

FORENSISCHE WISSENSCHAFTEN IOT

DAS-Arbeit eingereicht an das

INSTITUT FÜR OPFERSCHUTZ UND TÄTERBE-
HANDLUNG IOT und der UNIVERSITÄT ZÜRICH
zur Erlangung des Titels

Diploma of Advanced Studies in Forensic Science

**Beleuchtung der Phänomene Schizophrenie – dissozia-
tive Identitätsstörung/multiple Persönlichkeit(ssstörung)
aus legalprognostischer Sicht**

Eingereicht von:

Cyrille Hofer
Südbahnhofstrasse 14d
3001 Bern
cyrille.hofer@be.ch
DAS10

Betreut durch:

Dipl.-Psych. Annika Gnoth (Begleitperson) und
Lic. phil. Daniel Treuthardt (Lehrgangsverantwortlicher)

Eingereicht am: 9. November 2020

Inhaltsverzeichnis

Exposé	1
1. Einleitung	2
2. Schizophrenie.....	4
2.1 Was ist Schizophrenie	5
2.2 Diagnose	7
2.3 Zur Geschichte der Schizophrenie	8
3. Dissoziative Identitätsstörung / Multiple Persönlichkeitsstörung	9
3.1 Geschichte der DIS.....	10
3.2 Was heisst Dissoziation	12
3.3 Dissoziative Störungen	12
3.4 Wie entsteht eine DIS	13
3.5 DIS: Das Störungsbild.....	14
3.6 Geschlechterverteilung bei der DIS.....	16
3.7 Begleitsymptomatik.....	17
3.8 Diagnostik.....	18
4. Schizophrenie vs. DIS	19
4.1 Gemeinsame Symptome.....	20
4.1.1 Halluzination.....	20
4.1.2 Wahn und Misstrauen.....	22
4.1.3 Negativsymptomatik	22
5. Fallbeispiel	23
5.1 Herr XY.....	23
5.2 Fazit zum Fallbeispiel	26
6. Schlussfolgerungen	29
7. Literaturverzeichnis	32
8. Selbständigkeitserklärung	34

Anhang

Anhang 1: Experteninterview mit Dr. Jan Gysi.....	35
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Positiv-/Negativsymptome Schizophrenie	42
Tabelle 2: Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 und DSM-V	43
Tabelle 3: ICD-10 F20	44
Tabelle 4: ICD-10 F44	44
Tabelle 5: MPS nach ICD-10 und DIS nach DSM-V	45
Tabelle 6: Stimmenhören bei Schizophrenie und bei DIS	46
Tabelle 7: Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und struktureller Dissoziation	48
Tabelle 8: Kriterienkatalog nach Dell	51

Exposé

Umgangssprachlich wird eine Schizophrenie häufig mit einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) oder multiplen Persönlichkeitsstörung (MPS) gleichgesetzt. Die vorliegende Arbeit soll sich mit der Beschreibung dieser beiden Phänomene (DIS und MPS meinen dieselben Störungen, wobei DIS in der ICD-11 und DSM-5 die aktuell gültige Bezeichnung ist und in der vorliegenden Arbeit verwendet wird) beschäftigen, deren Symptome in der Praxis teilweise sehr ähnlich sind bzw. sich überschneiden können. Eine fehlerhafte Diagnose kann sich aus legalprognostischer Sicht allerdings problematisch auswirken. Was das für die Fallführung konkret bedeutet, wird aus vollzugspraktischer Perspektive beleuchtet. Ziel dieser Arbeit soll die Vermittlung theoretischer Grundlagen sein. Hierzu wird dargelegt, wie sich die Symptome einer Schizophrenie oder DIS/MPS zeigen resp. voneinander unterscheiden und was Fehldiagnosen für den Vollzugsalltag der Fallführenden bei der Vollzugsbehörde bedeuten.

1. Einleitung

Als ich im Begriff war, die vorliegende Arbeit vorzubereiten und mein Thema bekannt gab, bekam ich ausschliesslich eines zu hören: „Diese Mühe kannst Du Dir sparen, die Dissoziative Identitätsstörung existiert nicht“. Derartige Aussagen kamen ausschliesslich von meinen in der Forensik tätigen Kollegen, was mich doch sehr irritierte, nachdem sich das Institut für Opferschutz und Täterbehandlung der Universität Zürich (IOT) während eines ganzen Moduls (Grundlagen zu Traumafolgen) u.a. auch dieser Thematik angenommen hatte.

Gibt es denn nun die Dissoziative Identitätsstörung (DIS)? Die Autorin hat sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit mit dieser Frage befasst, nach Gründen gesucht, warum die DIS in der Forensik noch kaum Einzug gehalten hat und was das für die Beurteilung der Legalprognose im forensischen Kontext bedeuten könnte, denn Menschen können in teil- oder volldissoziierten Zuständen Straftaten begehen (Gysi, 2020). Es soll mit dieser Arbeit ein Einblick in diese Diagnose vermittelt und die wichtigsten Unterschiede zur Schizophrenie beleuchtet werden, da differentialdiagnostisch einige Überlappungen existieren. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit hat sich die Autorin nicht nur auf Internetrecherchen und Fachliteratur gestützt, sondern sich auch mit einem Spezialisten auf diesem Gebiet unterhalten (s. Experteninterview), um mit Informationen aus der Praxis auf die reelle Existenz dieser Störung hinzuweisen und gleichzeitig aufzuzeigen, wie wichtig weitere Forschung auf diesem Gebiet ist. Denn die DIS existiert tatsächlich in der Praxis, was durch die von Dr. Gysi genannten Zahlen von DIS-Patienten im Kanton Bern noch einmal untermauert wird. Die vorliegende Arbeit soll folglich auch die Vollzugsbehörden (und im besten Fall die Kollegen in der Forensik) auf die Existenz der DIS sensibilisieren. Im forensisch-psychiatrischen Bereich existiert dagegen viel spezifisches Fachwissen über die Schizophrenie und über wahnhafte Störungen. Die Frage weshalb die DIS bislang im Vollzugsalltag nicht erfasst wurde, wird in der vorliegenden Arbeit versucht zu beantworten.

Bei den Bewährungs- und Vollzugsdiensten (BVD) des Kantons Bern ist nur gerade ein einziger Fall bekannt, der im Rahmen eines stationären Klinikaufenthalts (vorerst ohne forensischen Kontext) u.a. die Diagnose DIS erhalten hatte. Diese Diagnose wurde im späteren forensisch-psychiatrischen Kontext dann aber durch zahlreiche weitere Diagnosen „ersetzt“. Es stellt sich die Frage, warum bei den BVD des Kantons Bern nur gerade ein Fall jemals eine DIS Diagnose erhalten hat, wenn doch gemäss Gast et al. (2006) Studien auf Prävalenzangaben zur DIS von 0,5 Prozent in der Allgemeinbevölkerung und 5 Prozent in psychiatrischen Populationen auf eine versorgungsrelevante Häufigkeit hinweisen. Obschon es sich dabei um eine Zahl handelt,

die mit anderen psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie) vergleichbar ist, wird die DIS noch in der ICD-10 als seltene Krankheit bezeichnet (WHO, 2011, S. 223).

Immerhin gaben anlässlich einer im Jahr 1992 bei Schweizer Psychiatern lancierten Umfrage (Rücklaufquote 66%, 770 Fragebögen auswertbar) 3% der Psychiater an, einen Fall von DIS (damals gemäss Kriterien DSM-III) zu behandeln. 10% gaben an, jemals so einen Fall gesehen zu haben. Daraus wurde eine Punktprävalenz von 0,05 – 0,1 % für DIS in Behandlung errechnet. Die DIS oder (wie sie früher genannte wurde) die multiple Persönlichkeitsstörung, scheint somit eine Erkrankung zu sein, die wirklich existiert, auch wenn sie relativ selten auftritt (Modestini, 1992).

Dr. med. T. Knecht (Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden) nannte am 19. Dezember 2018 anlässlich seines Vortrags an der Universität Bern ebenso erstaunliche Zahlen zur Epidemiologie der DIS (international). In der Allgemeinbevölkerung sollen 1 – 3 % an einer DIS leiden, in stationärer Psychiatrie sogar derer 1 – 5 %. Die Geschlechterverteilung wird als unklar bezeichnet – Angaben reichten von gleich viel betroffenen Männer und Frauen bis 9-mal mehr Frauen als Männer.

Nimmt man nun an, in der Allgemeinbevölkerung leiden 1% an einer DIS, so könnten in der Schweiz immerhin ungefähr 85'000 Personen davon betroffen sein. Da stellt sich die berechnete Frage, warum existieren im Straf- und/oder Massnahmenvollzug praktisch keine derartigen Fälle, insbesondere wenn man bedenkt, dass die DIS oder wie Sie früher hiess, die Multiple Persönlichkeitsstörung, zu den ältesten bekannten psychiatrischen Phänomenen gehört (Putnam, 2013). Dazu mehr in der Geschichte zur DIS.

Abgesehen davon, dass DIS-Fälle im forensischen Kontext quasi inexistent sind, fallen in der täglichen Arbeit bei den Bewährungs- und Vollzugsdiensten (BVD) immer wieder Fälle mit fraglichen Schizophrenie-Diagnosen auf, die trotz professioneller Behandlung unbefriedigende Vollzugsverläufe nach sich ziehen. Schizophreniforme Erkrankungen und dissoziative Störungen können bekanntlich Symptome haben, die sich stark ähneln (Gysi, 2020). Was das aus legalprognostischer Sicht bedeuten könnte, wird noch beschrieben; hierzu aber mehr im Fallbeispiel.

Die richtige Diagnose ist folglich aus psychiatrischer Sicht entscheidend für die Therapie sowie zur Einschätzung der Legalprognose; zudem ist die Diagnose aus juristischer Sicht auch für die Frage der Schuldfähigkeit, der Haftfähigkeit und der Prozessfähigkeit von Bedeutung (Gysi, 2020).

Die Aufnahme der DIS in der ICD-11 und DSM-5 bestätigt die Tatsache einer psychischen Störung (auch im Rechtssinne), sodass das Phänomen grundsätzlich Auswirkungen auf die Ein-sichts-, Steuerungs- und somit Schuldfähigkeit haben kann (Knecht, 2018). Ob und welchen Einfluss die Einführung von DIS im DSM-5 und in der ICD-11 auf die Rechtsprechung bzw. den Vollzug haben wird, wird sich erst zeigen (Gysi, 2020).

Nachfolgend soll erst einmal ein Überblick über die beiden Störungen (Schizophrenie und DIS) verschafft und die wichtigsten Unterscheidungen beleuchtet werden.

2. Schizophrenie

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken, beträgt für die Durchschnittsbevölkerung etwa 1%, wobei Frauen und Männer etwa gleich häufig betroffen sind (Lempa, 2010). Die Erkrankung tritt bevorzugt zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr erstmals auf, bei ca. 65% der Erkrankten bereits vor dem 30. Lebensjahr. Ein Krankheitsbeginn vor dem 12. oder nach dem 40. Lebensjahr ist sehr selten (Kircher, Schneider & Niebling, 2008).

Die Ursache für den Ausbruch oder Verlauf der Erkrankung ist multifaktoriell. Das am besten akzeptierte ätiopathogenetische Modell der Schizophrenie ist das sog. Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell (Kircher, Schneider & Niebling, 2008). Entsprechend diesem Modell wird Schizophrenie durch eine zugrunde liegende psychobiologische Vulnerabilität verursacht, die schon früh im Leben durch genetische und Umweltfaktoren (z. B. perinatal) festgelegt wird. Sobald die Vulnerabilität hergestellt ist, werden der Beginn der Krankheit und ihr Verlauf (einschl. Rückfällen) durch die dynamische Wechselwirkung von biologischen und psychosozialen Faktoren determiniert (Müller-Isberner & Eusterschulte, 2015). Nach dieser Theorie wird Schizophrenie also nicht vererbt, sondern eine besondere Vulnerabilität genetisch vermittelt (Joraschky, 2013).

Die Ätiologie der Schizophrenie ist in etwa zur Hälfte genetisch bedingt, zur anderen Hälfte durch umweltbedingte Faktoren. Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien weisen darauf hin, dass etwa 50% des Risikos, eine Schizophrenie zu entwickeln, genetisch im Sinne eines polygenen Erbgangs bedingt sind. So liegt das Erkrankungsrisiko bei monozygoten Zwillingen bei rund 50%. Das Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie ist bei Angehörigen schizophrener Erkrankter in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad gegenüber der Normalbevölkerung erhöht, für Geschwister liegt dies bei rund 10%. Etwa 50% der Vulnerabilität werden durch umweltbedingte Faktoren wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Geburtsort, -monat, Drogenkonsum und Virusinfektionen der Mutter sowie psychosoziale Faktoren erklärt (Kircher, Schneider & Niebling, 2008). Es gibt bis heute keine biologischen Merkmale, etwa Laborbefun-

de, mit denen sich Schizophrenie diagnostizieren liesse. Ob es das Konstrukt Schizophrenie als autonome Krankheitseinheit überhaupt gibt, ist nicht sicher (Häfner, 2017).

2.1 Was ist Schizophrenie?

Die Schizophrenie werde auch als eine unverstandene psychische Störung angesehen (Finzen, 2020). Sie gilt als schwere und komplexe Erkrankung, die durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet ist (WHO, 2012). Anders als bei körperlich begründbaren Psychosen sind jedoch die Wahrnehmung der Aussenwelt, das Gedächtnis, die Orientierung in Raum und Zeit, das Bewusstsein, die Aufmerksamkeit und die zusammengesetzte Funktion der Intelligenz nicht direkt gestört. Die Kranken wissen, wer sie sind und wo sie sind. Sie sind wach. Ihr Bewusstsein ist ungetrübt. Sie können sich erinnern und sich neue Dinge merken. Sie können Aufgaben intellektuell erfassen und bewältigen. Diese Leistungen können allerdings sekundär durch Krankheitssymptome beeinträchtigt werden oder zumindest als beeinträchtigt erscheinen. Krankheitsbedingte Gleichgültigkeit lenkt die Aufmerksamkeit ab und hindert die Kranken, neue Eindrücke aufzunehmen. Sinnestäuschungen und Verkennungen verfälschen die Wahrnehmung der äusseren Welt. Gelegentlich können sie auch Erinnerungen verändern (Finzen, 2020).

Heute gilt als wahrscheinlich, dass es sich bei der Schizophrenie nicht um eine einheitliche Krankheit, sondern um eine Gruppe von Störungen handelt, in der jede einzelne Störung ähnliche Erscheinungsformen hat, aber nicht den gleichen neurobiologischen Hintergrund (Finzen, 2020). Korrekter wäre es demnach, nicht von der Krankheit Schizophrenie zu sprechen, sondern von einer Krankheit aus der „Gruppe der Schizophrenien“ (Finzen, 2020). Wegen der Vielfalt von Symptomen und Verläufen sprach bereits E. Bleuler von der Gruppe der Schizophrenien. Die Symptomatik von Menschen mit Schizophrenie wird als sehr heterogen bezeichnet, da es kein Leitsymptom gibt, das bei allen Betroffenen immer nachweisbar ist (Mehl et al., 2019). Unter den psychischen Erkrankungen ist die Schizophrenie jene, die zu den gravierendsten Funktionseinschränkungen führt (Müller-Isberner & Eusterschulte, 2015). Diese schwere psychische Störung führt häufig zu Beeinträchtigungen in Ausbildung, Arbeit, zwischenmenschlichen Beziehungen, der Kompetenz als Lebenspartner oder Elternteil sowie in Freizeitgestaltung und Selbstfürsorge. Die Schizophrenie dauert lebenslang an und erfordert eine dauerhafte Behandlung und Betreuung. Schizophrenie geht schliesslich auch mit einem erhöhten Delinquenzrisiko – v.a. für Gewalttaten – einher (Müller-Isberner & Eusterschulte, 2015). Wenn Fremdaggression auftritt, sind zumeist Angehörige betroffen. Ein Risikofaktor für Fremdaggressivität stel-

len psychotische Symptome und Substanzabhängigkeit dar (Kircher, Schneider & Niebling, 2008).

Bezeichnend bei der Schizophrenie sind einerseits episodisch auftretende, akute psychotische Zustände und andererseits chronische Beeinträchtigungen mit persistierenden psychotischen und/oder negativen Symptomen (Kircher, Schneider & Niebling, 2008).

