

# Leben im „Grenzland“

Borderline-Syndrom, multiple Persönlichkeiten (DID) und die  
Bedeutung traumatischer Erfahrungen

**Rolf Klein**



**Schriftenreihe des IAG**

Staatlich anerkannte Einrichtung der Weiterbildung in NRW



**IAG** (Staatlich anerkannte Einrichtung der Weiterbildung)

44791 Bochum

Herner Str.88      Tel. 0234-682262

Sie erreichen mich persönlich über Tel(Festnetz). 0700-7653 5534 (0700-ROLFKLEIN) oder **e-mail:** rolfklein@online.de

Titelblatt unter Verwendung einer Zeichnung von Martha Muinos.

Alle Rechte (und Pflichten) beim Verfasser.

**ISBN 3-89789-523-4**

*Die gedruckte Auflage ist z.Z.vergriffen. Diese (oder eine neuere) online-Version ist über [www.rolfklein.de](http://www.rolfklein.de) verfügbar.*

Zu Potential und Problematik des Borderline-Begriffes

zu A und B : [BL als Notanker oder Beschimpfung]

zu C): [BL als Grenzland]

zu D): [BL als präzise definierte Persönlichkeitsstörung]

zu E: [BL als Oberbegriff]

Was ist nun die "richtige" Verwendung des Borderline Begriffes ?

Mögliche Differenzierungen der BL-Störungen nach aktueller Symptomatik

Das Dilemma der gewachsenen diagnostischen Realitäten

Dissoziation vs. Assoziation

Multiple Persönlichkeitsstörung (MPD/MPS bzw. DID)

Wie kann MPD/DID diagnostiziert werden ?

Wie vermeidet man eine DID-Diagnose (da, wo sie eigentlich angebracht wäre) ?

Methode 1: "Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust .."

Methode 2: "Wir schneiden uns eine Schizophrenie."

Schizophrenie und DID im Vergleich der Symptomatik

Methode 3: "Horch, wer kommt von draußen rein ?"

Methode 4: "Im Zweifelsfalle Borderline !"

Was macht ein belastendes Ereignis zu einem Trauma?

Somatoforme Störungen

Zur Diskussion der möglichen Ursachen

Wie 'wahr' sind Erinnerungen an traumatische Erfahrungen ?

FMSF: [".für mich sehr fragwürdig .."]

Das 'heiße' und das 'kühle' Gedächtnissystem

Mögliche Konsequenzen für die Psychotherapie

Heilungschancen

Therapieziel: Normalität ?

Der Mythos Integration: E pluribus unum ?

Vorläufige Schlußbemerkung

Literaturliste

Anhang I:

Anhang II:

Anhang III:

Dieses Skript begann vor einigen Jahren als einzelnes Arbeitsblatt. Seitdem habe ich es öfters erweitert, aber auch Dinge herausgenommen, die ich jetzt so nicht mehr glaube oder zumindestens jetzt nicht mehr so wichtig finde. Vor allem haben mir aber auch die ermunternden und kritischen Anmerkungen der bisherigen LeserInnen geholfen. Ich freue mich daher über nahezu jede Form von Rückmeldung.

Im folgenden stelle ich wieder meine persönliche Sichtweise dieses komplexen Themas dar, quasi als **Momentaufnahme\***. Es läßt sich nicht vermeiden -und ich habe es auch gar nicht versucht- ein gewisses Fachwissen vorauszusetzen. Ich wende mich also an beruflich mit solchen Themen befaßte Menschen, aber auch an Betroffene und interessierte Laien, die bereit sind, evtl. den einen oder anderen Begriff nachzuschlagen. Dabei reduziere ich die Fülle des theoretischen Materials (besonders aus dem anglo-amerikanischen Raum) auf das von mir als nützlich empfundene. Ich bin als Therapeut, der schwerpunktmäßig mit Betroffenen arbeitet, vergleichsweise wenig an überbordenden Spekulationen interessiert.

Darüber hinaus möchte ich gerne auf die deutsche Fachstudiengruppe der ISSD (International Society for the Study of Dissociation) hinweisen.<sup>1</sup> Sie veranstaltet u.a. Fachtagungen (jeweils letztes Novemberwochenende) und unterhält auch eine Homepage (<http://www.dissoc.de/issd.html>) . Per e-mail ist sie unter [issd.de@gmx.net](mailto:issd.de@gmx.net) zu erreichen. Die internationale Sektion ist unter [www.issd.org](http://www.issd.org) zu finden.

Qualifizierte Aus- und Fortbildungen zur traumazentrierten Psychotherapie bieten in Deutschland u.a. Michaela Huber ([Michaela.H.@t-online.de](mailto:Michaela.H.@t-online.de)) und Lutz-Ulrich Besser ([lubesser@gmx.de](mailto:lubesser@gmx.de) - siehe auch: [www.zentrum-psychotrauma.de](http://www.zentrum-psychotrauma.de)) an.

---

\* Jetzt d.h.. 2004 doch schon etwas angestaubt.

Natürlich bin ich für alle in diesem Skript vertretenen Ansichten und evtl. Fehler selbst verantwortlich. Besonderen Dank an alle, die in irgendeiner Form dazu beigetragen haben, besonders an die Menschen, die ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben.



*...auch an einen freundlichen älteren Herren,  
dessen Sichtweisen zum Thema ich nicht immer  
teile, dessen Brillanz und Präzision aber immer  
inspirierend waren ...*

# Zur Problematik des Borderline-Begriffes

*Die "klassischen" Neurosen -wenn es sie denn jemals gegeben hat- scheinen in unserer Zeit an Bedeutung einzubüßen. Insbesondere niedergelassene PsychotherapeutInnen finden in ihrem Klientel zahlreiche Menschen, deren Leid nicht auf bestimmte Symptome begrenzt ist. Viele Menschen scheinen an der eigentlichen Struktur ihrer Persönlichkeit zu leiden, die ziemlich unabhängig von der aktuellen Lebenssituation wirksam ist.*

Zwar kommt es unter Streß typischerweise zu einer quantitativen und qualitativen Verstärkung von Symptomen, die Störung selbst jedoch entwickelt und verfestigt sich über lange biographische Zeiträume. Möglicherweise -unbehandelt- ein Leben lang. In der aktuellen Diskussion spielt dabei der Begriff 'Borderline-Störung' oder auch 'Borderline-Persönlichkeitsorganisation' eine besondere Rolle. Die BL-Störung ist die häufigste Persönlichkeitsstörung (Schätzung USA: 10 Millionen). Unklar ist, ob die beobachtbare Zunahme in den letzten Jahren eine Art "Diagnoseverhalten" der TherapeutInnen repräsentiert oder ob die Störung vermehrt gesellschaftlich produziert wird. Die Behauptung einer Modeerscheinung erscheint jedoch von sehr weit hergeholt, wie ein kurzer Blick in die Historie zeigt: schon 1884 (!) erschien der Artikel: "Borderland Psychiatrics Records" von C.H.HUGHES (d.h. immerhin drei Jahre, bevor die Krankheit, die heute Schizophrenie heißt, klinisch definiert wurde). Der Begriff 'Borderline' wurde von ADOLPH STERN in einem Artikel geprägt, der 1938 publiziert wurde.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Der Artikel von C.F. HUGHES wurde übrigens als Anhang im Buch von DULZ/SCHNEIDER: **Borderline-Störungen: Theorie und Therapie** nachgedruckt.

Wichtig für das Verstehen der aktuellen Situation scheint mir zu sein, daß der Begriff 'Borderline' in **vielen, teilweise willkürlichen Bedeutungen** verwendet wird:

A) als "Notanker", wenn dem Therapeuten bei einem schwierigen Patienten die diagnostischen Ideen ausgehen.

B) als Beschimpfung, um Behandlerfrust abzulassen (Gegenübertragung).

C) als historische Bezeichnung für das Grenzland zwischen Neurose und Psychose.

D) als symptomatisch präzise definierte Persönlichkeitsstörung (in DSM-4 und ICD-10).

E) als Oberbegriff für komplexe, symptomatisch "schillernde"

Persönlichkeitsstörungen, die besser in ihrer Tiefenstruktur, ihrer Psychodynamik, als an ihrer chamäleonhaften Symptomoberfläche begreifbar sind.

**- zu A und B :** [BL als Notanker oder Beschimpfung]

In konservativen Psychiatriekreisen ist der Begriff 'Borderline' eine Art Schimpfwort oder Stigma im GOOFMAN'schen Sinne. Er signalisiert einen lästigen und frustrierenden Klienten, der das Funktionieren des klinischen Apparates stören könnte. Hierzu sollte man u.a. bedenken, daß die Borderlinestörung von Psychiatern lange Zeit (genau: bis einschließlich ICD-9) als "latente" Form der *Schizophrenie* betrachtet wurde und es sicherlich (besonders in Deutschland) noch lange dauern kann, bis diese Vorstellung wieder entsorgt sein wird. Es dürfte auf der Hand liegen, daß das Problem eines Menschen unnötigerweise als *latente* oder gar *prodromale Schizophrenie* zu bezeichnen, sehr wahrscheinlich weder ihn selbst noch sein therapeutisches Umfeld ermutigen wird. Möglicherweise liegt die "Gemeinheit" (aus Sicht eines rigiden Klinikbetriebes) solcher KlientInnen in der besonders beweglichen und damit schwerer zu berechnenden Qualität ihrer Abwehr/Bewältigungsstile: einmal erweisen sie sich als zu gestört für ein bestimmtes Behandlungsschema, ein anderes mal sind sie plötzlich viel zu gesund für ein scheinbar logisches Alternativkonzept.

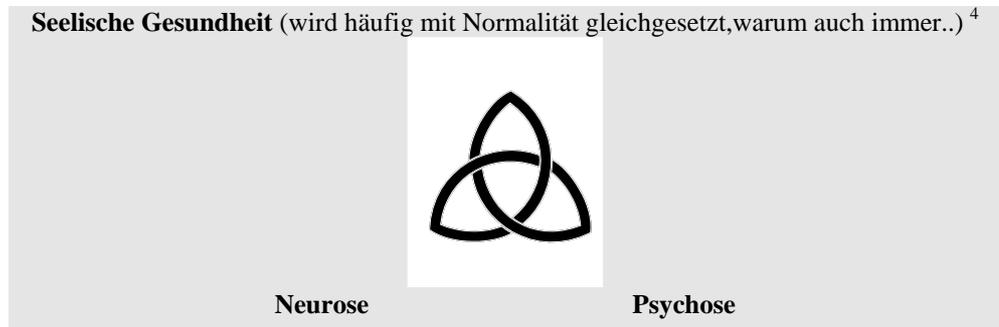
**- zu C):** [BL als Grenzland]

Zu den Eigentümlichkeiten der menschlichen Psyche scheint es zu gehören, Beobachtungen und Erfahrungen in Modellen zu organisieren und dann, im Laufe der Zeit, ganz oder teilweise zu vergessen, daß es sich ursprünglich "nur" um Modelle handelt.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Wer hat jene schaurig-schöne Karrikatur eines reichlich beschämt wirkenden Karl Marx mit der Unterzeile: „Tut mir echt leid, Leute. War halt nur so eine Idee von mir“, gesehen, die kurz nach dem Zusammenbruch der DDR auftauchte ?

Eines der einfachsten Modelle der Bandbreite psychischen Da-seins (bzw. mehr oder weniger ver-rückt Seins) ist wohl die Triade:



Dieses an sich nützliche Modell wurde mit der Zeit so populär, daß irgendwann die meisten Menschen glaubten, es gäbe Neurosen und Psychosen (.. und damit auch **die** Neurotikerin und **den** Psychotiker..), so wie es z.B. das Territorium Nordamerikas und Südamerikas gibt. Aus einer "weichen" Wirklichkeit wurde also eine ziemlich harte.<sup>5</sup>

Die Bewohner von "**Normalistan**" sind natürlich immer "Wir" - wer auch immer jeweils genau zu dieser Gruppe von Menschen gehört. In früheren Zeiten waren das z.B. fast alle Psychiater und Ärzte/Ärztinnen. Die anderen konnte man sortieren nach Menschen, die mehr oder weniger seelisch gestört erschienen, aber in wesentlichen Lebensbereichen (Ehe, Arbeit etc.) die meiste Zeit mehr oder weniger gut funktionierten (= BewohnerInnen von "**Neurotistan**") und in Menschen, die zeitweilig oder dauerhaft überhaupt nicht mehr richtig funktionierten (BewohnerInnen von "**Psychotistan**") und dabei eine mehr oder weniger bizarre Eigenrealität zu erkennen gaben. Je mehr den beruflich damit befaßten Menschen auffiel, daß es viele Rat- und Hilfesuchende gab, die für Bewohner von **Neurotistan** zu gestört waren, für **Psychotistan** jedoch deutlich zu gesund, ergab sich fast zwangsläufig die Notwendigkeit, ein "Grenzland"(engl. 'Borderland') zu definieren. Ich halte den älteren Begriff "**Borderland**" tatsächlich für realistischer. Der Begriff "**Borderline**" suggeriert eher eine Art kleine Schnittfläche (fast eine Linie) zwischen den großen Ländern Neurotistan und Psychotistan. Die alltägliche Realität vieler PsychotherapeutInnen sieht doch wohl entscheidend anders aus. Viele ihrer Klienten scheinen eher mit dem erweiterten Borderline-Begriff beschreibbar zu werden, als

---

<sup>4</sup> Zum -möglicherweise überflüssigen- Beispiel: der Philosoph und Politiker SENECCA war der Erzieher des berüchtigten römischen Kaisers Nero. SENECCA gab in seinen Schriften, wie auch -was wohl wichtiger war- in seinem Leben und Sterben eine überzeugende Demonstration seelischer Gesundheit. Er wäre jedoch kaum als normal für sein sozio-kulturelles Milieu zu bezeichnen gewesen. Je "kränker" eine Gesellschaft wird, desto weiter muß sich zwangsläufig seelische Gesundheit von der Norm entfernen.

eine "schöne" klassische Neurose zu präsentieren. Ein an sich bekanntes historisches Beispiel:

Liest man die Protokolle zu FREUD und BREUER's Patientin ANNA O. (Bertha Pappenheim) und addiert die Informationen aus ihrem postfreudianischen Leben, so erscheint es mir nicht besonders abwegig, ihre Störung als Dissoziative Identitätsstörung (MPD/DID) zu betrachten:

"Es bestanden zwei **ganz getrennte Bewußtseinszustände**, die sehr oft und **unvermittelt abwechselten** und sich im Laufe der Krankheit **immer schärfer schieden**. In dem einen kannte sie ihre Umgebung, war traurig und ängstlich, aber relativ normal [host personality ?]; im anderen .. schimpfte sie, warf die Kissen nach den Leuten.. und dergleichen mehr. War während dieser Phase etwas im Zimmer verändert worden, jemand gekommen oder hinausgegangen, **klagte sie dann, ihr fehle Zeit**, und bemerkte die **Lücke** im Ablauf ihrer bewußten Vorstellungen."

---

<sup>5</sup> Die jetzt -in einer Art dialektischer Gegenbewegung- wieder aufgeweicht wird: ICD-10 und DSM-4 verzichten auf die Begriffe Neurose und Psychose bzw. verwenden sie nur noch marginal.

**-zu D):** [BL als präzise definierte Persönlichkeitsstörung]

Das DSM-4 (**D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of Mental Disorders)<sup>6</sup> nennt die folgenden neun Kriterien, von denen fünf erfüllt sein müssen, damit die Diagnose 'Borderline-Persönlichkeitsstörung' gerechtfertigt sein kann:

- 1) Verzweifelte Bemühungen, die reale oder eingebildete Angst vor dem Verlassenwerden zu verhindern.
- 2) Ein Muster von instabilen und intensiven persönlichen Beziehungen, die durch das Wechseln zwischen den Extremen von Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet sind.
- 3) Das Fehlen eines klaren Identitätsgefühls.
- 4) Impulsivität bei potentiell selbstschädigenden Verhaltensweisen (z.B. Alkohol/Drogen, Mißbrauch, Sex, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren, übermäßiges Essen).
- 5) Wiederkehrende Selbstmorddrohungen oder -versuche oder Selbstverstümmelungen.
- 6) Starke Stimmungsschwankungen.
- 7) Chronische Gefühle von Leere und Langeweile.
- 8) Häufige und unangemessene Zornausbrüche.
- 9) Unter Streß unter Umständen vorübergehende, wahnhafte Gedanken oder "dissoziative" Störungen.

Der Reiz dieser durchoperationalisierten Diagnose liegt darin, eine scheinbar eindeutige Formel zur Diagnose zur Verfügung zu haben. Jedoch zeigt die genauere Betrachtung, daß die solchermaßen umzirkelte Störung möglicherweise nur eine Teilmenge des Borderline-Phänomens darstellt, wie es zahlreiche TherapeutInnen zu beschreiben versucht haben.

Man mag sich daran erinnern, daß der Begriff ursprünglich das Grenzland zwischen Neurose und Psychose beschreiben sollte, ein komplexes Territorium also, nicht nur einen einzelnen Abschnitt darin.

---

<sup>6</sup>das offizielle Handbuch der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung **APA** (American Psychiatric Association) in der 4.Edition (1994/ deutsche Ausgabe Juni 1996). Das **DSM** ist ein weltweit angewandtes Klassifikationssystem der psychischen Störungen. Parallel dazu existiert insbesondere die **ICD-10** der Weltgesundheitsorganisation (**WHO**).Die ICD ist in Deutschland stärker verbreitet und repräsentiert mittlerweile den offiziellen Standard, insbesondere für Dokumentationen, Anträge etc.Sie erreicht aber -trotz einer gewissen Abstimmung zwischen den beiden Systemen- selten eine dem DSM vergleichbare Präzision und Klarheit der Operationalisierungen und Definitionen.

