

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG – MULTIPLE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Zwei oder mehr verschiedene Persönlichkeiten in einem Individuum?

Ein Mensch ist ein Mensch. Diese einfältige Bemerkung sollte noch einmal wiederholt werden, mit zwei banalen Betonungen: *Ein* Mensch ist *ein* Mensch. Wird der einfallslose Satz dadurch inhaltreicher? Oder steckt tatsächlich etwas dahinter?

Die Antwort lautet: Wenn es keine dissoziativen Identitätsstörungen oder – besser verständlich – Multiple Persönlichkeitsstörungen gäbe, wäre er in der Tat trivial. Aber welchen Zugang hat man dann zu Mitmenschen, die behaupten, zwei oder mehr verschiedene Persönlichkeiten in sich zu vereinen, also mehrere Individuen in einer zu sein?

Das ist das Thema dieses Kapitels. Es beginnt mit den dissoziativen Störungen generell, von der dissoziativen Amnesie (Erinnerungsverlust für wichtige Ereignisse), dissoziativen Fugue (zielgerichtete Ortsveränderungen ohne Erinnerungen) über dissoziative Sensibilitäts-, Empfindungs- und Bewegungsstörungen bis zu Trance- und Besessenheitszuständen. Und der dissoziativen Identitätsstörung, die wohl am schwersten nachvollziehbar ist.

Sie ist zwar selten, wird noch immer kontrovers diskutiert, auch und vor allem in Fachkreisen, in zunehmenden Maße aber auch ernst genommen, insbesondere konkret beforscht, diagnostiziert und sogar therapiert. Neu ist sie ohnehin nicht, als Krankheitsbild aber inzwischen von den weltweit tonangebenden Institutionen APA und WHO anerkannt.

Was also spielt sich hier ab, unter was leiden die Betroffenen (denn das sich hier ernste Probleme ergeben, ist wohl einsichtig), was gilt es für eine möglichst konkrete Diagnose zu beachten und vor allem: wen trifft es nach Häufigkeit, Geschlecht, Alter, erblicher und vor allem schicksalhafter Belastung im

Rahmen einer offenbar schweren Kindheit und Jugend? Gibt es inzwischen auch „harte“ Daten, neurobiologische Anhaltspunkte? Und kann man die dissoziative Identitätsstörung wirklich behandeln? Und wenn ja, wie?

Nachfolgend dazu eine kurz gefasste Übersicht, bei der auch kritische Einwände zur Sprache kommen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Identität – Identitätsstörung – dissoziativ – Dissoziation – dissoziative Störungen – Konversions-Störungen – dissoziative Identitätsstörung – Multiple Persönlichkeitsstörung – doppeltes Bewusstsein – doppelte Orientierung – alternierendes (abwechselndes) Bewusstsein – Spaltung – Spaltungs-Irresein – Desintegration des Bewusstseins – Fragmentierung des Bewusstseins – Auflösung der Persönlichkeit – Ausbildung verschiedener Persönlichkeitszustände – Ausbildung verschiedener Selbst-Zustände – self-states – zwei oder mehr unterscheidbare Identitäten oder Persönlichkeitszustände in einer Person – Schizophrenie – schizophrene Psychose – Hysterie – Neurose – Trauma – seelische Verwundung – gestörte zwischenmenschliche Beziehungen – dissoziative Amnesie – Erinnerungsverlust – dissoziative Fugue – Ortsveränderung ohne Erinnerung – dissoziativer Stupor – seelisch-körperliche Bewegungslosigkeit – Trance- und Besessenheits-Zustände – dissoziative Störung der Bewegung – dissoziative Störung der Sinnesempfindungen – dissoziative Krampfanfälle – Pseudo-Anfälle, dissoziative Sensibilitäts-Störungen – dissoziative Empfindungs-Störungen – Ganser-Syndrom – psychogene (seelisch bedingte) Verwirrtheit – psychogener (seelisch bedingter) Dämmerzustand - Depersonalisation – Derealisation – Flashback-Erlebnisse – Nachhall-Erinnerungen – somatoforme Dissoziation – Posttraumatische Belastungsstörung – komplexe posttraumatische Belastungsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Somatisierungsstörung – vegetative Labilität – vegetative Dystonie – Befindlichkeitsstörung – Depressionen – Angststörungen – Alkohol-Folgen – Medikamenten-Intoxikation – Rauschdrogen-Vergiftung – Hirntumoren – Stoffwechselvergiftungen – Unfallfolgen – Halluzinationen – Gehörs-Trugwahrnehmungen – Gesichts-Trugwahrnehmungen – befehlende Stimmen – Selbstverletzungen – Suizidversuche – Ess-Störungen – Schlafstörungen – Verwechslungs-Möglichkeiten mit dissoziativen Störungen (Epilepsie, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, bipolare affektive Störung, Angst-, Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen, Vorgetäuschte Störung, Simulation u. a.) – Gewalt-Erfahrung – sexueller Missbrauch – neurobiologische Untersuchungen – neuroanatomische Auffälligkeit – psychobiologische Auffälligkeiten – dissoziative Identitätsstörung und neurobiologische Forschung – Psychotherapie der dissoziativen Identitätsstörung – Pharmakotherapie der dissoziativen Identitätsstörung – Einstellung der Allgemeinheit – u.a.m.

ALLGEMEINE ASPEKTE

„Es gibt mehr Dinge zwischen Himmel und Erden, als Deine Schulweisheit Dir träumt“, mahnte uns schon der englische Dramatiker William Shakespeare in seinem weltbekannten „Hamlet“. Das ist richtig, wer mag es bezweifeln. Andererseits gibt es auch Phänomene, die selbst in unserer erkenntnis-offenen, wenn nicht gar „sensations-lüsternen“ Zeit und Gesellschaft doch erst einmal zur Zurückhaltung mahnen. Und wenn es sich dabei noch um ein psychisches Problem handelt, dann erst recht. Wir sind gern informiert, aber ungern an der Nase herumgeführt.

Nun gibt es gerade im seelischen Bereich Krankheitsbilder, die ohnehin schwer mit „normalem Menschen-Verstand“ erfasst und damit akzeptiert werden können. Eigentlich besteht die ganze Psychiatrie aus Störungen, die man sich kaum erklären kann (was sich nach der Schilderung der Psychiater in ihrer Fachsprache auch nicht gerade bessert, lautet die häufige Klage). Also hält man sich eher bedeckt und ordnet derlei am liebsten unter Absonderlichkeiten des Lebens ein: obskur, wie das früher hieß, d. h. unklar, dunkel, undurchsichtig, undurchschaubar und deshalb verdächtig und am liebsten auf Distanz zu halten.

Das geht auch so lange gut, bis man in seinem weiteren oder gar näheren Umfeld mit einem solchen Phänomen konfrontiert wird. Vielleicht trifft es einen sogar selber – und was dann? Schließlich nehmen schon jene seelischen Störungen zu, die man als „klassische psychiatrische Krankheitsbilder“ bezeichnet (Depressionen, Suchterkrankungen, Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen u. a.). Und dies gilt offenbar noch mehr für jene, die zwar bei genauer Erforschung so alt sind wie die Menschheit (neu sind eigentlich nur die Nebenwirkungen von Psychopharmaka), aber man hat Sie bisher nicht beachten müssen, weil sie entweder selten, hinter anderen Leiden verborgen oder schwer erkennbar auftraten.

Inzwischen leben wir aber in einer Zeit, in der immer mehr dieser bisher offiziell unbemerkt beeinträchtigenden bis quälenden Störungen erforscht, konkret beschrieben und damit auch diagnostizierbar, schließlich sogar allseits akzeptiert klassifizierbar (und hoffentlich auch erfolgreich therapierbar) werden.

Dazu gehören vor allem die *dissoziativen Störungen* und hier insbesondere die dissoziative Identitätsstörung. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht.

Begriff

Unter *Dissoziation* versteht man schon in der Chemie bezeichnenderweise den Zerfall von Molekülen und in Psychologie und Psychiatrie die Auflösung von Bewusstseins-Zusammenhängen. Der Begriff setzt sich zusammen aus der lateinischen Vorsilbe *dis* mit trennender oder gegensätzlicher Bedeutung (z. B. zer-, un-, ab-, ent-, miss- usw.), *socialis* = lat. die Gesellschaft, das Gemeinwohl betreffend und *dissociatio* = Aufspaltung, Zerlegung, Trennung, Auflösung, Zerfall.

Man versteht also unter Dissoziation erst einmal schlicht eine Spaltung (im Gegensatz zu dem Begriff Assoziation = Verknüpfung, z. B. bewusster oder unbewusster seelischer Inhalte).

Spaltung, aber von was? Die Vorstellung entstand Anfang des 19. Jahrhunderts zur Erklärung von Beobachtungen wie Somnambulismus (Schlafwandeln), doppeltem Bewusstsein, multipler Persönlichkeit (siehe später) u. a., bei denen ein Teil der Seele scheinbar die Verbindung mit anderen Bereichen verlor, die Seele sich gleichsam auftrennt.

Das äußerte sich dann in Fachbegriffen wie doppeltes Bewusstsein, doppelte Orientierung, alternierendes (abwechselndes) Bewusstsein, kurz die Unfähigkeit der betroffenen Person, seelische Vorgänge in einer Einheit zusammenzuhalten.

Das ist dem Psychiater geläufig, insbesondere in einer der klassischen psychischen Störungen, der Schizophrenie (Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie), bei der die Spaltung die Vorbedingung für die dann folgenden, meist komplizierten schizophrenen Phänomene darstellt. Deshalb wurde die Schizophrenie früher auch „Spaltungs-Irresein“ genannt.

Das Phänomen der Spaltung des Bewusstseins nannte man Dissoziation.

Dieser Begriff wurde später ins englische (und sogar französische) übernommen, blieb in der deutschen Sprache im Wesentlichen auf die Schizophrenien beschränkt, erfuhr aber in der US-amerikanischen Psychiatrie eine Erweiterung, teils als einzelnes Krankheitszeichen, teils als Krankheits-Einheit, z. B. in der Multiplen Persönlichkeit. Kompliziert wird es außerdem noch dadurch, dass auch die Psychoanalytiker um Sigmund Freud den Begriff „Spaltung“ übernahmen, allerdings als Verdrängungs-Mechanismus, bei der zwischen Bewusstes und Unbewusstes aufgeteilt wird (Einzelheiten siehe das Kapitel „Neurosen einst und heute“ in dieser Serie).

Inzwischen konnten sich die dissoziativen Störungen als Begriff und Krankheits-Gruppe weltweit etablieren, d. h. anerkannt von der Weltgesundheitsor-

ganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10 und der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR.

Diese beiden ton-angebenden und letztlich entscheidenden Institutionen konnten sich aber gerade bei den dissoziativen Störungen noch nicht so recht einig. Das können sie übrigens auf verschiedenen Gebieten (noch) nicht, auf diesem allerdings ist es noch am ehesten nachvollziehbar. Dissoziative Störungen strapazieren nämlich zum Teil ganz erheblich den „gesunden Menschenverstand“, das darf ruhig einmal zugegeben werden. Um was handelt es sich?