Bis heute weiss niemand, wie die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, wie die Krankheit im psychiatrischen Alltag genannt wird, entstehen (Finzen, 2020). Es gibt eine Reihe von Vorstellungen und Theorien, wobei diese alle nach dem heutigen Stand der Forschung in der Antwort münden: Menschen, die schizophren erkranken, sind empfindsamer gegenüber Innen- und Aussenreizen. Sie sind verletzlicher als andere durch Belastungen aus der sozialen Umgebung, durch die psychischen Wirkungen körperlicher Erkrankungen und durch eigene innere Konflikte (Finzen, 2020). Über die Feststellung Manfred Bleulers, dass auf jeden Fall nicht die Schizophrenie vererbt wird, sondern allenfalls die Fähigkeit, schizophren zu erkranken, sind wir in den letzten Jahrzehnten offenbar nicht hinausgekommen (Finzen, 2020).

Einige der nachfolgenden Symptomkategorien (objektive Merkmale) gelten als charakteristisch für das traditionelle Konstrukt von Schizophrenie und treten in allen Ländern, Kulturen und Gesellschaften auf (Häfner, 2017).

- Positivsymptomatik (Übersteigerung "Überschuss" des normalen Erlebens) mit Wahn, Halluzinationen und Denkstörungen
z.B. Realitätsverlust, falsche Überzeugungen (Wahnvorstellungen), Wahrnehmungserfahrungen, die nicht durch andere geteilt werden (akustische/visuelle/taktile/gustatorische Halluzinationen) oder seltsam-bizarres Verhalten.
- Affektive Symptomatik (gehobene oder depressive Verstimmung)
- Negativsymptomatik (Defizitzustände, in denen grundlegende emotionale und Verhaltensprozesse vermindert sind oder sogar fehlen). Verbreitete negative Symptome sind abgestumpfter Affekt, Anhedonie, fehlende Willenskraft oder Apathie und Alogie. Da andere Menschen die negativen Symptome weniger offensichtlich als Zeichen einer psychischen Störung erkennen können, werden die Betroffenen von der Umwelt häufig als faul und desinteressiert wahrgenommen.

Ausserdem findet sich bei den meisten an Schizophrenie Erkrankten eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten (Störungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration, psychomoto-

rische Geschwindigkeit, Lernen und Gedächtnis sowie exekutive Funktionen wie abstraktes Denken, Problemlösung, Prioritätensetzung, vorausschauende Planung).

Eine Übersicht über die Positiv- und Negativsymptome findet sich in Tabelle 1 (Anhang S. 42).

Nach Häfner (2017) tritt die Schizophrenie unter bestimmten Bedingungen in jedem Lebensalter auf, vornehmlich in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Sie wird meist erst nach dem Ausbruch der akuten Psychose als Krankheit erkannt, obwohl sie oft bereits mehrere Jahre im Voraus (häufig schleichend mit Niedergeschlagenheit, nachlassender Energie, Verzerrung von Wahrnehmungen, Erlebnissen und Urteilen, Leistungsabfall und Selbstvernachlässigung etc.; die sog. Prodromalphase) begonnen hat. Akut verlaufende schizophrene Psychosen, die sich innerhalb weniger Wochen entwickeln, sind in der Minderheit, haben dafür aber bessere Chancen, früh erkannt und behandelt zu werden (Häfner, 2017).

Die Schizophrenie kommt in allen Ländern, Kulturen und Klimazonen vor. Kulturelle und religiöse Anschauungen können zu unterschiedlichen Ausprägungen der Krankheitssymptome beitragen. Bei der Behandlung von Patienten aus anderen Kulturkreisen sollte dies beachtet werden. So können kulturelle Besonderheiten als pathologisch fehlinterpretiert oder Krankheitsverhalten fälschlicherweise als kulturelle Besonderheit verkannt werden (Kircher, Schneider & Niebling, 2008).

2.2 Diagnose

Finzen (2020) führt aus, dass nicht die Diagnose über die Prognose entscheidet. Die klinische Symptomatik der Schizophrenie ist heterogen. Fast alle psychischen Funktionen sind mitbetroffen. Wie schon erwähnt sind Bewusstsein und Orientierung in der Regel klinisch nicht beeinträchtigt (Kircher, Schneider & Niebling, 2008).

Gemäss Finzen (2020) werden Diagnosen aufgrund eines Kriterienkataloges erstellt, indem bestimmte Symptome vorgegeben sind. Die Diagnosestellung erfolgt durch Aufsummierung der bei den Kranken festgestellten Symptome. Doch Klassifikationen reduzieren die 340 Symptome einer Schizophrenie auf weniger als ein Dutzend. Damit seien Fehldiagnosen Tür und Tor geöffnet (Finzen, 2020). Entscheidend bleibt, dass Differenzialdiagnosen offenhalten bleiben, solange Ungewissheit besteht (Finzen, 2020).

Die Tabelle 2 (Anhang S. 43) gibt eine Übersicht zu den diagnostischen Kriterien für schizophrene Störungen nach ICD-10-Forschungskriterien und DSM-5 (Häfner, 2017). Bei der diagnostischen Zuordnung positiver Symptome ist gemäss Häfner (2017) zu bedenken, dass sie nicht exklusiv an das Krankheitsbild Schizophrenie gebunden sind. Halluzinationen und Wahn werden auch und nicht gerade selten bei anderen psychischen Krankheiten festgestellt (Häfner, 2017), worunter auch die dissoziative Identitätsstörung fällt.

Es werden verschiedene Unterformen der Schizophrenie als Formen klinischer Prägnanztypen unterschieden (Kircher, Schneider & Niebling, 2008):

- Paranoide Schizophrenie (durch Wahnvorstellungen und akustische Halluzinationen gekennzeichnet)
- Hebephrene Schizophrenie (Affekt-, Antriebs- und formale Denkstörungen stehen im Vordergrund, Krankheitsbeginn liegt zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr)
- Katatone Schizophrenie (im Vordergrund stehen psychomotorische Störungen, die zwischen Erregung und Stupor wechseln können, sowie Haltungsstereotypien bis hin zur kataleptischen Starre)
- Schizophrenia simplex (durch blanden Verlauf mit progredienter Negativsymptomatik und zunehmender sozialer Desintegration gekennzeichnet, ohne spezifische Symptome)
- Undifferenzierte Schizophrenie (wenn keine der vorgeschriebenen Unterformen zutreffen oder Merkmale verschiedener Unterformen vorliegen)
- Postschizophrene Depression (im Anschluss an eine akute Schizophrenie entwickelt sich eine depressive Episode)
- Schizophrenes Residuum (es entwickelt sich ein chronisches Bild mit ausgeprägter Negativsymptomatik für mind. 12 Monate nach mind. einer früheren akuten Episode)

2.3 Zur Geschichte der Schizophrenie

Ende des 19. Jahrhunderts konzipierte der deutsche Psychiater Emil Kraepelin ein umfangreiches klinisches Forschungsprojekt; dabei untersuchte er die langfristige Entwicklung der Krankheiten seiner Klinikpatienten und begann die Krankengeschichten hunderter Patienten systematisch zu katalogisieren. Er beschrieb ein Krankheitsbild, das durch einen frühen Beginn (Adoleszenz) und einen ungünstigen Langzeitverlauf geprägt war und nannte es Dementia praecox. Dieses grenzte er vom manisch-depressiven Irresein mit gutem Verlauf ab (Weber et al., 2006).

Der Begriff Schizophrenie (gespaltener Geist) wurde 1908 vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler anlässlich seines Vortrags an der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie vorgestellt. Mit dem neuen Begriff betonte er die Spaltung oder Zerreissung der psychischen Funktionen als wichtigstes Symptom gegenüber der „vorzeitigen Verblödung“ nach der Kraepelinschen „Dementia praecox“. Er veröffentlichte sein Grundlagenwerk „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“ im Jahr 1911 (Universität Zürich, 2018).

Bleuler unterschied zwischen Grundsymptomen (Formale Denkstörung, Affektstörungen, Ich-Störungen), akzessorischen, also zusätzlichen Symptomen (z.B. Halluzinationen, Wahn und katatone Symptome) sowie intakten Funktionen (Finzen, 2020).

Kurt Schneider unterteilte in den 40iger Jahren die Symptome der Schizophrenie in Symptome ersten Ranges (Gedankenlautwerden, Stimmenhören, kommentierende Stimmen etc.) und Symptome zweiten Ranges. Sein Konzept hatte grossen Einfluss auf die Entwicklung der operationalisierten diagnostischen Klassifikationssysteme (Mehl et al., 2019).

Häfner (2017) führt aus, dass Kritiker der Psychiatrie noch bis in die 70er Jahre die Auffassung vertraten, eine präzise psychiatrische Schizophreniediagnose gebe es nicht. Diese Aussage hatte nach Häfner (2017) ein Stück unbefriedigende Realität: in den frühen Ausgaben der Diagnosenklassifikation DSM-I und –II war die Schizophrenie nämlich so definiert, dass eine präzise Diagnose gar nicht erwartet werden konnte. Grund hierfür war, dass das diagnostische System grossenteils auf unbewussten, nicht beobachtbaren Merkmalen aufgebaut war.

Das europäische System gründete die Diagnose Schizophrenie ausschliesslich auf beobachtbare oder mitgeteilte Merkmale. Eine zentrale Rolle spielten dabei die sog. Erstrangsymptome Kurt Schneiders. Seit 1980 ist auch die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft mit dem Klassifikationssystem DSM-III und folgende auf die empirisch deskriptive Linie eingeschwenkt (Häfner, 2017).

3. Dissoziative Identitätsstörung / Multiple Persönlichkeitsstörung

Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS), wie sie heute bezeichnet wird, hatte in der Vergangenheit andere Bezeichnungen. So sprach man früher von multipler oder gespaltener Persönlichkeit oder von Multiplen oder bis vor kurzem noch von multipler Persönlichkeitsstörung (MPS).

Die DIS ist unter Klinikern nach wie vor sehr umstritten, da vermutet wird, dass es sich möglicherweise um eine iatrogen erzeugte psychische Störung handelt, die erst durch therapeutisches

Vorgehen (wie z.B. mittels Hypnose) entsteht. Diese radikale Sicht einer grundsätzlichen Negation Dissoziativer Identitätsstörungen findet sich bei den Klinikern und Gedächtnisforschern, die sich mit dem Störungsbild auseinandergesetzt haben, nicht mehr (Fiedler, 2008). Dass die DIS mittels psychotherapeutischer Techniken erzeugt werden kann und somit erst durch die Behandlung entsteht, wird zwar als möglich erachtet (und bedürfte somit ebenfalls einer Behandlung), allerdings besteht diese Störung bei den meisten Betroffenen - einschliesslich des Wissens der Betroffenen um ihre multiplen Personenzustände - bereits seit Kindheit und Jugend, was die ausschliesslich iatrogene (Krankheitsbilder, die durch ärztliche Massnahmen verursacht oder verschlimmert wurden) Erzeugung der Störung ausschliesst (Fiedler, 2008).

Kritiker machen auch geltend, dass die DIS simuliert werden kann. Fiedler (2013) weist darauf hin, dass alle dissoziativen Störungen simuliert werden können, wobei insbesondere die Amnesie-Simulation in gerichtsanhängigen Verfahren sehr häufig vorkommt. Personen, die dissoziative Störungen simulieren, weisen jedoch wichtige Merkmale auf, die sie von Personen mit „echten“ dissoziativen Störungen unterscheiden (die Simulanten sind zumeist misstrauisch, wenig kooperativ, geheimnistuerisch und unfreundlich, sie verschliessen sich Untersuchungen, ausser sie können dadurch insgeheim erhoffte Vorteile erreichen, sie sind nur zu gern bereit, die vielen möglichen Ursachen ihrer Erfahrungen detailliert mitzuteilen, die sie für ihre vorgegebenen Störungen verantwortlich machen). Inzwischen liegen diagnostische Verfahren zur Erhebung der dissoziativen Störungen vor (Fragebogen für dissoziative Symptome FDS, strukturiertes Interview SKID-D, Mini-SKID-D). Im forensischen Kontext sollten dissoziative Störungen jedoch nicht ausschliesslich auf der Grundlage von Fragebögen diagnostiziert werden, sondern nur in Ergänzung zu Interviews (Fiedler, 2013).

Die DIS steht eng im Zusammenhang mit schweren, wiederholten und oft sadistischen Kindheitstraumata, aber auch mit anderen traumatischen Erfahrungen (z.B. Kriegserlebnisse oder Todesnähe-Erfahrungen wie Ertrinken). Dennoch ist bis heute nicht bewiesen, dass Kindheitstraumata DIS verursachen, wobei wohl kein Therapeut, der mehr als zwei oder drei Personen mit DIS behandelt hat, an der Existenz einer Kausalbeziehung zwischen DIS und Kindheitstraumata, insbesondere Kindesmissbrauch, zweifelt (Putnam, 2013).

3.1 Geschichte der DIS

Die multiple Persönlichkeit ist eine der ersten psychischen Störungen, die im Zeitalter der Aufklärung entdeckt wurden (Putnam, 2013). Die ersten Erklärungen für die multiple Persönlichkeit gingen 1800 von einer übernatürlichen Entstehungsursache wie Besessenheit durch Geister

oder Reinkarnation aus. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts befassten sich Psychiater und Philosophen ausgiebig mit dem „Problem“ der gespaltenen oder multiplen Persönlichkeit. Der erste besonders einflussreiche untersuchte Fall von multipler Persönlichkeit war der von Mary Reynolds, der 1816 von Dr. Samuel Latham Mitchell publiziert und später in den USA populär wurde. In einem durch Charles H. A. Despine beschriebenen Fall (Fall Estelle) wurden 1840 erstmals Prinzipien für die psychotherapeutische Behandlung von DIS beschrieben (Putnam, 2013). In den 1890er Jahren waren bereits so viele Fälle beschrieben worden, dass es möglich wurde, aus diesen Beschreibungen gewisse allgemeine Merkmale abzuleiten (Putnam, 2013). Der französische Psychiater Pierre Janet (1859-1947) prägte den Begriff der Dissoziation als Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins und beschrieb ein bis heute gültiges Diathese-Stress-Modell (Gast et al., 2006). Janet stand mit Freud für die „psychologische Wende“ in der Hysterieforschung. Goddard (1926) nannte als erster sexuellen Missbrauch als potentielle Ursache, wies jedoch nachdrücklich darauf hin, „dass er dies für eine Phantasie hält“ (zitiert nach Putnam, 2013, S. 61).

Der Fall „Christine Beauchamp“ über den Morton Prince in seinem Buch *The Dissociation of a Personality* (1906) detailliert berichtete (zitiert nach Putnam, 2013, S.49), ist einer der berühmtesten DIS-Fälle. Auch der von Putnam (2013, S. 52) zitierte Fall Eve von Thigpen und Cleckley lenkte im Jahr 1954 die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf sich und wurde später zu einem Bestseller (*The Three Faces of Eve*, 1957) ausgebaut. Doch vermittelte dieses Buch gemäss Putnam (2013) ein irreführendes Bild der MPS und könnte unglücklicherweise sogar zur Verbreitung verzerrter Vorstellungen über die klinischen Merkmale der Störung beigetragen haben. Generell herrschte allgemeine Skepsis, mit der man dem Phänomen der multiplen Persönlichkeit in der Zeit zwischen 1920-1970 begegnete. Auch die von Bleuler (bereits 1908) eingeführte Diagnose der Schizophrenie, die jedoch erst in den späten zwanziger und frühen dreissiger Jahren des 20. Jahrhunderts in den USA Fuss fasste, könnte ein Faktor gewesen sein, der zum Rückgang der Berichte über MPS-Fälle beigetragen hatte. Von 1914 bis 1926 wurden multiple Persönlichkeiten noch häufiger als Schizophrenie diagnostiziert, mit Beginn des Jahres 1927 nahmen dann jedoch Schizophreniediagnosen stark zu und gleichzeitig ging die Zahl der diagnostizierten Fälle von multipler Persönlichkeit ebenso dramatisch zurück (Putnam, 2013).