**- zu E:** [BL als Oberbegriff]

Diese Sichtweise ist insbesondere mit dem Begriff *Borderline-Persönlichkeitsorganisation* und dem Namen OTTO F. KERNBERG verknüpft. Nach seiner Auffassung handelt es sich um eine komplexe Persönlichkeitsstörung, bei der der gesamte psychische Apparat in charakteristischer Weise (gestört) organisiert wird. Im Zentrum seiner Betrachtungen steht die angenommene Unfähigkeit der Betroffenen, sog. reife Abwehrmechanismen zu entwickeln (dazu gehört die tiefenpsychologische Grundannahme, daß der Mensch eine Art "gesunde" Verdrängung braucht, damit sein Bewußtsein nicht von innerpsychischem Material überschwemmt wird).

An Stelle einer reifen Abwehr treten archaische Spaltungsmechanismen, die insbesondere die inneren Bilder (Repräsentanzen) vom Anderen und dem eigenen Selbst betreffen. Es kommt zu einer charakteristischen, quasi digitalen Verzerrung der wahrgenommenen Wirklichkeit. Alles ist entweder ja oder nein, gut oder böse, nur Freund oder nur Feind (hierhin würde auch der klassische Ausspruch: "Wer nicht für mich ist, ist gegen mich!" wunderbar passen). Das Spielfeld des Lebens wird hier zum Schachbrett, auf dem es ausschließlich schwarze und weiße Felder gibt. Da wirkliche Menschen auch zahlreiche Zwischentöne/Graustufen haben, müssen BL-Betroffene von wichtigen Personen verschiedene und -da unverbunden- scheinbar nicht zusammengehörige Bilder entwerfen, die parallel in ihrem Bewußtsein existieren. Folgt man dieser Vorstellung probenhalber, hat man u.a. ein verlockend einfaches Erklärungsmodell für die immer wieder beobachtbaren, abrupten Wechsel in der Qualität der auf wichtige "Andere" übertragenen Gefühle: schiebt der betroffene Mensch das "gute" Dia in den inneren Projektor, fühlt er sich angezogen und idealisiert das "Objekt der Begierde"; wechselt sie/er zum "bösen" Dia desselben Menschen, folgen mit unerbittlicher Gefühlslogik Rückzug und Entwertung. Die digitale Qualität der Gefühlsübertragung führt häufig zu einer brennenden Intensität und Ausschließlichkeit der jeweils übertragenen Emotionen.

Es ist nicht schwierig, sich auszumalen, wieviel Leid diese Spaltungen in den wichtigsten Beziehungen eines Betroffenen für alle Beteiligten mit sich bringen können.

Bei aller intellektuellen Brillanz der KERNBERG'schen Argumentationen bleibt kritisch anzumerken, daß sie im wesentlichen auf nicht ausreichend empirisch überprüften psychoanalytischen Denkmodellen beruhen **und** daß seine Aussagen zu den Ursachen von Borderlinestörungen eher spekulativ sind. Insbesondere in Bezug auf die Bedeutung realer Traumatisierungen bleiben sie meist vage und unverbindlich.

Was ist nun die "richtige" Verwendung des Borderline Begriffes ?

Das weiß ich leider auch nicht. Bisher haftet allen Untersuchungen zu diesem Thema die etwas unbefriedigende Zirkularität an, daß man zwangsläufig die Menschen untersucht, die man vorher auf der Basis unterschiedlicher Kriterien als Betroffene definiert hat.

Die Frage wäre also pragmatisch eher so zu stellen : Was ist in der Praxis nützlicher? Eine eher weite oder eine enge, hochoperationalisierte Definition des Borderline-Begriffes ? Oder sollte man auf diesen Begriff besser ganz verzichten ?

Auch für die letztgenannte Position lassen sich gute Argumente finden: Die Bedeutungsdiffusion fördert in der Auseinandersetzung Mißverständnisse jeglicher Art. Desweiteren könnte der diskriminierende Beigeschmack des BL-Begriffs (ähnlich wie bei Wörtern wie 'Psychopathie', 'Hysterie' etc.) einen Verzicht zum Schutze der Betroffenen notwendig machen. Schließlich wäre es auch denkbar, daß andere Begrifflichkeiten wie z.B. 'Dissoziative Störungen' oder 'Posttraumatisches Syndrom' die eigentliche Problematik einfach häufig besser benennen.

Solange der therapeutische Zeitgeist sich noch nicht eindeutig entschieden hat, sind die möglichen Antworten eine Frage der persönlichen Sichtweise.

Mir scheint es vor allem wichtig, bei Verwendung des BL-Begriffs deutlich zu machen, wie er im jeweiligen Kontext gemeint ist. Insbesondere: sprechen wir gerade über die enge, hochoperationalisierte DSM-4 Definition (GUNDERSON et al.), oder geht es um einen wesentlich weiteren Fokus eher im KERNBERG'schen Sinne ?

Wenn man einen weit gefaßten Borderline-Begriff verwendet, finde ich es nützlich, wie von DULZ/SCHNEIDER vorgeschlagen, das Konzept des "Formenkreises" zur genaueren Kennzeichnung der jeweils **aktuellen** Symptomatik zu verwenden.

## Mögliche Differenzierungen der BL-Störungen nach aktueller Symptomatik (Dulz/Schneider)

### *BL-Störung auf anankastischem (zwanghaftem) Niveau:*

Ich-synton gewordene Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

### *BL-Störung auf ängstlichem Niveau:*

Chronische, frei flottierende und diffuse Angst, Abhängigkeits-Autonomie Konflikte, Phantasie extremer Hilflosigkeit.

### *BL-Störung auf depressivem Niveau:*

Depressiver Affekt, Anhedonie, ohnmächtige Wut, vernichtende Hilflosigkeit, Autoaggression

### *BL-Störung auf dissoziativem/multiplem Niveau:*

Depersonalisation/Derealisation, Dämmerzustände, ungewöhnlich ausgeprägte Tagträume, psychogene Amnesien, Konversionssymptome, DID (Multiple Persönlichkeiten).

### *BL-Störung auf narzißtischem Niveau:*

Antisoziales Verhalten, innere Leere, Drogenmißbrauch.

### *BL-Störung auf phobischem Niveau:*

Vielfältig ausgerichtete Ängste mit daraus folgender, schwerwiegender sozialer Beschränkung. Neben Phobien bzgl. äußerer Objekte auch Phobien bzgl. des eigenen Körpers und der eigenen Person.

### *BL-Störung auf psychosomatischem Niveau:*

Insbesondere Eßstörungen, "Somatoforme Störungen" usw.

### *BL-Störung auf psychotischem Niveau:*

Kürzere Phasen mit intensiver produktiver Symptomatik  
( Halluzinationen/Pseudohalluzinationen, Wahn usw.).

Ein Vorteil dieser Sichtweise besteht sicher darin, daß die während einer längeren BL-Therapie häufig zu beobachtenden Symptom- bzw. Abwehrstrukturwechsel als Niveauänderungen innerhalb einer BL-Organisation beschrieben werden können, ohne die Grunddiagnose ändern zu müssen.

**zum Beispiel ULRICH SACHSSE: "In Langzeittherapien habe ich darüber hinaus die zunächst irritierende Erfahrung gemacht, daß meine Patientinnen im therapeutischen Prozeß ihre Struktur "wechseln". In der einen Phase arbeite ich mit einer klassischen Borderlinepatientin, deren Spaltungsmechanismen ganz ihre Therapie und ihre aktuellen Lebensbezüge bestimmen. Dieselbe Patientin ist wenig später eine Patientin mit pathologischem Narzißmus, die ihre Symptomatik im Sinne eines neurotischen Stolzes hoch besetzt hat und deren Abwertung alles Schwachen, Weichen, Unvollkommenen die Therapie und ihre Beziehung prägen. Dann wieder habe ich es mit einer Suchtkranken zu tun, die**

**sogar angetrunken zur Therapie kommt und sich als typisch depressiv-aggressive, klagend-anklagende Alkoholikerin darstellt. Später kann diese Patientin, .. ,als quasi “alexithyme“ Psychosomatikerin imponieren, .. ,mit einer verifizierbaren Reizgastritis.“**

(aus: “Blut tut gut. Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigungen der Haut.“)

### **- Das Dilemma der gewachsenen diagnostischen Realitäten**

Bis zu diesem Punkt habe ich mich mit der Problematik des Borderline-Begriffes auseinandergesetzt. Bedingt durch die historische Zersplitterung der Psychotherapie in zahlreiche Schulen und Richtungen mit bisweilen fast sektenhaftem Charakter ist auch eine Fülle von Begrifflichkeiten entstanden, um das anscheinend schwer beschreibbare Territorium zwischen Neurose und Psychose zu charakterisieren. Hier eine persönliche Kollektion:

**Abhängige Persönlichkeitsstörung, ambulatorische Schizophrenie, anankastische Persönlichkeitsstörung, ängstliche Persönlichkeitsstörung, Borderline Schizophrenie, Charakterneurosen, dissoziale Persönlichkeitsstörung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Grenzschizophrenie, Grenzpsychose, histrionische Persönlichkeitsstörung, Kernneurosen, latente schizophrene Reaktion, latente Schizophrenie, narzißtische Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, präpsychotische Schizophrenie, prodromale Schizophrenie, pseudoneurotische Schizophrenie, pseudopsychopathische Schizophrenie, schizoide Persönlichkeitsstörung, plastische Struktur , Schizotypie, schizotype Persönlichkeitsstörung, Psychopathien.**

Abgesehen von der verwirrenden Vielfalt, die scheinbar nötig ist, um im Grunde doch recht ähnliche Phänomene zu charakterisieren, bliebe sicher auch zu kritisieren, daß manche dieser Sprachschöpfungen eher in das ‘Wörterbuch des Unmenschen‘ passen würden<sup>7</sup> als in den Kontext einer ‘therapeutischen‘, also heilenden Beziehung.

Gibt es eine sinnvolle Alternative ? Ich meine ja und ich möchte sie im folgenden skizzieren.

---

<sup>7</sup> “Das Inhumane, Entwürdigende, auch Gewalttätige einer Ausdrucksweise fällt uns erst auf, seitdem die alten Herrschaftsverhältnisse sich aufgelöst haben ...“ ( ‘Aus dem Wörterbuch des Unmenschen‘. STERNBERGER/STORZ/SÜSKIND, Ullstein, 1986)

## - Eine andere Sichtweise: Dissoziation vs. Assoziation

Die Fähigkeit, sich mit dem eigenen Erleben unmittelbar zu verbinden (Assoziation), wie auch ihr Gegenpol, der Rückzug daraus (Dissoziation), scheint mir ein grundlegender Mechanismus menschlichen Erlebens zu sein.

Unsere assoziativen Fähigkeiten geben unserem Dasein emotionale Intensität bzw. sie ermöglichen uns erst ein Da-Sein im wörtlichen Sinn.

Die Möglichkeit, sich vom unmittelbaren Erleben zurückzuziehen, emotionales Weg-Sein, ist jedoch auch sehr wichtig. Sie ermöglicht viele typisch "erwachsene" Funktionen, von der philosophischen Reflektion bis zur extrem fordernden Tätigkeit eines Unfallarztes (der sich kaum erlauben könnte, sehr emotional auf das menschliche Leid in seinem Arbeitsfeld zu reagieren).

Fühlt sich ein Mensch von der schmerzhaften Intensität einer Situation überfordert (z.B. Folter), kann ihm Dissoziation helfen, die Situation zu überstehen. Dabei hat er verschiedene Möglichkeiten, gewissermaßen eine Art "**dissoziativen Werkzeugkasten**":  
z.B.:

a) "Es tut gar nicht weh." (Anästhesie) - Fähigkeit, die Binnenwahrnehmung, die Propriozeption so weit wie möglich herunterzu"dimmen", bis zur Empfindungslosigkeit. Manche Menschen können so z.B. ihre Schmerzempfindlichkeit erheblich beeinflussen.

b) "Diese Empfindungen bedeuten **nichts**." (Alexithymie) - Die Empfindungen werden nicht mehr im Zusammenhang gelesen, der Prozeß der Gestaltformation von Propriozeption und Kognition zu fühlbaren Bedeutungen wird unterbrochen. Dies schützt natürlich nicht vor Schmerzen, es kann aber sehr wirkungsvoll vor schmerzhaften (oder "verbotenen") Gefühlen schützen. Die Erfahrung politischer Gefangener -an deren Schilderungen leider kein Mangel besteht- zeigt, daß körperliche Schmerzen oft leichter zu ertragen sind als bestimmte emotionale Zustände. Eine Mutter, die wochenlange Folter erduldet hat, bricht zusammen, als man sie mit ihrem Kind zusammenbringt.

c) "Das geschieht nicht **wirklich**." (Derealisation) - Dies alles (z.B. ein Konzentrationslager) ist in Wirklichkeit nur eine Bühne und ich beobachte das, was mir und den anderen Gefangenen dort passiert, vom Zuschauerraum aus.

d) "Das geschieht nicht wirklich **mir**." (Depersonalisation) - Ich halte dies für die mächtigste dissoziative Strategie. Jenseits davon scheinen mir nur noch die psychotische Option (Nichts ist wirklich/alles ist wirklich) und der Tod zu liegen.

Im Prinzip gilt alles vorstehend Gesagte auch für Kinder, jedoch mit einer existentiell bedeutsamen Besonderheit:

Je weniger ausgeformt die Persönlichkeit des Kindes zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses ist (d.h. in der Regel: je jünger das Kind ist), desto wahrscheinlicher ist es, daß die eher zufällig entdeckten dissoziativen Möglichkeiten tief in die sich entwickelnde Persönlichkeitsstruktur eingebaut werden. Entdeckt das Kind (durch grausame Umstände gezwungen) die mächtige “Das geschieht nicht wirklich **mir**“-Strategie, hat es gute Chancen, alles, was überhaupt physisch zu überleben ist, auch tatsächlich zu überleben.

Es zahlt jedoch einen hohen Preis für dieses Überleben: es entwickelt eine “Dissoziative Identitätsstörung“, es wird mehr oder weniger ‘multipel’.

### **- Multiple Persönlichkeitsstörung (MPD/MPS bzw. DID)**

( vgl. auch die “offiziellen“ Definitionen im Anhang I )

In Deutschland ist das Thema Multiple Persönlichkeitsstörung (ICD-10) bzw. Dissoziative Identitätsstörung (DSM-4) z.Z. zu einer Art Glaubensfrage hochstilisiert worden. Solange dieser merkwürdige und unbefriedigende Zustand noch anhält, ziehe ich es vor, mich zu den “MPD-Gläubigen“ zu stellen. Ich könnte an dieser Stelle jetzt zahlreiche Argumente anführen, zu denen “Nicht-Gläubige“ leicht ebensoviele Gegenargumente finden könnten, das liegt wohl in der Natur solcher Debatten.

Die Diagnose MPD bzw. DID repräsentiert natürlich -wie alle Begriffe für seelische Störungen- eine ‘weiche’ Realität. Niemand “ist“ multipel so, wie eine Rose eben eine Rose ist. Jedoch haben mich die letzten Jahre überzeugt, daß es für bestimmte Menschen ein sehr nützliches Konzept ist, ja bisher das einzige, das ihrer persönlichen Wirklichkeit gerecht wird und ihnen die Möglichkeit bietet, ihr Leid zu verringern und ihre Lebenszufriedenheit zu vergrößern, kurz gesagt: zu heilen. Es ließen sich viele Seiten Papier mit den komisch-tragischen Geschichten<sup>8</sup> füllen, die ‘multiple’ Menschen von ihren Versuchen erzählen können, bei professionellen Helfern Hilfe zu finden, die genau “wissen“, daß es so etwas nicht gibt bzw. daß es sich um ein extrem seltenes Phänomen handelt, dem man keine besondere Aufmerksamkeit schuldet.

Ich “glaube“ nicht nur, daß es ‘multiple’ Menschen gibt, ich halte es nicht einmal für ein besonders seltenes Phänomen.

---

<sup>8</sup> “Ach, Sie hören Stimmen ! Warum haben Sie das nicht gleich gesagt ? Da gebe ich Ihnen etwas für ..“ [ nämlich ein hochpotentes Neuroleptikum. Äußerung einer Psychiaterin laut mündlicher Mitteilung einer Klientin.]

Die bisher umfangreichste Untersuchung zur Epidemiologie von MPD/DID (ROSS, 1991)<sup>9</sup> ergab eine Prävalenz von 1.3% (in Kanada). **Angenommen, diese Zahl wäre auf deutsche Verhältnisse übertragbar, reden wir hier von einer runden Million Menschen** - Menschen, die entweder unbehandelt bleiben, oder unter einer Vielzahl möglicher Ausweichdiagnosen fehlbehandelt werden. Mag dies bei einer Psychotherapie im günstigsten Fall "nur" Zeit und Frustration kosten, kann eine falschverstandene medikamentöse 'Einstellung' einen betroffenen Menschen zur psychischen und physischen Selbstaufgabe bringen.

Damit meine ich natürlich nicht, daß im Rahmen einer DID-Therapie der gezielte Einsatz von bestimmten Psychopharmaka (als Krisenintervention) nicht zeitweilig sinnvoll sein kann.

### **- Wie kann MPD/DID diagnostiziert werden ?**

Die Diagnose Dissoziativer Störungen gilt im allgemeinen als ziemlich schwierig. Diese Annahme hat insbesondere für deutsche Verhältnisse nach wie vor eine gewisse Berechtigung, wenn auch die Gründe dafür nicht immer in der Sache selbst zu liegen scheinen.

