mich zum Schein zur Hochzeit meines Bruders zu begleiten, weil ich es leid war, die nervenden Fragen der Verwandten zu beantworten. Daraus wurden immerhin zwei Jahre. Davon waren 23 Monate durch zunehmende Symptome geprägt: Panikattacken, Schlafen nur noch bei Licht, irgendwann keine Intimität mehr, Alpträume, Flashs tagsüber, Selbstverletzung (damals noch ohne Rasierklingen), depressive Verstimmung, suizidale Gedanken, schwerste Konzentrationsstörungen usw. Immer dann, wenn bei mir eine Ahnung hochkam wegen der Flashs, sagte ich mir, dass ich spinne, an so etwas müsste ich mich doch erinnern.

Dann habe ich ein Praktikum in der Psychiatrie gemacht. Eine der Patientinnen dort hatte einen psychogenen Anfall. Hinterher sagte der Stationsarzt zu mir: «Wenn Sie mehr zu dem Thema wissen möchten, ich kann Ihnen ein Buch empfehlen: 'Seelenmord' von Ursula Wirtz.»

Mir wurde schwindlig. Ich hatte das Gefühl, gleich umzukippen und dachte nur noch: «Woher weiß der das? Sieht man mir das an?» Tatsache ist, dass dieser Arzt das Buch damals fast

jedem empfahl. Ich besorgte mir das Buch, las es. Darin gab es eine Liste von Symptomen und es stand darin, «wenn sie mehr als vier Symptome haben, ist ein Missbrauch in der Kindheit wahrscheinlich». Mir fehlten zwei von 15 oder 17 Symptomen.

Die folgenden zwei Monate verbrachte ich damit, mich zum Supermarkt zu bewegen, einzukaufen, zu fressen, zu brechen und trotzdem 20 Kilo zuzunehmen. Erspartes hatte ich danach nicht mehr. Dann fasste ich endlich den Mut, zum Telefonhörer zu greifen, diesen Stationsarzt anzurufen und nach einem guten Therapeuten für posttraumatische Störungen zu fragen. Dieser Stationsarzt ist seitdem unser Therapeut. Er wollte sich gerade niederlassen. Es ging gerade noch so, da ich ihn nur drei Tage sehr flüchtig hatte kennen lernen dürfen. Etwas länger und die Grenzen wären zu sehr verwischt gewesen. Aber so reichte es, um das nötige Vertrauen zu haben, damit überhaupt zu einem männlichen Therapeuten zu gehen.

Bereits im ersten Jahr der Therapie tauchten die anderen vermehrt auf. In der Therapie selbst aber nur verdeckt, nicht offen: Als es dann crashte und wir hochsuizidal in die Klinik gingen, tauchten sie dort auch konkret auf. Es wurden sogar einige der Namen von uns genannt. In unseren Tagebuchaufzeichnungen, die der dortige Stationsarzt kopierte, waren sehr deutlich die unterschiedlichen Handschriften zu sehen. Aber niemand dort nahm es wahr.

Es folgte eine Phase, in der ich mich erst mal stabilisieren und mein Studium zu Ende bringen musste. Irgendwie schaffte ich es und ich dachte sogar schon, na, noch ein paar Monate und dann Schluss. Hatte manchmal gar keine Lust, überhaupt die Zeit aufzuwenden, zu unserem Therapeuten zu gehen. Was mich stutzig werden ließ, war die Tatsache, dass die Essstörung einfach nicht weggehen wollte und dann riss mir plötzlich nachts im Schlaf ein Muskel im Rücken.

Nun bearbeitete mich unser Therapeut, doch mal mit EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Behandlungsmethode aus der Psychotraumatologie, Anm. der Verfasserin), um zu gucken, ob nicht noch irgendwo etwas hängen würde. Sechs Monate später war ich einverstanden.

Nach der ersten EMDR-Sitzung bekam ich Tina erstmals mit. Sie haute mit dem Handgelenk so lange gegen ein Treppengeländer, bis das Gelenk fast doppelt so dick war und das Treppengeländer eine Delle hatte. Damals wurde sie noch tasmanischer Teufel genannt. Ihren Namen kannte ich nicht. Ich war ziemlich entsetzt.

