

Eine neue "Frauenkrankheit"? Zur Problematik der Diagnose MPS (Multiple Persönlichkeitsstörung)

Schmidt, Tanja

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schmidt, T. (1997). Eine neue "Frauenkrankheit"? Zur Problematik der Diagnose MPS (Multiple Persönlichkeitsstörung). *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 21(1), 43-55. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-289226>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Tanja Schmidt

Eine neue »Frauenkrankheit«? Zur Problematik der Diagnose MPS (Multiple Persönlichkeitsstörung)¹

Im Frühjahr 1993 erschienen in der Frauenberatung und Selbsthilfe von Wildwasser Berlin, wo ich zu der Zeit arbeitete, eine ganze Reihe von Frauen, die kürzlich in ihren ambulanten Therapien als »Multiple« diagnostiziert worden waren und sich uns unter diesem Vorzeichen vorstellten. Ihre Selbstdarstellung spaltete unser Team in kürzester Zeit in zwei Lager: in diejenigen, die einen neuen psychiatrischen Etikettenschwindel zu erkennen meinten auf der einen Seite, und diejenigen, die endlich einen Namen zu finden meinten für eine Symptomatik, die bisher allenfalls als Schizophrenie beschrieben worden sei, nun aber – als Bewältigungsstrategie sexueller Gewalterfahrungen – endlich als das gewürdigt werde, was sie ist: eine (multiple) Persönlichkeitsspaltung.

Die Betroffenen schienen unter dem Vorzeichen der Diagnose vor allem einer inneren Ambivalenz Ausdruck geben zu können: »multipel« zu »sein«, hieß für sie: »die, die die sexuelle Gewalt erlebt hat, bin NICHT ICH, es ist *eine von vielen*, die ich bin«. Sprich: Ich bin es und ich bin es nicht. Psychodynamisch ermöglichte die Etikettierung also eine ideale Kompromißbildung: Als Diagnose – im Sinne professioneller Beglaubigung – entlastete sie die Frauen zunächst davon, ihre innere Ambivalenz in sich auszutragen.

Welche Motive mochten aber diejenigen leiten, die die Diagnose so freizügig gewährten und für ihre offensichtliche Konjunktur sorgten?

Historisch stammt der früheste nachgewiesene Bericht über eine nachhaltige Amnesie bezüglich eigener Handlungen – eines der Kennzeichen der multiplen Persönlichkeitsstörung – von *Paracelsus* (vgl. Bliss, 1980), einem Arzt und Zeitzeugen des aufsteigenden Hu-

manismus: mit der Idee (dem Ideal) des Menschen als Einzelwesen begann die Beschreibung der Abweichungen von der Idee.

Im Kontext der modernen Psychiatrie hat das Phänomen dann besonders in zwei Phasen Aufmerksamkeit gefunden: in der Zeit zwischen 1880 und 1920, also um die Jahrhundertwende, und seit den Siebziger Jahren dieses Jahrhunderts. Beide Male bedingt durch die Beliebtheit hypnotischer Therapieverfahren, für die die Namen *Jean Martin Charcot* und *Milton H. Erickson* stehen können. Die erste psychiatrische Monographie stammt von *Morton Prince* aus dem Jahre 1906 (Dissociation of a Personality). In die internationalen Klassifikationssysteme ICD und DSM fand die Beschreibung zunächst unter Konversionsneurosen, hysterische und seit 1980 unter der Rubrik »Dissoziative Störungen« (u.a. MPS) Eingang. In Deutschland bis vor kurzem eher unbeachtet, werden vor allem in der Frauentherapieszene im Zusammenhang der Thematisierung sexueller Gewalt seit 4-5 Jahren verstärkt die US-amerikanischen Diskurse rezipiert, die dort über die Gründung von Gesellschaften und Zeitschriften seit den 80er Jahren in Fülle entstanden sind.