Ich möchte im folgenden sinnvollerweise zwischen der Verdachtsdiagnose (Screening) und ihrer eventuellen Erhärtung unterscheiden.

Ich persönlich finde es nicht mehr besonders schwierig, Menschen zu erkennen, die **möglicherweise** multipel sind. Ich benütze dabei im Gespräch inhaltliche, paraverbale (z.B. Tonhöhenwechsel) und non-verbale Hinweise.

Am einfachsten ist es natürlich, wenn jemand während eines Gesprächs 'switcht', d.h. andere 'Innenpersonen' (engl.: 'alter') erscheinen, während sich die bis dahin gesprächsführende Person nach innen zurückzieht.

Die Veränderungen der 'Physiologie' sind von einer geschulten BeobachterIn kaum zu übersehen. Den Begriff 'Physiologie' verwende ich hier im Sinne des NLP<sup>10</sup>, d.h. als Konstellation von Wahrnehmungs-, Denk-, Fühl- und Verhaltensmustern, die äußerlich als Mimik, Gestik, Haltung, Atemmuster, Durchblutung usw. beobachtbar wird.

Zu diesen relativ leicht sichtbaren Wechseln kommt es natürlich nur bei besonderem Vertrauen oder bei besonderer Not. Besonders eindringlich geschieht dieses bei der sog. 'Drehtürkrise' (engl.: 'revolving door syndrome'), wenn es zu schnellen und sehr deutlichen

---

<sup>9</sup> Ross, C.A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Psychiatric Clinics of North America, 14, 503-517

<sup>10</sup> Neuro Linguistisches Programmieren, eine Kommunikations- und Veränderungsstrategie.

Wechseln der Personen kommt, ein Signal, daß das multiple System unter mehr als dem üblich hohen Streß steht. Eine 'Drehtürkrise' kann z.B. durch eine Entzugssituation ausgelöst werden. Ansonsten wird sich das 'System'-hier meine ich die Gesamtheit der innerseelischen Organisation eines multiplen Menschen, also alle "Innenpersonen"- in gewohnter Weise gegen Entdeckung zu schützen versuchen. Bei vielen multiplen Menschen ist diese Tarnung in Alltagssituationen bemerkenswert effektiv. Bemerkte doch jemand gewisse Inkongruenzen, werden sie für gewöhnlich vom Beobachter selbst oder dem multiplen Menschen unattribuiert und wegerklärt.

In einer konzentrierten face-to-face Situation (wie z.B. einem diagnostischen Interview) ist es jedoch möglich, die 'multiple Tarnkappe' zu durchschauen.

**Ich verwende den märchenhaften Begriff 'Tarnkappe', um deutlich zu machen, daß multiple Menschen echte Überlebenskünstler sind und häufig über ausgefeilte Strategien zum Schutz vor Entdeckung verfügen. Es mag z.B. eine Innenperson geben, einen "Switchcontroller", die jeden sichtbaren Wechsel von Personen überwacht und gewissermaßen "glättet". Oder alle 'Innenpersonen', die "draußen" in Erscheinung treten, trainieren so lange, bis alle mit der gleichen Handschrift schreiben können.**

Diese an sich gute bis hervorragende Tarnung findet ihre Grenzen gegenüber geschulten BeobachterInnen darin, daß selbst dann, wenn es dem multiplen Menschen gelingt, einen echten 'Switch' während des Gespräches zu unterdrücken, trotzdem andere Innenpersonen zeitweilig aktiv sind. Insbesondere versuchen sie mit zu beobachten, was "draußen" geschieht. Da die Augen nicht nur eine Art von Kamera darstellen, sondern auch Ausdrucksorgane sind, kommt es zu einem Gedränge, einer spezifischen Fülle und Unruhe in den Augen, die bei entsprechender Kallibrierung<sup>11</sup> von außen beobachtbar ist. Oder der multiple Mensch muß aufwendige Manöver fahren, um den direkten Augenkontakt zu vermeiden, was eigentlich auffallen müßte und auch irgendwann mißlingt.

Desweiteren kommt es während eines längeren Gespräches fast zwangsläufig zu Beinahe-'Switchen', die vom aktuellen 'Host'<sup>12</sup> abgefangen und unterdrückt werden. Dies führt zu spezifischen motorischen Konfliktprogrammen (z.B. eigentümlich windenden

---

<sup>11</sup> Feinabstimmung, hochkonzentriertes Beobachten, eine leichte Trance.

<sup>12</sup> Die 'gastgebende' Persönlichkeit. Können auch mehrere sein. Die Host-Persönlichkeit kann weitgehend oder teilweise über "ihr" System informiert sein oder auch regelrecht vom System dummgehalten werden, also nur als Fassade für die Außenwelt dienen. Sie käme dann gegebenenfalls mit allerlei psychosomatischen (somatoformen) Beschwerden, Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisprobleme oder auch einfach nur sehr depressiv in Therapie. Nebenbei bemerkt imponiert diese Variante eines depressiven Bildes durch ein spürbar hohes Energieniveau des betroffenen Menschen. Dies erklärt sich leicht, wenn man im Verlaufe der

Bewegungen der Arme) oder einer Versteifung der Körperhaltung, die anderen 'Innenpersonen' die "Übernahme" des Körpers sehr erschwert bzw. sie regelrecht abblockt.

**Ich habe z.B. einmal das habituelle 'Blocken' einer multiplen Frau (bzw. ihres 'hosts') meinerseits spielerisch dadurch geblockt, daß ich den Sessel, auf dem sie sonst saß, vor der Therapiesitzung durch einen großen Kunststoffball ersetzt habe, wie ihn Physiotherapeuten benützen. Auf dem ungewohnten und wenig Möglichkeiten zum Abstützen bietenden Sitzobjekt kam es sofort zu einem unübersehbaren Switch, den sie sonst in diesen Situationen immer verhindert hatte. Natürlich muß man mit solchen 'Taschenspielertricks' achtsam umgehen, um nicht die Zusammenarbeit zu gefährden.**

Alles vorstehend Beschriebene setzt natürlich ein gewisses Wahrnehmungstraining im Kontakt mit multiplen Menschen voraus (und bleibt natürlich trotzdem anfällig für Fehlinterpretationen). Vielleicht kann ein solches Training für TherapeutInnen z.T. auch durch entsprechende Videos geleistet werden. Ich würde aber vermuten, daß eine wirklich gute Kallibrierung ausreichende Erfahrung mit Betroffenen notwendig macht. Es gibt jedoch mittlerweile sehr gute Screening-Tests, wie den bewährten DES<sup>13</sup>, und die ziemlich neuen SDQ-20 und SDQ-5<sup>14</sup>. Sie ermöglichen eine Verdachtsdiagnose auch für weniger Erfahrene und ermöglichen den anderen eine Absicherung ihrer zwangsläufig sehr subjektiven Beobachtungen.

Insbesondere die neuen SDQ's scheinen mir eine hochinteressante Entwicklung zu sein. Da sie ausschließlich nach (vorübergehenden) körperlichen Befindlichkeiten fragen, funktionieren sie auch für multiple Menschen, deren 'host' nichts oder nur sehr wenig über ihr 'System' weiß.

Besonders letztere, also die relativ uninformierten Host-Persönlichkeiten, können mit einer Fülle körperlicher Beschwerden (z.B. ein besonderer Typ von Migräne) in die Therapie kommen [vgl. auch den Abschnitt über '*Somatoforme Störungen*'].

Auf der inhaltlichen Gesprächsebene können sich deutliche Hinweise ergeben ("Wenn ich einen Scheck ausfülle, muß ich genau überlegen, wie ich ihn unterschreibe, sonst nimmt

---

Therapie Innenpersonen kennenlernt, die alles andere als depressiv sind. Es muß wohl nicht unbedingt immer einen klassischen 'host' geben.

<sup>13</sup> Dissosiative Experience Scale von CARLSON und PUTNAM, dt. FDE (Fragebogen zu dissoziativen Erfahrungen).

<sup>14</sup> 'Somatoforme Dissociation Questionary' von NIJENHUIS, VAN DIJK, VANDERLINDEN und VAN DER HART, siehe auch Anhang II und die Novemberausgabe des 'Journal of Nervous and Mental Diseases'. Vielversprechender neuer Screening-Test, in Holland entwickelt. Kommt mit minimal fünf (!) hochdiskriminativen Items aus.

ihn meine Bank nicht an.“), müssen sich aber keineswegs. Dies hängt einfach davon ab, was die Host-Persönlichkeit weiß bzw. wie weit das ‘System’ Vertrauen hat.

Ich halte -so banal diese Aussage vielleicht ist- generell die gute therapeutische Beziehung für den entscheidenden Punkt der Arbeit mit multiplen Menschen. Das ‘System’ schaut durch alle professionellen Masken hindurch und prüft den Menschen dahinter - bisweilen sehr lange und intensiv.

Natürlich ist es auch möglich, gezielte Fragen einzustreuen, solange nicht die sich hoffentlich anbahnende gute Arbeitsbeziehung durch das Gefühl, ausgehorcht zu werden, überfordert wird. Diese Überlegung leitet direkt über zur Frage, wie eine Verdachtsdiagnose erhärtet bzw. entkräftet werden kann. Als das Mittel der Wahl gilt hier bisher das SCID-D<sup>15</sup>, ein ausführliches, strukturiertes Interview mit einem Zeitbedarf von ca. 2 Stunden. Hier sei auch noch einmal auf die DSM-4 bzw. ICD-10 Kriterien in Anhang I hingewiesen. Die deutsche Sektion der ISSD<sup>16</sup> schlägt vor, als zusätzliche Sicherheit das **Kriterium D** des NIMH<sup>17</sup> zu übernehmen: “Die Diagnose MPD/DIS kann nur gestellt werden, wenn zu mindestens 2 Zeitpunkten ein anderer Persönlichkeitsanteil vom Therapeuten/in angetroffen wurde. Der Bericht der Patientin über diese Anteile ist zur Diagnose allein nicht ausreichend.“

Ich würde im allgemeinen von einer Verlaufsdiagnose ausgehen. Bei unsicherer Differentialdiagnose, wenn z.B. die Innenpersonen sehr unscharf abgegrenzt erscheinen, könnte man zunächst u.U. eine ‘*anhaltende posttraumatische Belastungsreaktion*’ oder eine ‘*Dissoziative Identitätsstörung, nicht näher bezeichnet*’ diagnostizieren und gegebenenfalls später zu einer (F 44.81) *MPD/DID-Diagnose* übergehen.

Darüber hinaus finde ich es wichtig, zu verstehen, daß verschiedene multiple Menschen im Alltag auf sehr unterschiedlichem Niveau funktionieren. So können z.B. durchaus die Merkmale einer Borderlinestörung im Sinne der (engen) DSM-IV Definition zusätzlich zu beobachten sein (Komorbidität). Das heißt aber natürlich nicht, daß alle multiplen Menschen eine Borderlinestörung im Sinne dieser Definition aufweisen.

---

<sup>15</sup> ‘Structured Clinical Interview for DSM-4 Dissociative Disorders’ von MARLENE STEINBERG, siehe Literaturliste. Außer natürlich in Englisch auch in Weltsprachen wie z.B. Holländisch und vermutlich bald auch in Suaheli erhältlich, jedoch leider offiziell noch nicht in Deutsch. Die Bezugsadresse für die (unautorisierte) deutsche Übersetzung wird bisher nur in verschwiegenen Hinterzimmern hinter vorgehaltener Hand weitergegeben.- **Nov2000: Es soll jetzt endlich eine offizielle deutsche Version geben. Gehen Sie hinaus und beuteln Sie Ihren Buchhändler.**

<sup>16</sup> International Society for the Study of Dissociation (internationale Organisation der beruflich mit Diagnose, Therapie und Erforschung dissoziativer Störungen befaßten Menschen).  
- 4700 Lake Avenue, Glenview, IL 60025-1485  
Deutscher Kontakt: siehe Anhang

<sup>17</sup> National Institute of Mental Health - eine direkte Entsprechung dieser amerikanischen Behörde gibt es meines Wissens nach bei uns nicht.

Es gibt zwar durchaus völlig chaotische 'Multiple', mit denen eine ambulante Therapie kaum durchführbar ist, es gibt aber genauso gut auch hocheffektive, im konventionellen Sinne sehr erfolgreiche Menschen (z.B. Manager, Juristen oder Ärzte, natürlich im besonderen Maße auch Künstler) mit dieser Störung. Das diagnostische Etikett darf auch hier nicht die respektvolle Würdigung des einzelnen Menschen und seines individuellen Lebensstils ersetzen.

### **Wie vermeidet man eine DID-Diagnose (da, wo sie eigentlich angebracht wäre) ?**

Da es hierzulande z.Z. noch wesentlich populärer ist, DID bei Betroffenen nicht zu diagnostizieren (ganz im Gegensatz zu einer behaupteten "Modediagnose" >DOERNER et al.), drängte es sich mir auf, auch die hierfür beliebtesten Möglichkeiten einmal zusammenzustellen.

Bitte lassen Sie sich durch meinen ironischen Ton nicht dazu verleiten, zu übersehen, daß ich hier versuche, eine im Grunde sehr bittere Situation zu beschreiben.

### **Methode 1: "Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust .."**

Oder: Sind wir nicht alle multipel? Hier geht es vordringlich darum, den Betroffenen in pädagogisch-banalisiertem Stil deutlich zu machen, daß das, was sie erleben, im Grunde völlig normal sei. Hier bieten sich besonders suggestive Selbsteinbringungen der TherapeutInnen aus ihrer reichen Lebens- und Arbeitserfahrung an. Immerhin hat diese Haltung kurzfristig weniger gravierende Folgen für die Betroffenen. Es kann sie allerdings auf Dauer in die Resignation treiben, mit allen dann möglichen Konsequenzen.

## **Methode 2: “Wir schneiden uns eine Schizophrenie.“**

Diese Möglichkeit liegt gewissermaßen am anderen, harten Ende des Spektrums. Da schizophrene Erkrankungen einen komplexen, uneinheitlichen Formenkreis bilden, ist die genaue diagnostische Zuordnung manchmal recht schwierig. Da ist es nur allzu verständlich, daß im klinischen Alltag einprägsame diagnostische Formeln beliebt sind. Für die schizophrenen Erkrankungen spielen hier die sog. SCHNEIDER'schen Symptome 1. und 2. Ranges eine herausragende Rolle.

<b>SYMPTOME 1. RANGES:</b>	<b>SYMPTOME 2. RANGES:</b>
Dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen, imperative Stimmen, Gedankenlautwerden.	Sonstige akustische Halluzinationen.
Leibliche Beeinflussungserlebnisse.	Koenästhesien im engeren Sinne.
	Optische, olfaktorische, gustatorische Halluzinationen.
Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung.	
Wahnwahrnehmung.	Einfache Eigenbeziehung, Wahneinfall.

(nach: K.SCHNEIDER, Klinische Psychopathologie, 1967)

Nach SCHNEIDER liegt bei Vorhandensein von Symptomen 1.Ranges und bei Ausschluß einer körperlichen Grunderkrankung eine Schizophrenie vor ! Diese problematische Sichtweise ist von der ICD-10 weitgehend übernommen worden und dürfte sich in den Köpfen der meisten Psychiater und Psychotherapeuten wiederfinden.

Für mit dissoziativen Störungen befaßte Menschen dürften die Beobachtungen von KLUFT, daß die SCHNEIDER'schen Symptome 1.Ranges **viertel häufiger bei DID-KlientInnen** auftreten als bei an Schizophrenie Erkrankten, eigentlich kaum eine Überraschung darstellen. Ebenfalls kaum überraschen dürfte es, daß diese im Grunde dramatischen Erkenntnisse (wenn man die Behandlungskonsequenzen für fälschlicherweise als schizopren diagnostizierte Menschen berücksichtigt) in Deutschland bisher kaum bekannt sind.

**KLUFT publizierte seine Beobachtungen erstmalig 1987 im ‘Journal of American Psychiatry (siehe Literaturliste). Aus dem Jahr 1997 stammt das folgende Zitat aus einem**

vielbenützten Standardwerk. Es mag hier stellvertretend für viele ähnliche Äußerungen stehen:

**“Bei Schizophrenen gibt es alle Übergänge vom Stimmenhören mit außerhalb des Kranken liegender Lautquelle sowie Stimmen, die aus ihm selbst kommen, bis hin zu Gedankeneingebung und Gedankenlautwerden.“<sup>18</sup>** [vgl. auch Tabelle am Ende d. Abschnitts]

Möglicherweise hat KURT SCHNEIDER eine sehr erfolgreiche klinische Definition der schizophrenen Erkrankungen entwickelt, die -mit großer Zuverlässigkeit- etwas anderes mißt! Dazu würde dann auch die folgende Feststellung von FRITZE über die Untersuchungen<sup>19</sup> von GOTTESMAN et al. passen: "Die reliabelste Klassifikation, nämlich nach Kurt Schneider, erweist sich als die mit der geringsten genetischen Validität."

**Würde ich für die hypothetische Untersuchung der Rehpopulation eines Waldes als Rehe alle Tiere definieren, die vier Beine haben und keine Füchse, Nagetiere oder Eichhörnchen sind, könnte ich auf diese Weise alle Rehe erfassen - nur eben z.B. auch ziemlich viele Hasen und Kaninchen. Die Untersuchung wäre übrigens auch sehr reliabel. Ich würde mit dieser Methode sehr zuverlässig immer wieder alle Rehe herausfiltern, in jedem beliebigen Wald. Unter anderem.**

Hier ist weder Platz noch Notwendigkeit, die Konzepte der Schizophrenie ausführlich zu erläutern. Andere haben das mehr<sup>20</sup> oder weniger erfolgreich und umfangreich getan. Wie gesagt: es scheint, daß es die Schizophrenie nicht gibt, sondern eher ein recht heterogenes Spektrum von Formen, die -wohl auch aus historischen Gründen- etwas gequält unter einem gemeinsamen Etikett zusammengehalten werden. Dies ist vielleicht auch ein 'nur' akademisches Problem.

