

## Multiple Persönlichkeitsstörung in Deutschland

Michaela Huber

*Nach einigen wenigen dokumentierten Fällen von "umgetauschter Persönlichkeit", wie beispielsweise der von Gmelin 1791 beschriebenen, gab es fast 200 Jahre lang keine wissenschaftliche Literatur zur dissoziativen Identitätsstörung (DIS) / multiplen Persönlichkeitsstörung (MPS) in Deutschland. Freud erwähnte MPS lediglich als ein Ergebnis von Objektbeziehungsstörungen. Multiple Persönlichkeiten erfuhren seit den 70er Jahren dieses Jahrhunderts aus (Auto-)Biografien wie SYBIL, AUF SCHREI und ICH BIN VIELE, daß sie nicht "verrückt" (psychotisch, schizophren etc.) sind, sondern daß ihre Traumatisierungsgeschichte der Hintergrund ihrer Persönlichkeitsspaltung ist. Einige Gründe für die Rückständigkeit von Forschung und Behandlung traumainduzierter Persönlichkeitsstörungen in Deutschland werden in diesem Artikel exploriert: Nach dem Zweiten Weltkrieg hat es individuell und familiär keine Aufarbeitung der Verstrickungen in Ideologie und Praxis des Faschismus gegeben. Weder die Frauen noch die Männer in Deutschland waren - nachdem sie einen verheerenden Krieg verloren, den anzuzetteln sie ihren "Führer" ermutigt hatten - in der Lage, ihre Kriegstraumatisierungen aufzuarbeiten. Diese "Unfähigkeit zu trauern" führte zu der Unfähigkeit, sich mit dem Opfer wie auch mit dem Täter im eigenen Innern zu konfrontieren. Erst in den 70er Jahren wurde im Zuge der Frauenbewegung der Töchtergeneration das Thema Gewalt gegen Frauen und Kinder zu einer politischen wie persönlichen Angelegenheit. In den 80er und 90er Jahren begann eine neue PsychotherapeutInnen-Generation, von den amerikanischen und niederländischen KollegInnen zu lernen, wie dissoziative Störungen behandelt werden können. Nach dem ersten europäischen Kongreß zu dieser Thematik, 1992 in Amsterdam, gab es vermehrte Vernetzungsaktivitäten, u.a. Supervisions- und Fortbildungsgruppen, sowie erste deutsche Publikationen. Inzwischen sind bereits einige hundert BeraterInnen und TherapeutInnen in der Behandlung dissoziativer Störungen geschult. Der erste deutschsprachige Kongreß zu dieser Thematik in Bielefeld 1994, gleichzeitig die größte Veranstaltung von Frauen im Gesundheitswesen seit 1945, betonte, daß MPS sowohl therapeutisch wie sozial und politisch ein brisantes Thema ist. Nach ersten Netzwerken (durch MPS-RUNDBRIEF und der Betroffenenzeitschrift MATRIOSCHKA) wurde auf dem Amsterdamer Folgekongreß 1995 die deutsche Sektion der INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF DISSOCIATION und damit ein Zusammenschluß von ForscherInnen und PsychotherapeutInnen sowohl national wie international ermöglicht. Die Notwendigkeit weiterer Ausbildung und Forschung zum Thema MPS/DIS wird betont.*

### Anfänge

In Deutschland hat man sich schwergetan, die psychischen Folgen von Gewalt zu beschreiben, anzuerkennen und explizit als solche zu behandeln. Dies trifft insbesondere auf

sexuelle Gewalt, und bei den psychischen Traumafolgen besonders auf die sogenannte *multiple Persönlichkeitsstörung (MPS)* zu, die laut neuer internationaler Sprachregelung<sup>1</sup> zutreffender als *dissoziative Identitätsstörung (DIS)* bezeichnet wird. Mit den möglichen Gründen für diese "deutsche Zurückhaltung" sowie den erst in den letzten Jahren stattfindenden Wandel möchte ich mich im folgenden beschäftigen.

Einer der wenigen in Deutschland dokumentierten Fälle von "umgetauschter Persönlichkeit" spielte sich in Stuttgart ab, vor mehr als 200 Jahren. Der Arzt und Magnetist Eberhard Gmelin (1791) beschrieb eine 20jährige junge Frau, bei der er - mithilfe einer Handbewegung - einen *switch* (Persönlichkeitswechsel) auslösen konnte. Er entdeckte zwei Persönlichkeitsanteile bei dieser jungen Frau, die füreinander jeweils komplett amnestisch waren: eine "Deutsche", die kein Französisch sprach, und eine "Französin". Allerdings erfahren wir nicht, inwieweit traumatische Erfahrungen den Hintergrund für diese Persönlichkeitsspaltung bildeten.

Als Pierre Janet (1898, 1911) um die Jahrhundertwende seine berühmten Berichte über dissoziativ gestörte "hysterische" Patientinnen schrieb - Janet gilt als der "Vater" des Konzepts dissoziativer Störungen als Traumafolge -, war Freud bereits damit beschäftigt, seine Theorie der Objektidentifikation aufzubauen, die weit weg führte von der Vorstellung, schwere Persönlichkeitsstörungen könnten die Folge realer Traumatisierungen sein. So war es für ihn ein paar Jahre später ein Leichtes, aus seiner Theorie heraus die "sogenannte multiple Persönlichkeit" als Folge von "Störungen der Objektidentifizierungen des Ich" zu definieren, die "zu zahlreich und überstark und inkompatibel miteinander" geworden seien (Freud, 1923). In späteren Jahren interessierte sich Freud überhaupt nicht mehr für die Thematik MPS/DIS - wiewohl seine "Anna O.", nach heutigem Wissensstand wahrscheinlich eine multiple Persönlichkeit war. Freud hatte längst aufgehört, seinen Patientinnen zu glauben, daß sie reale Gewalterfahrungen erlebt hätten; vor allem, wenn es um Schilderungen sexueller Traumata<sup>2</sup> ging. Stattdessen gab es für ihn schließlich mehrere Möglichkeiten, Schilderungen realer Traumatisierungen zu interpretieren, nämlich als Äußerungsformen für (1) die Beziehung zwischen der Patientin und dem Therapeuten (was den Weg ebnete für die Interpretationen von Übertragung und Gegenübertragung), und für (2) die Beziehung zwischen Es, Ich und Überich als innerpsychische Instanzen der Patientin.

