

Diplomarbeit im Rahmen der staatlichen Hauptprüfung der
Fachhochschule Kiel
Fachbereich Soziales und Gesundheit

Die Dissoziative Identität
Eine Herausforderung an die Sozialpädagogik?

Vorgelegt von
Anja Hochmuth
Gausmarkt 1
24211 Wahlstorf

Betreuende Dozentin:
Prof. Petra Gieseke

Zweitkorrektor:
Prof. Dr. Reinhard Lütjen

Kiel, den 28.01.2005

Ich habe nur überlebt,
weil ich gelernt habe
die Luft anzuhalten
wenn mein Kopf unter Wasser gehalten wird

Wäre da nicht der Überlebenswille gewesen,
hätte ich der Gewalt nicht innerlich widerstanden,
wäre ich wahrscheinlich
schon längst tot

(Wildwasser Bielefeld, 1997)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung (DIS in den Medien, Struktur der Arbeit)	5-7
2 Begriffserklärungen, Definitionen, Ausmaß	8-16
3 Diagnostik	17-27
3.1 Dissoziative Identitätsstörung	17-21
3.2 allgemeine dissoziative Störungen	21-22
3.3 Differenzialdiagnostik/ Abgrenzung zu anderen Störungsbildern	22-27
3.3.1 DIS vs. Schizophrenie	23-25
3.3.2 DIS vs. Borderline	25-27
4 Verschiedene Theorien zur Entstehung der dissoziativen Identität (Ätiologie)	28-38
4.1 Das 3-P Modell von Braun und Sachs	28-29
4.2 Die Vier-Faktoren Theorie von Kluft	29-30
4.3 Das Modell der spontanen Selbsthypnose von Bliss	30-31
4.4 Das Entwicklungspsychologische Modell von Putnam	31-32
4.5 Entstehung der Dissoziativen Identität nach Angelika Vogler und Imke Deistler	32
4.6 Entstehung der Dissoziativen Identität nach Michaela Huber	33-34
4.7 Exkurs False Memory Syndrome, eine Pseudotheorie?	34-38
4.7.1 Was ist FMS?	34-36
4.7.2 Informationen zur False Memory Syndrome Foundation	36-38
5 Wie wirkt sich MPS auf den Alltag aus (Problemlagen bei der Alltagsbewältigung/ subjektive Ebene)	39-49
5.1 Zeitverluste	39-41

Inhaltsverzeichnis

5.2	Derealisation	41-42
5.3	Flash-Backs	42-43
5.4	Stimmen hören, sich nie alleine fühlen, aber trotzdem einsam sein	44-45
5.5	Beziehungen und Partnerschaften	45-46
5.6	PTBS (Leben zwischen Hypervigilanz und Erschöpfung)	46
5.7	Kampf um Anerkennung nach dem Bundesversorgungsgesetz und die Auswirkungen auf den Alltag einer Person mit DIS	47-49
6	Sozialpädagogische Interventionen	50-60
6.1	Grundsätzliches	50-56
6.1.1	Haltung	51-52
6.1.2	Fachwissen	52-53
6.1.3	Supervision	54-56
6.2	Arbeit mit der Klientin	56-60
6.2.1	Hilfe beim inneren Prozess	56-58
6.2.2	Hilfe im Alltag	58-60
7	Zusammenfassung und Aussichten, bzw. Perspektiven für Menschen mit DIS	61-66
	Literaturverzeichnis	67-70
	Anhang	
	Einrichtungen im Norden Deutschlands	

1 Einleitung

Das öffentliche Interesse an der dissoziativen Identitätsstörung ist in den letzten Jahren rapide gestiegen. In der Wissenschaft wird schon länger kontrovers diskutiert, wie sich das Phänomen erklären lässt. Obwohl die Diagnose bereits schon 1980 unter dem Begriff Multiple Persönlichkeitsstörung ins DSM III (Fiedler, 2001, S.226) aufgenommen wurde, was inzwischen schon in der 4. Auflage besteht, herrscht immer noch Unstimmigkeit darüber, ob es diese Diagnose überhaupt gibt. Auch in der Klassifikation psychischer Störungen der WHO, ist die Diagnose unter der Kategorie der Konversionsstörungen aufgeführt, allerdings werden die Zweifel, die es in der Allgemeinheit über diese Diagnose gibt, im ICD mit aufgenommen. (ICD-10, 1992, F 44.81, S.169) Ich habe noch von keiner Diagnose gehört, die so umstritten ist, und das Fachpersonal wie die Laien derartig in Pro- und Contrafronten spaltet und das, obwohl es klare, anerkannte Methoden gibt, um diese Diagnose von anderen abzugrenzen.

Auch die Medien greifen die dissoziative Identitätsstörung immer wieder als Thema auf. Anfang 1995 erschien ein Artikel im SPIEGEL, in dem Michaela Hubers Forschungsergebnisse kommentiert wurden, und es wurde auch dort Zweifel an der Existenz der dissoziativen Identitätsstörung geäußert. Als Beleg wurden Vertreter der False Memory Syndrome Foundation angeführt. (DER SPIEGEL, 3/95, S.196-197) Auch zwischen 1997 und 1998 gab es in der Presse die allgemeine Grundeinstellung, dass es die multiple Persönlichkeit bzw. die dissoziative Identität nicht gäbe, bzw. ein Konstrukt schlechter Therapeuten sei, wie z.B. in den Artikeln Evas viele Gesichter, (FAZ, 5/97, Seite N7); Hystorischer Fortschritt, Die neueste Stimmung im Westen: Die vollends aufgeklärte Welt strahlt im Zeichen der neuen Hysterie, (DIE ZEIT, Nr. 26, 6/97, S. 45); Trau keinem – nicht einmal Dir selbst, (FRANKFURTER RUNDSCHAU, 26.7.97) oder Floras Erzählungen, (DER SPIEGEL, 10/98, 230-233) und weitere. Im Oktober 2000 erschien in der Zeitung DIE ZEIT ein allgemein akzeptierender Artikel über eine Frau mit dissoziativer Identität, „Giovanna ist Viele“, allerdings im Feuilleton der Zeitung. (DIE ZEIT, Nr. 13, 23.3.2000) Beim

Lesen dieser Artikel fällt auf, dass immer Zweifel geäußert werden, doch nirgends wird diesen Zweifeln fundiert auf den Grund gegangen und sie belegt.

Im Fernsehen, besonders in Spielfilmen, wurde und wird bis heute noch diese Diagnose benutzt und eine Person mit DIS so dargestellt, als gäbe es in einem multiplen System nur „Die Gute“ und „Die Böse“ in einem Körper vereint, so wie Dr. Jekyll und Mr. Hyde und als könne kein Persönlichkeitsanteil auch nur im geringsten die Verantwortung für sein Handeln übernehmen. Diese Strategie ist vielleicht hilfreich, um in einem Spielfilm einen Spannungsbogen aufzubauen, wird aber der Diagnose dissoziative Identitätsstörung keineswegs gerecht und verzerrt das Bild in der allgemeinen Öffentlichkeit.

Erst in jüngster Vergangenheit erschienen im Fernsehen unterschiedliche Beiträge über die Dissoziative Identitätsstörung, die umfangreich und informativ waren und den gesamten Umfang, der zu dieser Persönlichkeitsspaltung führt, aufzeigen, wie zum Beispiel die Filme „Die Seele brennt“, „Höllleben I“ und „Höllleben II“ von Liz Wieskerstrauch. Auch die ZDF Reporter und ARD Frontal beschäftigten sich mit den Themen ritueller Missbrauch und Kinderpornografie, die unmittelbar mit der Entstehung von Dissoziation und Posttraumatischer Belastungsstörung in Zusammenhang stehen, wie ich weiter in meiner Diplomarbeit ausführen werde.

In meiner Arbeit werde ich im Kapitel 2 die Begriffe Identität, Trauma und traumatische Belastungsstörung klären und unterschiedliche Sichtweisen der verschiedenen Autoren über die dissoziative Identität aufzeigen. Danach werde ich das Ausmaß der dissoziativen Identität in der Allgemeinbevölkerung sowie im klinischen Bereich darstellen. In der Diagnostik im Kapitel 3 werde ich die Merkmale einer dissoziativen Identität aufzeigen und weitere dissoziative Störungen beschreiben und die dissoziative Identität von der Schizophrenie und der Borderlinepersönlichkeit abgrenzen. Über die verschiedenen Theorieansätze in Kapitel 4 werde ich die Entstehungsbedingungen, die zur dissoziativen Identität führen, beschreiben und einen Überblick über die Auswirkungen auf das Leben mit dieser Diagnose geben. Des

weiteren werde ich das False Memory Syndrome erläutern und Hintergründe über die Vereinigung False Memory Foundation aufzeigen. Im Kapitel 5 werde ich darstellen, wie multiple Personen ihren Alltag selber erleben und was es für diese Menschen bedeutet, mit Zeitverlusten, Derealisierungen, Flash-Backs zu leben, Stimmen zu hören, wie sie mit Partnerschaften umgehen und was für Auswirkungen die posttraumatische Belastungsstörung auf den Alltag hat. Des Weiteren werde ich darstellen, dass Menschen, die Gewalttaten überlebt haben, einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz haben, aber auch aufzeigen, was das Beantragen der Opferrente für Auswirkungen auf die Person mit dissoziativer Identität haben kann. Im Kapitel 6 möchte ich aufzeigen, was für Sozialpädagogen besonders wichtig ist, um effektiv mit Menschen mit dissoziativer Identität arbeiten zu können und eine Perspektive entwickeln, die für Menschen mit multipler Persönlichkeit optimal wären, um ihren Alltag lebenswerter zu machen und eine kleine Übersicht darüber geben, was es jetzt bereits schon für Einrichtungen/Angebote im Norden Deutschlands gibt.

2 Begriffserklärungen

Bevor ich beschreibe, was die dissoziative Identität ist, halte ich es für sinnvoll, mich dem Begriff Identität zu nähern.

Identität

Angelika Vogler und Imke Deistler stellen in ihrem Buch ein Modell aus der integrativen Therapie vor, was die Identität in 5 Bereiche einteilt, der Leiblichkeit, dem sozialen Kontext, der materiellen Sicherheit, der Arbeit und Leistung, den Normen und Werten und dem Glauben. Diese Säulen der Identität sind im Normalfall aus dem Kontext und Kontinuum des Individuums eingebettet in unsere Gesellschaft und entwickeln sich im Laufe der Zeit aus der individuellen Veranlagung. (vgl. Deistler/Vogler, 2003, S.124) Im Normalfall sind diese 5 Säulen zu einem integrierten Ich verschmolzen.

Wie ich weiter in meiner Arbeit beschreiben werde, sind Traumata ursächlich, um diese normale Entwicklung der Identität zu stören. Aus dem Trauma kann eine posttraumatische Belastungsstörung entstehen. Beide Begriffe werde ich im Folgenden beschreiben.

Trauma

Ein Trauma ist nicht nur ein schreckliches Erlebnis wie z.B. ein Verkehrsunfall oder ein Attentat. Ausschlaggebend ist, dass das Geschehen für den Menschen nicht verkraftbar ist. Nach Michaela Huber ist ein Trauma ein "Anschlag auf die Identität des Menschen". (Michaela Huber, 2003, S. 68)

Nach Judith Herman entsteht das Trauma „in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird.“ (Herman, 1994, S. 53) Ein Erlebnis kann also erst ein Trauma werden, wenn das soziale Netz das Opfer nicht stützt, es kein Zugehörigkeitsgefühl zu einem Beziehungssystem gibt und somit auch keine Hilfe erfahren wird. (vgl. Herman, 1994, S. 53)

Die typischen unmittelbaren Folgen von traumatischem Stress zeigen sich nach Michaela Huber auf der psychischen Ebene durch Verstörung und Durcheinandersein, im extremsten Fall bis hin zum Verlust der Ich-Grenzen. Auf der Körperlichen Ebene können sich starke Schmerzen, Schock, Ohnmacht und Koma zeigen bis hin dazu, dass man gar nichts mehr spürt. Auf der emotionalen Ebene kann traumatischer Stress zu Chaos führen und im Extremfall zu einer Art emotionalen oder seelischen Taubheit. Die Flut von verschiedenen Bildern, Gerüchen, Geräuschen oder Geschmack können für die Betroffene so überwältigend sein, dass nichts mehr wahrgenommen wird. Die Fähigkeit zur Einordnung des Geschehens in den räumlichen wie den zeitlichen Kontext kann verloren gehen bis hin dazu, dass man nichts mehr über das Geschehen weiß. (vgl. Michaela Huber, 2003, S. 68)

Posttraumatische Belastungsstörung

Nach Michaela Huber sind folgende Merkmale bezeichnend für eine Posttraumatische Belastungsstörung:

- "Wiedererleben (von Teilen) der belastenden ,Erinnerung in Form von Gedanken, Alpträumen, Flashbacks, Pseudohalluzinationen...
- Bei Kindern auch: Nachspielen der belastenden Szenen, ohne dass Erleichterung eintritt; viele Alpträume mit stark ängstigen Inhalten, das Kind handelt wieder wie im Trauma...
- Starke gefühlsmäßige und körperliche Belastungssymptome bei allem, was an das Trauma erinnert;
- Anhaltende Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern:
- Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern (Amnesie)
- Gefühl der Losgelöstheit von der Umgebung („Derealisation“) bzw. vom Körper (Depersonalisierung) bis hin zu Identitätsstörungen;
- Gefühl der Entfremdung von anderen; Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden; Gefühl eine eingeschränkte Zukunft zu

haben; vermindertes Interesse am sozialen Leben; Verlust von Spiritualität...

- Erhöhte Erregung: Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, Schreckreaktionen...“
(Huber, 2003, S. 112)

Multiple Persönlichkeit/ Dissoziative Identität

Wenn ich von Menschen mit dissoziativer Identität spreche, meine ich die Dissoziative Identität wie sie im ICD und im DSM IV beschrieben ist. Ursprünglich wurde die Dissoziative Identitätsstörung als Multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Dieses wurde im DSM-IV umbenannt, da die plurale Betrachtungsweise von einem „Viele Ichs“ zu einer „Singulären Ich-Störung“ geändert wurde und in die Kategorie der Dissoziativen Störungen subsummiert wurde. Im ICD-10 ist die Dissoziative Identitätsstörung allerdings in die Kategorie der Konversionsstörungen subsummiert.

Im Kontakt mit Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung wie auch unter Fachleuten ist es allerdings immer noch gängig, auch von Multipler Persönlichkeit zu sprechen. Diese Begriffe benutze ich in meiner Arbeit der Einfachheit halber äquivalent.

Walburga Temminghoff zitiert Bilden, nachdem es zwei verschiedene Standpunkte über die Vorstellung von Multiplizität gibt. Das eine ist die Vorstellung, dass eine bereits existente „Einheit fragmentiert und gespalten wird“. Das andere ist die Vorstellung, dass eine noch nicht ausgebildete Persönlichkeit, anstatt eine Einheit zu werden, sich in mehrere Persönlichkeiten entwickelt. (vgl. Temminghoff, 1999, S.20) Je nachdem, von welchem Standpunkt aus man die dissoziative Identität betrachtet, gibt es entweder die Möglichkeit, dass es, wie auch geartet, eine Kernpersönlichkeit geben muss, von denen die Teilpersönlichkeiten abstammen oder eben nur die Teilpersönlichkeiten anstelle der Kernpersönlichkeit existieren.

Peter K. Schneider geht von der ersten Variante aus und beschreibt die Dissoziative Identität als „ein Bewusstsein“, das „in Stücke geht; wie

„ein Kristall, der mit einem Hammer zertrümmert wird“ (Schneider, 1997, S.3)

Ferenczi geht davon aus, dass es zwar ein Individuum gibt, aber nennt es „halbflüssiges Individuum“, weil es noch nicht richtig ausgebildet ist und, „so ist der entscheidende Passus hier, das ‚Aufgeben, ein Gesamt-Ich zusammenzufassen‘.“ (Schneider, 1997, S. 58)

Michaela Huber beschreibt die dissoziative Identität als „Abspaltung in verschiedene „Personen“, die ein „Eigenleben“ entwickeln...“ (Michaela Huber, 1997, S.26) und zwar „beginnend mit der Zeit der Identitätsentwicklung“ (Huber, 1997, S. 149) Somit ist sie offen für beide Varianten.

Ian Hacking beschreibt lediglich die Haupteigenschaft der dissoziativen Identitätsstörung als „die Existenz zweier oder mehrerer deutlich voneinander getrennter Persönlichkeiten in einem Individuum, die jeweils zu einer bestimmten Zeit dominieren“ (Hacking, 1997, S. 15)

Peter K. Schneider führt weiter aus, dass sich „Viele kleine Spezialisten“ heran bilden „gemäß dem Rollenbündel unserer Lebensweltfunktionen“...„und je nach dem Aktuellwerden der spezifischen Aufgaben mit zeitlich weit getrennten Geburtsdaten, und damit von unterschiedlichem Alter und – besonders – unterschiedlicher Erinnerung.“ (Schneider, 1997, S.3) Dieses bedeutet, dass es in keinem Lebensbereich eine Erinnerungskontinuität geben kann. Es gibt nicht nur große biographische Lücken, sondern auch Amnesien im Tagesbewusstsein.

Michaela Huber erklärt es wie folgt: „Bei Multiplen übernehmen die „Innenpersonen“ jeweils die volle Kontrolle über das Verhalten, Denken, den Körper, die Gefühle. Das bedeutet häufig: Eine Person weiß gar nicht, dass sie (bzw. ihr Körper) gelegentlich etwas sagt, denkt, fühlt oder macht, das sie selbst „nie tun würde“. Sie hat dann für die Zeit, in der die andere Person „draußen“ war, eine komplette Amnesie.“ (Michaela Huber, 1997, S.26 f.)