Während mit der Veranstaltung eines ersten Kongresses zu MPS (Bielefeld, Oktober 1994)¹, durch Artikel in ZEIT und SPIEGEL etc. und mit der Veröffentlichung des ersten Handbuchs (Huber, 1995) in Deutschland² die Diagnose MPS und die Existenz der »Multiplen« derzeit als Entdeckung gehandelt bzw. mit ihr eine neue Auflage der Diskussion um »Wirklichkeit oder Phantasie« inszeniert wird, wird im DSM IV und bei der einschlägigen Gesellschaft in den USA der Begriff »multipel« bereits wieder abgeschafft (1994), in Hinsicht auf die stigmatisierende Wirkung und zugunsten von Dissoziative Identitätsstörung bzw. »International Society for the Study of Dissociation«.

Phänomenologie (Klinische Definition)

Was ist nun unter der multiplen Persönlichkeitsstörung bzw. der dissoziativen Identitätsstörung zu verstehen?

Ihr Faszinosum liegt in der Irritation dessen, was kulturelle Errungenschaft neuzeitlicher Aufklärung ist und in der verwalteten Welt geradezu als Existenzgrundlage gilt: der zeitlich überdauernden Gewißheit des Mit-sich-selbst-identisch-Seins einer Person, die zu jeder Zeit durch ihren Namen identifizierbar ist.

Das DSM-III-R beschreibt zwei Kriterien für die Diagnose MPS:

- 1) Vorhandensein zweier oder mehrerer Persönlichkeiten (sic!) oder Persönlichkeitszustände innerhalb derselben Person, von denen jede/r von einem eigenen, relativ überdauernden Muster geprägt ist, sich selbst und die Umgebung wahrzunehmen, auf sie zu reagieren und sich gedanklich mit ihnen auseinanderzusetzen.
- 2) Mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums.

Psychodynamisch handelt es sich um vorübergehend inszenierte Veränderungen in der Selbstrepräsentanz, wobei die unterschiedlichen Selbst-Inszenierungen füreinander amnestisch sein können.

Von außen gesehen (Fremdwahrnehmung) bedeutet das, daß eine Person sich im Wechsel zu ihrem gewohnten Verhalten und Gestus in auffallend unterschiedlicher Weise benimmt, was sich in Stimme, (National-)Sprache, Mimik, Gestik und auch dem inhaltlichen Bewußtseinshorizont mitteilt, die wie zu einer anderen Person zu gehören scheinen, was bis zur Ansprechbarkeit mit einem anderen Namen gehen kann. Kurz, der Eindruck ist der einer Person, die starken Stimmungsschwankungen unterworfen ist und/ oder sich in Trance befindet, oder die eine Art Maskerade mit Identitäten veranstaltet. Je nachdem, wie krass die Wechsel zwischen den Zuständen sind bzw. in welchem Ausmaß die Betreffenden an diesem Wechsel willentlich beteiligt erscheinen, kann dies bei den Schaulzugen eher Verb!üffung oder eher Beklemmung auslösen. Wenn die Person in dem einen Zustand für den anderen amnestisch ist, kann der Eindruck entstehen, daß sie verrückt oder besessen ist, oder daß sie simuliert.

Von innen gesehen (Selbstwahrnehmung) bewirkt die Struktur der Vielfalt und partiellen Amnesien in der Selbstrepräsentation den Eindruck der Fragmentierung der eigenen Person (»zersplittert«, »zerfallen«, »ich bin viele«, etc.). Eine Fragmentierung, die ebenso als nützlich und machtvoll erlebt wird, wie mit Panik und Entsetzen, je nachdem, in welchem Maß eine Kontrollierbarkeit des Wechsels zwischen den Zuständen erfahren wird. Subjektiv entstehen die diversen Variationen des Selbst in Situationen der Bedrängnis, Wehrlosigkeit und Überforderung in dem Sinne, daß ein anderes Selbst gleichsam erfunden wird, das »nach vorne geschickt« wird / das Handeln »übernimmt« (die Zitate sind gebräuchliche Redeweisen aus der

MPS-Szene) und das so gleichzeitig dazu dient, die äußere Situation zu bewältigen wie das überforderte Selbst zu ersetzen (zu verstecken und zu schützen).