Viel relevanter (und brisanter) finde ich den Eindruck, daß es neben den traditionell beschriebenen Kategorien (paranoid, hebephren, kataton etc.) auch eine Gruppe von Patienten zu geben scheint, deren "Schizophrenie" eher aus einer dissoziativen Störung, auf die sich eine Art Hospitalisierungsschaden aufgepfropft hat, zu bestehen scheint.

Jemand, der eine schwere dissoziative Störung hat, hat an sich schon Probleme genug. Insbesondere kann es in Krisenzeiten (und die sind nicht selten) zu einer zwar an sich vorübergehenden, aber zunächst u.U. dramatischen Symptomverschärfung kommen. Es ist nicht weiter schwierig (auch und gerade für Profis) einen Menschen in einem solchen Zustand

---

<sup>18</sup> HANS KIND, Psychiatrische Untersuchung. Springer-Verlag (1997)

<sup>19</sup> GOTTESMAN/SHIELDS: Schizophrenia: The epigenetic puzzle. Cambridge University Press, Cambridge (1982)

für psychotisch zu halten. Kommen dann noch Alkohol oder Drogenprobleme und/oder das 'Trauma des nicht verstanden werdens' dazu -erst von den Mitmenschen in der gewohnten Umgebung, schließlich auch von den professionellen Helfern- kann sich der betroffene Mensch schnell in einer existentiellen Sackgasse wiederfinden. Auch das klinische Ritual der "medikamentösen Einstellung" -bei genuinen Psychosen kaum verzichtbar- kann bei solchen Menschen zur weiteren Chronifizierung ihrer Situation beitragen. Wird dieser Weg einmal begangen, halte ich es mit der Zeit für immer unwahrscheinlicher, daß es noch zu einer echten Heilung kommt. Vermutlich wird sich die 'Host'-Persönlichkeit mit der Zeit an die Situation gewöhnen, d.h. das 'label' psychotisch/schizophren akzeptieren. Die 'Alter'- Persönlichkeiten verschwinden nach und nach unter der Neuroleptikamedikation, und mit ihnen ein großer Teil des Potentials der Gesamtpersönlichkeit. Zurück bleibt ein eher rudimentärer Mensch, der - wenn ich die Gesamtpersönlichkeit eines Menschen mit einem Haus mit vielen Zimmern vergleichen darf- im Grunde nur noch ein Dachkammerstübchen bewohnt, sich dort aber möglicherweise mit der Zeit ganz gut einrichtet (und wahrscheinlich auch einigermaßen versorgt wird).

Um möglichen Fehlinterpretationen hoffentlich vorzubeugen: ich möchte in keiner Weise behaupten, daß alle Formen von Schizophrenie etwas mit dissoziativen Störungen zu tun haben. Ich habe auch keinerlei verlässliche Zahlen über den möglichen Anteil solcher Patienten, obwohl es in der verfügbaren Literatur einige Schätzungen gibt.

Ich möchte lediglich meinen persönlichen Eindruck zur Diskussion stellen. Ich glaube, solche Menschen gesehen zu haben. Und wenn es wirklich nur wenige sein sollten (was ich hoffe), wären es doch eigentlich schon zu viele.

---

<sup>20</sup> Bemerkenswert finde ich die Beiträge von JÜRGEN FRITZE in der Reihe 'Management of Schizophrenia' (ZNS-Service/Ulrich Zipper/Nattermannallee 1/50829 Köln).

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

Schizophrenie und DID im Vergleich der Symptomatik (nach STEINBERG)

### **Methode 3: “Horch, wer kommt von draußen rein ?“**

Dies ist eine besonders zeitsparende, ökonomische Methode. Wie geschaffen für den modernen Klinik- und Praxisbetrieb. Wir nehmen einfach die auffälligsten Symptome und benennen das Problem danach (Anorexie ? Depression ? Polytoxikomanie ? Agoraphobie ? Panikstörung ? usw.).

Alternativ gibt es auch noch die Möglichkeit, die Abwehrstruktur der Persönlichkeit zu beschreiben, die sich im Interview präsentiert (ist sie narzißtisch ? schizoid ? antisozial ? paranoid ? .. oder gar histrionisch !) und die Problematik dann als entsprechende Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren.

Die anders strukturierten ‘Innenpersonen’ zeigen sich unter Umständen nur, wenn ein weitgehendes Vertrauensverhältnis entwickelt wurde (und genau dieses ist zumindestens im psychiatrischen Alltagsbetrieb nur schwer zu erreichen).

Bei einer längeren “Patientenkarriere“ ist es nicht ausgeschlossen, daß je nach Untersucher verschiedene Innenpersonen den Kontakt managen und so jeweils ein anderer diagnostischer Eindruck entsteht.

### **Methode 4: “Im Zweifelsfalle Borderline !“**

Wie ich im ersten Teil des Skriptes darzulegen versucht habe, ist das Borderline-Konzept so vielschichtig und uneinheitlich, daß man hier kaum danebenliegen kann: Wenn nicht im engeren Sinne (DSM-4), dann eben im weiteren (Borderline-Persönlichkeitsorganisation). Wenn nicht GUNDERSON, dann eben KERNBERG.

(Wie hoffentlich an anderer Stelle des Skriptes deutlich geworden ist, bin ich nicht grundsätzlich gegen die Anwendung der Borderline-Konzepte. Zumindest stellen sie eine Art von gewachsener ‘nosologischer’ Realität dar. Ich kritisiere hier den unkritischen, reduktionistischen Gebrauch.

Wie bereits erwähnt, ließe sich auch ein grundsätzlicher Verzicht auf die Borderline-Begrifflichkeiten zugunsten möglicherweise angemessenerer Bezeichnungen vertreten.)

## **-Was macht ein belastendes Ereignis zu einem Trauma?**

Eine brauchbare Definition stammt von MICHAELA HUBER: "Ein **Trauma** ist ein das Informationsverarbeitungssystem des Individuums überflutendes Ereignis, vor dem das Individuum weder fliehen, noch gegen das es ankämpfen kann. Ein **schweres oder schwerstes Trauma** stellt immer eine todesnahe Erfahrung dar: physisch und/oder psychisch (Vernichtungsgefühl)."<sup>21</sup>

Nützlich finde ich auch die Überlegungen von MASUD KHAN zur Durchbrechung des mütterlichen Reizschutzes und zum 'kumulativen' Trauma.

Ich benütze gerne ein pseudomathematisches Modell [Traumaformel]: Danach ergibt sich die Gesamtbelastung durch traumatische Erfahrungen grob gerechnet als Summenbildung der Einzelereignisse, jeweils repräsentiert durch den Quotienten aus Intensität [physiologisch-emotionale Erregung] und Lebensalter.

Das würde bedeuten, daß Intensität und Häufigkeit Belastungsfaktoren darstellen, während zunehmendes Lebensalter (eine altersentsprechende Persönlichkeitsentwicklung voraus-gesetzt), einen gewissen Schutz bieten kann.

Es würde z.B. auch daraus folgen, daß sich viele kleine "Mikro"-Traumen, von denen jedes einzelne unterhalb einer angenommenen Schädigungsschwelle läge, sich zu einem 'kumulativen' Trauma im Sinne von M. KHAN aufaddieren könnten.

## **- Somatoforme Störungen**

Menschen mit nicht oder nur unzureichend verarbeiteten traumatischen Erfahrungen klagen oft über eine Vielzahl mehr oder weniger unangenehmer körperlicher Erscheinungen, für die eine befriedigende somatisch-medizinische Erklärung nicht zu finden ist. Hier läßt sich ein wahres Feuerwerk moderner medizinischer Möglichkeiten abbrennen, ohne irgend etwas Wesentliches für die Betroffenen zu erreichen.

Solche "Somatoformen Störungen"<sup>22</sup> können das klinische Bild prägen, aber auch (scheinbar) zusätzlich zu "reinen" psychischen Störungen auftreten.

---

<sup>21</sup> Unveröffentlichtes Arbeitspapier, MICHAELA HUBER

<sup>22</sup> Dies ist der aktuelle (ICD-10) Oberbegriff für u.a. die Somatisierungsstörung (Briquet-Syndrom), die Hypochondrie und für die "somatoforme autonome Funktionsstörung". Insbesondere letztere kommt häufig in der ärztlichen Allgemeinpraxis vor und entwickelt dabei eine bemerkenswerte nomenklatorische Vielfalt: funktionelle Störung/Syndrom, Sympathikotonie, Vagotonie, vegetative Dystonie, vegetative Neurose, funktionelle Erkrankung, psychogenes Syndrom, Organneurose, Neurasthenie, vegetative Labilität, psychovegetative Störung, neurozirkulatorische Dystonie, Vasolabilität... [vgl. auch Fußnote 18 zum Hyperarousal-Syndrom]

PsychotherapeutInnen, die es gewohnt sind, die körperliche Ebene direkt in die Therapie einzubeziehen, machen immer wieder die Erfahrung, daß das, was wir Erinnerung oder Lebensgeschichte nennen, anscheinend durch den ganzen Körper repräsentiert wird.

Auf dem Hintergrund dieser Beobachtungen ist es nicht schwierig zu verstehen, daß die Erinnerungen an traumatische Erfahrungen als isolierte Empfindungen ohne begleitende Kognitionen, die sie erklären könnten, auftauchen können. Dieser dissoziative Mechanismus schützt das Bewußtsein vor der bedrohlichen Erinnerung um den oft hohen Preis der körperlichen Symptomatik. In der Therapie kann es gelingen, durch geeignetes Fokussieren, die abgespaltenen Kognitionen (Bilder, Gedanken) zu re-assoziieren, so daß aus den körperlichen Symptomen gefühlte Erinnerungen werden.

### **- Zur Diskussion der möglichen Ursachen:**

Dieses Thema wird in Gegenwart und Geschichte der Psychotherapie kontrovers und teilweise hochideologisiert behandelt.

FREUD etwa begann seine Arbeit mit der Annahme, daß seine sogenannten Hysterie-Patientinnen Opfer real erfahrener Traumatisierung waren. So schrieb er noch 1893 in einer "Vorläufigen Mitteilung": "Die psychotherapeutische Technik hat die Erinnerung an den **veranlassenden Vorgang** zu voller Helligkeit zu erwecken, den begleitenden Affekt wachzurufen, um ihm in ausführlicher Weise Worte zu geben."

Bald nachdem er mit einem Vortrag aus dieser Perspektive vor seinen Wiener Kollegen auf kränkende Weise gescheitert war, widerrief er öffentlich diese Sichtweise (1897).

Seine Entwicklung komplizierter triebdynamischer Modelle (z.B. Ödipuskomplex), die die Störungen seiner PatientInnen alternativ (und sozial verträglicher) erklären sollten, scheint die Sichtweise der Psychotherapie in unserem Jahrhundert nachhaltig bestimmt zu haben.

Möglicherweise hat FREUD damit zu einer gewaltigen Verdrängung real erfahrener Gewalt beigetragen.

Es war wohl erst die nicht erfolgreich zu verleugnende Gewalterfahrung vieler ziviler und militärischer Kriegsteilnehmer und deren psychische Folgen, die ein breiteres gesellschaftliches Interesse an der Diagnose und Behandlung eindeutig traumabedingter Störungen erzwang.

Insbesondere die Heimkehr zehntausender junger Männer am Ende des Vietnamkrieges in eine psychologisch- psychotherapeutisch recht gut versorgte Kultur und

ihre Bereitschaft, ihre Interessen durch die Organisation in Gruppen massiv zu vertreten, durchbrach jenes **“gesellschaftliche Nichtwahrnehmungsbedürfnis“**, mit dem die Opfer extremer Gewalt gleich welcher Genese wohl immer zu rechnen haben.

Stellvertretend für viele mögliche Beispiele für dieses “gesellschaftliche Nichtwahrnehmungsbedürfnis möchte ich ein historisches und ein aktuelles herausgreifen:

Als es dem Psychoanalytiker Bruno Bettelheim gelungen war, in die USA zu emigrieren, versuchte er verständlicherweise die dortige Öffentlichkeit über seine Erfahrungen im Konzentrationslager Buchenwald zu informieren. Hier, in seinen eigenen Worten, die Reaktionen: “..Ich wurde beschuldigt, ich würde mich von meinem Haß auf die Nazis hinreißen lassen und mich paranoiden Verzerrungen hingeben. Man warnte mich, solche Lügen in die Welt zu setzen...Man warf mir vor, ich würde die SS allzu schwarz malen und für viel zu intelligent halten, denn **jedermann wüßte doch**, daß das dumme Verrückte seien, völlig unfähig, ein so teuflisches System zu entwickeln ...“ (aus dem Essay: “Die äußerste Grenze“ in: “Erziehung zum Überleben.“)

- Um bloß diese beiden Geschichten zu glauben, “wäre es nicht nur erforderlich, über Zweifel hinwegzusehen, sondern vielmehr müßte man die Geschichte der Vereinigten Staaten und Kanadas völlig umschreiben.“-

So äußern sich zwei zeitgenössische Amerikaner über zwei Bücher, in denen Frauen ihre Erfahrungen in einem destruktiven Kult zu beschreiben versuchen (zitiert nach Richard Ofshe und Ethan Waters, “Die mißbrauchte Erinnerung.“).

Offenbar sind die Opfer “offener“ Kriege in einem makabren Vorteil: ihre psychischen Narben stammen von Schlachtfeldern, deren historische Existenz vielleicht schöngeredet werden kann (Vaterland, Heldentum, nationale Interessen usw.), aber nicht zu leugnen ist.

**Dies trifft leider auf die geheimen Schlachtfelder in vielen Familien, aber auch auf das organisierte Verbrechen<sup>23</sup> an Kindern häufig nicht zu.**

---

<sup>23</sup> Auch und besonders in diesem Bereich scheint jenes Prinzip wirksam zu sein, das ich in Ermangelung eines besseren Begriffes “gesellschaftliches Nicht-Wahrnehmungsbedürfnis“ nenne.

So glaubte z.B. die Zeitschrift „Psychologie Heute“ in ihrer Ausgabe von Juni 94 eine Lanze für „unschuldige“ Täter brechen zu müssen und der amerikanischen „Falsche Erinnerungen - Bewegung“, die von verärgerten Therapeuten auch gerne als Täterschutz-Allianz bezeichnet wird, auch hierzulande ein breites publizistisches Forum verschaffen zu müssen. Ähnlich angelegt sind zahlreiche „Spiegel“- Artikel der letzten Jahre. Über die möglichen Gründe, warum die Gesellschaft in durchaus einflußreichen Teilen die weitverbreitete Extremgewalt gegen Kinder nicht bemerken möchte, werde ich hier nicht spekulieren.- *So dachte ich zumindest 1994.* Ich frage mich jetzt -im September 1996- da ich grade einen weiteren “Psychologie Heute“-Artikel zum Thema-**Wie TherapeutInnen ihren KlientInnen immer diese komischen Geschichten einreden, von denen wir doch alle wissen, daß sie niemals geschehen seien können**- meinte lesen zu müssen ....oder ich frage Sie: Was hätten Sie gedacht, wenn Ihnen vor drei Monaten jemand erzählt hätte, daß es in Belgien eine Kinderschänderbande gibt, die Kinder fängt, verschiebt, mißbraucht und tötet ? Daß diese Bande auf hohem “professionellen“ Niveau operiert, mit viel Geld und besten Beziehungen zu Polizei, Justiz und Politik ? Daß nicht einmal die direkte Anzeige der Mutter einer der Haupttäter irgendetwas in Bewegung setzen konnte, geschweige denn viele Hinweise aus weniger nahen Quellen ?!

Ich bin keineswegs dafür, alles blind und unreflektiert zu glauben, was an Material in psychotherapeutischen Sitzungen auftaucht. Jedoch finde ich wenig Anhaltspunkte dafür, daß solche Artikel eine notwendige Diskussion fördern. Sie diskreditieren pauschal bestimmte menschliche Erfahrungen auf der Basis akademischer Spekulationen, ohne sie ernsthaft und im Einzelfall zu prüfen. Diese Situation finde ich äußerst ärgerlich..

Wie weit die gesellschaftliche Wunschvorstellung, die Familie möge ein Ort der Geborgenheit sein, von der Wirklichkeit vieler Familien abweichen kann, unterstreicht besonders nachhaltig das folgende Zitat einer Enquete-Kommission der Bundesregierung:

“Gewalt zwischen Familienmitgliedern erscheint nicht nur als die bei weitem verbreitetste Form von Gewalt, die ein Mensch im Verlaufe seines Lebens erfährt. Sie ist gleichzeitig die am wenigsten kontrollierte und sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in ihrer Schwere am stärksten unterschätzte Form der Gewalt.“<sup>24</sup>

Ob traumabedingte Störungen als *Dissoziative Störungen*, diverse *Persönlichkeitsstörungen* und *Somatoforme Störungen*, als *Borderline-Persönlichkeitsorganisation*, als *Posttraumatische Belastungsstörung*, als *Panikstörung* oder als was-auch-immer oder gar nicht diagnostiziert werden, unterliegt bisher häufig ähnlich dynamischen Entscheidungsfindungsprozessen wie der wöchentliche Weg der Kugeln in der Lotto-Ziehungsmaschine (allerdings nach wissenschaftlichen Kriterien).