Wie stark die Amnesie ist, hängt von der Co-Bewusstheit der multiplen Person ab. Wie Catherine G. Fine beschreibt repräsentieren Teilpersönlichkeiten „Ich-Zustände mit starken und in unterschiedlichem Maße undurchlässigen Grenzen. Diese Grenzen können, ähnlich wie

Zellmembranen für Affekte, Empfindungen und Wissen über die Host-Persönlichkeit (Als Haupt-Persönlichkeit, Host oder Gastgeberin wird die Persönlichkeit bezeichnet, „die derzeit am meisten Kontrolle über den Körper hat...“ (Huber, 1997b, S. 115)) oder andere alternierende Persönlichkeitsanteile, selektiv und unterschiedlich durchlässig sein. Die amnestischen Barrieren bestimmen die Kommunikations-Ströme, die zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen existieren.“ (Nijenhuis, v.d. Hardt, Steele, 2004, S. 114-115)

In der Fachliteratur wird zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsabspaltungen Alter, States und Fragments unterschieden. „Nur die umfassendsten Abspaltungen fallen unter den Terminus „Identitäten“ bzw. „Alter-Personen“. Die weniger vollständigen Abspaltungen werden als so genannte „States“ bezeichnet“.....“Noch weniger komplex als die „Alters“ und die „States“ sind die „Fragments“, sehr kleine, abgespaltene Fragmente, die zu einer bestimmten Situation gehören.“ (Deistler/Vogler, 2002, S. 54-55)

Onno v.d. Hardt und Kollegen teilen die Persönlichkeitsanteile in zwei Bereiche ein, der emotionalen Persönlichkeit (EP) und der anscheinend normalen Persönlichkeit (ANP). Die emotionale Persönlichkeit beschreiben Onno van der Hardt und Op den Velde als „Manifestation eines mehr oder weniger komplexen mentalen Systems, das im Wesentlichen traumatische Erinnerungen trägt.“ (Nijenhuis, v.d. Hardt, Steele, 2004, S. 52) Der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil „wird hauptsächlich durch eine Reihe von Ausfällen gekennzeichnet, der so genannten Negativdissoziation“ In wieweit der ANP nach außen hin normal erscheint, kann sehr stark variieren. Es gibt Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung, die als ANP im hohen Grad angepasst funktionieren, z.B. können sie als sehr erfolgreiche Fachleute arbeiten. Der Einfluss eines emotionalen Persönlichkeitsanteil auf den anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil, speziell mit traumatischen Erinnerungen, beeinträchtigen die scheinbare Normalität und somit auch die Alltagsfunktionalität (vgl. Nijenhuis, v.d. Hardt, Steele, 2004, S .53)

Trotz der Individualität einer jeden Person mit Dissoziativer Identität, gibt es nach Catherine G. Fine bestimmte Typen von Persönlichkeiten,

die bei den meisten Personen mit dissoziativer Identität auftauchen. (vgl. Fine, 2004, S. 115) Catherine G. Fine beschreibt „Kindpersönlichkeiten“, „so genannte innere Missbraucher“, „erwachsene Persönlichkeiten, die ursprünglich die Wut und die Arroganz für den Rest der Persönlichkeiten zu tragen scheinen“ und „weitere erwachsene Anteile, die untereinander die verschiedenen Rollen aufteilen, die entweder der inneren Welt der Patientin dienen oder das Funktionieren im äußeren Hier und Jetzt unterstützen“. (Fine, 2004, S. 116)

Das Ausmaß

Fälle männlicher Klienten mit dissoziativer Identität werden weniger häufig entdeckt als weibliche Klienten. Nach Michaela Huber werden zum einen Jungen weniger häufig sexuell missbraucht, zum anderen neigen missbrauchte Jungen eher zu Störungen, die nach außen gerichtet sind, neigen sozusagen dazu, aggressiv und straffällig zu werden, während Mädchen eher dazu neigen, auf Gewalt mit psychischen und somatischen Störungen zu reagieren. (vgl. Huber 2003b, S. 59-60)

80-90 Prozent der Menschen mit dieser Diagnose sind Frauen. (vgl. Huber, 1997, S. 148) Aus diesem Grunde verwende ich in meiner Arbeit vorwiegend die weibliche Form.

Die Prävalenz dissoziativer Störungen in der Allgemeinbevölkerung:

38 Ursula Gast, Frauke Rodewald

Tabelle 1.8 Prävalenz dissoziativer Störungen – Allgemeinbevölkerung

Autor	Land	Stichprobe	N	Mess-instrument	% DD	% DIS	% NNBDS
Ferdinand u. Mitarb. (1995)	Niederlande	Junge Erwachsene (Alter 19–24 Jahre)	706	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	7,4		5,8
Vanderlinden u. Mitarb. (1991)	Niederlande und Belgien	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe	374	DIS-Q	3	1	
Vanderlinden u. Mitarb. (1993a)	Niederlande	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe	378	DIS-Q	2,1	0,5	
Vanderlinden u. Mitarb. (1995)	Ungarn	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe	311	DIS-Q	10,6	2,6	
Akyüz u. Mitarb. (1999)	Türkei	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe	994	DES DDIS	1,7	0,4	
Sar u. Mitarb. (1999)	Türkei	für weibliche Allgemeinbevölkerung repräsentative Stichprobe	628	DES DDIS SCID-D	18,3	1,1	8,3
Murphy (1994)	USA	Studierende	415	DES DDIS	5–20		
Ross (1991)	Canada	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe	435	DES DDIS	10	1	
Ross u. Mitarb. (1991)	Canada	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe	1055	DES	5–10		
Waller u. Ross (1997)	Canada	Reanalyse der Daten von Ross u. Mitarb. (1991)	1055	DES	3,3		

Anmerkungen: Angegeben sind jeweils die Autoren, das Land, in dem die Datenerhebung durchgeführt wurde, die Stichprobenzusammensetzung und -größe, die verwendeten Messinstrumente (DES = Dissociative Experiences Scale; DIS-Q = Dissociation Questionnaire; DDIS = Dissociative Disorders Interview Schedule; SCID-D = Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders) sowie die ermittelten Prävalenzraten für dissoziative Störungen allgemein (DD) und, sofern diese gesondert ermittelt wurden, auch diejenigen für die dissoziative Identitätsstörung (DIS) sowie für die Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (NNBDS).

(Abb.1 Gast, Rodewald, 2004, S.38)

Zwischen 1991 und 1999 wurden von verschiedenen Autoren in verschiedenen Ländern repräsentative Untersuchungen durchgeführt, um die Prävalenz Dissoziativer Störungen in der Bevölkerung zu bestimmen. Der prozentuale Anteil allgemeiner dissoziativer Störungen reicht von 1,7% - 18,3% in der Türkei, in den Niederlanden und Belgien von 2,1% - 7,4% in Canada von 3,3% – 10%. In Ungarn liegt der prozentuale Anteil bei 10,6% und in den USA bei 5% –20 %. Der prozentuale Anteil von Menschen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung in der Allgemeinbevölkerung liegt in den Niederlanden bei 0,5%-1%, in Ungarn bei 2,6%, in der Türkei zwischen 0,4% und 1,1% und in Canada bei 1%. Die nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung wurde nur in den Niederlanden und in der Türkei untersucht. In den Niederlanden liegt der prozentuale Anteil bei 5,8% und in der Türkei bei 8,3%.

Problematisch bei den verschiedenen Untersuchungen ist die Vergleichbarkeit untereinander. Es wurden verschiedene Messinstrumente verwendet. Die Vergleichbarkeit z.B. zwischen den Messinstrumenten DIS und DESQ haben zwar einen Korrelationskoeffizienten von über $r=.80$, so dass relativ enge Zusammenhänge nachgewiesen werden konnten (vgl. Gast, Rodewald, S. 40), dennoch liegen die Werte des mit DESQ gemessenen Ergebnisse um bis zu 10% niedriger als mit den mit DIS gemessenen Ergebnissen. (vgl. Gast, Rodewald, S. 40). „Manche Autoren führen Berechnungen mit verschiedenen Grenzwerten durch und geben an, wie viel Prozent der Stichprobe bei hohen bzw. niedrigen Cutoffs (den Grenzwerten) in den Bereich pathologischer Werte Fallen.“ (Gast, Rodewald, 2004, S.89) Von daher ergeben sich auch z.B. bei Murphy und Ross wie auch bei Ross u. Mitarbeitern eine Prävalenzspanne von 5 – 20% bzw. 5 – 10%.

Zum anderen ist der Einflussfaktor des Alters, wie auch des Geschlechtes der Probanden relevant für die Untersuchungsergebnisse. (vgl. Gast, Rodewald, S.38 – 39)

Die Prävalenz dissoziativer Störungen in der Psychiatrie

Tabelle 1.9 Prävalenz dissoziativer Störungen – Psychiatriepatienten

Autor	Land	N	Messinstrument	% DD	% DIS	% DDNOS
Draijer u. Lange-land (1993)	Niederlande	160	DES SCID-D	5		
Modestin u. Mitarb. (1996)	Schweiz	207	DES DDIS	5	0,4	1,9
Gast u. Mitarb. (2001a)	Deutschland	115	FDS DES SKID-D	4,3–8	0,9–6	2,7
Tutkun u. Mitarb. (1998)	Türkei	166	DES DDIS Klinisches Bild	10,2 + klin. B.	9,5 5,4 + klin. B.	3,6 4,8 + klin. B.
Graves (1989)	USA	125	Klinisches Bild, keine standardisierte Diagnostik		2,4	6,6
Horen u. Mitarb. (1995)	Canada	48	DES DDIS	17	6	2
Latz u. Mitarb. (1995)	USA	175 Frauen	DES DDIS		12	19,32
Rifkin u. Mitarb. (1998)	USA	100 Frauen	DES SCID-D		1	
Ross u. Mitarb. (1991)	Canada	299	DES DDIS		3,3	
Saxe u. Mitarb. (1993)	USA	110	DES DDIS	15	4	

Anmerkungen: vgl. Tab. 1.9 in der Studie von Gast u. Mitarb. (2001) wurde die modifizierte deutsche Bearbeitung der DES, der Fragebogen für dissoziative Symptome FDS verwendet. Tutkun u. Mitarb. (1998) überprüften die über die DES- und DDIS-Ergebnisse gestellten Diagnosen zusätzliche über eine genaue klinische Diagnostik (Klinisches Bild). Angegeben sind hier zuerst die auf der Basis der Testdiagnostik ermittelten Prävalenzraten und dann die nach der klinischen Diagnostik korrigierten Zahlen.

Abb2 Gast, Rodewald, 2004, S. 41)

Die klinische Population Dissoziativer Identitätsstörung reicht in den USA von 1 - 12% in Canada von 3,3 – 6%, beträgt in Deutschland 0,9 – 6 %, in der Schweiz 0,4% und in der Türkei zwischen 5,4 und 9%. Die starke Varianz der Ergebnisse lässt sich auch hier, wie bei der anderen Tabelle durch die oben genannten Faktoren wie Messinstrumente und Stichprobenszusammensetzung erklären.

Prägnant bei diesen Untersuchungsergebnissen ist, dass z.B. bei den klinischen Untersuchungen in der Türkei höhere Prävalenzergebnisse erzielt wurden als in den USA, was widerlegt, dass die dissoziative Identitätsstörung eine Modediagnose sei, die aus den USA käme wie es verschiedene Kritiker meinen. Und diese Untersuchungen zeigen auch, dass diese Diagnose keineswegs selten ist.

3 Diagnostik

Diagnosen zu stellen wie auch eine Therapie durchzuführen sind zwar keine Bereiche der Sozialpädagogik, doch halte ich es für wichtig und hilfreich, auch als Sozialpädagoge/Sozialpädagogin, die diagnostischen Kriterien für die dissoziative Identität zu kennen und diese von anderen Störungsbildern wie z.B. von der Schizophrenie oder Borderlinepersönlichkeit unterscheiden zu können. Denn die professionelle sozialpädagogische Ausgestaltung der Interventionen setzt unter anderem voraus, über die Diagnose informiert zu sein.

3.1 Dissoziative Identitätsstörung

Nach Michaela Huber „... entsteht MPS in der Kindheit (beginnend mit der Zeit der Identitätsentwicklung, also *meist vor dem vollendeten fünften Lebensjahr*)...“ (Huber, 1997b, S.149)

Häufig kommen Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung erst als Erwachsene mit anderen, unspezifischen Symptomen in die Beratung, was am Anfang eine eindeutige Diagnosestellung erschwert bzw. unmöglich macht. Diese Symptome sind zwar nicht spezifisch für die dissoziative Identität, doch das Zusammentreffen mehrerer folgender Symptome lässt schon auf eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung schließen.

- „Psychosomatische Symptome (Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Unterbauchschmerzen)
- Panikanfälle
- Depressionen
- Essstörungen
- Selbstverletzende Verhaltensweisen
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Sexualstörungen
- Zwangsstörungen
- Impuls-Kontrollstörungen
- Konversionssymptome

- Akustische Halluzinationen
- Flashbacks
- Suizidalität“

(Deistler/Vogler, 2003, S.56)

Nach Ursula Gast gibt es 4 unspezifische Hinweise, die auf eine dissoziative Identitätsstörung schließen könnten.

- traumatische Erfahrungen in der Kindheit
- Misserfolgen vorheriger Behandlungen
- Drei oder mehr Vordiagnosen, insbesondere als atypische Störungen (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Somatisierungs- und Essstörungen)
- Selbstverletzendes Verhalten, gleichzeitiges Auftreten von psychiatrischen und psychosomatischen Symptomen, starke Schwankungen und Fluktuationen in Symptomatik und Funktionsniveau“ (Gast, 2000, S. 186)

Diese Symptome sind für die Kontaktperson, (die Person, die aufgrund eines Leidensdrucks eine Beratungsstelle aufsucht oder eine Therapie beginnt) meist ausschlaggebend, eine Beratung oder Therapie aufzusuchen.

Erst bei längerem Kontakt und Vertrauen kann es möglich sein, dass sich neben der Kontaktperson auch andere Identitäten zeigen. Nach Michaela Huber kommt erschwerend hinzu, „dass MPS eine Ausprägung auf einem breiten Spektrum dissoziativer Symptome ist, und dass keineswegs alle, die eine Dissoziierungsstörung haben, auch multipel sind.“ (Huber, 1997a, S, 147) Im Alltag achten diese Menschen peinlich genau darauf, dass ein Switch nicht sichtbar für andere ist, vertuschen Amnesien und tun alles, um nicht aufzufallen. Putnam et. al fanden heraus, dass im Durchschnitt erst ein halbes Jahr nach Therapiebeginn die Diagnose gestellt wird und bei 20% erst nach 5 Jahren (Putnam et. al, 1986). Auch wenn der Verdacht vielleicht schon länger besteht, kann der Therapeut/die Therapeutin die Diagnose erst bei Erscheinen einer anderen Identität stellen.

Die offizielle Diagnose nach DSM-III-R lautet Dissoziative Identitätsstörung

Folgende Merkmale müssen auftreten:

- A. Existenz von zwei oder mehreren Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszuständen innerhalb einer Person (jede mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster, die Umgebung und sich selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich gedanklich mit ihnen auseinanderzusetzen.)
- B. Mindesten zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums

(DSM III-R, 1987, S.272)

Im DSM IV wurden 1994 die Kriterien wie folgt geändert:

- A. Vorhandensein von zwei oder mehr getrennten Identitäten oder Persönlichkeitszuständen (jede mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster, die Umgebung und das Selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich mit ihnen gedanklich auseinanderzusetzen.)
- B. Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen abwechselnd die Kontrolle über das Verhalten der Person.
- C. Unfähigkeit, sich an wesentliche persönliche Informationen zu erinnern, die zu ausgeprägt ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärbar zu sein.
- D. Die Störung ist nicht zurückzuführen auf direkte Auswirkungen einer psychisch wirksamen Substanz (z.B. Blackouts oder chaotisches Verhalten während einer Alkoholvergiftung) oder eine allgemeinmedizinische Erkrankung (etwa zerebrale Krampfanfälle)

Prägnant an der Veränderung im DSM ist, dass nicht mehr von Persönlichkeiten gesprochen wird, sondern von Identitäten bzw. Persönlichkeitszuständen, was zum Ausdruck bringen soll, dass es sich

nicht um wirklich komplette verschiedene Personen handelt, sondern um_eine_Persönlichkeit, die in verschiedene Persönlichkeitsanteile oder Identitäten gespalten ist.

Im ICD-10 ist die dissoziative Identitätsstörung, im Gegensatz zum DSM, unter die Kategorie der Konversionsstörungen subsummiert und wird noch als multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Die Kriterien hier lauten:

- Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuum, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt jeweils nur eine nachweisbar ist.
- 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.
- Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, was für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.
- Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F0) (z.B. Epilepsie) oder durch psychotrope Substanzen (F1) (z.B. Intoxikationen oder Entzugssyndrom).“ (ICD-10, F44.81, 1995, S. 182)

C.A. Ross gibt in seinem Lehrbuch über multiple Persönlichkeitsstörung noch weitere unspezifische Merkmale an, die auf eine dissoziative Identitätsstörung hinweisen und durch Studien belegt sind:

„Ich würde spekulieren, dass annähernd 100% derjenigen, die sich mit folgenden Merkmalen vorstellen, an klassischer MPS leiden:

- Geschichte von sexueller und/ oder körperlicher Misshandlung in der Kindheit.
- Geschlecht weiblich (80-90 % Michaela Huber, 1997a)
- Alter 20-40 Jahre.
- Zeitverlust, Gedächtnislücken (blank spells.)
- Stimmen im Kopf oder andere Schneidersche Symptome.