Wie bei anderen unbewußten Abwehrmechanismen auch, ist dieser Vorgang subjektiv zunächst nur in seinen Effekten erfahrbar und in seiner Genese allenfalls nachträglich rekonstruierbar. Die diversen Selbstrepräsentanzen können visuell und/ oder akustisch imaginiert werden. Die Betreffenden haben dann außer ihrem Spiegelbild und dem sozialen Spiegelbild ein drittes, viertes, fünftes ... Bild (unterschiedlichen Alters und Geschlechts etc.) von sich selbst, das sie vor ihrem inneren Auge sehen können. Sie hören innerlich die Stimmen der anderen Selbstrepräsentanzen, die u.U. auch eigene Namen haben können – mit den Worten einer Frau: »Das ist wie, wenn in einem Zimmer alle durcheinander reden«. Bleibt die Vielfalt dieser Selbstrepräsentanzen gänzlich unbewußt und die Annesie in dem einen Zustand für die anderen total, kann subjektiv der Eindruck von sogenanntem »Zeitverlust« entstehen (mitsamt Panik und Entsetzen und allen Arten des Überspielens der Irritation), da die Person eben nicht weiß, was sie in den jeweils anderen Zuständen getan und empfunden hat. Die Grundstimmung wechselt zwischen dem Gefühl grenzenloser Überlegenheit (es ist ja immer noch ein »anderes Selbst« da, das »übernehmen« kann) und der – z.T. panischen – Angst, »ertappt zu werden«, »verrückt zu sein«, »zu Tode erschöpft« zu sein von einem ständigen Zustand der Alarmbereitschaft, und sie ist geprägt von der Erfahrung, existentiell »anders« zu sein als alle anderen.

In der derzeitigen klinischen MPS-Diskussion gelten die vier Kriterien Depersonalisation, Derealisation, Amnesien und Teilpersönlichkeiten als diagnostische Faustregel. Das Erleben der Fremdbestimmtheit im eigenen Verhalten; das Erleben, daß die Umgebung »der falsche Film« ist, in dem die Betreffenden sich vorfinden; und das Erleben, »jemand anderes« zu sein und/ oder innere Stimmen zu hören, haben im Kontext der psychiatrischen Klassifizierung vielfach zu der Diagnose Schizophrenie Anlaß gegeben – im Sinne der Schneiderschen Symptome Wahn, Eingebungsgefühle, Stimmen-Hören. Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen im Zusammenhang dissoziativer Reaktionen ergeben sich jedoch offenbar nur indirekt aus den partiellen Amnesien, visuelle und akustische Imaginatio-

nen haben nicht die Qualität von Halluzinationen, die Betreffenden bleiben in den wechselnden Zuständen *jeeweils* in Raum und Zeit orientiert, Irritationen sind durch den *Wechsel* der Zustände bedingt.

Annahmen zur Entstehung (Ätiologie)

In der aktuellen MPS-Diskussion gelten unter den VerfechterInnen der MPS-Diagnose vier Faktoren als entscheidend für die Ausbildung einer dissoziativen Reaktion, die dem oben beschriebenen Erscheinungsbild entspricht:

- 1) gut ausgeprägte Dissoziierungsfähigkeit,
- 2) schwere äußere Angriffe auf die Persönlichkeit in der frühen Kindheit (sexuelle und physische Gewalt, verbaler und psychologischer Mißbrauch durch extreme Vernachlässigung, extrem wechselhaftes unberechenbares Verhalten der Bezugspersonen, Indoktrination im Rahmen von Sekten, Ritualen und/ oder Trennungsprozessen der Eltern).
- 3) Es gibt in der Kindheit keine Bezugsperson, die unmittelbar Schutz vor der erlebten Gewalt bietet oder mittelbar die Möglichkeit, durch Spiel oder Gespräch die Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen mitzuteilen oder zu verarbeiten.
- 4) Am eindrucksvollsten für Außenstehende zeigen sich die »Teilpersönlichkeiten« der Betreffenden unter Hypnose, weil sie dort praktisch unmittelbar einer Fremdkontrolle unterliegen und wie Marionetten an Fäden durch Zuruf der BehandlerInnen »hervorgeholt« werden können. Als vierter Faktor kann insofern die Ansprechbarkeit auf Hypnose bzw. eine stark ausgeprägte Suggestibilität gelten (Vier-Faktoren-Theorie« von Kluff, 1984a/b; die anderen maßgeblichen Autoren sind Putnam, 1989 und Ross, 1989).