### **- Wie ‘wahr’ sind Erinnerungen an traumatische Erfahrungen ?**

Das menschliche Gedächtnis imponiert im allgemeinen nicht gerade durch besondere Präzision und Zuverlässigkeit, wie gleichermaßen durch normale Lebenserfahrung und umfangreiche psychologische Grundlagenforschung bestätigt wird. TherapeutInnen, die also alles Material, das im Verlaufe einer Therapie zu Tage gefördert wird, ohne weitere Reflexion und Prüfung automatisch für historisch wahr halten, bewegen sich folglich auf recht dünnem Eis. Natürlich muß diese Argumentation fairerweise auch in umgekehrte Richtung gelten: daß es mehr als fragwürdig ist, wenn TherapeutInnen das Erleben ihrer KlientInnen auf Grund eigener Theoriepositionen (Bsp. ‘Ödipuskomplex’) pauschal zurückweisen bzw. uminterpretieren.

In einem gewissen Rahmen läßt sich die Frage nach der historischen Wahrheit in der Therapie durch das Konzept des Arbeitens mit der ‘weichen’ (subjektiven) Wirklichkeit der KlientIn offenhalten. Die Grenzen solcher Pragmatik zeigen sich spätestens, wenn juristische Fragen und/oder Auseinandersetzungen in der Herkunftsfamilie hinzukommen.

---

Warum sind es so gut wie nie praktizierende TherapeutInnen, die solche Artikel und Bücher schreiben ?  
<sup>24</sup> Gewaltdkommission der Bundesregierung, 1989, zitiert nach: Die Keimzelle der Gewalt, Die Zeit, 7.4.1995

## **- FMSF:**

[“. für mich sehr fragwürdig .. “]

Es ist das Verdienst der 1992 in Amerika gegründeten ‘False Memory Syndrome Foundation’ (FMSF) aus der basalen -ja fast schon banalen- Erkenntnis, daß das menschliche Gedächtnis zu Lücken und Konstruktionen neigt, ein verkaufsfähiges Produkt gemacht zu haben, das sog. ‘False Memory Syndrome’ (zu deutsch etwa: “Falsche Erinnerungen Syndrom“).

In den Worten von JOHN KIHLSSTROM, Mitglied des sog. wissenschaftlichen und professionellen Beirats der FMSF: “.. das ‘False Memory Syndrome’ ist ein Zustand, bei dem sich die Identität und die zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen um die Erinnerungen an traumatische Erfahrungen herum anordnen, die objektiv[?] falsch sind, aber an die der [betroffene] Mensch nichtsdestoweniger nachhaltig glaubt...

Der [betroffene] Mensch kann so fixiert auf die Erinnerungen werden, daß er oder sie effektiv davon abgelenkt werden kann, sich mit den wirklichen Problemen in seinem oder ihrem Leben auseinanderzusetzen.“

Das man es auch anders sehen könnte, zeigt eine Definition, wie sie von 17 Forschern, die nicht in Arbeit und Brot bei der FMSF stehen, in einer gemeinsamen Erklärung<sup>25</sup> abgegeben wurde: ‘False Memory Syndrome’ ist ein “unwissenschaftlicher Begriff, der von einer privaten Stiftung erfunden wurde, mit dem erklärten Ziel, angeklagte [wg. sexuellen Mißbrauchs] Eltern zu unterstützen.“

Eindrucksvoll auch die Argumentation von PAMELA FREYD<sup>26</sup>, zur Zeit geschäftsführende Direktorin der FMSF: “Wenn ich eine Kamera zu irgendeiner der drei Versammlungen in Philadelphia mitgenommen hätte, wäre es schwer geworden, zu entscheiden, wen ich fotografiert hätte. Wir sind ein gutaussehender Haufen: ergrauende Haare, gut gekleidet, gesund, lächelnd ... Praktisch jeder, der teilgenommen hat, ist jemand, den sie wahrscheinlich interessant gefunden hätten und gerne zum Freund hätten.“

“Welche wissenschaftlichen Beweise unterstützen Behauptungen, daß solche Faktoren wie gutes Aussehen, elegante Kleidung, Gesundheit und Lächeln als valide und zuverlässige Indikatoren dienen können, ob ein bestimmter Mensch Kindesmißbrauch betrieben hat oder nicht ?“ - Diese und andere, fast sichtbar kopfschüttelnde, Fragen stellt KENNETH S. POPE den LeserInnen seines ausführlichen Artikels in der Septemerausgabe (1996) des ‘American Psychologist’. Nach der Lektüre seines Artikels, der nicht viel übrigläßt von der so eifrig und leider auch so erfolgreich verkauften “Wissenschaftlichkeit“ des FMS und seiner Marketingagentur, könnte sich sein akribisch begründetes Kopfschütteln als ansteckend erweisen.

<sup>25</sup> Carstensen et al., (1993, March), “Repressed objectivity“, APS Observer, p.23

<sup>26</sup> Freyd, P. (1992b, February 29), “How do we know we are not representing pedophiles ?“, False Memory Syndrome Newsletter, p.1

Nach diesem Exkurs in Realsatire<sup>27</sup> nun zum **Kern der Erinnerungsproblematik** und damit auch zu dem Teil der FMSF-Argumentation, mit dem eine sachliche Auseinandersetzung möglich und auch sehr notwendig ist:

**“Menschen, die ein schweres Trauma erleben, erinnern sich [bewußt]<sup>28</sup> daran.“-**

So behaupten zumindestens WAKEFIELD und UNDERWAGER.<sup>29</sup> Ähnlich äußern sich POPE/HUDSON, GARDNER, LOFTUS und andere.<sup>30</sup>

Dieses Argument, das in seiner entwaffnenden Schlichtheit unmittelbar ansprechend für den “gesunden Menschenverstand“ erscheint, hat allerdings einen Makel: Einige Jahrzehnte medizinisch-psychologischer Traumaforschung haben fast nichts erbracht, was diese Behauptungen ernsthaft stützen könnte.<sup>31</sup>

Daran ändert sich auch nichts Grundsätzliches (ohne den Wert von Einzelfallschilderungen pauschal bestreiten zu wollen), wenn man erfährt, daß Frau Professor ELIZABETH LOFTUS, “Vorkämpferin gegen die Erinnerungsindustrie“, “als Sechsjährige von einem Jugendlichen mißbraucht worden war und sich gut an diesen Vorfall erinnert“.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> Dabei sollte man nicht aus den Augen verlieren, daß die Situation in den USA für Menschen, die von den Umtrieben der FMSF betroffen sind, alles andere als witzig ist. U.a. erlaubt es das amerikanische Zivilrecht Beschuldigten, folgt das Gericht der FMSF- Argumentation, TherapeutInnen in den Ruin zu klagen. Damit wird nicht nur die wirtschaftliche Existenz Einzelner vernichtet, sondern auch -durchaus ein erklärtes Ziel der FMSF- Druck auf die gesamte Profession ausgeübt. Außerdem ist es der FMSF gelungen, wichtige Teile der öffentlichen und der veröffentlichten Meinung von der “Wissenschaftlichkeit“ ihrer Behauptungen zu überzeugen.

Wie sich bereits gezeigt hat, gibt es auch hierzulande eine Art unreflektierte Empfänglichkeit für die Propaganda der FMSF. Natürlich ist nicht auszuschließen, daß die FMSF auch schon zu Unrecht Beschuldigten geholfen hat, ihre berechtigten Interessen vor Gericht zu vertreten.

<sup>28</sup> Daß sie sich irgendwie daran erinnern, insbesondere in Form von ‘Flashbacks’(Pseudohalluzinationen) oder zunächst unverständlichen Symptomen, wird auch von den ‘Erinnerungstherapeuten’(FMSF-TerminoIdeologie) nicht bestritten.

<sup>29</sup> “Return of the furies: An investigation into recovered memory therapy“, 1994, Chicago: Open Court, p.182

<sup>30</sup> Fast alle mir bekannten Personen, die sich in diesem Sinne geäußert haben, sind oder waren zu einem früheren Zeitpunkt Mitglieder des bereits erwähnten ‘FMSF Scientific and Professional Advisory Board’. Dies schließt natürlich nicht aus, daß diese Meinung auch noch von anderen vertreten wird.

<sup>31</sup> Um möglichen Mißverständnissen vorzubeugen: Ich beziehe mich hier auf die Arbeit mit traumatisierten (Krieg, Folter, Katastrophen) Menschen. Ich möchte nicht bestreiten, daß es im universitären Rahmen ganz originelle experimentalpsychologische Untersuchungen gegeben hat, mit denen (meistens an mehr oder weniger nicht-traumatisierten StudentInnen) eine gewisse Manipulierbarkeit menschlicher Gedächtnisinhalte demonstriert wurde. Hier wären z.B. die Arbeiten von NICHOLAS P. SPANOS oder ELIZABETH LOFTUS zu nennen. Ob manche der von ihnen selbst und von Zweitverwertern aus ihren Untersuchungen gezogenen Schlußfolgerungen wirklich durch diese -an sich nicht uninteressanten- Experimente ausreichend gestützt werden, erscheint mir sehr zweifelhaft.

<sup>32</sup> PSYCHOLOGIE HEUTE, Juni 1994, S.25

## **- Das 'heiße' und das 'kühle' Gedächtnissystem**

Es gibt eine Reihe von Beobachtungen aus der Psychotherapie mit traumatisierten Menschen, die, wenn man sie Bezug zu Erkenntnissen der Gedächtnisforschung setzt, einen lohnenden Ansatzpunkt bieten, um modellhaft zu erklären, wie die **Besonderheiten des 'Vergessens' und evtl. 'Wiedererinnerns'**<sup>33</sup> traumatischer Erfahrungen funktionieren könnten. Dies gilt insbesondere dann, wenn man die körperlichen Aspekte der Selbstbewegung bewußt und erlaubnisgebend in den psychotherapeutischen Prozeß einbezieht:

1) Das Wiederauftauchen abgespaltener, bis dahin nicht bewußter Erinnerungen an traumatische Erlebnisse geschieht in aller Regel im Kontext einer mehr oder weniger deutlichen Veränderung des habituellen, für den betreffenden Menschen 'normalen' Erregungsniveaus. Dies ist häufig eine spontane Zunahme von Erregung, kann aber auch mit einer Absenkung beginnen.

**Hierzu scheint die Beobachtung zu passen, daß sowohl Drogen, die die Erregung absenken (z.B. bestimmte Narkosemittel), wie auch Substanzen vom Amphetamintypus (z.B. MDMA), die deutlich erregungssteigernd wirken, zur Freilegung von 'verdeckten' Erinnerungen benutzbar sind. Es hat auch immer wieder Versuche gegeben, psychoaktive Drogen zur Beschleunigung und Vertiefung psychotherapeutischer Prozesse zu nützen, so z.B. die Arbeit mit LSD, wie sie u.a. von GROF, LEUNER, ROQUETTE und HOUSTON gemacht wurde. Trotz der teilweise hochinteressanten Ergebnisse ist die Anwendung solcher Substanzen aus vielerlei Gründen recht problematisch. Im Rahmen der Psychotherapie schwertraumatisierter Menschen ist auch nicht zu übersehen, daß damit den Kritikern ein allzu billiges Argument geliefert würde: Alles bloß Halluzinationen, Produktionen eines drogenumnebelten Gehirns ! So geschehen z.B. im Falle Ramona vs. Ramona (Napa, Californien, 1995): Gary Ramona, von seiner Tochter Holly (und auch von seiner Ehefrau ) des sexuellen Mißbrauchs an ihr beschuldigt, verklagte ihre TherapeutInnen auf acht Millionen Dollar Schadenersatz und gewann den Prozeß (Allerdings "nur" eine halbe Millionen Dollar). Hauptargument seiner Anwälte, neben der üblichen FMSF-Propaganda, war die Verwendung von Natriumamytal als Hilfsmittel zur Erinnerungsrekonstruktion durch die TherapeutInnen.**

2) Das dann gegebenenfalls auftauchende 'Material' ist ziemlich 'roh'. Damit meine ich, es besteht primär aus Sinneseindrücken: Standbilder, kleine Filme, Hör-, Geruchs- und Geschmackseindrücke, Hautempfindungen, innerkörperliche Wahrnehmungen .. Manchmal sind fast alle Sinneskanäle parallel involviert, es können aber genauso eher Einzelphänomene in bestimmten Kanälen auftauchen. Die auftretenden Phänomene können bewußt als

---

<sup>33</sup> Ich arbeite natürlich im folgenden -wie auch an anderen Stellen des Skriptes- mit der Annahme, daß es so etwas gibt.

‘Binnenerlebnisse’ erfahren werden, können aber auch ausgeprägt (pseudo)halluzinatorischen Charakter annehmen, sich also stark auf die äußere Wahrnehmung ‘überblenden’. Es können darüberhinaus verschiedenste, zunächst scheinbar sinnlose motorische Impulse oder sogar relativ komplexe Bewegungsabläufe auftreten.

3) Es besteht eine Art natürliche Tendenz auf seiten des betroffenen Menschen, die auftretenden Phänomene irgendwie mit der ‘Jetztzeit’ in Verbindung zu bringen. Aus der Beobachterperspektive ergibt das jedoch häufig wenig Sinn bzw. erscheint offensichtlich absurd.

4) Kommt es zu einer deutlichen ‘Gestaltbildung’, setzen sich also die einzelnen Stücke des ‘Wahrnehmungspuzzles’ zu einem für KlientIn und TherapeutIn verstehbaren Ganzen zusammen, so scheint diese Erfahrung, wenn sie gut in den Gesamtprozeß der Therapie integriert wird, heilsam zu sein.

Noch einmal: Die **zentrale Behauptung**, mit der die Integrität und Glaubwürdigkeit vieler KlientInnen (und auch ihre TherapeutInnen) pauschal in Frage gestellt wird, ist die **Annahme, daß die Erinnerungen an traumatische Erfahrungen den betroffenen Menschen bewußt zugänglich sind**, das heißt u.a., daß sie in einem Gespräch, ausreichendes Vertrauen vorausgesetzt, darüber berichten können. Genauer gesagt, geht es dabei um den Umkehrschluß: Wenn traumatisches Material erst im Rahmen einer längeren Therapie aufzutauchen scheint, muß es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um nachträgliche Konstruktionen aus sekundären Motiven (histrionisches Aufmerksamkeitsheischen, presseinduzierte Modeerscheinungen etc.) handeln oder -so der andere argumentative Hauptstrom- um fahrlässige oder gar vorsätzliche Suggestionen der TherapeutInnen.

Nun ist aber andererseits das Phänomen, daß Erinnerungen an bestimmte Ereignisse (die, da extern validierbar) mit Sicherheit stattgefunden haben, zeitweilig für die betroffene Person nicht oder nur sehr unvollständig verfügbar sind, aus dem klinischen Bereich und aus der Gedächtnisforschung sehr wohl gut bekannt. Zum Beispiel ist es durchaus üblich, daß ein Mensch, der eine manische Phase erleidet, sich nach deren Abklingen nicht mehr an bestimmte Ereignisse aus dieser Zeit erinnert. Kommt es jedoch später zu einer erneuten Episode, sind u.U. die scheinbar verlorengegangenen Erinnerungen wieder abrufbar. Berüchtigt auch der Versuch mit (im Dienste der Wissenschaft) angetrunkenen Medizinstudenten: Sie konnten das in diesem Zustand gelernte Material nüchtern deutlich schlechter reproduzieren als in erneut alkoholisierter Verfassung. Das (nun schon etwas in die Jahre gekommene) Konstrukt, mit dem diese und andere Beobachtungen erklärt werden sollen, heißt ‘zustandsbezogenes Gedächtnis’ (‘state bound/state related memory’).

In einem Satz: die Erinnerung an bestimmte ‘Lernerfahrungen’ wird zusammen mit der Erinnerung an das physiologische Erregungsniveau (egal, wie hoch oder niedrig), das in der ‘Lernsituation’ vorherrschte, abgespeichert und daher sind diese ‘Lernerfahrungen’ später in Situationen bevorzugt abrufbar, in denen wieder ein ähnliches Erregungsniveau besteht.

Das zweite Modell der Gedächtnisforschung, das ich heranziehen möchte, operiert mit der Unterscheidung zwischen zwei menschlichen Gedächtnissystemen oder -modalitäten, die u.a. mit den Begriffen **explizites vs. implizites** Gedächtnis oder auch **deklarativ/nicht-deklarativ** und **narrativ/nicht-narrativ** bezeichnet werden [.. meist die qualvolle Eindeutigung entsprechender amerikanischer Begriffe..]

Am griffigsten finde ich die Begriffsbildung **‘kühles’ vs. ‘heißes’** (Gedächtnis)-System.

O-Ton METCALFE & JACOBS (1996): “Erinnerungen aus dem **‘heißes’ System** werden durch Reize ausgelöst und bringen ein Gefühl des Wiedererlebens mit sich. Sie sind mehr wie einfache Reaktionen (oft mit Angst verbunden) und nicht wie komplexe Erinnerungen (‘recollections’).

Erinnerungen aus dem **‘kühlen’ System** sind erzählend, episodisch und relativ komplex. Die Person weiß, daß sich die Ereignisse in ihrer persönlichen Vergangenheit ereignet haben und es gibt kein Wiedererleben oder gar Verwechslung der Erinnerung mit einer gegenwärtigen Wahrnehmung.