Nebenher arbeitete ich nach Abschluss meines Studiums ganztags als Ärztin. Unser Therapeut meinte schließlich, noch ein paar EMDR-Sitzungen, um da möglichst schnell durchzukommen. Okay, noch ein paar EMDR-Sitzungen weiter war eine von den Kleinen nicht mehr zu übersehen und ein paar weitere Sitzungen und er bekam von Tina eins verpasst. Ich war völlig fertig. Suizidal wie seit Ewigkeiten nicht mehr. Also nahm ich eine Woche Urlaub, um in die Klinik zu gehen. Das reichte aber, um einen ersten Handel mit den anderen zu schließen: «Ihr lasst mich arbeiten und dafür macht ihr den Rest der Zeit, was ihr wollt».

Tja, so habe ich den Haufen kennen gelernt. Anfangs bildete ich mir noch ein, zumindest immer zu wissen, was so passierte. Das musste ich inzwischen aufgeben. Das mitzubekommen hat mich völlig panisch werden lassen. So als Kontrollfreak. Das geht inzwischen auch. Eigentlich genauso viel Hilfe auf diesem Weg wie unser Therapeut, der sich beständig weiterentwickelt hat, brachte der Austausch mit anderen Betroffenen, nicht zuletzt über das Internet.“

Wie geht es weiter mit Martha & Co.? (von Martha erzählt):

„Unser Therapeut sieht unsere Prognose recht günstig. Gemessen daran, wann die Diagnose erstmals gestellt wurde (vor eineinhalb Jahren) sind wir ziemlich weit. Außerdem erfüllen wir die Kriterien für günstige Prognosen. Immer pünktlich zu den Terminen, immer an Absprachen gehalten, stabile äußere Lebensumstände (Abgeschlossenes Studium, fester Job und so), inzwischen auch ein gutes soziales Netz, so dass wir außer ihm noch andere Bezugspersonen in Krisen haben. Was noch fehlt ist wohl ein Lebensabschnittsbegleiter, aber auch da bahnt sich gerade etwas an.

Ich schätze noch zwei bis drei Jahre Therapie, wenn nichts Unerwartetes dazwischen kommt. Der Therapieverlauf ist nicht so schön strukturiert, wie sich das in der Literatur findet. Alle Phasen finden abwechselnd, zum Teil gleichzeitig statt. So habe ich beispielsweise schon einen Grossteil Trauerarbeit in bezug auf meine Eltern gemacht. Das war auch notwendig, damit ich mich emotional abnabeln konnte. Gleichzeitig nehmen «neue» Leute, d.h., welche, die noch keinen direkten Kontakt zu unserem Therapeuten hatten, erstmals Kontakt auf, also Beziehungsaufbau. Andere üben untereinander zu kommunizieren und zu kooperieren. Gleichzeitig gibt es immer wieder kleine Sequenzen von Traumabearbeitung -- bis jetzt an einzelnen Szenen und mit kleineren Gruppen von Innenpersonen, also die, die direkt betroffen sind.

Dazu nutzen wir EMDR, aber in einer etwas abgewandelten Form. Nicht so, wie es in der Grundausbildung EMDR gelehrt wird. Ich bin normalerweise nicht dabei, weil ich es zwar durchaus verkrafte, hinterher zu lesen, was die anderen dazu aufschreiben und so ein formales Wissen darüber besitze, was den anderen und diesem Körper angetan wurde. Ich habe aber Mühe, stabil zu bleiben, wenn ich direkt dabei bin. Deshalb haben die anderen beschlossen, zunächst ohne mich Traumabearbeitung zu machen, so dass sie erst einmal mit dem Kram besser umgehen können und mich -- sollte ich einbezogen werden -- besser unterstützen können. Mein Job war und ist eben «das normale Leben». Das soll nicht gefährdet werden.

Neben den ein- bis zweiwöchentlichen Terminen (öfter geht es nicht) arbeiten wir sehr viel intern, beispielsweise, indem hier Leute Lösungsmöglichkeiten für interne Probleme erarbeiten, mit Freunden reden etc. Hilfreich ist der Kontakt zu anderen Multis, weil die manchmal schon Lösungen für ähnliche Probleme erarbeitet haben und so gute Impulse setzen können. Außerdem tut es gut, auch ohne große Worte verstanden zu werden.

