

MULTIPLE PERSÖNLICHKEIT

»DAS BIN NICHT ICH« – ÜBERLEBEN IN ANDERER IDENTITÄT

Für Augenblicke schwerer Bedrängnis und Leiden hat die Natur ein Notfallprogramm: »Das passiert nicht mir, das bin nicht ich«, sagt das Bewusstsein. Bei manchen Menschen gerät dieser Mechanismus zum Selbstschutz außer Kontrolle.

VON URSULA GAST

Zum dritten Mal wird die 28-jährige Karin B. in die psychiatrische Klinik eingeliefert. Abermals hat sie versucht, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen. Als die Stationsärztin sie befragt, kann die junge Frau gar nicht genau sagen, was eigentlich passiert ist. Es gab Streit mit ihrem Mann, aber was war dann? Die Ärztin lässt nicht locker: »Kommt es öfter vor, dass Sie sich an bestimmte Situationen nicht mehr erinnern können?« Karin ist verblüfft, dass sie jemand so direkt auf ein Problem anspricht, das sie bislang immer zu verbergen suchte: Tatsächlich hat sie häufig das Gefühl, »Zeit zu verlieren«.

Um es vorwegzunehmen: Bei dieser Frau wurde später eine »Dissoziative Identitätsstörung« (auch Multiple Persönlichkeit genannt) diagnostiziert – jene psychische Erkrankung, die derzeit so kontrovers diskutiert und über die so viel Widersprüchliches berichtet wird. Existiert eine solche Krankheit überhaupt? Oder handelt es sich nur um ein hysterisches, amerikanisches Modephänomen? Haben die Betroffenen schwere Traumatisierungen erlebt oder sind sie Opfer verblendeter Therapeuten? Nicht nur Laien, auch Fachleuten fällt es mitunter schwer, sich ein objektives Bild zu machen. Für die einen – etwa Frank Putman, Psychiater und langjähriger Forscher am National Institute of Mental Health (USA) –

stellt die Dissoziative Identitätsstörung den »Dreh- und Angelpunkt des menschlichen Bewusstseins« dar. Viele Medien hingegen bezeichnen sie mit Berufung auf Gegner des Konzeptes als »Wahn der Therapeuten«.

Karins Mann scheint bemerkt zu haben, dass mit seiner Frau »irgendetwas nicht stimmt«. So wirft er ihr vor, sie habe sich wieder einmal »wie ein anderer Mensch« oder »wie ein Kind« benommen«. Bei diesen Diskussionen gerät Karin in Panik: Sie kann sich an die beschriebenen Szenen nicht erinnern – aber wie soll sie ihrem Mann das glaubhaft erklären? Vermutlich wäre er entsetzt, wenn er vom Ausmaß ihrer Gedächtnislücken erführe – dass sie sich zum Beispiel nicht einmal ihre Hochzeit oder die Geburt ihrer Tochter ins Gedächtnis rufen kann!

Und Karin hat bereits an sich selbst untrügliche Anzeichen dafür beobachtet, dass ihr Stücke der Vergangenheit fehlen: Wiederholt entdeckt sie am Unterarm runde Brandwunden. Konnte sie sich denn unbemerkt mit einer Zigarette verbrannt haben?

VATER DER DISSOZIATION

Der französische Psychologe, Psychiater und Philosoph Pierre Janet (1859–1947) machte das Konzept der Dissoziation populär, nach dem sich Bewusstseinsinhalte abspalten können.

Obwohl Karin bereits mehrfach wegen Depressionen und lebensmüder Gedanken im psychiatrischen Krankenhaus war, hatte sie bisher nicht gewagt, über alle Symptome zu sprechen. Insbesondere fürchtete sie sich davor, für unzurechnungsfähig oder verrückt gehalten zu werden. Diesmal nehmen die psychotherapeutischen Gespräche jedoch einen anderen Verlauf: Die Ärztin fragt ausführlich und gezielt nach verschiedenen Symptomen, sodass Karin ihre Ängste schließlich offen ausspricht.

