

Wer bin ich – und wenn ja, wie viele?

Dissoziative Identitätsstörungen

Dr. Dr. Andrea Moldzio

Der vielversprechende Titel eines Buches von Precht,^[15] das eine Einführung in die philosophischen Fragestellungen unserer Menschheitsgeschichte gibt, bringt die zentrale Problematik von Menschen mit Dissoziativen Identitätsstörungen auf den Punkt: Nicht zu wissen, wer man ist, in wie viele verschiedene Anteile man überhaupt aufgeteilt ist, und vor allem, wie man wieder eine Person wird.

Das Phänomen der ursprünglich sogenannten „Multiplen Persönlichkeit“ wurde bereits im 19. Jahrhundert rege von Psychiatern und Philosophen diskutiert, da diese wunderliche Krankheit doch eng mit unserem Verständnis von „Persönlichkeit“, „Bewusstsein“ oder unserem „Ich“ verbunden ist.

Der französische Psychiater Pierre Janet (1859–1947) prägte den Begriff der „Dissoziation“, wobei er diese als einen „komplexen psychophysischen Prozess, bei dem es zu einer Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins kommt“, verstand.^[12] Betroffen seien die normalerweise integrativen psychischen Funktionen des Bewusstseins wie das Gedächtnis, die Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt sowie das Identitätserleben. Die Persönlichkeit wurde von ihm als eine Struktur aufgefasst, die aus verschiedenen Systemen von Ideen und Funktionen besteht.^[13,22,5] Dieses Verständnis von Persönlichkeit als ein „Bündel von Systemen“ ist heute noch aktuell und findet sich bei-

spielsweise in der modernen Systemtheorie wieder.

Als Dissoziative Störungen werden heute psychische Erkrankungen bezeichnet, bei denen die drei wesentlichen integrierenden Funktionen des Bewusstseins, namentlich das Gedächtnis, die Wahrnehmung von sich und der Umwelt und das Identitätserleben, nachhaltig gestört sind. Diese integrierenden Funktionen dienen dazu, die verschiedensten Erfahrungen mit sich und der Umwelt als einen persönlichen Gesamtzusammenhang zu subsumieren und sich selbst im Verlaufe des Lebens mit sich selbst identisch zu empfinden.

Gewandelt hat sich jedoch im Laufe der Jahrhunderte die nosologische Zuordnung des Phänomens Dissoziation. Bis etwa 1980 wurden fast alle in der (Fach-)Literatur beschriebenen Fälle unter den Diagnosen „Hysterie“, „traumatische Neurose“ oder auch „Schizophrenie“ subsumiert. Der 1895 von Josef Breuer und Sigmund Freud in den „Studien über Hysterie“ beschriebe-

ne Fall der Anna O. (alias Bertha Pappenheim) stellt unter der damals modernen Bezeichnung der „Hysterie“ eigentlich eine klassische Patientin mit Dissoziativer Identitätsstörung dar.^[16] So schildert Breuer einen typischen dissoziativen Zustand seiner Patientin Anna O. wie folgt: „Es zeigten sich zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechselten und sich im Laufe der Krankheit immer schärfer schieden. In dem einen kannte sie ihre Umgebung, war traurig und ängstlich, aber relativ normal. Im anderen halluzinierte sie, war ungezogen, d. h. schimpfte, warf Kissen ...“. Sie klagte, „ihr fehle Zeit“ sowie über eine „tiefe Finsternis ihres Kopfes, wie sie nicht denken könne, blind und taub werde, zwei Ichs habe, ihr wirkliches und ein schlechtes, was sie zu Schlimmem zwingt ...“.^[8] Damit erfüllt die berühmte „hysterische“ Patientin Anna O. die Kriterien einer Dissoziativen Identitätsstörung nach DSM-IV.^[11]



- 1. Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen (jeweils mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von der Beziehung zur und dem Denken über die Umgebung und das Selbst)
- 2. Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person.
- 3. Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.
- 4. Die Störung geht nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Dabei steht die dissoziative Identitätsstörung am Ende eines langen Kontinuums dissoziativer Phänomene, das mit normalen, gesunden „Alltagsdissoziationen“ beginnt. Jeder von uns muss, will er seine Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Sache

lenken, die restliche Umgebung samt allen Sinneseindrücken ausblenden, also „wegdissoziieren“. Auch kann uns nicht zu jedem Zeitpunkt unsere gesamte Vergangenheit präsent sein. Sie muss in den Hintergrund treten, um Platz für die Gegenwart zu schaffen. Zu den weniger gesunden, aber noch leichteren dissoziativen Phänomenen gehören die Depersonalisation und die Derealisation.