Es kam also nicht mehr darauf an, ob eine Gewalterfahrung wirklich stattgefunden hatte oder ob sie sich nur in der Phantasie der Patientin abspielte und dort entweder einen innerpsychischen Konflikt oder einen Beziehungskonflikt zum Therapeuten symbolisierte. Dies wirkt sich in der psychoanalytischen Therapiesituation bis heute dahingehend aus, daß Analytiker traditionell dazu neigen, Traumaerfahrung und Phantasie gleich zu betrachten. Dies wiederum impliziert: Traumatisierungen werden als Phantasieprodukte betrachtet und entsprechend behandelt.

### "Ich bin viele"

Die ersten Berichte, die über MPS/DIS als Folge seelischer, körperlicher und sexueller Gewalt in deutscher Sprache erschienen, waren Therapieberichte in Form von (Auto-)

<sup>1</sup> Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM IV; deutsche Übersetzung in Vorbereitung).  
<sup>2</sup> Interessanterweise ging diese "Fiktivisierung von Traumaerfahrungen" in Freuds Theoriebildung einher mit einer Banalisierung des Begriffs Trauma: Beinahe jede Frustration wurde schließlich von ihm mit diesem Begriff belegt.

Biografien: "Die Leben des Billy Milligan", in der Science-Fiction-Serie (sic!) im Goldmann-Verlag 1988 erschienen; "Sybil", 1976 als Fischer Taschenbuch bald vergriffen und erst in den 90er Jahren wiederaufgelegt; "Aufschrei", in einer Reihe mit anderen Sensations-Schicksalsstories bei Bastei-Lübbe 1988 erschienen; und "Ich bin viele", bei Rowohlt 1992 herausgekommen. Die letzteren beiden Bücher wurden Bestseller und schildern z.T. bizarre Psychotherapie-Methoden, während der interessante Bericht über die psychoanalytische (sic!) Behandlung von "Sybil" durch die, in den USA zwar umstrittene, aber doch auch sehr geachtete "Grand Old Lady", Cornelia Wilbur eher unterging.

Leider blieb die wissenschaftliche Literatur zu MPS/DIS bis Anfang der 90er Jahre in Deutschland unbekannt, während Hunderttausende aus den Übersetzungen "Aufschrei" und "Ich bin viele" erfuhren, was eine multiple Persönlichkeit ist. Diese seltsame Situation trug dazu bei, MPS/DIS in Fachkreisen als eine "Modeerscheinung aus den USA" zu diskreditieren. Demgegenüber konfrontierten KlientInnen und PatientInnen nach der Lektüre der genannten Biografien ihre TherapeutInnen damit und fragten sie: "Bin ich eine multiple Persönlichkeit?" - ein zwar allgemein bekanntes Phänomen: Viele Menschen suchen in Romanen, Sach- und Fachbüchern nach Erklärungen für ihre Befindlichkeit, und wenn sie eine Erklärung gefunden zu haben glauben, konfrontieren sie ihre BehandlerInnen damit; nur daß im Fall von MPS/DIS viele auf erhebliche Skepsis, wenn nicht gar Ablehnung bei den BehandlerInnen stießen, aus den o.g. Gründen. Der Autorin selbst ist es bei einer ihrer ersten MPS-Patientinnen (damals noch nicht als solche diagnostiziert) ähnlich gegangen, als diese eines Tages erklärte: "Ich habe einige Bücher über sexuellen Mißbrauch gelesen. Immer hat irgend etwas gepaßt, also ist auf mich zugetroffen: Manche Gefühle und Reaktionen kenne ich auch. Aber dann habe ich "Aufschrei" gelesen. Seither kann ich nachts nicht mehr durchschlafen. Irgend etwas ist da in mir losgegangen. Die Frau in dem Buch ist ganz anders als ich. Und den Therapeuten finde ich schrecklich. Aber manches paßt, wie nie vorher etwas gestimmt hat. Die Spaltungen. Das ständige Vergessen. Nicht zu wissen, wo man ist und was gerade vorher gesagt wurde. So als ob man immer wieder wie aufwacht. Irgendwas ist anders geworden, seit ich das Buch gelesen habe. Ein Druck, ein dringendes Bedürfnis, etwas herauszulassen. Ich kriege andere Alpträume als vorher - realistischere vielleicht. Ich vergesse mehr, ich verliere ständig Sachen, ich kann mich nur für Sekunden oder Minuten konzentrieren, dann ist es, als ob ich wieder innerlich weggehe. Es ist schrecklich, und es macht mir viel Angst. Ob ich verrückt werde? Oder bin ich vielleicht auch so eine multiple Persönlichkeit?"