Wobei es eine Einschränkung gibt: Wir haben Probleme mit Multis, die zu sehr auf ihren sekundären Krankheitsgewinn pochen (ich kann grad nicht saugen, weil ich multipel bin). So etwas haben wir nie haben wollen, werden wir nie wollen. Das einzige, was uns sehr gelegen käme, wäre eine Verlängerung der Tageszeit von 24 auf 48 oder besser 72 Stunden, weil einfach die Zeit fehlt, dass alle gleichermaßen ihren Interessen nachgehen können.

So würde Tina gern mehr mit Computer und Technik machen, Stella noch freie Kunst studieren. Peter möchte gerne seine philosophischen Texte lesen. Die Kleinen möchten alle möglichen Spiele machen, Bogenschiessen, Karate und so etwas. Das klappt leider nicht neben einem Fulltime-Job im Krankenhaus.“

11. Fazit

Während unserer Arbeit haben wir festgestellt, dass in den letzten Jahren viele Fortschritte in der Forschung gemacht wurden. Man weiß inzwischen mehr über die Multiple

Persönlichkeitsstörung, als noch vor zehn Jahren. Trotzdem besteht, besonders im deutschen Raum, ein großer Nachholbedarf. Die Multiple Persönlichkeitsstörung wurde in der letzten Zeit sehr oft zum Modethema gemacht und verstärkt von den Medien aufgegriffen. Es handelt sich nicht immer um positive Veröffentlichungen. Viel mehr finden sich reißerische, unrealistische Darstellungen, die ein falsches Bild von der Problematik der MPS-Betroffenen vermitteln und negative Einstellungen in der Öffentlichkeit schüren.

Eine derartige Aufbereitung der Thematik arbeitet in mindestens zwei Aspekten gegen die Betroffenen: zum einen werden Multiple als mehrköpfige Monster dargestellt oder wie "Jekyll & Hyde", was zu Angst und Abwehr der Betroffenen führt, zum anderen - dies gilt insbesondere für Fachleute - ist die Darstellung so unglaubwürdig, dass die Bereitschaft sich mit dem Thema seriös auseinander zu setzen sehr gering wird. Damit werden die Erforschung des Themas und die Bereitstellung von Hilfsangeboten minimiert.

Die Betroffenen werden oft fehldiagnostiziert, häufig mit Schizophrenie etikettiert und mit Psychopharmaka ruhig gestellt, was die Aufarbeitung der Traumata verhindert. Therapieplätze bei Therapeuten, die mit Multiplen arbeiten, sind selten. Dies führt dazu, dass Multiple - wie bereits in ihrer Kindheit - allein gelassen werden mit ihren vielfältigen Schwierigkeiten.

Die Verbesserung ihrer Lebensqualität sollte daher oberstes Ziel sein.

12. Literaturverzeichnis

- Clauß, G., Fachlexikon A B C Psychologie, Harri Deutsch, Frankfurt/Main, 1995.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., (Hrsg.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD- 10 Kapitel V (F), 4. Aufl., Huber, Bern, 2000.
- Fiedler, P., Dissoziative Identitätsstörung, multiple Persönlichkeit und sexueller Missbrauch in der Kindheit, in: Amman, G., Wipplinger, R. (Hrsg.), Sexueller Missbrauch: Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie – Ein Handbuch, S. 217-234, dgvt-Verlag, Tübingen, 1997.
- Fiedler, P., Mundt, C., Dissoziative Störungen, vorgetäuschte Störungen und Störungen der Impulskontrolle, in: Hahlweg, K., Ehlers, A. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie 2 Klinische Psychologie, Band 2 Psychische Störungen und ihre Behandlungen, S. 355-389, Hogrefe, Göttingen, 1997.
- Freud, S., (1885), Studien über Hysterie. GW Bd.1 Fischer, Frankfurt/Main, 1966.
- Fröhlich, W. D., Drever, J., Wörterbuch zur Psychologie, DTV, München, 1994.
- Hoffmann, S. O., Die Dissoziation - Neue Aktualität für ein altes klinisches Konzept. in: Kockott, G., Möller, H.J. (Hrsg.): Sichtweisen der Psychiatrie (16-24) Zuckschwerdt, München, 1994.
- Hacking, I.: Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne, Carl Hanser Verlag, München, 1996.
- Huber, M., Multiple Persönlichkeiten: Überlebende extremer Gewalt, Fischer, Frankfurt/Main, 1995.
- Janet, P., L'Automatisme psychologique. Felix Alcan, Paris, 1889. New Edition: Société Pierre Janet, Paris, 1973.
- Klein, R., Leben im "Grenzland": Borderline-Syndrom, multiple Persönlichkeiten (DID) und die Bedeutung traumatischer Erfahrungen, Schriftenreihe des IAG, Bochum, 1997.
- Krüger, A., Multiple Persönlichkeiten, in: intra, Heft 44, 2000, unter: <http://home.t-online.de/home/astrid-krueger-linkliste/schwerpunkte/texte/multi.htm>.
- Lanzel, H., MPS-Info-Brief Nr.3, Bremen, 1994.
- Modestin, J., Multiple Personality Disorder in Switzerland, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 149, 1992, S. 88-92.
- Overkamp, B., Hofmann, A., Huber, M., Dammann, G., Dissoziative Identitätsstörung (DIS) - eine Persönlichkeitsstörung? Stand 1998, unter: <http://www.dissoc.de/issd/issd37.htm>.
- Pfeifer, S., Brenner, L., Spengler, W., Störung mit multipler Persönlichkeit. Nervenarzt 65, 1994, S. 623-627.