Der Zustand der Depersonalisation umfasst das Gefühl, nicht in seinem Körper zu sein beziehungsweise diesen als fremd oder abgespalten von seinem restlichen Erleben wahrzunehmen. Oft berichten Patienten in diesen sehr quälenden Zuständen, dass sie „neben sich stehen“, sich selbst nicht mehr spüren können, ihren Körper nicht mehr wahrnehmen oder auch einzelne Körperteile wie abgespalten erleben.^[7]

Das Phänomen der Derealisation hingegen bezieht sich auf eine Störung der Wahrnehmung der Umwelt, die nur schemenhaft, völlig verzerrt und fremd oder als nicht

vorhanden empfunden wird. Bei der dissoziativen Fugue, einem weiteren Schritt auf dem Kontinuum der Dissoziation, finden sich die Patienten plötzlich an Orten wieder, die sie nicht erinnern können, angesteuert zu haben. Plötzliches Weglaufen, oft mit Zeitverlusten verbunden, ist für diese Manifestationsart der Dissoziation charakteristisch.

Eine weitere graduelle Steigerung findet sich in der dissoziativen Amnesie, bei der bestimmte Erinnerungen dauerhaft nicht mehr zugänglich sind, so sehr sich die Person auch bemüht, sich zu erinnern. Dies kann von kurzen biografischen Zeitspannen bis hin zum „Vergessen“ der gesamten Identität inklusive der eigenen Biografie gehen. In der Literatur gibt es eindrucksvolle Beispiele von Menschen, die ihre gesamte Identität nicht mehr erinnern können und beispielsweise ein neues Leben unter neuem Namen mit einer anderen Identität beginnen (z. B. der Fall „Ansel Bourne“).^[6]

Am Ende des dissoziativen Kontinuums steht die schwerste Manifestation, die Dissoziative Identitätsstörung. Hierbei sind nicht nur die bereits beschriebenen Gedächtnisfunktionen oder die Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt gestört, sondern auch das Identitätserleben selbst: Die Persönlichkeit wird in verschiedene Persönlichkeits- oder Selbstzustände „aufgespalten“, die wechselweise die Kontrolle über das Erleben und Verhalten der Betroffenen übernehmen und oft eigene Namen haben. Typischerweise ist der Wechsel vom einen Zustand in den nächsten mit einer Amnesie verbunden, die von den Patienten als besonders quälend empfunden wird, da sie mit Gefühlen des Kontrollverlustes und der Ohnmacht einhergeht.

So entdecken die Patienten plötzlich Spuren von bestimmtem Verhalten (z. B. Selbstverletzungen), eigene Tagebuchnotizen, Bilder oder auch Gegenstände in ihrem Besitz, an die sie sich nicht erinnern können. Oft wird ihnen auch von anderen Menschen ihr eigenes Verhalten rückgemeldet, das ihnen völlig fremd und nicht erinnerlich ist. In diesem Zusammenhang können ihnen plötzlich auch ganze Eigenschaften oder Fähigkeiten (wie eine bestimmte Fremdsprache, Klavierspielen) mit Wechsel der Zustände ent- oder neu zufallen. Diese „neuen“ Eigenschaften oder Fähigkeiten sind dann im normalen Alltagsbewusstsein nicht vorhanden und werden von den Betroffenen so erlebt, als ob es eine fremde Person sei. Man kann sich leicht vorstellen, dass dies mannigfaltige Probleme im sozialen Bereich und vor allem in nahen Beziehungen hervorruft, die oft der Anlass sind, dass sich die Betroffenen unter hohem Leidensdruck in Behandlung begeben.