Als Analytikerin hätte ich möglicherweise diese Äußerung ausschließlich als eine Beziehungsaussage innerhalb der therapeutischen Beziehung gewertet: Angebot einer tiefen Regression mit positiver Übertragung. Oder: Die Patientin leugnet ihre eigenen Verdrängungen und als Abwehr identifiziert sie sich mit einer Buchgestalt, wobei sie der Therapeutin vermittelt, sich dort besser verstanden zu fühlen. Oder: Es handelt sich um einen Kampf zwischen Es, Ich und Überich innerhalb der Patientin (von der jeweiligen Therapeutin nach Gusto mit interpretatorischem Inhalt zu füllen). Oder: Hier handelt es sich um eine verdeckte Suizid- oder andere Dekompensations-Drohung. Oder: Es handelt sich um eine Therapiekrisis; möglicherweise hat die Therapeutin in den letzten Stunden irgend eine Deutung gegeben, die eine prä-psychotische Krise ausgelöst hat; oder die Patientin hat doch eine Borderline-Struktur, was beides zu der Schlußfolgerung führen könnte, keine aufdeckende Arbeit mehr durchzuführen, sondern ausschließlich auf Alltags-Stabilisierung zu drängen. Damit soll deutlich gemacht werden: Auch ohne die Diskreditierung von

MPS/DIS in Fachkreisen genügt ein bestimmter theoretischer Hintergrund, um die Äußerung der Klientin anders zu interpretieren als sie gemeint war, nämlich als Aufforderung, sich in der Therapie mit abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen zu beschäftigen, die für die Klientin allein nicht zugänglich waren; als Hinweis darauf, daß diejenige, die mit der Therapeutin bis dato gesprochen hatte, der *host* war, also die Gastgeberpersönlichkeit und damit nur eine "Person" unter vielen *alters* (Alternativpersönlichkeiten) und *fragments* (Persönlichkeitsfragmenten) in der Gesamtpersönlichkeit.

Es erwies sich als hilfreich, daß die Therapeutin seit ihrer Erstausbildung als Verhaltenstherapeutin die professionelle Überzeugung entwickelt hatte, daß Symptome und Persönlichkeitsstörungen *gelernt* werden, daß sie also *reale Lebenserfahrungen* in spezifischen, wenn auch inzwischen dysfunktionalen Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen reflektieren. In diesem Fall hatte die Klientin - nicht erst durch die Lektüre des Buches, sondern viel früher, nämlich seit frühester Kindheit - gelernt, ihre Persönlichkeit und ihre gesamte Identität aufzuspalten, so daß schließlich viele "Ichs" entstanden, die alle ein Eigenleben entwickelt hatten mit eigenen Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen und abwechselnd voll die Kontrolle über den Körper übernahmen. Damit erfüllte die Klientin die Diagnosekriterien für die im DSM-III-R unter der Ziffer 300.14 genannte "Multiple Persönlichkeitsstörung".<sup>3</sup> Diese Diagnose war seit dem DSM-III (Ersterscheinung 1980) im Diagnosehandbuch aufgeführt, aber in Deutschland kaum je gestellt worden.

Als Ursache für MPS/DIS gelten schwere, wiederholte Traumatisierungen seit früher Kindheit, insbesondere sexuelle Gewalt. Das Problem bestand und besteht aber nicht nur in der korrekten Diagnostik, sondern vor allem in einer durch die Persönlichkeitsspaltung erzwungenen veränderten therapeutischen Arbeit. Keine Therapeutin und kein Therapeut in Deutschland war darauf vorbereitet, mit "mehreren Ichs" innerhalb einer Klientin oder eines Klienten zu arbeiten.

Daß dieses Problem und die damit verbundene Kompetenzfrage bei vielen PsychotherapeutInnen überall auf der Welt aufgetaucht war, erfuhr die Autorin erst durch die Lektüre der - meist US-amerikanischen - Originalia, vor allem der beiden Lehrbücher von Putnam (1989) und Ross (1989). Der Kontakt zu Anne Jürgens, Psychotherapeutin an der Klinik für Psychosomatische Medizin in Bielefeld, sowie zu Onno van der Hart, klinischer Psychologe an der regionalen psychiatrischen Ambulanz in Amsterdam und Professor für Traumatherapie und -forschung in Utrecht, waren für die Autorin der Beginn einer intensiven fachlichen Diskussions-, Kooperations- und Publikationsarbeit zur Thematik MPS/DIS. Der erste internationale Kongreß zu Trauma und Dissoziation auf europäischem Boden, 1992 von Van der Hart und seinen KollegInnen an der Universität Amsterdam organisiert, trug ganz erheblich zu einer europäischen Aufbruchsstimmung in Sachen MPS/DIS-Therapie und -Forschung bei.

Im internationalen, ja selbst im europäischen Vergleich erstaunte die Rückständigkeit der deutschen PsychotherapeutInnen und Forscher auf diesem Gebiet. Was zu der Frage führen könnte: Gibt es so etwas wie ein deutsches Problem bei der Traumabewältigung?

<sup>3</sup> Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R), Weinheim: Beltz, 1989, S. 329-333

## Die deutsche Unfähigkeit zu trauern

Auf internationalen Kongressen fällt auf, wie viele Experten für Traumaforschung bzw. -therapie entweder selbst Holocaustüberlebende sind oder in ihrer Familie Holocaustüberlebende haben oder auf andere Weise - etwa durch den Vietnamkrieg - mit schweren Traumatisierungen konfrontiert waren, mittelbar oder unmittelbar. Ebenso fällt auf, daß es drei Säulen gibt, auf denen die Traumaforschung und -therapie in den USA ruht: (1) Die Psychotherapie mit schwer traumatisierten Holocaustüberlebenden, (2) die Psychotherapie mit Kriegsveteranen (besonders nach dem Korea- und Vietnamkrieg) sowie last not least (3) die feministische Arbeit mit Kindern und Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben.<sup>4</sup> Dies führt zu der Frage, ob die Abstinenz (jedenfalls bis vor sehr kurzer Zeit) der Deutschen auf diesem Gebiet etwas mit ihrer nationalen und persönlichen Geschichte zu tun hat. Meine These hierzu lautet: In Deutschland (und Österreich) hat es nie eine individuelle und familiäre Aufarbeitung erlittener und zugefügter Traumatisierungen im und durch den Faschismus gegeben.