In den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde das alte und in Vergessenheit geratene Wissen aus der Zeit von Pierre Janet und Morton Prince wiederentdeckt und um viele neue Informationen bereichert. Auch wurden wieder Forschungsprojekte entwickelt und MPS wurde zu einem akzeptablen Thema für Dissertationen. Es wurden die ersten Fallberichte publiziert, in denen eine eindeutige Beziehung zwischen MPS und einem Kindheitstrauma hergestellt wurde. Das Buch *Sybil*, ein Fallbericht der Journalistin Flora Rheta Schreiber, erschien 1973 und wurde

zu einer Art Modell. Später wurde auch das Buch verfilmt und führte zu einem erhöhten öffentlichen Interesse am Kindesmissbrauch in den USA. Der Bericht Schreibers gilt als klinische Pflichtlektüre für alle, die sich mit DIS beschäftigen wollen (Putnam, 2013).

Den Höhepunkt der intensiven Bemühungen um Anerkennung der MPS bildete die Aufnahme in die psychiatrischen Manuale; im 1980 wurde die MPS erstmals im DSM-III veröffentlicht (Putnam, 2013), 1991 auch in der ICD-10. Der ursprüngliche Begriff der „multiplen Persönlichkeit“ hat verschiedene Umbenennungen erfahren; inzwischen hat sich die Bezeichnung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) durchgesetzt (Gast et al., 2006).

3.2 Was heisst Dissoziation?

Dissoziation bedeutet im allgemeinen Sinne Trennung, Teilung, Spaltung, Zerfall – im Gegenteil von Assoziation, was Verbindung und Verknüpfung bedeutet (Gast & Wabnitz, 2017). Fiedler (2013) definiert Dissoziation als einen Mechanismus, der es ermöglicht, verschiedene mentale Prozesse und Inhalte voneinander getrennt zu halten. Sie gilt unter normalen Bedingungen als persönliche Kompetenz, die genutzt werden kann, mehr als eine Aufgabe gleichzeitig auszuführen (z.B. wenn wir uns beim Autofahren mit den Mitfahrern unterhalten).

3.3 Dissoziative Störungen

Die DIS gilt als die schwerste Erkrankung im Spektrum der dissoziativen Störungen (Gast et al., 2006). Neben der Dissoziativen Amnesie, der Dissoziativen Fugue und der Depersonalisationsstörung wird sie den klassischen dissoziativen Störungen zugeordnet (Fiedler, 2008).

Traditionell werden dissoziative Störungen als akute, zeitlich beschränkte Reaktionen verstanden, die einem traumatischen Ereignis unmittelbar folgen (Putnam, 2013). Sie sind zumeist erkennbarer Ausdruck der innerpsychischen Verarbeitung und Bewältigung traumatischer Erfahrungen oder extremer Belastungen und Konflikte (Fiedler, 2013). Von den dissoziativen Störungen unterscheiden sich normale dissoziative Phänomene vor allem dadurch, dass sie selbstgewählt bzw. selbstinduziert sein können, teilweise sogar bewusst aufgesucht werden (Fiedler, 2008). Hauptsymptom der dissoziativen Störungen ist der zeitweilige Verlust der Kontrolle über die eigene Identität. Die Betroffenen können sich entweder nicht mehr an vergangene Erlebnisse erinnern oder das Gefühl ihrer Selbstwahrnehmung, ihr körperliches Selbsterleben oder das Gefühl für die eigene Wirklichkeit verändert sich (dissoziiert). Von Störung wird gemäss Fiedler (2008) gesprochen, wenn das Individuum nicht mehr in der Lage ist, den Prozess der Dissoziation willentlich zu beeinflussen bzw. rückgängig zu machen.

Somit sind bei dissoziativen Störungen die normalerweise integrierenden Funktionen des Bewusstseins nachhaltig beeinträchtigt. Zu diesen integrierenden Funktionen zählt laut Gast et al. (2006) das Gedächtnis, die Wahrnehmung von sich und der Umwelt sowie das Identitätserleben.

3.4 Wie entsteht eine DIS?

Durch extrem negative Lebensumstände überwältigender Art wie Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch im Kindesalter kann die Entwicklung einer einheitlichen Persönlichkeit verhindert werden. Es kann stattdessen zu einer Aufspaltung und Abkapselung (Dissoziation) von Gedächtnisinhalten kommen (Knecht, 2018). Fiedler (2008) spricht davon, dass einzelne oder mehrere Persönlichkeitskonfigurationen oder Identitäten autoregulativ oder möglicherweise auch intendiert bei Betroffenen entwickelt werden, wenn diese wiederholt und über längere Zeit hinweg traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend ausgesetzt waren. Offensichtlich übernimmt die traumabedingte Identitätsdissoziation zunächst wichtige protektive Funktionen. Dissoziierte Identitäten bieten laut Fiedler (2008) unmittelbaren subjektiven Schutz, das Trauma zu überstehen. Sie schirmen die Betroffenen zeitweilig gegenüber dem späteren Wiedererleben der Traumatisierung ab und sichern so das Überleben im Alltag.

Gast et al. (2006) bezeichnen die DIS als Traumafolgestörung aufgrund schwerer Kindesmisshandlung. Dies wird im Übrigen durch neurobiologische Befunde gestützt. Durch systematische Fallstudien konnte gut belegt werden, dass eine sehr enge Verbindung zwischen frühkindlichen Trauma-Erfahrungen und dem späteren Auftreten der DIS besteht (Fiedler, 2008). In retrospektiven Studien bei DIS-Patienten werden in über 90 Prozent der Fälle traumatische Erfahrungen in der Kindheit in Form von schwerer Vernachlässigung, seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlung angegeben. Ein wichtiger kindlicher Entwicklungsschritt, nämlich die Herausbildung eines zentralen integrierenden Bewusstseins, wird durch die chronischen Traumatisierungen erschwert oder verhindert (Gast et al., 2006).

Gemäss Gysi (2020) wird aufgrund klinischer Beobachtungen und Berichten von Opfern vermutet, dass einige besonders spezialisierte Täter über Fachwissen zum bewussten Herstellen von struktureller Dissoziation verfügen.

3.5 DIS: Das Störungsbild

Die DIS wird im DSM-V, 2015 (S. 181) als Störung der Identität, die durch zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände gekennzeichnet ist [...] bezeichnet. Das Störungsbild der DIS wird in der ICD-10 (WHO, 2011) dadurch gekennzeichnet, dass offensichtlich oder scheinbar zwei oder mehr verschiedene Persönlichkeiten bei einem Individuum vorhanden sind, wobei zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine sichtbar ist (S. 223).

Putnam (2013) führt aus, dass die DIS eine chronische Störung ist, die dauerhaft bestehen bleiben und sich im Laufe des Lebens in unterschiedlichen Formen manifestieren kann, wenn sie nicht sachgerecht behandelt wird. Sie scheint eine psychobiologische Reaktion auf relativ spezifische Erfahrungen zu sein, die Menschen innerhalb eines bestimmten Zeitfensters der Persönlichkeitsentwicklung machen (Putnam, 2013).

Die Störung geht mit einem durchgehend dissoziativen Funktionieren in allen drei Bereichen des Bewusstseins einher, sodass zusätzlich zu dem Gedächtnis und der Wahrnehmung auch das Identitätserleben beeinträchtigt ist. Menschen mit DIS verhalten und/oder erleben sich so, als gäbe es mehrere verschiedene Personen in ihnen. Leidensdruck entsteht durch die teilweise erheblichen Alltagsamnesien durch die mangelnde Kontrolle über das eigene Denken, Fühlen, Erleben und Handeln sowie durch die hieraus bedingten gestörten sozialen Interaktionen. Der Wechsel von einem Zustand in den anderen ist hierbei mit Amnesie verbunden (Gast et al., 2006). Die unterscheidbaren Identitäten in einer Person bzw. in einem Körper (dissoziierte Identitäten, auch Personen Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände genannt), übernehmen abwechselnd die Kontrolle über den Körper (Kreusel, 2020). Dabei ist zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine sichtbar. Bei der häufigsten Form mit zwei Persönlichkeiten ist meist eine von beiden dominant, keine hat Zugang zu den Erinnerungen der anderen, und die eine ist sich der Existenz der anderen fast niemals bewusst (WHO, 2011, S. 223). Fiedler (2008) spricht von chronifiziertem Wechsel zwischen den Identitäten und führt aus, dass vielen durch Vernachlässigung und Misshandlung traumatisierten Kindern und Jugendlichen offensichtlich eine Flucht aus der bedrohlichen Realität gelingt, indem sie sich in tranceähnliche Zustände versetzen. In diesen autohypnotischen Zuständen können belastende Erfahrungen intendiert „vergessen“ oder dissoziiert werden (z.B. mittels Delegation an alternative Identitäten). Somit werden überstarke Affekte oder Erlebnisse auf verschiedene Zustände und Identitäten verteilt und jeweils partiell ausgegrenzt. Ursprüngliche Affektlagen und die Bewusstheit der originären Traumata-Erfahrungen können so zumindest zeitweilig ausserhalb der bewussten Wahrnehmung gehalten werden. Das Problem weitet sich insbesondere dann zum klinisch bedeutsamen Störungsbild

aus, wenn sich die autoregulativ konditionierten wie selbstsuggeriert entwickelten Anteile weitgehend unkontrollierbar erneut Bahn brechen (Fiedler, 2008).

Somit existieren neben sozial angepassten, im Alltag funktionierenden und traumatische Erinnerungen vermeidenden „anscheinend normalen Persönlichkeitszuständen“ (ANPs) andere, häufig traumatische Affekte und Erinnerungen in sich tragende „emotionale Persönlichkeitszustände“ (EPs), die in das Handeln, Denken und Fühlen der ANPs mehr oder weniger fortwährend hineinwirken können oder für Minuten bis Stunden, gelegentlich auch länger, die Kontrolle über das Individuum übernehmen (Gast et al., 2006). Fast immer kann beobachtet werden, dass die multiplen Persönlichkeitsanteile mit Namen benannt werden, was hochgradig sinnvoll ist mit Blick auf die Funktionen, die die einzelnen Personenanteile bisher und weiterhin zu erfüllen hatten. Wegen dieser Funktionsaufteilung besteht üblicherweise ein funktionales Desinteresse der einzelnen Identitäten, sich mit den Funktionen oder Rolleneigenarten der jeweils anderen auseinanderzusetzen (Fiedler, 2008).

Aufgrund der teilweisen oder vollständigen Amnesie für das Vorhandensein oder die Handlungen der jeweils anderen Persönlichkeitszustände, wissen die Betroffenen dann jeweils nicht, was sie zu einer bestimmten Zeit getan oder gesagt haben oder sie merken selbst nichts von ihrer Amnesie, aber werden vielleicht von anderen Menschen auf Verhaltensweisen o.a. aufmerksam gemacht, von denen sie selbst nichts wissen. Vielleicht sind sie dann selbst auch ganz und gar nicht mit den beschriebenen Verhaltensweisen einverstanden... Oder aber sie erleben, dass eine der Personen sich aus dem Inneren nach außen drängt und beispielsweise anfängt zu sprechen- und sie selbst können es nicht verhindern (Kreusel, 2020).

Fiedler (2008 und 2013) führt aus, dass die Übergänge zwischen Identitäten häufig durch psychosoziale Belastungen oder besonders intensive emotionale Erfahrungen ausgelöst werden und die Wechsel häufig auch von den Betroffenen selbst initiiert werden können; dabei dauert es gewöhnlich nur Sekunden, um von einer Identität in eine andere zu wechseln.

Der Grad an Bewusstsein für „die Anderen“ kann individuell unterschiedlich sein und sich auch im Verlauf der Erkrankung verändern. In der Regel finden sich in einem Individuum acht bis zehn verschiedene Persönlichkeitszustände. Symptome treten häufig bereits im Kindesalter auf, doch manifestiert sich die DIS häufig erst im Erwachsenenalter, wenn die eigene Lebensgestaltung angezeigt ist. Viele Betroffene können die Symptome auch später noch lange Zeit kompensieren und erkranken schließlich durch äußere Krisen oder durch Erschöpfung der Kompensationsmöglichkeiten (Gast et al., 2006).

3.6 Geschlechterverteilung der DIS

Nach Gast et al. (2006) sind Frauen mit einem Verhältnis von 9:1 sehr viel häufiger betroffen als Männer. Auch nach Putnam (2013) betrifft die überwältigende Mehrzahl der bisher registrierten DIS-Fälle Frauen. Einige Forscher (Horevitz&Braun, 1984; Kluft, 1984) haben jedoch über wesentlich niedrigere Quotienten, nämlich 2:1 oder 3:1 berichtet (zitiert nach Putnam, 2013). Weshalb die Störung bei Frauen häufiger vorzukommen scheint, wird von Putnam (2013, S. 79) unterschiedlich erklärt: „Die DIS könnte eine genetische Störung mit geschlechtsspezifischen Charakteristika sein oder Frauen könnten über eine längere Zeitspanne in erhöhter Gefahr körperlicher Misshandlung und sexuellen Missbrauchs schweben als Männer; es könnten aber auch aufgrund systematischer Stichprobenfehler viele männliche DIS-Fälle übersehen worden sein, so dass das tatsächliche Verhältnis der Fälle zwischen Männern und Frauen in Wirklichkeit näher bei 1:1 liegt. Möglicherweise werden männliche DIS-Patienten (höchstwahrscheinlich auch im Vollzug) oft nicht entdeckt, weil die Form von DIS, die bei ihnen vorliegt, sich vom „klassischen“ Erscheinungsbild unterscheidet, das ja grösstenteils aufgrund der Erfahrungen mit weiblichen Patienten entstanden ist“. Es gibt nach Putnam (2013) wohl tatsächlich einige wichtige Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen DIS-Patienten: so suchen weibliche DIS-Betroffene gewöhnlich eher wegen Symptomen eine Behandlung auf, die auf Angst, Phobien, Konversionsreaktionen und obsessive Ängste zurückzuführen sind (Bliss, 1984; zitiert nach Putnam, 2013, S. 158), wohingegen männliche DIS-Betroffene eher wegen soziopathischer Probleme und wegen Alkoholmissbrauchs Hilfe suchen. Männer neigen eher dazu, Gewalt äusserlich und oft aggressiv zum Ausdruck zu bringen, wogegen Frauen meist eher ängstlich veranlagt sind und ihre Gewaltimpulse deshalb gegen sich selber richten, entweder indem sie somatische Symptome entwickeln oder durch suizidales bzw. anderweitig selbstschädigendes Verhalten (Putnam, 2013). Es könnte aber auch daran liegen, dass die männlichen DIS-Betroffenen nicht im öffentlich-psychiatrischen System auftauchen, sondern auf andere Weisen „behandelt“ werden. Gemäss Putnam wird vermutet (Wilbur, 1985; Putnam et al., 1984; Bliss, 1983; zitiert nach Putnam, 2013, S. 79), dass männliche DIS-Patienten, weil sie ihre Gewalttätigkeit eher nach aussen wenden – im Gegensatz zu weiblichen DIS-Patienten, die ihre Gewalttätigkeit eher gegen sich selbst richten – häufiger im Strafvollzugssystem als im psychiatrischen System anzutreffen sind. Laut Putnam (2013) gibt es eine einzige bis heute veröffentlichte Untersuchung (Bliss und Larson, 1985, zitiert nach Putnam, S. 79) über eine kriminelle Population, welche auf eine erstaunlich hohe Zahl von DIS-Fällen unter Vergewaltigern und anderen Sexualstraftätern hindeutete. Hier besteht aber ganz klar noch viel Forschungs- und Aufklärungsbedarf.

3.7 Begleitsymptomatik

Bei der DIS handelt es sich üblicherweise um eine polysymptomatische Störung. Häufig sind es spezifische, subjektiv als belastend erlebte psychische Symptome und nicht die DIS selbst, die die Betroffenen veranlassen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Fiedler, 2008).

Bei einer DIS können fast alle Symptome auftreten, die sämtliche anderen psychiatrischen Störungen charakterisieren. Als von DIS-Patienten am häufigsten berichtete psychische und körperliche Symptome werden von Putnam (2013) folgende aufgeführt: Dissoziative Symptome (Amnesien und dissoziative Fuguen), Depressive Symptome, Suizidale Tendenzen und Selbstverletzungen, Depersonalisationen, Substanzmissbrauch, Angst- und Phobie-Symptome, Halluzination (auditive und/oder visuelle Halluzinationen), Beeinträchtigungen des Denkens (Denkblockaden, Gedankenentzug, Wortsalat), Wahnvorstellungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Bauchschmerzen, Ohnmachtsanfälle, Sensorische Störungen, Motorische Störungen, Verlust der Stimme, Atemnot, Herzunruhe, Brustschmerzen, Würge- oder Erstickungsempfindungen, Schmerzen im Bereich der Fortpflanzungsorgane.