Die Vorstellung ist dabei, daß normalerweise die Kodierung [von Erfahrungen] in beiden Systemen parallel abläuft: das ‘kühle’ System kodiert das kontextuelle Panorama und das ‘heiße’ System liefert die ‘Leuchtmarkierungen’ für die besonders furchtauslösenden (oder emotionalen) Aspekte der Erfahrung.“

## - Mögliche Konsequenzen für die Psychotherapie

Wenn ich versuche, alle in diesem Abschnitt beschriebenen Beobachtungen und Modelle zu einem **Gesamtbild** zusammenzufassen und auf die Therapiesituation möglicherweise schwer traumatisierter Menschen anzuwenden, halte ich folgende Schlüsse für vertretbar:

1) Es scheint sehr wohl möglich, daß jemand schwerste traumatische Erfahrungen gemacht haben kann und sich im normalen Gespräch oder auch in einem diagnostischen Interview nicht daran erinnert. Zunächst wird der betreffende Mensch in dem Teil<sup>34</sup> seines Gedächtnisses suchen, in dem die erzählbaren Geschichten gespeichert sind. Was aber, wenn die Erfahrungen, um die es dabei geht, niemals dort angekommen sind ? Wenn sie niemals erzählt werden konnten oder durften ?<sup>35</sup> Die Erfahrungen blieben dann 'roh', würden nicht Teil des 'narrativen' Gedächtnisses, aber sie würden sehr wohl abgespeichert: mehr oder weniger exklusiv im 'heißen' System. Dort sind sie aber dem üblichen verbalen Zugriff entzogen.

2) Im geschützten und erlaubnisgebenden Rahmen einer längeren Psychotherapie kann das 'heiße' System wieder anspringen.<sup>36</sup> Insbesondere wird das vermutlich dann geschehen, wenn innere oder äußere 'trigger'(auslösende Reize) auftauchen und/oder eine spontane Erregung auftritt, die sich von ihrer Intensität her in Richtung der 'Traumaphysiologie' (in der Regel Todesangst) bewegt. Es kann also vorher nicht bewußtes Material auftauchen, das nicht konstruiert oder suggeriert wurde, sondern echte Erinnerungen darstellt, die unverstanden und unkommuniziert für lange Zeit im 'heißen' System versiegelt waren.

3) Gelingt es, in der Therapie aus dem neu aufgetauchten Material des 'heißen' Systems ein stimmiges und (einigermaßen) wahres Stück erzählbarer Lebensgeschichte zu machen, wird damit etwas nachgeholt, was eigentlich damals hätte geschehen sollen, d.h. möglichst unmittelbar nach dem traumatisierenden Erlebnis. Glücklicherweise scheint aber

---

<sup>34</sup> Dies ist durchaus nicht nur metaphorisch gemeint. Neuere Untersuchungen deuten darauf hin, daß die beiden Gedächtnissysteme in unterschiedlichen Hirnbereichen lokalisiert sind: Das 'heiße' System im Bereich des Nucleus Amygdalae, das 'kühle' im Hippocampus.

<sup>35</sup> Letzteres ist z.B. bei schwertraumatisierten Kindern die Regel: sie werden von dem Täter oder den Tätern aus naheliegenden Gründen massiv eingeschüchtert. Sind Familienmitglieder aktiv oder billigend beteiligt, ist das Redeverbot im allgemeinen hochwirksam, aber selbst ohne sie kann es sehr wirksam sein.

<sup>36</sup> Menschen, die schwer traumatisiert wurden, leben im allgemeinen auf einem chronisch überhöhten Erregungsniveau ('Physioneurose', 'hyperarousal syndrome'). Sie haben aber häufig Anpassungsstrategien entwickelt, um diese überhöhte Erregung im Alltag zu dämpfen (Alkohol, andere Drogen, Beruhigungsmittel, übermäßiges Essen, übertriebener sportlicher Einsatz etc.) oder durch muskuläre Daueranspannung zumindestens am spontanen Ausdruck zu hindern. In der Atmosphäre einer gelingenden Psychotherapie kann sich -eine Einbeziehung der körperlichen Erfahrungsebene vorausgesetzt- die sonst unterdrückte Energie ausbreiten und zu ihrem stimmigen Ausdruck finden. Anders gesagt: das (nicht-narrative) Körpergedächtnis wird aktiviert.

diese therapeutische Nachbearbeitung auch noch viele Jahre oder Jahrzehnte später eine heilende Potenz zu haben.

### **- Heilungschancen:**

Ich möchte mich in diesem Rahmen auf ein paar eher allgemein gehaltene Bemerkungen beschränken:

Es besteht ein ziemlicher Konsens unter damit befaßten TherapeutInnen, daß die Auseinandersetzung mit traumabedingten Störungen sehr mühevoll und langwierig sein kann, aber lebensnotwendig in allen Bedeutungen des Wortes ist.

Die Heilung oder zumindest Besserung solcher Störungen liegt meiner Auffassung nach in:

- A) heilsamer Erinnerung (Katharsis und Integration).
- B) heilsamen, d.h. verlässlichen, vertrauensvollen Beziehungen.
- C) der Vervollständigung lebenspraktischer Fähigkeiten (eine Art Nachreifung).
- D) 'Wiederbeheimatung' im eigenen Körper.
- E) Verstehen der eigenen „Störung“ und damit ihrer Defizite und Ressourcen
- F) der schrittweisen Entwicklung einer Art von "erdiger, nicht-esoterischer Spiritualität" oder einer wie auch immer gearteten existentiellen Orientierung, die das Leben in seiner oft widersprüchlichen Komplexität annehmbar macht.<sup>37</sup>
- G) Akzeptanz evtl. Residualsymptomatik ("Narben der Gewalt")

Diese Sichtweise impliziert auch, daß eine erfolgreiche Therapie traumabedingter Störungen nicht unbedingt "methodenrein" geleistet werden kann. Ich glaube, daß die 'Redekur' Psychotherapie z.B. im

Punkt A (*Katharsis und Integration*) sehr von dem Einsatz körperbezogener Techniken profitieren kann. Hier könnte eine moderne psychoanalytische Arbeit, die bereit ist, ihre theoretischen Positionen -insbesondere bzgl. der Bedeutung real erlittener Traumatisierungen- radikal an der therapeutischen Wirklichkeit zu prüfen und die körperlichen Aspekte der Selbstbewegung aktiv und vorurteilsarm einzubeziehen, eigentlich eine herausragende Rolle spielen.

---

<sup>37</sup> d.h. Wiederfinden von Vertrauen auf einem höheren Niveau von Verstehen, als es z.B. die gesamtgesellschaftliche Illusion der immer heilen „RAMA-Familie“ repräsentiert (Sonne scheint, Vögel zwitschern, Mama/Papa/Kinder strahlen sich an, der weichgezeichnete Blick der Kamera findet schließlich seinen zwangsläufigen Ruhepunkt auf der Magarinschachtel-Ikone, eingerahmt von immer knusprigen Brötchen und ewig duftendem Kaffee, das alles malerisch hingegeben auf dem Frühstückstisch-Altar).

Punkt **B** (*heilsame Beziehungen*) sollte u.a. auch für die therapeutische Allianz gelten, aber natürlich nicht auf Dauer hauptsächlich durch diese abgedeckt werden. Besonders nützlich finde ich in diesem Zusammenhang die Vernetzung Betroffener, z.B. in Selbsthilfegruppen, aber auch (sic!) über das Internet (Newsgroups, Mailing-Listen, und Homepages wie z.B. <http://members.tripod.de/dissoid> oder [www.dhearts.org](http://www.dhearts.org)).

Punkt **C** (*lebenspraktische Fähigkeiten*) könnte eine Domäne behavioraler Strategien sein. Ich denke hier besonders an Ansätze wie z.B. Selbstmanagement, Problemlösungs- und Selbstverbalisationstrainings.

Für **D** (*Wiederbeheimatung*) kämen Methoden wie Feldenkrais, Yoga, AT, progressive Entspannung, Massage, östliche Kampfsportarten, Tai Chi, Biofeedback (“trauma side therapy“) und viele andere übende Verfahren in Frage. Selbstverständlich gehört hierzu auch die Klärung und Versorgung eventuell bestehender medizinischer Probleme. Da die strikte Schulmedizin in der Regel auch einer Art digitalen Logik folgt (Krankheit ja/nein = Behandlung ja/nein), läßt sich das Gesamtbefinden von Menschen, die an posttraumatischen Syndromen leiden, u.U. durch einen erweiterten medizinischen Ansatz, der Verfahren wie Akupunktur, Homöopathie, Physiotherapie etc. einbezieht, beachtlich verbessern.

Bei **E** (*Spiritualität*) bieten sich vielleicht sinnorientierte Therapien (z.B. Logotherapie, Existenzanalyse) sowie die seelsorgerischen und meditativen Angebote der großen Weltreligionen an. Ich halte diesen Punkt persönlich für einen sehr wichtigen, aber auch hochsensiblen Bereich, in dem noch stärker als in allen anderen Bereichen die Motivation der KlientInnen entscheidet und jedes in irgendeine Richtung “missionarische“ Vorgehen sich (hoffentlich) von selbst verbietet. In meinem Arbeitsbereich habe ich bisher recht gute Erfahrungen mit einer Atemmeditation aus der buddhistischen Tradition gemacht. Die Technik ist im allgemeinen leicht erlernbar und bietet eine übende Verankerung im hier und jetzt, die auch ein gewisses Maß an Selbstkontrolle über intrusive Erinnerungen ermöglicht. Der dabei erarbeitete “sichere Ort“ kann dann –wenn das gewünscht wird- als stabile Basis für eine existentielle Reflexion genutzt werden.

**Was über diese allgemeinen Betrachtungen hinaus die Besonderheiten der Therapie von Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung angeht, möchte ich -neben den Büchern zum Thema- auch besonders auf die deutsche Fassung der ISSD-Behandlungsrichtlinien (HUBER)<sup>38</sup> hinweisen.**

---

<sup>38</sup> Von der deutschen ISSD-Sektion zu beziehen, z.B. direkt von der Homepage (<http://www.dissoc.de/issd>) zu laden.

In der Regel werden “Narben der Gewalt“ zurückbleiben (der deutsche Titel eines empfehlenswerten Buches von JUDITH LEWIS HERMAN). Mit diesen können aber die Betroffenen bei einer erfolgreichen Therapie ein gutes Leben führen.

### **- Therapieziel: Normalität ?**

Alle Betroffenen -ob als Opfer oder als Helfer- stehen fast zwangsläufig vor der Frage nach dem prinzipiellen Therapieziel.

Die einfachste Antwort auf diese Frage scheint in der Herstellung/Wiederherstellung eines normalen “Ichs“ zu liegen, d.h. für Menschen mit Dissoziativen Störungen die Integration der verschiedenen Persönlichkeitsanteile und Fragmente zu einem Gesamt-Ich. Hier könnte man innehalten.

Oder die Frage aufwerfen: was ist das eigentlich, ein normales “Ich“ ? Woher nehmen wir unser Vorbild, unser Modell für ein normales “Ich“ ?

Statt in vorhersehbarer Weise an dem Versuch zu scheitern, diese komplexe Frage zu beantworten, möchte ich mich damit bescheiden, ihre Unbequemlichkeit abschließend etwas zu beleuchten:

Sollte die Welt, so wie wir sie vorfinden (und ein wenig auch mitgestalten), das Ergebnis von Normalität sein, halte ich Zweifel für angebracht, ob Normalität wirklich ein begehrenswerter Zustand ist. Dann wäre Normalität gleichbedeutend mit der rücksichtslosen Durchsetzung von Einzelinteressen unter billiger Inkaufnahme ungeheuren Leides vieler Geschöpfe auf diesem Planeten.<sup>39</sup>

Andererseits gibt es offensichtlich Aspekte von Normalität, die lebenswichtig sein können. Hier ließe sich eine lange Liste von Alltagstauglichkeiten anführen, von der Benützung einer Toilette bis zum Unterschreiben eines Schecks oder dem Einkauf in einem Supermarkt.

Zu dieser “positiven Normalität“ gehört natürlich auch ein großes Spektrum verbaler und nonverbaler kommunikativer Fähigkeiten.

Ich finde es sinnvoll, die nützlichen von den ideologischen (und damit potentiell pathologischen) Aspekten der Normalität auch sprachlich deutlich zu unterscheiden. Zum Beispiel benütze ich gerne die Begriffe ‘funktionale Normalität’ vs. ‘Normopathie’. Ersteres meint die notwendigen und wünschenswerten interaktiven Fähigkeiten, letzteres die fast

---

<sup>39</sup> Ich möchte dies nicht weiter begründen, weil ich es redundant finde. Im Zweifelsfall empfehle ich die Lektüre einer x-beliebigen Tageszeitung an einem x-beliebigen Tag. Auch mit Büchern, die überzeugend belegen, daß die Menschheit in den letzten Jahrtausenden ihrer Evolution -von technischen Fortschritten abgesehen- bei der Lösung ihrer existentiellen Probleme (Kriege, Hunger, Armut, Ausbeutung, Ressourcenverschwendung etc.) nicht wesentlich weitergekommen ist, ließen sich vermutlich ganze Bibliotheken füllen ..

zwanghafte Selbsteinengung auf vorgegebene sozio-kulturelle Muster von Normalität und Persönlichkeit.

Meine beruflichen Erfahrungen scheinen mir nahezu legen, daß Menschen natürlich unter mangelnden interaktiven und kommunikativen Fähigkeiten leiden können, aber eben auch unter der Last einer rigide und eng interpretierten Normalität.

Ich habe den Eindruck, daß Menschen mit "schweren" psychischen Störungen häufig ein schöpferisches Potential haben, gewissermaßen eine gesunde Seite, die u.U. gesünder ist als bei manchen bloß "normalen" Menschen. Ich sehe daher die therapeutische Aufgabe neben der Notwendigkeit, defiziente Fähigkeiten zu verbessern, auch in der Unterstützung dieses Potentials und in der Minderung des 'normopathischen' Drucks. Ich neige zu der Ansicht, daß viele Menschen in unserer Kultur eher verwaschene Vorstellungen davon haben, was ein lohnendes Leben ist und daß TherapeutInnen nicht notwendigerweise zu jener Minderheit gehören, die vielleicht etwas mehr davon versteht. Auch sie begnügen sich häufig damit, sozio-kulturelle Schablonen von Macht, Geld, Erfolg und Familie nachzuleben und diese auch ihrem Klientel als den einzigen Weg zum Heilwerden nahezubringen.

– Der Mythos Integration: E pluribus unum ? <sup>40</sup>

"You know these pictures that are created out of tiny dots? All you see are tiny dots until you look at the picture at a certain angle, then you see there's a dolphin in it or a flower or something. That's what it felt like."

Aus den skizzierten Überlegungen heraus, verbietet es sich mir weitgehend, den Prozeß der Integration bei DID-Betroffenen zu forcieren. Statt dessen versuche ich eher, einen therapeutischen Erlaubnisraum einzurichten, in dem es nach und nach zu einer individuellen, selbstverantworteten Entfaltung kommen kann, die erfreulicherweise bei manchen Menschen zu Daseinsweisen führt, die über das hinauszuweisen scheinen, was bisweilen als "normal" betrachtet wird.

Ich glaube, daß wirkliche Integration nicht notwendigerweise in der Therapie geschieht. Bisweilen erscheint mir das Thema "Integration" in einem Teil der verfügbaren Literatur eher über-laden und unter-verstanden. Gerade unerfahrenere TherapeutInnen könnten u.U. in eine Art Integrationsaktivismus verfallen. Hier mag einen z.B. die Lebensgeschichte<sup>41</sup> von Chris Costner-Sizemore, der 'Eve' aus einem erfolgreichen MPD-Buch<sup>42</sup> nachdenklich stimmen. Vermutlich war sie nicht die einzige Betroffene, bei der TherapeutInnen den "Integrationserfolg" herbeizudrängeln versuchten. Natürlich verstehe ich das Bedürfnis nach einem greifbaren, vorzeigbaren Erfolg bei einer jahrelangen und nicht einfachen Arbeit. Dennoch glaube ich eher, daß Integration ihren eigenen Rhythmus und ihren eigenen Ort im Leben hat, der vielleicht nur manchmal wirklich mit einer Therapiesitzung zusammenfällt.

Das folgende Beispiel verdanke ich einer Klientin. Zum äußeren Szenario: Sie befand sich zu diesem Zeitpunkt auf einer Großveranstaltung, einer Art Kongreß. Die Therapie war weitgehend abgeschlossen, d.h. ihr Leben lief im wesentlichen gut. Die Gesamtzahl der Personen (sie hatte zu dem hochfragmentierten Typus gehört) hatte sich drastisch vermindert, ohne daß es zu einer "klassischen" Integration gekommen wäre. Sie erschien noch in unregelmäßigen Abständen zu einzelnen Sitzungen. Hier ihr Bericht:

"Um ½ 3 in der Nacht kam ich nach einem aufreibenden Tag in mein Zimmer. Kaum hatte ich die Tür hinter mir geschlossen, als ich mich plötzlich sehr beklommen fühlte. Meine erste Reaktion war ein typisches Verhaltensmuster. Ich sagte mir "Laß dich nicht so hängen" und verfiel sofort in Selbsthaß, weil das nicht funktionierte. Dann hatte ich den Gedanken, daß ich hier war

---

<sup>40</sup> Heißt hoffentlich ungefähr: "Aus den vielen - eine !" (...es ist schon lange her, daß ich Latein hatte).

<sup>41</sup> Sizemore, Chris Costner: "I'm Eve". NY, Doubleday, 1977

um etwas Neues zu erleben, etwas Neues zu fühlen und erlaubte mir nachzuspüren was unter der Beklemmung lag.

Auf einer Veranstaltung mit ca. 500 Menschen von denen ich jederzeit jemanden ansprechen konnte, weil wir alle über ein gemeinsames Interesse verbunden waren, fühlte ich mich plötzlich völlig allein gelassen. Ich versank in einer abgrundtiefen Einsamkeit und der Schmerz darüber war überwältigend. Ich begann zu weinen. In den Schmerz mischte sich das Wissen, daß dieses Verlassenheitsgefühl sehr alt war (zumal es ja nicht mit der Realität übereinstimmte) und dann die Wut auf meine Eltern, die mir so etwas Elementares wie Zuwendung nicht zugestanden hatten.