- DSM-III-R-Kriterien für Borderline-Persönlichkeit werden (fast) alle erfüllt.
- Vorherige psychotherapeutische Behandlungen erbrachten keine substanzielle Besserung.
- Selbstzerstörerisches Verhalten.
- Keine Gedankenstörung.
- Kopfschmerzen.“ (C.A. Ross, 1989, S. 102)

3.2 allgemeine Dissoziative Störungen

Es gibt es noch weitere Dissoziative Störungen, die aber nicht unbedingt auf eine Dissoziative Identitätsstörung hinweisen müssen. Allerdings kann ein Mensch mit einer Dissoziativen Identitätsstörung auch an weiteren allgemeinen dissoziativen Störungen leiden.

Im Eröffnungsvortrag zum Kongress über Dissoziative Identitätsstörung im Jahre 1994, der von Wildwasser Bielefeld organisiert wurde, beschreibt Michaela Huber folgende allgemeine dissoziative Störungen:

Dissoziative Störung:

„...unter einer dissoziativen Störung wird demnach eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Umgebungswahrnehmung verstanden, die plötzlich oder schleichend eintreten, vorübergehend oder chronisch sein kann.“ (Huber, 1997a, S.47)

Dissoziative Amnesie (früher psychogene Amnesie):

“... ist gekennzeichnet durch eine Unfähigkeit, sich an wesentliche persönliche Informationen, gewöhnlich traumatischer oder stressreicher Natur, zu erinnern. Die Gedächtnisstörung muss, damit diese Diagnose gestellt werden kann, zu ausgeprägt sein, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärbar zu sein.“ (Huber, 1997a, S.47)

Dissoziative Fugue (früher psychogene Fugue):

„...ist gekennzeichnet durch plötzliches, unerwartetes Sich-Entfernen der Person von zu Hause oder dem Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an die eigene Vergangenheit zu erinnern und eine Verwirrung bezüglich der eigenen Identität bzw. der Annahme einer neuen Identität.“ (Huber , 1997a, S.48)

Fugue: übersetzt aus dem englischen bedeutet Flucht

Depersonalitätsstörung:

„...ist gekennzeichnet durch ein dauerhaftes oder wiederkehrendes Gefühl, vom eigenen Denken und Fühlen bzw. dem eigenen Körper getrennt zu sein, wobei die Fähigkeit zur äußeren Realitätsüberprüfung intakt bleibt.“ (ebenda)

Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störungen

“... umfasst solche Störungen, bei denen das Hauptmerkmal in einem oder mehreren dissoziativen Symptomen besteht, die jedoch nicht die Kriterien für eine spezifische, vorher genannte dissoziative Störung erfüllen... Sie ist nicht nur eine Restkategorie. Sondern sie ermöglicht es, Übergangsformen dissoziativer Störungen zu erfassen...” (Huber, 1997a, S.48)

3.3 Differenzialdiagnostik/ Abgrenzung zu anderen Störungsbildern

Oft wird die dissoziative Identitätsstörung nicht als solches erkannt. Das kann schwerwiegende Folgen haben in Bezug auf die Auswahl der Behandlungsmethode und den Behandlungserfolg. Im schlimmsten Fall kann eine falsche Therapiemethode den Zustand des Klienten verschlimmern, im mildesten Fall keinen Erfolg aufweisen. Im Folgenden werde ich zwei der häufigsten Fehldiagnosen, die bei

Menschen mit dissoziativer Identität gestellt werden, beschreiben und sie voneinander differenzieren.

3.3.1 Dissoziative Identität vs. Schizophrenie

Das Wort Schizophrenie stammt ursprünglich aus dem griechischen und bedeutet übersetzt geteiltes Gehirn oder Psyche. Die Schizophrenie ist allerdings ein völlig separates Störungsbild und hat nichts mit dem Spaltungsphänomen der Dissoziation zu tun. Das bringt in gewisser Weise Verwirrung in die Terminologie. Michaela Huber betont, dass „amerikanischen Studien zufolge mehr als 40% der multiplen Persönlichkeiten in psychiatrischen Kliniken vorher als „schizophren“ fehldiagnostiziert worden waren.“ (Huber, 1997, S.154) In erster Linie zeichnet sich die Schizophrenie durch die schneiderschen Symptome ersten Ranges, wie folgt beschrieben, aus:

- Gedankenlautwerden
- Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede
- Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten
- Leibliche Beeinflussungserlebnisse,
- Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussung
- Gedankenausbreitung
- Wahnwahrnehmung (ICD-10, F2, 1995, 104)
- Alles von anderen Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Willens (ICD-10, F2, 1995, S. 104)

Nach einer Studie von Kluft weist jede Person mit einer dissoziativen Identitätsstörung die schneiderschen Symptome auf, wobei sie bei Menschen mit einer Schizophrenie weniger häufig auftreten. Somit sind die schneiderschen Symptome eher ein Indikator für eine DIS als für Schizophrenie. (vgl. Deistler/Vogler, 2002, S. 53)

Pseudopsychotische (Positiv-) Symptome, wie sie im ICD-10 stehen, sind: „...auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (dies hat zumeist sozialen Rückzug und ein

Nachlassen der sozialen Leistungsfähigkeit zur Folge.) Es muss sichergestellt sein, dass diese Symptome nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden.“ (ICD-10, 1995, S103-104)

Nach Michaela Huber gibt es wichtige Unterschiede zwischen Menschen mit einer Schizophrenie und Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung. Eine grundlegende Unterscheidung ist, dass bei Menschen mit dissoziativer Identität der Realitätskontakt intakt bleibt, im Gegensatz zu Menschen mit Schizophrenie. Michaela Huber beschreibt noch weitere Unterscheidungsmerkmale:

„Schizophrene weisen Merkmale auf, die Multiplen fehlen: Stimmen hören, die *von außen* zu kommen scheinen. Multiple hören Stimmen *im inneren* des Kopfes. Das ist ein wichtiger Unterschied!“ (Huber, 1997b., S.155)

Des Weiteren haben Schizophrene Menschen Gedankenverzerrungen, Halluzinationen (von UFOs aus dem All ferngesteuert sein, einen Tiger auf dem Balkon sehen, Unverständliches vor sich hinbrabbeln, paranoide Wahnvorstellungen etc.), sind im sozialen Kontakt nicht zulänglich, leiden an Katatonie und die Symptome werden durch medikamentöse Behandlung durch z.B. Neuroleptika besser. (Huber, 1997b., S.155)

Bei Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung bleiben Neuroleptika allerdings entweder völlig ohne Wirkung, bzw. haben lediglich eine dämpfende Wirkung oder es verschlimmert sich der Zustand durch diese Medikamente wie folgt. Durch die allgemein dämpfende Wirkung werden Schutzbarrieren zwischen den dissoziierten Teilen aufgebrochen, was verursacht, dass es plötzlich zu unkontrollierten Wechseln kommt und die abgespaltenen Dinge unkontrolliert in Form von Flashbacks an die Oberfläche treten. Die inneren Barrieren zwischen den Innenpersonen und -fragmenten sind in gewisser Weise überlebensnotwendig um die Erinnerungen an die nicht verkraftbaren Traumata in den anderen Personen und somit in den unterschiedlichen Bewusstseinssebenen zu halten. Das Chaos bricht logischerweise besonders dann auf, wenn durch die fehlenden Barrieren die Erinnerungen ungefiltert an die Persönlichkeiten gelangen

können, die für die Alltagsbewältigung zuständig sind. Somit wäre m.E. diese Tatsache auch ein diagnostisches Kriterium, um Schizophrenie ausschließen zu können.

3.3.2 Dissoziative Identitätsstörung vs. Borderlinestörung

Nach Michaela Huber haben Menschen mit dissoziativer Identitätsstörung häufig, aber nicht immer, auch eine Borderlinestörung bzw. einige Merkmale. (Huber, 1997b, S.212) Das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeit von dem der dissoziativen Identität abzugrenzen wird um so schwieriger, wenn Komorbiditäten zwischen beidem vorhanden sind. „Wichtige pathogenetische Zusammenhänge zwischen einzelnen Störungsgruppen (etwa dissoziative Störung, posttraumatische Belastungsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung) sind zu vermuten. (Dammann, Overkamp, 2004). Nach Schneider weisen die Hilfesuchenden, ob Borderline Persönlichkeit oder dissoziative Identität, ähnliche Beschwerden auf. Dazu zählen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Angst und Konzentrationsschwierigkeiten.

Um von einer Borderline-Persönlichkeit sprechen zu können, müssen 5 der folgenden Merkmale erfüllt sein. Nach dem DSM IV-TR gibt es folgende Merkmale:

- „(1) Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
- (2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- (4) Impulsivität in den mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmittelmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
- (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage dauern).

(7) Chronische Gefühle von Leere.

(8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

(9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“ (DSM-IV-TR, 2003, Seite 777)

Michaela Huber bringt den Unterschied zwischen dissoziativer Identitätsstörung und Borderlinepersönlichkeit wie folgt auf den Punkt: „Gemeinsam ist Borderline und MPS, dass es sich um eine ‚frühe Störung‘ handelt, also um eine, deren Beginn in der Säuglings- oder Kleinkindzeit liegt. MPS beinhaltet die Aufspaltung der Identität; Borderline das Wahrnehmen des Selbst im Zusammenhang mit der Umwelt – es ist im Grunde eine Beziehungsstörung.“ (Huber, 1997b, S.159)

Marmer und Fink kommen nach Analyse von 157 bis dahin erschienen Literaturstellen zu folgendem Fazit:

Die Borderlinepersönlichkeit und dissoziative Identität haben viele Symptome, die ähnlich sind. Dazu gehören Identitätsprobleme, autodestruktives Verhalten und Probleme bei der Impulsregulation sowie Probleme im interpersonellen Bereich. Doch es gibt fundamentale Unterschiede in den zugrundeliegenden Dynamiken, Prozessen und Strukturen.

Beiden Störungsbildern ist gemein, dass es das (Abwehr-)Phänomen der Spaltung gibt. Allerdings weisen Borderline-PatientInnen die polarisierende Form wie Idealisierung und Entwertung auf, während bei Personen mit dissoziativer Identität die Spaltung im Erleben der eigenen Identität besteht.

Bei Borderline-KlientInnen wie auch bei KlientInnen mit dissoziativer Identität gibt es Dissoziationsphänomene wie z.B. Wachträume. Während sie bei Menschen mit dissoziativer Identität hoch elaboriert sind, sind sie bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeit wesentlich desorganisierter.

Bei PatientInnen mit dissoziativer Identität kann die Persönlichkeitsstruktur höher organisiert sein und symbolisierter mit wesentlich mehr Nuancen in den Selbst- und Objektrepräsentationen als bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit.

Auch wenn beides traumatisch bedingte Störungen sind, zeigen die Abwehrmechanismen Unterschiede. So kann bei Menschen mit dissoziativer Identität die reife Abwehrmöglichkeit der Verdrängung erhalten geblieben sein. (vgl. Dammann, Overkamp, 2004, S. 19)

Nach Dammann und Overkamp ist ein wichtiges Unterscheidungskriterium, dass bei Borderline-KlientInnen, im Gegensatz zu Menschen mit dissoziativer Identität, das autobiographische Gedächtnis stimmungsübergreifend erhalten bleibt. (vgl. Dammann, Overkamp, 2004, S. 19)

4 Verschiedene Theorien (Ätiologie)

In den Fachkreisen werden verschiedene Theorien über die Entstehung von dissoziativer Identität vertreten. Aus diesen unterschiedlichen Sichtweisen können folglich auch unterschiedliche Behandlungskonzepte für die Betroffenen resultieren können.

4.1 Das 3-P Modell von Braun und Sachs

Das 3-P-Modell umfasst drei aufeinander aufbauende Ebenen von Faktoren, die sowohl die Ätiologie, die Pathogenese als auch die Aufrechterhaltung der Spaltung in verschiedene Persönlichkeiten beschreibt:

Der erste Faktor sind die disponierenden Faktoren („Predisposing Factors“). Dieses bedeutet, dass jemand eine angeborene biologisch-psychologische Fähigkeit zu dissoziieren hat. Nach Braun zeigt sich diese Fähigkeit auch darin, dass gerade Menschen, die dissoziieren, besonders auf Hypnose ansprechen.

Der zweite Faktor sind die Spaltung fördernden Faktoren („Precipitating Factors“). Hiermit sind die schädigenden Faktoren gemeint, die jemand immer wieder erfährt wie z.B. eine inkonstante und belastende Umwelt mit widersprüchlichen Aussagen und Verhalten oder extreme immer wiederkehrende Traumata wie Missbrauch und Vergewaltigungen und weiteren Schädigungen.

Der dritte Faktor ist der Faktor, der die Spaltung aufrecht erhält. („Perpetuating Factors“). Das beinhaltet ein Geflecht von traumatogenen Situationen, die eine Spaltung in der Gefühlswelt für den Betroffenen notwendig macht, z.B. wenn ein Kind in der Familie missbraucht wird, auf der anderen Seite aber auch dort ein normales Familienleben erlebt. Es erlebt die Familiensituation widersprüchlich und kann dieses nicht vereinen. Ein Notbehelf für dieses Kind ist es, diese Erlebnisse auf verschiedenen „Konten“ zu verbuchen, wobei die widersprüchlichen Erinnerungen durch amnestische Barrieren separiert werden. So braucht das Kind diesen unerträglichen Widerspruch nicht ständig spüren.

Nach Braun ist es erst das Zusammenwirken der drei Faktoren, die die Entstehung und Aufrechterhaltung einer dissoziativen Identität erst möglich machen. (vgl. Walburga Temminghoff, 1999, S. 40)

4.2 Die Vier-Faktoren Theorie von Kluft

Nach Kluft tritt eine Multiple Persönlichkeit dann auf, wenn ein Kind mit dissoziativer Kapazität überwältigenden Stimuli ausgesetzt ist, die nur mit ebenso drastischen Verteidigungsmechanismen bewältigt werden können. Somit ist die dissoziative Identität eine Form von Verteidigungsmechanismus, die das Überleben sichert. Dissoziierte Inhalte bilden mit vielen möglichen Grundlagen und formenden Einflüssen die Persönlichkeitsorganisation. Wenn es ungenügende Stimulus-Barrieren und wiederkehrende extreme Erfahrungen gibt oder übermäßig viele Double-bind Mitteilungen das Kind daran hindern die Erfahrungen zu verarbeiten, kann eine Multiple Persönlichkeit entstehen." (vgl. Kluft 1991, S. 71)

Das Modell von Kluft differenziert die Faktoren noch ein wenig weiter als das Modell von Braun. Nach Richard Kluft liegt der Beginn einer Multiplen Persönlichkeitsstörung in der frühen Kindheit, für deren Ausprägung vier Faktoren wesentlich sind:

1. Sexueller Missbrauch und andere traumatische Erlebnisse.

Kluft geht davon aus, dass „ein Kind überwältigenden Stimuli ausgesetzt ist“ (Kluft, 1991, S. 71) Zu diesen Reizen gehören unter anderem Missbrauch und Inzest.

2. Fähigkeit zur Dissoziation und/oder zur Hypnotisierbarkeit

Die biologische Fähigkeit des Kindes zu dissoziieren setzt Kluft als Grundannahme voraus.