Sexueller Missbrauch, häufig Inzest, ist laut Putnam (2013) die Form von Kindheitstraumata, über die DIS-Patienten am häufigsten berichten.

Mit Blick auf diese Polysymptomatik scheint es nicht ganz einfach, die richtige Diagnose zu stellen bzw. eine DIS auf den ersten Blick zu erkennen. Fiedler (2008, S. 227) geht zudem davon aus, dass „nur etwa ein Viertel der DIS-Betroffenen äusserst selten auffällige Identitätswechsel durchlaufen. Viele weitere Betroffene haben nur gelegentlich Perioden mit aufdringlicher bzw. gar subjektiv störender Symptomatik, während es immer wieder längere Phasen ohne bedeutende Auffälligkeiten gibt. Es gibt jedoch eine Reihe von Hinweisen und Auffälligkeiten, mit denen Diagnostiker im Zweifelsfall die Vermutung einer DIS weiter abstützen können“.

Als unspezifische diagnostische Hinweise werden von Gast et al. (2006) folgende Merkmale genannt:

- traumatische Erfahrungen in der Kindheit
- Misslingen vorhergehender Behandlungen
- drei oder mehr Vordiagnosen, insbesondere als „atypische“ Störungen (Depression, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Schizophrenie, Anpassungsstörungen, Substanzmissbrauch, Somatisierungs- oder Essstörungen)
- selbstverletzendes Verhalten

- gleichzeitiges Auftreten von psychiatrischen und psychosomatischen Symptomen
- starke Schwankungen und Fluktuationen in Symptomatik und psychosozialem Funktionsniveau

Der Kriterienkatalog nach Dell (vgl. Tabelle 8 im Anhang S. 51) gibt Diagnostikern Entscheidungsmerkmale an die Hand, mit denen das Vorhandensein abgespaltener Selbstzustände erkannt werden kann (Gast et al., 2006): Funktionsstörungen im Bereich des Gedächtnisses und der Wahrnehmung äußern sich in den unter Kriterium A aufgeführten Symptomen. Die Manifestation teilabgespaltener Selbstzustände (Kriterium B) mit der damit einhergehenden Dissoziation des Selbsterlebens äußert sich in permanenten Störungen der alltäglichen Funktionen: Patienten erleben unter anderem nicht zu sich gehörig empfundenes Denken, Sprechen, Fühlen, Handeln sowie Stimmenhören. Diese dissoziierten, ichdystonen Wahrnehmungen einschließlich des Stimmenhörens haben – in Abgrenzung zur Schizophrenie – pseudohalluzinatorischen Charakter, das heißt, die Patienten sind sich ihrer Trugwahrnehmung in der Regel durchaus bewusst. Beim Vorliegen vollabgespaltener Selbstzustände (Kriterium C) findet man wiederkehrende evidente Hinweise auf zurückliegendes Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann. Die Betroffenen berichten über teilweise sehr drastische Erinnerungslücken – so wird zum Beispiel die erst kurz zurückliegende eigene Examensprüfung, der gesamte Urlaub oder die Geburt des eigenen Kindes nicht mehr erinnert. Sie berichten von Rückmeldungen aus dem Bekanntenkreis über Verhalten, an das sie selbst keinerlei Erinnerungen haben. Auch Amnesien für impulshaftes Verhalten wie Essanfälle, Selbstverletzungen oder Suizidversuche können wichtige Hinweise auf das Vorhandensein dissoziierter Selbstzustände geben. Sind eine vorgegebene Mindestanzahl an A-, B- und C-Kriterien erfüllt, liegt das Vollbild einer DIS vor.

3.8 Diagnostik

Die DIS wird in der ICD-10 unter F44 klassifiziert und trägt noch den Namen „multiple Persönlichkeit(sstörung)“ (vgl. Tabelle 4 im Anhang S. 44). Sie gehört somit zu den dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen).

Die unter F44.81 aufgeführte Bezeichnung „multiple Persönlichkeit(sstörung)“ (MPS) sollte gemäss Fiedler (2013) nach Einführung der neuen und genaueren DSM-IV- und V-Bezeichnung (DIS) nicht mehr benutzt werden. In der ICD-10 wird die DIS noch als seltene Erkrankung und als kontrovers diskutiert angegeben (WHO 2011, S.223). Studien mit Prävalenzangaben von 0,5 Prozent in der Allgemeinbevölkerung und 5 Prozent in psychiatrischen Populationen (Gast et al., 2006) weisen jedoch darauf hin, dass diese Störung häufiger vorkommt als angenom-

men. Die DIS ist keine Persönlichkeitsstörung, wie es die Bezeichnung suggeriert, sie zählt in der ICD-10 zu den neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen.

Die „multiple Persönlichkeit“ wurde bereits mit Einführung des DSM-IV (APA 1994) in Dissoziative Identitätsstörung umbenannt. Diese Bezeichnung ist treffender, als die „Multiple Persönlichkeit(störung)“, weil sie „dem Störungsbild in der Tat deutlich besser entspricht“ (Fiedler, 2008, S.217).

Die Tabelle 5 (Anhang S. 45) gibt Auskunft über die Kriterien für die MPS nach ICD-10 bzw. für die DIS nach DSM-V.

4. Schizophrenie vs. DIS

Die Diagnose Schizophrenie wird in 14 bis 40 Prozent der DIS-Fälle fehlerhaft vergeben (Fiedler, 2013). Ein häufig auftretendes Problem stellen auditive bzw. akustische Halluzinationen dar. Etwa 80% der DIS-Betroffenen berichten über dialogische, kommentierende und imperative Stimmen (Fiedler, 2008).

Störungen der Wahrnehmung und des Denkens wurden bei unterschiedlichen Gruppen traumatisierter Patienten beschrieben. So treten bei schweren dissoziativen Störungen nicht selten „Schneidersche Erstrangsymptome“ auf (vgl. B-Kriterien nach Dell, Anhang S. 51). Störungen der Wahrnehmung können je nach Ausrichtung der diagnostizierenden Therapeuten entweder als „dissoziativ“ („Pseudohalluzinationen“) oder als „psychotisch“ („echte Halluzinationen“) interpretiert werden (Kurth, Gerhardt und Schäfer, 2012).

Die „Fragmentierung des Bewusstseins“ und die „Dissoziation des Bewusstseins“ stellen einen wichtigen Aspekt bei der differentialdiagnostischen Abgrenzung dar. Fiedler (2008) führt aus, dass die beiden Begriffe (Fragmentierung und Dissoziation) häufig leider unpräzise und zum Teil sogar synonym verwendet werden – und zwar sowohl von den Schizophrenie- wie auch von den Dissoziationsforschern. In der Schizophrenie liegt eine mehr oder weniger schwer gestörte Fragmentierung der eigenen Bewusstheit und der Bewusstheitsprozesse vor, wogegen wir es bei der DIS nicht mit einer Fragmentierung zu tun haben, sondern mit dissoziierten, klaren Bewusstseinszuständen, die sich kohärent, sinnvoll und wenig bizarr ausnehmen – und die sich als persönliche Identitäten erleben und verhalten. Die Betroffenen können innere Dialoge der dissoziierten Identitäten erleben oder diese bewusst führen, und die Bewusstseinszustände können sich ziel- und zweckgerichtet „miteinander“ auseinandersetzen. Die Realitätskontrolle

bleibt gewöhnlich erhalten (Fiedler, 2008). Die Schizophrenie-Betroffenen können nur selten mit den inneren Stimmen in einen vernünftigen Dialog treten, zumal sie nicht zur Person zugehörig erlebt werden. Diese innere Desorganisation geht nur zurück, wenn die Schizophrenie und damit die Fragmentierung der Bewusstheit z.B. im Rahmen einer neuroleptischen Behandlung erfolgreich behandelt wird oder wenn sich das innere Erleben beruhigt oder aber auch, wenn sich Psychose mit Entwicklung eines Wahnsystems stabilisiert (Fiedler, 2008).

Die Diagnose einer Schizophrenie ohne expliziten Ausschluss einer dissoziativen Störung ist zu vermeiden, ebenso sollte keine dissoziative Störung diagnostiziert werden ohne Ausschluss einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Gysi, 2020).

Ausschlaggebend bei der DIS ist gemäss Gast et al. (2006), dass dissoziierte Wahrnehmungen (insbesondere das Stimmenhören) pseudohalluzinatorischen Charakter haben sowie die insgesamt erhaltene Realitätskontrolle. Bei der DIS fehlen die meisten formalen sowie inhaltlichen Denkstörungen wie Wahnwahrnehmungen und paranoide Symptome, während bei der Schizophrenie Amnesien, nicht erinnerbares Verhalten (vgl. C-Kriterien nach Dell, Anhang S. 52) in Form gravierender und charakteristischer Gedächtnisstörungen nicht vorhanden sind (Gast et al., 2006).

Aufgrund der häufig diskreten Phänomenologie und der meist hohen Schamswelle müssen gemäss Gast et al. (2006) die Symptome bei den DIS-Betroffenen aktiv erfragt werden, zumal DIS-Patienten diese in der Regel nicht spontan mitteilen. Der diagnostische Prozess stellt somit eine Herausforderung dar - die richtige Diagnose ist schliesslich aus psychiatrischer Sicht entscheidend für die Therapie sowie zur Einschätzung der Prognose nach einem Delikt (Gysi, 2020).

4.1 Gemeinsame Symptome

Nachfolgend die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale derjenigen Phänomene, die bei beiden psychischen Störungen in unterschiedlicher Art und Weise auftreten:

4.1.1 Halluzination

Bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis sind akustische Halluzinationen am häufigsten; sie bestehen aus Geräuschen wie Klopfen, Summen, Schritten u.ä., häufig treten aber auch laute oder leise Stimmen auf, die meist in kurzen Sätzen oder auch nur in einzelnen Wor-

ten sprechen oder sich miteinander unterhalten. Sie können drohen oder freundlich sein. Sie können von überall herkommen. Oft werden sie mit dem Verfolger im Rahmen eines Wahns in Verbindung gebracht. Manchmal sind es Stimmen von Menschen aus der Umgebung. Manchmal werden die eigenen Gedanken laut. Gedanken-laut-Werden, Stimmen, die im Dialog über die Kranken reden, sowie Stimmen, die ihnen Befehle erteilen, gelten als besonders kennzeichnen für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Finzen, 2020).

Auch viele DIS-Betroffene (etwa 80 Prozent) berichten über dialogische, kommentierende und imperative Stimmen (Fiedler, 2008). Bei den auditiven (Pseudo)Halluzinationen bei DIS-Betroffenen handelt es sich um Stimmen, die die DIS-Patienten ausschelten oder herabsetzen oder die ihnen befehlen, selbstschädigende oder gewalttätige Handlungen auszuführen. Die Stimmen können in der dritten Person über die Betroffenen diskutieren, ihre Gedanken und Aktivitäten kommentieren oder miteinander streiten. Es kann auch sein, dass die DIS-Betroffenen Weinen, Brüllen oder Gelächter hören. Meist klingt das Weinen wie das eines unglücklichen Säuglings oder Kleinkindes. Es können aber auch tröstende, unterstützende und Rat gebende Stimmen auftauchen. Die halluzinatorischen Stimmen von DIS-Betroffenen führen oft (als kohärent und logisch empfundene) lange Diskussionen. Fast immer scheinen bei DIS-Betroffenen die meist klaren und deutlichen Stimmen im Kopf gehört oder als laute Gedanken wahrgenommen zu werden (Putnam, 2013). DIS-Betroffene sind sich ihrer „Trugwahrnehmung“ in der Regel durchaus bewusst (Gast et al., 2006). Die Stimmen werden von den DIS-Betroffenen gewöhnlich nicht als „fremdbestimmt“, „von aussen gemacht“ erlebt oder anderweitig paranoid ausgedeutet. Sie erscheinen wie eigene Erinnerungen oder gleichzeitig ablaufende Mitdenkprozesse eigener alternativer „Persönlichkeiten“, die häufig versuchen, auf das aktuelle Handeln zielgerichtet Einfluss zu nehmen. Oder die Stimmen kommentieren - vielfach hochgradig plausibel – die ablaufenden Tätigkeiten (Fiedler 2008).

Die Unterscheidung, dass dissoziative Stimmen eher innerhalb des Kopfes erlebt, während psychotische Stimmen von aussen kommend gehört würden, konnte nicht bestätigt werden (Moskowitz & Corstens, 2008; zitiert nach Gysi, 2020). Folglich sind auditive Halluzinationen sowohl bei der DIS als auch bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ein häufiges Phänomen, wobei DIS-Betroffene dies nur selten schon zu Beginn einer Therapie zugeben (Putnam, 2013).

Wahnhaftige Botschaften von Stimmen weisen eher auf psychotisches Erleben hin, Stimmen im Zusammenhang mit emotionalen Konflikten und Gewalt in der Vergangenheit sind eher Zeichen

eines dissoziativen Stimmenhörens. Das Hören von Kindern scheint pathognomonisch für strukturelle Dissoziation zu sein und eine Schizophrenie auszuschliessen (Gysi, 2020).

Laut Gysi (2020) ist für Diagnostiker die Erkenntnis wichtig, dass die Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und struktureller Dissoziation nicht nur aufgrund der Stimmenhörfahrung erfolgen sollte, sondern dass weitere Symptome abgeklärt werden müssen (z.B. formale Denkstörungen, Amnesien, teil- und volldissoziiertes Handeln etc.).

In der Tabelle 6 (Anhang S. 46) werden die wichtigsten Unterscheidungen in Bezug auf das Stimmenhören bei Schizophrenie und DIS aufgeführt (nach Gysi, 2020).

4.1.2 Wahn und Misstrauen

Bizarre Wahnvorstellungen werden bei Menschen mit dissoziativen Störungen kaum beobachtet. Hingegen können Menschen mit dissoziativen Störungen manchmal wahnähnliche Symptome zeigen, die aber in der Regel mit traumatischen Erfahrungen in Verbindung stehen (zum Beispiel können Betroffene in wahnhaft anmutender Weise die Überzeugung vertreten, für die erlittene Gewalt selbst verantwortlich zu sein oder andere Betroffene können sich in akuter Gefahr durch Täter wähnen und einen posttraumatischen Verfolgungswahn entwickeln). Die wahnhaften Ideen bei struktureller Dissoziation sind in der Regel auf einen oder einige wenige Persönlichkeitszustände zurückzuführen und werden nicht vom Gesamtsystem geteilt. Untypisch für dissoziative Störungen sind Bedrohungsängste durch übernatürliche oder andere nicht-menschliche Mächte (z.B. Teufel, Ausserirdische Kräfte) oder durch Mafia-Verschwörungen sowie Wahnsysteme im Rahmen von Liebeswahn, Eifersuchtswahn, religiösem Wahn oder anderen bizarren unkorrigierbaren Fehlüberzeugungen (Gysi, 2020).

4.1.3 Negativsymptomatik

Posttraumatisches Hypoarousal bei DIS kann Negativsymptomen bei Schizophrenie und Symptomen im Rahmen einer Depression ähneln. Die Hauptsymptome sind gemäss Gysi (2020): emotionale Taubheit, soziale Isolation, Erschöpfung, Paralyse (Erstarrung, Lähmung) und Hoffnungslosigkeit.

In Tabelle 7 (nach Gysi, Anhang S. 48) werden die wichtigsten Unterschiede zwischen Schizophrenie und DIS aufgelistet.

5. Fallbeispiel

Es folgt nun ein Fallbeispiel, das an Diagnosen kaum zu überbieten ist, wobei dies der einzige Fall bei den Bewährungs- und Vollzugsdiensten des Kantons Bern zu sein scheint, der irgendwann im Lauf seiner Krankengeschichte die Diagnose DIS erhalten hat. Anhand dieses Falls lässt sich die Relevanz der korrekten Diagnosestellung und darauf aufbauenden Interventionen gut darstellen.