Dissoziative Störungen – Definitions-Versuche

Dissoziative Störungen (auch Konversions-Störungen genannt, vom lat.: convertere = umwenden, umdrehen) sind „der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration, die sich auf Erinnerungen an die Vergangenheit, auf Identitäts-Bewusstsein und unmittelbare Empfindungen sowie die Kontrolle von Körperbewegungen bezieht“ (WHO).

Oder: „Das Hauptmerkmal der Dissoziativen Störungen ist eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt“ (APA).

Oder so kurz wie möglich: Irgendetwas stimmt nicht zwischen mir und meiner Umwelt.

Denn normalerweise habe ich eine mehr oder weniger vollständige Kontrolle über das, was ich empfinde, sehe, höre, schmecke, rieche, was ich erinnere, welche Bewegungen ich ausführe usw. Wenn alles funktioniert, dann ist es einfach „normal“. Wenn das nicht der Fall ist, dann ist das unnormal, führt zu Einbußen oder Veränderungen des Empfindens und Handelns. Oder wiederum kurz:

Es geschehen Dinge mit mir bzw. zwischen mir und dem Umfeld, die nicht nachvollziehbar sind, nicht von mir, also von der betroffenen Person selber – und schon gar nicht von den anderen.

Diese Störungen sind natürlich nicht neu, im Gegenteil. Sie scheinen früher, zumindest in bestimmten Epochen und auch Kulturen, öfter als heute aufgetreten zu sein. Im 20. Jahrhundert wurden sie deshalb auch als Konversions-Neurosen (ein Begriff, den nur noch wenige kennen dürften) bzw. als Hysterie eingeordnet (hysterisch, das kennt zwar jeder als Negativ-Charakterisierung, doch das eigentliche Krankheitsbild ist viel komplexer). Einzelheiten dazu sie-

he noch einmal das Kapitel über „Neurosen einst und heute“ und der spezifische Beitrag über die Hysterie in dieser Serie.

Auf jeden Fall werden die dissoziativen Störungen als psychogen, als seelisch ausgelöst und unterhalten angesehen. Woher aber kommen sie? Zumeist handelt es sich um so genannte traumatisierende (seelisch verwundende) Ereignisse; aber auch um unlösbare und unerträgliche Konflikte und gestörte zwischenmenschliche Beziehungen. Und vor allem um Belastungen, mit denen der Betroffene nicht fertig wird. Denn es dürfte keinen Menschen geben, der nicht von solchen Beeinträchtigungen heimgesucht, nur eben besser damit fertig wird.

Oder kurz: Der eine hat es bewältigt, wenigstens mehr oder weniger erfolgreich, der andere reagiert mit bestimmten Symptomen, kann sich aber in der Regel keine Verbindung zwischen dem Auslöser und den jetzigen Krankheitszeichen vorstellen.

Zeitlich gesehen kann sich das ereignis-nah abspielen, aber auch Monate, ja Jahre und mehr zurückliegen. Die Dauer variiert zwischen kurz, mittellang, lang und lebenslang, also praktisch alles. In der Regel sind es einige Wochen oder Monate, die der Betroffene zu ertragen hat, nur selten nimmt es einen unbeeinflussbar chronischen Verlauf.

Ein besonderes Problem ist die Art und Weise, mit der die Betroffenen mit solchen meist eigenartigen Leiden umgehen. Patienten mit dissoziativen Störungen verleugnen nämlich oft auffallend ihre für andere eindeutigen Probleme und Schwierigkeiten und möglicherweise sogar Zusammenhänge. Alle Konsequenzen, die sich aus ihrem ungewöhnlichen Verhalten ergeben, führen sie lediglich auf die Symptome zurück und nicht auf die Ursachen dieser Krankheitszeichen. Diese Erkenntnis gewinnen sie erst (oder zumeist) unter einer erfolgreichen Behandlung durch einen Arzt oder Psychologen. Und das geschieht, man kann es sich denken, viel zu selten, schon weil die Betroffenen die dafür zuständigen Experten eher meiden, als gezielt aufsuchen. Wenn aber die Therapeuten solche Patienten nicht zu Gesicht bekommen, gehen sie auch nicht in die Statistik ein.

Mit anderen Worten: Man vermutet, dass dissoziative Störungen häufiger, ja deutlich häufiger sind, als man bisher angenommen hat. Es ist vor allem die Dunkelziffer, also die unerkannte Zahl von Betroffenen, die einen exakten Überblick erschwert.

Was gibt es für dissoziative Störungen?

Die Frage, was es nun eigentlich für dissoziative Störungen im Einzelnen gibt, hängt von der Auswahl der beiden zitierten Institutionen WHO und APA ab. Sie

stimmt im Wesentlichen überein, wenngleich nicht punkt-genau. Deshalb im Einzelnen:

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt unter den dissoziativen Störungen (dazugehörige Begriffe aus WHO-Sicht: Hysterie, Konversionshysterie, Konversionsreaktion, hysterische Psychose bzw. Konversionsstörung) folgende Krankheitsbilder an:
 - *Dissoziative Amnesie*: Erinnerungsverlust für meist wichtige aktuelle Ereignisse.
 - *Dissoziative Fugue*: Zielgerichtete Ortsveränderungen von Haus zu Haus oder vom Arbeitsplatz fort, wobei die betreffende Person sich geordnet verhält. Dabei liegen alle Kennzeichen einer dissoziativen Amnesie (s. o.) vor. In einigen Fällen wird sogar eine neue Identität angenommen.
 - *Dissoziativer Stupor*: Deutliche Verringerung oder gar Fehlen willkürlicher Bewegungen und normaler Reaktionen auf äußere Reize wie Licht, Geräusche, Berührung u. a.
 - *Trance- und Besessenheits-Zustände*: Zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung. In Einzelfällen verhält sich der Patient so, als ob er von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit oder einer „Kraft“ beherrscht wird.
 - *Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindungen*: Verlust oder Veränderung von Bewegungsfunktionen oder Empfindungen. Beispiele: Lähmung einzelner Körperteile oder des gesamten Organismus in vielfältigen Ausdrucksformen. Auch die Stimme kann betroffen sein.
 - *Dissoziative Krampfanfälle*: So genannte Pseudo-Anfälle, die wie echte epileptische Anfälle aussehen können, allerdings mit charakteristischen Unterscheidungsmerkmalen zu diesen.
 - *Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungs-Störungen*: Verlust von Berührungsempfindungen oder Sehschärfe, ferner Taubheit, Geruchsstörungen u. a.
 - *Andere dissoziative Störungen*: Dazu gehören das Ganser-Syndrom (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel) sowie die Multiple Persönlichkeitsstörung (siehe unten).
 - *Andere näher bezeichnete dissoziative Störungen*, wozu beispielsweise auch psychogene (seelisch bedingte) Verwirrtheit oder psychogener Dämmerzustand zählen.

- *Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen*: Rest-Kontingent.
- Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) nennt für ihre Einteilung folgende dissoziative Störungen:
 - *Dissoziative Amnesie*: s. o.
 - *Dissoziative Fugue*: s. o.
 - *Dissoziative Identitätsstörung (vormals Multiple Persönlichkeitsstörung)*: s.u.
 - *Depersonalisationsstörung*: ständiges oder wiederholt auftretendes Gefühl von Losgelöstsein von den eigenen geistigen Prozessen oder dem Körper, wobei aber die Realitätskontrolle intakt bleibt.
 - *Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung*: eigene Kategorie, zu der auch die Dissoziative Trance-Störung (s. o.), das Ganser-Syndrom (s. o.) u. a. gehören.

DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG – MULTIPLE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Von allen dissoziativen Störungen ist die *dissoziative Identitätsstörung* oder – wie sie früher genannt wurde – die *Multiple Persönlichkeitsstörung* die am schwersten nachvollziehbare. Und das geht – wie erwähnt – den Experten, d. h. Psychiatern, Psychologen, ob biologisch oder psychotherapeutisch orientiert, nicht viel anders. Unter diesem Aspekt ist die Kurzfassung der WHO in ihrer ICD-10 erst einmal ein guter Einstieg. Sie lautet (modifiziert und durch Erläuterungen ergänzt):

Diese Störung ist selten und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen (also ärztlicherseits ausgelöst) oder kulturspezifisch ist. Das grundlegende Merkmal ist das offensichtliche Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten in einem Individuum (bezeichnenderweise aus dem Lateinischen kommend: *in* = Vorsilbe mit verneinender Bedeutung sowie *dividere* = teilen, abtrennen = also das Unteilbare, eine Einheit bildende). Und einige Zeilen weiter:

Bei der häufigsten Form mit zwei Persönlichkeiten ist meist eine von beiden dominant (bestimmend, vorherrschend) und keine hat Zugang zu den Erinnerungen der anderen, ja, die eine ist sich der Existenz der anderen fast niemals bewusst.

Der Wechsel von der einen Persönlichkeit zur anderen vollzieht sich beim ersten Mal gewöhnlich plötzlich und ist eng mit traumatischen (seelisch verwundenden) Erlebnissen verbunden. Spätere Wechsel sind oft begrenzt auf dramatische oder belastende Ereignisse oder treten in Therapie-Sitzungen auf, in denen der (Psycho-)Therapeut Relaxation (Entspannung, vor allem eine Erschlaffung der Muskulatur), Hypnose oder Abreagieren fördert.

Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) geht dieses Phänomen differenzierter an. Von dort wird auch in Wissenschaftskreisen die Entscheidung bzw. die konkrete klassifikatorische „Marschrichtung“ erwartet. Die APA aber wiederum wartet auf wissenschaftliche Erkenntnisse, vor allem auf „harte Forschungs-Daten“, die ihr in einer ohnehin schwer fassbaren Fachrichtung, nämlich der Psychiatrie, und bei einem besonders schwer interpretierbaren Phänomen jene Beweise an die Hand geben, die dann die notwendige Allgemeingültigkeit in puncto Diagnose, Differentialdiagnose (siehe später), Therapie und Prävention erwarten lassen.

Zu den weit häufigeren Wissenschaftlern aus dem angelsächsischen Bereich, die sich mit diesem Phänomen beschäftigen, stoßen inzwischen auch europäische und hier vor allem deutsche Forschungsgruppen hinzu. Eine solche hat im Deutschen Ärzteblatt (s. u.) eine hilfreiche Übersicht zum Thema *dissoziative Identitätsstörung* vorgestellt, die zusammen mit dem entsprechenden Kapitel im DSM-IV-TR der APA die Grundlage nachfolgenden Beitrags bildet: U. Gast u. Mitarb.: *Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert*. Deutsches Ärzteblatt 47/2006 – siehe Literaturverzeichnis. Im Einzelnen:

Die dissoziative Identitätsstörung – historische Aspekte

Wie bereits erwähnt war das Problem der „gespaltenen“ und damit notgedrungen auch „Multiplen Persönlichkeit“ schon vor 150 Jahren ein „heikles“ Thema, das vor allem von psychiatrisch interessierten Philosophen diskutiert und nach und nach auch von den Psychiatern selber (kontrovers) erörtert wurde. So war es der französische Nervenarzt Dr. Pierre Janet (1859–1947), der den Begriff „Dissoziation“ (s. o.) als „Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins“ beschrieb.

