

Multiple Persönlichkeiten eine Folge extremer Gewaltanwendung

Rosemarie Steinhage

Die Diagnose Dissoziative Identitätsstörung (DIS), früher „Multiple Persönlichkeit“ findet sich im ICD 10 unter F 44.81. Dieses Krankheitsbild wird in Psychotherapiekreisen strittig diskutiert. Patienten, zumeist Frauen, bei denen oft erst nach vielen Jahren diese Krankheit diagnostiziert wird, werden häufig mit anderen Diagnosen wie z.B. Depressionen jahrelang (fehl-)behandelt. Nach wie vor gibt es viele Zweifel, viel Nicht-Wissen über das Krankheitsbild DIS und infolgedessen wenig Erfahrung im Umgang mit DIS. Die Autorin führt in das Krankheitsbild DIS ein und beschreibt und reflektiert den Umgang mit DIS in der ambulanten Psychotherapie.

Wie die meisten meiner Kolleginnen und Kollegen bin ich durch Zufall auf dieses Krankheitsbild gestoßen. Seitdem habe ich mehrere Frauen mit dieser Diagnose in Psychotherapie und habe viele Psychotherapeut(inn)en, die eine multiple Klientin behandeln, supervisorisch begleitet.

Ein typischer Fall

Anfang der 90iger Jahre kam eine damals 26 jährige Frau in Psychotherapie. Diese war von ihrem Vater schwer misshandelt, vom Großvater mütterlicherseits und vom Vater sowie von dessen Freunden – zum Teil gemeinschaftlich - schon im Babyalter sexuell missbraucht worden. Die Mutter war bei den Misshandlungen in der Wohnung anwesend, einmal hatte sie demonstrativ die Wohnung verlassen, während der Vater die Tochter so schwer misshandelte, dass diese dachte, dass sie diese Misshandlung nicht überleben würde. Sechszehnjährig und zwanzigjährig hatte sie versucht, sich mit Schlaftabletten das Leben zu nehmen. Beide Male war sie „wie durch einen Zufall“ gefunden worden. Sie hatte eine Berufsausbildung abgeschlossen, in dem Beruf auch mehrere Jahre gearbeitet und befand sich zu Beginn der Psychotherapie in der Mitte ihres Studiums.

Die junge Frau hatte den Kontakt zu ihren Eltern seit Jahren vollkommen abgebrochen. Mir ist damals aufgefallen, welch ungeheure Kraft und welch ein starker Wille in der Frau steckte. Trotz traumatischer Kindheit, zwei Suizidversuchen und permanentem inneren psychischen Stress hatte sie ein Studium angefangen und gleichzeitig begonnen, in einer Psychotherapie, die in der Kindheit widerfahrene schwere Gewalt aufzuarbeiten. Mir erschien das alles zusammen als eine ungeheure Belastung. Sie schloss ihr Studium während der therapeutischen Behandlung mit der Note „sehr gut“ ab.

Diagnose Depression

Die Patientin hatte alle Symptome einer schweren Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Diagnose, die von KollegInnen gestellt worden war, hieß „schwere Depression“.

Die Arbeit ging gut voran. Nachdem Teile der schweren Misshandlung und des sexuellen Missbrauchs in Therapie bearbeitet worden waren, hatte sie beschlossen, mit ihrer Tante darüber zu sprechen, dass der Vater sie missbraucht habe. Das Gespräch fand zu ihrer Zufriedenheit statt. Sie war sehr erleichtert, dass die Tante ihr glaubte.

Wenige Wochen später kam sie in die Sitzung vollkommen verändert: Steif und starr in ihrer gesamten Körperhaltung. Ihr Gang eher mechanisch und roboterhaft als habe sie einen Stock verschluckt. Ihre Augen waren von Angst geweitet. Sie konnte nur - mit großen Gesprächspausen - flüstern. Das Sprechen fiel ihr sichtbar schwer. Unter großen Anstrengun-

gen ihrerseits, sich mir verständlich zu machen und meinerseits, das Flüstern richtig zu verstehen, konnte ich herausfinden, dass der Vater sich nach ca. zehn Jahren bei ihr telefonisch gemeldet hatte. Die Tante hatte in einem Familienstreit dem Vater die Misshandlungen und Vergewaltigungen der Tochter vorgeworfen. Der Vater drohte der Tochter, falls sie weiter „solche Sachen“ erzähle, würde er sie aufsuchen.

Die alte Angst war aktualisiert. Angst, der Vater könne täglich vor der Türe stehen, Angst, er würde seine Drohungen aus Kindheit und Jugend, sie zu töten, falls sie darüber spreche, realisieren.

Eine Arbeit daran war schwer möglich. Die junge Frau blieb starr, fast regungslos in dieser Körperhaltung und die Angst blieb in ihren Augen sichtbar; der Flüsterton über viele Sitzungen erhalten. Sie war nur mühsam zu verstehen, jedes Wort war für sie eine Qual.

Ich spürte deutlich meine fachlichen Grenzen. Auch meine Supervisionsgruppe konnte mir nicht weiterhelfen. Alle empfohlenen Interventionen brachten nicht das gewünschte Ergebnis und ich zog den Ärger der gesamten Gruppe auf mich. Ich wurde ärgerlich auf die Patientin, weil sich nichts bewegte und die Supervisionsgruppe auf mich. Eine Verbesserung des Zustandes der Patientin trat nicht ein.