Es gibt ein häufig zitiertes Wort in der deutschen Nachkriegs-Sprache: "Vergangenheitsbewältigung". Die so häufig beschworene hat in Wirklichkeit vielleicht nie stattgefunden, sondern fand nur in Sonntagsreden der Politiker und in Debatten der Intellektuellen statt. "In Wirklichkeit" die Vergangenheit bewältigen hätte bedeutet, sie im alltäglichen Leben, individuell und in den Familien, zum offen diskutierten Thema zu machen. Es ist auffallend: In Ländern, in denen die Menschen unter der faschistischen Gewalt und Okkupation gelitten haben, sprachen sie über ihr Leiden, viele auch über ihre Ambivalenz, ihre Kooperation mit den Nazis, ihre Schuldgefühle. Nicht so in Ländern, in denen die Bevölkerung in ihrer überwiegenden Mehrheit das Naziregime trug und verinnerlicht hatte. Während und nach dem Zweiten Weltkrieg hatten viele von ihnen ebenfalls sehr gelitten. Sie hatten ihr Zuhause, ihre Überzeugungen, ihre Familienmitglieder und Freunde verloren. Doch man sprach nicht darüber, welche psychischen Folgen dies hatte. Als der Krieg vorüber war, gab es ein kollektives "Ärmelaufkrepeln"; es wurden neue Wohnungen aufgebaut, neue Überzeugungen, neue Freundschaften und neue Familien. Selbst 1995, anlässlich der sich zum 50. Mal jährenden "Befreiung vom Faschismus", gab es ein kollektives, heuchlerisches Stammeln von "Befreiung" - kaum je war die Rede von der in Wirklichkeit damals stattgefundenen totalen Kapitulation eines Volkes, das vorher bis auf äußerst wenige Ausnahmen "total" an die faschistische Ideologie geglaubt hatte - individuell und kollektiv.

Und erst Anfang der 90er Jahre beschäftigte sich ein Film - "selbstverständlich", möchte man hinzufügen, einer feministischen Filmemacherin - mit den Vergewaltigungen an hunderttausenden von deutschen Frauen in den ersten Wochen nach der "Befreiung". Beziehungsreich heißt der Titel dieses Filmes "Be-Freier und Befreite".<sup>5</sup> In den Diskussionen um diesen Film wurde zum ersten Mal das Ausmaß der sexuellen Gewalt der Siegertruppen - insbesondere der sowjetischen - an deutschen Frauen und Mädchen deutlich; ein Thema, das bis zu diesem Zeitpunkt nur hinter vorgehaltener Hand diskutiert worden war. Im Film kamen Frauen ab Mitte 50 zu Wort, die zum ersten Mal in ihrem Leben über die durchlittenen Vergewaltigungen sprachen. Man konnte sehen, wie sie zitterten und weinten - 45 Jahre danach. Und die anderen hunderttausende vergewaltigter Kriegsopfer in

<sup>4</sup> Eine gute Zusammenfassung und Synopse dieser drei Forschungsrichtungen bietet Herman (1993).

<sup>5</sup> *Be-Freier und Befreite*, ein Film von Helke Sander, Berlin 1992.

Deutschland? Sie schwiegen und schweigen bis heute. Ein weiteres Beispiel für die massive gesellschaftliche Tabuisierung sexueller Gewalt.

Genauso tabu waren und sind die Untaten deutscher Männer, Frauen und manchmal auch Kinder während des Faschismus. Die Demütigung und Ächtung, Folterung und Ermordung von Menschen anderer Überzeugung und anderer rassistischer bzw. religiöser Zugehörigkeit: Juden, Sinti und Roma, Kommunisten, Sozialisten, Homosexuelle, Behinderte - die Liste der zur seelischen und körperlichen Vernichtung Freigegebenen war endlos. Persönliche Täterschaft und Mittäterschaft in den Jahren zwischen 1933 und 1945 ist in kaum einer deutschen Familie von den Beteiligten selbst thematisiert worden. Bei der "Entnazifizierung" gleich nach dem Krieg stellte sich heraus, daß so gut wie kein Deutscher Nazi gewesen sein wollte. Wenn es überhaupt zu einem Gespräch darüber kam, so mußten dies die Kinder - zum ersten Mal die "68er" - erzwingen. Es gab viele Debatten Intellektueller, viele Sonntagsreden von Politikern.<sup>6</sup> Doch nicht in den Familien. Nicht einmal einen Diskurs über Scham und Demütigung führte man dort. Über die Zeit zwischen 33 und 45 wird wohl in den meisten Familien bis heute höchstens gemunkelt. Vergangenheitsbewältigung? Wohl eher Vergangenheitsstabuisierung. Eine ganze Generation und ihre Gesellschaft durchlebte das, was die Psychoanalytiker Margarete und Alexander Mitscherlich (1967) "Die Unfähigkeit zu trauern" genannt haben. Eine ganze Generation verdrängte - oder dissoziierte - alle Traumatisierungen zwischen 1933 und 1945.

## Das Traumatabu

PsychotherapeutInnen, die mit Schwertraumatisierten arbeiten, welche auch selbst zu Tätern und Täterinnen geworden sind, erleben häufig, daß es den KlientInnen leichter fällt, zunächst ihr Opfersein zu thematisieren, dann ihr Tätersein, dann ihre Schuld- und Schamgefühle. Wenn es jedoch tabuisiert ist, überhaupt über erlittene und zugefügte Traumatisierungen zu sprechen, was geschieht dann? Zunächst: Es wird nicht möglich, innerpsychisch zwischen dem eigenen Opfersein und der eigenen Täterschaft zu unterscheiden. Dies muß sich im weiteren auch auf die Psychotherapie in einem solchen gesellschaftlichen Umfeld auswirken. Denn (1) PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen gehören selbst der "schweigenden Generation" an oder wurden von Vätern und Müttern erzogen, die selbst nicht über die erlebten Traumatisierungen sprachen; und (2) ihre KlientInnen bzw. PatientInnen wuchsen ebenfalls im Klima des Traumatabus auf und müssen infolgedessen extreme Schwierigkeiten haben, traumatisches Material anzusprechen.