In letzter Zeit war ihr quälend bewusst geworden, wie kalt sie sich innerlich fühlte. Als ihre kleine Tochter bei den ersten Gehversuchen stolperte und sich wehtat, spürte sie überhaupt kein Mitleid, kein Bedauern. Stattdessen

Aus urheberrechtlichen Gründen können wir Ihnen die Bilder leider nicht online zeigen.

Aus urheberrechtlichen Gründen können wir Ihnen die Bilder leider nicht online zeigen.

ICH BIN VIELE

Menschen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung erleben abgespaltene Aspekte ihrer Persönlichkeit als eigene Personen.

Gleichgültigkeit und automatische Reaktionen wie ein Roboter. Gab es vielleicht sogar Momente, in denen sie ihrem Kind etwas antat?

Aber noch etwas anderes beunruhigt Karin: Von Zeit zu Zeit hat sie den vagen Eindruck, dass es noch »andere« in ihr gibt, die sie manchmal als schattenhafte Bilder wahrnimmt. Außerdem hört sie immer wieder Stimmen in ihrem Kopf – die der kleinen, furchtsamen Kati und die eines zornigen, aufbrausenden Kai. Die beiden scheinen sich zu unterhalten, was Karin meist tröstet, manchmal aber auch ängstigt. Zudem hatte sie sich offenbar mehrfach unter einem anderen Namen vorgestellt, was zu peinlichen Konfrontationen führte. Gemäß ihrer bisherigen Lebensstrategie »Augen zu und durch« hatte Karin versucht, nicht darüber nachzudenken. Doch nun hat ihr Mann mit Trennung gedroht, sollte sie weiterhin ihre Probleme ignorieren.

Die Ärztin teilt Karin schließlich die Diagnose mit: Dissoziative Identitätsstörung. Diese Erkrankung, so erklärt sie der Patientin, könne man als eine Art Selbstheilungsversuch der Psyche auf belastende Lebensereignisse verstehen.

Fallgeschichten wie diese sind keineswegs neu. Vielmehr handelt es sich bei der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) um ein altbekanntes psychiatrisches Phänomen. Erste Beschreibungen reichen zurück bis ins 19. Jahrhundert, als sich die Psychiatrie als Wissenschaft gerade

erst etablierte. Der französische Psychiater Pierre Janet (1859–1947) machte bei einigen seiner Patienten, die belastende Lebensereignisse hinter sich hatten, eine seltsame Beobachtung: Bestimmte Verhaltensweisen oder auch Erinnerungen der Betroffenen schienen sich ihrer bewussten Kontrolle zu entziehen. Augenscheinlich hatten sich die verschiedenen Bewusstseinsinhalte als Folge eines traumatischen Ereignisses voneinander getrennt, existierten jetzt nebeneinander und führten als »fixe Ideen« ein Eigenleben. Diesen Prozess bezeichnete Janet im Jahr 1889 als Dissoziation.

JANET GEGEN FREUD

Schnell entwickelte sich das Konzept in philosophischen und psychiatrischen Kreisen zu einem heiß diskutierten Thema. Janet arrivierte damit zum wissenschaftlichen Konkurrenten Sigmund Freuds, der bei seinen hysterischen Patientinnen ähnliche Symptome beobachtet hatte. Auch er vermutete als Ursache zunächst traumatische Erfahrungen, insbesondere innerfamiliären Missbrauch. Später distanzierte er sich jedoch von dieser anstößigen Erklärung und stufte die Schilderungen der Patientinnen als Fantasien ein. Seine gesellschaftsfähigere Theorie der Verdrängung ebnete der Psychoanalyse den Weg. Diese und die Arbeiten von Eugen Bleuler über die Schizophrenie sollten in den kommenden Jahrzehnten den psychiatrischen und

psychotherapeutischen »Mainstream« beherrschen. Das Konzept der Dissoziation geriet nahezu in Vergessenheit. Dennoch wurden bis 1944 über siebzig Fälle einer DIS publiziert.