In meiner Not und in der Angst, der Zustand der Patientin könne sich noch verschlimmern, hatte ich nur noch eine Idee: Ich las noch einmal meine Sitzungsprotokolle, um zu verstehen, wie es zu dem Zustand gekommen war, welche Interventionen schon versucht waren, in der Hoffnung, eine neue Idee zu bekommen. In dem Protokoll der Sitzung, in der die Patientin zum ersten Mal in dem versteinerten Zustand zur Therapie kam, fand ich meine Aufzeichnung über die körperliche Verfassung der Patientin: „Sie ist so verändert als wäre sie nicht meine Patientin“. In der Distanz zu der Sitzung (es waren sicherlich 6-8 Wochen vergangen) brachte dieser Satz Klarheit. Wie beim Focusing spürte ich den „felt sense“. Genauso war es: Sie war nicht meine Patientin. Ich hatte vor vielen Jahren das Buch: Sybil (Schreiber 1984) – wie einen Krimi – gelesen und ich war mir jetzt sicher, dass diese junge Frau sich in einem dissoziativen Zustand befand. Die Erleichterung, die Lösung gefunden zu haben, spürte ich körperlich: Es fiel mir ein Stein vom Herzen. Danach trat jedoch bei mir erneut Angst auf: Was mache ich mit diesem Wissen? Wie interveniere ich in der nächsten Sitzung? Wo kann ich mir supervisorisch Hilfe holen? Viele Fragen, keine Antworten. Zunächst kaufte ich mir noch mal das Buch „Sybil“. Immerhin wusste ich jetzt, dass die Diagnose wahrscheinlich „Multiple Persönlichkeitsstörung“ war. Die nächste Sitzung kam, ohne dass ich Ideen bekommen hatte, wie ich intervenieren könnte, auch nicht, wie man dieses Krankheitsbild behandelt. Als besonders schlimm empfand ich, dass ich meine Überlegungen damals mit keinem der Kolleg(inn)en teilen konnte.

Der Durchbruch

In der folgenden Sitzung kam die Patientin wie immer: Starr und steif in der Haltung; angstvoll geweitete Augen und sprach zunächst nichts. Ich sprach sie mit Vornamen an: „Anja...“ Sie sagte: „Ich bin nicht Anja“. „Wer bist du?“ fragte ich – „Ich bin Sarah“. Ich habe Angst. Ich habe riesige Angst, dass er kommt und uns alle umbringt“, flüsterte sie. „Du hast Angst, dass er euch alle umbringt“, wiederhole ich nur, nicht wissend, wie mir geschieht. „Ja, er wird uns umbringen“. „Wer ich euch?“ fragte ich (ich wusste, dass sie allein wohnt.) „Na, uns“ sagt sie. „Da ist noch Anja, und die Beobachterin, die alles weiß, weil sie alles beobachtet hat, und Katie und die Kinder. Wie viele seid ihr?“ „Vielleicht sechs oder sieben“. „Sechs oder sieben in einem Körper“?

Obwohl sich jetzt bestätigte, was ich in den Tagen vorher gelesen hatte, fühlte ich mich sehr hilflos im Gespräch mit Sarah. Ich stellte viele Fragen und sie erzählte: Über sich und die anderen, wie viele es gibt, welche Rollen die einzelnen im System haben, etc. Ich war sprachlos, mein Gehirn arbeitete wie ein Computer. Wie sollte ich mir das alles merken? Die Stunde verging wie im Flug. Ich war danach irgendwie glücklich und froh aber auch „wie erschlagen“. Was jetzt? Ich hatte für diese Behandlung keine Ausbildung. Wo würde ich Supervision, wo Literatur darüber finden? Wie könnte ich die Frau weiterbehandeln, ohne das geringste Wissen darüber? Wohin könnte ich sie weitervermitteln?

Nach vielen Recherchen und fachlichen Diskussionen habe ich mich entschieden, mit der Patientin weiter zu arbeiten. Dies war der Einstieg in die Thematik, die mich nun viele Jahre begleitet. Diese Erfahrungen und Erkenntnisse habe ich zusammengefasst.

Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Die Beschäftigung mit dem Thema Persönlichkeitsspaltung (Dissoziation) ist nicht neu. Der erste, der sich mit Dissoziation bei Menschen befasste, war Pierre Janet (1859-1947). Aus verschiedenen Gründen - deren Ausführung den Rahmen dieses Artikels sprengen würden - wurde das für die Gesellschaft unangenehme Thema für Jahrzehnte aus der öffentlichen Diskussion verbannt (hierzu: Putnam 2003; Overkamp et al. 1997, S.74, Huber 1995)

Der Frauenbewegung ist es zu verdanken, dass das Thema sexueller Missbrauch von Kindern in den 80iger Jahren - als sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Jungen erkannt und benannt - auch von der Fachöffentlichkeit wieder ernsthaft aufgegriffen wurde. Schwere Traumatisierungen durch Sexuellen Missbrauch in der Kindheit (vor allem durch Eltern und nahe Verwandte) und Kindesmisshandlung werden inzwischen als eine der wichtigsten und häufigsten Ursachen für die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) erkannt (Huber 1995, Huber 2003a; 2003b; Putnam 2003, 77). Dissoziative Symptome sind aber auch Folge von Traumatisierungen durch Krieg und Folter. Man schätzt die Häufigkeit der DIS bei ca. 5% (Putnam 2003). Zu vermuten ist, dass sich nicht das Vorkommen der DIS erhöht hat sondern die Diagnostik und das Verständnis und Wissen über frühkindliche Traumatisierungen und deren Folgen verbessert haben (Overkamp et al 1997; Putnam 2003). Die Anzahl der unterschiedlichen Alter-Persönlichkeiten erwachsener Menschen mit DIS steht in einer signifikanten Korrelation zu Anzahl der unterschiedlichen Traumata, die den Menschen in ihrer Kindheit widerfahren ist (Putnam 2003, 78).

Dissoziationen treten in nichtpathologischen Formen wie Tagträumen bis zu stark pathologischen Formen wie bei der Multiplen Persönlichkeit auf. „Traditionell werden dissoziative Störungen als akute, zeitlich beschränkte Reaktionen verstanden, die einem traumatischen Ereignis unmittelbar folgen“ (Putnam 2003, 21). Eindeutigkeit besteht bei fortschrittlichen WissenschaftlerInnen inzwischen darin, dass der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) schwere Traumata zugrunde liegen.

„Die weite Verbreitung dissoziativer Reaktionen und ihre vielen Formen und Gestalten sprechen dafür, dass die Dissoziationen für den Menschen eine wichtige Funktionen erfüllen und dass sie für die Sicherung des Überlebens von großer Bedeutung sind“ (Ludwig 1983, 95).

Definition: Dissoziative Identitätsstörung:

Laut **ICD 10** ist das Hauptkriterium für DIS (Multiple Persönlichkeitsstörung; F 44.81):

Das Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten in einem Individuum. Diese verfügen über eigene Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben, von denen zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine außen sichtbar ist. „Die ICD 10 stellt (...) einen engen Zusammenhang zu einem traumatischen Ereignis her, das als Auslöser für einen ersten Wechsel beziehungsweise das Entstehen der ersten anderen Persönlichkeit gilt“ (Overkamp et al 1997, 75).