Was aber geschieht, wenn das Traumatabu in Kraft ist? Der Pionier der Traumaforschung, der französische Philosoph und Psychiater Pierre Janet (1925) hat dies bereits vor rund einem Jahrhundert beschrieben: Wenn man es nicht schafft, Traumatisierungen soweit zu erinnern, daß sie dem verbalen "Begreifen" zugänglich werden, dann wird das Trauma nicht realisiert; mit anderen Worten, es wird nicht als wahr an-erkannt. Wenn das Trauma jedoch nicht realisiert, nicht als wahr an-erkannt wird, dann muß es stattdessen wiedererlebt, immer wieder neu in Szene gesetzt werden.

<sup>6</sup> Doch auch diese hüteten sich, die seelischen Traumatisierungsfolgen der den Holocaustopfern angetanen Grausamkeiten - etwa in Form der posttraumatischen Belastungsstörung oder der dissoziativen Störungen - anzuerkennen. Hätten sie dies getan - der deutsche Staat hätte wahrscheinlich Milliarden Mark an Entschädigungszahlungen zusätzlich leisten müssen für den "Seelenmord" an Naziopfern.

Heute versteht man unter einem Trauma ein Ereignis, welches das Informationsverarbeitungssystem des Individuums überflutet, das weder dagegen ankämpfen noch davor fliehen kann; daher ist Dissoziation der Traumabestandteile ein zentraler Abwehrmechanismus. Wie wir heute wissen, wird ein nicht realisiertes Trauma dazu führen, daß immer wieder einzelne Traumabestandteile ins Bewußtsein dringen. Durch drei psychische Agenzien - (1) die Reaktionen auf die Wucht der erlittenen Gewalt, (2) die Kosten des Getrennthaltens der Traumabestandteile und (3) die Nicht- bzw. nur "unverstandene" Teil-Assoziation der Traumabestandteile - entstehen Symptome und Störungen diverser Art wie zum Beispiel Alpträume und Phobien, Schlaf- und Eßstörungen oder Körpererinnerungen, die sich wie körperliche Erkrankungen anfühlen. (Im Ausland muß man gelegentlich erklären, warum es in Deutschland so viele Kliniken für psychosomatische Krankheiten gibt.)

Wenn es nicht gelingt, das Trauma und seine dissoziierten Bestandteile soweit ins Bewußtsein "hineinzuassoziiieren", daß es in Worten beschreibbar wird, werden Gedächtnisprozesse - genauer: die Reassoziierungsfähigkeit an das Trauma - verzerrt, bis man sich an die Substanz des Traumas - das traumatische Ereignis selbst - nicht mehr erinnern kann. Folge: Man sucht Entlastung von den Schlafstörungen, den Panikattacken, den depressiven Verstimmungen und den unerklärlichen Körpersymptomen mittels Medikamenten. Deutschland hält einen Rekord in der Verschreibung psychisch wirksamer Medikamente. Zwei Drittel davon werden Frauen verschrieben. Von Allgemeinärzten und besonders gern von Psychiatern. Die deutsche Psychiatrie - ob ambulant oder stationär - ist nach wie vor hauptsächlich medikamentenorientiert. Eine systematische Diagnostik findet nicht statt. Patienten erhalten die eine oder andere aus vielleicht einem Dutzend Standarddiagnosen; Forschung findet, von Katamneseuntersuchungen abgesehen, kaum statt. Und nach wie vor gibt es zahlreiche Klinikchefs, die sogar generell psychotherapeutischer Arbeit im Rahmen der psychiatrischen Versorgung ablehnend gegenüberstehen.

Und so ist es kein Wunder, daß der Autorin immer wieder PsychiaterInnen - besonders der älteren Generation - begegnet, die nicht nur behaupten, niemals einer Patientin mit MPS/DIS begegnet zu sein, sondern auch kaum je einer Patientin mit sexueller Mißhandlung in ihrer Lebensgeschichte. Wer nicht fragt, bekommt keine Antwort. Wer nicht nach Gewalterfahrungen fragt, kommt leicht zu dem Fehlschluß, es habe keine Gewalt stattgefunden. Überdies ist in einem sozialen Klima wie dem gerade beschriebenen sehr viel mehr an Diagnostik erforderlich, als nur schlicht nach Gewalterlebnissen zu fragen.

### Eine neue Generation

Doch in den letzten beiden Jahrzehnten ist es zu einem gesellschaftlichen Wandel gekommen, der sich auch auf die Psychotherapie mit Traumaopfern auswirkt. Die Veränderung geht von den KlientInnen/PatientInnen aus - und von BeraterInnen, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (auch PsychoanalytikerInnen!), die ihrer Klientel auf neue Art und Weise zuhören. Zaghaft beginnt sich die Erkenntnis durchzusetzen, daß PatientInnen die ExpertInnen ihres eigenen Lebens sind; und wenn sie ein traumatisches Erlebnis auch nur andeutungsweise schildern: daß dieses Trauma vielleicht wirklich stattgefunden hat und die Schilderung nicht nur Phantasieprodukt oder Beziehungsaussage darstellt. In vielen Fällen reicht dieses empathische Zuhören mit der (un)ausgesprochenen Ermutigung "Ich glaube Ihnen" bereits aus, die KlientInnen mehr von ihrer Traumatisierungserfahrung er-

innern zu lassen. Die Frauenbewegung hat sehr viel dazu beigetragen, ein Klima des Glaubens an die Authentizität der KlientInnen-Aussagen zu schaffen. Daß Frauen die Expertinnen ihres eigenen Lebens sind und respektvoll behandelt werden müssen, gehört ebenso zu den Grundsätzen feministischen Verständnisses wie die Überzeugung: "Das Politische ist persönlich, das Persönliche politisch."