Durchschnittlich haben die Patienten acht bis zehn verschiedene Persönlichkeitszustände, unter Umständen sogar auch erheblich mehr.^[19] Charakteristischerweise gibt es dabei eine im Alltag gut funktionierende und sozial angepasste Persönlichkeit, den sogenannten „anscheinend normalen Persönlichkeitszustand“ (ANP), und andere sogenannte „emotionale Persönlichkeitszustände“ (EPs), die häufig traumatische Erinnerungen und Gefühle bestimmter Lebensphasen in sich tragen, die meist

jünger sind und sich sehr im Denken, Fühlen und Wahrnehmen von der ANP unterscheiden. Die Bewusstheit und Kommunikation der verschiedenen Selbstanteile kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und reicht von wechselseitiger Unkenntnis (vollständige Amnesie) bis hin zu einem Co-Bewusstsein mit transparenter Wahrnehmung und gegebenenfalls auch Steuerung des jeweils anderen Zustandes.

Unabhängig von der Anzahl der „Innenpersonen“ lassen sich bestimmte Funktionen unterscheiden, die zu Gruppen zusammengefasst werden können. Neben der ANP existiert fast immer eine Gruppe von „Kindern“, „Beschützern“, „täterloyalen Anteilen“ und „Beobachtern“, die im Gesamtsystem der Persönlichkeit und in der dysfunktionalen Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit ihre jeweilig wichtige Funktion und Bedeutung hatten, für die Funktionalität in der Gegenwart aber kontraproduktiv sind. Die Abspeicherung traumatischer Erlebnisse in den emotionalen Persönlichkeitsanteilen deutet bereits auf die Genese der Störung hin.

Zahlreiche Studien zeigten inzwischen, dass in etwa 75–94% aller Fälle sexuelle und zu 74–82% physische Traumatisierungen im frühen Kindesalter Hintergrund für die Entstehung der dissoziativen Identitätsstörung sind.^[2,18,21] Erklärt wird dies dadurch, dass traumatisierte Kinder aufgrund ihrer mangelnden Persönlichkeitsreife und ihrer Bewältigungsmechanismen noch nicht in der Lage sind, schwere traumatische Erfahrungen zu integrieren und zu verarbeiten. Aufgrund der begrenzten kindlichen Integrationsfähigkeit kommt es dann zur „Abspaltung“ zu Zuständen kondensierter Erfahrungen, die nicht kompatibel, zuordbar und dissonant zu anderen Erfahrungen sind, insofern unintegriert neben dem eigentlichen Selbstzustand (ANP) stehen und zunehmend ihr Eigenleben führen.

Wenngleich die Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung (vor allem in den USA) kontrovers gesehen wird, und sie in ihrem Ausmaß auch als iatrogen oder kulturspezifisch verursacht^[3] diskutiert wird, zeigen

neue Forschungsbefunde doch, dass die Diagnose valide und von anderen Krankheitsbildern abzugrenzen ist. Vor allem ist sie keineswegs so selten wie früher angenommen. Aktuelle Studien belegen, dass 0,5–1,5% der Allgemeinbevölkerung^[9,11,14] und bis zu 5% in stationären Stichproben die Kriterien einer Dissoziativen Identitätsstörung erfüllen. Dabei findet sich ein Geschlechterbias von neun Frauen zu einem Mann.^[10]

Typischerweise haben diese Patienten auch eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen, vor allem Major Depression (98%), schizoaffektiven Störungen (74%) sowie Angststörungen, vor allem Panikstörungen (89%).^[4] Für die hohe Dysfunktionalität und den massiven Leidensdruck dieser Patienten sind auch diffuse psychosomatische Beschwerden, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten oder süchtiges Verhalten mitverantwortlich. Häufig begeben sich die Patienten deshalb überhaupt erstmals in Behandlung. Aufgrund der sehr wechselhaften Dysfunktionalität haben die Patienten oft eine lange psychiatrische und psychosomatische Vorgeschichte, meist mit mehreren Vor- und Fehldiagnosen (wie Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Angststörung, Anpassungsstörung, Substanzmissbrauch, Somatisierungsstörung) und häufigem Versagen bisheriger Therapien.