Auch im DSM IV (1998) ist die Dissoziative Identitätsstörung (vormals multiple Persönlichkeitsstörung) definiert als:

Die Existenz von zwei oder mehr unterschiedlichen Identitäten oder Persönlichkeitszuständen. Jede mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster, die Umgebung und sich selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich gedanklich mit ihnen auseinanderzusetzen. Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person. Die Person ist unfähig, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend sind, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden. Die Anzahl der Identitäten kann von zwei bis mehr als 100 reichen (DSM IV, 1998).

Nach der International Society for the Study of Dissociation (ISSD) ist das Stellen der Diagnose DIS gerechtfertigt, wenn eine Person an mindestens ein bis zwei Gelegenheiten Kontakt mit mindestens zwei verschiedenen Persönlichkeitszuständen hatte und diese auch wieder erkennen konnte; Diese sich also in einer kontinuierlichen/konstanten Form zeigten (Overkamp et al 1997, 76).

Die Auswirkungen von schweren Traumata im Kindesalter auf die Hirnentwicklung beschreibt der Neurobiologe Hüther folgendermaßen: Wenn es einem Kind nach einer traumatischen Erfahrung nicht gelingt diese unkontrollierten Stressreaktionen irgendwie anzuhalten, so ist es verloren, denn die dadurch ausgelösten Destabilisierungsprozesse können lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Jedes traumatisierte Kind spürt das und es wird deshalb mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln versuchen, die traumatische Erfahrung und die posttraumatische immer wieder aufflammende Erinnerungen an das erlebte Trauma unter Kontrolle zu bringen. Wenn das Trauma durch enge Bezugspersonen ausgelöst worden ist, kann es sich auf Unterstützung von Menschen nicht mehr verlassen; es hat kein Vertrauen zu Menschen mehr. Wenn alle bisher erlernten Bewältigungsstrategien nicht ausreichen, den Stress unter Kontrolle zu kriegen, ist die einzige Strategie, die ihm noch Linderung verschaffen kann, die Abkoppelung der traumatischen Erfahrung aus dem Erinnerungsschatz, ihre Ausklammerung durch eine gezielt veränderte Wahrnehmung und assoziative Verarbeitung von Phänomenen der Außenwelt“ (Hüther 2003, 102). Die Folgen dieser Überlebensstrategien sind: Bewusstseinsveränderungen, Amnesien, Hypermnesien, Dissoziationen, Depersonalisations- und Derealisationsphänomene, Flashbacks und Alpträume (Hüther, 2003, 103). Die Dissoziation ist demnach eine Bewältigungsstrategie permanenten psychischen Stress unter Kontrolle zu halten. Das bedeutet für das Kind einen dauerhaften, ungeheueren psychischen Energieaufwand und ist eine Fähigkeit, andauernden psychischen Stress zu überleben.

Menschen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung leben in mehreren Identitäten, die sich mit ihren spezifischen Verhaltensweisen, Einstellungen, Erinnerungen, Krankheiten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Vorlieben und eigenem Stil von einander unterscheiden. In über 80 % sind Frauen von diesem Krankheitsbild betroffen (Overkamp et al., 79). Die Persönlichkeit, die die meiste Zeit den Alltag regelt (in der wiss. Literatur auch „Gastgeberin“ oder „host“ genannt), hat zunächst keinerlei Kontakt zu den anderen Identitäten und weiß auch von deren Existenz nichts. Sie leidet unter extremen Zeitlücken und Amnesien und sieht sich immer wieder mit Handlungen konfrontiert, die ihre Alter-Ichs ausgeführt haben, ohne zunächst eine Ahnung von deren Existenz zu haben.

Für diese Frauen ist der Alltag sehr schwierig, weil sie Zeit verlieren und große Erinnerungslücken haben. Sie hören Stimmen in ihrem Kopf, finden Kleidungsstücke und andere Dinge in ihrer Wohnung, an deren Anschaffung sie sich nicht erinnern und sie bemerken in ihren Aufzeichnungen unterschiedliche Handschriften, etc.

Frauen mit dem Krankheitsbild DIS leiden neben den dissoziativen Phänomen häufig unter vielfältigen klinischen Symptomen wie: Kopfschmerzen, Panikanfälle, Depressionen, selbstzerstörerischen und selbstverletzenden Verhaltensweisen z.B. Drogenmissbrauch und Prostitution sowie unter Schlafstörungen, Sexualstörungen, Zwangsphänomenen, Essstörungen, akustische Halluzinationen und unerklärlichen körperlichen Schmerzen (Putnam 2003, 83ff).

Das Entstehen Multipler Persönlichkeiten

Hauptursache der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) sind schwere Traumata in der Regel schon in der Kindheit (Huber 1995, Overkamp et al 1997, 78; Putnam 2003, 77).

Ein Trauma beschreibt eine Gewalteinwirkung, die von außen so heftig und plötzlich auf eine Person einwirkt, dass diese dadurch in einen Angst-, Schreck- und Stresszustand versetzt wird. Das plötzliche Auftreten und die Heftigkeit der Intensität bewirken, dass die Person sich weder rechtzeitig in Sicherheit bringen, noch irgendwie schützen und der Situation

auch nicht entkommen kann. Sie wird von dem Ereignis ungeschützt überrollt. Kampf und Flucht (fight or flight) sind nicht möglich. Die Person fühlt ihr Leben existenziell bedroht. Sie hat das Gefühl: Jetzt ist alles aus!

Sie fühlt sich durch die Bedrohung überwältigt. Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schutzlosigkeit treten auf, häufig verbunden mit körperlichen Schmerzen und Verletzungen.

Dadurch, dass das Ereignis sich der Person so plötzlich und heftig von außen bemächtigt, können innerpsychisch keine kognitiven, emotional-affektiven und psychomotorischen Schutz- und Anpassungsmechanismen mobilisiert werden. Das Ereignis kann kognitiv nicht – wie in anderen Lebenssituationen – eingeordnet werden. Der Stresspegel steigt so hoch, dass es zum Zerreißen der Wahrnehmung und des Traumaerlebens kommt (Besser 1998). Als Folge treten autoprotektive Wahrnehmungsveränderungen auf. Das sind Schutzmechanismen, die den traumatisierten Menschen im Augenblick des traumatischen Ereignisses weniger spüren und leiden lassen. Man nennt sie Dissoziation.