Mir fehlte das Gefühl von der Welt angenommen zu werden und zwar so wie ich bin. Die vielen Personen, die ich war, waren auch ein Versuch, irgendwo wenigstens einen Bruchteil von Anerkennung und Zuwendung zu bekommen. Damit war mir andererseits aber auch die wirkliche Erfüllung dieses Wunsches nicht möglich, weil ich der Welt ja immer nur ein Fragment präsentierte, das möglichst den Erwartungen von außen entsprechen sollte, mit mir selbst in meiner Gesamtheit aber sehr wenig zu tun hatte.

Obwohl es außerordentlich schmerzhaft war, konnte ich mir eingestehen, daß dieser Eindruck von allen abgelehnt zu werden, aus dem Verhalten meiner Eltern resultierte, aber das dieser Eindruck nicht unbedingt der Realität entsprach. Ich hatte den ganzen Tage mit Menschen verbracht, die sich freuten daß ich da war.

Dadurch zerbröckelte mir auf einmal die Basis, auf der ich das System all meiner Personen aufrechterhielt. Ich wollte auch nicht mehr teilen. \*Ich\* wollte für das anerkannt werden, was \*ich\* tat - nicht irgendein Splitter von mir. Ich wollte Lob und Zuwendung nicht mehr teilen und ich war auch bereit die Verantwortung für mein Tun - im positiven wie im negativen zu übernehmen. Das Alles hört sich sehr nach intellektueller Arbeit an, aber das war es nicht. Das Alles, was ich hier so mühsam in Worte zu fassen versuche, lief innerhalb von kürzester Zeit ab. Intellektuell waren mir diese Dinge bereits vorher klar, in dieser Nacht wurden sie für mich fühlbar und erfahrbar. **Ich war vor allem überrascht darüber, wie einfach diese Erfahrung war.** Das Wissen über den Mangel den ich spürte, ebenso wie darüber, daß alle Personen in Wahrheit \*ich\* war - war dagewesen, aber ich war nicht in der Lage es zu sehen, zu fühlen ..

Die Verwirrung, die uneingestandenen Wünsche nach Zuwendung und Anerkennung und die unerlöste Einsamkeit hatten schwer auf mir gelastet und durch die plötzliche Klarheit und Einfachheit fühlte ich mich sehr leicht und ruhig. Den letztendlichen Eindruck in Worte zu fassen will mir nicht ganz gelingen. Es hat sich nichts geändert als meine Wahrnehmung. Die Wahrnehmung meiner Selbst, ebenso wie die Wahrnehmung meiner Umwelt - eine winzige, aber tiefgreifende Veränderung.

Andere Menschen schienen mir immer bedrohlich und fremdartig. Ich konnte sie ja nie klar sehen. Über allem lagen immer wie ein Film die Erfahrungen aus meiner Vergangenheit. Wenn ich jetzt jemandem begegne, gehe ich nicht grundsätzlich davon aus, daß die Person mich haßt und mich "fertigmachen" möchte. Selbst, wenn sie etwas tut, daß mich ärgert, sehe ich, daß sie das eher aus ihren persönlichen Umständen und Mustern heraus macht und nicht, weil sie mich

persönlich ablehnt. Ich bekomme einfach viel mehr von der Außenwelt mit - schon dadurch, daß ich mehr anwesend bin."

- **Vorläufige Schlußbemerkung**

Alle, mit denen ich mehr oder weniger erfolgreich gearbeitet habe (natürlich gab es auch Mißerfolge), hatten -bei all ihrer Individualität- mindestens zwei gemeinsame Charakteristiken: sie hatten nach konventioneller Auffassung ziemlich schwere Störungen und sie haben sich niemals wirklich aufgegeben. Sie hatten das nicht entwickelt, was ich gerne ironisch ein "patientisches" Bewußtsein nenne: also jemand zu sein, der eine schwere Störung "hat", jemand, der das Etikett "Patient" aboniert hat. Deswegen mußte ich sie auch nie "behandeln". Ich habe viel von ihnen gelernt.

Ich würde daher jedem Psychotherapeuten wünschen, mindestens einmal in seinem Berufsleben einem Menschen zu begegnen, der im klassischen Sinne "multipel" ist, also das DID-Vollbild aufweist. Er/Sie wird wahrscheinlich durch eine intensive Phase von Unglauben und Faszination gehen. Zumindest für mich war es so. Rückblickend erscheinen mir Unglaube wie Faszination als eher oberflächliche Reaktionen, ein Terrain, auf dem sich auch der Großteil der öffentlichen und insbesondere der veröffentlichten Meinung bewegt.

Mit der Zeit und mit der Gelegenheit, mehr Menschen im Spektrum der dissoziativen Störungen kennenzulernen, wurde mir deutlich, daß ich es mit einem Phänomen mit weitreichenden Implikationen zu tun habe. Ich habe den Eindruck, daß die Fähigkeit eine dissoziative Störung zu entwickeln, kein Zu- oder Unfall ist, sondern eine Konsequenz der innersten Struktur und Realität der menschlichen Psyche. Sie wird besonders dann manifest, wenn erwachsene Täter ihre nicht integrierte Sexualität und/oder Aggression gegen Kinder richten. Zwar scheint mir das dramatische DID-Vollbild eher seltener zu sein [..wenn auch nicht so selten, wie es in Teilen der deutschen Psychiatrie bevorzugt geglaubt wird] ;

es scheint jedoch recht viele Menschen zu geben, deren Leid und Symptome mit den Bildern der dissoziativen Störungen und des posttraumatischen Syndroms angemessener zu erfassen wären, als mit Gewohnheitsdiagnosen, jenen historisch gewachsenen Annahmen und Irrtümern, die irgendwie zu nosologischen Realitäten erstarrt sind.

Ich halte es für möglich, daß das wachsende Wissen über die Psychotherapie traumabedingter Störungen<sup>43</sup> mehr bedeutet als eine notwendige, aber relativ begrenzte Ergänzung der herrschenden Vorstellungen über Ursachen, Erscheinungsformen und Möglichkeiten der Behandlung seelischer Störungen.

---

<sup>43</sup> in der hier vertretenen Sichtweise sowohl die "klassischen" traumabedingten Störungen wie PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), aber eben auch viele Fälle von Borderline-Persönlichkeitsorganisation, Dissoziativen Störungen, Somatoformen Störungen, Panikstörungen usw.

Es ist auch denkbar, daß wir hier einen grundlegenden Klärungs- und Neubestimmungsprozeß beobachten, wie er sich in der Geschichte der somatischen Medizin häufiger ereignet - ein echter Paradigmawechsel also, der **das real erfahrene Trauma**, sowohl in seinen dramatischen Ausprägungen als sexueller Mißbrauch und/oder folterartiger Mißhandlung wie auch in seinen subtileren, kumulierenden Formen in das Zentrum psychotherapeutischen Denkens und Handelns stellt.

**Dorthin, wo es nach Ansicht einer wachsenden Zahl von TherapeutInnen tatsächlich gehört und vermutlich schon immer gehört hat.**

*Ich bin nicht Ich.*

*Ich bin jener, der an meiner Seite geht, ohne daß ich ihn erblicke.*

*Und den ich oft besuche. Und den ich oft vergesse.*

*Jener, der ruhig schweigt, wenn ich spreche,*

*der sanftmütig verzeiht, wenn ich hasse,*

*der umherschweift, wo ich nicht bin,*

*der aufrecht bleiben wird, wenn ich sterbe.*

**JUAN RAMON JIMENEZ**

## Literaturliste:

### American Psychiatric Association:

„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition,,, Washington, DC, 1994;  
dt.: „DSM-IV,,, Göttingen, 1996

### Adler, Gerald:

"Hospital treatment of Borderline patients" aus: Am. Jour. Psychiatry 130: 1: 1973

### Benjamin, L.S.:

„An interpersonal approach to the DSM Axis II personality disorders,, New York, 1995

### Berkeley, B.B.:

„Psychoanalytische Arbeit mit einer Borderline-Patientin.“ aus: Psyche 12/85 (2. Ex.)

### Bettelheim, Bruno:

„Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie der Extremsituation.“ Stuttgart, 1980

### Chase, Truddi:

„When Rabbit howls.“ 1987, dt. „Aufschrei,,, Bergisch Gladbach, 1988

### Cozolino, L.J.:

„The ritual abuse of children: Implications for clinical practice and research.“ aus: The Journal of Sex Research, Vol.26, No.1, 131-138, Feb 1989

### Deutsch, Helene:

„Über einen Typus der Pseudoaffektivität ("Als ob")“ aus: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 20, 1934

### Deutsch, Helene:

„Some Forms of Emotional Disturbance and the Relationship to Schizophrenia.“ The Psychoanalytic Quarterly 11, 1942, 301-321

### Dulz, B; Lanzoni, N.:

„Die multiple Persönlichkeit als dissoziative Reaktion bei Borderlinestörungen.“ *Psychotherapeut* 4 (1996) S. 17-24.

### Dulz, B./ Schneider,A.:

„Borderline-Störungen.Theorie und Therapie.“Stuttgart 1995

### Dunn, Gary E.:

„Multiple Personality Disorder: A new Challenge for Psychology.“ aus: Professional Psychology, 1992, Vol.23, No.1, 18-23

### Eckert, Jochen u.a.:

„Untersuchung zur differentialdiagnostischen Abgrenzung von Borderlinestörungen gegenüber schizophrenen und neurotisch- depressiven Störungen.“ In: Psychotherapeutische.Psychosom.med.Psychol. 41 / 1991, 320-327

### Ellenberger, Henry F.:

„Die Entdeckung des Unbewußten.“  
Zürich: Diogenes 1972

### Ermann, Michael:

„Ansatz und Technik der psychoanalytischen Borderline-Behandlung.“ In: Prax.Psychother.Psychosom 30/ 1985, 243-253

**Ermann, Michael:**

„Die Fixierung in der frühen Triangulierung. Zur Dynamik der Loslösungsprozesse bei Patienten zwischen Dyade und Ödipuskonstellation.“ In: Forum der Psychoanalyse 1 / 1985, 93-110

**Fiedler, P.:**

„Dissoziative Identitätsstörung, multiple Persönlichkeit und sexueller Mißbrauch in der Kindheit.“  
in: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hrsg.) Sexueller Mißbrauch, Tübingen  
DGVT-Verlag 1996

**Fischer, Gottfried /Riedesser, Peter:**

„Lehrbuch der Psychotraumatologie.“ UTB 1998

**Freud, Sigmund:**

„Studien über Hysterie.“  
Gesammelte Werke Band.1 Fischer, Frankfurt / Main (1885 / 1966)

**Freyberger, H.J.; Spitzer, C.; Stieglitz, R-D.; Kuhn, G.; Magdeburg, N.;  
Bernstein-Carlson, E.:**

“Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS): Deutsche  
Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative  
Experience Scale (DES).“ Eingereicht bei: Psychotherapie,  
Psychosomatik und med. Psychologie (1997)

**Fröhling, Ulla:**

„Vater unser in der Hölle.“ Seelze-Velber 1996 (Kallmeyer'sche Verlagsbuchh.)

**Frosch, John:**

“Psychotic Charakter versus Borderline.” aus: Int.Psycho-Anal. 1988, 69, Part I and Part II

**Frosch, John:**

“Severe regressive states during analysis.” aus: Journal of the American psychoanalytic  
association 1967; 15 (3)

**Fürsternau, Peter:**

„Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten  
Patienten.“ In: Psyche 31 / 1977, 197-207

**Geleerd, Elisabeth R.:**

„Borderline - Zustände in der Kindheit und Adoleszenz.“ aus: Psyche 1966, 20

**Goettman, C./ Greaves,G.B./ Coones, P.M.:**

„Multiple Personality and Dissociation, 1791-1992. A Complete Biography.“ 1994 (SIDRAN  
PRESS)

**Goldberg, Richard:**

"Psychodynamics of limit setting with the Borderline patients" aus: Amer.Jour. of Psychoanalysis  
1983, Vol. 43, No 1

**Hacking, Ian:**

“Multiple Persönlichkeit - Zur Geschichte der Seele in der Moderne.“  
Hanser, München 1996

**Hartmann-Jansen, C.:**

„Borderline Störungen.Über die Spannung von Gut und Böse in den zwischenmenschlichen  
Beziehungen.“ In: Jansen, B./ Jung, C.(Hg.) Krisen und Gewalt Münster 1993

**Hartocollin, Peter:**

“Long-term hospital treatment for adult patients with borderline and narcissistic disorders.” aus:  
Bulletin of Menninger Clinic, 44 (2), 1980

**Herman, J.L.:**

„Trauma and Recovery.“ New York, 1992, (dt. „Die Narben der Gewalt, z.Z. leider vergriffen)

**Herman, J.L./ Perry, J.C. / van der Kolk, B.:**

„Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder.“ American Journal of Psychiatry 146, 1989, 490-495

**Hirsch, Mathias:**

„Pseudo-ödipale Dreiecksbeziehungen.Frühe Triangulierung der Borderline-Persönlichkeit.“ In: Forum der Psychoanalyse 4 / 1988, 139-152

**Hofmann, Arne:**

„EMDR - Eine neue Methode zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen.“  
*Psychotherapeut* 41 (1996), S. 368-372

**Hoffmann, SO.:**

„Die Dissoziation - Neue Aktualität für ein altes klinisches Konzept.“  
in: Kockott, G.; Möller, HJ. (Hrsg.): Sichtweisen der Psychiatrie (16-24)  
Zuckschwerdt, München 1994

**Horevitz, R.P./ B.G. Braun:**

„Are Multiple Personalities Borderline?“ *Psychiatric Clinics of North America* 7, 1984, 69-87

**Huber, Michaela:**

„Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt.“ Frankfurt, 1995

**Huber Michaela:**

„Multiple Persönlichkeitsstörung in Deutschland.“  
in: *Hypnose und Kognition*, Band 12, Heft 2 (1995), S. 2-12

**ISSD:**

„Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults.“ The International Society for the Study of Dissociation, 1994

**Janssen, Paul, L.:**

„Grundzüge einer stationären psychoanalytischen Therapie struktureller Ich-Störungen.“ In: Buchheim, P./ Seifert, T. (Hg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion.“ Berlin u.a. 1990

**Janssen, Paul L.:**

„Psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen.“ Dortmunder Symposium für Psychotherapie. Berlin u.a. 1990

**Kahn, Massut:**

„Das kumulative Trauma.“ In: ders.: Selbsterfahrung in der Therapie, München 1975

**Kernberg, O.F.:**

„Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus.“ Frankfurt/M.1978 (1975)

**Kernberg, O.F.:**

„ Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten.“ Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1993 (1989)

**Kernberg, O.F.:**

„Schwere Persönlichkeitsstörungen.“ Stuttgart 1988

**Kernberg, Otto F.(Hg.):**

„Narzißtische Persönlichkeitsstörungen.“ Stuttgart/New York 1996

**Kluft, Richard P.:**

„First-Rank Symptoms as a Diagnostic Clue to Multiple Personality Disorder.“ In: Am J Psychiatry 1987, 144, 293-298

**Kluft, Richard P.:**

„Treating the Traumatic Memories of Patients with Dissociative Identity Disorder.“ Am J Psychiatry 153:7, July 1996 Festschrift Supplement [..heißt wirklich so..]