Desintegration heißt ja soviel wie Auflösung eines Ganzen, es wird also aufgespalten, aufgelöst und damit unzusammenhängend. Fragmentierung kommt von Fragment, und das heißt Bruchstück, in diesem Fall also etwas was in Fragmente, Bruchstücke zerlegt wird, hier sogar das Bewusstsein.

Es dauerte dann aber recht lange, bis auch die grundlegenden Lehrbücher davon Kenntnis nahmen und hier vor allem das mehrfach erwähnte Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen, kurz DSM, wo dieses

Phänomen 1980 erstmals beschrieben wurde (rund 10 Jahre später auch in der ICD-10). Der ursprüngliche Begriff der „Multiplen Persönlichkeit“, oder gar Persönlichkeitsstörung war natürlich einprägsamer, hat aber so viele Umbenennungen und Um-Definitionen erfahren, dass man sich inzwischen auf die dissoziative Identitätsstörung (DIS) geeinigt hat.

Eine der wichtigsten Ursachen dieses Phänomens ist die posttraumatische Belastung durch ein beeinträchtigendes Ereignis. Posttraumatische Erkrankungen sind natürlich so alt wie die Menschheit und haben über Jahrtausende hinweg ihre gnadenlose Spur gezogen. Wissenschaftlich bedeutsam wurden sie erst im 20. Jahrhundert, und zwar noch nicht einmal nach den beiden entsetzlichen Weltkriegen, sondern letztlich erst mit dem Korea- und Vietnam-Krieg, bei denen vor allem US-amerikanische Psychiater und Psychologen im Militärdienst ihre Erfahrungen machen konnten bzw. mussten.

Inzwischen haben die posttraumatischen Erkrankungen als Forschungsobjekt fast schon Hochkonjunktur. So wurde eine Reihe weiterer Störungen unter die so genannte Psychotraumatologie (die Lehre von den seelischen Verwundungen und ihren Folgen) eingereiht. Dazu gehören beispielsweise die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Somatisierungsstörung (früher als vegetative Labilität oder Dystonie bezeichnet, letztlich eine Art Befindlichkeitsstörung) und schließlich die dissoziative Identitätsstörung (siehe die entsprechenden Kapitel).

In allen Fällen wird eine Art übergreifende „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ diskutiert, bei der ernsthafte Beeinträchtigungen in der Kindheit vorliegen, vor allem in Form schwerer Vernachlässigung sowie emotionaler (gemütsmäßiger), körperlicher und hier insbesondere sexueller Gewalt.

Während nun die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Somatisierungsstörung inzwischen akzeptierte Diagnosen bzw. Leidensbilder sind, kann man das für die dissoziative Identitätsstörung bzw. Multiple Persönlichkeitsstörung bisher nicht behaupten. Dabei ist sie – so die dafür zuständigen Experten – gar nicht so selten. Sie wird nur nicht häufig diagnostiziert, weil von den Betroffenen zumeist auch nicht konkret beklagt, obgleich sie darunter leiden.

Deshalb tritt man jetzt vermehrt nicht nur an Psychiater und psychotherapeutisch tätige Psychologen heran, sondern sogar an Hausärzte, um sie für dieses Phänomen zu sensibilisieren. Was weiß man nun konkret darüber?

Wer, was und wie ist gestört?

Die dissoziative Identitätsstörung ist die Unfähigkeit, verschiedene Gesichtspunkte

- der Identität
- des Gedächtnisses
- der Wahrnehmung

von sich und der Umwelt problemlos zu integrieren. Gedächtnis und Wahrnehmungen sind soweit klar. Unter Identität versteht man allgemeine die vollkommene Gleichheit und Übereinstimmung in allen Merkmalen. Psychologisch gesehen ist es die erlebte Kontinuität, also der lückenlose Zusammenhang des Ich. Eine Identitätskrise ist also die Störung des Gefühls der Identität mit sich selber, einem aus enger Verbindung mit anderen (insbesondere den Eltern oder nahen Bezugspersonen) erwachsenen Bewusstseins von Kontinuität und Gleichheit des Ich. Eine Identitätsstörung wäre also dann die Unsicherheit über das eigene Selbst (vor allem bei Kindern, Jugendlichen sowie sozial Entwurzelten, z. B. Flüchtlingen).

Diese drei Aspekte, nämlich Identität, Gedächtnis und Wahrnehmung, sind entscheidende Funktions-Einheiten des Bewusstseins. Sie helfen die erlebte Erfahrung des Alltags in einen persönlichen Gesamtzusammenhang zu stellen.

Einige Beispiele für dissoziative Störungen generell wurde bereits genannt. Dazu gehören die dissoziativen Amnesien (Erinnerungsverlust, Gedächtnisstörung), die Depersonalisationsstörung (bei der die Wahrnehmung von sich selber beeinträchtigt ist im Sinne von „neben sich stehen, sich nicht im Kontakt mit sich fühlen“), aber auch dissoziative Teil-Symptome bei Depressionen, Angststörungen u. a.

Wenn nun diese Abspaltungs-Phänomene im eigenen Inneren einen solchen Schweregrad erreicht haben, dass sie zur eigenständigen Störung werden, dann muss man eine dissoziative Identitätsstörung annehmen. Sie gilt als schwerste Erkrankung im Rahmen aller dissoziativen krankhaften Phänomene, denn sie beeinträchtigt alle drei Bereiche des Bewusstseins (s. o.), nämlich nicht nur Gedächtnis und Wahrnehmung, sondern auch das Identitäts-Erleben selbst.

Dadurch kommt es zur Ausbildung verschiedener Persönlichkeitszustände oder – wie es die Experten nennen – Selbst-Zustände (englischer Sprachgebrauch: „self-states“). Und die übernehmen nun wechselweise(!) die Kontrolle über das Erleben und Verhalten des eigentlich unteilbaren Individuums. Dieser Wechsel von einem Zustand in einen anderen ist mit einer Amnesie, einer Erinnerungslosigkeit verbunden. Oder kurz: Der Betroffene wechselt seine Identität und weiß es nicht.

Die entscheidenden diagnostischen Merkmale, wie sie von der APA formuliert werden, lauten also:

Das Hauptmerkmal der Dissoziativen Identitätsstörung ist das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen.

Es besteht eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern; diese ist zu umfassend, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

Und da es in diesem Zusammenhang eine Reihe von körperlichen Erkrankungen oder Unfallfolgen gibt, die so etwas ebenfalls auslösen können, lautet noch die unerlässliche Voraussetzung: Die Dissoziative Identitätsstörung geht *nicht* auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Medikamente, Alkohol, Rauschdrogen, Letzteres sind ja berüchtigt für die Auslösung solcher Zustände) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z. B. eine bestimmte Art der Epilepsien, aber auch Hirntumoren, Stoffwechselvergiftungen, Unfallfolgen u. a.). Bei Kindern, bei denen ohnehin andere Bedingungen herrschen, können solche Symptome auch nicht durch Phantasiespiele u. ä. erklärt werden.

Und weiter, so die APA in ihrer letzten offiziellen Stellungnahme durch das DSM-IV-TR (2006): Jeder der Persönlichkeitszustände kann eine unterschiedliche persönliche Geschichte, ein unterschiedliches Selbstbild und eine unterscheidbare Identität mit verschiedenen Namen haben. Gewöhnlich existiert eine primäre Identität, die den Namen der Person trägt. Diese ist in der Regel passiv, abhängig, hat Schuldgefühle und ist depressiv.

Die wechselnden Identitäten haben häufig verschiedene Namen und Charaktereigenschaften, die im Gegensatz zur primären Identität (also der ursprünglichen Person) stehen, z. B. sind sie feindselig, kontrollierend und selbstzerstörerisch.

Einzelne Identitäten können unter speziellen Umständen auftauchen und sich im berichteten Alter, im Geschlecht, der Sprache, dem Allgemeinwissen oder dem vorherrschenden Affekt (der Gemütslage) unterscheiden.

Wechselnde Identitäten werden so erlebt, als ob sie für bestimmte Abschnitte auf Kosten der anderen die Kontrolle übernehmen; sie können das Wissen über die anderen leugnen, diesen gegenüber sehr kritisch sein oder sogar im offenen Konflikt mit ihnen stehen.

Aggressive oder feindselige Identitäten können zeitweise die Aktivitäten der anderen unterbrechen oder die anderen in unangenehme Situationen bringen.

Menschen, die eine solche Störung erleiden müssen, haben häufig Lücken in der Erinnerung der persönlichen Geschichte, und dies sowohl für frühere wie

aktuellere Ereignisse. Die Amnesie (Erinnerungslosigkeit) ist häufig ungleichmäßig. Die passiveren Identitäten haben eine eher eingeschränkte Erinnerung, während die feindseligeren, kontrollierenden oder „Beschützer“-Identitäten vollständigerere Erinnerungen aufweisen.

Es ist möglich, dass eine Identität, die gerade keine Kontrolle ausübt, versucht, durch die Produktion akustischer oder visueller Halluzinationen (also Gehörs- oder Gesichts-Trugwahrnehmungen) einen Zugang zum Bewusstsein zu erlangen (z. B. eine Stimme, die Instruktionen gibt).

Beweisend für Amnesie können auch Berichte von anderen sein, die ein Verhalten bemerken und aufdecken, das von der Person geleugnet wird (z. B. Kleidungsstücke zu Hause finden, ohne dass sich der Betreffende daran erinnern kann, diese je gekauft zu haben).

Es kann nicht nur zu einem Gedächtnisverlust für immer wiederkehrende Zeitabschnitte kommen, sondern auch zum vollen Verlust der biographischen Erinnerung (also des gesamten eigenen Lebens) von der Kindheit über die Jugend bis zum Erwachsenenalter.

Die Übergänge zwischen den Identitäten werden häufig durch psychosoziale Belastungen ausgelöst (Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Beruf u. a.). Es dauert gewöhnlich nur Sekunden, um von einer Identität zur anderen zu wechseln. Seltener kann dieser Übergang auch graduell (stufenweise) vonstatten gehen.

Mit dem Wechsel der Identität können häufig folgende Verhaltensweise einhergehen: schnelles Augenzwinkern, mimische, Stimm- oder Verhaltensveränderungen oder das Abbrechen des Gedankenflusses.