Der Umstand, daß sämtliche BehandlerInnen, die sich für die Entdeckung und Behandlung von MPS engagieren, mit Hypnose-Techniken arbeiten und eine auf Trance-Induktion beruhende »Traumatherapie« als Mittel der Wahl vertreten, hat SkeptikerInnen auf den Plan gerufen (vgl. Aldridge-Morris, 1989; Erkwow & Saß, 1993; Kempker, 1994). Deren Argument ist u.a. der Zweifel, was zuerst da war: das Huhn oder das Ei?, d.h. ob die Teilpersönlichkeiten nicht erst im Kontext der Behandlung *entstehen*. Statistische Prävalenzuntersuchungen zeigen, daß die Vergabe der Diagnose zum einen international

extrem divergiert (die USA und die Niederlande liegen mit Abstand an der Spitze), daß es zum anderen 5-10% der BehandlerInnen sind, die 80-90% der als »multipel« Diagnostizierten die Diagnose zugeprochen haben (vgl. Erkwoh & Saß, 1993).

Von den VerfechterInnen der MPS-Diagnose als Beleg dafür gewertet, daß die Kolleg/inn/en eben noch blind auf diesem Auge sind, und die Erarbeitung und Verbreitung spezieller diagnostischer Methoden umso dringlicher sei, gilt den Skeptikern der Befund eher als Beleg für die Gefahr des oben genannten Zirkels, daß unter therapeutischer Hypnose de novo Teilpersönlichkeiten suggeriert werden, die sich dann den BehandlerInnen als Gegebenheiten präsentieren (vgl. die Hysterikerinnen Charcots). In der *Struktur* dieser Debatte wiederholt sich diejenige der Diskussion um Wirklichkeit oder Phantasie in bezug auf sexuellen Mißbrauch in der Kindheit (vgl. Ferenczi, 1972, 1984). Auf die Dynamik beider Diskurse und ihren Zusammenhang miteinander einzugehen, bedürfte einer eigenen Erörterung.

Unbestritten ist auch bei den SkeptikerInnen die Einsicht, daß es sich grundsätzlich (also unabhängig von Fremd«programmierung») um hypnotische oder der Hypnose analoge Zustände handelt, die als *Selbsthypnose* bezeichnet werden können (im doppelten Sinne, da hier das Selbst hypnotisiert und hypnotisiert wird), und die eine unbewußte Abwehrreaktion auf äußere unerträgliche Situationen oder auch innere Konflikte darstellen. Von Persönlichkeitsspaltung oder dissoziativer Störung ist deshalb die Rede, weil die Kontinuität des Bewußtseins in bezug auf die unterschiedlichen Selbstrepräsentanzen gleichsam unterbrochen ist. Das heißt, daß keine kontinuierliche bewußtseinsmäßige Verbindung zwischen dem Erleben solcher unerträglichen Situationen und Konflikte (das »verborgene Selbst« bzw. die entsprechenden Affekte) und dem Erleben der Strategien des Sich-Schützens bzw. Sich-Wehrens (die »nach vorne geschickten« alter egos) besteht, und diese Erlebnisweisen insofern voneinander dissoziiert bzw. abgespalten sind.

Auch in der biochemischen und enzephalographischen Hirnforschung hat das Phänomen der suggestiven Selbst-Fragmentierung inzwischen Beachtung gefunden, da die Unterschiedenheit der »Selbste« sich de facto bis in die biochemischen und neuronalen Dimensionen hinein repräsentieren kann (d.h., daß u.U. keine einheitlichen EEGs, Ansprechbarkeit auf Medikamente, etc. bei *einer* Per-

son, die sich suggestiv fragmentiert, gefunden werden können). Wo- bei m.W. das Paradigma einer Einheitlichkeit auf dieser Ebene bisher nie systematisch überprüft worden ist und insofern hypothetischen (und möglicherweise phantasmatischen) Charakter hat.