Erst in den 1970er Jahren erwachte das Interesse an der Traumaforschung erneut – zum einen als Folge des Vietnamkriegs und zum anderen durch die Frauenbewegung, die sexuellen Missbrauch erstmals öffentlich thematisierte. Im Jahr 1980 fanden dann die dissoziativen Störungen zusammen mit anderen posttraumatischen Erkrankungen Eingang in die damalige dritte Auflage des amerikanischen psychiatrischen Diagnosehandbuchs (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders) DSM-III. Diese offizielle Anerkennung markierte den Beginn umfassender wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet der Dissoziation. Jetzt, da das Krankheitsbild mit standardisierten Methoden fassbar war, stellte sich heraus, dass DIS weitaus häufiger vorkam als bisher angenommen. Verschiedene Studien an stationären psychiatrischen Patienten in Nordamerika, aber auch in Europa und der Türkei, kamen zu dem Ergebnis, dass ein bis fünf Prozent dieser Menschen an der Krankheit litten. Meist handelte es sich um Frauen. Heutige Schätzungen gehen von achtzig Prozent weiblichen Betroffenen aus.

Viele DIS-Kranke schilderten traumatische Erlebnisse aus der Kindheit, da- ▶

Aus urheberrechtlichen Gründen können wir Ihnen die Bilder leider nicht online zeigen.

MULTIPLE FILMPERSÖNLICHKEIT

Die Figur des Norman Bates aus dem Hitchcock-Film »Psycho« ist eine der bekanntesten fiktiven multiplen Persönlichkeiten. Er glaubt, seine Mutter habe eine Frau in der Dusche erstochen. In Wahrheit ist seine Mutter schon vor Jahren gestorben und führt in Normans Bewusstsein als abgespaltenes Persönlichkeitsfragment ein Eigenleben.

nur um durch den Therapeuten suggestiv erzeugte Fantasien. Die vermeintlichen Erinnerungen des Patienten seien Pseudo-Erinnerungen und das Beharren darauf Teil einer eigenständigen Erkrankung, des False-Memory-Syndroms. Die extremsten Vertreter dieser Position behaupten, dass man Traumatisierungen in der Kindheit, insbesondere sexuellen Missbrauch, unmöglich vergessen kann.

VERGESSENE ERINNERUNGEN

Diese Vorstellung ist heute wissenschaftlich eindeutig widerlegt. Im Jahr 1994 und 1995 befragte Linda M. Williams (Wesley/USA) 129 Frauen, die als Kinder 17 Jahre zuvor wegen sexuellen Missbrauchs im Krankenhaus untersucht worden waren. Etwa 38 Prozent berichteten nicht über die dokumentierten Vorfälle. Ihre Antworten ließen darauf schließen, dass sie diese keineswegs absichtlich verschwiegen, sondern zum Zeitpunkt der Befragung sich einfach nicht daran erinnern konnten. Ähnliches beobachteten Cathy S. Widom und Norval Morris 1997. Sie interviewten 96 Personen, bei denen zwanzig Jahre zuvor sexueller Missbrauch gerichtlich festgehalten worden war. Auch hier erwähnten

37 Prozent auf Nachfrage das Trauma mit keinem Wort. Zudem konnte der Psychologe Hans Markowitsch von der Universität Bielefeld das Phänomen autobiografischer Gedächtnisblockaden sogar per funktioneller Bildgebung auf hirnebene nachweisen.

Indes macht die kontroverse Diskussion die Schwachstellen des Konzepts der DIS deutlich. Die bisherigen offiziellen Kriterien begünstigen in der Tat eine willkürliche Diagnose: Sie sind zu abstrakt und beschreiben das Krankheitsbild nicht präzise genug. So bleibt DIS für viele Therapeuten mysteriös und folglich auch unseriös. Es gilt, einen transparenteren Kriterienkatalog zu erstellen, wie er für andere psychische Erkrankungen, etwa depressive Störungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen, längst existiert (siehe Seite 37).