Die Dissoziation umschreibt Phänomene, die sich graduell steigern: Vom Entfremdungserleben der Umgebung (Derealisation) über Entfremdungserleben der eigenen Person (Depersonalisation), der erlösenden Ohnmacht/Bewusstlosigkeit bis zur **Fragmentierung des traumatischen Ereignisses**. Die Sinneseindrücke werden vom narrativen Gedächtnis getrennt gespeichert. Im Extremfall führt die Traumatisierung zur Zersplitterung der (Selbst-) Wahrnehmung, also zur **Ich-Fragmentierung** (Besser 1998).

Der Stresspegel, der durch das traumatische Ereignis verursacht wird, ist so groß, dass er vom Gehirn nicht adäquat verarbeitet werden kann. Er ist zu überwältigend, daran würde der Mensch sterben. Das Gehirn speichert die Informationen deshalb - als Schutz - fraktioniert. Die Traumafragmente: Alle Sinneseindrücke wie Angst; Schrecken und alle zugehörigen körperlichen Erscheinungen, wie Atembeschleunigung, Atemnot, Schwindel, nahende Ohnmacht, Zittern, Schwächegefühle, weiche Knie, Schmerz, Übelkeit etc. werden – wie die Splitter eines zersprungenen Spiegels (Besser 1998) isoliert bzw. dissoziiert gespeichert und damit aus dem Zusammenhang gerissen. Dem betroffenen Menschen ist eine Zuordnung zunächst unmöglich, weil die Erinnerungen nicht „ordnungsgemäß“ im narrativen Gedächtnis abgespeichert werden konnten. Dieser Schutzmechanismus ist eine Fähigkeit des Gehirns das Überleben zu sichern und körperliche und psychische Schmerzen zu verringern. Nach dem Trauma ist nichts mehr wie es war. Die Traumatisierten haben den Glauben an das Gute im Menschen, an das Gute in der Welt, **ihre Grundsicherheit verloren**.

Die im Gehirn getrennt gespeicherten Traumabilder und -Szenen können später jederzeit als flashback oder filmartig ablaufende Erinnerungen auftauchen. Falls sie von außen durch einen Auslösereiz angetriggert werden, kann das unkontrolliert geschehen. Die Patientinnen fühlen sich von Erinnerungen überrollt. Sie können den Ablauf anfangs auch nicht selbst stoppen. In der Psychotherapie können diese Splitter – durch geplante vorsichtige Traumakonfrontation - wieder zu einem Ganzen zusammengefügt werden. Für die Patientin bedeutet das, sämtliche traumabegleitenden Gefühle nach und nach wieder – diesmal im Beisein und Schutz des/der Therapeuten/in – in kontrolliertem Rahmen - wieder spüren zu müssen.

Solche traumatischen Ereignisse sind z. B. gewalttätige Angriffe auf den Körper, das Leben oder die soziale Existenz, Terroranschläge und Folter im Krieg oder in kriminellen und politischen Zusammenhängen. Naturkatastrophen, schwere Unfälle und lebensbedrohliche Erkrankungen.

Dazu gehören auch: physische und psychische Misshandlungen, Folter, sexualisierte Gewalt durch Eindringen in den Körper auf verschiedenste Art. Die Auswirkungen im Leben der Betroffenen verschlimmern und verstärken sich, wenn die Traumatisierung in früher Kindheit beginnt über einen langen Zeitraum anhält und niemals darüber gesprochen werden durfte. Beginnt die Traumatisierung in früher Kindheit sind in der Regel die Mutter und Vater oder andere primäre Bezugspersonen als Täter(innen) beteiligt.

Naturkatastrophen, Unfälle und schwere Krankheiten sind Traumata, die die Betroffenen als **real** einordnen dürfen. Es sind gesellschaftlich akzeptierte Traumata. Man kann darüber sprechen; z. T. berichten Medien darüber (bei Naturkatastrophen und Unfällen). Nahe soziale Beziehungen, medizinische und psychologische Versorgungseinrichtungen und auch die Öffentlichkeit wirken in der Regel unterstützend bei der Integration solcher Traumata: Ihre Unterstützung bewirkt, dass die Traumabilder und –szenen wieder mit Sinneseindrücken verknüpft und beides zusammen im narrativen Gedächtnis abgespeichert werden kann.

Schwerer Misshandlung, sexualisierte Gewalt, Kriegereignisse, Folter im Krieg oder in kriminellen und politischen Zusammenhängen **sind Traumata**, von Menschen bewusst herbeigeführt, **die nicht real werden dürfen**. Hier ist das nahe soziale Umfeld weder bereit - noch in der Lage, dem Kind zu helfen, diese Traumata zu integrieren. Im Gegenteil: Das nahe soziale Umfeld, erste und enge Bezugspersonen, sind daran interessiert und tun alles dafür, dass die Ereignisse **nicht** erinnert werden. Oftmals sind diese Misshandlungen mit Sprechverboten und Lebensbedrohungen verbunden: „Wenn du darüber sprichst, bringe ich dich um“.

Die Dissoziation ist also ein lebensrettenden Schutzmechanismus des menschlichen Gehirns in traumatischen Situationen. Es gibt – wie oben dargestellt – verschiedenen Ausprägungen der Dissoziation. Die Intensität der Dissoziation hängt von der Schwere und der Häufigkeit des Übergriffs/Angriffs auf eine Person ab, die zum Schutz mit Dissoziation reagieren muss, um ihr Leben zu retten.

Die ambulante Psychotherapie

Der Dissoziation liegen in der Regel – wie dargestellt - schwere Traumatisierungen zugrunde. Patientinnen mit der Diagnose DIS, Multiplen Persönlichkeit, brauchen eine personenzentrierte psychotherapeutische Behandlung, die Konzepten einer Traumatherapie entspricht (Huber 2003b; Reddemann/Sachsse 1997; 2000a; 2000b; Reddemann 2001); die jedoch aufgrund der Ichspaltung in wesentlichen Punkten erweitert werden sollte. So ist zum Beispiel die Täterintrojektarbeit – wie sie bei Traumatisierten - aber **nicht** multiplen Menschen - durchaus erfolgreich durchgeführt wird – aufgrund der Ichspaltung bei Multiplen so nicht anzuwenden (Reddemann 1997).