**Kreisman, J.J./ Straus, Hal:**

„Ich hasse dich - verlaß' mich nicht.“ Die schwarzweiße Welt der Borderline- Persönlichkeit. München 1992 (1989)

**Linehan, Marsha :**

“ Dialectical behavior therapy for Borderline personality disorder.“ aus: Bulletin of the Menninger Clinic 51(3) 1987

**Linehan, Marsha :**

“Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders.“ Guilford Publications 1993

**Linehan, Marsha:**

“Treating Borderline Personality Disorder: The Dialectical Approach.“ Guilford Press 1996

**Lohmer, M.:**

„Diagnostik und Behandlung von Borderline-Störungen in einem stationär-psychiatrischen Rahmen.“ aus: Psychiat.Prax. 17 (1990)

**Lohmer, M.:**

„Diagnostik und Therapie des Borderline-Syndroms. Entwicklungstendenzen in der amerikanischen Diskussion.“ In: Psychother.Psychosom.med.Psycholog. 35 / 1985, 120-126

**Mayer, R.:**

„Through divided Minds. Probing the Mysteries of Multiple Personalities.“ NY, 1988

**Mahler, Margaret S.:**

„Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen.“ In: Psyche 29(7) / 1975, 1078-1095

**Masterson, James, F.:**

„Psychotherapie bei Borderline-Patienten.“ Stuttgart 1980

**Meichenbaum, D.:**

„Posttraumatisches Streßsyndrom und narrativ-konstruktive Therapie.“  
In: Systema 2/1996, 6-19

**Moggi, F. :**

„Merkmalsmuster sexueller Kindesmißhandlung und Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit im Erwachsenenalter.“  
*ZS Klin Psychologie 2* (1996), S. 296-303

**Modestin, J.:**

"Welches sind die Borderline-Charakteristika?" In: Der Nervenarzt 58 / 1987, 334-378

**Pfeifer, S.; Brenner, L.; Spengler, W.:**

„Störung mit multipler Persönlichkeit.“  
*Nervenarzt* 65 (1994), S. 623-627

**Pope, Kenneth S.:**

„Memory, Abuse and Science.“ In: American Psychologist, Vol.51, Sept 96, 957-974

**Prince, Morton:**

„The Development and Genealogy of the Misses Beauchamp. A preliminary Report of a Case of Multiple Personality.“ aus: Proceedings of the Society for Psychical Research, London, 15, 1900-1901, 466-483

**Putnam, Frank W.:**

„Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder.“ New York, 1989

**Reddemann, Luise; Sachsse, Ulrich:**

„Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten.“  
*Psychotherapeut* 41(1996), S. 169-174

**Reinert, Thomas:**

„Das Problem der Gewalt in der Therapie von Ich-Struktur-Gestörten.“ aus: Gewalt in der Gesellschaft, München/Basel, 1995

**Rohde-Dachser, Christa:**

„Das Borderline-Syndrom.“, 1995, Bern

**Rohde-Dachser, Christa:**

"Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißtischen und bei Borderline-Störungen." In: *Psyche* 41(9) / 1986, 773-799

**Rosenfeld, Herbert:**

„Zur Psychopathologie und psychoanalytischen Behandlung einiger Borderline-Patienten.“ In: *Psyche* 35(4) / 1981, 338-352

**Ross, C.A.:**

„Multiple Personality Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment.“ New York, 1989

**Sachsse, Ulrich:**

„Die Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörungen als Traumafolge.“ *Forum der Psychoanalyse* 11 / 1995, 50-61

**Sachsse, Ulrich:**

„Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigungen der Haut.“ in: Mathias Kirsch (Hg.): „Der eigene Körper als Objekt“, Berlin u.a. , 1989

**Salvendy, John T.:**

„Der Borderline-Patient in der Gruppe: Grundsätzliche Erkenntnisse.“ *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 28: 349-355; 1992

**Saß, H./ Koehler, K.:**

„Borderline-Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandsland?“ *Der Nervenarzt* 4 / 1983, 221-230

**Saxe/van der Kolk/ Berkowitz/ Chinman/ Hall/Lieberg/ Schwartz:**

„Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients,“ *Am J Psychiatry* 1993, 150: 1037-1042

**Schneider, Peter K.:**

„Ich bin wir - Zur Geschichte, Theorie und Therapie eines verkannten Leidens.“ *Neuried* 1994

**Schwartz-Salant, N.:**

„The Borderline Personality- Vision and Healing.“ Wilmette, Illinois, 1989

**Seidler, Ch./ Katzberg, H.:**

„ Zur Diagnose von Borderline-Störungen: Kriterien und ihre empirische Überprüfung.“ Aus: *extracta psychiatrica* 1988 Nr. 104

**Sereny, Gitta :**

„Schreie, die keiner hört. Die Lebensgeschichte der Mary Bell.“ München, 2000 (Titel der Originalausgabe: „Cries Unheard – The Story of Mary Bell )

**Schmideberg, Melitta:**

„The treatment of psychopaths and Borderline patients.“ aus: American journal of Psychotherapy 1; 1947

**Schuster, P. von:**

„Zum Borderline-Konzept. Ein Überblick.“ In: Ärztliche Praxis und Psychotherapie 6, 1984, 23-33

**Spanos, Nicholas P. et al.:**

„Secondary Identity Enactments During Hypnotic Past-Life Regression: A Sociocognitive Perspective.“ Journal of Personality and Social Psychology, 1991, Vol. 61, No.2, 308-320

**Spencer, J.:**

„Suffer the Child.“ , New York, 1989. dt. „Jenny,,, 1995

**Spitzer, C.; Freyberger, HJ.; Kessler, CH.:**

„Der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen - ein Screening-Instrument für Dissoziative Störungen in der Neurologie und Psychiatrie.“  
*Aktuelle Neurologie 21* (Sonderheft 1, 1994): 21-22

**Steinberg, M.:**

„Structured Clinical Interview for DSM-4 Dissociative Disorders.“ und: „Interviewers Guide to the SCID-D“ beide: Washington DC, 1993

**Stern, Adolph:**

“Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses.“ aus: Psychoanalytic Quarterly 7, 1938

**Stern, Adolph:**

„Psychoanalytic Therapy in the Borderline neuroses.“ aus: Psychoanalytic Quarterly 1945

**Terr, Lenore:**

„Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern“ (amerik. 'Unchained Memories'), München, 1995

**Tölle, R.:**

„Dissoziative Identitätsstörung (Doppelleben) in der Psychopathologie und in der Dichtung.“  
*ZS Klin Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 44* (1996), S. 174-185

**Trimborn, Winfrid:**

„Die Zerstörung des therapeutischen Raumes. Das Dilemma stationärer Psychotherapie bei Borderline-Patienten.“ In: Psyche 37(3) / 1983, 204-236

**Vanderlinden, Johan & Vandereycken, W.:**

„Hypnose bei Anorexie und Bulimie“ München: Quintessenz 1995

**Van der Hart, Onno; Steele, Kathy; Boon, Susette; Brown, Paul:**

“Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration,“  
in: *Hypnose und Kognition*, Band 12, Heft 2 (1995), S. 34-67

**Volkan, Vamik D.:**

„Eine Borderline Therapie. Strukturelle und Objektbeziehungskonflikte in der Psychoanalyse der Borderline-Persönlichkeitsorganisation.“ Göttingen 1992

**Williams, M.B./ Gindlesberger, S.:**

„Developing and Maintaining a Psycho-Educational Group for Persons Diagnosed as DID/MPD/DDNOS.“ in: Dissociation, Vol. IX, No.3: September 1996

**Wurmser, Leon:**

„Zur Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen“ In: Forum der PSA, 10/1994, S.1-12

**Wurmser, Leon:**

„Widerstreit im Überich und Identitätsspaltung - die Folgen frühödipaler Probleme“ In: Jochen Stork (Hg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes. Versuch einer Bestandsaufnahme. Stuttgart- Bad Cannstatt 1987, S.69-108

## Anhang I:

### **DSM-4: Diagnostische Kriterien für 300.14 Dissoziative Identitätsstörung**

(DID = Dissociative Identity Disorder, bisher: MPD/MPS)

**A-** Existenz von zwei oder mehr unterschiedlichen 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-** Mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten des Individuums.

**C-** Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu ausgeprägt ist, um mit gewöhnlicher Vergeßlichkeit erklärt zu werden.

**D-** Die Störung wird nicht durch die direkten physiologischen Wirkungen einer Droge (Bsp. Alkoholblackout) oder durch eine medizinische Grunderkrankung (Bsp. Anfallsleiden) verursacht.

**Beachte:** Bei Kindern dürfen die [entsprechenden] Symptome [für eine DID-Diagnose] nicht auf imaginäre Spielkameraden oder andere Phantasiespiele zurückführbar sein.

DID repräsentiert ein Unvermögen, verschiedene Aspekte von Persönlichkeit, Gedächtnis und Bewußtsein ineinander zu integrieren. Jeder Persönlichkeitszustand kann so erlebt werden, als ob er eine eigene Biographie, Selbstbild und Identität, einschließlich eines eigenen Namens, hätte. Meistens gibt es eine Primärpersönlichkeit, die den „offiziellen“ Namen der Person trägt und die i.d.R. passiv, abhängig, schuldbeladen und depressiv erscheint. Die alternierenden Persönlichkeiten haben häufig andere Namen und Charakteristiken, die [scharf] mit der Primärpersönlichkeit kontrastieren (sie sind z.B. feindselig, kontrollierend und selbstzerstörerisch). Bestimmte Persönlichkeiten können in spezifischen Lebenssituationen auftauchen und können sich durch Alter, Geschlecht, Vokabular, Allgemeinwissen und/oder vorherrschenden Affekt unterscheiden.

Alternierende Persönlichkeiten werden als abwechselnd die Kontrolle [über den Körper] übernehmend erlebt, eine auf Kosten der anderen. Sie bestreiten möglicherweise, sich gegenseitig zu kennen oder kritisieren sich oder scheinen sich [sogar] in offenem Kampf zu befinden. Gelegentlich gibt es eine oder mehrere einflußreiche Persönlichkeiten, die den anderen „Körperzeit“ zuteilen. Aggressive, feindselige Persönlichkeiten können zeitweilig die laufenden Aktivitäten unterbrechen oder die anderen in unangenehme Situationen bringen [..und sich dort dann zurückziehen !].

Menschen mit dieser Störung erleben häufige Gedächtnislücken bezgl. ihrer Lebensgeschichte, sowohl für weit zurückliegende Ereignisse, wie auch für grade geschehenes.. Die passiveren Persönlichkeiten tendieren dazu, stärker komprimierte Erinnerungen zu haben, während die aggressiveren „Beschützerpersönlichkeiten“ i.d.R. über vollständigere Erinnerungen verfügen. Eine Persönlichkeit,

die keine Kontrolle [über den Körper] hat, kann sich dennoch über auditive und visuelle [Pseudo-] Halluzinationen Zugang zum Bewußtsein verschaffen (z.B. eine Stimme, die Anweisungen gibt). Anhaltspunkte für Amnesie können sich aus Mitteilungen Anderer ergeben, die ein Verhalten der Person beobachtet haben, das von ihr selbst bestritten wird. Sie können auch auf eigenen Entdeckungen der betroffenen Person beruhen (z.B. Kleidungsstücke, an deren Anschaffung sie sich nicht erinnern kann). Es mag nicht nur periodische Gedächtnisverluste geben, sondern darüber hinaus auch umfassende biographische Lücken für größere Zeitabschnitte der Kindheit. Übergänge zwischen den Persönlichkeiten werden oft durch psychosozialen Streß ausgelöst. Ein „Switch“ benötigt i.d.R. nur Sekunden, bisweilen gibt es auch langsame, graduelle Übergänge. Die Anzahl der beobachteten Persönlichkeiten variiert von 2 bis weit über 100. Die Hälfte aller dokumentierten Fälle beinhalten Menschen mit 10 oder weniger Persönlichkeiten.

[ Rohübersetzung aus dem „Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1994]

### **ICD-10: Diagnostische Kriterien für F 44.81 ‘Multiple Persönlichkeitsstörung’**

**A:** Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt nur eine nachweisbar ist.

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

**C:** Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die für eine einfache Vergeßlichkeit zu ausgeprägt ist.

**D:** Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F 0) oder durch psychotrope Substanzen (F 1).

### **Kriterium D des NIMH:**

Die Diagnose MPD/DID kann nur gestellt werden, wenn zu mindestens 2 Zeitpunkten ein anderer Persönlichkeitsanteil angetroffen wurde. Der Bericht der Patientin über diese Anteile ist zur Diagnose allein nicht ausreichend.

## Anhang II:

### Die Items von SDQ-20 bzw. SDQ-5

#### **Es kommt gelegentlich vor, daß ..**

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

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

[Übersetzung aus dem holländischen Amerikanisch]

### Anhang III:

***[Dieses Thesepapier ist schon etwas älter und einige Teile werden inzwischen an anderen Stellen des Skriptes ausführlicher erläutert. Ich möchte es dennoch vorläufig als Anhang beibehalten.]***

### **Persönliche Grundannahmen für die Arbeit mit DID (MPD/MPS)**

- 1) Ich betrachte Betroffene als Menschen, die -vorbehaltlich eines „wissenschaftlichen“ Beweises- an posttraumatischen Symptomkomplexen leiden.
- 2) Daraus folgt u.a. für mein diagnostisches Raster, daß ich nach Anzeichen für die Triade: **INTRUSION-CONSTRICTION-HYPERAROUSAL**<sup>44</sup> Ausschau halte. Diese Triade ist natürlich nicht ausreichend für eine DID- Diagnose, deutet aber allgemein auf ein posttraumatisches Syndrom ( in der Terminologie von KARDINER: eine “Physioneurose“).
- 3) Für eine saubere DID-Diagnose sollte man sich Zeit lassen und Einzelbeobachtungen nicht überbewerten, weder pro noch contra. Es muß jedoch keineswegs durchschnittlich sieben Jahre dauern (so das bedenkliche Ergebnis einer NIMH-Studie), wenn man die komplexe Gegenübertragung nützt, genau beobachtet, und „einen Hasen erkennt, wenn ein Hase vorbeiläuft“. Zusätzlich stehen nützliche klinische Instrumente wie der DES oder das SCID-D zur Verfügung..
- 4) Ich betrachte generell Symptome, egal wie unverständlich sie erscheinen mögen, als sinnvolle Handlungen auf der Suche nach ihrem verlorenen Kontext und/oder als Kommunikationen im hier und jetzt. Bei multiplen Menschen können sie die Handlungen von Innenpersonen darstellen, die noch weitgehend im Ursprungskontext leben.
- 5) Ein wichtiger Aspekt der Therapie ist die Suche nach dem verlorenen Kontext und seine Integration in das Gesamtbewußtsein. Diese „verlorenen“ Kontexte existieren bei multiplen Menschen als Erinnerungen bestimmter Innenpersonen.

---

<sup>44</sup> hier stößt die bloße Übersetzung der Begriffe -wie so häufig- an unbefriedigende Grenzen.

INTRUSION: Eindringen, Aufdrängen. “Lange, nachdem die Gefahr vorbei ist, erleben traumatisierte Menschen das Ereignis, als ob es sich wieder und wieder in der Gegenwart ereignen würde ... Der traumatische Augenblick wird in einer abnormen Form von Erinnerung gespeichert, die spontan ins Bewußtsein einbricht, sowohl als “flashbacks“ im Wachzustand, wie auch als traumatische Alpträume.“

CONSTRICTION: Zusammenziehung, Verengung, Beklemmung. “Wenn eine Person vollkommen machtlos ist und jede Form von Verteidigung nutzlos ist, gibt sie sich möglicherweise auf... Analoge Zustände sind bei Tieren zu beobachten, die manchmal “einfrieren“, wenn sie angegriffen werden...Obgleich (solche) dissoziativen Veränderungen des Bewußtseins (.....) in einem Augenblick totaler Hilflosigkeit nützlich sein können, werden sie zum Problem, wenn die Gefahr vorbei ist.“

HYPERAROUSAL: Übererregbarkeit. “Es scheint so, daß das menschliche Selbsterhaltungssystem nach einem traumatischen Erlebnis in einen permanenten Bereitschaftszustand versetzt wird, so als ob die Gefahr jeden Augenblick zurückkommen könnte.“ [Dies wird zunehmend auch durch physiologische Untersuchungen bestätigt]

Alle Zitate aus: Judith Lewis Herman, Trauma and Recovery, dt. “Die Narben der Gewalt“

6) Dazu gehört die Annahme, daß traumatische Erinnerungen („Ursprungskontext“) überwiegend als Rohmaterial (V-A-K-O)<sup>45</sup> gespeichert werden. Verarbeitung bedeutet hier Transformation von Rohmaterial in Lebensgeschichte(n).

7) Solches „heilsames“ Erinnern stelle ich mir als psychomotorischen Vorgang bei dualem Bewußtsein vor: der ganze Körper „erinnert“, d.h. aktualisiert das Rohmaterial (V-A-K-O), während das Bewußtsein auf einem Kanal im Ursprungskontext lebt, auf dem anderen Kanal jedoch aus der heutigen, gewachsenen Perspektive das Geschehen beobachtet und Neubewertet. Dies bedeutet eine Gratwanderung zwischen therapeutisch notwendigem Erinnern und dem Risiko der Retraumatisierung.

8) In der Regel wird es nur in einem flexiblen Setting -das die Bereitschaft zum kontrollierten Agieren des Therapeuten/der Therapeutin einschließt- gelingen, Kontakt zu möglichst vielen der Innenpersonen zu bekommen. Dies ist aber unbedingt anzustreben. Dabei hat der Therapeut/In insbesondere mit hochkomplexen (weil multiplen) Übertragungen und schwierigem Management der üblichen Grenzen Therapeut/Klient zu rechnen. Allgemein ist davon auszugehen, intensiv, bisweilen in beänstigendem Ausmaß, mit den Schwachstellen der eigenen Persönlichkeit konfrontiert zu werden.

9) Ich erinnere mich gelegentlich daran, daß ich es bei Betroffenen mit Menschen zu tun habe, deren Kraft und Fähigkeiten in Angesicht unfassbarer Lebensumstände möglicherweise größer gewesen sind als meine eigenen. Das gibt mir Respekt und das Vertrauen, ihnen die wichtigste Rolle bei ihrer Entwicklung und Heilung zu überlassen.

10) Ich halte es für möglich, daß manche Menschen erst multipler werden müssen, bevor an eine -wie auch immer verstandene- Integration zu denken ist.

Damit meine ich die Beobachtung, daß es multiple Menschen gibt, die regelrecht eingeschnürt oder zusammengefaltet wirken [normopathische Struktur]. Besonders Männer oder DID-Betroffene, die seit Jahren dämpfende Medikamente oder Drogen nehmen, können zu diesem Typus gehören. Sie sind diagnostisch schwieriger und wirken in der Therapie zunächst unauffälliger, machen aber auch weniger Fortschritte, bis es zu einem krisenhaften Entfaltungsprozeß kommt. Dies kann von ihnen selbst und natürlich auch und besonders von ihrer Umgebung als Verschlechterung mißdeutet werden.

[.. im Englischen könnte man hier das Begriffspaar *enfolded/unfolded* zur Beschreibung verwenden]

11) Ich bezweifle bisweilen den Wert von Normalität im allgemeinen wie auch im besonderen als Therapieziel bei DID. Dazu müßten zunächst die komplexen und widersprüchlichen Beziehungen zwischen Normalität und Selbstverwirklichung geklärt werden. Wenn ich also den Begriff „Integration“ als Therapieziel gebrauche, denke ich dabei weniger an eine Art monolithisches Normal-Ich, sondern eher an eine deutlich erhöhte Alltagstauglichkeit im Draußen bei guter Binnenkommunikation der früher sich als isolierte Egos erlebenden Facetten eines tieferen, in seiner Gesamtheit letztendlich sowieso unbegreiflichen Selbst.

---

<sup>45</sup> **Visuell-Auditiv-Kinästhetisch-Olfaktorisch**: was man sieht/hört/fühlt/riecht usw. Auch eine NLP-Terminologie.