Worin liegt der biologische Sinn der Dissoziation? Das Verhalten von Menschen mit DIS kann sich in bestimmten Situationen so schlagartig ändern, dass sie nach außen hin wie eine vollkommen andere Person wirken – und genauso fühlen sich die Betroffenen auch. Obwohl sich die Störung bei jedem Patienten sehr individuell manifestiert, lässt sich ein charakteristisches Grundmuster erkennen: Neben einer relativ unauffälligen »Alltagsperson«, die eher zu wenig gefühlsmäßiges Erleben zeigt, agieren zeitweise eine oder mehrere andere »Personen«, die von traumatischen Emotionen geradezu überflutet werden. Natürlich handelt es sich dabei nicht um verschiedene Persönlichkeiten in einem Körper, sondern um abgespaltene Aspekte der Gesamtpersönlichkeit, die aber wie eigene Identitäten erlebt werden. Das Wechseln in eine andere Person können die Betroffenen normalerweise nicht steuern, ja oft wissen sie gar nichts davon.

Der Psychologe Ellert Nijenhuis vermutet, dass jeder Mensch über mindes-

▷ von bis zu neunzig Prozent körperlichen oder sexuellen Missbrauch. Dokumentiert sind aber auch Fälle emotionaler Grausamkeit, extremer Vernachlässigung, Armut oder das Miterleben eines gewaltsamen Todes. Verglichen mit anderen psychisch Kranken hatten diese Menschen besonders häufig und besonders schwere traumatische Erfahrungen gemacht. Alles in allem stützte dies die Hypothese, dass wiederholte kindliche Traumatisierungen zu einer anhaltenden Dissoziation der Persönlichkeit führen können.

Diese Schlussfolgerung blieb jedoch nicht unwidersprochen. Insbesondere warf man Therapeuten vor, das spektakuläre Auftreten in verschiedenen Identitäten bei ihren Patienten gewollt oder unbewusst selbst herbeizuführen. Dieser Vorwurf läuft insofern ins Leere, als ein Wechsel zu einer anderen Persönlichkeit in der Praxis nur selten beobachtet wird. Im Gegenteil: Wie auch im geschilderten Fallbeispiel versuchen die meisten Betroffenen dieses erschreckende dissoziative Symptom vor ihren Mitmenschen zu verbergen. Zu den entscheidenden Merkmalen gehören vielmehr: Gedächtnisprobleme, Trancezustände, quälende innere Stimmen oder offensichtliche Anzeichen für Taten oder Verhalten, an die man sich nicht erinnern kann (siehe Kasten Seite 37). Eine Diagnose anhand eines Verhaltens »wie verschiedene Persönlichkeiten« wird der DIS ebenso wenig gerecht wie »Traurigkeit« die Diagnose einer depressiven Störung erlaubt.

Aber auch an der traumatischen Ursache der Erkrankung wurden Zweifel laut. So argumentieren DIS-Gegner, bei den in der Therapie aufkommenden traumatischen Erinnerungen handele es sich



MULTIPLE PERSÖNLICHKEIT – AUF DEN PUNKT GEBRACHT

DIE OFFIZIELLEN DIAGNOSEHANDBÜCHER der American Psychological Association (APA) und der WHO beschreiben die Dissoziative Identitätsstörung zu abstrakt und bieten nicht-spezialisierten Therapeuten zu wenig Orientierung. Daher wird die DIS häufig nicht erkannt oder aber Ärzte befürchten, sie fälschlicherweise zu diagnostizieren. An der Medizinischen Hochschule Hannover arbeiten wir (Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Leitung: H. M. Emrich) in Kooperation mit der Bielefelder Psychiaterin und Psychotherapeutin Luise Reddemann daran, ökonomische und präzisere Diagnosekriterien für die DIS zu entwickeln. Dazu werden in einem von der deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekt zurzeit achtzig Patientinnen mit einer klinisch gesicherten DIS-Diagnose mit anderen psychiatrischen Patientinnen und gesunden Probanden verglichen. Als Grundlage dient eine neue rationale Diagnosehilfe, die der amerikanische Psychologe Paul Dell vom Trauma Recovery Center in Norfolk (Virginia) entwickelt hat. Der Fragebogen gliedert die Erkennungsmerkmale der DIS in drei Gruppen.

