

# Die multiple Persönlichkeit ist eine Mode, aber keine Krankheit

## Multiple Personality Disorder is a Fad – Not a Disease

### Autoren

**Pro:** Harald J. Freyberger, Carsten Spitzer

**Kontra:** Ursula Gast, Frauke Rodewald, Claudia Wilhelm-Gößling, Hinderk M. Emrich

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-952046

Psychiat Prax 2007; 34:

266–268 © Georg Thieme

Verlag KG Stuttgart · New York ·

ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadressen

**Prof. Dr. Harald J. Freyberger**

Klinik und Poliklinik für Psychi-

atrie und Psychotherapie der

Universität Greifswald am

Hanse-Klinikum Stralsund

Rostocker Chaussee 70

18437 Stralsund

freyberg@uni-greifswald.de

**PD Dr. med. Ursula Gast**

Klinik für Psychotherapeutische

und psychosomatische Medizin,

Ev. Krankenhaus Bielefeld

Graf-von-Galen-Straße 58

33619 Bielefeld

Ursula.Gast@evkb.de

### Pro

Entfremdung gehört ebenso zu den zentralen Erfahrungen der Moderne wie die Brüchigkeit des (Ich-)Bewusstseins und des raumzeitlichen personalen Identitätsgefühls. Diese Erfahrungen greift – neben vielfältigen anderen literarischen und zeitgeschichtlichen Einflüssen – Robert Louis Stevenson (1850–1894) in seiner 1886 veröffentlichten Erzählung „The strange case of Dr. Jekyll and Mister Hyde“ auf [1]. In dieser wohl berühmtesten literarischen Darstellung einer multiplen Persönlichkeitsstörung (MPD) finden sich bereits viele Motive, die auch in der gegenwärtigen Diskussion eine wichtige Rolle spielen, etwa das Verhältnis von Täter und Opfer bzw. Gut und Böse sowie eine zunehmende Entfremdung eigener Persönlichkeitsanteile, die in der Folge einem *alter Ego* zugeschrieben werden, die Frage nach der Verantwortung für eigenes Handeln und nicht zuletzt das destruktive Potenzial, welches diese Prozesse auslösen. Die Figur Dr. Jekyll sieht nur den Suizid als einzigen verbleibenden Ausweg, um sich und die Welt von dem „Monster“ Mister Hyde, das seine eigenen abgespaltenen Persönlichkeitsanteile repräsentiert, zu befreien.

Nicht nur in der Literatur, sondern auch in der medizinischen, vor allem psychiatrischen Forschung stellt das Konstrukt der multiplen Persönlichkeitsstörung ein Faszinosum dar, um das sich eine kontroverse Debatte rankt. Die hierzu vorliegende wissenschaftliche Literatur wird im Wesentlichen durch deskriptive und Einzelfalldarstellungen dominiert und hat viele PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen vor eine offensichtlich fesselnde intellektuelle Herausforderung gestellt. Medizinhistorisch ist dabei von Relevanz, dass nach einer Hochphase der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Dissoziationsthematik etwa zwischen 1890 und 1920 das Konstrukt aus verschiedensten Gründen in Vergessenheit geriet und erst etwa Ende der 70er-

Jahre wiederentdeckt wurde [2]. Die anschließende, vergleichsweise exzessive Bearbeitung des Themas mag dabei durchaus als Reaktionsbildung auf die Jahrzehnte andauernde Verleugnung der Relevanz von Realtraumatisierungen verstanden werden. Deren Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung im weitesten Sinne posttraumatischer Störungen in weiten Teilen der Psychiatrie [3] und der psychodynamischen Psychotherapie [4] folgte in den 90er-Jahren eine fast mythologisch anmutende Beschwörung der zugehörigen Konzepte. Pope u. Mitarb. [5] zeigen hierzu in einer Analyse der empirischen Veröffentlichungen zwischen 1984 und 2003, dass die dissoziativen Störungen und insbesondere die MPD kein wirklich konsistentes wissenschaftliches Interesse auf sich ziehen konnten. Nach einer „brief period of fashion“ Mitte der 90er-Jahre kam es zu einem dramatischen Interessenschwund, woraus die Autoren schließen, dass der überwiegende Teil der *scientific community* die MPD nicht als eigenständige nosologische Entität auffasst.