Grundsätzlich gilt für die Psychotherapie mit Multiplen Persönlichkeiten: Die TherapeutIn sollte:

- die Bedürfnisse der Pat. beachten
- wissen, **dass die Pat. immer Recht hat** und weiß, wann für sie der richtige Zeitpunkt ist, etwas zu beginnen. Das bedeutet, die Patientin zu nichts drängen.
- wissen, dass die Patientin Expertin für ihre Situation ist.
- bei Angst beruhigend wirken; Sicherheit herstellen.
- Sicherheit vermitteln (z.B. über Information über das Krankheitsbild, die Auswirkungen, den Verlauf der Psychotherapie etc.)
- die Patientin zur Selbsthilfe anregen
- die Ressourcen der Patientin erkennen und benennen: Wie sie sich bisher gerettet bzw. geschützt hat.
- alle Copingstrategien als **Überlebensstrategien** würdigen, auch wenn sie der TherapeutIn noch so bizarr erscheinen
- alles, was der Patientin Stress verursacht, vermeiden
- die Bedeutung des Schweigens und Sprechens bei Sexualisierter Gewalt kennen und auch seine Auswirkungen auf die Psychotherapie
- der Patientin helfen, Unsagbares in Worte zu fassen (auch innere Zustände)
- der Patientin helfen, reale Bedrohung durch die Außenwelt von innerer Bedrohung zu unterscheiden

Für die Arbeit mit multiplen Menschen ist darüber hinaus wichtig zu wissen: Die Persönlichkeit, die den Alltag regelt, zur Arbeit oder zur Schule geht und die sozialen Beziehungen unterhält, wird in der Fachliteratur „Gastgeberin“ oder „host“ genannt. Sie ist in der Regel nicht die ursprüngliche Persönlichkeit, sondern ein durch Trauma entstandenes Ich.

Patientinnen mit Dissoziativer Identitätsstörung (auch wenn diese noch nicht diagnostiziert wurde), sind Frauen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Psychotherapie schon mehrere Male in Psychotherapie waren, ohne entscheidende Verbesserung ihrer Symptomatik. Häufig waren sie auch schon mehrfach in der Psychiatrie. Sie reagieren auf starkem Stress und innerem Druck mit Selbstverletzung und Suizidversuchen. Meistens wurden schon mehrere Diagnosen gestellt.

Eine gute Vertrauensbasis der Patientin zur Therapeutin oder zum Therapeuten ist die Voraussetzung, dass sich andere Identitäten in der Psychotherapie zu erkennen geben.

Diagnosestellung: Sobald sich eine Alter-Identität in der Psychotherapie zeigt, sollte mit der Patientin über die Diagnose gesprochen werden. Meine Vorgehensweise dabei ist, die Patientinnen nicht mit der Diagnose zu konfrontieren, sondern mit ihnen die Diagnose zu erarbeiten. Ich spreche mit ihnen über die Erscheinungsformen ihres Krankheitsbildes und frage, ob sie wissen, wie die Diagnose dafür heißt. Erfahrungsgemäß wissen die Frauen oft schon, um welche Diagnose es sich handelt, wenn sie sich auch schwer tun, diese zu benennen. Ich lasse ihnen die Zeit, die sie brauchen, bis sie die Diagnose selbst benennen. Das Benennen der Diagnose – nach dem Schrittweisen erarbeiten - empfinden sie schließlich als große Erleichterung. Endlich haben sie eine Erklärung für die vielen Phänomene, die ihr den Alltag erschweren, die für sie zum Teil unheimlich waren: Stundenlange Amnesien und keine Ahnung, wo ihr Körper in der Zeit gewesen war; wieso sie immer wieder verschiedene Kleidungsstücke in ihrem Kleiderschrank finden, die sie nicht gekauft haben und die sie niemals tragen würden. Wieso es Lebensmittel in ihrem Kühlschrank gibt, die sie nicht besorgt haben und die ihnen auch nicht schmecken, u. v. m. All dies hatte sie oft mit Panik erfüllt aber sie hatten lange nicht den Mut, mit ihrer Therapeutin darüber zu sprechen.

Praxiserfahrungen

Die verschiedenen Ichs

Als Identitäten treten in der Zeit - nach der Diagnosestellung - in der Regel mehrere Alter-Persönlichkeiten (Kinder und Jugendliche, Mädchen und Jungen, Erwachsene: Männer und Frauen) nach und nach mit der Therapeutin in Kontakt. Sie befinden sich alle in einem Frauenkörper. Sie haben unterschiedliche Aufgaben im System. Jedes Alter-Ich ist eine Folge extremer Traumatisierung. Das Lebensalter jeden Alter-Ichs ist das Lebensalter, in dem eine schwere Traumatisierung geschah, die eine Identitätsspaltung zur Folge hatte. Die jeweilige Identität ist auf dieses Lebensalter eingefroren. Manchmal gibt es mehrere Alter-Ichs eines Lebensalters, auch Zwillinge sind nicht selten. Nicht jede Persönlichkeit ist so ausgeprägt, dass sie alltagstauglich ist. In jedem multiplen System gibt es Beschützer(innen), deren Aufgabe es ist, nicht mit Menschen in Kontakt zu treten, sondern den Schutz der Alter-Ichs im Innern zu regeln. Darüber hinaus gibt es Aufpasser(innen), die dafür sorgen, dass bestimmte Informationen (z. B. über die Verbrechen, die an dem Kind begangen wurden) von der Alltagspersönlichkeit oder anderen Alter-Ichs niemandem, auch nicht der Therapeutin, mitgeteilt werden. Sie kontrollieren das Gesagte, bestrafen, wenn Mitteilungen nach außen dringen. Sie sind täterloyale Introjekte. Auch sie begreifen ihre Aufgabe als Schutz des Systems: Wenn niemand etwas verrät, wird es keine schlimmeren Bestrafungen seitens der realen Täter geben. Auch damit haben sie das Leben der Patientin damals gerettet.

Die erste und wichtigste Aufgabe in der Psychotherapie ist, der Patientin so viel Information wie möglich über das Krankheitsbild und seine Entstehung zu geben. Die Patientin ist die Expertin für ihre Situation. Sie hat im Therapieprozess immer Recht. Sie bestimmt die Ziele der Psychotherapie, hat ein Recht „nein“ und „stopp“ zu sagen. Die Integration der unterschiedlichen Identitäten ist für die Patientin zunächst kein Therapieziel, weil die Identitäten zunächst Angst haben, dass sie - durch die Integration - getötet werden sollen.