Therapeutische Verfahren

Unter dem Vorzeichen, daß es sich bei den als »multipel« Diagnosti- zierten um ein bisher nahezu unentdecktes – und von allen unbekehr- ten BehandlerInnen falsch behandeltes – Klientel handele, ist in den letzten Jahren eine spezielle Therapieform für die Behandlung disso- ziativer Störungen entwickelt worden, die unter dem Etikett »Trau- mathherapie« gehandelt wird. Es ist eine ausdrücklich störungs- d.h. symptombezogene Therapieform, die sich aus Verhaltenstherapie ei- nerseits und Hypnose-techniken andererseits herleitet. Deren Ziel, das unabhängig von der Motivation der Behandelten formuliert wird, ist in einem ersten Schritt das Erlernen der Wahrnehmung der Frag- mentierung des eigenen Selbst (häufig durch das Anschauen von Vi- deoaufnahmen vermittelt), in einem zweiten Schritt das Erlernen von Selbstkontrolle im Verhalten (in bezug auf den Wechsel zwischen den Zuständen) und in einem dritten Schritt das Erlernen des einheitli- chen Erlebens der eigenen Selbstrepräsentanz – genannt »(Trauma-) Synthese« – , das die »kontrollierte Abreaktion« von Affekten bein- haltet (Huber, 1995, S. 300 ff.). »Lernen« ist dabei als eine Mischung von Suggestion und hypnosegestützter Konditionierung zu verstehen, für deren Durchführung derzeit ein ganzes Arsenal spezieller Techni- ken entwickelt wird (ebd.). Diese Techniken gleichen z.T. bis ins Detail den Techniken, deren Opfer die Klient/inn/en im Zusammen- hang sogenannter satanischer Kulte gewesen sind oder sein sollen (Programmierung verbaler- und Berührungsauslöser für die Evozie- rung von Teilpersönlichkeiten), einer Variante von Gewalterfahrun- gen, für die gerade einige der feministischen Verfechterinnen der MPS-Diagnose eine besondere Faszination zu haben scheinen (ebd.).

Diskussion

Die offen gebliebene Frage ist: Welche Motive mögen diejenigen leiten, die diese Diagnose so freizügig gewähren und für ihre offensichtliche Konjunktur sorgen?

Und was hat es damit auf sich, daß das Etikett gerade in der Frauentherapiesszene besonders bereitwillig in Anspruch genommen wird – einer Szene, in der von größerer Sensibilität hinsichtlich der Etikettierungsdebatte auszugehen ist, während in ihr zugleich die Inszenierung der »Multiplen« das Schauspiel einer kollektiven Hysterie zu erzeugen vermag, in der der Unterschied zwischen Realität und Phantasie bis zur Unkenntlichkeit verschwimmt – wie beim »MPS-Kongress« 1994 in Bielefeld eindrucksvoll anschaulich? Hier waren sämtliche bekennenden »Multiplen« in Begleitung ihrer Therapeutinnen angereist und inszenierten vor Ort ein spontanes offensives coming out, dessen Aussprache vor einem Publikum von über 200 Frauen darin mündete, daß sich die Frauen einzeln bei ihren Therapeutinnen bedankten, daß sie von ihnen identifiziert worden waren. Es drängte sich der Eindruck auf, daß jene den »sekundären Krankheitsgewinn« (Freud) hier mit ihren Klientinnen teilten bzw. um diesen konkurrierten, anstatt ihn aufzuklären.

Der Gewinn auf Therapeutinnenseite schien – neben dem unmittelbaren Machterleben – die Erfüllung von Größenphantasien zu sein (sich als eine der wenigen zu erleben, die diese faszinierende Störung zu behandeln bereit sind) bzw. in dem Ausleben von – verblüffend patriarchal konzipierten – Mütterlichkeitsidealen, in deren Rahmen mit der Hingabe an die Versorgung (= Bemutterung) der vernachlässigten Kindpersönlichkeiten in den Klientinnen nahezu sämtliche Axiome therapeutischer Ethik mit hinweggespült wurden. Die Ambivalenzspaltung wurde nicht gedeutet, sondern kollektiv ausagiert: Auf der Bühne der Stadthalle Bielefeld die versammelten hilflosen Kind- (und Mann-) Persönlichkeiten der bekennenden »Multiplen« – im Auditorium die versammelte Professionalität der helferisch kompetenten Therapeutinnen. Das Symptom nicht mehr zu haben, sondern es zu sein, vermag die eingangs genannte Phantasie – gemeinsam – in Wirklichkeit umzuschaffen: wer daran teilhat, ist *eine von vielen*, ist Teil des Kollektivleibs. Die Massivität, mit der diejenigen, die