Und es waren die Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen von Frauenhäusern, die Beraterinnen in Notrufen und Beratungsstellen wie *Wildwasser*<sup>1</sup>, *Schwarze Winkel* etc., sowie feministische Forscherinnen, die das Thema Gewalt gegen Frauen und Kinder zu dem Politikum gemacht haben, das es ist. Vor diesem Hintergrund erklärt sich ein auf den ersten Blick erstaunliches Phänomen: Der erste Kongreß in Deutschland zum Thema dissoziative Störungen und MPS/DIS, der im Herbst 1994 in Bielefeld stattfand, war gleichzeitig die größte Veranstaltung von Frauen im Gesundheitswesen seit Ende des Zweiten Weltkrieges. Die bis zu 600 Teilnehmerinnen an jedem der drei Kongreßtage demonstrierten, daß MPS/DIS ein ebenso persönliches wie politisches Thema ist: eine Folge der Gewalt gegen Frauen und Kinder. Im Zusammenhang mit diesem Kongreß begannen auch die Medien auf das Thema "Multiple Persönlichkeitsstörung als Folge schwerer Traumatisierungen" aufmerksam zu werden, und die meisten berichteten seriös über die Thematik.

Die Gegenbewegung ließ jedoch nicht lange auf sich warten. Sie folgte dem amerikanischen Muster, wie es die *False Memory Foundation* vorgegeben hat; hierzulande läuft die Kampagne unter dem Titel "Mißbrauch mit dem Mißbrauch". Die entsprechenden Medienberichte sind stets nach demselben Muster aufgebaut:

1. "Ja, sexueller Mißbrauch findet statt; ja, sogar recht häufig, und natürlich muß den Opfern geholfen werden." (In der Hypnotherapie nennen wir so etwas: Pacing mit einem Yes-Set.)
2. "Aber" - und jetzt folgt das Leading - "die HelferInnen - PsychotherapeutInnen, ForscherInnen, FeministInnen, GutachterInnen, RechtsanwältInnen etc. - sind hysterisch und unzulässig parteilich, sie suggerieren den Ratsuchenden, mißbraucht worden zu sein; es handelt sich um eine Hexenjagd gegen alle Männer." (Suggestion: Diese HelferInnen sind überwiegend Frauen, diese Frauen sind moderne Hexen, sie müssen an ihrem Werk gehindert werden.)
3. "Außerdem gibt es Studien, die zeigen, daß manche Menschen, die tatsächlich sexuelle Gewalt erfahren haben, gar nicht darunter leiden." (Suggestion: Sexuelle Gewalt ist gar nicht so schlimm.)
4. "Studien zeigen: Entweder erinnert man sich jederzeit an ein Trauma, oder es ist nie passiert." (Suggestion: Wenn Traumatisierungen später im Leben - etwa während einer Psychotherapie - erst erinnert werden, handelt es sich um "falsche Erinnerungen".)

Der Autorin sei es an dieser Stelle gestattet, eine Zäsur zu machen und eine Anekdote zu erzählen: Im April 95 ging der sogenannte Deckert-Prozeß zuende. Angeklagt war ein bekannter Rechtsradikaler, der in Propagandamaterial von der *Auschwitzlüge* geschrieben hatte. Die *Auschwitzlüge* behauptet: Es gab kaum oder gar keine Massenmorde in den KZs. Selbstverständlich ist dies nur eine rechtsradikale politische Strategie, die Greuel der Nazizeit zu verharmlosen. Doch die Richterin, die Deckert immerhin der Volksverhetzung für schuldig befand, war offenbar der Meinung, sich rechtfertigen zu müssen. In ihrer

Urteilsbegründung zitierte sie also Seite um Seite ein Dokument nach dem anderen, um zu "beweisen", daß die Auschwitzmorde an hunderttausenden von Juden tatsächlich stattgefunden haben. Mit anderen Worten: Sie, die Richterin, fühlte sich gezwungen, die Tatsache der Auschwitzmorde zu beweisen, so als gäbe es bis heute keinen ausreichenden gesellschaftlichen Konsens über die KZ-Morde. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, wie wenig gesellschaftlichen Konsens es bis heute in Deutschland gibt, wenn es um andere Traumatisierungen geht, geschweige denn um Traumafolgen wie MPS/DIS. Ganz zu schweigen von sadistisch-rituellen Mißhandlungen durch organisierte Gruppen wie etwa germanofaschistische Kulte und satanische Sekten, wie wir sie - ähnlich wie in anderen Ländern - in etwa einem Drittel aller Fälle von MPS/DIS finden.

### Aktivitäten

Bislang sind in deutscher Sprache vier wissenschaftliche Beiträge zum Thema MPS/DIS erschienen, alle in den letzten anderthalb Jahren (Erkwoh & Sass, 1993; Huber, 1994; Pfeifer, Brenner & Spengler, 1994; Kapfhammer & Möller, 1995). Arne Hofmann, Oberarzt an der *Klinik Hohe Mark* in Oberursel, hat dort 1994 eine Traumastation eingerichtet, die regelmäßig auch MPS/DIS-PatientInnen aufnimmt - und sofort überlaufen war, so daß PatientInnen bereits über ein Jahr auf einen stationären Therapieplatz warten müssen. Zwei feministische Expertinnen haben 1993 den *MPS-Infobrief* gegründet, einen Newsletter für BeraterInnen und TherapeutInnen.<sup>7</sup> Im selben Jahr wurde *Marioschka* gegründet, eine Selbsthilfzeitschrift für Betroffene.<sup>8</sup> Peter Schneider, ein Münchner Psychotherapeut, legte 1994 eine Theoriearbeit zum Thema MPS/DIS vor (Schneider, 1994). Der Fischer Taschenbuch-Verlag wagte es, für ein Handbuch der Autorin zum Thema (mit einem Kapitel über stationäre Behandlung von MPS von Anne Jürgens) gleich eine Startauflage von 10.000 Exemplaren vorzulegen, die wenige Monate später schon fast ausverkauft war (Huber, 1995).