Innere Kommunikation verbessern

Ein erstes Therapieziel ist, die innere Kommunikation der unterschiedlichen Identitäten untereinander zu verbessern, damit diese sich kennen lernen und besser miteinander kommunizieren und vor allem kooperieren. Dazu ist es notwendig und unumgänglich, dass die Therapeutin, die alltagstauglichen Identitäten kennen lernt, weil die Alltagspersönlichkeit oftmals die anderen Identitäten erst dann erkennen und als solche im Innen „orten“ kann, wenn diese mit einem anderen vertrauten Menschen, z.B. der Therapeutin, in Kontakt getreten ist. Die einzelnen Identitäten sind unterschiedlich sensibel für Schmerzen. Einige spüren zunächst keinen Schmerz. Sie können den Körper verletzen, weil sie den Schmerz selbst nicht spüren. Anfänglich wissen sie auch nicht, dass es nur den einen Körper gibt und dass sie sich bei Selbstverletzungen auch selbst die Verletzung zufügen. Sie nehmen den Körper als solchen gar nicht wahr, weil sie ihn nicht spüren. Aufgabe der TherapeutIn ist, ihnen zu vermitteln, dass es nur einen Körper gibt, der nicht verletzt werden darf, sondern der versorgt und gepflegt werden muss: Es wird eine Zeit dauern bis sie es verstehen.

Anfänglich bekämpfen sich die Persönlichkeiten heftig. Ihre gelernten Überlebensstrategien widersprechen sich oftmals, so dass sie kommunizieren müssen, um sich gegenseitig zu verstehen und Rücksicht aufeinander zu nehmen. Zum Beispiel möchte eine der TherapeutIn erzählen, was geschehen ist, was „böse Erwachsene“ ihr angetan haben. Für sie ist es wichtig, sich der Therapeutin mitzuteilen und geglaubt zu bekommen. Nur so kann das, was ihr angetan wurde, über das sie noch mit niemandem gesprochen hat, real werden und verarbeitet werden. Eine täterloyale Identität empfindet das Darübersprechen jedoch als Verrat und sie muss Verrat mit Selbstverletzung bestrafen. Zunächst muss die TherapeutIn, nachdem sie die Überlebensstrategien verstanden hat, erklären und vermitteln. Nach und nach kann sich die Patientin selbst gut mit einigen Persönlichkeiten verständigen und Absprachen über den Alltag treffen. Die innere Kommunikation verbessert sich darüber. Es gibt zunehmend weniger Zeitverluste.

Die TherapeutIn sollte keine der Identitäten bevorzugen, sondern sich darum bemühen alle gleichermaßen wertzuschätzen. Es ist wichtig, keine Geheimnisse mit einigen Identitäten zu haben, sondern die Kommunikation untereinander zu fördern. Es gibt keine guten und bösen Identitäten, sondern „die Hellen“ und „die Dunklen“ oder „die hinten“ und „die vorne“, wie die Multiple ihre Anteile selbst nennen. „Die Dunklen“ und „die hinten“ sind Bezeichnungen für täterloyale Anteile. Sind Absprachen zu treffen, ist es sinnvoll alle dazu zu befragen bzw. dazu anzuleiten, dass alle dazu gehört werden. Erwachsene Alters sind anzuregen, sich um die Kinder zu kümmern.

Wichtigkeit der Namen der Alter-Identitäten

Für die unterschiedlichen Identitäten ist es wichtig, dass sie von der TherapeutIn bei dem Namen gerufen werden, mit dem sie sich der Therapeutin zu erkennen geben. Wenn ein 15 jähriger Jugendliche sich der TherapeutIn als Mike vorstellt, sollte diese ihn bei diesem Namen nennen und nicht mit Frau x ansprechen, weil das nicht seine Identität ist. Er empfindet es als abwertend und fühlt sich in seiner Identität nicht wahrgenommen, wenn die Therapeutin ihn immer wieder mit Frau x. anspricht. Die Angst vieler Therapeutinnen, dass die Klientin noch mehr zersplittern könne, ist unbegründet. Die Spaltungen geschehen ausschließlich durch schwere Gewalteinwirkungen.

Die TherapeutIn sollte alle Persönlichkeiten mit Namen kennen, die in der Lage sind, den Alltag zu regeln. Sie sollte mit der Patientin besprechen, wen sie rufen soll, wenn die Patientin in der Sitzung dissoziiert und nicht mehr ansprechbar ist. Treten Flashbacks oder Dissoziationen während der Sitzung auf, kann die TherapeutIn – nach Absprache mit der Patientin zum Beispiel Mike rufen. Das funktioniert z. B. so, dass die TherapeutIn sagt: Mike, kannst du bitte rauskommen? Mike hörst du mich? Mike, kannst du bitte das Außen übernehmen? Ich bin die Therapeutin Frau xy. Heute ist Dienstag, der 27. Juli 2004. Du befindest dich in meiner Praxis in Wiesbaden. Mike hörst du mich? Mach bitte deine Augen auf und schau mich an. Welche Dinge erkennst in meinem Raum? So angesprochen, kann Mike raus-

kommen und sich wieder in Zeit und Raum orientieren. Auf keinen Fall sollten Therapeut(inn)en die Patientin in dissoziiertem Zustand berühren, ohne das vorher mit ihr abgesprochen zu haben.

Switches oder Wechsel

Wenn die Patientin in eine andere Identität wechselt, ist für die Identität, die vorher da war, ein so hoher Stresszustand erreicht, dass sie sich in das Innen zurückziehen muss. In der Psychotherapie sind plötzliche Wechsel ein Zeichen dafür, dass die Arbeit zu schnell vorangeht und der Inhalt für die jeweilige Identität emotional zu belastend ist oder dass sie für den Bereich, der angesprochen wurde, nicht zuständig ist. Jede Patientin wechselt anders: Einige, indem der Blick ins Leere geht – und dann eine andere Identität im Körper ist; andere switchen, indem sie die Augen rollen und die Augäpfel nach oben wegrollen. In der Regel gehen switches auch mit einer Änderung des körperlichen Ausdrucks: Haltung, Mimik, Gestik und auch der Stimme einher. Die Gestik wirkt verkrampft, hektisch oder verlangsamt. Der Körper wirkt steif oder starr, verkrampft oder locker. Mit der Zeit erkennt die TherapeutIn sofort, welche Identität den Körper übernommen hat.