einzelnen bleiben, bekehrt werden oder abgewiesen werden müssen, gemahnt an Glaubenskriege.

Die Frauen, die in unsere Beratungsstelle kamen, ließen in ihren Erzählungen über das, was in ihren Therapien geschieht, ein Ausmaß an suggestiver Beeinflussung sichtbar werden, das ich – zumal im feministisch-therapeutischen Kontext – nie für möglich gehalten hätte und inzwischen eindeutig als Mißbrauch (der Definitionsmacht) in der Therapie bezeichnen würde. (So wurde etwa eine Frau mit heimlich erstellten Videoaufnahmen von sich selbst konfrontiert, um sehen zu lernen, welche verschiedenen Persönlichkeiten sie beherbergt bzw. wie sie zwischen ihnen wechselt).

Was als mutwilliges Spiel mit der strukturell per se stark gerüttelten *individuellen Identität* seine Faszination, seinen Witz und seine subversiven Reize hat (und was durchgängiges Motiv in Literatur und Kunst des 20. Jahrhunderts ist), schlägt m.E. im Kontext der hier referierten Psychotherapie in Mißbrauch von Abhängigkeit um, der aus der ursprünglichen Not und Angst der Klientinnen und aus ihrem Begehren nach Anerkennung ein Narrentum macht. Denn die Zuschreibung der paradoxen Identität (sic!) der Multiplen ist keine Anerkennung, sondern geradezu ein Hohn auf die Subversivität ihres Begehrens. Als psychiatrisches Etikett einer Störung, dessen Behandlung im Sinne der Beseitigung der Symptome entworfen wird und auf Krankenschein abgerechnet werden kann, steht die Zuschreibung und das entsprechende Behandlungskonzept in der Perspektive einer eindeutigen Weltsicht. Sie nimmt Psychotherapie in den Dienst, das reibungslose Funktionieren der verwalteten Welt zu ermöglichen mit samt seiner Voraussetzung: den »eindimensionalen Menschen«, der mit sich selbst potentiell total identisch ist und sich selbst potentiell perfekt kontrollieren kann. Dessen Zwangsrationalität enthüllt die Kehrseite ihrer schier verblüffenden und beklemmenden Irrationalität z.B. in Gestalt von feministischen Therapeutinnen, die sich von den »übersinnlichen Fähigkeiten« der – noch nicht synthetisierten – »Multiplen« faszinieren lassen, die Vorschriften für den altersgerechten Umgang mit »Kindpersönlichkeiten« aufstellen oder diskutieren, ob »Männerpersönlichkeiten« Zugang zu Frauenräumen haben dürfen usw., usw.

Der o.g. Zirkel der symptomgenerierenden Diagnostik läßt sich offenbar bei Frauen besonders leicht in Gang setzen, die sich an (se-

xuelle) Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit nicht mehr oder noch nicht erinnern können, aber mit deren Effekten im Alltag zu kämpfen haben.

Nach zahlreichen Gesprächen mit Diagnostizierten, dem Besuch des MPS-Kongresses, dem Studium der Fachliteratur ebenso wie der Selbsterfahrungsdiskurse halte ich die *MPS-Terminologie und -Diagnostik* (nicht aber das mit ihr beschriebene Phänomen) ebenso wie die derzeit populäre *MPS-Spezialbehandlung* im Rahmen von Psychotherapie (s.o.) zum Teil für eine Mystifizierung weiblicher Alltagserfahrung, zum Teil für einen gefährlichen Mißbrauch in der Therapie, der als eine Art säkularisierter Exorzismus anmutet. Die Kritik an den therapeutischen Konzepten der MPS-Spezialbehandlung und die Benennung der Möglichkeit dieses Zirkels sind mir wichtig als Hinweis auf die Gefahr des Mißbrauchs in der Therapie. Sie können aber m.E. nicht Anlaß geben, die Symptomatik als solche, ihre psychodynamische Bedeutung und den Leidensdruck der Frauen – ebenso wie die darin verwirklichte Widerständigkeit – zu verkennen oder zu leugnen, sondern vielmehr, die (therapeutischen) Umgangsweisen mit ihr weiter zu differenzieren und kritisch zu diskutieren.