Nicht ausreichend integrierte Gedächtnis- und Wahrnehmungsinhalte:

► Gedächtnisprobleme, Entfremdungserleben sich und der Umgebung gegenüber, Flashbacks, Trancezustände.

Nicht ausreichend integriertes Identitätserleben:

► Hinweise auf teilweise abgespaltene Identitäts- oder Selbstzustände: als nicht zu sich selbst gehörig empfundenes Sprechen, Denken oder Fühlen; Fähigkeiten, die wie von jemand anderem eingegeben oder gemacht erlebt werden. Der Patient hört innere (Kinder-)Stimmen oder kritisierende Stimmen der anderen Selbstzustände.

► Hinweise auf vollständig abgespaltene Identitäts- oder Selbstzustände: Massive Gedächtnislücken mit dem Gefühl, »Zeit zu verlieren«, nicht erinnerbares Verhalten. Die Betroffenen finden Sachen, an deren Erwerb sie sich nicht erinnern können, Zeichnungen oder Spuren von Selbstverletzungen, von deren Entstehung sie nichts wissen.

Das augenscheinliche Wechseln zwischen verschiedenen Persönlichkeiten kommt in diesem Katalog nicht vor.

tens zwei angeborene Funktionssysteme verfügt: ein normales Alltagssystem und ein Überlebenssystem für extreme Bedrohungen. In starker emotionaler Bedrängnis zieht sich das Bewusstsein zurück – es schottet sich ab, um einströmenden Reizen und überwältigenden Emotionen zu entkommen. Die Folgen dieses Notfallmechanismus äußern sich in den bekannten posttraumatischen Symptomen, wie drängenden, ängstigen Erinnerungsbildern (»Flashbacks«), die sich mit emotionaler Taubheit und Abgestumpftsein abwechseln.

SCHÜTZENDE FANTASIEN

Normalerweise werden Alltags- und Überlebenssystem durch das Bewusstsein irgendwann wieder miteinander verbunden. Bei wiederholten und länger anhaltenden Traumatisierungen in der Kindheit kann sich diese Integrationsfähigkeit des Gehirns jedoch nicht entwickeln. Insbesondere inzestuöser sexueller Missbrauch fördert die dissoziative Bewältigungsstrategie. Da die Bezugspersonen die Geschehnisse leugnen, flüchtet das Kind in die Vorstellung, die Grausamkeiten seien gar nicht ihm, sondern jemand anderem passiert. Oft schafft es sich dabei sehr fantasievolle Projektionsfiguren, die den verschiedenen Persönlichkeitszuständen schließlich ihre Individualität verleihen.

Der ursprüngliche Sinn der Dissoziation besteht also darin, eine innere Wirklichkeit zu schaffen, die ein emotionales

Überleben in traumatischen Situationen gewährleistet. Doch einmal als Bewältigungsstrategie gebahnt, wird sie bei wiederkehrenden Traumatisierungen immer selbstverständlicher genutzt: Die dissoziative Reaktion schleift sich ein. Auf diese Weise können sich viele verschiedene »Personen« bilden, meist bis zu zehn, in Extremfällen aber auch zwanzig und mehr. Obwohl Vorläufer und erste Symptome der DIS meist schon im Kindesalter auftreten, wird die Störung oft erst im Erwachsenenalter diagnostiziert. Der Kern der Krankheit besteht nicht in der Dissoziation selbst, sondern darin, dass die dissoziative Bewältigungsstrategie sich selbstständig und so im Alltag zur Belastung wird.

Wie kam Karins Ärztin zu ihrer Diagnose? Es lagen typische Verdachtsmomente vor: Gedächtnisprobleme und Amnesien waren die wichtigsten Hinweise, aber auch das Misslingen vorhergehender Behandlungen, drei oder mehr unterschiedliche Vordiagnosen, selbst verletzendes Verhalten und wechselnde psychosomatische und psychiatrische Symptome. Wie andere Patienten mit

DAS GESCHIEHT NICHT MIR
Eine Patientin mit Dissoziativer
Identitätsstörung fasste ihre
Erinnerungen an Inzestsituationen
in Bilder.