5.1 Herr XY

Herr XY wurde wegen Mordes zu einer Freiheitsstrafe von mehreren Jahren verurteilt. Der Strafvollzug wurde zugunsten einer stationären therapeutischen Massnahme nach Art. 59 StGB aufgeschoben. Die Tat (Mord am Ex-Partner seiner Ex-Frau) wurde als besonders verwerflich bezeichnet: das Vorgehen bei der Vorbereitung, während der Ausführung sowie nach der Tat sei äusserst kaltblütig gewesen, Herr XY sei völlig ruhig geblieben und habe auch bei seiner Rückkehr zu sich nach Hause so getan, als wäre nichts gewesen, obschon er vorher einen Menschen, den er lange gekannt hatte, mit 26 Messerstichen umgebracht habe und dabei auch noch gestört worden sei, sich aber nicht habe aus der Ruhe bringen lassen. Herr XY machte im Rahmen der Befragungen geltend, seine Stimmen hätten ihn die Tat begehen lassen, was von Seiten Gutachter und Gericht als Schutzbehauptung gewertet wurde.

Herr XY schilderte anlässlich der Begutachtung, in einem konfliktvermeidenden Elternhaus aufgewachsen zu sein. Bereits als Kleinkind habe er jedoch unter Schlafstörungen gelitten. Mit 16 Jahren sei er von Zuhause aus- und mit seiner späteren Ehefrau zusammengezogen. Er höre (mehrere) Stimmen, dies bereits seit dem Kindergarten. Die Stimmen würden sein Verhalten kommentieren und miteinander sprechen (dialogisierende Stimmen) – auch würden sie ihm Befehle erteilen. Die Stimmen würde er von aussen kommend und als „ihm geschickt“ erleben. Zudem leide er unter optischen Halluzinationen. Unter dem Einfluss der Stimmen habe er Kleinkredite aufgenommen, Ehebruch begangen, Suizidversuche verübt und zuletzt getötet. Fremdanamnestisch werden weitere Erinnerungslücken bzw. dissoziative Zustände, Selbstverletzungen, Essstörungen, massive Schlafstörungen, depressive Störungen beschrieben. Im Gutachten I steht wortwörtlich (S. 67): *„Die Diagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung halten wir für nicht angemessen. Zum einen sind derartige Störungen extrem selten und zum anderen setzen sie schwerwiegende Traumata in der Kindheit voraus, was bei Herrn XY nicht der Fall gewesen ist“.*

Gemäss Gutachten I wurden bei Herrn XY seit 2003 folgende *Diagnosen* gestellt:

Krankenakte über stationären Aufenthalt in Klinik A, Jahr 2003:

Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22), Persönlichkeit mit abhängigen und narzisstischen Zügen (ICD-10 F61.0).

Krankenakte über stationären Aufenthalt in Klinik A, Jahr 2006:

*Suizidale Krise bei schwer depressivem Zustandsbild mit psychotischen Symptomen, später kam die Diagnose eines Borderline-Syndroms (ICD-10 F60.3) und einer **multiplen Persönlichkeitsstörung** dazu. Im Austrittsbericht wird die Diagnose einer **dissoziativen Identitätsstörung** (ICD-10 F44.81) gestellt und mit folgenden Medikamenten behandelt: Risperdal, Leponex, Xanax, Nozinan.*

Gemäss Gutachten könne der Krankenakte entnommen werden, dass Herr XY über sadistische, quälende, kommentierende und befehlende Stimmen klage, die ihn seit Jahren fertig machen würden. Es läge eine persistierende depressive Störung mit ausgeprägter psychotischer Komponente vor. Auch sei eine abklärungsbedürftige schwere dissoziative Problematik mit mehrstündigen Amnesien feststellbar. Von Herrn XY würden vier Persönlichkeiten (Macher, Kind, Ich und Schatten) unterschieden, die verschiedenen inneren Anteile kommunizierten mit ihm. Es habe im weiteren Verlauf festgestellt werden können, dass Herr XY zwei verschiedene Persönlichkeiten besitze, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten sichtbar würden, welche jeweils mehrere Stunden täglich die Kontrolle übernehmen würden. Weiter würden ihm Zeiträume von Minuten bis Stunden fehlen.

Krankenakte über die ambulante Behandlung bei Psychiater B und dipl. Psych. C, 2006 – 2011:

Herr XY sei immer wieder sehr suizidal. Höre (innere) überlaute Frauen- und Männerstimmen, die ihn beschimpfen und beleidigen würden. Es sei wiederholt zu Selbstverletzungen gekommen. In dissoziativem Zustand sei es zu einem Strangulationsversuch gekommen. Herr XY erlebe sich sehr aggressiv (2007). Immer wieder Amnesien von zum Teil mehreren Stunden. Es sei zu einem Brand und Zerstörung der Wohnung der Exfrau gekommen.

Dipl. Psych. C berichtete vereinzelt über psychotische Symptome, die über eine depressive Episode mit psychotischen Symptomen leicht hinausgehen würden, wie das Hören von Stimmen, die Herrn XY zum Zählen auffordern würden. Eine solche Stimme sei nicht mehr unmittelbar aus dem Affekt herleitbar, was für psychotische Symptome im Rahmen von depressiven Störungen die Regel sei. Herr XY habe auch später in der Klinik D Symptome wie Stimmen, die sich miteinander unterhalten würden, Stimmen, die sein Verhalten affektneutral kommentieren würden, genannt. Er habe auch erklärt, dass ihm klar sei, dass die Stimmen

aus ihm selbst heraus kommen würden, obschon er sie als von aussen kommend erlebe (was für eine schizophrene Erkrankung eher untypisch sei).

Austrittsbericht Spital XY (nach Delikt):

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), DD schizoaffektive Störung, ggf. depressiv (ICD-10 F25.1) nach Zuweisung wegen psychotischer Dekompensation mit akustischen Halluzinationen.

Krankengeschichte Klinik D, 2012:

Paranoide Schizophrenie (ICD 10 F20.0). Trotz Medikation (Clopin, Haldol, Venlafaxin, Remeron, Floxyfral) keine Verbesserung des Zustandsbildes. Gemäss Magnetresonanztomographie MRT: kein bildmorphologisches Korrelat für Beschwerden. Keine Anhaltspunkte für eine dissoziative Identitätsstörung.

Im Gutachten I wird folgende Diagnose für die Tatzeit gestellt:

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) DD schizodepressive Störung (ICD-10 F25.1) DD paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0).

Bevor Herr XY im Rahmen der vorzeitig angetretenen Massnahme in ein Klinik-Setting eingewiesen werden konnte, wurde er längere in der Klinik D sowie in einer JVA stationär behandelt.

Dem Bericht der Klinik D ist zu entnehmen, dass sämtliche Medikamente (Haldol, Zyprexa, Clopin, Venlafaxin, Floxyfral) eine unzureichende Wirkung in Bezug auf die akustischen Halluzinationen ergaben. Der Befund (akustische Halluzinationen, Niedergeschlagenheit, Suizidgedanken) sei trotz Medikation unverändert geblieben. Es sei zusätzlich eine Behandlung mit TMS, einem elektrischen Stimulationsverfahren, eingesetzt worden, was jedoch auch keine Besserung ergeben habe.

Herr XY kam danach in eine JVA. Im Austrittsbericht von 2014 des behandelnden Arztes wurde das Zustandsbild von Herrn XY als sehr komplex bezeichnet. Hauptschwierigkeit sei, die Persönlichkeits- und Stimmenanteile bei der Tat herauszuarbeiten. Herr XY werde aufgrund seines offensichtlichen Leidensdrucks als eher untypischer forensischer Klient angesehen. Es sei davon auszugehen, dass Herr XY seit langer Zeit akustische Wahrnehmungen in Form von Stimmen und auch visuelle Halluzinationen erlebe und eine dependente Persönlichkeitsproblematik aufweise. Bis vierjährig habe er unter Schlafproblemen gelitten. Er habe auch dissoziative Symptome beschrieben, jedoch seien keine Hinweise auf Traumata gefunden worden. Herr XY berichte sowohl von depressiven als auch manisch anmutenden Phasen. Es sei folglich die Hypothese aufgestellt worden, dass die Halluzinationen als Folge von extremem Stress zu verste-

hen seien. Weiter sei aber unklar, ob es sich bei Herrn XY um eine Erkrankung aus dem schizophrenen Spektrum handle. Ganz dämpfen hätten sich die Stimmen nie lassen, egal mit welcher Medikation.

Herr XY wurde im 2014 in die Klinik E verlegt. Dort wurde ihm nebst der rezidivierenden depressiven Störung und den abhängigen Persönlichkeitszügen (seit Kindheit bestehend) die Diagnose eines halluzinatorischen Syndroms bzw. chronischen Stimmenhörens gestellt. Das Fehlen sowohl einer wahnhaften Überzeugung in Verbindung mit den Stimmen als auch einer formalen Denkstörung sei untypisch für eine Schizophrenie. Unter dem Antipsychotikum Zyprexa habe XY ab 2016 plötzlich keine Stimmen mehr gehört. Ob die imperativen Stimmen an der Tat einen Anteil gehabt hätten, sei fraglich. Gutachten und Gericht würden bzgl. Stimmen, die Herrn XY zum Mord aufgefordert hätten, von einer Schutzbehauptung ausgehen. Es könne nicht angenommen werden, dass Herr XY analog einer psychotischen Dekompensation einzig den Stimmen folgend die Tat ausgeübt habe. Die Tatausübung spreche nicht für ein rein fremdbestimmtes Handeln, sondern zeige Aspekte einer über Jahre hinweg aufgebauten Aggression gegenüber dem Opfer. Das Rückfallrisiko werde als gering eingeschätzt, sofern die Medikation weiterhin eingenommen werde, ein psychopathologisch stabiles Zustandsbild vorliege und weiterhin Bereitschaft zur Psychotherapie bestehe.

Im Jahr 2018 konnte Herr XY folglich aus der Klinik E in ein offenes Setting in einer Massnahmeninstitution verlegt werden. Es wurde gleichzeitig eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei einer forensisch-psychiatrisch tätigen Fachperson aufgegleist. Die Verlegung in den offenen Vollzug mit vermehrten Vollzugsöffnungen führte zu keinen Schwierigkeiten. Herr XY war äusserst compliant über all die Jahre, auch in Bezug auf die Medikation. Er gibt an, seit 2016 keine Stimmen mehr zu hören.

5.2 Fazit zum Fallbeispiel

Nachdem bei Herrn XY noch im Rahmen seiner Behandlung in der Klinik A, 5 Jahre vor dem Delikt, die Diagnose DIS gestellt wurde, schien sich diese später (im forensischen Kontext) in Luft aufgelöst zu haben. Das Gutachten aus dem Jahr 2012 legte den Grundstein dafür. Wenn aber das Gutachten in Bezug auf die Diagnose DIS bzw. die Begründung zu deren Ausschluss kritisch hinterfragt wird, so kommt man unweigerlich zum Schluss, dass die Begründung hierzu hinkt. Diese noch einmal zur Erinnerung: *Zum einen sind derartige Störungen extrem selten und zum anderen setzen sie schwerwiegende Traumata in der Kindheit voraus, was bei Herrn XY nicht der Fall gewesen ist.* Wie bereits in dieser Arbeit ausgeführt, ist eine DIS nicht derart sel-

ten. Weiter nahm die Gutachterin an, dass bei Herrn XY keine frühkindliche Traumatisierung vorgelegen habe, weswegen sie (und im Übrigen auch der behandelnde Arzt der JVA) zum Schluss kam, dass keine DIS vorliegen kann. Heute sind aufgrund der dissoziativen Amnesie schwerwiegende Traumata in der Kindheit nicht mehr Voraussetzung, um eine DIS diagnostizieren zu können. Viele DIS-Betroffene haben zu Beginn der Therapie eine dissoziative Amnesie für Traumatisierungen in der Kindheit. Erst mit erfolgreicher Behandlung nimmt diese Amnesie ab. Im Wissen darum, werden keine Traumatisierungen verlangt. Unter anderem deswegen ist die DIS auch nicht im Kapitel der „Störungen verbunden mit Stress“ zu finden, in dem u.a. Posttraumatische Belastungsstörungen aufgeführt sind. Der Gutachterin kann in Bezug auf die damals (2012) noch fehlenden verlässlichen Diagnosemerkmale zur DIS jedoch keinen Vorwurf gemacht werden.

Im Jahr 2012 wurde bei Herrn XY in der Klinik D eine paranoide Schizophrenie in Betracht gezogen. Trotz medikamentöser Behandlung derselben mittels Clopin, Haldol, Venlafaxin, Remeron und Floxyfral erfolgte keine Verbesserung des Zustandsbildes. Die Magnetresonanztomographie ergab kein bildmorphologisches Korrelat für die Beschwerden von Herrn XY. Sämtliche antipsychotischen Medikamente hatten eine unzureichende Wirkung in Bezug auf die akustischen Halluzinationen. Auch die Behandlung mittels TMS, einem elektrischen Stimulationsverfahren, ergab keine Besserung der Symptome. Die Diagnose paranoide Schizophrenie wurde später doch als eher unwahrscheinlich bezeichnet, da typische Elemente dieser psychischen Störung fehlten. In der Urteilsbegründung führte das Gericht gestützt auf das Gutachten denn auch aus, dass es sich bei den Stimmen von Herrn XY um akustische Halluzinationen handle, wie sie auch bei gesunden Personen vorkommen könnten. Die Stimmen hätten eine starke Funktionalität: alles was Herr XY mit seiner Person nicht vereinbaren könne (Kleinkredite aufnehmen, Selbstmordversuche, das Führen einer Aussenbeziehung, Tötungsdelikt), werde den Stimmen zugeschrieben. Als Tatmotiv wurden die Stimmen schliesslich ausgeschlossen.

Neben anderen Aspekten, wie z.B. akustische Halluzinationen, unterschiedliche Persönlichkeiten in XY, deutet gerade diese beschriebene „Funktionalität“ der Stimmen doch aber auf das Vorliegen einer DIS hin. Während des stationären Aufenthalts von Herrn XY in der Klinik A im 2006 wurden jedenfalls noch vier unterschiedliche Persönlichkeiten (Macher, Kind, Ich und Schatten) in Herrn XY unterschieden. Herr XY klagte damals über sadistische, quälende, kommentierende und befehlende Stimmen, die ihn seit Jahren fertigmachen würden. Es konnte im klinischen Setting immerhin festgestellt werden, dass Herr XY Amnesien von Minuten bis hin zu Stunden aufweist und über zwei verschiedene Persönlichkeiten verfügt, die zu unterschiedli-

chen Zeitpunkten sichtbar wurden und jeweils mehrere Stunden täglich die Kontrolle übernahmen. Was geschah mit den von Herrn XY genannten Persönlichkeiten (Macher, Kind, Ich und Schatten)? Gab es tatsächlich Persönlichkeiten in Herrn XY, die die Kontrolle auf der Handlungsebene übernahmen? Beispielsweise ein Persönlichkeitsanteil, der den Mord beging und sich danach wieder zurückzog und jetzt „wartet“? Könnte es nicht auch sein, dass derselbe aggressive Persönlichkeitsanteil auch den Wohnungsbrand (dem man nie richtig auf den Grund ging) zu verantworten hatte? Was würde das bedeuten? Wie kann eingeschätzt werden, ob dieser „Anteil“ nicht noch einmal in der Lage wäre, ein Gewaltdelikt zu begehen? Schliesslich wurde dieser Anteil nie therapiert.

Ausgehend von der Annahme, Herr XY leidet tatsächlich an einer DIS: Könnte es so sein, dass ein anderer Persönlichkeitsanteil oder Persönlichkeitsanteile, die von Herrn XY als persönlichkeitsfremd bezeichneten Handlung bis hin zum Tötungsdelikt begangen hat/haben? In der Krankenakte des Herrn XY über 5 Jahre behandelnden Psychiaters B wurde entsprechend ausgeführt, dass es *in dissoziativem Zustand zu einem Strangulationsversuch gekommen sei. Weiter ist die Rede von wiederkehrenden Amnesien von zum Teil mehreren Stunden.* Diese Annahme führte in der Konsequenz auch zur Frage, ob Herr XY dann juristisch überhaupt zur Rechenschaft gezogen werden kann (Revisionsgrund)? Zur Frage, ob Menschen mit DIS für Straftaten in dissoziativen Zuständen zur Verantwortung gezogen werden sollen, gibt übrigens Dr. Gysi in seinem Interview eine Antwort (vgl. Anhang): *„Jein. Vielleicht könnte man das gleich behandeln wie, wenn jemand ein Delikt in psychotischem Zustand begeht. Was nicht gehe, sei jemanden freizusprechen nur aufgrund einer DIS“.* Damit hat sich weder das Gericht noch der Gutachter auseinandergesetzt. Herr XY wäre womöglich anders verurteilt worden und er hätte eine andere Behandlung erhalten, nämlich eine, die ihm zugestanden wäre. Für die meisten DIS-Betroffenen ist eine ambulante Einzeltherapie bei einem in der Behandlung von DIS erfahrenen Therapeuten die beste Behandlungsform. Dabei ist gemäss Putnam (2013) die Befähigung zu guter psychotherapeutischer Arbeit die wichtigste Voraussetzung für die Behandlung von DIS-Betroffenen. Eine derartige Behandlung ist langwierig und äusserst herausfordernd. Behandlungen erfordern spezifische Techniken und Interventionen sowie sorgfältige, methodische Arbeit; auch der Einsatz von Medikamenten bedarf eine vorgängige sorgfältige Auseinandersetzung mit der Situation (Putnam, 2013). Putnam (2013) führt dabei aus, dass sich beispielsweise Neuroleptika physiologisch und psychisch ungünstig auf die Behandlung von DIS auswirken und Antidepressiva keinen unmittelbaren Einfluss auf den dissoziativen Prozess haben.