Soweit ein Teil von dem, was die US-amerikanischen Psychiater in der 4. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association zusammengetragen haben. Was aber wird die 5. Auflage bringen? Hier diskutieren die dortigen Experten beispielsweise einen so genannten Kriterien-Katalog von P. F. Dell, der folgende kennzeichnenden Merkmale für eine dissoziative Identitätsstörung enthält (nach P.F. Dell: Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. J Trauma Dissociation 2 (2001) 7 bzw. P.F. Dell: Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 190 (2002) 10, zitiert nach U. Gast u. Mitarb., siehe Literaturverzeichnis am Ende dieses Beitrags):

Gefordert wird dort ein durchgängiges Muster dissoziativen Funktionierens bzw. unter dem Blickwinkel des „Normalen“ der seelischen, psychosozialen, psychosomatisch interpretierbaren und sogar körperlichen Störungen mit folgenden Symptomen (modifiziert durch eigene Erläuterungen):

A) Dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung:

- Gedächtnisprobleme, auffällige Erinnerungslücken
- Depersonalisation (also mit einem Satz: „Ich bin nicht mehr ich“)
- Derealisation (kurz: „alles so eigenartig, sonderbar um mich herum“)
- Flashback-Erleben (so genannte Nachhall-Erinnerungen von traumatischen Erfahrungen)
- Somatoforme Dissoziation (somatoform ist der neue Begriff für psychosomatisch, d.h. unverarbeitete seelische Probleme äußern sich körperlich ohne entsprechenden organischen Befund, beispielsweise pseudo-neurologische Beschwerden, dissoziative Bewegungs- oder Empfindungsstörungen – Einzelheiten s. o.)
- Trance-Zustände (Beispiele: zeitweiliger Verlust der Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung, so als ob man von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit oder einer „Kraft“ beherrscht wird u. a.)

B) Anzeichen für die Manifestation (das Auftreten) teilweise abgespaltenen Selbst-Zustände

- Hören von Kinderstimmen (im Kopf)
- Innere Dialoge oder Streitgespräche
- Herabsetzende oder bedrohende innere Stimmen
- Teilweise dissoziiertes (also als zeitweise nicht zu einem selber gehörig erlebtes) Sprechen
- Teil-dissoziierte Gedanken: eingegebene, sich aufdrängende Gedanken, auch Gedankenentzug
- Teil-dissoziierte Emotionen: Gefühlen werden als aufgedrängt oder eingegeben erlebt
- Teil-dissoziiertes Verhalten: Handlungen werden als nicht unter der eigenen Kontrolle erlebt
- Zeitweise nicht zu sich gehörig erlebte Defizite bezüglich Fertigkeiten oder Fähigkeiten: plötzlicher Wechsel im Funktionsniveau wie „Vergessen“ wie man Auto fährt, Computer bedient usw.

- Irritierende Erfahrung von verändertem Identitäts-Erleben: sich wie eine ganz andere Person fühlen oder verhalten
- Unsicherheit über die eigene Identität (aufgrund wiederholter ich-fremder Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, Emotionen, Fertigkeiten u. a.)
- Teil-dissoziierte Selbst-Zustände: in der Untersuchungs-Situation tritt dieser teil-dissoziierte Selbst-Zustand direkt auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend jedoch keine Amnesie der Primärperson usw.

C) Für objektive und subjektive Manifestationen vollständig abgespaltene Selbst-Zustände:

- Wiederholte Amnesien (Erinnerungslosigkeiten) für das eigene Verhalten: z. B. lückenhaftes Zeiterleben („Zeit verlieren“, „zu sich kommen“, Fugue-Episoden, also zielgerichtete Ortsveränderung mit nachträglicher Erinnerungsstörung)
- Nicht erinnerbares Verhalten; Beispiele:
 - - Rückmeldung von Anderen über eigenes Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann
 - - Dinge in seinem eigenen Besitz finden, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann
 - - Notizen oder Zeichnungen von sich finden, an deren Anfertigung man sich nicht erinnern kann
 - - Hinweise für kürzlich ausgeführte Handlungen, an die man sich nicht erinnern kann
 - - Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen, an die man sich nicht mehr erinnern kann
- Voll-dissoziierte Selbst-Zustände: In der Untersuchungssituation tritt ein voll-dissoziierter Selbst-Zustand direkt auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend Amnesie der Primärperson

Was gilt es für die Diagnose zu beachten?

Wir haben also ein überaus sonderbares Phänomen vor uns, das schwer einordenbare klinische Auffälligkeiten aufweist, wie es die Psychiater und Psychologen ausdrücken:

Umfassende Bereiche des eigenen Wahrnehmens, Erinnerens und Handelns werden im normalen Alltags-Bewusstsein gar nicht oder nur teilweise und dann „wie von einer anderen Person“ erlebt. Menschen mit diesem Phänomen verhalten und/oder erleben sich so, als gäbe es mehrere verschiedene Personen in ihnen. Der Leidensdruck, der sie schließlich zum Fachmann führt, entsteht durch die teilweise erheblichen Alltags-Amnesien und damit die mangelnde Kontrolle über das eigene Denken, Fühlen, Erleben und Handeln und durch die hieraus bedingten gestörten sozialen Interaktionen.

Oder kurz: Diese Personen sind offensichtlich „nicht bei sich“, erleben sich nicht als sie selber, leiden unter Erinnerungsverlust und fallen demzufolge in ihrer Umgebung negativ auf.

Zum Arzt oder Psychologen gehen sie allerdings nur, weil sie dann – nachvollziehbar – unter Depressionen, Angststörungen, psychosomatischen Beeinträchtigungen, unter Selbstverletzung, Ess-Störungen, Suchterkrankungen oder Beziehungsproblemen zu leiden haben.

Die eigentlichen Auslöser sind nach außen hin meist erst einmal diskret, zwingen als solche nicht unbedingt gleich zum Arzt-Kontakt. Außerdem sind sie scham-besetzt, wie die Fachleute es nennen, man kann es sich denken. Wegen dieser meist hohen Scham-Schwelle müssen bei den Patienten solche Symptome erst einmal aktiv erfragt werden, spontan mitgeteilt werden sie nur selten.

Schließlich haben solche Patienten natürlich die nicht ganz ungerechtfertigten Bedenken, sie könnten als schizophren oder zumindest wahnhaft eingestuft werden. Wie anders würde ein „normaler Mensch“ und sicher auch ein Arzt bei der ersten Schilderung die Klage einstufen: Der Patient erlebe sich als nicht zu sich gehörig, vor allem was Denken, Sprechen, Fühlen, Handeln u. a. anbelangt, ja, er höre Stimmen, könne sich nicht gegen aufdrängende Gedanken wehren oder müsse sogar Gedanken-Entzug hinnehmen.

Oder die z. B. drastischen Erinnerungslücken, selbst an kurz zurückliegende und durchaus markante Ereignisse wie Examen, Urlaub, ja Geburt des eigenen Kindes. Oder wie soll man damit fertig werden, plötzlich das Auto nicht mehr steuern oder den Computer bedienen zu können. Peinlich auch impulsartige Durchbrüche wie Ess-Anfälle, für die keine Erinnerung mehr verfügbar ist. Dramatisch das Gleiche für Selbstverletzungen oder gar Suizidversuche.

Kurz: So etwas will nicht nur ertragen, so etwas will auch gestanden, verarbeitet, als von sich selber kommend akzeptiert sein. Das braucht viel Erfahrung seitens des zuständigen Arztes oder Psychologen.

Weitere Belastungen dissoziativer Identitätsstörungen

In der sorgfältig zu erhebenden Vorgeschichte (Fachausdrücke: Eigen- und Fremd-Anamnese, d. h. vom Patienten selber und dem entscheidenden Umfeld beigetragen) kommen immer wieder Ereignisse zur Sprache, die inzwischen als zumindest bedeutsam, wenn nicht gar entscheidend erachtet werden:

So berichten Patienten mit einer dissoziativen Identitätsstörung häufig über schweren körperlichen und sexuellen Missbrauch, vor allem während der Kindheit. Natürlich gibt es über die Exaktheit solcher Hinweise unterschiedliche Meinungen, schließlich unterliegen Kindheitserinnerungen bestimmten zeit- und entwicklungstypischen Verzerrungen. Auch sind Personen mit einer dissoziativen Identitätsstörung bekanntermaßen hochgradig empfänglich gegenüber Suggestionen, d. h. leicht beeinflussbar, insbesondere durch Hypnose.

Deshalb ist eines der häufigsten Gegenargumente die sicher nicht ganz unwichtige Frage, inwieweit der Therapeut solche Phänomene (z. B. durch Hypnose) beeinflusst, vielleicht ausgelöst, zumindest aber in der Wiedererinnerung (überzogen?) verstärkt hat.

In der Tat können – wie die Experten zugeben – durch den „unsachgemäßen Einsatz von Hypnose oder suggestiver Techniken iatrogene Identitäts-Aufspaltungen hervorgerufen werden (iatrogen = durch den Arzt ausgelöst, verstärkt oder unterhalten). Diese sind aber flüchtiger Natur und sollten bei (selbst-)kritischer Einstellung von Arzt oder Psychologen keine Rolle spielen (was aber wohl grundsätzlich nicht zu vermeiden ist, wie durchaus eingeräumt wird).

Auf der anderen Seite werden aber solche Berichte, vor allem über sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung, bei diesen Personen häufig auch durch objektive Befunde bestätigt, obgleich natürlich die Verantwortlichen für solche Taten ihr Verhalten soweit wie möglich zu leugnen oder zu vertuschen suchen.

Ein weiteres Problem, das Patienten mit einer dissoziativen Identitätsstörung öfter als im Durchschnitt trifft, sind posttraumatische Symptome (z. B. Alpträume, Flashbacks (Nachhall-Erinnerungen von traumatischen Erfahrungen) und vegetative Überreaktionen, z. B. Blutdruck, Puls u. a. In ihrer Not kommt es nicht selten zu den schon erwähnten Selbstverletzungen und anderen selbst-aggressiven, aber auch fremd-aggressiven Verhaltenweisen. Die Konsequen-

zen kann man sich denken. Eigenartig sind auch die sich trotz entsprechender Erfahrung wiederholenden Muster von verunglückten Beziehungen, vor allem mit körperlichem und sexuellem Missbrauch, so als ob die natürliche Lernfähigkeit, die Lebens-Erfahrung, besonders noch in schicksalhaften Härtefällen, also letztlich das innere Warn-System für riskante Kontakte in aller Zukunft blockiert wäre.

Und schließlich sind eine Reihe weiterer Konversions-Symptome wie Pseudo-Anfälle, Affekt-(Gemüts-), Ess- und Schlafstörungen von nachhaltigem, d. h. praktisch alle Lebensbereiche belastendem Einfluss.

Die psychologischen, meist neuro- bzw. psychophysiologischen Untersuchungen ergeben bei diesen Patienten übrigens hohe Werte für Hypnotisierbarkeit und dissoziative Fähigkeiten generell. Zu Letzterem gehören beispielsweise erstaunliche Unterschiede in der Schmerztoleranz, in der Sensibilität gegenüber Allergenen (Überempfindlichkeit auslösenden Substanzen), bei Asthma-Anfälligkeit, für verschiedene Stoffwechsel-Überreaktionen u. a. Rein körperliche Begleiterscheinungen bzw. Schwachstellen sind häufig auch Migräne-Anfälligkeit oder andere Kopfschmerz-Formen, das Reizkolon (Reizdarm) u.a.m.