Dissoziativer Identitätsstörung wurde Karin in ihrer Kindheit schwer misshandelt und sexuell missbraucht.

Eine individuelle mehrjährige Psychotherapie soll ihr jetzt helfen, wieder als einheitliche Person zu leben. Der therapeutische Weg zu diesem Ziel hat sich in den letzten Jahrzehnten allerdings gewandelt. Während in den frühen 1980er Jahren das Auseinandersetzen mit den traumatischen Erfahrungen im Vordergrund stand, hat sich seit Mitte der 1990er ein phasenorientierter Ansatz durchgesetzt. Bei diesem steht an allererster Stelle der Aufbau von Sicherheit. Besonders wichtig ist es für die Patientin, eine vertrauensvolle Beziehung zu Therapeut oder Therapeutin zu entwickeln – für viele Traumatisierte eine schwierige Aufga- ▶



Aus urheberrechtlichen Gründen können wir Ihnen die Bilder leider nicht online zeigen.

ZERRBILD EINER KRANKHEIT
Dr. Jekyll ist keine multiple Persönlichkeit. Sein bizarres Verhalten ist vielmehr die Folge eines Arznei-Selbstversuchs.

▷ be. Zugleich muss sie lernen, quälende Flashbacks zu unterbrechen sowie für gegenwärtige Krisensituationen angemessene Gefühlsreaktionen und Lösungsstrategien einzuüben. Die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen bleibt zwar wichtiger Bestandteil der Behandlung, findet aber erst statt, wenn die Patientin psychisch gefestigt genug ist, um dem Wiedererinnern und Wiedererleben traumatischer Erfahrungen gewachsen zu sein. So können Patienten wie Karin Schritt für Schritt lernen, die Dissoziation als Bewältigungsmechanismus aufzugeben und die Verantwortung für ihr Leben zu tragen. ◀



URSULA GAST ist Ärztin für Psychotherapeutische Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und hat sich auf dem Gebiet der Dissoziativen Persönlichkeitsstörung habilitiert.

Literaturtipps

Huber, M.: Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Frankfurt a.M.: Fischer-Verlag 1995.

Putman, F.: Die Dissoziative Identitätsstörung. Paderborn: Junfermann-Verlag 2003.

Weblinks

www.issd.org (Homepage der International Society for the Study of Dissociation)

www.dissoc.de/issd./issd.htm

DER DIAGNOSTISCHE NOTNAGEL

Ist die Dissoziative Persönlichkeitsstörung eine ernsthafte Erkrankung oder ein Fantasieprodukt der Therapeuten?

Unlängst verurteilten US-Gerichte mehrere Therapeuten zu hohen Geldstrafen. Der Vorwurf: Sie hätten ihren Patienten eine multiple Persönlichkeit sowie falsche traumatische Erinnerungen eingeredet. Seither verbreiten verschiedene Medien die Meinung, dass ein Krankheitsbild wie die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) überhaupt nicht existiert. **Gehirn&Geist** sprach mit Professor Ulrich Sachsse von der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Göttingen, über die Schwächen und Stärken dieses psychiatrischen Konzepts.

G&G: Herr Sachsse, haben Sie selbst schon einmal eine Dissoziative Persönlichkeitsstörung diagnostiziert?

Sachsse: Das habe ich. Seit 1996 behandeln wir auf unserer Schwerpunktstation in Göttingen Frauen, die an den Folgen traumatischer Erlebnisse leiden. Bei fünf bis zehn Prozent der bis heute etwa 300 Patientinnen konnten wir kein Störungsbild diagnostizieren, das uns stimmiger erschienen wäre. Für diese kleine Gruppe war DIS sozusagen die richtigste Diagnose, die wir stellen konnten.

G&G: Das klingt, als sei DIS für Sie eher eine Notlösung.