Folglich scheint bei DIS nicht eine primär medikamentöse Behandlung in einer Klinik indiziert zu sein, sondern eine DIS-spezifische Behandlung in einem ambulanten Setting bei einem auf die Behandlung von DIS erfahrenen Therapeuten.

Und wie sähe heute die Legalprognose aus, wenn Herr XY an einer nach wie vor unbehandelten DIS leiden würde? Er steht aktuell im Massnahmenvollzug kurz vor der bedingten Entlassung. Dies jedoch ohne die Diagnose hinterfragt zu haben. Mit Blick auf das heutige Alter von Herrn XY (ü50) könnte es durchaus sein, dass sich die Symptome einer allfälligen DIS auch ohne medikamentöse Behandlung verringert hätten. Gemäss Putnam (2013) sind klinische Störungen im allgemeinen und DIS im Besonderen bei älteren Patienten zwar noch vorhanden, würden jedoch im Laufe der Zeit an Intensität verlieren. Dieser Prozess sollte allerdings nicht mit einer Heilung verwechselt werden, doch könnte man es als Zeichen dafür verstehen, dass die DIS im Laufe des Lebens eines Menschen einen Entwicklungsprozess durchläuft und über die Jahre unterschiedliche Formen annehmen kann. Einigen älteren DIS-Patienten würde es gelingen, ihre Persönlichkeiten in einem gewissen Masse miteinander zu versöhnen, was den Betroffenen ein angenehmeres Leben ermögliche, obwohl sie weiterhin Multiple bleiben (Putnam, 2013).

Mein Fazit im vorliegenden Fallbeispiel ist, dass hier einige ungeklärte Fragen und Ungereimtheiten im Raum stehen, die vielleicht aus dem Weg geschafft worden wären, wenn zum Zeitpunkt der erstmaligen DIS Diagnostizierung im 2006 für die weitere Behandlung ein Experte für DIS beigezogen worden wäre. Die Herrn XY attestierte Diagnose (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, DD schizodepressive Störung, DD paranoide Schizophrenie) erklärt wesentliche Aspekte nicht (Pseudohalluzinationen, dissoziative Zustände).

Ob die Legalprognose bei Herrn XY zwischenzeitlich günstig beurteilt werden darf, bleibt fraglich. In diesem Zusammenhang wird auf das Experteninterview mit Dr. Gysi verwiesen, wonach sich die Legalprognose überhaupt nicht verbessert, wenn der Anteil, der die Tat begangen hat, unbehandelt bleibt.

6. Schlussfolgerungen

Die DIS gilt nach wie vor als umstrittene und schwer operationalisierbare Diagnose, die vermutlich auch als Differentialdiagnose nicht in Betracht gezogen wird, weil man sie gar nicht erwartet oder (er)kennt. Angesichts einer Prävalenz von 0,5 Prozent in der Allgemeinbevölkerung muss davon ausgegangen werden, dass es auch im Straf- und/oder Massnahmenvollzug einige DIS-

Betroffene gibt, denen vielfältige andere Diagnosen gestellt wurden oder die womöglich auch eine Schizophrenie attestiert erhielten.

Aufgrund der vorliegenden Ausführungen in dieser Arbeit erscheint es plausibel, dass das Phänomen DIS im Vollzug kaum präsent ist. Insbesondere die Skepsis gegenüber dieser Diagnose sowie der Mangel an Gutachtern/Psychotherapeuten, die die Expertise haben, um die Krankheit überhaupt zu diagnostizieren, dürften dazu führen. Bereits im Rahmen der Begutachtung wird der Grundstein für eine allfällige Fehldiagnose und infolgedessen für eine nicht adäquate Behandlung gelegt. Gemäss Gysi (2020) stellt die Begutachtung von Menschen mit DIS eine grosse Herausforderung dar, da viele DIS-Betroffene während einer Begutachtung für einige Stunden sehr normal und unauffällig wirken können. Wichtigste Voraussetzungen für Begutachtungen bei Verdacht auf DIS sind der erhöhte Zeitbedarf für eine Abklärung, die Notwendigkeit des Einholens ausführlicher Fremdanamnese und das Erfordernis ausreichender fachlicher Qualifikation des Gutachters zu struktureller Dissoziation (Gysi, 2020). Unter struktureller Dissoziation wird gemäss Gysi (2020) die partielle Dissoziative Identitätsstörung und die Dissoziative Identitätsstörung verstanden. Der Autorin sind, trotz vieljähriger Erfahrung im Gebiet des Justizvollzugs, keine forensisch-psychiatrische Gutachter mit einer solchen Expertise bekannt.

Da viele DIS-Betroffene Symptome (z.B. depressive Symptome, Halluzinationen, suizidale Tendenzen etc.), aufweisen, die auf den ersten Blick eher auf andere Störungen hinweisen, kann angenommen werden, dass das Vorliegen einer DIS nicht erkannt wird und in der Folge fälschlicherweise andere Diagnosen vergeben werden. DIS-Betroffene sollten nach Putnam (2013) nur nach sorgfältigem Abwägen in einer Klinik untergebracht werden, da sich eine stationäre Behandlung auf DIS-Betroffene im allgemeinen nicht günstig auswirkt, und der eigentliche Schwerpunkt der Therapie dabei häufig von Problemen der Patienten mit der äusseren Umgebung in der Klinik überlagert. Eine ambulante Einzeltherapie ist für die meisten DIS-Betroffenen die beste Behandlungsform (Putnam, 2013). Wenn die Betroffenen schliesslich auf Empfehlung der Gutachter in Kliniken platziert werden (wo sie eigentlich nicht hingehören), nicht derjenigen Behandlung zugeführt werden, die sie benötigen und/oder Medikamente erhalten (im schlechtesten Fall noch unter Zwang), stellen sich berechtigterweise Fragen in Bezug auf die Legalprognose.

Für die Fallführung hat eine Fehldiagnose selbstverständlich weitreichende Konsequenzen. Die Quantifizierung des individuellen und deliktspezifischen Delinquenzrisikos erfolgt bekanntlich auf Basis aller vorhandenen Informationen. Es liegt auf der Hand, dass gar keine seriöse Einschätzung des langfristigen Delinquenzrisikos (sog. Legalprognose) erfolgen kann, wenn schon

die Diagnose nicht stimmt. Auch wird nicht behandelt, was eigentlich behandelt werden sollte. Was das für die Betroffenen bedeutet, kann nur erahnt werden. Im schlechtesten Fall verbleiben sie jahrelang in einem ungeeigneten Setting, ohne nennenswerte Fortschritte.

Wenn Eingewiesene mit unerkannter DIS nicht derjenigen Behandlung zugeführt werden, die ihnen zusteht, bedeutet dies, dass sich im Vollzug aus legalprognostischer Sicht nichts zum Besseren wendet, womit wir wieder bei der eingangs dieser Arbeit erwähnten Problematik angelangt sind, dass falsche Diagnosen erhebliche Auswirkungen auf die Einschätzung der Legalprognose haben können. Der Vollzugsbehörde sind dann in Bezug auf die Gewährung von Vollzugslockerungen die Hände gebunden. Wie soll damit umgegangen werden, wenn Gutachter, Behandler, Mitarbeiter von Institutionen und Vollzugsbehörden von der Existenz der DIS nichts wissen oder diese Diagnose nicht anerkennen? Wo holt man als Fallverantwortliche eine Zweitmeinung ein, wenn im forensisch-psychiatrischen Umfeld der Diagnose DIS gegenüber kritisch begegnet wird und es an Gutachter/Psychotherapeuten mangelt, die die Krankheit überhaupt diagnostizieren (und behandeln) können?

Es wäre sehr wünschenswert, wenn die umstrittene und oft ignorierte Diagnose DIS in der Forensik Einzug halten und deren Akzeptanz verbessert würde. Aufgrund des Einzugs der Diagnose DIS in der ICD-11 und DSM-5 könnten inskünftig DIS häufiger diagnostiziert werden und folglich auch im Vollzug vermehrt erkannt werden. Ich hoffe, mit der vorliegenden Arbeit einen kleinen Beitrag dazu geleistet zu haben.

7. Literaturverzeichnis

Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung*. Weinheim, Basel: Beltz PVU.

Fiedler, P. (2013). *Dissoziative Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Finzen, A. (2020). *Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Matthes, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – Häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), 3193-3200.

Gast, U., & Wabnitz, P. (2017). *Dissoziative Störungen erkennen und behandeln*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Gysi, J. (2020). *Diagnostik von Traumafolgestörungen*. Bern: Hogrefe.

Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie: eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: C.H. Beck.

Joraschky, P. (2013). 14 Familientheoretische Konzepte zur Pathogenese. *Die Schizophrenien: Biologische und familiendynamische Konzepte zur Pathogenese*, 3, 147.

Kircher, T., Schneider, F., & Niebling, W. (2008). Schizophrene Psychosen. In *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis* (pp. 419-442). Berlin, Heidelberg: Springer.

Knecht, T. (2018, Dezember). *Die dissoziative Identitätsstörung / „multiple Persönlichkeitsstörung“*. Powerpoint präsentiert an der Weiterbildungsveranstaltung der Universität Bern zum Thema dissoziative Identitätsstörung, Bern.

Kreusel, M. (2020). *Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, Dialektisch Behaviorale Therapie*. Abgerufen am 23.08.2020 von <http://blumenwiesen.org/>

Kurth, R. A., Gerhardt, H. & Schäfer, I. (2012). Posttraumatische und psychotische Symptome bei schwer traumatisierten Patienten. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, (80)(01), 24-28.

Lempa, G. (2010). Schizophrenie. In *Psychotherapie in der Psychiatrie* (pp. 163-176). Berlin, Heidelberg: Springer.

Mehl, S., Falkenberg, I., Leopold, K., Bechdorf, A., & Kircher, T., Symptomatik der Schizophrenie (2019). In P. Falkai & A. Hasan (Hrsg.), *Praxishandbuch Schizophrenie: Diagnostik-Therapie-Versorgungsstrukturen* (S. 13-23). München: Elsevier, Urban&Fischer Verlag.

Modestin, J. (1992). Multiple personality disorder in Switzerland. *The American Journal of Psychiatry*, 149,88-92.

Moskowitz, A., & Corstens, D. (2008). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience?. *Journal of Psychological Trauma*, 6(2-3), 35-63.

Müller-Isberner, R. & Eusterschulte, B., Schizophrenie, schizoaffektive und wahnhaftige Störungen (2015). In H. Dressing & E. Habermeyer (Eds.) (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung, ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (S. 228-229). München: Elsevier, Urban&Fischer Verlag.

Putnam, F. W. (2013). *Handbuch dissoziative Identitätsstörung: Diagnose und psychotherapeutische Behandlung*. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.

Universität Zürich (2018). *Bleuler, Jung und die Debatte um die Schizophrenie*. Abgerufen am 14.09.2020 von <https://www.uzh.ch/blog/hbz/2018/09/25/bleuler-jung-und-die-debatte-um-die-schizophrenie/>

Weber, M. M., Burgmair, W., & Engstrom, E. J. (2006). Zwischen klinischen Krankheitsbildern und psychischer Volkshygiene: Emil Kraepelin 1856-1956. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(41), 2685-2690.

8. Selbständigkeitserklärung

Originalarbeit

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir eingereichten schriftlichen Arbeit mit dem Titel **„Beleuchtung der Phänomene Schizophrenie – dissoziative Identitätsstörung/multiple Persönlichkeitsstörung aus legalprognostischer Sicht“** um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie in eigenen Worten verfasste Originalarbeit handelt.

Sofern es sich dabei um eine Arbeit von mehreren Autorinnen und Autoren handelt, so bestätige ich, dass die entsprechenden Teile der Arbeit korrekt und klar gekennzeichnet und der jeweiligen Autorin oder dem jeweiligen Autor eindeutig zuschreibbar sind.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganze oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Universität Zürich, an einer anderen Universität oder Fachhochschule eingereicht worden ist, noch inskünftig durch mein Zutun als Abgeltung einer weiteren Studienleistung eingereicht werden wird.

Verwendung von Quellen

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich ausnahmslos und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Sanktionen

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, die die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen – insbesondere solche, die Zitate oder Paraphrasen ohne Herkunftsangaben enthalten –, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen können. Widerhandlungen gegen vorstehende Bestimmungen können zur Aberkennung von Leistungsnachweisen bzw. DAS/MAS-Arbeiten durch die Medizinische Fakultät führen (§16 VO).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Bern, den 9. November 2020, Hofer Cyrille

Anhang

Anhang 1: Experteninterview mit Dr. Jan Gysi

(genehmigt durch Dr. Gysi)

Die Autorin führte am 7. Januar 2020 mit Herrn Dr. med. J. Gysi, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Leiter des interdisziplinären Zentrums für Psychische Gesundheit Sollievo in Bern, ein ca. 1-stündiges Gespräch zum vorliegenden Thema. Nachfolgend wird das Gespräch mit Dr. Gysi wiedergegeben:

1. Existiert die dissoziative Identitätsstörung (DIS) tatsächlich?

Die Evidenz für die Existenz der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) ist so stark, dass die DIS in der ICD-11 als Störung aufgenommen worden ist; in der ICD-10 gab es die „Multiple Persönlichkeitsstörung“. Sie war aber falsch beschrieben, eben mit iatrogen induziert, selten, kulturspezifisch, etc. In diesem Sinne ist die Störung nicht neu, sie wurde aber viel genauer definiert, umbenannt, und die wissenschaftlich falschen Aussagen wurden gestrichen.

Man weiss in der Zwischenzeit, dass diese Störung weltweit überall anzutreffen ist. Mehrfach ist nachgewiesen, dass diese Störung nicht durch Suggestion entsteht. Ebenfalls erwiesen ist, dass die DIS auch imitiert werden kann, jedoch kann in Pet-Scans (Hirnuntersuchung) klar nachgewiesen werden, wer tatsächlich an einer DIS leidet und wer sie spielt. Basierend auf diese ganze Evidenz ist die WHO zum Schluss gekommen, dass sie die DIS in der ICD-11 aufnimmt. Wer also behauptete, dass es diese Störung nicht gibt, sagt gleichzeitig, die WHO mit seinen internationalen Expertengruppen wüssten nicht Bescheid.

2. Abgrenzung DIS von einer Schizophrenie?

Die Differentialdiagnose zu einer Schizophrenie kommt immer wieder, weshalb diese Unterscheidung in meinem Buch „Diagnostik von Traumafolgestörungen“ ausführlich und sehr detailliert beschrieben wird, da es hier immer wieder zu Schwierigkeiten kommt. Wichtigstes Unterscheidungsmerkmal ist das Stimmenhören, wobei die falsche Ansicht herrscht, dass alle, die Stimmen hören, an einer Schizophrenie erkrankt sind. Man unterscheidet häufig nicht, ob die betroffenen Personen weiss, dass sie selber die Stimmen zwar hört, andere Personen hingegen nicht. Beispielsweise denkt ein Schizophrener, die anderen Personen würden die Stimmen, die er höre, ebenfalls hören oder die Personen, die er sehe, ebenfalls sehen. Der Betroffene ist überzeugt, dass es die Stimme/Personen gibt (Halluzination). Die an DIS leidenden Personen wissen in der Regel ziemlich genau, dass man „ihre“ Stimme/n nicht hören kann, was als Pseu-

dohalluzination bezeichnet wird. Das wird seltsamerweise fast überall ungenau beschrieben. Die Forschung ist allerdings hier ganz klar, daher ist der Schluss „Stimmenhören = Schizophrenie“, welcher auf Kurt Schneider (deutscher Psychiater, der erst- und zweitrang Symptome beschrieben hat) basiert, falsch. Er hat allerdings nie behauptet, dass jeder der Stimmen hört auch Schizophren ist; es ist jedoch zu dem gemacht worden.