Ob allerdings Psychotherapie, welcher Ausrichtung auch immer, überhaupt das Forum (oder gar das Instrument) sein kann oder sollte, das Paradoxon »weiblicher Identität« innerhalb einer Kultur *aufzulösen*, in der über Jahrhunderte eine Weiblichkeit konstruiert worden ist, mit der jede Frau nur um den Preis partiellen Selbstverlusts bzw. der Selbst-Erfindung identisch werden kann (vgl. Weisberg, 1994). Ob Psychotherapie also dieses Paradoxon auflösen kann zugunsten einer harmonischen Einheitlichkeit des Mit-sich-selbst-identisch-Seins in dem von Michaela Huber versprochenen »Leben danach« (sprich: nach der MPS-Therapie), daran habe ich meine Zweifel. In der Zeitschrift MATRIOSCHKA – Austauschforum für Betroffene – ist anschaulich der Preis nachzulesen, den die Verführbarkeit der Frauen für dieses Versprechen sie in ihrem Alltag kostet (vgl. Matrioschka, 1994/95).

Anmerkungen

- (1) An dieser Stelle möchte ich auf den krit. Kongreßbeitrag von Christina von Braun »Blick und Berührung« hinweisen, der voraussichtlich 1997 im Rahmen der Kongreß-Dokumentation im Kleine-Verlag Bielefeld erscheint. Sowie auf ein von ihr veröffentlichtes Buch zum Thema: Braun, Christina von (1989). Nicht Ich, Ich Nicht. Logik, Lüge, Libido. Frankfurt am Main.
- (2) Nach Abfassung dieses Artikels ist erschienen: Hacking, Ian. (1996). Multiple Persönlichkeit – Zur Geschichte der Seele in der Moderne. München, Wien.

Literatur

- Aldridge-Morris, R. (1989). Multiple Personality. An exercise in deception. Hove (Erlbaum).
- Bliss, E. L. (1980). Multiple personalities. A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. Archives of General Psychiatry, 37, S. 1388 – 1397.
- Erkwoh, R. & Saß, H. (1993). Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzeptionen in neuem Gewande. Nervenarzt, 64, S. 169 – 174.
- Ferenczi, S. (1972). Das Problem der Beendigung der Analysen. In: Ders., Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2. Frankfurt am Main.
- Ders. (1984). Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und Leidenschaft). Vorgetragen am Kongreß der 'Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung', September 1932 in Wiesbaden. In: J. M. Masson (Hrsg.), Was hat man dir, du armes Kind getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie. Reinbeck.
- Huber, M. (1995). Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. Frankfurt am Main.
- Kempker, K. (1994). Vortrag auf dem 'MPS'-Kongreß in Bielefeld, erscheint voraussichtlich 1997 im Rahmen der Kongreß-Dokumentation im Kleine-Verlag Bielefeld.
- Kluft, R. P. (1984a). An introduction to multiple personality disorder. Psychiatr Ann, 14, S. 19 – 24.
- Ders. (1984b). Treatment of Multiple Personality Disorder. A study of 33 cases. Psychiatr Clin North Am, 7, S. 9 – 29.
- Matrioschka – Eine Insel für Multiple Persönlichkeiten, 1, 1994 – 6, 1995.
- Prince, M. (1906). Dissociation of a Personality. New York.
- Putnam, F. W. (1989). Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. New York, London.

Ross, C. A. (1989). Multiple Personality Disorder. Diagnosis, Clinical Features and Treatment. New York.

Weisberg, L. (Hrsg.), (1994). Weiblichkeit als Maskerade. Frankfurt am Main.