Sachsse: Ich bin nicht glücklich mit der Diagnose DIS, ebenso wenig wie mit der Diagnose Borderline-Störung – eine andere meiner Meinung nach stressbedingte Störung. Denn beide Krankheitsbilder beschreiben die Wirklichkeit eines Patienten immer nur zu etwa zwei Drittel. Für mich ist die DIS eine besondere Form der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung. Ich würde daher auch zustimmen, alle drei zu einer einzigen Diagnose zusammenzufassen, als »Störungen durch schwere Stresserfahrungen«, wie es unter

Fachleuten bereits diskutiert wird.

G&G: Wie man die DIS in Zukunft auch immer nennen mag, an der wissenschaftlich belegbaren Existenz einer derartigen Störung zweifeln Sie demnach nicht.

Sachsse: Beweisbar ist bis heute kaum eine der klassischen psychiatrischen Diagnosen! Ob Zwangsstörungen, Schizophrenie oder Depression – es handelt sich immer nur um eine Zusammenschau: von Informationen, die der Patient liefert, von beobachtbarem Verhalten, von einer Expertenmeinung und von einer Theorie, die das Verhalten erklärt. Insofern ist die Diagnose DIS genauso sinnvoll oder sinnlos wie etwa die Diagnose Depression. Ebenso könnte es sein, dass »die Schizophrenie« in 15 Jahren gar nicht mehr existiert. Ob eine Diagnose im naturwissenschaftlichen Sinne richtig ist, frage ich mich daher erst in zweiter Linie. Für mich zählt, ob ein Konzept therapeutisch hilfreich ist.

G&G: Kritiker werfen Psychotherapeuten vor, sie würden den Patienten das Multipelsein nur einreden. Und selbst die Verfechter des Konzepts gestehen etwa zehn Prozent Fehldiagnosen ein.

Sachsse: Es wundert mich, dass es nicht mehr sind! Die Diagnosen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen sind leider generell nicht so trennscharf, wie man sich das wünschen würde. Zudem gibt es in der Tat das Phänomen, dass Therapeuten erst einmal schauen, ob ein Patient in ein Störungsbild, das sie besonders gut kennen und behandeln können, hineinpasst. Deshalb ist es so wichtig, dass Therapeuten flexibel verschiedenste Therapieformen beherrschen. Erst dann sind sie auch innerlich in der Lage, die Vielfalt der Diagnosen zuzulassen.

G&G: Beharren manche Patienten nicht selbst starrsinnig darauf, multipel zu sein?

Sachsse: Selbstverständlich gibt es Menschen, die ihre eigene Identität in der psychiatrischen Diagnose suchen und finden. Daher ist auch große Vorsicht angebracht: Ein Patient, dem ich sage, er leide an einer Depression, sieht sich selbst völlig anders, als wenn ich ihm mitteile, er leide an einer Angststörung. Aber ich habe selten erlebt, dass neue Patientinnen auf Station ihr Multipelsein wie eine Art Markenzeichen auf einem großen Schild vor sich hertragen. Im Gegenteil – sie versuchen in der Regel, ihre normale, angepasste Persönlichkeitsseite durchzuhalten.

G&G: Als Ursache der DIS gelten schwere Traumatisierungen, die aber häufig erst im Laufe der Therapie offen gelegt werden. Handelt es sich um wahre Erinnerungen oder um Fantasien des Therapeuten?

Sachsse: Natürlich besteht in jeder Psychotherapie immer das Problem, dass Wirklichkeiten nicht gefunden oder aufgedeckt, sondern vielmehr gemeinsam Sinn stiftend erschaffen werden. Das darf der Therapeut nicht verwechseln – ein Denkfehler, der in vielen Therapieschulen immer noch durch die Köpfe geistert. Denn was in einer Therapie herauskommt, ist

Sachsse: Nicht unbedingt. Deshalb muss ich vermitteln: »Was ich von Ihnen höre, sind Ihre inneren Bilder, Ihre inneren Wirklichkeiten.« Es können Erinnerungen sein oder aber Interpretationen der Realität. Ob das wirklich so passiert ist – und das fragen mich die Patientinnen natürlich –, kann ich nicht beantworten. Das kann derzeit niemand. Gedächtnisforscher arbeiten zwar daran, hirneurologisch Erinnerungen und Fantasien voneinander zu trennen. Ob es ihnen gelingt, bleibt abzuwarten.