3. Formierung von dissoziierten Inhalten zu Persönlichkeiten

Es „wird die dissoziative Kapazität als Verteidigungsmechanismus herangezogen. Dissoziierte Inhalte werden mit einer vieler möglichen Grundlagen und formenden Einflüssen für die Persönlichkeitsorganisation verbunden.“ (Kluft 1991, S. 71)

4. Festigende Faktoren

Wiederholte traumatisierende Erfahrungen festigen das neue Persönlichkeitssystem, indem immer neue Inhalte hinzu kommen. Es gibt keine heilsamen Erfahrungen von außen, so dass sich die alternierenden Persönlichkeiten fixieren. (vgl. Kluft 1991, S. 71)

4.3 Das Modell der spontanen Selbsthypnose von Bliss

Wie Braun und Kluft festgestellt haben, sind Menschen mit dissoziativer Identität leicht hypnotisierbar. Sie sehen das als eine Begleiterscheinung der dissoziativen Identitätsstörung. Bliss dagegen behauptet, dass die Selbsthypnose Ursache von Dissoziativer Identitätsstörung ist. Er begründet diese Hypothese damit, dass Menschen mit diesem Störungsbild überdurchschnittlich gut hypnotisierbar sind (vgl. Bliss, 1986, S. 192)

Bliss behauptet, dass das multiple Persönlichkeitssyndrom die extremste Form spontaner Selbsthypnose ist. Diese Personen haben realistische Persönlichkeiten, ausgiebige Amnesien und andere ausgeprägte Konversionssyndrome, unbewusste Traumata und eine Menge anderer selbsthypnotischer Symptome. (Bliss S. 166)

Bliss hat in einem Experiment 28 Personen mit Dissoziativer Identitätsstörung und 89 starken Zigarettenrauchern mit dem Stanford Hypnotic Susceptibility Scale zur Messung der Hypnotisierbarkeit untersucht. Seine Ergebnisse bestätigten signifikant seine Hypothese, dass Multiple Persönlichkeiten definitiv besser zu hypnotisieren sind. (vgl. Bliss, 1986, Seite 123 /Tabelle S.166)

Oftmals ist es dem Therapeuten erst möglich, mittels eines künstlich induzierten Trancezustandes die verschiedenen Persönlichkeiten zum Vorschein zu bringen und diese in einem anschließenden Gespräch genauer zu analysieren (vgl. Bliss, 1986, Seite 124)

Bliss geht davon aus, dass Personen, die leicht zu hypnotisieren sind, sich schon früher selbst spontan hypnotisiert haben. Diese von ihm als primitiv bezeichnete Technik wenden Personen insbesondere dann an, wenn sie mit schrecklichen Geschehnissen wie Missbrauch konfrontiert

werden. Die hypnotischen Fähigkeiten ermöglichen es ihnen, den Grausamkeiten des Missbrauchs zu entfliehen und Erinnerungen zu verdrängen. So werden unangenehme und schreckliche Erfahrungen verdrängt und einer anderen Persönlichkeit unterstellt. (Bliss 1986, Seite 125-126)

Eine Bestätigung für diese Hypothese sind unter anderem auch die Trancezustände, in die die betroffene Person verfällt, wird sie mit traumatischen Inhalten konfrontiert. (vgl. Bliss 1986, Seite 125)

Peter K. Schneider behauptet, dass wer in der Lage ist, sich selbst zu hypnotisieren, wird es bei „hinreichender schrecklicher Traumatisierung einsetzen“. Die Untersuchungen von Bliss bestätigen dieses. (vgl. Schneider, 1997, S.68)

4.4 Das Entwicklungspsychologische Modell von Putnam

Putnam vertritt die Annahme, dass wir alle mit einem Potential, Multiple Persönlichkeiten werden zu können, geboren werden und über den Verlauf der normalen Entwicklung, es mehr oder weniger glückt, ein integrierter Teil unseres Selbst zu werden. Weiter führt er aus, dass wir nicht als multiple Persönlichkeiten geboren werden, weil Persönlichkeit erst über einen Zeitraum erlernt und manifestiert wird; vielmehr sei unser Verhalten bei der Geburt als eine Serie von einzelnen Zuständen organisiert. (vgl. Putnam, 1989, S.51)

„Putnam versteht im Kontext des Traumas Dissoziation als eine lebensrettende Lösung für das ansonsten machtlose Kind“. (Walburga Temminghoff, 2000. S. 39) Putnam schreibt hierzu: „Wenn ich die Beschreibungen von sexuellem Missbrauch, die mir erzählt wurden, mit denen anderer Missbrauchsoffer vergleiche, bin ich über den extremen Sadismus, der häufig von den meisten Multiplen Persönlichkeitsstörungsoffern berichtet wird, erschrocken. Bondage (Fessel-)Situationen; die Einführung einer Vielzahl von Instrumenten in Vagina, Mund und Anus; und verschiedene Arten von körperlicher und sexueller Folter sind häufig unter den Berichten.“ (Putnam 1989, S.49) Des weiteren schreibt er von durch Familienmitgliedern erzwungene Prostitution und körperlichen Misshandlungen, dessen Brutalität ins

unermessliche geht. Auch schreibt er von KlientInnen mit dissoziativer Identität, die extreme Misshandlungen im Rahmen von „schwarzen Messen“ und anderen satanischen Ritualen erleiden mussten. (vgl. Putnam 1989, S.49) Solch extreme Erfahrungen in der Kindheit und im Jugendalter sind bei Menschen mit dissoziativer Identität sehr häufig, so dass dieses als ursächlich für die Spaltung der Identität angesehen werden kann. Diese Spaltung „wird jedoch zu einer ungeeigneten Anpassung in einer Erwachsenenwelt, die Kontinuität von Erinnerung, Verhalten und Selbstgefühl verlangt.“ (Walburga Temminghoff, 2000, S.39)

4.5 Entstehung der Dissoziativen Identität nach Angelika Vogler und Imke Deistler

Angelika Vogler und Imke Deistler gehen davon aus, dass ein dissoziationsfähiges Kind während der Traumatisierung seinen normalen Bewusstseinszustand ausblendet und in eine Art Trance geht. Typische Reiz-Reaktions-Muster wie bei der klassischen Konditionierung spielen eine große Rolle. Je öfter die Traumatisierungen stattfinden, desto eher lernt das Kind auf eine bestimmte Weise auf die Reize zu reagieren bzw. mit bestimmten Anteilen oder Alters zu reagieren. Das integrierte Ich existiert zunehmend nicht mehr. Wenn eine Bewältigungsstrategie funktioniert, wird sie weiter ausgebildet, so dass im Laufe der Zeit nicht unbedingt mehr ein Trauma maßgeblich ist für das Entstehen weiterer Persönlichkeiten. So langt es, Schwierigkeiten in einer bestimmten Situation zu haben, für die eine spezielle Persönlichkeit entsteht.

In satanischen Kreisen werden andere Persönlichkeitsanteile erschafft, indem sie mehrfach, als Kinder oder gar schon als Säuglinge wiederholt in Nahtoderfahrungen gebracht werden. Diese unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile werden dann dazu trainiert, bestimmte Eigenschaften aufzuweisen. Diese Tatsache legt nach Angelika Vogler und Imke Deistler den Zusammenhang zwischen rituellem Missbrauch und Dissoziativer Identität nahe. (vgl. Deistler/Vogler, S. 88)

4.6 Entstehung der Dissoziativen Identität nach Michaela Huber

Michaela Huber geht davon aus, dass jeder Mensch die Grundvoraussetzung besitzt, eine dissoziative Identität entwickeln zu können. Somit ist für sie die Dissoziation eine normale Fähigkeit. Warum es aber einige Menschen werden und andere nicht, macht sie von mehreren Faktoren Abhängig. Sie beschreibt die Ausbildung der dissoziativen Identität als einen Mechanismus der Psyche, um mit Extremsituationen fertig werden zu können. Somit sind extreme traumatische Erlebnisse ursächlich für die Ausbildung der dissoziativen Identität. (vgl. Huber 1997b S. 37-38)

Michaela Huber geht nicht davon aus, dass mehrere reale Personen in einem Körper existieren, sondern, dass eine Missbrauchsüberlebende sich vorstellt, es würden mehrere Personen im Körper existieren, um die traumatischen Erfahrungen zu verkräften. (vgl. Huber, 1997b, S.38)

Wenn ein Mensch Sachen erlebt wie seelische oder körperliche Todesnaherfahrungen gibt Amygdala „Feueralarm“, was das Gehirn dazu bringt, diese unerträglichen Ereignisse im Traumagedächtnis zu speichern. (vgl. Huber, 2003a, S.74)

So unterschiedlich die Menschen auf unverkraftbare Ereignisse reagieren, so unterschiedlich sind auch die Amnesieraten: „Nur vier Prozent der Überlebenden von schweren Unglücken haben eine vollkommene, weitere vier Prozent eine teilweise Amnesie in der Zeit danach, können sich also nicht oder nur lückenhaft an das Geschehen erinnern.“ (Huber, 2003a, S. 74)

Neben den schwersten Traumata, die in der Kindheit überlebt wurden und der allgemeinen Fähigkeit, gut dissoziieren zu können, ist für Michaela Huber auch eine Bedingung, eine dissoziative Identität ausbilden zu können, der Fakt, als Mädchen auf die Welt gekommen zu sein. (vgl. Huber 1997b, S. 38) Das erklärt sie damit, dass Frauen immer noch, trotz der Emanzipationsbewegungen, schlechter gestellt sind als Männer, sei es finanziell oder weil Frauen immer noch psychologisch zum Objekt des Mannes gemacht werden und es nie gelernt haben, sich zu wehren. (vgl. Huber, 1997b, S. 39-41)

All diesen Theorien ist gemein, dass sie davon ausgehen, dass es bei KlientInnen mit dissoziativer Identität in der Kindheit extreme Missbrauchserfahrungen und/oder andere überwältigende Stimuli gegeben haben muss, um diese Persönlichkeitsstörung auszubilden.

4.7 Exkurs False Memory Syndrome, eine Pseudotheorie?

4.7.1 Was ist FMS?

FMS ist das False Memory Syndrome, auf deutsch Falsche-Erinnerungen-Syndrom, das seine Ursprünge in Philadelphia hat. Im weiteren Text werde ich die aus dem englischen stammende Abkürzung FMS verwenden. FMS bedeutet, dass jemand Erinnerungen an sexuellen Missbrauch hat, der aber nie stattgefunden haben soll. Der oder diejenige, die an diesen „falschen Erinnerungen“ leiden, haben die gleichen Symptome, als wären die Taten wirklich geschehen. (vgl. www.fmsfonline.org)

Es ist durch empirische Untersuchungen bekannt, dass sich die Erinnerungen im Laufe der Zeit verändern oder lückenhaft werden. Lindsay und Read vermuten, dass man deswegen Menschen durch spezielle Interview- und Therapietechniken wie Hypnose oder Trance und Traumdeutung, gelenkte Imaginationen und gefühlsassoziierte Deutung dazu anregen kann, „illusorische“ oder gar „falsche“ Erinnerungen an z.B. einen in der Kindheit stattgefundenen sexuellen Missbrauch zu glauben. (vgl. Fiedler, 2001, S. 111) Suggestive Interviewmethoden sind nach Fiedler häufig hinreichend. (vgl. Fiedler, 2001, S.113)

Die Frage hierbei ist, inwieweit lässt sich das Phänomen der falschen Erinnerungen von denen der richtigen Erinnerungen unterscheiden. Dazu schreibt Fiedler treffend: "Es fehlen schlicht konkrete Möglichkeiten, genau zwischen zutreffenden aufgedeckten Erinnerungen und suggestiv hervorgerufenen Scheinerinnerungen zu unterscheiden." (Fiedler, S.116)

Die False Memory Syndrome Anhänger nutzen diese Erkenntnis und behaupten, wenn ein Mensch als Erwachsener sich plötzlich in der Therapie an traumatische Erlebnisse erinnert, handele es sich um vom Therapeuten eingesuggerierte Erinnerungen. Und das Beharren auf die Richtigkeit dieser Erinnerungen sei ein Teil des FMS-Syndroms. Noch extremere Vertreter dieses Syndroms behaupten, dass man solche schwerwiegenden Traumatisierungen unmöglich vergessen kann. (vgl. Gast, 2003, S. 36)

Ein umfangreiches Forschungsergebnis, auf das sich die Foundation stützt, stammt aus den Laboren experimenteller Psychologen, die herausgefunden haben, dass Erinnerungen beeinflussbar sind. Ein untersuchter Faktor hierbei ist die Imagination. Das Forschungsergebnis ist, dass man im Kopf Bilder erzeugen kann, die auf den Probanden so real wirken, als wären sie wirklich geschehen. Das immer noch berühmteste Experiment stammt von Elisabeth Loftus, in dem es (mit Unterstützung durch die Eltern) gelang, einigen Probanden einzureden, sie wären als Kind in einem Einkaufszentrum verloren gegangen. (vgl. www.fmsfonline.org) Allerdings halte ich es für schwierig, über solche Experimente, in denen ein nicht geringer Aufwand betrieben wurde, auf das reale Leben zu schließen.

Die Anhänger warfen den Therapeuten vor, die dissoziative Identität bei ihren KlientInnen erst selbst herbeizuführen. Nach Ursula Gast ist diese Behauptung allerdings haltlos, weil es in der Praxis nur selten zu sichtbaren Wechseln kommt. Die meisten Betroffenen versuchen eher diese dissoziativen Symptome zu verbergen. (vgl. Gast, 2003, S.36)

Besonders die Vorstellung, man könne so gravierende Erinnerungen wie sexuellen Missbrauch nicht vergessen "ist heute wissenschaftlich eindeutig widerlegt. Im Jahr 1994 und 1995 befragte Linda M. Williams (Wessely/USA) 129 Frauen, die als Kinder 17 Jahre zuvor wegen sexuellen Missbrauchs im Krankenhaus untersucht worden waren. Etwa 38 Prozent berichteten nicht über die dokumentierten Vorfälle. Ihre Antworten ließen darauf schließen, dass sie diese keineswegs absichtlich verschwiegen, sondern zum Zeitpunkt der Befragung sich einfach nicht daran erinnern konnten. Ähnliches beobachteten Cathy S. Widom und Norval Morris 1997. Sie interviewten 96 Personen, bei

denen zwanzig Jahre zuvor sexueller Missbrauch gerichtlich festgehalten worden war. Auch hier erwähnten 37 Prozent auf Nachfrage das Trauma mit keinem Wort. Zudem konnte der Psychologe Hans Markowitsch von der Universität Bielefeld das Phänomen autobiografischer Gedächtnisblockaden sogar per funktioneller Bildgebung auf hirnhysiologischer Ebene nachweisen." (Gast, 2003, Seite. 36)

Mit der Behauptung, Menschen würden von Missbrauchserfahrungen berichten, die nie stattgefunden hätten, sollte man sehr vorsichtig sein. Dieses auszuschließen sollte man nur mit außerordentlicher Behutsamkeit und großem Bedacht machen, zum einen um Menschen vor falschen Erinnerungen zu schützen, zum anderen aber auch, um die Glaubwürdigkeit derer zu erhöhen, die diese Erlebnisse wirklich gemacht haben. (vgl. Fiedler, 2001, S.116)

Wie Studien von Bohannon im Jahre 1990, Christiansen im Jahre 1992 und Pillmer im Jahre 1984 und Yuille & Cutshall im Jahre 1986 zeigen, sind die Erinnerungen and traumatische Erlebnisse sehr akkurat und tendieren dazu über die Zeit auch unverändert zu bleiben. (vgl. Bessel A. van der Kolk, 2000, S. 223)

„Die Verdächtigung...., der Therapeut habe die multiple Aufspaltung erst selbst induziert, kommt bereits einer unfreiwilligen Anerkenntnis des Krankheitsbildes gleich. Was ein schlechter Therapeut vermag, schaffen an Zersplitterung des Ich die naturwüchsigen Traumata einer schrecklichen Wirklichkeit allemal.“ (Schneider, 1997, S. XIII)

4.7.2 Informationen zur False Memory Syndrome Foundation

1992 wurde die False Memory Foundation von Eltern und Fachleuten, die mit der Universität von Pennsylvania in Philadelphia und mit der medizinischen Anstalt Johns Hopkins in Baltimore zusammenarbeiteten, ins Leben gerufen. Sie sahen die Notwendigkeit dieser Vereinigung, weil sie sahen wie erwachsen gewordene Kinder behaupteten, unterdrückte Erinnerungen des sexuellen Missbrauches in der Kindheit zurückgewonnen zu haben und damit die Familie „zerbrachen“. Die Mitglieder sind hauptsächlich Eltern und deren

Sympathisanten, die beschuldigt wurden, ihr Kind missbraucht zu haben. Auch sind dort Menschen aus der Forschung, Wissenschaft und Erziehung vertreten. Diese Eltern und Sympathisanten suchten etwas, mit dem sie sich gegen die Anschuldigungen ihrer Kinder zur Wehr setzen konnten.

Der Import dieser Vereinigung nach Deutschland wurde schon einmal versucht, nur ein paar Jahre, nachdem FMS ins Leben gerufen worden war, doch es gelang kein so rechter Start in der deutschen Öffentlichkeit und Rechtsprechung. Es gab in Deutschland zu der Zeit Initiativen, die z.B. in (falschen) Verleumdungsprozessen gegen Gewaltopfer mit solidarischen Aktionen abschreckten.

Heutzutage ist es der False Memory Foundation gelungen, auch in Deutschland aktiv zu sein. Mit Hilfe von Veröffentlichungen hat die FMS Retractors gewonnen (Menschen, die frühere Anschuldigungen des sexuellen Missbrauchs öffentlich widerrufen). Ein allgemein bekanntes Beispiel ist Elisabeth Reuter, die anfänglich das Buch „Merle ohne Mund“ schrieb, ein Buch, in dem sie ihren Missbrauch in Form eines Jugendbuches veröffentlichte, anschließend in einer Reportage davon berichtete, dass sie eine multiple Persönlichkeit ist, was auf den ständig wiederkehrenden Missbrauch durch den Vater zurückzuführen ist und kürzlich im Film von Felix Kuballa (Multiple Persönlichkeiten, Wahn der Therapeuten), alles was sie zuvor berichtete, fast komplett widerrief.

In erster Linie ist das Bestreben dieser Mitglieder, Menschen, die beschuldigt wurden, ihre Kinder missbraucht zu haben, in Gerichtsprozessen zu unterstützen und zu verteidigen. Solange die Beweislage nur auf den Aussagen der Opfer beruhen, fehlen oder nicht eindeutig sind, hat die FMS-Foundation eine große Macht, dass der Angeklagte nicht verurteilt wird.

Des Weiteren betreiben die Mitglieder der FMS-Foundation Öffentlichkeitsarbeit. Sie publizieren die Überzeugung, dass wenn sich eine Person erst nach Jahren an sexuellen Missbrauch durch ihre Eltern erinnert, es nicht stimmen kann und begründen es damit, dass man solche schwerwiegenden Taten nicht vergessen könne. Und weil diese Erinnerungen häufig erst während der Therapie auftauchen, werden die Therapeuten seitens der FMS-Foundation beschuldigt, ihren

Klienten den Missbrauch einsuggestiert zu haben. Das hat zur Folge, dass viele Therapeuten an Glaubwürdigkeit verlieren und es letztendlich weniger Therapeuten gibt, die eine Missbrauchsdiagnose stellen.

Einigkeit herrscht darüber, dass Menschen mit dissoziativer Identität hoch suggestibel sind und extrem auf Hypnose ansprechen. Die Frage ist nur, wie diese Suggestibilität interpretiert wird. Natürlich gibt es Menschen, die falsche Erinnerungen haben können. Dieses darf allerdings keinesfalls den Schluss zulassen, dass alle von KlientInnen geschilderte Taten falsche Erinnerungen seien. Letztlich geht es bei der Glaubwürdigkeitsfrage darum, anzuerkennen, dass es solch extremen Missbrauch auch bei uns wirklich gibt.