Hingegen ist mittlerweile unstrittig, dass die beschriebenen Phänomene wie Amnesien für autobiografisches Material, Bewusstseinseinengungen oder spontane Altersregressionen eine mögliche Folge schwerwiegender, komplexer und häufig chronischer Realtraumatisierungen sind. Unerträgliche bzw. die Reizverarbeitungskapazität übersteigende emotionale, sensomotorische, kognitive und andere traumaassoziierte Eindrücke werden aus der bewussten Wahrnehmung abgespalten (dissoziiert). Dieser Spaltungsprozess führt zu (partiell) unabhängig existierenden Persönlichkeitsinseln, die unterschiedliche Selbst- und Objektrepräsentanzen oder Ich-Zustände repräsentieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig und vorteilhaft, dass das DSM-IV die klinischen Phänomene unter dem Begriff der dissoziativen Identitätsstörung (DID) abbildet und nicht den irreführenden Be-

griff der multiplen Persönlichkeitsstörung beibehält (wie noch im DSM-III-R bzw. aktuell in der ICD-10).

Aber dennoch: Brauchen wir dafür eine eigene diagnostische Kategorie? Oder ist die DID nicht als Subtyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzufassen? So stellen Dulz u. Sachsse [6] polar ihre unterschiedlichen Konzeptionen gegenüber. Dulz postuliert eine interaktionsreiche Form multipler Persönlichkeitszustände mit deutlichem Ausagieren der Dissoziativität (mit Nähe zu histrionischen Störungen) und eine interaktionsarme Form mit Geheimhalten der Dissoziativität als Spielarten von Borderline-Störungen, während Sachsse die dissoziative Identitätsstörung als autohypnotische Selbststrukturierung versteht. Beide Autoren diskutieren durchaus kontrovers das therapeutische Vorgehen auch unter dem Aspekt, ob nicht eine therapeutische Auseinandersetzung mit singulären Persönlichkeitsanteilen zu einer iatrogenen Fixierung der Spaltungen beiträgt.

So sinnvoll diese qualitativen Erwägungen für das Verständnis der Betroffenen und für therapeutische Interventionen sind, harte empirische Daten, die das Konstrukt multidimensional überprüfen, sind absolute Mangelware [7], basieren zum Teil auf Instrumenten, die kaum eine sinnvolle Trennung zwischen normaler und pathologischer Dissoziation ermöglichen [8] und arbeiten mit vergleichsweise weichen Symptomdefinitionen von eher schlechter bis höchstens moderater Reliabilität [7]. Nicht gerade zur Seriosität des Konzeptes hat zudem beigetragen, dass in der Literatur zum Teil exorbitant viele einzelne Persönlichkeitsfragmente publiziert wurden. So hat beispielsweise die durchschnittliche Anzahl der Alterpersönlichkeiten drastisch zugenommen: Während bei den 52 Fällen, die zwischen 1800 und 1965 veröffentlicht wurden, im Mittel drei *alters* beobachtet wurden, lag dieser Wert bei den 54 Fällen aus den 80er-Jahren bei zwölf [9].

Es muss offen bleiben, ob dieser Befund auch die zunehmende Komplexität unserer Lebenswirklichkeit widerspiegelt. Sicher ist jedoch, dass es eine grobe Simplifizierung wäre, die MDP/DID lediglich auf eine bloß medizinische Entität zu reduzieren und dabei ihre soziokulturelle Dimension zu übersehen. So offenbart sich die Relevanz soziokultureller Einflüsse etwa in dem Gestaltwandel dissoziativer Phänomene und Störungen: Während Katalapsien und dramatische Krampfanfälle mit dem „arc de cercle“ im 19. Jahrhundert das klinische Bild bestimmten, werden diese Symptome heute kaum noch beobachtet, möglicherweise auch, weil das Wissen um psychologische Sachverhalte in der Bevölkerung zugenommen hat. Die soziokulturelle Perspektive lenkt aber auch den Blick auf das Geschehen zwischen PatientIn, TherapeutIn und den institutionellen Rahmen. Die bewussten und unbewussten Erwartungen, Wünsche und Überzeugungen aufseiten der Leidenden *und* der „Experten“ bilden mit dem jeweils spezifischen (häufig medizinischen) Setting die Matrix, welche die Diagnose *multiple Persönlichkeitsstörung* hervorbringt. Hacking formuliert hierzu gleichermaßen ironisch wie lakonisch: „It takes two to multiply“. Das diagnostische Label MPD kann somit als psychosoziales Arrangement mit Abwehrfunktion verstanden werden. Bleibt zu klären, was abgewehrt werden soll. Vielleicht führen die modernen Erfahrungen von Sich-fremd-Sein, Ich-Fragmentierung einerseits und multiplen Rollenerwartungen andererseits zu einer unerträglichen Identitätsdiffusion, die nur über das identitätsstiftende psychosoziale Arrangement kompensiert werden kann. Oder aber es ist schwer auszuhalten, dass wir alle Gut und Böse in uns tragen, dass wir gleichermaßen Täter und Opfer sein können, mit anderen Worten, dass jeder von uns auch seinen „Mister Hyde“ hat.