Zeigt sich eine neue Identität in der Psychotherapie, ist es wichtig, dass die TherapeutIn sich ihr vorstellt und sie fragt, ob sie weiß, dass sie die Therapeutin ist. In der Regel haben die Identitäten schon den Gesprächen zugehört und die Therapeutin gesehen, ohne sich selbst zu zeigen. Dennoch kann es vorkommen, dass jemand heraus geworfen wird, ohne zu wissen, wo sie sich befindet. Sie wirkt dann ängstlich, manchmal ist sie auch in panischer Angst, weil sie sonst nur in einem Misshandlungskontext mit Menschen in Kontakt kommt und sie die TherapeutIn für eine Täterin hält. Um den Angstpegel zu senken, sollte sich die Therapeutin vorstellen und dem Alter-Ich die Situation erklären.

Im Verlauf der Therapie ist es immer wieder notwendig, die unterschiedlichen Persönlichkeiten zusammen mit der Patientin graphisch darzustellen, um ihren Platz, ihre Gruppierungen im Innen als System zu erkennen, zu verstehen und zu verfolgen, wie sich im Inneren Gruppierungen und Standorte verändern. Das kann in einem Genogramm passieren, in Form einer Landkarte, o.a.

Selbstverletzungen und möglicherweise auch Suizidversuche sind bei Multiplen – auch während der Dauer der Psychotherapie - nicht ungewöhnlich. Um letztere abzuwenden, sind Überlebensverträge mit den verschiedenen Identitäten unumgänglich. Beispiele für solche Verträge finden sich bei Huber 1995, 217. Es sollten immer möglichst viele Alter-Ichs bei den Vertragsaushandlungen anwesend sein; dem Vertragsinhalt zustimmen und diesen auch unterschreiben.

Die Psychotherapiemethode ist eine personenzentrierte Traumatherapie. Imaginative Techniken erleichtern die Arbeit mit Multiplen und bringen schnell Fortschritte und für die Patientin Erleichterung. Die Therapie verläuft in Phasen, die sich in der Realität nicht so deutlich von einander abgrenzen lassen – wie hier dargestellt. Jedoch sollte grundsätzlich darauf geachtet werden, dass die Patientin über Stabilisierungs- und Selbsttröstungstechniken verfügt (Reddemann 2001), bevor mit der Traumakonfrontation begonnen wird.

Phasen der Psychotherapie

1. Grundlagen für die therapeutische Arbeit

- Herstellen einer sicheren Umgebung, d. h. Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung bzw. Schutz vor weiteren TäterInnenkontakten soweit das möglich ist. Besteht noch Täterkontakt, der so schnell nicht aufzuheben ist, ist die erste Arbeit in der Psychotherapie am Schutz und an der äußeren Sicherheit zu arbeiten.

- Große Vorsicht ist geboten bei vorschnellem Einbeziehen von Angehörigen in die Psychotherapie: Gerade bei Multiplen Persönlichkeiten gehören die Eltern meistens zu den TäterInnen oder haben ihnen zugearbeitet, indem sie ihnen z.B. die Tochter verkauften.
- Die Patientin darin unterstützen, sich ein psycho-soziales Unterstützungssystem zu organisieren.
- Der Patientin alle Information über traumatische Symptome und Verlauf der PTBS zur Verfügung stellen.
- Der Patientin Information über den Therapieverlauf geben: Was passieren kann, was sie schützen kann und Möglichkeiten des Schutzes mit ihr zusammen erarbeiten.
- Die TherapeutIn sollte in der Behandlung erfahren sein oder sich Unterstützung durch erfahrene Kolleg(inn)en bzw. durch Supervision holen.

2. Diagnosestellung

3. Alter-Identitäten kennen lernen

4. Förderung der Inneren Kommunikation und Kooperation und Üben im Wechsel die Außenkontrolle **bewusst** zu übernehmen

5. Stabilisierungsphase

Herstellen von Vertrauen und Sicherheit durch:

- Wissen über Trauma und Traumafolgen
 - Information über die Therapie (Therapieverlauf)
 - Würdigung von traumabedingten Copingstrategien
 - Erlernen von Affektwahrnehmung, -differenzierung und -regulierung
 - Erlernen von Ich-stärkenden Imaginationen (Gegensatz zu negativen Imaginationen)
 - Systematisches Aufsuchen von Ressourcen und Verstärken aller Ressourcen
 - Ermutigung zu bewußtem Inanspruchnehmen der sozialen Unterstützungssysteme
 - Nichtannehmen traumatischer Übertragungsverzerrung
 - Förderung des therapeutischen Arbeitsbündnisses
 - Erlernen differenzierter Körperwahrnehmung
 - Erlernen des sorgsamem Umgangs mit dem Körper
 - Erlernen eines kontrollierten Umgehens mit flash-backs (Tresorübung)
 - Erlernen eines Umgangs mit Dissoziationen
- Zunächst ist die Arbeit am Alltag der Patientin um ihr Sicherheit zu geben, ihr Selbstwertgefühl zu stärken; sie zu stabilisieren. Sie braucht Zeit, um Vertrauen zur TherapeutIn zu finden, zu spüren, wie die Therapie verläuft und Verantwortung für sich und die Therapie zu übernehmen. Installierung eines sicheren Ortes und Üben denselben aufzusuchen.

6. Überlebensverträge aushandeln

7. Traumakonfrontation

Bevor Traumata gezielt aufgesucht werden können, um sie zu bearbeiten, sollte die Patientin über Stabilisierungs- und Selbsttröstungstechniken verfügen. Sie sollte ihren sicheren Ort kennen und ihn auch aufsuchen können bzw. Alter-Ichs dorthin bringen können.

Die Patientin hat das Recht jederzeit Stopp! zu sagen.

Es sollten Vereinbarungen zwischen TherapeutIn und Klientin, über non-verbale Kommunikationsregeln/-absprachen getroffen werden, wenn der Patientin sprachliche Mitteilung nicht möglich ist.