5 Wie wirkt sich MPS auf den Alltag aus (Problemlagen bei der Alltagsbewältigung / subjektive Ebene)

Im subjektiven Erleben wie auch in der Funktionalität, können sich dissoziative Menschen stark voneinander unterscheiden. Dammann und Overkamp zitieren van der Hart, der KlientInnen in hoch funktionale DIS-PatientInnen, DIS-PatientInnen mit bedeutsamer Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen und PatientInnen, die einen chronifizierten dissoziativen Lebensstil mit antisozialen Zügen führen, einteilt. Die Prognose, zu heilen, hängt nach Dammann und Overkamp sehr von der Höhe der Funktionalität ab. (vgl. Dammann/Overkamp, 2004. Seite 14)

Wie schon aus den vorherigen Kapiteln, besonders der Diagnostik, ersichtlich ist, wird das Alltagsleben eines Menschen mit DIS nicht ohne Hürden laufen, ist zuweilen ein Leben an der Grenze des Aushaltbaren für die Betroffenen und zeigt bisweilen ein enormes Improvisationsvermögen. Ich habe einige der Symptomatiken herausgegriffen und u.a. Menschen mit dissoziativer Identität hierzu interviewt und sie frei zu den einzelnen Themen erzählen lassen, da ich denke, das subjektive Erleben können die Betroffenen selber am besten beschreiben. Auch aus diesen Schilderungen möchte ich im Kapitel 6 Handlungsmöglichkeiten für die sozialpädagogische Arbeit ableiten.

5.1 Zeitverluste

Michaela Huber beschreibt, dass schreckliche Ereignisse, die entweder eine seelische oder körperliche Todesnäheerfahrung bedeuten und das Gehirn zur Abspaltung des Geschehenen zwingen, weil Amygdala Alarmsignale gibt, sehr unterschiedlich reagieren. Die Amnesierate Überlebender schwerer Unglücke reicht von 4%, die eine komplette, weiteren 4% die eine teilweise Amnesie haben. (vgl. Huber, 2003a, S. 74)

Wenn eine multiple Persönlichkeit nach ihrer verlorenen Zeit sucht, wird sie feststellen, dass für sie die Zeit für sie nicht da ist, als wäre sie in

Ohnmacht oder Narkose gewesen, nur dass der Körper in der Zeit nicht tatenlos war, sondern viel unternommen haben kann, was diese Persönlichkeit nicht weiß. (vgl. Huber, 1997b)

Eine multiple Frau, die aus Schutzgründen anonym bleiben muss, habe ich nach Zeitverlusten und Erinnerungslücken befragt. Sie schilderte es wie folgt:

„Ich hatte eine Verabredung mit einer Freundin und freute mich da schon fürchterlich drauf. Dann fuhr ich mit dem Auto los. Na ja, wie soll ich das beschreiben? – „Ich“ fahre gar nicht. Ich bin irgendwann einfach da und stehe an der Tür und klinge. Sie war wütend, weil ich wieder viel zu spät war. Erstaunt schaute ich auf die Uhr und verstand gar nicht wie man für 30 Kilometer 3 Stunden brauchen kann. Im Nachhinein erzählte mir eine andere Freundin, dass „wir“ uns in der Stadt getroffen hätten und spontan einen Café trinken waren. Ich konnte mich nicht erinnern. Aber das erklärt mir schon einiges. Na ja, das sind vielleicht harmlose Dinge, aber wenn ich mir vorstelle, dass es auch Sachen gibt, die ich mir bis heute nicht erklären kann, dann macht es einen verdammt unsicher. Und dann traut man sich selber nicht mehr über den Weg. Als ich noch nichts von der Diagnose DIS wusste, da war es mir immer so unerklärlich, warum mich die Leute ständig für eine Lügnerin hielten, wenn ich doch sagte, ich hätte das doch gar nicht getan, was auch immer. Und ich verstand auch nie, warum ich in der einen Arbeit eine 1 schrieb und in der nächsten Arbeit eine 6 und warum das bei den anderen Mitschülern so anders war. Heute habe ich nicht mehr so viele Zeitverluste, aber ich merke schon, dass wir manchmal, oder eher gesagt sehr oft, bestimmte Sachen mehrfach lernen müssen, damit sie für eine Prüfung präsent sind. Und ich habe ständig Angst davor, in der falschen Situation aufzutauchen und von nichts zu wissen. Ich arbeite mit Menschen und dort gibt es klar strukturierte Handlungsabläufe. Es wäre mir peinlich, wenn plötzlich jemand von uns dort steht und nicht mehr weiß, was überhaupt gemacht werden soll, und nicht weiß, was die Aufgabe in diesem Szenario eigentlich ist. Zum Glück ist uns das noch nicht passiert. Und

komischerweise habe ich auch für brenzlige Situationen immer einen flapsigen Spruch auf Lager.“ (A. 32 Jahre alt)

5.2 Derealisation

Wenn Menschen, die dissoziieren können in Stress geraten, treten häufig Phänomene auf, die in das Gebiet der Derealisation gehören. Dazu gehören zum Beispiel solche Phänomene wie, dass man jemandem zuhört, aber nicht mehr als den bloßen Klang der Worte aufnimmt oder man gefangen von einem Traum aus der Nacht, den ganzen Tag wie „weggetreten“ durch die Welt geht. Auch Doppelbilder und Schleier vor Augen sehen, wo der Augenarzt keine Ursache für finden kann, gehören dazu, wie auch sich entfernt von der Welt zu fühlen, als wäre eine Glaswand zwischen sich und der Umwelt. Hier zeigt sich das dissoziative Prinzip durch Ausblenden oder Wegdrücken von Wahrnehmungen, die ohne Stress integrativ erlebt werden. (vgl. Huber 2003a, S.59-60)

Eine Interviewpartnerin, die ich nach solchen Erlebnissen befragte, schilderte es wie folgt:

„Weißt du, ich gerate schnell in Stress, wenn ich unter großen Menschenmengen bin. Da bekomme ich dann schnell das Gefühl, als würde sich meine Schädeldecke abheben und so eine Art Fliegezustand entstehen. Dann ist alles nicht mehr so real, eher so als wäre ich in einem Traum. Dann brauchen nur noch Kleinigkeiten kommen und es wird völlig schräg. Zum Beispiel hatte ich das Erlebnis in einem Laden an der Käsetheke. Ich stand dort, und wollte von der Verkäuferin bedient werden, aber sie übersah mich. Anstelle etwas zu sagen wie, dass ich jetzt aber dran bin, kam in mir der Gedanke auf, dass sie mich gar nicht sehen könne, als wäre ich unter einer Tarnkappe oder so. Das schlimmste an der Sache ist für mich eigentlich immer, dass ich es trotzdem mitbekomme, also in der Situation weiß, dass ich irgendwie wieder in so einem Zustand bin, aber nichts gegen machen kann, als schnell wieder nach Hause zu gehen und zu warten, dass es wieder vorbei geht. Es gibt aber

schon so Hilfen für mich, wieder zu landen. Ich muss irgendwelche Reize gegensetzen wie z.B. ein sehr kaltes Eis lutschen, Brausepulver oder mich mit einem Igelball massieren. Dann merke ich, wie der Körperzustand so langsam wieder normal wird.“

5.3 Flash-Backs

Auf Belastungen reagieren traumatisierte Menschen nicht wie andere Menschen. „Unter Druck können sie sich so benehmen oder fühlen, als würden sie aufs neue traumatisiert. Folglich scheinen Zustände hoher Erregung den Abruf traumatischer Erinnerungen, sensorischer Informationen und von Verhaltensweisen, die mit einem früheren Trauma in Verbindung stehen, selektiv zu fördern.“ (van der Kolk, 2000, S.234)

Im Folgenden beschreibt eine multiple Interviewpartnerin, die ebenfalls anonym bleiben muss, sehr direkt, wie sie ein Flash-Back erlebt und zeigt auch sehr prägnant, wie schnell und ohne Vorwarnung plötzlich alles, was vorher wichtig war, überzogen wird von den Erinnerungsbildern. Während des Flash-Backs scheint der Bezug zum Hier und Jetzt nicht mehr gegeben und durch einen kleinen Auslöser werden Sätze, die vielleicht im sonstigen Alltag schon besiegt scheinen, wieder präsent, bis der Flash-Back vorbei ist. Diese Frau hat während einer langen Zeit in Therapie schon gelernt, schnell den Bezug zur heutigen Realität wieder herzustellen, hat ihre Ressourcen bereits kennengelernt und weiß was ihr hilft, damit sie dort wieder rauskommt. Aber das ist nicht bei jeder Person mit DIS der Fall.

„Ich sitze am Schreibtisch und lese. Plötzlich, ausgelöst durch ein Wort, ein Geräusch, einen Geruch, was auch immer, vielleicht auch einfach so, schießt mir ein Gedanke in den Kopf. Ich verstehe diesen Gedanken nicht. Aber ich spüre dass andere hier ihn ganz genau verstehen. Ich spüre nur körperlich, wie er im Bauch ein Brennen auslöst, mir wird heiß und kalt zugleich, etwas ist ungeheuer peinlich, ich möchte verschwinden, wegdrücken was

passiert. Ich sehe Papas Gesicht zu einer wütenden, widerlichen, hasserfüllten Grimasse verzogen. Ich weiß dass ich schuld bin an dem was jetzt passiert, ganz tief drinnen weiß ich, dass ich allein an allem schuld bin. Und ich schäme mich so sehr und weiß, dass mich alle hassen. Und ich habe so sehr Angst und ich will nur weg.

Ich merke dass ich nicht mehr atmen kann. Ich huste als hätte ich mich verschluckt, als hätte ich ganz viel Fremdkörper in der Luftröhre. Ich beuge mich nach vorn und kotze auf den Boden. Ich atme tief durch und kriege es hin die Kotze wegzuwischen. Und der Körper entspannt langsam, ich fühle mich noch ganz zitterig und schwach aber das schlimmste ist vorbei – körperlich.

Was nicht aufhört ist das Gefühl, so sehr, so tief beschämt zu sein, zu wissen dass alles was passierte die eigene Schuld war, und gleichzeitig zu wissen dass ich gar nicht weiß was passiert ist. Tief drinnen, fast seit der Geburt sitzt das Wissen, dass wir nur rein äußerlich geliebt wurden, damit die Umgebung denkt dass wir eine ganz normale Familie sind. Innerlich aber wurden wir gehasst und noch heute denken wir, dass wir von klein auf diesen Hass verschuldeten.

Und wir schämen, schämen, schämen uns und versuchen, nach außen nicht zu zeigen, wie sehr wir uns eigentlich vor allen schämen müssen. Aber die merken es irgendwann. Wir sind ein aufgeschlagenes Buch und darin steht: Schuldig.

Und gleichzeitig weiß ich, dass uns dies beigebracht wurde, dass das eigentlich so nicht stimmt wie wir das gelernt haben. Ich weiß heute, dass ich denen von damals nicht mehr ausgeliefert bin, dass ich den Botschaften etwas entgegensetzen kann. Manchmal dauert es lange, bis mir das einfällt. Aber mit der Zeit lernen wir, uns das immer früher einfallen zu lassen.“ (F. 42 Jahre alt)

5.4 Stimmen hören, sich nie alleine fühlen, aber trotzdem einsam sein

Stimmen zu hören kann eine Person mit dissoziativer Identität extrem verunsichern. An dieser Tatsache merken die Klienten auch meist zuerst ihr Multipelsein. (vgl. Huber 1997b, S. 118)

„In einer früheren Publikation beschrieb eine Frau, die nach langen Jahren zum ersten Mal wieder in ihrem Heimatort war, sich dort wie „magisch“ zu ihrem Elternhaus hingezogen fühlte und, als sie davor stand, zum ersten Mal in ihrem Leben eine Stimme hörte – ihre eigene Stimme -, die ihr eine schreckliche Geschichte erzählte.“ (Huber 1997b, S.118)

„Die Stimmen sind einfach da. Sie erzählen etwas, kommentieren das, was die handelnde Person gerade macht oder was in der Außenwelt geschieht. Manchmal schweigen sie tage-, Sonate- oder sogar jahrelang, um in Krisenzeiten zu einer Kakophonie im Kopf anzuschwellen.“ (Huber 1997b, S.119)

„Versucht eine multiple Persönlichkeit gelegentlich, einem Außenstehenden von ihrem „Innenleben“ zu erzählen, erntet sie häufig misstrauische Seitenblicke: Die hat sie wohl nicht alle. Doch, die hat sie alle. Mehr, als ihr lieb ist. Also schweigen die Multiplen, empfinden ihre Stimmen als Anzeichen dafür, dass sie dabei sind, verrückt zu werden, und ziehen sich von anderen Menschen immer weiter zurück. Verzweifelt versuchen sie zu vertuschen, dass sie Stimmen hören.“ „Ergebnis ist – eine vielstimmige Einsamkeit.“ (Huber 1997b, S.120)

Eine Interviewpartnerin beschrieb das Stimmenhören wie folgt:

„Eigentlich dachte ich immer, dass es normal wäre und jeder hätte so kommentierende Stimmen und Stimmen, die einem was über die Vergangenheit erzählen, genauso wie ich immer dachte, dass es normal wäre, Zeit zu verlieren. Meine Therapeutin erzählte mir, dass dem nicht so ist und das hat mich erst mal umgehauen. Ich meine, diese Stimmen können ja hilfreich sein für Situationen, wo man nicht weiß, was los ist. Eine kurze Information von innen und ich bin wieder voll im Bilde und weiß, was ich zu tun habe. Was manchmal wirklich schlimm für mich ist, ist, dass es so viele Kinderstimmen

gibt, die weinen und schreien und überhaupt kein Vertrauen in irgendwas haben. Und streckenweise bin ich damit heute noch überfordert. Und es gibt immer wieder Stimmen, die mich mit ihrer Heftigkeit der Aussagen erschrecken und aus dem Lot bringen. Das war ursprünglich auch der Grund, eine Therapie anzufangen. Eigentlich dachte ich, das würde schnell gehen, diese Stimmen wieder „zurecht zu rücken“ und weiterzumachen wie bisher, aber es gestaltet sich doch schwieriger als ursprünglich gedacht, denn was ich gelernt habe ist, dass ich diesen Stimmen zuhören muss, und auch Rücksicht nehmen muss auf die anderen, damit wir mehr und mehr eine Einheit werden. Und das ist ein mühsamer Weg, denn viele Sachen würde ich lieber gar nicht wissen. Und manchmal wünschte ich mir die alte Zeit zurück, wo ich viel mehr machen konnte, arbeitsfähig war, Auto fahren konnte und so weiter. Vieles geht im Moment nicht mehr.“

5.5 Beziehungen und Partnerschaften

Gerade bei Menschen, die in ihrer Kindheit schwer missbraucht wurden, ist das Thema Partnerschaften ein schwieriges Thema.

„Mit einer multiplen Persönlichkeit eine Partnerschaft zu führen, bedeutet, ständig verunsichert zu werden.“ (Huber 1997b, S. 170)

Diese Verunsicherungen können wie folgt aussehen:

Während des Geschlechtsverkehrs fängt die multiple plötzlich an zu weinen oder benimmt sich plötzlich wie eine Hure oder wird plötzlich wütend und beschimpft den Partner. Dieses geschieht meistens durch Auslöser, die die Persönlichkeit wechseln lässt.

Während eines Streites fängt die Multiple plötzlich an zu weinen, fragt warum so geschimpft wird.

Spielzeug lässt die Multiple quengeln und „kindisch“ benehmen, weil ein Kind dadurch aktiviert wurde. Freunde werden nicht erkannt. Die Multiple wirkt „launisch“ und oft widersprüchlich. (vgl. Huber 1997b, S. 171- 172) All diese Sachen können die Partnerschaft reichlich anspannen.

„Ich hatte schon Partnerschaften, aber halt mit ner Frau, aber die sind ja auch nicht besser. Es hielt meist auch nicht lange, weil ich gar nicht das Bedürfnis hatte, na ja, so im Bett und so. Mir war es viel wichtiger, mich irgendwie anerkannt und geborgen zu fühlen. Das war den Partnerinnen meist zu wenig. Das schwierigste war allerdings immer, dass natürlich nicht alle aus dem System mit der Beziehung einverstanden waren und dieses Hin- und Her zwischen Nähe und Distanz die Partnerinnen, die nichts von der DIS wusste, zur Verzweiflung trieb.“

5.6 PTBS (Leben zwischen Hypervigilanz und Erschöpfung)

Wenn ich davon ausgehe, dass Traumatisierungen ursächlich für die Ausbildung einer dissoziativen Identität sind, wird es folglich auch posttraumatische Belastungsstörungen bei Menschen mit dissoziativer Identität geben.