Psychotisches Stimmenhören ist weiter sehr eingeschränkt (meistens enge Sätze, wie beispielsweise „du bist vom Teufel“, „du kommst in die Hölle“ etc.). Dissoziatives Stimmenhören ist viel umfassender, den ganzen Alltag betreffend, Handlungen betreffend, Personen werden innerlich beschimpft etc. Ausserdem gibt es auch kindliche Stimmen und/oder Kinderschreie, was beim schizophrenen Stimmenhören höchstwahrscheinlich nicht der Fall ist, die hören in der Regel erwachsene Stimmen und keine Kinderschreie.

Bei der Schizophrenie kommt weiter das Gedankenausbreiten hinzu (andere Personen können die Gedanken auch hören) oder Gedankeneingebungen (Gedanken werden mir von jemanden eingepflanzt), was bei der DIS nicht vorkommt. Weiter existieren bei der Schizophrenie formale Denkstörungen, was bei der DIS nicht vorkommt.

Beide Störungen haben hingegen imperative Stimmen (zB. Aufforderungen zum Suizid, Selbstverletzungen etc.).

Amnesien (Erinnerungslücken) im Alltag oder in Krisensituationen sind bei der DIS verbreitet, was ein Ausschlusskriterium für eine Schizophrenie ist, ausser die Amnesie steht in Zusammenhang mit Substanzen. Bei einer DIS haben diese Persönlichkeitszustände (Stimmen) ein eigenes Ich-Empfinden (Gefühl von jemand anderes zu sein als Primär- bzw. Alltagsperson), was bei der Schizophrenie nicht vorkommt.

Bei der DIS besteht zudem das Problem der Anosognosie (Unfähigkeit, Symptome zu erkennen), teilweise gibt es das in der Schizophrenie auch, dass gewisse Symptome verkannt werden, aber viele Menschen mit DIS nehmen die Amnesien gar nicht wahr, da diese bewusstseinsfern sind bzw. sie bemerken die Amnesien gar nicht.

Eine DIS liegt in vielen Fällen mind. seit der Pubertät vor, weshalb das Stimmenhören dazugehört und für die Betroffenen normal ist. Schizophrenie im frühen Erwachsenenalter ist dagegen selten, zudem eine Phasenerkrankung, welche zeitweise stärker und wieder schwächer ist. Bei jungen Personen mit einer DIS kommen dann noch häufig andere Symptome dazu, wie z.B. dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Stürze, dissoziative Bewegungsstörungen (zw. 16-24 Peak, danach Symptomveränderungen), plus komorbide Erkrankungen, vor allem Essstörungen, Depressionen und Sucht, sowie Selbstverletzungen.

Dass es psychogene Krampfanfälle gibt, ist bei Neurologen eigentlich bekannt, der Link zu anderen dissoziativen Störungen wird jedoch oft nicht hergestellt.

Nur gerade 10% der Betroffene bemerken selber, dass sie an einer DIS leiden könnten.

Versteckte Gewalt führt zu versteckten Symptomen. Die an DIS leidenden Menschen haben meist schon früh gelernt, zu schweigen und so zu tun, als wäre alles normal. Die machen das auch später so und tun die Symptome ab. Wenn man DIS nicht kennt, erkennt man diese Störung natürlich auch nicht. Oft werden die Betroffenen mit Medikamenten (Neuroleptika) sediert; manchmal verschwinden dann auch die Anteile (Stimmen) vorübergehend bzw. gehen zurück, aber sobald die Medikamente abgesetzt werden, kommen die Stimmen sofort wieder. Das Bizarre bzw. bizarre Ideen, wie z.B. überwacht werden durch CIA usw., fehlt bei der DIS. Dass die Stimmen bei der DIS von innen und bei den Schizophrenen von aussen kommen, kann man heute nicht mehr so sagen. Es gibt auch Leute mit DIS die das Gefühl haben, die Stimme/n komme/n von aussen, es kann auch sein, dass sie sich umdrehen, haben dann aber nicht das Gefühl, dass andere auch etwas sehen. Im Gegenteil zum Schizophrenen, der meint, alle sehen seine „Sachen“.

3. Wie erklären Sie die kontroversen Meinungen über die Existenz der DIS?

Es gibt verschiedene Thesen hierzu: einerseits ist es so fremd und unvorstellbar für uns, dass ein Mensch verschiedene Ich-Empfindungen haben kann, so dass eine Störung abgelehnt werden muss. Andererseits basiert die DIS auf schwere Gewalt, was wir nicht wahrhaben wollen in unserer Gesellschaft. Denn das Anerkennen von so schwerer Gewalt in unserer Gesellschaft ist schwierig. Forschungen weisen darauf hin, dass DIS gleich häufig wie die Schizophrenie ist. Relativ viele Betroffene mit DIS heisst aber auch, dass wir viel Gewalt in der Gesellschaft haben (schon Freud postulierte, dass Frauen mit Hysterie Missbrauch erlebt hätten, worauf die Gesellschaft dies nicht wahrhaben wollte, weshalb Freud dann meinte, es seien vielleicht nur Fantasien...- bei der DIS ist es in Etwa dasselbe). Damit eine DIS entsteht, muss die Gewalt massiv gewesen sein. Die Evidenz für die Annahme, dass eine DIS auf Gewalt zurückzuführen ist, muss heute als gesichert angeschaut werden. Was fehlt, ist die Evidenz bzw. der Nachweis, worauf auf Video zu sehen ist, wie bei jemandem ein Anteil gemacht und später auch verifiziert wird, ja dieses Kind hat eine DIS, oder dass Chatprotokolle oder Handbücher gefunden werden, wie Anteile gemacht werden. Mit diesem (letzten) Nachweis könnte man endlich mit den Diskussionen aufhören, eine DIS gibt es nicht und man hätte zudem die Bestätigung, wie die DIS entsteht. Es gibt Täter mit Spezialwissen zu DIS; wenn man sich als Täter dieses Wissen angeeignet hat, hat man sozusagen rechtsfreien Raum.

4. Gemäss Wikipedia wird aufgrund von Einzelstudien mit weit auseinanderliegenden Ergebnissen 2011 die Verbreitung der DIS in der Allgemeinbevölkerung auf etwa 1-3 % geschätzt (im Vergleich bei Schizophrenie als eine der häufigsten schweren psychischen Störungen „nur“ 1%). Was sagen Sie zu dieser Schätzung? Sind Ihnen konkrete allenfalls auch in Europa durchgeführte Studien bekannt, die diese Zahlen belegen?

Die Frage ist, was alles zur DIS gezählt wird. Es gibt in der ICD-11 neu auch die partielle DIS (ohne Amnesien). Bei all den Studien ist immer die Frage, was nimmt man alles dazu. Die genauen Zahlen kennen wir nicht wirklich, weil es noch viel mehr fundierte Forschung braucht. Die 1% hochgerechnet würde bedeuten, dass wir im Kanton Bern 10'000 Menschen mit DIS hätten. Das erscheint mir aber als unrealistisch. Es gibt im Kanton Bern mehrere Therapeuten mit Patienten/innen mit DIS – es handelt sich hier in Bern um sicherlich 30 Personen, die wegen DIS behandelt werden. Jede DIS ist eigentlich auch ein Tatort, man müsste hier eigentlich auch Umfeldabklärungen machen, wenn eine DIS diagnostiziert wird. Es ist davon auszugehen, dass seit der Digitalisierung die DIS zugenommen haben (Zunahme von Bildmaterial mit sexueller Ausbeutung von Kindern im Internet, zunehmend mit schwerster Gewalt, beginnend ab Säuglingsalter, Täter sind viel besser organisiert z.B. über Darknet, können sich Tipps und Tricks holen).

5. Angenommen man kann tatsächlich von einer Prävalenzzahl von 1-3% ausgehen, warum existiert die DIS im forensischen Kontext kaum oder gar nicht? Werden Menschen mit einer derartigen Störung weniger oder gar nicht straffällig? Davon ausgehend, dass viele Täter/innen früher einmal Opfer waren, müssten doch im Straf- und/oder Massnahmenvollzug Personen mit einer DIS anzutreffen sein?

In der Forensik wird das ganze Dissoziative sehr wenig beachtet, es gibt kaum Schulungen dazu. Die Forensik hält sich stark an die ICD-10, darin wird die DIS schlecht und unscharf beschrieben. D.h. die Forensik hat sich damit auch nicht auseinandersetzen müssen. Im Gegensatz zu den USA, wo es Beschuldigte gegeben hat mit DIS, die behauptet haben, es sind andere Anteile gewesen. In den USA hat die DIS folglich vor Gericht behandelt werden müssen. Zurzeit gibt es nur Einzelberichte zu Straftäterinnen und Straftätern mit DIS. Hier besteht zweifellos ein hoher Forschungsbedarf. Die Diagnose ist für das Festlegen der therapeutischen Massnahmen und der Prognose massgeblich. Man kann aber sagen, es gibt und es wird immer Personen geben im Strafvollzug mit DIS.

6. Welchen Einfluss wird die Einführung von DIS in der DSM-5 und in der ICD-11 auf die Rechtsprechung und die Forensik haben?

Wir könnten eine Idee davon erhalten, wenn wir einen Blick auf die USA werfen. In den 90er Jahren hat es einige Diagnosen von „Multiplen“ gegeben. Eine Patientin hat dann ihren Therapeuten angezeigt, er habe sie suggestiv beeinflusst, worauf das Gericht diesen Therapeuten zu einer happigen Strafe verurteilt hatte. Dies führte dazu, dass kaum mehr Therapeuten diese Diagnose ausgesprochen haben. Europa ist führend für diese Diagnose (vor allem in Holland und in der Schweiz wird geforscht). Ist jemand mit DIS überhaupt einsichtig bzgl. Auswirkung der Tat und dass seine Handlung eine Straftat ist? Wenn der Alltagsanteil die Tat nicht begangen hat, kann man den Alltagsanteil trotzdem zur Verantwortung ziehen? Es gibt Gerichte, die entschieden haben, das kann man nicht, andere sagen doch, man kann Alltagsanteile zur Verantwortung ziehen (Begründung, Alltagsanteil hätte Hilfe holen müssen und Verantwortung übernehmen müssen). In der Therapie müssen Alltagsanteile Verantwortung für ihre Handlungen übernehmen. Die Frage ist aber: sind sie schulfähig oder nicht. In den USA gibt es verschiedene Entscheide, allerdings hat bisher kein höheres Gericht darüber befunden. Wichtig ist jedoch, dass diese Menschen eine angemessene Therapie erhalten und nicht einfach mit Medikamenten „zugepumpt“ würden.

Ein Gericht muss erst einmal die DIS akzeptieren. Wenn dies geschieht, müssen die Gerichte bzgl. Schuld- und Hafterstehungsfähigkeit entscheiden. Dies könnte spannend werden. Das Ganze ist zudem natürlich abhängig von der Einschätzung des Gutachters.

Ich persönlich finde, dass alle Menschen mit psychischen Erkrankungen störungsspezifische Behandlungen erhalten sollten. Einen Menschen mit DIS im Rahmen einer Schizophreniebehandlung primär mit Neuroleptika zu behandeln und ihm eine störungsspezifische Psychotherapie vorzuenthalten, ist ein Kunstfehler.

7. Sollen Menschen mit DIS für Straftaten in dissoziativen Zuständen zur Verantwortung gezogen werden?

Jein. Vielleicht kann man das gleich behandeln wie, wenn jemand ein Delikt in psychotischem Zustand begeht. Was nicht geht, ist jemanden freizusprechen nur aufgrund einer DIS. Hier besteht aber zweifellos viel klärungsbedarf.

8. Sind Sie der DIS im forensischen Kontext begegnet?

Nein.

Ich kenne nur gerade eine Untersuchung aus Holland (von Suzette Bohn, Psychologin), die mit Strafgefangenen durchgeführt wurde und etwas zum Anteil von Betroffenen im forensischen Kontext aussagt. Es war aber nur eine kleine Untersuchung und auf alte Diagnosekriterien basierend. Sie kam auf eine Prävalenz, die nicht höher war als in einer psychiatrischen Population.

9. Wie ist damit umzugehen, dass in Gutachterkreisen die DIS quasi inexistent ist?

Aufklärung betreiben. Ich bin im Moment daran, auch Anwälte aufzuklären. So, dass diese intervenieren könnten, wenn Gutachter allenfalls eine pDIS/DIS nicht abklären resp. ausschließen würden.

In meinem Buch „Diagnostik von Traumafolgestörungen“ schreibe ich, dass ein Gutachten daraufhin untersucht werden sollte, ob gewisse Symptome und Problembereiche nicht erfragt worden sind (d.h. wenn zB. nur die Symptome einer Schizophrenie abgeklärt würden, dissoziative Symptome jedoch ausgelassen resp. nur cursorisch ausgeschlossen würden, zB. nicht abgefragt werde, ob es Amnesien gäbe). Das wäre dann ein Mangel, der noch einmal abgeklärt werden müsste.

10. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur Borderline-Störung/Schizophrenie/posttraumatischen Belastungsstörung erfordert offenbar viel Erfahrung und Fachkenntnis.

Im Moment ist es so, dass die Personen mit DIS entweder mehr auf der Ebene der Affektregulationsproblematik Schwierigkeiten zeigen und unter Borderline fallen oder sie sagen, sie hören Stimmen und „laufen“ dann unter Schizophrenie. Das sind so die zwei Hauptwege. Es existieren viele Fehldiagnosen, in der Praxis Sollievo wird das oft gesehen. Eine Patientin hat einen ganzen Ordner voller Diagnosen, die ihr einst gestellt worden sind. Es gibt in der Tat viele Überschneidungen. Trauma ist bekanntlich ein Risikofaktor für Schizophrenie. Ich selber gehe davon aus, dass Schizophrenie eine hirnorganische Störung ist. Ob sie dann ausbricht oder nicht, hängt unter anderem davon ab, ob dann noch Life-Events dazukommen oder Cannabis konsumiert wird oder andere Sachen dazukommen, die das Psychoserisiko erhöhen und dann zu einer Psychose führen.

Ich bin in einem Fall einmal als Supervisor tätig gewesen, wo eine Frau (bei welcher Schizophrenie diagnostiziert wurde) behauptet hat, dass sie zwischen 11-14 jählig vom israelischen Geheimdienst entführt, jahrelang missbraucht und dann wieder in die Schweiz zurückgebracht worden sei. Also wahrscheinlich liegt hier ein Wahn vor. Die Vermutung dann – weil viele Hin-

weise auf eine DIS bestanden haben – dass sie für sich hat anerkennen können, dass sie Gewalt erlebt hat, aber noch nicht hat anerkennen können, dass es ein nahes Familienmitglied gewesen ist, welches diese Taten ausgeübt hat, weshalb sie dem Geheimdienst die „Schuld“ gegeben hat. Man muss aufpassen, dass man nicht allzu schnell ausschliesslich von einer Psychose/Wahn ausgeht.

11. Gehen Sie davon aus, dass es im forensischen Kontext an dieser Störung leidende Betroffene gibt, die aufgrund einer falschen Diagnose nicht korrekt behandelt/therapiert werden? Welche Auswirkungen hat das aus forensisch-psychiatrischer Perspektive?

Ich weiss persönlich von Personen, die in der Forensik gearbeitet haben, dass solche falschen Diagnosen existieren. Das ist einfach schade für die Betroffenen, denen dann eine Therapie vorenthalten wird, wo internationale Richtlinien dazu existieren, wie sie zu behandeln sind. Und die Legalprognose verbessert sich überhaupt nicht, wenn der Anteil, der die Tat begangen hat, unbehandelt bleibt.

12. Wie erklärt es sich, dass DIS-Fälle in den USA oder Deutschland oder Holland verbreiteter diagnostiziert werden? Könnte das mit der Einführung der Störung in der ICD-11 (DSM 5) in der Schweiz auch ändern?