G&G: Wie arbeiten Sie dann mit diesen traumatischen Erinnerungen, wenn man ihnen gar nicht trauen kann?

Sachsse: Ob ein traumatisches Ereignis genau so geschah oder nicht, ist weder für die Diagnose der DIS noch für die Therapie entscheidend. Das Problem ist ein anderes: Irgendwann in der frühen Vergangenheit des Betroffenen ist etwas Schlimmes passiert, was bereits seine Kindheit und Jugend belastet hat. Und jetzt zerstören diese Erinnerungen oder Bilder aus der Vergangenheit auch noch die Gegenwart! In der Therapie biete ich einer Patientin an, ihr zu helfen, diesen

»Ob das traumatische Ereignis genau so ablief, ist weder für Diagnose noch Therapie entscheidend«

wahrscheinlich stimmig, aber nicht immer im wissenschaftlichen, historischen oder juristischen Sinne wahr. Gedächtnisforscher haben ja schon längst herausgefunden, dass wir selbst unsere Erinnerungen, unsere Lebensgeschichte immer wieder neu schreiben. Wenn Sie einen 25-jährigen Menschen nach seiner Kindheit fragen, erzählt er ihnen eine ganz andere Geschichte als später mit 40 oder 65 Jahren. Wir erinnern uns an das, was wir zur Bewältigung der Gegenwart gerade brauchen. Und dies macht es schwierig, von Erinnerungen auf die Wirklichkeit zu schließen.

G&G: Hoffentlich ist das auch den Patienten klar?

Bildern oder quälenden inneren Elementen ihre Macht zu nehmen. Denn das ist die Voraussetzung dafür, dass sie im Heute glücklicher und erfüllter leben kann.

G&G: Wie erklären Sie sich die Flut an Prozessen, die ehemalige DIS-Patienten in den USA gegen ihre Therapeuten führen oder geführt haben?

Sachsse: In den Jahren 1980 bis 1990 haben Therapeuten in den USA die Diagnose DIS inflationär gestellt. Besonders in der Anfangszeit wurden daraufhin Menschen angeklagt und verurteilt, weil Patienten in der Therapie glaubten, sich an erlittenen Missbrauch und Gewalt zu erinnern. Dabei kam es nachweislich zu Falschanklagen



HENDRIK FAURE

ULRICH SACHSSE leitet eine Schwerpunktstation für Patientinnen mit posttraumatischen Störungen.

und Fehlurteilen. Nun hieß es auf einmal: »Die multiple Persönlichkeit gibt es gar nicht« und »Das ist alles erlogen, simuliert, gespielt oder von Therapeuten erfunden«. Diese hysterische Schwarz-Weiß-Malerei hat in den USA eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Diagnose sehr erschwert – und der Therapie der Klientel geschadet. Im Gegensatz zu dem Glaubenskrieg, der in den USA geführt wird, verläuft die Diskussion in Deutschland glücklicherweise wesentlich sachlicher und wissenschaftlich fundierter.

G&G: Sind Sie im Stillen nicht vielleicht doch ein Fan der DIS?

Sachsse: Ich suche nicht aktiv danach, ob eine Patientin nicht vielleicht doch tief verborgen irgendwo multipel sein könnte. Aber ich bin dafür offen, dass sie über nicht integrierte – abgespaltene – Persönlichkeitsanteile aus ihrer Kindheit verfügen kann. Und dieses Phänomen können wir derzeit mit der Diagnose DIS nicht nur am besten verstehen, sondern auch therapeutisch gut vermitteln und besser behandeln als mit anderen Konzepten. ◀

Das Interview führte **Gehirn&Geist**-Redakteurin **KATJA GASCHLER**.