Eine Interviewpartnerin, die ich befragte, beschrieb es wie folgt:

„Damals, als ich noch arbeitsfähig war, hatte ich noch keine Erinnerungen an die Kindheit. Allerdings war ich viel am Arbeiten, um dieses unbestimmte unangenehme Gefühl nicht spüren zu müssen. Allerdings holten mich ständig Erinnerungsfetzen ein, die ich nicht einordnen konnte und es wurde immer mehr und immer unaushaltbarer. Mir hat es schier den Boden unter den Füßen weggezogen. Ich kam in eine Klinik und je mehr mir bewusst wurde, umso weniger gelang mein Alltag. Ich musste meine Arbeit aufgeben, hatte Erschöpfungszustände und konnte zum Teil nächtelang nicht schlafen, weil mich irgendwelche unbestimmbaren Panikattacken einholten. Das ist wie ein Spagat, auf der einen Seite nichts sehnlicher zu wollen, als endlich mal wieder eine Nacht durchzuschlafen, auf der anderen Seite völlig überdreht und panisch zu sein und nichts mehr zu schaffen. Und was ich am schlimmsten finde ist, dass ich merke, dass ich insgesamt weniger schaffe als normale Leute, die solche Sachen nicht erlebt haben. Ich bin viel schneller mit meinen Kräften am Ende.“

5.7 Kampf um Anerkennung nach dem Bundesversorgungsgesetz und die Auswirkungen auf den Alltag einer Person mit DIS

In diesem Abschnitt ist es mir wichtig aufzuzeigen, was für Ansprüche Opfer von Gewalttaten haben, aber auch gleichzeitig darauf hinweisen, dass der Weg bis zur Anerkennung ein sehr beschwerlicher sein kann, besonders wenn man sich vorstellt, dass die Beweislast beim Antragsteller liegt und die Erinnerungen bei einer Person mit dissoziativer Identität fragmentiert sind und das ja auch ein Überlebensmechanismus ist, und man sich vor Augen hält, dass auch in den Fachkreisen Anhänger der False Memory Foundation aktiv sind. Dieser Weg kann für die Betroffenen langwierig werden, stark retraumatisierend und kräftezehrend sein. (Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004)

Da Opfer von Verbrechen häufig nicht nur eine körperliche Beeinträchtigung erleiden, müssen sie darüber hinaus oft auch wirtschaftliche Einbußen in ganz erheblichem Umfang hinnehmen. Gerade diese wirtschaftlichen Einbußen werden von Versicherungen und Sozialhilfe nicht immer voll ausgeglichen. Der Staat hat es sich zur Aufgabe gemacht, wenn er die Gewalttaten nicht verhindern kann, wenigstens für die Folgen aufzukommen. Deswegen gibt es das Opferentschädigungsgesetz, das die wirtschaftliche Grundversorgung eines Opfers sichern soll und darüber hinaus auch die Versorgung von Gesundheitsschäden gewährleisten soll, nämlich genau an der Stelle, wo der Geschädigte nicht mehr aus eigener Kraft in der Lage ist, sein Leben zu gestalten. Zu diesem Personenkreis zählen neben Kriegsoffizieren und ihren Hinterbliebenen auch Opfer von Gewalttaten und somit auch Menschen mit einer dissoziativen Identität. (vgl. Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004)

Zu den Leistungen zählen die Rente an diejenigen, die durch die Gewalttat nicht mehr ausreichend oder überhaupt nicht mehr in der Lage sind, für ihren Unterhalt zu sorgen. Dazu kommen Leistungen zu Heilbehandlungen, medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen für nichtmedizinische sozialpädiatrische bzw. heilpädagogische Behandlungen und darüber hinaus auch Leistungen für die Kinder der Opfer.

Berücksichtigt werden alle Straftaten, die ab dem 16. Mai 1976 stattgefunden haben. Für Straftaten, die vor diesem Tag stattgefunden haben, gibt es eine Härtefallregelung für besonders schwer betroffene Opfer. (vgl. Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004)

Diese Leistungen werden auf Antragstellung erbracht. Das heißt, man muss bestimmte Voraussetzungen mitbringen, um Leistungen nach dem OEG erhalten zu können. Zum einen muss ein tätlicher Angriff stattgefunden haben, dieses beinhaltet auch den sexuellen Missbrauch von Kindern. Man muss körperliche Verletzungen oder seelische Beeinträchtigungen haben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Tat stehen müssen. Dabei steht die Schuldfähigkeit des Täters oder eine Verurteilung nicht zur Debatte. Dazu muss die Tat im Inland stattgefunden haben und sichergestellt sein, dass man diese Tat nicht durch eigenes Verhalten provoziert hat. (vgl. Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004)

Weitere Voraussetzungen sind, dass man alles Mögliche tun muss, um den Sachverhalt zu klären, der Täter verfolgt wird, was auch eine Anzeige beinhalten kann, und dazu ist es wichtig, die Angaben möglichst präzise zu machen. Ist man zu diesem Schritt nicht bereit, können die Leistungen nach dem OEG versagt werden. (vgl. Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004)

"Etwa 12880 Renten wurden im Dezember 2003 gezahlt."

(Broschüre zum Thema OEG, 2004)

Eine multiple Frau schreibt auf ihrer Homepage dazu:

„Wenn jemand nicht bereit ist eine Klage gegen den oder die Täter einzureichen, hat er schon von vornherein schlechte Karten. Wenn keine Zeugen benannt werden können, noch schlechtere. Im Allgemeinen dauert solch ein Antrag dann so zwischen 6 - 8 Jahre, bis es zu einer Entscheidung kommt. Es werden u.a. sämtliche Kliniken und amb. Ärzte angeschrieben, wo ihr schon mal wart (euer

Einverständnis nicht zu geben, heißt die Chancen gleich auf null zu setzen!) eben. Schulzeugnisse, dazu kommen Gutachten z.B. B. zum Krankheitsbild und Glaubwürdigkeitsgutachten. Schnell geht solch ein Antrag nur, wenn ein Täter rechtskräftig verurteilt wurde. Die Entschädigung richtet sich nach dem Schwerbehindertengesetz, d.h. durch ein Gutachten muss festgestellt werden, inwieweit die Schädigung eure Gesundheit und Arbeitskraft beeinträchtigt. Im Allgemeinen wird der evtl. schon vorhandene Grad durch frühere Untersuchungen nicht anerkannt. Es ist besser, ihr wisst worauf ihr euch einlasst. Sucht euch also eine gute Rechtsanwältin, die euch durch die ganze Chose begleiten kann. Der Weiße Ring reicht meistens nicht.“ (<http://spiritsofsurvival.opfernetz.de>)

Die persönlichen Erlebnisse beschreibt sie wie folgt:

„Uns wurde es vom Weißen Ring dringend angeraten, diesen Antrag zu stellen. Das OEG hatte oftmals den Charakter von Windmühlen. Oftmals hatten wir das Gefühl, einfach nur alles hinzuwerfen, den Antrag bzw. später die Klage zurückzuziehen, doch das hätte unsere Rechtsanwältin nicht mitgemacht. Der Antrag nach OEG sollte wirklich nur dann gestellt werden, wenn man ‚stabil‘ genug ist, sicher seiner selbst sicher und aus einer Position der Stärke heraus - denn der Kampf, die Energie, die dafür aufgebracht werden müssen, steht unseres Erachtens in keinem Verhältnis zur reinen Kohle. Und nur wenn man wirklich bereit ist, alle Schritte zu gehen, hat man Aussicht auf Erfolg.mittlerweile liegt unser Antrag 7 Jahre zurück und es sieht so aus, dass wir es nun endlich geschafft haben.“ (spiritsofsurvival)

6 Sozialpädagogische Intervention

In allen sozialpädagogischen Arbeitsbereichen können SozialpädagogInnen Kontakt zu multiplen Menschen bekommen. Es gibt jedoch Bereiche, in denen ein Kontakt wahrscheinlicher ist als in anderen. Wie ich in den vorigen Kapiteln auch erläutert habe, sind Menschen mit einer dissoziativen Identität Personen, die in ihrer frühen Kindheit u.a. extreme traumatische sexuelle Missbrauchserfahrungen erlebt haben und daraufhin diese psychische Störung entwickelt haben. Es kann daher vermutet werden, dass Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung besonders in Bereichen anzutreffen sind, die in Beziehung stehen zu sexuellem Missbrauch und/oder allgemeinen psychischen Störungen. Die Tatsache, dass meistens Frauen von Missbrauch betroffen sind, lässt auch darauf schließen, besonders in Frauenprojekten wie Mädchen- und Frauenhäuser und Beratungsstellen für Frauen, auf Menschen mit dissoziativen Störungen und besonders auch auf Menschen mit dissoziativer Identitätsstörung getroffen werden kann. Aufgrund des Symptom-Profiles von Menschen mit Dissoziativer Identität ergibt sich, dass sie u.a. Einschränkungen in Bereichen wie z.B. eigenverantwortlicher Lebensgestaltung, konstruktiver Problem- bzw. Konfliktlösung oder auch gesellschaftlicher Integration, Teilnahme und Mitverantwortung erfahren können und somit zu Adressaten sozialpädagogischen Handelns werden. Von daher halte ich es gerade für Sozialpädagogen für besonders wichtig, sich auch mit der Multiplen Identität auseinanderzusetzen.

6.1 Grundsätzliches

Um mit Multiplen Menschen ein erfolgreiches Arbeitsbündnis eingehen zu können, muss auch hier, genau wie in anderen sozialpädagogischen Handlungsfeldern, zielgerichtetes, planvolles Handeln nach bestimmten Prinzipien als Grundlage bestehen. Wie dieses im Einzelnen aussehen sollte, versuche ich im folgenden Kapitel zu erläutern.

Ich übernehme von verschiedenen Fachleuten die Worte Therapeutin und Therapie. Auch wenn eine Sozialpädagogin keine Therapie macht,

lassen sich verschiedene therapeutische Grundsätze auf die sozialpädagogische Arbeit übertragen.

6.1.1 Haltung

Bestimmte Grundhaltungen sind für eine erfolgreiche Arbeit mit Menschen mit dissoziativer Identität unerlässlich. Nach Hiltrud von Spiegel ist die Arbeit an der eigenen beruflichen Haltung Bestandteil professioneller Handlungskompetenz. (vgl. v. Spiegel, 2004, S. 114) Und weil sozialpädagogische Arbeit auch immer ein wertgeleitetes Handeln ist, ist es wichtig, sich immer wieder mit den eigenen Wertestandards auseinanderzusetzen. (vgl. Hiltrud von Spiegel, 2004, S. 97)

Michaela Huber betont, dass gegenseitige Sympathie eine unerlässliche Voraussetzung ist und dass von der HelferIn eine Offenheit bestehen muss, ständig hinzuzulernen. (vgl. Huber, 1997b, S. 167)

Nach Michaela Huber ist eine emphatische Enthaltbarkeit unerlässlich, was bedeutet, sich auf die Klientin einzulassen, mitzuschwingen und zu reflektieren, auf der anderen Seite sich aber nicht zur Komplizin der Verhältnisse zu machen und in die Täter-Opfer-Rolle oder ähnliche Mechanismen, die die KlientInnen bieten, involvieren zu lassen. (vgl. Huber 2003b, S. 33) Hiltrud von Spiegel nennt diese Fähigkeit zur Empathie mit professioneller Distanz, die dazu dient, reflektiert wahrzunehmen und den Sachverhalt analysieren zu können. (vgl. Hiltrud v. Spiegel, 2004, Seite 100)

Es sollte ein pragmatisches und respektvolles Arbeitsbündnis aufgebaut werden, welches nicht hierarchisch aufgebaut ist, sondern die Klientin selber als ihre eigene Expertin anerkennt. (vgl. Huber, 2003b, S. 31)

Es ist auch wichtig, die Klientin selber entscheiden zu lassen, was als nächstes „dran“ sein wird. (Huber, 2003b, S.23)

Zudem ist es wichtig, Grundhaltungen praktisch vorzuleben, als positives Beispiel, an dem die Klientin lernen kann. (vgl. Huber, 2003b, S.23) Auch als Beziehungsvorbild zu fungieren ist sehr wichtig. (vgl. Huber, 2003b, S. 36)

Die Therapeutin ist in der Pflicht, einen ganzheitlichen Blick für die Klientin zu haben, da es in der Natur der Dissoziation liegt, dass die Klientin dieses noch nicht kann. (vgl. Huber, 2003b, S. 39)

Systemisch denken ist hilfreich bei der Arbeit mit Menschen mit dissoziativer Identität, denn in gewisser Weise hat man es mit einem System von Persönlichkeiten zu tun. (vgl. Huber 2003b, S. 39)

Und es ist „...unverzichtbar, diese verschiedenen Selbstzustände anzusprechen, und alle Techniken, die dies erleichtern, sind willkommene Erweiterungen des therapeutischen Rüstzeuges.“ (vgl. Kluft, 2004, S. 78)

Ich halte es auch für wichtig, parteilich für die Klientin zu sein, was bedeutet, dass den berichteten Gewalterfahrungen uneingeschränkt geglaubt wird. Parteilichkeit für die Klientin schließt Beratung von Tätern aus. Des Weiteren ist die Betrachtung der Klientin als ganzheitliche Person in all ihren Lebenszusammenhängen wichtig um die Klientin nicht auf ihre Defizite zu reduzieren. Des Weiteren sollten nur Handlungsschritte unternommen werden, die mit der Klientin abgesprochen und sich nach ihren Bedürfnissen und Vorstellungen richten.

6.1.2 Fachwissen

Um mit Menschen mit dissoziativer Identität arbeiten zu können, ist es unerlässlich, Wissen über diese Diagnose zu haben. Nach Hiltrud von Spiegel greift eine Sozialpädagogin auf verschiedene Wissensbestände zurück, die die Ausgestaltung der beruflichen Handlungen wesentlich prägen. (vgl. von Spiegel, 2004, Seite 97) Unter anderem ist es wichtig, ein bestimmtes Zustandswissen zu haben, was bedeutet, dass man das Phänomen dissoziative Identität beschreiben kann. Dazu kommt das Erklärungswissen, was bedeutet, dass man sich bestimmte Phänomene beschreiben und erklären kann und in den gesellschaftlichen Kontext einordnen kann. Um dieses zu können, ist es unerlässlich, sich in die Fachliteratur einzulesen. (vgl. Hiltrud von Spiegel, 2004, S. 113) Denn erst dann können sozialpädagogische Handlungen und Interventionen fachgerecht durchgeführt werden. (vgl. v. Spiegel, 2004, S. 78)

Kluft beschreibt, dass ein unvorbereiteter Kliniker, der den verschiedenen Wirklichkeitssystemen einer multiplen Person Anerkennung zollt, entweder von der Komplexität der verschiedenen Persönlichkeiten überwältigt wird oder dazu neigt, seine aufgestellten Konzepte zu simplifizieren. Das könnte so aussehen, dass er der Meinung ist, alle Berichte seien absolut richtig oder sie seien nur dahergeredet oder es könnte die Überzeugung entstehen, dass es unproduktiv sei, mit den verschiedenen Alters zu arbeiten. All diese vereinfachten Konzepte machen nach Kluft eine erfolgreiche Behandlung von dissoziativer Identität unwahrscheinlich. (vgl. Richard P. Kluft, 2003, S.3) Um wirklich produktiv mit einer Klientin mit dissoziativer Identität arbeiten zu können, ist es daher unerlässlich, sich darauf vorzubereiten.

Auch Schneider betont mit Nachdruck, wie wichtig es ist, sich „aus erster Hand tauglich zu machen“ durch Lesen von Fachliteratur und/oder „durch teilnehmende Praxis bei einem erfahrenen Therapeuten“, wenn man mit Menschen mit dissoziativer Identität erfolgreich arbeiten möchte. Ein wichtiger Grund hierfür ist für ihn das ständig krisenhafte während der Arbeit. (vgl. Schneider, 1997, S.159)

Des weiteren halte ich es auch für wichtig, sich nicht nur auf die Arbeit vorzubereiten und sich umfangreiches Fachwissen anzueignen, sondern sich auch fortlaufend fortzubilden.