Dies sowie die hunderte von Briefen und Anrufen, welche die Autorin als Reaktion auf dieses Buch erhielt - etwa zur Hälfte von (möglicherweise) Betroffenen oder Angehörigen und von Professionellen - verweisen auf ein in Deutschland geradezu exponentiell gestiegenes Interesse am Thema; was die merkwürdige Situation zur Folge hat, daß die Handvoll deutscher KlinikerInnen, die sich gerade seit wenigen Jahren mit der Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störung vertraut gemacht hat, schon gleich mit Fortbildung und Supervision von KollegInnen beschäftigt ist. Inzwischen sind in mehreren Ballungszentren - Berlin, Ruhrgebiet, Ostwestfalen zum Beispiel - Interventionsgruppen entstanden, die sich sehr rege um Fortbildungen zum Thema kümmern.

Auf dem Amsterdamer Kongreß über Trauma und Dissoziation 1995 wurde die deutsche Sektion der *International Society for the Study of Dissociation (ISSD)* gegründet.<sup>9</sup> Ihr Ziel ist die nationale und internationale Vernetzung aller, die in Deutschland mit dissoziativen Störungen therapeutisch, beraterisch, pflegerisch oder in der Forschung arbeiten, die Übernahme des hohen professionellen Standards der *ISSD*; die Verbreitung der Diagnoseinstrumente und Behandlungsrichtlinien für dissoziative Störungen bzw. MPS/DIS, die

<sup>7</sup> H. Lanzel & C.A. Müller (Eds). *MPS-Info-Brief*, Humboldtstr. 176, D-28203 Bremen

<sup>8</sup> *Marioschka*, Postfach 102605, D-34026 Kassel

<sup>9</sup> Sprecherin und Kontaktadressen: Dipl.-Psych. Michaela Huber, Harleshäuser Str. 74, 34130 Kassel

Organisierung von Fortbildungen, sowie die Beratung und Durchführung von einschlägigen Forschungsprojekten.

### Ausblick

Notwendig ist in der nächsten Zeit die deutsche Validierung international geläufiger Diagnoseinstrumente wie der *Dissociative Experiences Scale (DES)* von Bernstein und Putnam (1986), des *Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS)* von Ross (1989), des *Structured Clinical Interview for the Diagnosis of DSM-IV Dissociative Disorder (SCID-D)* von Steinberg (1993a, b) oder des *Dissoziations-Fragebogens (DIS-Q)* von Vanderlinden und Vandereycken (1995). Entsprechende Forschungsprojekte sind in mehreren Städten schon angelaufen. Notwendig sind epidemiologische und Prävalenz-Studien sowie eine verstärkte Aus- und Fortbildung in Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störungen, einschließlich der strukturierten Traumabehandlung. Klinikchefs und UniversitätsprofessorInnen müssen für die Beantragung von Forschungsprojekten gewonnen werden. Und schließlich - last not least - müssen verstärkt Gespräche mit den Krankenkassen-GutachterInnen geführt werden, um sie dafür zu gewinnen, die erforderliche längerfristige, hochfrequente ambulante Einzeltherapie mit MPS/DIS-KlientInnen zu befürworten. Insbesondere PsychoanalytikerInnen tun sich vermutlich aus den o.g. Gründen schwer, die schulübergreifende MPS/DIS-Behandlung zu akzeptieren. Dagegen sind bereits mehrere Ausbildungsinstitute für Verhaltenstherapeuten dazu übergegangen, die Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störungen in ihr Ausbildungsprogramm zu übernehmen.

Wesentlich ist die Verbreitung einer inzwischen international akzeptierten Wahrheit: MPS/DIS ist eine schwere Persönlichkeitsstörung, die durch jahrelange, schwerste Traumatisierungen seit früher Kindheit verursacht wird; sie ist ambulant gut behandelbar; es gibt brauchbare Diagnoseinstrumente und ein bewährtes Behandlungsprogramm. Offenbar wollen in der jüngeren PsychotherapeutInnen-Generation viele diese Wahrheit hören und sie in die Tat umsetzen.

In den USA spricht man schon von einem "Paradigmenwechsel" (Sachs & Peterson, 1993). Offenbar scheint sich dort wieder die Erkenntnis durchzusetzen: Es sind reale Lebensbedingungen, die gesund erhalten oder krank machen. Schwere Persönlichkeitsstörungen sind das Ergebnis schwerer, traumatisierender Lebensereignisse. Hoffen wir, daß sich auch in Deutschland diese Erkenntnis durchsetzt - sie hätte erhebliche Auswirkungen auf die psychotherapeutische Landschaft. Und vielleicht sogar auf das gesellschaftliche Klima.

### Literatur

- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Erkwoh, R. & Sass, H. (1993). Multiple Persönlichkeitsstörung: Alte Konzepte in neuem Gewande. *Nervenarzt*, 64, 169-174.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. In *Gesammelte Schriften* (VI, S. 351-405). Leipzig/Wien/Zürich: Intern. Psychoanal. Verlag. (1925)
- Gmelin, E. (1791). *Materialien für die Anthropologie*. Tübingen: Verlag der Cottaischen Buchhandlung.
- Herman, J. (1993). *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler.
- Huber, M. (1994). Multiple Persönlichkeitsstörung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 61-71.
- Huber, M. (1995). *Multiple Persönlichkeiten - Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch*. Frankfurt: Fischer.

- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes* (vol. 1). Paris: Alcan.
- Janet, P. (1911). *Etat mental des hystériques*. Paris: Alcan. (Der Geisteszustand der Hysterischen: Die psychischen Stigmata. Leipzig: Deuticke, 1894; franz. Orig. 1893)
- Janet, P. (1925). *Les médications psychologiques* (2 Vols.). Paris: Félix Alcan. (English: Psychological healing. New York: MacMillan, 1975)
- Kapfhammer, H. P. & Möller, H. J. (1995). MPD: Klinische Entität oder soziokulturelles Phänomen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137, 323-325.
- Mitscherlich, A. & Mitscherlich, M. (1967). *Die Unfähigkeit zu trauern*. München: Piper.
- Pfeifer, S., Brenner, L. & Spengler, W. (1994). Störung mit multipler Persönlichkeit. *Nervenarzt*, 65, 623-627.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Sachs, R. G. & Peterson, J. A. (1994). *Processing memories retrieved by trauma victims and survivors: A primer for therapists*. Tyler, TX: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Schneider, P. (1994). *Ich bin Wir. Die multiple Persönlichkeit*. Neuried: ars una.
- Steinberg, M. (1993a). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1993b). *Interviewer's guide to the Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1995). *Hypnose bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie*. München: Quintessenz.

**Keywords:** Multiple Personality Disorder, Dissociative Identity Disorder, Holocaust, history, Germany

**Abstract:** After one of few documented cases of "exchanged personality" (MPD/DID), described by Gmelin in the year 1791, there was silence in the German MPD-literature for almost 200 years. Multiple personalities had to learn about their not being "mad" (psychotic etc.) through (auto-) biografies like "When Rabbit Howls" or "The Flock". The reason why Germany is/was so far back in the research and treatment of trauma-induced personality disorders, are explored: After World-War II there never had been a coping with fascist history in individual and family life. Having lost an unjust and devastating war they had encouraged their leader to initiate, German men and women were not able to work on their experiences of war traumatization. This "inability to mourn" (Mitscherlich) led to the inability to confront oneself with the "victim within as well as the persecutor within". It was not until the 70s, when the feminist movement arose, that the topic of violence against women and children as well as the psychological consequences of traumata, e.g. sexual abuse, became a political issue. In the 80s and 90s some German clinicians began to learn from their Dutch and American colleagues how to treat dissociative disorders. After the inspiring Amsterdam conference of the ISS(MP & D) in 1992 there were many activities, study groups, publications, supervision, so that by now there are several hundred trained MPD-therapist and social workers in Germany. When the first congress on MPD/DID in Germany took place in 1994 in Bielefeld, it was at the same time the most numerous reunion of women in the health care services since 1945, stressing MPD as an important therapeutic, social and political issue. The congress in 1995 in Amsterdam brought about the founding of a German ISSD-study group. The need for further training and research on MPD/DD in Germany is stressed.

Michaela Huber, Dipl.-Psych.  
Harleshäuser Str. 74  
34130 Kassel

## Zur Anwendung hypnotischer Interventionen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen

Richard P. Kluft<sup>1</sup>

*In den letzten 15 Jahren wurde in Nord-Amerika die Diagnose "Dissoziative Identitätsstörung" (früher "Multiple Persönlichkeitsstörung") und "nicht näher spezifizierte dissoziative Störung" immer häufiger gestellt, und seit kurzem zeichnet sich in Europa eine ähnliche Tendenz ab. Dieses zunehmende Gewahrwerden von dissoziativen Störungen geht mit einem wachsenden Interesse an hypnotischen Techniken zur Behandlung solcher Fälle einher. Obwohl die Verwendung hypnotischer Verfahren in zahlreichen Publikationen erwähnt wird, findet man doch wenig grundlegende Beschreibungen oder gar wörtliche Therapieprotokolle, die dem Leser Aufschluß darüber geben könnten, was bei der praktischen Anwendung dieser Techniken genau gesagt oder getan wird. Dieser Artikel soll einige hypnotische Interventionen bei der Behandlung einer Patientin mit Dissoziativer Identitätsstörung illustrieren und dem Leser die Überlegungen des Autors für ihren Einsatz verdeutlichen. Damit soll Hypnose als Methode zur Förderung des Therapieprozesses demonstriert werden.*

### Einführung

Im Jahre 1943 hatte man die *Dissoziative Identitätsstörung* (DIS, vormals *Multiple Persönlichkeitsstörung*, MPD) als nicht mehr existent erklärt (Stengel, 1943); ihre moderne Wiederauferstehung in Diagnose und Behandlung zeigt aber, daß der wissenschaftliche Nachruf dieser Störung zu früh geschrieben worden ist. Zwar wurden Anstrengungen unternommen, sie als eine kulturspezifische, nordamerikanische Erscheinung abzustempeln (Fahy, 1988); ihre zunehmende Diagnostizierung in Europa (Coons, Brown, Kluft & Milstein, 1992; van der Hart, 1993), in der Karibik (Martinez-Tabosa, 1989), im Mittleren Osten (Somer, 1989), in Neu-Seeland (Altrocchi, 1992) und in Asien (Kluft, unveröffentlicht) zeigt aber, daß es sich hierbei um ein durchaus weitverbreitetes klinisches Syndrom handelt, welches am ehesten dort anzutreffen ist, wo einheimische Besessenheitssyndrome ihren Wert als Ausdrucksmöglichkeiten und Bedeutungsträger von emotionalem Streß verloren haben.

Traditionellerweise hatte man DIS als eine außergewöhnliche und seltene Störungsform angesehen; dennoch wurde ein häufiges Vorkommen berichtet (Putnam, Guroff, Silberman, Balban & Post, 1986; Coons, Bowman & Milstein, 1988; Ross, Norton & Wozney, 1989; Schultz, Braun & Kluft, 1989; siehe auch Kluft, 1991), und drei neuere Untersuchungen konnten zeigen, daß diese Störungsform bei weitem nicht ungewöhnlich ist. Als

<sup>1</sup> Die englische Version dieses Artikels ist in *Hypnos*, 21(4), 1994 veröffentlicht. Übersetzung von Burkhard Peter.