Jetzt erst ist bewusstes, geplantes Aufsuchen traumatischer Situationen in einem klar strukturiertem und in - durch vorherige Übung erlerntem Setting - in verschiedenen Phasen und mit verschiedenen Methoden (z. B. Screen Technik) - möglich oder auch gesteuertes Begegnen der Traumata mittels bewusst herbeigeführter Dissoziationen, um das Grauen erträglich zu machen.

Eine Abreaktion (auch flashback) ist eine spontane Entladung von Emotionen nach Reaktivierung der Erinnerung an ein schmerzhaftes Ereignis, das unterdrückt wurde, weil es in bewusstem Zustand nicht zu ertragen war (Putnam 2003, 277ff). Spontane Abreaktionen sind für die Patientin furchtbar und auch im Nachhinein nicht unbedingt hilfreich. Durch geplantes Aufsuchen traumatischer Erinnerung können auch die Abreaktionen gesteuert und dosiert werden und sind für die Patientin leichter zu ertragen. Nach jeder Traumasitzung wird die Patientin angehalten sich und ihre inneren Anteile zu trösten und zu versorgen.

Wichtige Themen im Verlauf der Psychotherapie

Schuld und Scham; Wut, Hass und Aggression; Kontaktunterbrechung bzw. Kontaktabbruch zu den Eltern, wenn diese TäterInnen sind. Bedeutung des Kontaktes mit leiblichen Geschwistern, die weiterhin den Kontakt zu den Eltern unterhalten; Umgang mit Täterintrojekten.

8. Integrationsphase

Wie schon erwähnt, ist die Integration nicht unbedingt ein Behandlungsziel. Die Patientin entscheidet mit den Alter Persönlichkeiten, ob sie dieses Ziel anstreben will. Die Phase der Fusion ist die Phase des Trauerns und des Neubeginns. Während des Therapieprozesses kommt es immer auch zur spontanen Integration einiger Persönlichkeiten. Eine Integration der Persönlichkeiten sollte nur dann herbeigeführt werden, wenn die jeweiligen Persönlichkeiten dazu bereit sind. Das lässt sich daran erkennen, dass die dissoziativen Barrieren, die die beiden Persönlichkeiten bisher getrennt haben, nahezu aufgehoben sind. Oftmals beginnen sich Stimme, Verhalten und Gestik aneinander an zu gleichen. Die TherapeutIn sollte mit den betreffenden Persönlichkeiten, alle Sorgen und Ängste, die die Integration betreffen, besprechen. Es geht nicht um den Verlust oder Tod einer Persönlichkeit, sondern um einen Akt der Verschmelzung miteinander, wobei alle Fähigkeiten erhalten bleiben. In der Regel haben die Persönlichkeiten Ideen, wie sie fusionieren wollen. Meistens handelt es sich um eine Zeremonie der Umarmung, Vermischung oder Verschmelzung. Auch hier können imaginative Verfahren sehr hilfreich sein.

Der Behandlungsweg ist lang. AutorInnen sprechen von mindestens 200-300 Psychotherapiestunden (Gast 2000, 195; Huber 1995; Putnam 2003).

Ausblick

Das Krankheitsbild der Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeit) wird immer noch strittig diskutiert, obwohl schon einiges darüber veröffentlicht wurde. Das wundert nicht, weil sich unsere Gesellschaft sehr schwer tut, das Ausmaß von Kindesmisshandlung und sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen besonders durch Eltern und Familienangehörige anzuerkennen. Schwere Misshandlung und sexueller Missbrauch sind Traumata, die als eine der Hauptursachen für die Dissoziative Identitätsstörung gelten. Für Psychotherapeut(inn)en ist es notwendig, sich mit diesem Krankheitsbild und dessen Ursachen auseinanderzusetzen, um die Patientinnen besser verstehen und ihnen eine angemessene Behandlung zukommen zu lassen.

Dieser Aufsatz gibt eine Einführung in das Thema DIS und den Umgang damit in der ambulante Psychotherapie. Der Rahmen dieses Aufsatzes ermöglicht dabei eine grobe Darstellung des Behandlungsverlaufs und das Eingehen auf Aspekte, die bei diesem Krankheitsbild zu beachten sind.

Literatur:

Besser, Lutz (1998): Script einer Trauma Fortbildung: Theorie und Praxis neuer traumatherapeutischer Konzepte. Unveröffentlichtes Seminarskript.

Brisch, Karl Heinz & Theodor Hellbrügge (2003): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart, Klett-Cotta.

Gast, Ursula (2000): Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. In: Lamprecht Friedrich: Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? S. 164-211. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett Cotta.

Huber, Michaela (1995): Multiple Persönlichkeiten - Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. Frankfurt/Main; Fischer.

Huber, Michaela (2003a): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1, Jungfermann, Paderborn.

Huber, Michaela (2003b): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2, Jungfermann, Paderborn.

Hüther, Gerald (2003): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In: Brisch & Hellbrügge, a.a.o., 94-104.

Ludwig, A. M. (1983): The psychobiological functions of dissociation. American Journal of Clinical Hypnosis, 26:93-99.

Putnam, Frank W. (2003): DIS. Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Paderborn, Jungfermann.

Overkamp, Bettina, Arne Hofmann, Michaela Huber & Gerhard Dammann (1997): Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – eine Persönlichkeitsstörung? In: Persönlichkeitsstörungen 2:,74-84

Reddemann, L (1998): Umgang mit Täterintrojekten: „Bitte verzeiht mit Eure Sünden.“ Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie. Traumazentrierte Psychotherapie II. 2,90-96.

Reddemann, L./Sachsse, U. (1997): Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Traumazentrierte Psychotherapie I, 3, 113-147.

Reddemann, L. Sachsse, U. (2000 a): Traumazentrierte Imaginative Therapie. In U. T. Egle; S. O. Hoffmann & P. Joraschky, (Hrsg.). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung, (S.375-389), Stuttgart: Schattauer.

Reddemann, L. Sachsse, U. (2000 b):Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeit. In O. F. Kernberg; B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. (S. 555-571) Stuttgart: Schattauer

Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilende Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Bd. Leben lernen 141. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.

Schreiber. Flora Rheta (1984): Sybil. Persönlichkeitsspaltung einer Frau. Frankfurt/M., Fischer.

Copyright:
Rosemarie Steinhage
www.Rosemarie-Steinhage.de