Michaela Huber beschreibt in ihrem ersten Buch über dissoziative Identitäten sehr lebhaft, was sie alles gemacht hat, um sich für die Arbeit mit multiplen Klienten zu rüsten, wie z. B. sich in Fachliteratur eingelese, einen MPS-Kongress besucht, mit FachkollegInnen Briefkontakt aufgenommen und einen regen Austausch aufgenommen, Fachzeitschriften abonniert, einer Expertengruppe beigetreten, sich mit Fachkollegen zu einer Supervisionsgruppe zusammengeschlossen und vieles mehr. (Vgl. Huber, 1997b, S. 194-195)

Trotz alledem findet nach Michaela Huber der wichtigste Lernprozess im Austausch mit der Klientin statt. (vgl. Huber, 1997, S.167)

6.1.3 Supervision

Die Arbeit an der eigenen beruflichen Haltung wie z.B. die Wahrnehmung, Reflexion und Auseinandersetzung mit der eigenen „Geschichte“, der eigenen Handlungsmotive und Wertestandards, des eigenen Handelns und Fühlens im Umgang mit der KlientIn und den eigenen Mechanismen der Zuschreibung von Schuld und Verantwortung sowie die Auseinandersetzung mit der Diskrepanz der Sozialpädagogik zwischen beratender Hilfe versus staatlichem Wächteramt gehören nach Hiltrud von Spiegel zu den primären Bestandteilen professioneller Handlungskompetenz (vgl. Hiltrud von Spiegel, 2004, S. 114) Und somit ergibt sich nach Hiltrud von Spiegel die zwingende Notwendigkeit der kollegialen Fallberatung. (vgl. von Spiegel, 2004, S. 103)

Nach Michaela Huber ist es unbedingt wichtig, wenn man mit multiplen Persönlichkeiten arbeitet, dieses unter Supervision zu tun. Dazu gehört für sie, sich mit Fachkolleginnen regelmäßig auszutauschen und zu „besprechen was in der Therapie geschieht und weiter geschehen sollte.“ Dieses dient der Entlastung der HelferIn, die einem enormen Druck ausgesetzt ist, auf der einen Seite ihrem eigenen Leistungsdruck, auf der anderen dem Druck der Klientin „für die die Therapeutin von existenzieller Wichtigkeit ist, weil viele ihrer „Innenpersonen“ (zunächst) nur bei der Therapeutin „herauskommen“ können.“ (vgl. Huber, 1997b, S. 196)

Gerade wegen des krisenhaften bei Menschen mit dissoziativer Identität, die in ihrem Leben viel Gewalt erfahren haben, kann es besonders vorkommen, dass HelferInnen aus ihrem eigenen Gefühl der Hilflosigkeit heraus, in die Rolle des Retters geraten und damit die traumatische Übertragung der Klientin aufrecht erhalten und somit auch das Gefühl der Ohnmacht aufrecht erhalten. (vgl. Judith Herman, 1994, S. 196) Im Extremfall können aus diesem übertragenen Ohnmachtgefühl heraus Haltungen der Klientin gegenüber entstehen, die die effektive Arbeit (ver-)hindern. (vgl. Herman, 1994, S.197) Auch die unbewusste Wut des Opfers, kann extreme Maße annehmen und als Übertragung bei dem Helfer ankommen. Diese Wut kann sich als

enorme Empörung, Frustration oder gar Gereiztheit oder unbestimmten Zorn der Klientin gegenüber äußern. (vgl. Herman, 1994, S. 197) Es kann auch vorkommen, dass man durch die Zeugenrolle in den Konflikt zwischen Opfer und Täter gerät. (vgl. Herman, 1994, S. 199) Auch kann es aus verschiedenen Gründen passieren, dass man immer skeptischer auf die Geschichte der Klientin reagiert und den Missbrauch bagatellisiert und übersteigerte Maßstäbe der Klientin gegenüber hat und extrem reagiert, wenn sich der Klient nicht so verhält, wie man es in seinen idealisierten Vorstellungen von einem Opfer erwartet und die eigene Ungeduld auf das Opfer projiziert. (vgl. Herman, 1994, S. 199-200) Auch die Perspektive des unverletzten Zuschauers kann für den Helfer extreme Schuldgefühle hervorrufen, weil er verschont blieb während es das Opfer getroffen hat. (vgl. Herman, 1994, S. 200) Werden diese Gefühle nicht erkannt und kontrolliert, kann es sein, dass man sich über die Maße hinaus für das Opfer einsetzt, zu viel Verantwortung für den Klienten übernimmt, ohne auf seine Grenzen zu achten, und somit Gefahr läuft, „auszubrennen“. (vgl. Herman, 1994, S. 201) Gerade bei Menschen die ein komplexes posttraumatisches Syndrom aufgrund von jahrelangem Missbrauch in der Kindheit haben, sind extreme und komplizierte Gegenübertragungsreaktionen häufig. Besonders kann beim Helfer durch das gestörte Beziehungsverhalten extreme Irritation entstehen. (vgl. Herman, 1994, S. 202) Völlige Verwirrungen können auch durch die abrupten Stimmungswechsel der Klientin entstehen. (vgl. Herman, 1994, S. 202)

Solche und weitere traumatische Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen sind bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen häufig und stehen dem Aufbau einer Therapeutischen Beziehung entgegen.

Damit eine helfende Beziehung tragfähig werden kann, und zum Schutz beider Seiten, sind bestimmte Sicherheitsvorkehrungen unerlässlich. Dazu zählen, dass der Helfer von vornherein festgelegte Ziele, Regeln und Grenzen hat und klare Vereinbarungen mit dem Klienten trifft. Und am wichtigsten finde ich den Austausch mit Kollegen und eine Supervision, wo man Rückhalt finden kann und Probleme, die auftreten, reflektieren kann. (vgl. Herman, 1994, S. 203) So wie Angelika Vogler

und Imke Deistler schreiben, kann der Helfer, wenn er nicht auf sich aufpasst, Symptome entwickeln, die einer posttraumatischen Belastungsstörung gleicht. (vgl. Deistler und Vogler, S. 264) Die Arbeit mit traumatisierten Personen ohne Rückhalt kann auf längere Sicht nicht funktionieren.

6.2 Arbeit mit der/dem KlientIn

6.2.1 Hilfe beim inneren Prozess

Bei der Arbeit mit Menschen mit dissoziativer Identität geht es primär darum, stabilisierend zu arbeiten, Ressourcen zu fördern und Krisenmanagement zu betreiben, nicht darum, die Traumata selbst zu behandeln. Dieses ist zweifelsfrei ein Bereich, der in die Psychotherapie gehört. In der Sozialpädagogik bedienen wir uns auch therapeutischer Methoden und bieten Hilfe bei der Lebensbewältigung, doch ist ein wesentlicher Unterschied zur Therapie, dass wir generalistisch, sachfunktional mit der gesamten Komplexität der Alltagsprobleme arbeiten. Dieses findet im Gegensatz zur Therapie alltagsnah bzw. im direkten Lebensumfeld der Klientin mit flexiblen Formen der Interaktion und Problembehandlung statt. (vgl. Galuske, 2001, S. 136) Nach Hiltrud von Spiegel gibt es für die Sozialpädagogik verschiedene Handlungsschritte. Dazu gehört die Analyse der Lebenswelt und der Lebenslage in der sich eine KlientIn befindet, um dann die zu bearbeitenden Aufgaben bzw. Probleme herauszuarbeiten. Erst dann können aufgabenbezogene Ziele entwickelt werden und konkrete Handlungsschritte geplant und durchgeführt werden. Dazu ist es wichtig, immer wieder zu evaluieren, ob man mit den Maßnahmen die gewünschten Ziele erreicht. (vgl. Hiltrud von Spiegel, 2004, S. 125)

Ein wichtiger Punkt für Menschen mit dissoziativer Identität ist, langsam Vertrauen zu lernen. Sie sind Menschen, deren Vertrauen von klein an missbraucht wurde. Die Aufgabe an uns Helferinnen ist hier, eine Vertrauensbasis zu schaffen. „Eine multiple Persönlichkeit braucht vor allem eine stabile Umgebung, Sicherheit und Verlässlichkeit, Klarheit

und Unzweideutigkeit in der Kommunikation mit anderen“. (Huber, 1997, S. 178) Jedes Fünkchen Vertrauen kann schnell auch wieder schwinden. Hier ist von beiden Seiten ein langer Atem gefragt. (vgl. Huber 1997, S. 168 und 169) Die Förderung der sozialen Kompetenz durch Stärkung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit ist ein elementares Ziel. (vgl. Deistler/Vogler, 2002, S.223) Damit die Vertrauensbasis stabil werden kann, ist es wichtig, so klar zu sein, wie es nur geht und auch nur die Hilfe anzubieten, die man in der Lage ist, zu geben. (vgl. Huber, 1997, S. 178) Die Klientin muss das Gefühl haben, sich auf die Person verlassen zu können.

Hilfreich können schriftliche Verträge sein. Auf der Einen Seite kann das Setting festgehalten werden, was für die Klienten ein Halt darstellen kann, auf der anderen Seite kann ich mich als Helferin durch z.B. einen Gewaltverzichtsvertrag, Antisuiizidvertrag oder Ähnliches absichern.

Um effektiv mit Klienten arbeiten zu können ist es unerlässlich, zuerst mit der Klientin eine sichere Umgebung zu schaffen, in denen sie nicht weiter traumatisiert werden. (vgl. van der Kolk, 2000, S.259)

Nach van der Kolk ist das Hauptziel der Behandlung, den Klienten zu helfen, die Wechsel zwischen den verschiedenen Persönlichkeitszuständen kontrollieren zu können. (vgl. Bessel A. van der Kolk, 2000, S.259)

Dazu ist es auch wichtig die innere Koordination zu verbessern (Huber 1997, S.169)

Auf der emotionalen Ebene sind Behandlungsziele psychische Stabilisierung, die Förderung der Realitätswahrnehmung sowie die Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung, da dieses für eine fragmentierten Identität erst mühsam erlernt werden muss. Des weiteren sollte die Konfliktfähigkeit gefördert werden. (vgl. Deistler/Vogler, 2000, S. 224-225)

Aufgrund der verschiedenen Traumatisierungen in der Vergangenheit gibt es Situationen, die Flash-Backs auslösen können. Dieses kann retraumatisierend wirken und sollte so gut es geht vermieden werden. (vgl. Huber, 1997, S. 169)

Durch Üben verschiedener Imaginationsübungen kann die Klientin sich einen inneren sicheren Ort schaffen (Huber 1997, S. 168 und S169)

und durch verschiedene Übungen wie Bildschirmtechnik oder Tresorübungen kann die Klientin lernen, Abstand zu den auslösenden Situationen zu bekommen. Somit lernt die Klientin, sich trotz der vielen auslösenden Faktoren in der Welt zurechtzufinden.

Des Weiteren müssen Menschen, die über Jahre missbraucht wurden, auch lernen fürsorglich mit sich zu sein und auch ihre Erfolge zu würdigen (vgl. Huber 1997, S. 168) und die Verantwortung für ihr eigenes Leben zu übernehmen (vgl. Deistler/Vogler, 2003, S. 225)

All diese Punkte dienen dazu, eine Steigerung der subjektiven Lebensqualität zu erreichen. (vgl. Deistler/Vogler, 2000, S. 223)

6.2.2 Hilfe im Alltag

Aus den langfristigen Zielen wie Stabilisierung und Steigerung der subjektiven Lebensqualität ergeben sich nach Anglika Vogler Arbeitsschwerpunkte wie Sicherheit zu schaffen, besonders wenn noch Täterkontakt besteht, einen Gegenwartsbezug herzustellen, Beziehungen aufzubauen und zu halten so wie die Erweiterung der Handlungsspielräume und das bewusste (wieder-)erlangen der eigenen Kontrolle und Entscheidungsfreiheit. (vgl. Deistler/Vogler, 2002, S. 225) Ein Problem ist, dass bei Menschen mit dissoziativer Identität, das stützende Netzwerk nicht genug oder gar nicht vorhanden ist, was sicher auch an dem mangelnden Vertrauen in Menschen und der mangelnden Beziehungsfähigkeit liegen kann. Hier gilt es, Hilfsangebote in der Umgebung mit einzubeziehen, zu helfen, einen Freundeskreis oder Kontakte über Interessengruppen zu finden. Dazu wäre es auch wichtig, bei der Aufnahme und Durchführung einer Ausbildung, eines Berufes oder einer sinngebenden Tätigkeit zu unterstützen. (vgl. Deistler/Vogler, 2002, S. 224-225) Wenn die Klientin arbeitet, sollte sie versuchen, berufstätig zu bleiben, da es wichtig für den Selbstwert ist. (Huber 1997b, S. 170) Wichtig ist auch, daran zu arbeiten, dass die Klientin eine eigenständige Existenz aufbaut und nicht mehr von den Tätern abhängig ist. (vgl. Deistler/Vogler, 2002, S. 224) Des Weiteren ist es wichtig verschiedene Bewältigungsstrategien zu erlernen, um sich nicht selber zu schädigen. (vgl. Deistler/Vogler,

2002, S. 223)

Die Tatsache, dass Menschen mit dissoziativer Identität häufig nicht geglaubt wird und in der Beweispflicht bezüglich der Taten liegen, ist es hilfreich, ihnen bei den zum Teil langwierigen Prozessen bis zur Genehmigung z.B. des OEG's oder Prozessen gegen die Täter zu unterstützen.

Eine weitere Schwierigkeit für Menschen mit dissoziativer Identität können Besuche bei Zahn-, Augenärzten und anderen Ärzten sein und besonders anstehende Operation können extrem kritisch für die KlientInnen sein. (vgl. Monika Veith, 1997, S. 209) Hier wäre es wichtig, solche anstehenden Termine vorzubereiten und wenn es nötig ist, auch zu begleiten.

Da Dissoziation mit dem Verlust eines kontinuierlichen Zeitgefühls einhergeht, ist die Einführung von Stundenplänen, regelmäßigen Terminen und Routineabläufen unverzichtbar.

Wichtig hierbei ist, dass die Interventionen darauf ausgerichtet sein sollten, dass die Klientin im Laufe der Zeit mehr Kontrolle über die Situationen bekommt und auch das zunehmende Gefühl erhält, die Situationen zu beherrschen. (vgl. Bessel A. van der Kolk, 2000, S. 260)

Da dissoziative Zustände häufig mit autohypnotischen Zuständen einhergehen, brauchen die Patienten Hilfe beim „Sich-Erden“. (Monika Veith, 1997, S. 209) Hier gibt es eine Menge Techniken, die mit der Klientin geübt werden kann, bis sie sich selber, wenn sie auch alleine ist, wieder erden kann wie z.B. sich mit einem Igelball massieren, Brausepulver in den Mund zu nehmen, mit den Füßen auf den Boden treten oder ähnliches. Hier muss jede KlientIn für sich herausfinden, was hilft.

Wie schon im vorigen Kapitel beschrieben, gibt es bei Menschen mit dissoziativer Identität Unterschiede in der Funktionalität. Unter Umständen kann es, besonders wenn es Komorbiditäten bei der Klientin gibt, unumgänglich sein, mit verschiedenen Behandlungsteams aus unterschiedlichen Berufszweigen des Gesundheitssystems, zusammenzuarbeiten. Zum Beispiel wäre eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten wichtig, wenn

- körperliche Folgeschäden der Misshandlungen aus der Kindheit oder anderer Gewalteinwirkungen bestehen;
- bei überstarken somatischen Erinnerungen (z.B. funktionellen oder sensorischen Veränderungen, die mit der von der KlientIn berichteten Misshandlungsgeschichte einhergehen) oder anderen starken psychophysiologischen Symptomen;
- bei Ängsten vor medizinischer Behandlung.

Häufige Diagnosen in dieser Kategorie, die einen engen fachlichen Austausch mit verschiedenen SpezialistInnen erfordern können sind nach der ISSD zum Beispiel auch Süchte, Essstörungen, sexuelle Störungen, emotionale Störungen sowie Angststörungen.

(vgl. ISSD, <http://www.dissoc.de/issd/issd29.htm>, 1997)

Dammann und Overkamp zeigen auf, dass ca. 100% der KlientInnen mit dissoziativer Identität psychophysiologische Angstsymptome haben, ca. 60% an Phobien leiden, ca. 55% Panikattacken haben und ca. 35% an Zwangsstörungen leiden. Mehr als 90% der KlientInnen sind depressiv oder haben eine Depression. An Hypomanischen Episoden leiden zwischen 15 und 70%, Konversionsstörungen haben ca. 60%, sexuelle Funktionsstörungen betreffen ca. 60-80% der KlientInnen. Schlafstörungen haben ca. 60-70%. Suizidversuche oder parasuizidale Handlungen wurden von 60-70% der KlientInnen vorgenommen. Substanzmittelmissbrauch betreffen ca. 40-45%, Selbstverletzungen ca. 30-40%, Essstörungen ca. 15-40% der KlientInnen. Von Schizophrenieformen oder schizotypischen Symptomatiken betroffen sind 30-70% der KlientInnen und an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden ca. 70-85% der KlientInnen mit dissoziativer Identität. Die z.T. großen Varianzen in den Ergebnissen liegen daran, dass nicht alle Symptome von allen AutorInnen gleichermaßen erfasst wurden. (vgl. Dammann & Overkamp, 2004, S. 15)

7 Zusammenfassung

Im Folgenden möchte ich die wesentlichen Aussagen meiner Arbeit zusammenfassen.

Die kontroverse Diskussion um die Existenz der dissoziativen Identität besteht in Fachkreisen wie auch in den Medien, obwohl die Diagnose seit 1980 ins DSM aufgenommen wurde. Durch die verzerrte Berichterstattung in den Medien wird auch das allgemeine Bild in der Öffentlichkeit geprägt, auch wenn es in jüngster Vergangenheit Berichterstattungen gibt, die diese Diagnose ernst nehmen und auch die Traumatisierungen, die zur Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung wesentlich sind, benennen und ernst nehmen.

Um sich der dissoziativen Identität anzunähern, gibt es verschiedene Sichtweisen über die Entstehung. Auf der einen Seite wird davon ausgegangen, dass es bereits eine Persönlichkeit gab, die fragmentiert wurde, auf der anderen Seite wird davon ausgegangen, dass eine Persönlichkeit noch nicht existierte und an deren Stelle die verschiedenen Persönlichkeitszustände treten. Wesentliches Merkmal der dissoziativen Identität ist es, dass es zwei oder mehr deutlich voneinander getrennte Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände in einem Individuum gibt, die jeweils dominieren und das Alltagsgeschehen beherrschen, ohne dass der andere Persönlichkeitsanteil ein Bewusstsein darüber hat. Teilt man die Persönlichkeiten in emotionale und anscheinend normale Persönlichkeit ein, wird deutlich, dass ein anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil zwar in der Lage ist den Alltag zu leben, aber dieses durch die emotionalen Persönlichkeitsanteile schnell gestört werden kann.

Überträgt man die Untersuchungsergebnisse der verschiedenen Länder auf Deutschland, so ist das Ausmaß der dissoziativen Identität zwischen 5-20% in der Allgemeinbevölkerung und 1-12% in der Psychiatrie. Die großen Differenzen der Ergebnisse erklären sich dadurch, dass mit unterschiedlichen Grenzwerten gearbeitet wurde,

einem hohen und einem niedrigen Cutoff. Trotzdem zeigen die Ergebnisse, dass die dissoziative Identität keineswegs selten auftritt. Dass die ermittelten Werte in der Türkei höher liegen als in den USA widerlegt auch die These, dass die dissoziative Identität ein Konstrukt sei, das aus den USA käme.

Obwohl die dissoziative Identität eine frühkindliche Störung ist, kommen Menschen mit dieser Diagnose häufig erst als Erwachsene in die Beratung und weisen viele psychische und psychosomatische Beschwerden auf und können auch allgemeine dissoziative Störungen haben. Aufgrund des mangelnden Vertrauens oder auch dadurch, dass sich die KlientInnen selber nicht bewusst über die verschiedenen Persönlichkeitsanteile sind, dauert es im Schnitt ein halbes Jahr, bei 20% der Betroffenen bis zu 5 Jahren, bis die Diagnose dissoziative Identität gestellt wird bzw. gestellt werden kann.