Putnam, F. W., Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS), Junfermann, Padeborn, 2003.

Ross, C. A., Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment, Wiley, New York, 1989.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, Hogrefe, Göttingen, 1996.

Trube-Becker, E., Mißbrauchte Kinder. Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung, Heidelberg: Kriminalistik 1992.

Internetadressen zum Thema MPS/DIS

<http://www.issd.org> (*International Society for the Study of Dissociation*)

<http://www.dissoc.de/issd/> (*International Society for the Study of Dissociation, Deutsche Sektion*)

<http://www.istss.org> (*International Society for Traumatic Stress Studies*)

<http://www.dissoc.de>, <http://www.trauma-pages.com> (*Trauma und Dissoziation*)

<http://www.dissoziation.de>, <http://www.mps-treff.de>, <http://www.multiseiten.de>,
<http://lichtstrahlen.opfernetz.de>, <http://www.diss-tanz.de> (*Selbsthilfe*)

www.traumhaus-bielefeld.de (*Informationen über Therapien*)

<http://psychotraumazentrum.bei.t-online.de> (*Psychotraumazentrum Niedersachsen*)

Anhang I

FDS

Dieser Fragebogen besteht aus 44 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben. Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer. Beispiel:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

1. Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, dass sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie jemanden zuhören und plötzlich erkennen, dass sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

4. Einige Menschen stellen manchmal fest, Kleidungsstücke zu tragen ohne sich daran zu erinnern, diese angezogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

5. Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen, blind auf einem oder beiden Augen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachteten sie die Welt durch einen Schleier, so dass Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen fühlen sich wie ein Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

9. Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

10. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

11. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sich tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

12. Einige Menschen glauben manchmal, dass in ihrem Innern eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

13. Einige Menschen haben gelegentlich Probleme mit dem Hören (z.B. lästige Ohrgeräusche, taub auf einem oder beiden Ohren), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

14. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie plötzlich heiser sind oder gar nicht mehr sprechen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

15. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sich (plötzlich) ihre Handschrift vollkommen verändert. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

16. Einige Menschen sind sich gelegentlich nicht sicher, ob Ereignisse, an die sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob sie diese lediglich geträumt haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

17. Einige Menschen bemerken zuweilen, dass sie beim Fernsehen oder Anschauen eines Films so in der Geschichte aufgehen, dass sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht wahrnehmen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

18. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

19. Einige Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren persönlichen Gegenständen, die von ihnen stammen, an deren Anfertigung sie sich jedoch nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

20. Einige Menschen stellen zeitweise fest, dass sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, dass sie den Eindruck haben, diese geschähen wirklich. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

21. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

22. Einige Menschen stellen zuweilen fest, dass sie sich nicht an wichtige Ereignisse in ihrem Leben erinnern können, wie z.B. an eine Hochzeit oder an eine Schulabschlussfeier. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

23. Einige Menschen spüren manchmal Körperteile nicht mehr oder erleben eigenartige Gefühle wie z.B. Brennen, Kribbeln oder Taubheit, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

24. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie für Stunden oder Tage ihre gewohnte Umgebung verlassen, ohne den Grund oder Anlass dafür zu wissen (ohne sich daran erinnern zu können, aus welchem Grund oder Anlass sie dies getan haben). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

25. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass ihre Beine oder Arme sehr schwach sind oder sie ihre Gliedmaßen gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

26. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass man ihnen vorwirft zu lügen, obwohl sie selbst der festen Überzeugung sind, nicht gelogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

27. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

28. Einige Menschen bemerken manchmal, dass sie fähig sind, Schmerzen zu ignorieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

29. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie ihre Bewegungen nicht mehr koordinieren und kontrollieren können (z.B. greifen sie daneben), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

30. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

31. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sich ihnen irgendjemand nähert, der sie mit einem anderen Namen anspricht oder der darauf besteht, sie bereits einmal getroffen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

32. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

33. Einige Menschen erleben manchmal, dass sie laut mit sich selbst sprechen, wenn sie alleine sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

34. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie sich nicht erinnern können, ob sie etwas wirklich getan haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, es zu tun (z.B. wissen sie nicht, ob sie einen Brief wirklich eingeworfen haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, ihn einzuwerfen) . Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

35. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie stunden- oder tagelang fast völlig bewegungslos dasitzen, fast nicht sprechen, sich fast nicht bewegen und auch auf äußere Reize, wie z.B. laute Geräusche, nicht richtig reagieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

36. Einige Menschen werden gelegentlich bewußtlos, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

37. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie in bestimmten Situationen in der Lage sind, Dinge mit erstaunlicher Leichtigkeit und Spontaneität zu tun, die ihnen normalerweise schwer fallen würden (z.B. Sport, Arbeit, soziale Situationen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

38. Einige Menschen erinnern sich manchmal so lebhaft an ein vergangenes Ereignis, dass sie das Gefühl haben, dieses Ereignis erneut zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie einfach dasitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

40. Einige Menschen erleben gelegentlich, wie sie beim Stehen oder Gehen unsicher werden, eigenartige Bewegungen machen oder sich plötzlich gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

41. Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

42. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

43. Einige Menschen erleiden manchmal Krampfanfälle, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

44. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass sich Körperteile (in ihrer Größe) verändern (z.B. werden ihre Arme unförmig oder immer größer). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

[Klein, 1997]

Anhang II:

Die Items von SDQ-20 bzw. SDQ-5

Es kommt gelegentlich vor, dass ..

- 1) .. ich Schwierigkeiten beim Urinieren habe.
- 2) .. ich bestimmte Geschmäcke, die ich normalerweise mag, [plötzlich] nicht mehr mag (Frauen: abgesehen von Schwangerschaft und Periode).
- 3) .. ich nahe akustische Ereignisse höre, als ob sie von ferne kämen.
- 4) .. *ich Schmerzen beim Urinieren habe.*
- 5) .. sich mein Körper, oder ein Teil davon, taub anfühlt.
- 6) .. Menschen und Dinge größer ausschauen, als sie tatsächlich sind.
- 7) .. ich in einen Zustand komme, der einem epileptischen Anfall ähnelt.
- 8) .. *mein Körper, oder ein Teil davon, unempfindlich für Schmerz wird.*
- 9) .. ich Gerüche, die ich normalerweise mag, [plötzlich] nicht mehr mag.
- 10) .. ich Schmerzen in meinen Genitalien habe (abgesehen von Geschlechtsverkehr).
- 11) .. ich eine Zeitlang nichts hören kann (als ob ich taub wäre).
- 12) .. ich eine Zeitlang nichts sehen kann (als ob ich blind wäre).
- 13) .. *ich Dinge um mich herum anders sehe als normalerweise (z.B. wie durch einen Tunnel hindurch oder ich sehe nur Teilansichten eines Gegenstandes).*
- 14) .. ich wesentlich besser oder schlechter riechen kann als normalerweise (ohne eine Erkältung zu haben).
- 15) .. *es sich anfühlt, als ob mein Körper oder ein Teil davon, verschwunden wäre.*
- 16) .. ich nicht schlucken kann, oder nur mit großer Anstrengung.
- 17) .. ich nächtelang nicht schlafen kann und trotzdem während des Tages sehr aktiv bleibe.
- 18) .. *ich nicht sprechen kann (oder nur mit großer Mühe) oder ich kann nur flüstern.*
- 19) .. ich für eine Weile gelähmt bin.
- 20) .. ich für eine Weile steif werde.

Die kursiv gedruckten Items sind auch Bestandteil des SDQ-5.

[Klein, 1997]