In den USA ist es nicht mehr so. In den 90iger Jahren war es ev. so gewesen, es gibt wenig Forschung aus den USA und in Anbetracht der Grösse und Einwohnerzahl der USA existieren dort sehr wenige auf DIS spezialisierte Therapeuten. In Holland, Deutschland, Schweiz, Grossbritannien, Schweden, Norwegen, Finnland sind die meisten Therapeuten vorhanden, die überhaupt in der Lage sind, diese Diagnose zu stellen. Im Moment werden diese Therapeuten noch nicht speziell für die Abklärung von DIS zertifiziert. Es gibt auch noch keine Beschreibung, wie sauber diagnostiziert werden soll. Es gibt aber weltweit DIS-Fälle, sogar in afrikanischen Ländern.

Tabelle 1: Positiv-/Negativsymptome Schizophrenie

Positivsymptome (Plussymptome)	Negativsymptome
<p>Inhaltliche Denkstörungen wie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahn (durch starke Ichbezogenheit und falsches Urteilen über die Realität geprägt; führt so zu unkorrigierbaren Überzeugungen) • Zwangsgedanken (ich-dystone Gedanken, Impulse oder Vorstellungen) • Überwertige Idee (dauerhaft lebensbestimmender Leitgedanke) 	<p>Affektverflachung (mangelnde Bandbreite von Emotionen in Wahrnehmung, Erleben und Ausdruck)</p>
<p>Ich-Störungen (Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Fremdsteuerung)</p>	<p>Alogie (Mangel an sprachlichen Äußerungen mit verzögerten, wortkargen Antworten und einer wenig differenzierten Sprache)</p>
<p>Sinnestäuschungen (z.B. optische, akustische, haptische oder thermische Täuschung,</p>	<p>Asozialität mangelnde Kontaktfähigkeit in Form von Desinteresse am Umgang mit anderen Menschen, sozialem Rückzug, wenigen Freunden und wenig sexuellen Interessen</p>
<p>Innere Unruhe</p>	<p>Antriebsstörung</p>
	<p>Abulie (Mangel an Willenskraft in Form von Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen)</p>
	<p>Avolition (mangelnde Fähigkeit, ein zielgerichtetes Verhalten zu beginnen und beizubehalten)</p>
	<p>Antriebsstörung (verminderte Fähigkeit und Wille zu zielgerichteter Aktivität)</p>
	<p>Abulie (Mangel an Willenskraft in Form von Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen)</p>
	<p>Apathie (mangelnde Erregbarkeit und Unempfindlichkeit gegenüber äusseren Reizen, was zu Teilnahmslosigkeit und Interesselosigkeit führt)</p>
	<p>Anhedonie (mangelnde Fähigkeit, Freude und Lust oder Genuss zu empfinden)</p>

Tabelle 2: Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 und DSM-V

	ICD 10	DSM V
Charakteristische Symptome	<p>1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung</p> <p>2. Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen</p> <p>3. Kommentierende oder dialogisierende Stimmen</p> <p>4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn</p> <p>5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mind. eines Monats, begleitet von flüchtigen Wahngedanken oder überwertigen Ideen</p> <p>6. Gedankenabreissen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt</p> <p>7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor</p> <p>8. Negativsymptomatik wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (auszuschliessen sind Depression und dass Symptome nicht durch Neuroleptika verursacht)</p>	<p>A1. Wahn</p> <p>A2. Halluzination</p> <p>A3. Desorganisiertes Denken (desorganisierte Sprechweise)</p> <p>A4. Grob desorganisiertes Verhalten oder gestörte Motorik (inkl. Katatonie)</p> <p>A5. Negativsymptomatik</p> <p>B. Seit Beginn der Störung eine oder mehrere Funktionsbereiche (Arbeit/zwischenmenschliche Beziehungen/Selbstfürsorge) deutlich unter dem Niveau, das vor Beginn der Störung erreicht wurde.</p> <p>C. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.</p> <p>D. Bei Vorgeschichte mit Autismus-Spektrum-Störung oder einer Kommunikationsstörung mit Beginn im Kindesalter Schizophrenie nur, wenn mind. einen Monat zusätzlich zu den anderen Symptomen einer Schizophrenie auch ausgeprägte Wahnphänomene oder Halluzinationen vorhanden</p>
Erforderliche Anzahl	von 1.-4. mind. ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) oder mind. zwei Symptome von 5.-8.	zwei oder mehr der A-Symptome, von denen mind. eines 1, 2, oder 3 ist
Erforderliche Zeitdauer	fast ständig während eines Monats oder länger	Zeichen des Störungsbildes (einschliesslich Prodromal- und Residualsymptomatik) durchgehend für mind. sechs Monate vorhanden mit mind. einem Monat mit A-Symptomen

Tabelle 3: ICD-10 F20 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

F20 Schizophrenie
F20.0 paranoide Schizophrenie
F20.1 hebephrene Schizophrenie
F20.2 katatone Schizophrenie
F20.3 undifferenzierte Schizophrenie
F20.4 postschizophrene Depression
F20.5 schizophrenes Residuum
F20.6 Schizophrenia Simplex
F20.8 andere
F20.9 nicht näher bezeichnete
F21 schizotype Störung
F22 anhaltende wahnhafte Störungen
F23 vorübergehende akute psychotische Störungen
F24 induzierte wahnhafte Störungen
F25 schizoaffektive Störungen
F28 andere nichtorganische psychotische Störungen

Tabelle 4: ICD-10 F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

F44.0 Dissoziative Amnesie
F44.1 Dissoziative Fugue
F44.2 Dissoziativer Stupor
F44.3 Trance- und Besessenheitszustände
F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.5 Dissoziative Krampfanfälle
F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
F44.7 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt
F44.8 andere dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.80 Ganser-Syndrom
F44.81 Multiple Persönlichkeit(sstörung)
F44.82 Transitorische dissoziative Störungen in Kindheit u. Jugend
F44.88 Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.9 Dissoziative Störung nicht näher bezeichnet

Tabelle 5: MPS / DIS nach ICD und DSM

MPS nach ICD-10	DIS DSM-V
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zwei oder mehr verschiedene Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine sichtbar ist. ➤ Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen. ➤ Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist. <p>Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F0) oder durch psychotrope Substanzen (F1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Das 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). ➤ Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person. ➤ Eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen oder alltägliche Ereignisse zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden. ➤ Die Störung geht nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Blackouts oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z. B. komplexpartielle Anfälle). <p>Beachte: Bei Kindern sind die Symptome nicht durch imaginierte Spielkameraden oder andere Fantasienspiele zu erklären.</p>

Tabelle 6: Stimmenhören (nach Dr. Jan Gysi)

	Stimmenhören bei Schizophrenie	Stimmenhören bei DIS
Realitätsbezug der Stimmenhörenden	Stimmen werden in der Regel als reale Wahrnehmung interpretiert, ausser am Anfang einer psychotischen Krise, wenn noch ein eingeschränkter Realitätsbezug besteht: Halluzinationen.	Stimmen werden in der Regel als nicht reale Wahrnehmung erkannt: Pseudohalluzinationen (wird im Psychostatus oft ungenau beschrieben).
Inhalt	Bizzarrer Inhalt im Zusammenhang mit wahnhaftem Erleben.	Ausdruck internalisierter emotionaler Konflikte, z.B. tiefer Selbstwert, Wut, Scham und Schuld. Häufig inhaltlicher Zusammenhang mit früheren Gewalterfahrungen, indem Stimmen zB Sätze und Aufforderungen von Tätern oder vermeidenden Angehörigen wiederholen.
Quelle der Stimmen	Eher wahnhaftes Hypothesen zur Herkunft der Stimmen: Stimmen können aus Objekten (Heizung, Wand) kommen, oder von als real erlebten Geistern oder Wesen.	Stimmen werden i.d.R. als Nicht-Real erkannt.
Dialogisierende Stimmen	Eingeengte Dialoge, mit bizarrerem Inhalt. Hören von Ausserirdischen, Erlösern, Diabolischem. Nähe zu wahnhaftem Inhalt.	Dialogisierend über verschiedene Aspekte des Alltags, auch zu zwischenmenschlichen Interaktionen.
Kommentierende Stimmen	Selten.	Kommentierende Stimmen zum Verhalten des Betroffenen.
Imperative Stimmen	Wenn imperativ, dann im Zusammenhang mit Wahn	Gefühl des Kontrolliertwerdens von Stimmen. Befehle zu Suizid, Selbstverletzungen u.v.m. In der Regel direkt oder indirekt mit Gewalt assoziiert
Beginn der Stimmenhörfahrung	Mit Beginn der psychotischen Erkrankung	Ab Jugend
Lautstärke	In Krisen manchmal lauter	In Krisen lauter, forsch, dominanter („es ist laut im Kopf“)

Geschlecht der Stimmen	In 50% männliche und weibliche Stimmen	Fast immer beide Geschlechter
Anzahl der Stimmen	In der Regel kaum mehr als 2 Stimmen	Oft mehr als 2 Stimmen, manchmal sehr viele Stimmen und Gruppen von Stimmen
Kinderstimmen	Nur Stimmen von Erwachsenen	Sowohl Kinder- als auch Erwachsenenstimmen

Tabelle 7: Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und struktureller Dissoziation
(zur Verfügung gestellt von Dr. Jan Gysi)

	Schizophrenie oder andere psychotische Störungen	Partielle DIS
Schneidersche Symptome ersten Ranges	Gedankenausbreitung Gedankenhören Wahnwahrnehmung	
	Dialogisierende Stimmen Kommentierende Stimmen Gemachte Gefühle Gemachte Impulse Gemachte Handlungen Einflüsse auf Körper Gedankenentzug Willensbeeinflussung (Kluft, 1987a)	
Anosognosie	Bei beiden Störungen häufig	
Halluzinationen, Pseudohalluzinationen	Psychotisches Stimmenhören, Ankoasmen	Dissoziatives Stimmenhören keine Ankoasmen
Realitätstestung	Eingeschränkt	Kann in schweren Flashbacks eingeschränkt sein Einschränkung auf einzelne Persönlichkeitsanteile beschränkt. Normalerweise aber intakt
Wahn	Bizarrer Wahn, oft in Kombination mit paranoiden Wahnwahrnehmungen (zB. «der CIA jagt mich»)	Posttraumatische wahnähnliche Überzeugungen möglich, aber selten. Kein Wahn
Misstrauen	Verfolgungsideen, inkl. durch übernatürliche oder andere nicht-menschliche Mächte (z.B. Teufel).	Angst und posttraumatisches Hypoarousal im Zusammenhang mit erlebter Gewalt in der Vorgeschichte.
Negativsymptomatik (kognitive Dysfunktion und psychomotorische Verlangsamung)	Affektarmut, Alogie, Apathie	Schweres Hypoarousal Einzelne Persönlichkeitszustände mit starker Negativsymptomatik Komorbide Depression
Unnatürliche und stark verkrampfte Haltungen bzw. Verhaltensweisen des ganzen Körpers	Katatonie	Dissoziativer Stupor möglich
Mutismus	Als Teil einer Katatonie möglich	- Dissoziativer Mutismus - Dissoziative Aphonie - Dissoziative Dysphonie
Parkinsonismus	Als Teil einer motorischen Störung möglich	Nicht vorhanden
Essverweigerung	Als Teil einer Katatonie möglich	Durch Anteile, die Nahrungsaufnahme verbieten. Lebensgefährliche anorektische Zustände sind

		möglich.
Negativismus (Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, sich zu bewegen – oder stattdessen Bewegungen, die das Gegenteil der Aufforderung ausführen).	Als Teil einer Katatonie möglich	Persönlichkeitszustände können in eine Verweigerungshaltung gehen (aus Selbstschutz, Widerstand oder im Rahmen von Flashbacks), insgesamt aber selten.
Desorganisierte Sprechweisen (z.B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit), Denkzerfahrenheit	Abschweifende, vage, ausgefallene, unverständliche Sprache oder Verarmung der Sprache oder des Sprachinhalts.	Selten im Rahmen schwerer Flashbacks und schnellen Wechsels von Persönlichkeitszuständen.
Formale Denkstörungen	Ausmass, in welchem die Sprache verwirrt, zusammenhanglos, vage oder zerfahren ist: Vorebereiten, Umständlichkeit, plötzliche Themenwechsel, Inkohärenz, Sprunghaftigkeit, Gedankenabreissen, Neologismen und andere Sprachstörungen.	Selten im Rahmen schwerer Flashbacks und schnellen Wechsels von Persönlichkeitszuständen, sonst in der Regel keine formalen Denkstörungen.
Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten)	Keine Persönlichkeitszustände	Persönlichkeitszustände gemäss ICD-11
Teildissoziiertes Handeln	Desorganisiertes Verhalten möglich, aber nicht durch Persönlichkeitszustände	Durch Persönlichkeitszustände
Volldissoziiertes Handeln und Amnesien	Keine Amnesien: Amnesien sind kein Symptom einer Schizophrenie	Amnesien bei DIS
Auftreten anderer Störungen	Eher isolierte Symptome, im Kontext von bizarrem Wahn und anderen psychotischen Symptomen	In der Regel verschiedene Traumafolgestörungen
Gemeinsame Frühsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Sensibilität • Überempfindlichkeit • Irritierbarkeit, Reizbarkeit • Nervosität, innere Unruhe • Konzentrationsstörungen und erhöhte Ablenkbarkeit • Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Studium, mit Leistungsknick • Veränderungen der Gedanken (einschiesende, störende Gedanken) • Plötzliche Bedrohungsgefühle und Misstrauen • Geringere Belastbarkeit • Sich beobachtet, beeinträchtigt oder bedroht fühlen • Ereignisse und Dinge mehr auf sich bezie- 	

	<p>hen</p> <ul style="list-style-type: none">• Sozialer Rückzug, Isolation• Grosser Leidensdruck• Lustlosigkeit, Antriebsmangel• Chronische Schlafstörungen• Gedrückte Stimmung• Umgebung wird plötzlich fremd oder verändert erlebt• Depersonalisations- und Derealisationserleben• Verschlechterung in der Beziehungsfähigkeit
--	---

Tabelle 8: Kriterienkatalog nach Dell (Gast et al., 2006)

A

Dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung
(mindestens 4 von 6)

-
- Gedächtnisprobleme, auffällige Erinnerungslücken
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Flashback-Erleben
 - Trancezustände
 - Somatoforme Dissoziation (somatoforme oder pseudoneurologische Symptome, dissoziative Bewegungs- oder Empfindungsstörungen)

B

Anzeichen für die Manifestation teilweise abgespaltener Selbstzustände
(mindestens 6 von 11)

-
- Hören von Kinderstimmen (Lokalisation im Kopf)
 - innere Dialoge oder Streitgespräche
 - herabsetzende oder bedrohende innere Stimmen
 - teilweise dissoziiertes (zeitweise als nicht zu sich gehörig erlebtes) Sprechen
 - teildissoziierte Gedanken: eingegebene, sich aufdrängende Gedanken, auch Gedankenentzug
 - teildissoziierte Emotionen: Gefühle werden als aufgedrängt oder eingegeben erlebt
 - teilweise dissoziiertes Verhalten: Handlungen werden als nicht unter der eigenen Kontrolle erlebt
 - zeitweise nicht zu sich gehörig erlebte Fertigkeiten oder Fähigkeiten: Plötzlicher Wechsel im Funktionsniveau: „Vergessen“, wie man Auto fährt, Computer bedient etc.
 - irritierende Erfahrungen von verändertem Identitätserleben: sich wie eine ganz andere Person fühlen oder verhalten
 - Unsicherheit über die eigenen Identität (aufgrund wiederholter ich-fremder Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, Emotionen, Fertigkeiten etc.)

- Vorhandensein teildissoziierter Selbstzustände: In der Untersuchungssituation tritt teildissoziierter Selbstzustand direkt auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend jedoch keine Amnesie der Primärperson

C

Für objektive und subjektive Manifestationen vollständig abgespaltener Selbstzustände (mindestens 2)

- Wiederholte Amnesien für das eigene Verhalten: lückenhaftes Zeiterleben (Zeit verlieren, „zu sich kommen“, Fugue-Episoden)
- Nicht erinnerbares Verhalten:
 - 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 erinnern kann
- Vorhandensein volldissoziierter Selbstzustände: in der Untersuchungssituation tritt ein volldissoziierter Selbstzustand direkt auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend Amnesie der Primärperson