Häufigkeit – Geschlecht – Alter – Verlauf – familiäre Belastungen

Es klang schon an: Dissoziative Identitätsstörungen sind offensichtlich häufiger, als die bisherigen Daten nahe legen. Vor allem scheinen sie in letzter Zeit zuzunehmen, insbesondere in den USA, wo man sich auch intensiver damit beschäftigt hat. Es gibt also nicht nur eine reale Zunahme, es werden auch mehr dieser Betroffenen „entdeckt“, d. h. diagnostiziert. Allerdings wird auch davor gewarnt, hier jetzt in die Falle der so genannten „Über-Diagnostizierung“ zu geraten. So etwas kennt man schon von früher für andere Beschwerde- und Krankheitsbilder, bis sich eine halbwegs realistische Einschätzung durchsetzen beginnt.

- Immerhin spricht man inzwischen von etwa *0,5 bis 1%* in der Gesamtbevölkerung. Untersucht man Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung, so soll sich dies auf 5% dieser Klientel erhöhen, hört man von einigen Seiten.
- *Frauen* sind mit einem Verhältnis von 9:1 sehr viel häufiger betroffen als *Männer*, jedenfalls bei den Erwachsenen. In der Kindheit kann das Geschlechterverhältnis nämlich ausgeglichener sein, aber dazu gibt es noch weniger Daten.
- Was die *Anzahl der berichteten Identitäten* (sprich „Einzel-Personen“ in einem Individuum – s. o.) anbelangt, so kann sie von 2 bis mehr als 100 reichen. Die Hälfte der bekannten Fälle bezieht sich aber auf 10 oder weniger

Identitäten. Frauen haben tendenziell mehr Identitäten als Männer, im Durchschnitt 15 oder mehr, während Männer auf weniger als 10 kommen.

- Die dissoziative Identitätsstörung scheint *nicht kulturell* gebunden zu sein und findet sich deshalb in verschiedenen Kulturkreisen weltweit.
- Der *Verlauf* ist fluktuierend, d. h. wechselnd, allerdings mit einer Neigung zu Chronizität und damit zum ständigen Wiederauftreten. Die durchschnittliche Zeitspanne von den ersten Symptomen bis zur Diagnose beträgt 6 bis 7 Jahre. Möglich ist sowohl ein phasenhafter als auch kontinuierlicher Verlauf.
- Menschen, die *älter* als Ende 40 sind, werden nur noch selten mit einer dissoziative Identitätsstörung diagnostiziert (was aber nichts über die Realität aussagt). Möglicherweise dominieren nach einer so langen Belastungsphase die erwähnten Zusatz-Störungen wie Depressionen, Suchterkrankungen, Angststörungen u. a., die dann das ursprünglich dissoziative Ausgangs-Problem überdecken.
- Was das *familiäre Verteilungsmuster* und damit letztlich eine Art erbliche Belastung anbelangt, so legen verschiedene Studien nahe, dass die dissoziative Identitätsstörung bei biologischen Verwandten ersten Grades häufiger vorkommt als in der Allgemeinbevölkerung.

Dissoziative Störungen – was könnte es sonst noch sein?

Zuerst denkt man bei einer dissoziativen Störung, zumindest bei einigen ihrer Symptome, an eine schizophrene Psychose. Darauf soll gleich noch eingegangen werden. Zuvor aber gilt es auf jeden Fall eine körperliche Untersuchung vorzunehmen. Es gibt nämlich eine ganze Reihe von rein medizinischen Krankheitsfaktoren, die hier eine Rolle spielen können.

Zunächst gilt es an eine besondere Form der *Epilepsie* zu denken, nämlich die so genannten komplex-fokalen Anfälle (wobei aber beides gemeinsam vorliegen kann; Einzelheiten zu den Epilepsien siehe das spezielle Kapitel in dieser Serie). Epileptische Anfälle dieser Art sind aber in der Regel kurz, d. h. zwischen 30 Sekunden und 5 Minuten und zeigen auch nicht die mehrschichtigen und vor allem andauernden krankhaften Strukturen von Identitätsverlust und spezifischem Verhalten wie bei der dissoziativen Identitätsstörung. Auch gibt es bei den Anfalls-Patienten nur selten eine entsprechende Vorgeschichte mit körperlichem, seelischem und vor allem sexuellem Missbrauch. Entscheidend ist dann schließlich das Elektroenzephalogramm (EEG).

Sollte es sich im Weiteren um Symptome handeln, die auf entsprechende *Substanzen mit* Abhängigkeitsgefahr zurückgehen können (Beispiele: Alkohol, Me-

dikamente, Rauschdrogen u. a.), dann ist dies konkret zu erfragen bzw. durch entsprechende Laboruntersuchungen zu bestätigen.

Schließlich gibt es noch *andere dissoziative Störungen* (siehe Einleitung) wie die dissoziative Amnesie, die dissoziative Fugue und die Depersonalisationsstörungen. Hier gibt es allerdings unter den Experten entsprechende Fach-Diskussionen, welche Wertigkeit, Ein- oder Unterordnung im Rahmen dissoziativer Kategorien empfehlenswert seien.

Bei Menschen mit Symptomen der Trance, vor allem der Besessenheits-Trance, finden sich typischerweise auch Beschreibungen über „externe Geister oder Wesen, die in ihren Körper eingedrungen sind und dort die Kontrolle übernommen haben.“

Schwierig kann die Differentialdiagnose zwischen dissoziativer Identitätsstörung und der *Schizophrenie* bzw. anderen psychotischen, beispielsweise wahnhaften Störungen werden.

Ausschlaggebend ist hier der so genannte pseudo-halluzinatorische Charakter dieser ich-dystonen Wahrnehmungen einschließlich des Stimmenhörens, wie die Experten sagen. Oder allgemein verständlich ausgedrückt: Ein Patient mit dissoziativer Störung weiß oder spürt, dass das, was sich hier abspielt, nicht der Normalität entspricht, d. h. seine Realitätskontrolle bleibt erhalten, die Trugwahrnehmungen werden als Sinnestäuschungen erkannt. Der Fachbegriff „ich-dyston“ bedeutet deshalb auch, dass solche Phänomene vom Betroffenen als fremd und unerwünscht registriert werden, nicht wie beim Schizophrenen, der derlei in seine „kranke Welt“ integriert und deshalb auch nicht als nicht zu sich selber gehörig empfindet.

Auch fehlen bei den dissozialen Identitätsstörungen die meisten formalen und inhaltlichen Denkstörungen, wie sie sonst in der (schizophrenen) Psychose zu finden sind, nämlich Wahn-Wahrnehmungen und paranoide (wahnhafte) Symptome spezifischer Art (Einzelheiten siehe die ausführlichen Kapitel über die Schizophrenien und wahnhaften Störungen).

Umgekehrt fehlen bei den Schizophrenien wieder die ausgeprägten, unfassbaren und in diesem Fall charakteristischen Gedächtnisstörungen der dissozialen Identitätsstörung.

Differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden müssen natürlich auch die *Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. Das ist nicht ganz einfach, nicht einmal für die Experten und sprengt in der Fülle der notwendigen Erläuterungen, Diskussionen und Abwägungen auch diesen Rahmen. Einzelheiten zur Borderline-Persönlichkeitsstörung siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie.

Außerdem können natürlich Borderline- und dissoziale Persönlichkeitsstörungen zusammen vorkommen. Doch ist die Beeinträchtigung des Identitätserlebens bei Borderline-Patienten nicht derart tief greifend wie bei dissoziativen Identitätsstörungen, wo das eigene Handeln und Wahrnehmen sowie das Erinnern einer „anderen Person“ zugeordnet wird.

Zuletzt muss man auch an *bipolare affektive Störungen*, d. h. manisch-depressive Erkrankungen denken. Das dürfte aber nur in Einzelfällen Probleme aufwerfen. Das Gleiche gilt für *Angst-, Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen* anderer Art. Die *Simulation* (bewusster, willentlicher Täuschungsversuch) ist zwar mitunter auch nicht einfach zu erkennen, doch irgendwann macht der Betreffende jene Fehler, die schließlich doch noch zur Entlarvung führen. Schwieriger wird es da schon bei der *Vorgetäuschten Störung* (populärmedizinischer Begriff: Münchhausen-Syndrom), doch auch hier wird irgendwann einmal der Unterschied deutlich (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Wie erklärt man sich eine dissoziative Identitätsstörung psychologisch?

Die Dissoziationsstörungen werfen eine Vielzahl von Fragen auf, vor allem was die Ursachen eines solch „spektakulären krankhaften Phänomens“ anbelangt, das gelegentlich schon Vernunft und guten Willen eines überforderten Umfelds strapaziert“ (Zitat). Am stärksten kommt dies natürlich bei der dissoziativen Identitätsstörung zum Ausdruck. Wie soll man sich auch erklären, dass sich ein Mensch aus mehreren Identitäten zusammengesetzt fühlt. Und wenn es zwei wären, wäre das allseitige Verständnis vielleicht noch machbar, aber die meisten mindestens 10 oder einige sogar mehr als 100...

Das ist auch das Problem, das die Experten sehen. Und wenn man das berechnete Interesse der Medien einrechnet, die sich natürlich auf so etwas stürzen, das sei ihnen angesichts eines solchen Themas auch zugestanden, dann kann man sich die nachvollziehbaren Bedenken vorstellen, die selbst überzeugte Befürworter eines solchen Leidensbildes umtreiben. Und nicht zu vergessen die erwähnte Suggestibilität, also überdurchschnittliche Beeinflussbarkeit der Betroffenen oder im Klartext: Was bilden sie sich nur ein und was wird ihnen ggf. von ihrem Umfeld, vielleicht sogar von ihrem Therapeuten nahe gelegt (um es einmal vorsichtig auszudrücken).

Es braucht also eine klar abgegrenzte dissoziative Symptomatik, d. h. ein konkretes Beschwerdebild, das sich unabhängig von Einzelpersonen immer wieder findet und trotz aller Unschärfe, trotz aller und vor allem individueller Variations-Möglichkeiten die Schlussfolgerung zulässt: So sieht eine dissoziative Identitätsstörung aus, insbesondere was Dauer, Verhaltensweisen u. a. anbelangt. Und vielleicht sogar unterstützende neurobiologische Befunde? Darüber später mehr. Zuerst aber die sich aufdrängende Frage:

Gibt es psychologische Erklärungen?

Tatsächlich wiederholt sich bei den verschiedenen Studien, die bisher vorliegen (und das sind mehrere Dutzend), ein immer wieder gleicher oder zumindest bezeichnend ähnlicher Zusammenhang, nämlich der zwischen Trauma (seelischer Verwundung) und dissoziativer Störung. Das ist zwar ein derzeit wissenschaftlich und inzwischen auch allgemein immer häufiger kontrovers diskutiertes Thema; man denke nur an die posttraumatische Belastungsreaktion oder gar -störung, an die Borderline-Persönlichkeitsstörungen u. a., die – so die Kritik – mit einem zwar ernst, aber seit Menschen-Gedenken leider nicht seltenen Auslöser kommen, der im Moment reichlich ins Gespräch gebracht, wenn nicht über-strapaziert wird.