Laut ICD-10 und DSM sind die diagnostischen Kriterien einer dissoziativen Identität die Existenz von zwei oder mehreren Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszuständen, die getrennt voneinander existieren und ihre eigenen, relativ überdauernden Muster haben, sich selbst und die Welt wahrzunehmen, wobei zwei dieser Persönlichkeiten jeweils wiederholt die volle Kontrolle übernehmen. Des Weiteren besteht die Unfähigkeit, sich an wesentliche persönliche Informationen zu erinnern, was durch eine normale Vergesslichkeit nicht erklärbar ist und auch nicht durch eine psychisch wirksame Substanz hervorgerufen ist.

Bei der Abgrenzung der dissoziativen Identität zur Schizophrenie ist deutlich geworden, dass jede Person mit einer dissoziativen Identität die Schneiderschen Symptome ersten Ranges aufweisen, was eigentlich ein Kriterium für die Schizophrenie ist. Der wesentliche Unterschied zur Schizophrenie liegt darin, dass die Realitätswahrnehmung intakt bleibt, die Stimmen, die gehört werden, nicht von außen zu kommen scheinen, sondern im Inneren des Kopfes wahrgenommen werden und die Behandlung mit Neuroleptika entweder keine oder nur eine dämpfende oder negative Wirkung hat.

Bei der Abgrenzung der dissoziativen Identität zur Borderline-Persönlichkeit ist deutlich geworden, dass viele Symptome ähnlich bzw. identisch sein können, doch in bestimmten Bereichen grundlegende Unterschiede aufweisen. So ist die Borderline-Persönlichkeit dadurch gekennzeichnet, dass die Spaltung in Idealisierung und Entwertung und anderen Polarisierungen besteht, während die Spaltung bei Menschen mit dissoziativer Identität das Ich und Selbstkonzept betrifft. Auch wenn Borderline-KlientInnen dissoziative Störungen aufweisen können oder auch Menschen mit dissoziativer Identität Borderlinezüge haben können, ist der wesentliche Unterschied zwischen beiden Störungen, dass bei der Borderline-KlientIn das autobiographische Erinnerungsvermögen stimmungsübergreifend erhalten bleibt.

Verschiedenen Modellen ist gemein, dass wiederholte schwere traumatische Erfahrungen in der Kindheit als ursächlich für die Ausbildung einer dissoziativen Identität angesehen wird. Hinzu kommt, dass keine Hilfe erfahren wurde und die Fähigkeit zu dissoziieren grundsätzlich vorhanden sein muss und dieses als Verteidigungsmechanismus eingesetzt wird. Verschiedene Inhalte werden unterschiedlichen Persönlichkeiten unterstellt, um die Fülle der Gewalttaten psychisch aushalten zu können. Die einzige Theorie, die die dissoziative Identität als Konstrukt schlechter Therapeuten und die wiedergewonnenen Erinnerungen an Gewalttaten als iatrogen bezeichnet, ist die der False Memory Foundation, dessen Zweck es ist, Täter zu schützen. Dass es falsche Erinnerungen gibt, darf nicht den verallgemeinernden Schluss zulassen, dass alle wiedergewonnenen Erinnerungen von KlientInnen falsch seien.

Auf der Alltagsebene gibt es eine Menge Schwierigkeiten für Menschen mit dissoziativer Identität, die je nach der Funktionalität der Betroffenen unterschiedlich ausgeprägt sein können. In den Interviews ist deutlich geworden, dass durch die mangelnde Kontrolle einer Persönlichkeit viel Unsicherheit entstehen kann, sei es durch die Zeitverluste, in denen ein anderer Persönlichkeitsanteil aktiv war, sei es durch auslösende

Triggerreize, die Flash-Backs auslösen können oder durch Depersonalisations- und Derealisationen, die in Überforderungssituationen auftauchen können oder durch die kommentierenden Stimmen, die den Alltag begleiten. Auch in Beziehungen und Freundschaften können durch die unterschiedlichen Persönlichkeiten und wechselnden Stimmungen und Weltanschauungen Unsicherheiten, Verletzungen und massive Irritationen bestehen und eine Partnerschaft anspannen. Aufgrund der Folgen der Traumatisierungen haben Menschen mit dissoziativer Identität auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, was den Alltag durch Hypervigilanz und Erschöpfung prägt und auch die Leistungsfähigkeit einschränkt.

Überlebende von Gewalttaten haben einen Anspruch auf Entschädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz, jedoch liegt die AntragstellerIn in der Beweispflicht, was für eine Person, deren Erinnerungen fragmentiert sind, sehr schwer ist. Auch die Fakten zusammenzutragen oder den Täter bzw. die Täter anzuzeigen stellt eine starke psychische Belastung dar.

Auch wenn sich die Sozialpädagogik therapeutischer Methoden bedient und sich auch Themenbereiche überschneiden, ist der wesentliche Unterschied zur Therapie die Intervention in der Lebenswelt der Klientin mit all ihren Alltagsschwierigkeiten.

Bestimmte Grundsätze gilt es zu beachten, wenn man mit Menschen mit dissoziativer Identität arbeiten möchte. Dazu gehören selbstverständlich die Arbeit an der beruflichen Haltung genauso wie die Aneignung von Fachwissen über die Diagnose, Fort- und Weiterbildungen und ein Rahmen, in dem man die Arbeit mit der Klientin supervidieren und evaluieren kann, gerade wegen der Komplexität der Problemlagen. Wichtig und hilfreich kann auch sein, mit den verschiedenen Fachleuten aus dem Helfernetz der Klientin, zusammenzuarbeiten, allerdings sollte man nichts unternehmen, ohne die Zustimmung der Klientin zu haben.

Nicht an die Diagnose zu glauben, bedeutet gleichzeitig abzuerkennen, dass es massiven Missbrauch in unserer Gesellschaft gibt und die KlientInnen mit der Diagnose dissoziative Identitätsstörung nicht ernst zu nehmen. Da wir als HelferInnen nicht juristisch arbeiten, sondern mit der subjektiven Wirklichkeit der KlientInnen, sehe ich keinen Grund, ihnen nicht zu glauben. Sollte sich im Laufe der Zeit rausstellen, dass bestimmte Sachen nicht so oder ganz anders oder durch andere Personen geschehen sind, ist es auch kein Untergang, dieses mit der Klientin zu korrigieren. Dazu kommt, dass man diesen Menschen mit Aberkennung der Diagnose und des geschehenen Missbrauchs auch Chancen auf Heilung verwehrt. Auch hierfür sehe ich keinen Grund.

Bis heute ist es für Menschen mit dissoziativer Identität noch schwierig, eine geeignete Therapie zu finden. Es gibt in Deutschland noch längst nicht genügend Fachpersonal, das sich auf dieses Gebiet spezialisiert hat. Die Wartezeiten, bis eine geeignete Therapie beginnen kann, beträgt im Durchschnitt etwa 1 Jahr, oftmals noch länger, was auch dadurch bedingt ist, dass eine Therapeutin/Therapeut aufgrund des intensiven Arbeitsaufwandes nicht viele Menschen mit dissoziativer Identität gleichzeitig aufnehmen kann. Hinzu kommen noch die Ärzte, Therapeuten, Gutachter, nicht zuletzt die Krankenkassen, die nicht an diese Diagnose dissoziative Identitätsstörung glauben, obwohl diese Diagnose im DSM wie auch im ICD fest verankert ist. Diese Haltung richtet bei den Betroffenen mehr Schaden an, als dass sie etwas nützt. Unter anderem erklärt dies den oftmals jahrelangen „Marathon“ durch die Kliniken und Arztpraxen, bis sie durch eine adäquate Diagnosestellung eine erfolgreiche Behandlung bekommen können. Gerade deswegen, ist das Aufsuchen einer Beratungsstelle oftmals für sie die letzte Hoffnung.

Des weiteren kann eine Klientin, die in Therapie ist, erst mal wesentlich instabiler werden als vorher. Auch hier kann die Sozialpädagogik unterstützend und begleitend intervenieren.

Von daher ist es für uns Sozialpädagogen um so wichtiger, umfangreich informiert zu sein, sich ein breites Fachwissen anzueignen und auch den Mut zu haben, sich auf die Menschen mit dieser Diagnose einzulassen. Des weiteren ist es auch wichtig über verschiedene

Hilfsangebote in der Umgebung informiert zu sein und aufgrund des umfangreichen Symptomprofils einer Person mit dissoziativer Identität ein großes Verweisungswissen zu haben und wenn es nötig und auch möglich ist, mit den verschiedenen Einrichtungen zusammenzuarbeiten und sich zu vernetzen. Der hohe Leidensdruck, die umfangreichen Schwierigkeiten im Alltag, die verschiedenen psychischen Symptome und die noch sehr langen Wartezeiten bei Therapeuten machen sie auch zu unserem Klientel.

Literaturverzeichnis:

- Bliss, E.L. (1986), Multiple personality, allied disorders, and hypnosis. New York: Oxford University Press
- Broschüre zum Thema OEG, Bestellnr. A719, Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, 2004
- Dammann, Gerhard, Overkamp, Bettina, Diagnose, Differentialdiagnose und Komorbidität dissoziativer Störungen des Bewusstseins. In: Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Hrsg.: Reddemann, Luise, Hofman Arne, Gast, Ursula, Thieme Verlag, 2004, S. 3-25
- Deistler, Imke & Vogler, Angelika, Einführung in die Dissoziative Identitätsstörung, Therapeutische Begleitung von schwer traumatisierten Menschen, Junfermann Verlag, 2002
- DSM III, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Beltz Verlag, 1984
- DSM IV, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1992
- DSM IV-TR, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Hogrefe, Verlag für Psychologie, 2003
- DSM-III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1987
- Fiedler, Peter, Dissoziative Störungen und Konversion, Trauma und Traumabehandlung, Beltz, Weinheim, 2001
- Fine, Catherine G., Zielorientiertes Integrationsmodell. In: Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Hrsg.: Reddemann, Luise, Hofman, Arne, Gast, Ursula, Thieme Verlag, 2004
- Floras Erzählungen, DER SPIEGEL, Heft 44/98, S. 230-233
- Fröhling, Ulla, Die Multiple Persönlichkeitsstörung im Zerr-Spiegel des Feuilletons, MPS-Infobrief 9/97, update 5/2002
- Gast Ursula, Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störungen. In: Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten?. Hrsg. Lamprecht, F., Pfeiffer bei Klett-Kotta, 2000
- Gast, Ursula, Multiple Persönlichkeit, „Das bin nicht ich“ - Überleben in anderer Identität, Gehirn & Geist, 4/2003, S. 34-38

- Gast, Ursula, Rodewald Frauke, Kerstin, Anette & Emrich, Hinnerk M., Diagnostik und Behandlung dissoziativer (Identitäts-) Störungen, Psychotherapeut, Bd. 46, S. 289-300, 2001
- Gast, Ursula, Rodewald, Frauke, Prävalenz dissoziativer Störungen. In: Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Hrsg.: Reddemann, Luise, Hofman, Arne, Gast, Ursula, Thieme Verlag, 2004, S. 47-46
- Hacking, Ian, Multiple Persönlichkeit, Zur Geschichte der Seele in der Moderne, Aus dem Amerikanischen von Max Looser, Carl Hanser Verlag, 1996
- Huber, Michaela, Modischer Wahn, DER SPIEGEL 12/95, S. 196-197
- Huber, Michaela, Multiple Persönlichkeiten – Überlebende extremer Gewalt – Eröffnungsvortrag zum Kongress - . In: Der aufgestörte Blick, Multiple Persönlichkeiten, Frauenbewegung und Gewalt. Hrsg. Wildwasser Bielefeld e.V. , Kleine Verlag, 1997a
- Huber, Michaela, Multiple Persönlichkeiten, Überlebende extremer Gewalt, Ein Handbuch, Fischer Verlag, 1997b
- Huber, Michaela, Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1, Junfermann Verlag, 2003a
- Huber, Michaela, Wege der Traumabehandlung, Trauma und Traumabehandlung Teil 2, Junfermann Verlag 2003b
- ICD-10, Verlag Hans Huber, 1995
- Kluft, Richard P., Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In: Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Hrsg: Reddemann, Luise, Hofman Arne, Gast, Ursula, Thieme Verlag, 2004, S. 73-100
- Kluft, Richard P., Clinical presentations of multiple personality disorder, in: Psychiatric Clinics of North America, Vol. 14(3), 1991, S.605-629
- Kluft, Richard P., Current Issues in Dissociative Identity Disorder, Bridging Eastern and Western Psychiatry vol. I Num. 1, 2003

- Lau, Jörg, Die neueste Stimmung im Westen: Die vollends aufgeklärte Welt strahlt im Zeichen der neuen Hysterie, DIE ZEIT, 13.6.97
- Nijenhuis, Ellert, van der Hardt, Onno, Steele, Kathy, Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Hrsg: Reddemann, Luise, Hofman, Arne, Gast, Ursula, Thieme Verlag, 2004, S. 47-69
- Putnam, F.W., Diagnosis and Treatment of Multiple Personality disorder, New York/London: Guilford Press, 1989
- Putnam, F.W., The scientific investigation of multiple personality disorder. In: Split Minds/Split Brain, Hrsg.: J.M. Quen, New York University Press, 1986
- Ross, C.A., Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation in: Psychiatric Clinics of North America, Vol.14, 1991
- Ross, C.A., Multiple Personality Disorder. Diagnosis, Clinical ,Features, and Treatment, New York: John Wiley & Sons, 1989
- Schneider, Peter K., Erich Fuchs und Fritz Oberbeil (Hrsg.), Ich bin Wir. Die MULTIPLE PERSÖNLICHKEIT, zur Geschichte, Theorie und Therapie eines verkannten Leidens, 1997
- Simm, Michael, Trau keinem – nicht einmal Dir selbst, FRANKFURTER RUNDSCHAU, 26.7.97
- Spiegel, Hiltrud von, Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit : Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis, Reinhardt UTB, 2004
- Stingelin, Martin, Evas viele Gesichter, Multiple Persönlichkeitsstörung: Neues über ihre Anfänge, FAZ, 21.5.97, Seite N.7
- Temminghoff, Walburga, Eine-Sein! Viele-Sein! Eine werden?, Eine phänomenologische Studie zu multiplen/integrierten Lebenskonzepten, Psychiatrie-Verlag,1999
- Ulrich, Holde Barbara, Giovanna ist Viele, DIE ZEIT Nr. 13, 23.3.2000, Seite 6

- van der Kolk, Bessel A., Alexander C. Mc Farlane, Lars Weisenaeth (Hrsg.), Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, Junfermann Verlag, 2000
- Veith, Monika, Am Ende alle verwirrt? – Einige Anmerkungen zum Umfeld multipler Frauen. In: Der aufgestörte Blick, Multiple Persönlichkeiten, Frauenbewegung und Gewalt, Hrsg. Wildwasser Bielefeld e.V., Kleine Verlag, 1997

Anhang

Einrichtungen im Norden Deutschlands

Im Folgenden liste ich einige Einrichtungen auf, die meines Wissens nach über die Diagnose dissoziative Identitätsstörung informiert sind und mit diesem Klientel arbeiten und auch weiterführende Informationen geben können. Diese Auflistung hat keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit, soll lediglich als Einstieg dienen.

Lotta e.V.

Therapeutische Wohngruppen für traumatisierte erwachsene Frauen
Sophienblatt 42a, 24103 Kiel, Tel.: 0431/62008

Autonomes Mädchenhaus Kiel

Anlauf- und Beratungsstelle wie Zufluchtstätte für Mädchen zwischen 14 und 21 Jahren, die von Gewalt betroffen sind oder sich in einer anderen Notlage befinden.

Holtener Straße 127, 24118 Kiel, Tel.: 0431/8058883

Telefonnummer für Mädchen, die Hilfe brauchen: 0431/642069

Frauentreff Ihriss e.V.

Beratungsstelle für Frauen

Jeßstraße 3, 24114 Kiel, Tel.: 0431/63697

Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen und Frauen

Telefonische und persönliche Beratung, Krisenintervention und Therapie für Mädchen und Frauen ab dem 16. Lebensjahr, die sexuelle Gewalt erfahren haben. Vermittlung von AnwältInnen, TherapeutInnen, Kliniken, Selbsthilfegruppen und Information wie Begleitung und Unterstützung im Strafverfahren oder im Umgang mit Ämtern

Feldstraße 76, 24105 Kiel, Tel.: 0431/91144

Hinter dem Kirchhof 6, 24211 Preetz, Tel.: 04342/399939

Bundesweite Kostenlose Rufnummer: 0800/1110444

www.Frauennotruf-Kiel.de

Frauenwohngemeinschaft BORA e.V.

Postfach 790253, 13015 Berlin

www.frauenprojekte-bora.de

LebensRäume e.V.

Friedensstrasse 4-8, 33602 Bielefeld, Tel.: 0521/172233

Zentrum für Psychotraumatologie

Ludwig Mond Str. 45A, 34121 Kassel, Tel.: 0561/921506

Therapeutische Frauenberatung e.V.

Groner Str. 32/33, 37075 Göttingen, Tel.: 0551/45615

Informative Internetseiten:

Dissoc: <http://www.dissoc.de>

Selbsthilfe: <http://dissoziation.org>

Spirits of survival: <http://spiritsofsurvival.opfernetz.de>

Anti-Kinderporno e.V.: www.anti-kinderporno.de

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und nur die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus Quellen entnommene Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Kiel, den 28.01.2005