Die Behandlung der Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung unterscheidet sich naturgemäß in ihrer Komplexität von anderen psychiatrischen Krankheitsbildern, wobei eine differenzierte Beschreibung der Behandlung diesen Artikel sprengen würde. Allgemein lässt sich aber sagen, dass die Dissoziative Identitätsstörung auf störungsspezifische Therapieverfahren, wie sie insbesondere für die Behandlung von Traumafolgestörungen entwickelt worden sind, gut anspricht.^[19,20] Mit dem übergeordneten Therapieziel der Integration der abgespaltenen Selbstanteile in das Bewusstsein und in die eigene Wahrnehmung kommen auch hier die gleichfalls bereits bei Janet postulierten drei Phasen der Traumatherapie mit psychosozialer Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration zur Anwendung.

Vor diesem Hintergrund versteht es sich von selbst, dass die Schwere und Komplexität der Erkrankung eine unter Umständen langjährige Psychotherapie in Form stationärer Intervalltherapie und/oder ambulanter Psychotherapie erfordert. Ziel der Therapie sollte sein, dass sich der Patient so fühlt, wie es für uns selbstverständlich ist: als eine Person, die trotz unterschiedlicher Erlebnisse, Intentionen, Rollen, Gefühle und Gedanken „Herr im eigenen Haus“ ist.

Literatur

- [1] Saß H. et al. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen 2003.
- [2] Boon S, Draijer N. The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation* 1993; 6: 126–35.
- [3] Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10.2. korrigierte Auflage. Bern: Huber 1993: 182
- [4] Ellason JW, Ross CA. Two-year follow-up of in patients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiat* 1997; 154: 832–9.
- [5] Ellenberger HF. Die Entdeckung des Unbewussten. Band I. Bern: Huber 1973: 449 ff.
- [6] Ellenberger HF. Die Entdeckung des Unbewussten. Band I. Bern: Huber 1973: 198 ff.
- [7] Fiedler P. Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim: Beltz. Psychologie Verlagsunion 1999.
- [8] Freud S, Breuer J. Studien über Hysterie. Erstausgabe: Leipzig und Wien: Franz Deuticke 1895. Neudruck: Frankfurt: Fischer TB 6. Auflage 1991. 22–3.
- [9] Gast U, Rodewald F. Prävalenz dissoziativer Störungen. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U. (Hrsg.). Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme 2003: 37–46.
- [10] Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German University Clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 249–59.
- [11] Hoffmann SO, Eckhardt-Henn A. Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Stuttgart: Schattauer 2004.
- [12] Janet P. L'automatisme psychologique. Paris: Félix Alcan 1889. Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1889/1973.
- [13] Janet P. The Major Symptoms Of Hysteria. London: Macmillan 1907: 332.
- [14] Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Dissociation disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity: *J Psychiat Res* 2006; 40: 131–40.



- [15] Precht RD. Wer bin ich – und wenn ja wie viele? Eine philosophische Reise. Goldmann 2007.
- [16] Putnam FW. *Altered States*. The Sciences 1992; 32: 30–7.
- [17] Putnam FW. Diagnostik und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Paderborn: Junfermann 2003. Original: Putnam FW. *Diagnosis And Treatment Of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford Press 1989.
- [18] Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder. A review of 100 recent cases. *J Clin Psychiat* 1986; 47: 285–93.
- [19] Reddemann L, Engl V, Lücke S. Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Klett-Cotta 13. Auflage 2007. *Leben Lernen*: 141.
- [20] Richter-Appelt H, Moldzio A. Psychotherapie mit Patientinnen nach sexueller Traumatisierung. In: *Sexueller Missbrauch*. Band 1: Grundlagen und Konzepte. Körner W, Lenz A. (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe 2004: 413–32.
- [21] Ross CA, Norton GR, Wozney K. Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Can J Psychiat* 1989; 34: 413–8.
- [22] Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann 2008: 17.

Kontakt

Dr. med. Dr. phil. Andrea Moldzio

Ltd. Oberärztin der II. Psychiatrischen Fachabteilung Persönlichkeitsstörung/Trauma
 Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll
 Langenhorner Chaussee 560
 22419 Hamburg

Tel. (0 40) 18 18-87 23 38
 Fax (0 40) 18 18- 87 29 33

E-Mail: a.moldzio@asklepios.com