Da ist in der Tat etwas dran. Es wird vor allem für jene zur entscheidenden Weichenstellung, die sich aus psychiatrischer und psychologischer Sicht in der Geschichte der Menschheit und dieser beiden Fachbereiche auskennen. Das soll hier nicht weiter vertieft werden, aber wer sich gerade zu diesem Phänomen einen etwas breiteren Horizont aneignen will, dem sei beispielsweise das aufschlussreiche Buch von Edward Shorter, Professor für Medizingeschichte an der Universität in Toronto, empfohlen: „A History of Psychiatry“, 1997, deutsch: Geschichte der Psychiatrie, rowohlt's enzyklopädie 2003. Dort geht es nicht um dissoziative Störungen, dort geht es um andere zeit- und gesellschafts-gebundene Schwerpunkte seelischen Leids. Letzteres ist und bleibt eine Bürde der Betroffenen und eine Aufgabe der Therapeuten. Die Frage ist nur die realistische Gewichtung nach Abzug „epochaler Übersteigerungen“, von persönlichem wissenschaftlichem Eigennutz bis hin zur unkritischen Überhöhung einmal ganz abgesehen.

Dies zum Problem allgemein unter Berücksichtigung posttraumatischer Belastungen, die so alt sind wie die Menschheit, aber erst in den letzten Jahrzehnten in das besondere (überzogene?) Blickfeld rückten. Und damit zurück zu den dissoziativen Identitätsstörungen.

Denn auch bei ihnen wurden in über 90% der Fälle traumatische Erfahrungen in der Kindheit festgestellt, meist in Form von schwerer Vernachlässigung, seelischer, körperlicher und/oder sexueller Misshandlung. Das ist nun in der Tat ein Ergebnis, an dem man nicht ohne weiteres vorbeikommt. Dass es dabei aber auch unterschiedliche Schweregrade auf der Seite der Täter und unterschiedliche Belastungs-Grenzen auf Seiten der Opfer gibt, versteht sich ebenfalls von selber. Entscheidend ist allerdings das subjektiv erlebte Trauma und seine psychosozialen Konsequenzen.

Die psychologische Erklärung lautet also: Die dissoziative Identitätsstörung ist die psychobiologische Antwort auf die erlittene Traumatisierung in einem be-

stimmten Zeitfenster (wie das heute heißt, also in einer zeitlich umschriebenen Periode) der frühen Kindheit.

Insbesondere durch chronische Traumatisierungen wird dabei ein wichtiger kindlicher Entwicklungsschritt erschwert, wenn nicht gar verhindert, nämlich die Herausbildung eines „zentralen integrierenden Bewusstseins“, wie das die Experten nennen. Was heißt das allgemein verständlich?

In einem solchen psychologischen Modell (und nichts mehr oder weniger ist erst einmal eine solche Annahme, das wird auch von den dafür zuständigen Fachleuten nicht bestritten), in einem solchen psychologischen Modell also werden zwei angeborene Funktionssysteme nur mangelhaft integriert. Das eine ist das normale Alltags-System, das andere ein so genanntes Überlebens-System für extreme Bedrohungen. Bei der dissoziativen Identitätsstörung werden diese nun wechselweise aktiviert und vor allem im Laufe der kindlichen Entwicklung nicht ausreichend miteinander vernetzt.

Das führt dazu, dass diese mangelnde Integrationsfähigkeit den psychodynamisch verstehbaren, aber psychopathologischen (krankhaften) „Bewältigungsmechanismus“ einer radikalen Verleugnung und Abspaltung begünstigt. Einzelheiten zu den Verdrängungsmechanismen von Verleugnung und Abspaltung in dem entsprechenden Kapitel über „Neurosen einst und heute“ in dieser Serie. Die Konsequenzen jedenfalls lauten:

Diese innerseelischen Abläufe ermöglichen dem traumatisierten Kind die Vorstellung, das erlittene Trauma (also die seelische, körperliche oder sexuelle Misshandlung) sei nicht ihm, sondern einem „anderen“ passiert.

Dabei sind es die individuelle Phantasiefähigkeit und Vorstellungskraft des Kindes, so die Fachleute, insbesondere die Schaffung von Projektionsfiguren (Einzelheiten siehe obiges Kapitel über die Neurosen), die den verschiedenen Persönlichkeitszuständen schließlich ihre individuelle Ausprägung verleihen.

Dieser intrapsychische Prozess wird übrigens bei Kindern mit innerfamiliären Traumatisierungen, insbesondere bei inzestuösem sexuellem Missbrauch noch verstärkt. Warum? Es ist das extrem inkonsistente, also widersprüchliche Verhalten der Beziehungspersonen (ob Täter oder weggehendes, wenn nicht gar duldendes Familienmitglied), die die vom Kind erlittene Traumatisierung zusätzlich fördern.

Dies sind übrigens nur einige wenige Erklärungen, wahrscheinlich aber die Grundlage der psychodynamisch erklärbaren Fehlsteuerung in Richtung dissoziativer Identitätsstörung. Weitere Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Gibt es auch neurobiologische Anhaltspunkte?

Während man sich früher auf psychologische, konkret psychodynamische Aspekte beschränken musste, kann man heute selbst bei psychologisch so hoch angesiedelten Phänomenen inzwischen auch die Neurobiologie zu Rate ziehen. Tatsächlich liegen auch zu den Dissoziationen neurobiologische Studien in Form von neuroanatomischen und psychophysiologischen Messungen vor, d. h. was Gehirnstruktur und Gehirnfunktion anbelangt.

Hier müssen wir uns allerdings auf einige Stichworte beschränken, die ohnehin gleich überlesen werden dürften. Es reicht aber darauf hinzuweisen, dass man bei den neuroanatomischen Befunden vor allem die Gehirnzentren mit Namen Amygdala und Hippocampus im Visier hat, nämlich konkret spezifische Atrophien (also Gehirnmassenschwund), insbesondere im Bereich des bilateralen Hippocampus, des Gyrus parahippocampalis und der erwähnten Amygdala. Ja, Patienten mit einer „geheilten Dissoziationsstörung hätten im Vergleich mit solchen, die noch nicht geheilt seien, ein größeres Gehirnvolumen dieser Gehirnzentren“, heißt es.

Ähnliche Veränderungen zeigen sich im Rahmen funktioneller Hirn-Untersuchungen auch in psychobiologischen Reaktionsweisen. Dabei finden sich beispielsweise unterschiedliche Herzschlag-Raten, Blutdruckwerte und sonstige biologische Unterscheidungsmöglichkeiten, ferner wechselnde Hirnaktivitäten in bestimmten Regionen u. a. Hemmung oder Aktivierung lassen sich hier durch geringere oder verstärkte Gehirndurchblutung feststellen. Dabei muss – nebenbei – die Hemmung nicht nur negativ sein, sie kann auch einer überschießenden Reaktionsfähigkeit entgegenwirken, d. h. die Betroffenen bleiben gelassener (ggf. aber auch indolenter, d. h. gleichgültiger?) als andere mit hochgespannterer Reaktionsweise.

Auf jeden Fall ist die neurobiologische Forschung dissoziativer Störungen im Allgemeinen und der Identitätsstörungen im Speziellen auf dem besten Weg, auch organische Beweise beizubringen oder – bescheidener ausgedrückt – Interpretations-Hilfestellungen zu leisten.

Kann man die dissoziative Identitätsstörung behandeln?

Wer diesen Ausführungen bisher gefolgt und auf die Klärung der Frage nach den psychotherapeutischen Möglichkeiten und Grenzen gespannt ist, hat wahrscheinlich den Eindruck, dass Letzteres überwiegt, jedenfalls derzeit.

Die in dieser Hinsicht psychotherapeutisch Tätigen, seien es Psychiater oder Psychologen, werden natürlich täglich mit ihren Grenzen konfrontiert, sind aber auch in Maßen optimistisch. Grundlage ist der Aufbau einer vertrauensvollen

therapeutischen Beziehung. Dazu gehören beispielsweise die Etablierung von Sicherheit, Sinnhaftigkeit und Wertschätzung, also einem (zwischen-)menschlichen Beziehungs-Fundament. Weitere Fachbegriffe, die man in diesem Zusammenhang immer wieder hört, sind Affekt-(Gemüts-)differenzierung und -toleranz sowie die Entwicklung von Selbstverantwortung, Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle.

Empfohlen wird ein eklektischer Therapieansatz, der ohne starre Bindung an eine Therapie-Schule das jeweils beste Verfahren für den individuellen Fall herauszufinden und einzusetzen sucht, weshalb also vor allem psychodynamische, kognitiv-behaviorale, hypnotherapeutische und trauma-adaptierte Vorgehensweisen derzeit bevorzugt werden. Einzelheiten siehe die Fachliteratur.

Doch um es schlicht zusammenzufassen: Zunächst wird versucht, den Patienten innerseelisch, psychosomatisch und psychosozial zu stabilisieren. Dann versucht man gezielt die Bearbeitung traumatischer Erlebnisse aus früherer Zeit. In diesem Zusammenhang geht es dann auch an die besonders schwierige Aufgabe, die schon mehrfach erwähnten dissoziierten Selbst-Zustände aktiv in die Therapie einzubeziehen, um den von früher fehlgelaufenen Integrationsprozess nachzuholen und in gesunde Bahnen zu leiten.

Günstig ist dabei eine individuelle ambulante Langzeit-Psychotherapie mit etwa zwei Stunden pro Woche über mehrere Jahre hinweg. Möglich ist auch eine Kombination aus (zuerst) stationärer Intervalltherapie und ambulanter Nachbetreuung. Auch strukturierte Gruppen-Angebote sind möglich, vielleicht sogar – auch aus Kostengründen durchaus diskutabel – nach und nach die individuelle Einzeltherapie ersetzend.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die dissoziative Identitätsstörung ist kein einfaches Leidensbild, wird aber inzwischen wissenschaftlich weitgehend anerkannt, vor allem immer besser erforscht und auch immer häufiger mit befriedigendem Erfolg behandelt. Sie ist wahrscheinlich nicht so selten, wie man zuerst annahm, nicht zuletzt weil die Betroffenen sich schämen, mit ihren „unfassbaren, auf jeden Fall kaum nachvollziehbaren Beeinträchtigungen“ Hilfe zu suchen.

Deshalb ist es wichtig, dass sich die Fachärzte (Nervenärzte, Psychiater, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin) und Psychologen, ja sogar die Hausärzte mit diesem Thema beschäftigen, so die Experten. Und das in der Aus-, Weiter- und Fortbildung entsprechende Diagnose- und Behandlungsprogramme in die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung eingebaut werden.