## Kontra

Die multiple Persönlichkeitsstörung (MPS) gehört zu den klassischen psychiatrischen Krankheitsbildern und weist eine beeindruckend lange Tradition auf. Erste Fallbeschreibungen lassen sich bis in die Aufklärung zurückverfolgen. Die Vertreter der ersten dynamischen Psychiatrie setzten sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts ausführlich mit dem Krankheitsbild auseinander, u.a. Charcot, Freud u. Janet [10]. Ein erster Übersichtsartikel über MPS erschien 1944 [11] mit einer Auflistung der bis dato 76 publizierten Fälle.

Offizielle Anerkennung erhielt das Störungsbild der MPS mit der Aufnahme in die psychiatrischen Manuale (1980 in das DSM-III, 1991 auch in die ICD-10) und wurde im DSM-IV 1994 in dissoziative Identitätsstörung (DIS) umbenannt. Mit der Beschreibung von Diagnosekriterien und Entwicklung von operationalisierten Screening- und Diagnoseinstrumenten konnten systematisch Prävalenzangaben erhoben und gezeigt werden, dass DIS häufiger ist als bislang vermutet. Auch konnte die bereits im 19. Jahrhundert postulierte posttraumatische Genese bestätigt und darauf aufbauend störungsspezifische Behandlungstechniken entwickelt werden [12–14].

Diese sind in umfassenden Guidelines dargestellt, die von internationalen Experten verschiedenster Schulrichtungen erarbeitet und 2006 aktualisiert wurden. Hierin werden sowohl ein phasenorientierter, schulenübergreifender, traumatherapeutischer Behandlungsansatz als auch das aktive Einbeziehen der dissoziierten Persönlichkeitsanteile empfohlen [15]. Die ISSD-Guidelines enthalten darüber hinaus eine Übersicht über erste Behandlungsstudien, die durchweg positive Ergebnisse erbrachten. Damit liegen moderne Behandlungsmöglichkeiten vor, mithilfe derer die ansonsten chronisch verlaufende Störung gut behandelt werden kann.

Voraussetzung dafür, dass die Betroffenen von diesen Möglichkeiten Nutzen ziehen können, ist eine grundsätzliche professionelle Akzeptanz des Störungsbildes. Diese entwickelt sich nur zögerlich, zumal wichtige Forschungsergebnisse nur unzureichend rezipiert werden. Außerdem vertritt die ICD-10 eine eher veraltete Einschätzung zur DIS/MPS, was zur Skepsis darüber beiträgt, ob es sich bei der DIS wirklich um eine valide und seriöse Diagnose handelt.

Das Krankheitsbild erfüllt jedoch eindeutig die Kriterien einer validen Diagnose, die auch nach modernen taxometrischen Überprüfungen eine gute Konstruktvalidität aufweist [13]. Es zeigt sich zudem eine gute und konsistente Datenlage hinsichtlich eines Diathese-Stress-Modells, bei dem die Stressfaktoren in Form von kindlichen Traumatisierungen hinlänglich belegt sind [13]. Eine Überarbeitung im ICD-10 ist dringend erforderlich und sollte Folgendes berücksichtigen:

Aktuelle Studien bestätigen versorgungsrelevante Häufigkeiten von DIS in psychiatrischen Populationen in Größenordnungen von 1–5%. Zudem wird DIS in den kulturell unterschiedlichsten Ländern gefunden (USA, Kanada, Niederlande, Schweiz, Norwegen, BRD, Türkei [12, 16]).

Auch sollten, wie in der DSM-IV bereits geschehen, die hohen Prävalenzangaben von Traumatisierungen Erwähnung finden. Verschiedene Studien mit DIS-PatientInnen zeigen, dass in über 90% der Fälle traumatische Erfahrungen in der Kindheit in Form von schwerer Vernachlässigung sowie seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlung angegeben werden [13]. Diese Befunde lösten in den 90er-Jahren in den USA eine wissenschaftliche Diskussion über Gedächtnisforschung sowie über den Wahrheitsgehalt der erinnerten Traumata aus. Diese eskalierte jedoch

zur politisch motivierten „False-Memory-Debatte“, in deren polarisierendem und aufgeheiztem Klima eine unparteiliche Meinungsbildung über die DIS erschwert war [17].