Auf jeden Fall gilt es auch so irritierende Störungsbilder wie die dissoziative Identitätsstörung vorurteilsfreier als bisher zu erkennen, zu akzeptieren und einer konkreten Therapie zuzuführen. Das wird zwar – wie in den USA – die Zahl der Patienten erhöhen, aber weniger aus den bekannten Vorurteilen heraus („Trittbrettfahrer“), eher weil sich immer mehr Patienten dazu bekennen, wenn sie nur auf etwas Hilfe hoffen dürfen.

Diese Hilfe sollte man ihnen gewähren. Ihr Leidensbild und damit ihr ganzes Leben ist ohnehin eine Belastung, die man sich kaum vorstellen kann. Nach diesen Ausführungen vielleicht etwas besser verstehbar.

Dissoziative Identitätsstörung (DSM-IV) – Multiple Persönlichkeitsstörung (ICD-10): pro und contra

Der wissenschaftliche Beitrag über *Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert* im Deutschen Ärzteblatt 47/2006 führte zu einer Reihe von Diskussions-Beiträgen in der gleichen Fachzeitschrift, die im Heft 15/2007 zusammengefasst wurde. Beteiligt haben sich sowohl Hausärzte als auch wissenschaftlich tätige Psychotherapeuten und natürlich die Autoren des Fachbeitrags. Nachfolgend der Versuch, ein kurz gefasstes *pro und contra* der wichtigsten Argumente einander gegenüber zu stellen:

– *Mehrere Persönlichkeiten in einem Menschen – ist das überhaupt möglich?*

Die wichtigste, die erste und naheliegendste Frage lautet: Gibt es so etwas überhaupt, ist es möglich, zumindest denkbar? Der „gesunde Menschenverstand“ reagiert da in der Regel eher skeptisch.

Nicht wenige Wissenschaftler aber mahnen: Es gibt genügend Beispiele dafür, dass manche, auf den ersten Blick spektakuläre, irrealer Phänomene erst sehr spät objektiviert, nachgewiesen, bestätigt, akzeptiert werden konnten. Das gibt es übrigens in allen Fachrichtungen, wobei im Bereich der Seele oftmals der fast resignative Seufzer zu hören ist: In der Seelenheilkunde, der Psychiatrie, gibt es praktisch nichts, was es nicht gibt. Das allerdings bestätigen auch die meisten Fachleute, auch wenn sich für die überwiegende Zahl zuvor suspekter Erscheinungsformen dann schließlich doch noch eine gut begründbare, handfeste Ursache ergibt.

Ein häufiger Auslöser, Verstärker und im weiteren Verlauf unterhaltender Faktor aber sind natürlich die „Außen-Einwirkungen“, vor allem die Medien, also Presse, Radio, Fernsehen, bisweilen sogar Buch-Veröffentlichungen.

Das ist auch im Falle der dissoziativen Identitätsstörungen nicht auszuschließen, zumal nach der Publikation des Buches über den Fall „Sybil“ 1973 in den USA die Zahl solcher Phänomene sprunghaft anstieg. Noch mehr übrigens nach der 1976 überaus erfolgreichen Verfilmung. Es dauerte dann allerdings noch einmal 10 Jahren, bis „Sybil“ als fast schon peinlicher „Flop“ enttarnt wurde. Sowohl das einerseits rätselhafte Krankheitsbild als auch die Erinnerungen der Patientin an frühkindliche Traumata (körperliche und seelische Verwundungen) beruhten auf Suggestionen der Psychotherapeutin. Das End-Ergebnis lautete deshalb: Pseudologia phantastica (phantastisches Lügen oder lügenhaftes Phantasieren) und iatrogene dissoziative Identitätsstörung (weitere Hinweise s. u.).

- *Wie häufig sind dissoziative Identitätsstörungen (DIS), wenn es sie denn wirklich gibt?*

Darüber gehen naturgemäß die Meinungen weit auseinander. Sie erstrecken sich von „gibt es überhaupt nicht“ bis zu Zahlen, die dann auch von den Experten als unrealistisch abgetan werden. Deshalb die eher nebulösen Hinweise der ton-angebenden Institutionen WHO und APA (siehe die Einleitung im vorliegenden Kapitel). Die Befürworter des Krankheitsbildes sprechen davon, dass bei allen durchgeführten klinischen Prävalenz-Studien etwa 1 bis 5% solcher Krankheitsfälle gefunden wurden. Prävalenz heißt – schlicht gesprochen – Häufigkeit und klinisch bedeutet, dass es sich um fachärztlich betreute Patienten in spezialisierten Einrichtungen handelt, also letztlich eine Auswahl, die über die Gesamt-Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung wenig aussagt. Deshalb werde die Diagnose eher zu selten als zu häufig gestellt.

Die Kritiker hingegen behaupten das Gegenteil. WHO und APA halten sich daher bedeckt und weisen lediglich darauf hin, dass die Prävalenz der dissoziativen Identitätsstörung nach wie vor kontrovers diskutiert werde und die Klärung der tatsächlichen Häufigkeit weiterer epidemiologischer Untersuchungen bedürfe.

Kurz: Genaues weiß man nicht, denn hier handelt es sich ja nicht nur um ein schwer fassbares Leidensbild, sondern auch um ein sehr unterschiedlich beurteiltes Phänomen, in der Allgemeinheit ohnehin, in Fachkreisen aber auch. Und deshalb die Zurückhaltung der verbindlichen Diagnosen und Klassifikationen in den Lehrbüchern und Richtlinien der entsprechenden Institutionen.

Interessant übrigens, so die Kritiker, sei auch die nationale Verteilung der DIS. Sie konzentriere sich überwiegend auf die USA, Kanada und einige westeuropäische Staaten. In den allermeisten anderen Nationen, darunter Frankreich und Großbritannien, sei sie hingegen selten (was von den Befürwortern wiederum bestritten wird, zumindest für die in dieser Hinsicht be-

sonders aktiven Niederlande, aber auch Norwegen, die Schweiz, Deutschland, ja sogar die Türkei u. a.).

– *Die Schwierigkeiten einer exakten Diagnose*

Dass jemand sich nicht wohlfühlt oder gar leidet, wird schnell deutlich. Welche Diagnose er hat, vor allem im seelischen Bereich, aber ist vielen nicht klar. Leider auch nicht nach so manchen ärztlichen und psychologischen Konsultationen, teils weil sie auch dem Behandelnden nicht klar ist, teils weil sie dem Patienten nicht mitgeteilt wird.

Es gibt aber auch Leiden, die so vielschichtig, diffus, auf jeden Fall schwer zu konkretisieren sind, obgleich man ja darunter leidet, dass sie regelrecht, d. h. nach den Regeln ärztlicher und psychologischer Ausbildung, exploriert, d. h. konkret erfragt werden müssen. Dazu gehören durchaus so – scheinbar – naheliegende Krankheiten wie Depressionen und Angststörungen, und natürlich viel schwerer erfassbare und kaum durchschaubare Störungen wie Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, ja Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) u.a.m. Kurz: Dort muss gezielt nachgefragt, regelrecht herausgefragt werden.

Das aber enthält die bekannte Gefahr des „Hinein-Fragens“. Und dieses Hinein-Fragen, also förmlich Hin-Stoßen auf etwas, was quält, aber bisher nicht geklärt werden konnte, ist natürlich dort besonders riskant, wo der Betreffende durch sein Leiden völlig durcheinander gebracht wurde (um es einmal schlicht auszudrücken) und im Seelischen und vor allem Geistigen die größte Mühe hat, damit fertig zu werden, oder einfach ein Leben zu führen, wie andere, Gesunde auch.

Je komplexer das Krankheitsbild, desto größer also die Gefahr, dass hier etwas hinein-interpretiert wird, auch vom durchaus erfahrenen Therapeuten, also Arzt mit psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Ausbildung bzw. Psychologen mit gleicher Ausgangslage. So vor allem bei der dissoziativen Identitätsstörung, dem klassischen Fall des „nicht mit sich selber im Reinen sein“. Hier muss also erfragt oder – wie es die Experten nennen – „aktiv erfragt“ werden, was sie haben, wie sie es empfinden, woher es kommen könnte (und natürlich wie man später hier gemeinsam einen Weg hinauszufinden hat).

Und da setzt natürlich die Kritik der in diesem Punkt skeptischen Ärzte und Psychologen an, die argumentieren: „Die Patienten müssen also erst darauf hingewiesen werden, dass es eine elegante Möglichkeit gibt, sich nach jeglichem aberranten (abweichenden) Verhalten von Verantwortung zu entlasten. Dann aber sind sie für die Chance dankbar, die sich unverhofft bietet.“ Und weiter, gleichsam als Seitenhieb auf die Therapeuten: „Sicher ist es auch dem empathischen (mit entsprechendem Einfühlungsvermögen vorge-

henden) Therapeuten angenehmer, diese oder jene Verhaltensweise statt dem bedauernswerten Dr. Jekyll dem teuflischen Mr. Hyde anzukreiden. Denn wenn sich in der Regel 8 bis 10 verschiedene Persönlichkeitszustände finden und in 20% der Fälle 20 und mehr Personen, dann bedeutet dies völlige Narrenfreiheit, denn es dürfte Frager wie Befragtem schwer fallen, hier den Überblick zu behalten (M. Mindach).

Oder noch direkter: Dahinter verbirgt sich ein riskanter Indoktrinations-Vorgang (also eine gezielte Beeinflussung), dem hochsuggestible Personen – Patienten wie Therapeuten – zum Opfer fallen. Fazit: Die Diagnose dissoziative Identitätsstörung ist „bestenfalls eine Forschungs-Diagnose, schlimmstenfalls aber eine Mode-Diagnose. Ihr inflationärer Einbruch in die Klinik könnte Patienten und Therapeuten mehr schaden als nutzen. Denn mehr als andere psychiatrische Diagnosen entbehrt sie der Objektivierbarkeit“. Und zuletzt: Dieses Leiden ist kein Produkt bestimmter Gehirnfunktionsstörungen, sondern die „Emanation (Ausstrahlung) des Zeitgeistes mit seinen wiederkehrenden Krisen des Individualismus, namentlich der deutschen Romantik, des Fin de siècle oder der globalen Postmoderne“ (J. Horn).

Diese Meinungen oder gar Vorwürfe enden schließlich in der abwertenden Diagnose der „*iatrogenen dissoziativen Identitätsstörung (DIS)*“, d. h. ärztlich oder psychologisch bestimmt, nicht mit den realen Ursprüngen des Leidens vereinbar oder übereinstimmend. Die iatrogene DIS sei es eben auch, die die internationalen Gesellschaften einschließlich Weltgesundheitsorganisation so zurückhaltend argumentieren lasse. Denn wenn die Datenlage klarer, übersichtlicher und vor allem objektivierbarer wäre, würden sowohl APA als auch WHO sicher auch konkretere Richtlinien erlassen.

Das gelte im Übrigen auch für die so genannten „soziokulturellen“ Bedingungen bzw. Ursachen, was immer man sich darunter vorzustellen habe.

– *Diagnosen – Fehldiagnosen – Co-Morbidität – Folgekrankheiten*

Die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) ist also schwierig. Sie sollte verantwortungsbewusst und vorsichtig gestellt werden, und dies von einem entsprechend erfahrenen Therapeuten. Dabei sollte auch das alte Problem zu denken geben, dass ja meist eine teilweise oder gar vollständige Amnesie (Erinnerungslosigkeit) für das Vorhandensein oder die Handlungen der jeweils anderen Persönlichkeitszustände vorliege. D. h., es handelt sich um eine so genannte selektive, also auf einer Auswahl beruhende Amnesie.

So etwas kann aber besonders gut simuliert (vorgetäuscht) werden. Ganz abgesehen von der bei einigem Nachdenken natürlich sich aufdrängenden Frage: Wie kann ein Patient seine „Symptome offenbaren“, wenn diese einer Amnesie unterliegen sollen?

Das ist allerdings kein Hinderungsgrund für die Arbeit des Psychotherapeuten und betrifft auch eine Reihe anderer seelischer Krankheitsbilder. Man muss sich dessen aber schon bewusst sein, vor allem bei einer dissoziativen Identitätsstörung, bei der ganz bestimmte Auslöser die verhängnisvolle Rolle spielen sollen, nämlich Gewalt oder gar sexuelle Übergriffe in früheren Zeiten (s. u.).

Aber auch sonst muss man gerade bei Amnesien sogar an toxische Ursachen denken (alkohol-, rauschgift- und medikamentenbedingt, z. B. durch Tranzquilizer), ganz zu schweigen von neurologischen Krankheiten (bestimmte Epilepsie-Formen) mit durchaus ähnlichen Symptomen.

Das sehen im Übrigen auch die Befürworter der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) so und warnen vor Fehldiagnosen, die man am besten dadurch vermeide, dass man sich intensiv weiterbilde. Dann würde auch die mehrfach erwähnte Gefahr des Hinein-Fragens und Hinein-Interpretierens in Grenzen gehalten (völlig zu vermeiden ist es wohl nicht, das hängt nicht zuletzt vom Therapeuten ab). Auch sollte man das „aktive Erfragen“ nicht mit „suggestivem Fragen“ verwechseln (was allerdings nie völlig auszuschließen ist).

Deshalb wird sich auch der ja negativ konnotierte Begriff der „iatrogenen DIS“ nicht ganz ausmerzen lassen, auch wenn er bisher wissenschaftlich nicht fundiert sei, dafür aber einen General-Verdacht der Fehlhandlungen gegen Psychotherapeuten fördere, die mit DIS-Patienten arbeiten, so die Befürchtungen mancher Experten, die sich um diese Patienten bemühen.

Nicht zu vermeiden bzw. zu verhindern sind natürlich Simulationen (bewusste Vortäuschungen), Imitationen (mehr oder weniger bewusste Nachahmungen) und die histrionische Ko-Morbidität (DIS bei hysterischer Wesensart). Das sei jedoch selten. Dagegen solle man ein Auge auf zusätzliche Depressionen, Angststörungen und gelegentlich auch bestimmte Persönlichkeitsstörungen haben, bei denen sich dann doch nicht selten zumindest diskrete Hinweise auf eine dahinter liegende schwere(!) dissoziative Symptomatik verbergen könne (U. Gast).

– *Die Ursachen – nicht umstritten, aber schwer objektivierbar*

Das „eher schrille Image über das Krankheitsbild der DIS“ (U. Gast) geht nicht zuletzt auf die damit zusammenhängenden Ursachen zurück, in der Regel ein Trauma (eine seelische Verwundung mit psychosozialen Langzeit-Folgen). Hier monieren die Kritiker, dass die Trauma-Hypothese in letzter Zeit gewaltig strapaziert worden sei. Wer – so ihr Argument – habe nicht so etwas in Erinnerung, wemgleich wohl nicht den Rest des Lebens prägend.

Und auch konkret, im Falle der DIS, sei der Zusammenhang mit einem früheren Trauma viel weniger eindeutig als meist dargestellt.

Das sei nicht zuletzt das Problem der so genannten retrospektiven (zurückblickend be- und verarbeitenden) Studien mit ihrer besonderen Gefahr, Schein-Korrelationen zu konstruieren. Denn es sei ein nach wie vor ungelöstes Problem, die Echtheit retrospektiv berichteter Traumata auch wirklich zu verifizieren. Und dies zumal kein psychopathologisches Symptom existiere, von dem aus spezifisch auf ein Ereignis in der Vergangenheit geschlossen werden kann (U. Straeter, I. Schürmann, W. Braun). Oder kurz: Nichts ist spezifisch und nichts lässt sich mit absoluter Sicherheit belegen, was früher geschah und heute zu solch folgenschweren Konsequenzen geführt haben soll.

Dem halten die Befürworter entgegen, dass der Zusammenhang von Trauma und Dissoziation (siehe das vorliegenden Kapitel) hohe wissenschaftliche Evidenz habe und durch retrospektive Studien, Meta-Analysen sowie prospektive und longitudinale Untersuchungen hinreichend gestützt sei. Oder kurz: Die Beweise dafür seien auch wissenschaftlich eindeutig.

Ein direkter Zusammenhang zwischen sexueller Gewalterfahrung und der späteren Entwicklung einer DIS würde auch von den wenigstens Befürwortern dieses Leidens angeführt. Als Stressoren würden allerdings extrem häufig – nämlich in über 90% der Fälle – entsprechende Angaben zu traumatischen Erfahrungen in der Kindheit gefunden, vor allem in Form von schwerer Vernachlässigung sowie seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlung.

Zusätzlich zum Trauma seien aber weitere Risikofaktoren bedeutsam, nämlich hoher posttraumatischer Stress (also auch weiterhin) sowie die verminderte Möglichkeit der Affektregulation (d. h. der Fähigkeit, gemütsmäßige Spannungen adäquat abzubauen, ohne daraus ein seelisches Leiden werden zu lassen, schon gar nicht eine DIS). Mit anderen Worten: Nichts ist mit 100% dafür verantwortlich, aber eine erstaunliche Häufung bestimmter Beeinträchtigungen gebe nun doch schon zu denken. Dass in dieser Entwicklung auch immer wieder neue Krankheitsbilder, zumindest aber Hypothesen und vor allem Fachbegriffe „geboren“ würden, sei nicht nur im Rahmen der DIS eher hinderlich, als von Vorteil, aber auch Ausdruck einer lebhaften wissenschaftlichen Gesamt-Situation.

– *Zur Psychotherapie der dissoziativen Identitätsstörung*

Wenn etwas schon im Vorfeld, d. h. Diagnose, Ursachen, Verlauf, Häufigkeit, zusätzliche Erkrankungen u. a. nicht gesichert ist, kann es auch beim Abschluss, nämlich den therapeutischen Bemühungen bzw. konkret den entsprechenden Behandlungsverfahren keine Übereinstimmung geben. Das

ist allen klar, auch den Befürwortern. Dieses kontroverse Feld aber sei den Experten überlassen, die sich mit der behaupteten oder beweisbaren Wirksamkeit von psychodynamischen, kognitiv-behavioralen, hypno-therapeutischen und trauma-adaptierten psychotherapeutischen Methoden auseinandersetzen. Eines aber scheint zum Abschluss schon bedeutsam, nämlich der Kostenfaktor, über den inzwischen auch ohne Hemmungen geredet werden darf, kann oder gar muss. Und hier argumentieren die Befürworter einer entsprechenden Behandlung wie folgt:

In der Politik setzt sich zurzeit eine pragmatische Einstellung durch, dass das gesellschaftliche Nicht-Be-Handeln von Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder – Phänomene, die in Deutschland nicht selten sind – langfristig teuer ist. Dies gilt auch für das Nicht-Be-Handeln von traumatisierten Kindern, die später unter anderem(!) DIS-Patienten werden (können), so wie es die federführende Autorin des Kapitels, Frau PD Dr. U. Gast, Bielefeld, sinngemäß formulierte. Keine Einwände haben wohl alle Beteiligten zu ihrem abschließenden Vorschlag:

„Wünschenswert wäre ein intensiverer Dialog zwischen Klinikern, Forschern, Gutachtern und Kostenträgern, um auch in Zeiten knapper Kassen faire Lösungen für die Betroffenen zu finden“.

Nach *Deutsches Ärzteblatt 15 (2007) 917*

LITERATUR

Vor allem in der englischsprachigen Fachliteratur eine wachsende Zahl von Publikationen und Büchern. Auch im deutschsprachigen Bereich zunehmend.

Grundlage vorliegender Ausführungen sind:

Gast, U., F. Rodewald, A. Hofmann, H. Mattheß, E. Nijenhuis, L. Reddemann, H.M. Emrich: Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. Deutsches Ärzteblatt 47 (2006) 2781

von der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum Psychologische Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Weitere Literaturhinweise:

Bohne, M. u. Mitarb. (Hrsg.): Energetische Psychotherapie – integrativ – Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen. dgvt-Verlag, Tübingen 2006

Deistler, I., A. Vogler: Einführung in die Dissoziative Identitätsstörung – Multiple Persönlichkeit. Therapeutische Begleitung von schwer traumatisierten Menschen. Junfermann-Verlag, Paderborn 2002

Eckhardt-Henn, A., S.O. Hoffmann (Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

Fiedler, P.: Dissoziative Störungen und Konversion. Beltz-Verlag, Weinheim 2001

Flatten, G. u. Mitarb.: Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2001

Gast, U. u. Mitarb.: Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme-Verlag, Stuttgart 2003

Gast, U.: Zusammenhang von Trauma und Dissoziation. In: G.H. Seidler u. Mitarb. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Therapie, Krankheitsbilder, Therapie. Psychosozial-Verlag Giessen, 2003

Gast, U.: Der psychodynamische Ansatz zur Behandlung komplexer Dissoziativer Störungen. In: A. Eckhardt-Henn, S.O. Hoffmann (Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinsstörungen – Theorie, Symptomatik, Therapie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

Huber, M.: Multiple Persönlichkeiten – Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. Fischer-Verlag, Frankfurt 1995

Huber, M.: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Bd. 1. Junfermann-Verlag, Paderborn 2003

Huber, M.: Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Bd. 2, Junfermann-Verlag, Paderborn 2003

Nijenhuis, E.: Somatoforme Dissoziation. Junfermann-Verlag, Paderborn 2007

Putnam, F.W.: Diagnostik und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Junfermann-Verlag, Paderborn 2003

Reddemann, L.: **Imagination als heilende Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2001

Reddemann, L. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Lindauer Psychotherapiemodule.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2003

Rodewald, F.: **Diagnostik Dissoziativer Störungen.** Med. Diss., Med. Hochschule Hannover, 2005

Sachsse, U.: **Traumazentrierte Psychotherapie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

Schneider, P.K.: **Ich bin wir. Die multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte, Theorie und Therapie eines verkannten Leidens.** ars una, Verlagsgesellschaft, Neuried, 1994

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Klinisch-Diagnostische Leitlinien.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2005

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2006

Ein Informationsportal zu dissoziativen Störungen hat die Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover aufgebaut: www.infonetz-dissoziation.de