So wurde u.a. behauptet, dass vulnerable PatientInnen u.a. durch unsachgemäße, suggestive Behandlungstechniken vonseiten ihrer Therapeuten falsche Erinnerungen an kindlichen Missbrauch und/oder alternierende Persönlichkeitszustände im Sinne einer DIS entwickeln [17]. Diese Behauptung wird in der ICD-10 durch die Aussage aufgegriffen, dass die MPS/DIS möglicherweise iatrogen verursacht sei. Tatsache ist jedoch, dass es keine einzige überzeugende Studie als Beleg für diese Hypothese gibt. Als Argument werden häufig Laborstudien zur „Erzeugung“ von DIS-Symptomen sowie Hypnose- und Rollenspielexperimente angeführt. Diese Studien zeigen jedoch letztlich nur, dass einzelne Anzeichen der Störungen für einen vergleichsweise kurzen Zeitraum durch Suggestion hervorgerufen oder simuliert werden können. Die StudienteilnehmerInnen zeigten jedoch in keinem Fall das gesamte und komplexe Symptomspektrum einer DIS [12,17]. Die Iatrogenesehypothese sollte daher wegen fehlender wissenschaftlicher Fundierung aus der ICD gestrichen werden. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass zu Beginn der Etablierung einer Diagnose auch Fehldiagnosen vorkommen können. Diese lassen sich jedoch durch sorgfältige differenzialdiagnostische Untersuchungen mit modernen spezifischen Diagnoseinstrumenten vermeiden [14].

Zudem konnte durch aktuelle Studien die Traumagenese weiter erhärtet werden. Der Zusammenhang von Trauma und Dissoziation konnte nicht nur durch retrospektive Studien [12,13], sondern auch durch prospektive und longitudinale Studien [18] gestützt werden. Auch konnten weitere Risikofaktoren – nämlich ein hoher posttraumatischer Stresslevel sowie verminderte Möglichkeiten der Affektregulation [19] identifiziert werden. Funktionelle Hirnuntersuchungen zeigen je nach aktiviertem Persönlichkeitszustand unterschiedliche psychobiologische Reaktionsweisen sowie wechselnde Hirnaktivität im PET auf Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen [20].

Fazit: Die Bezeichnung der DIS als „Modeerkrankung“ ist nicht gerechtfertigt und birgt die Gefahr in sich, die aktuellen gesellschaftlichen, medizinischen und wissenschaftlichen Herausforderungen und Chancen, die mit dieser Diagnose verbunden sind, zu verkennen. Zudem besteht hierdurch die Gefahr, das mit der Erkrankung verbundene individuelle Leid nicht ernst zu nehmen.

Bei gesicherter DIS-Diagnose liegen hingegen moderne Behandlungsmöglichkeiten vor, mithilfe derer die ansonsten chronisch verlaufende Störung gut behandelt werden kann. Um Fehldiagnosen und darauffolgende Fehlbehandlungen zu vermeiden, sind sorgfältige differenzialdiagnostische Untersuchungen der betroffenen PatientInnen essenziell. Über diese klinischen Aspekte hinaus hat das Krankheitsbild schließlich auch das Potenzial, zu elementaren Erkenntnissen über die Funktionsweise

des menschlichen Gehirns im Rahmen der Emotions- und Gedächtnisforschung beizutragen sowie Fragen zum Identitätserleben zu erhellen.

#### Literatur

- 1 *Stevenson RL*. Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und Mr. Hide. Leipzig: Reclam, 2002
- 2 *Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler C*. Hysterie, Dissoziation, Konversion – eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. *Psychiatr Prax* 1996; 23: 63–68
- 3 *Freyberger HJ, Spitzer C*. Traumata in der Psychiatrie. In: Schläfke D, Richter J (Hrsg): Facetten der Psychiatrie. Edition Medizin & Wissenschaft, Bd. 45. Senden: Verlag für Medizin & Wissenschaft, 2001: 55–65
- 4 *Eissler KR*. Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche* 1963; 17: 241–291
- 5 *Pope HG jr, Barry S, Bodkin A, Hudson JI*. Tracking scientific interest in the dissociative disorders: a study of scientific publication output 1984–2003. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 19–24
- 6 *Dulz B, Sachsse U*. Dissoziative Phänomene: vom Trauma über die Multiple Persönlichkeitsstörung zur Dissoziativen Identitätsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 2000: 237–257
- 7 *Piper A, Merskey H*. The persistence of folly: critical examination of dissociative identity disorder. Part II. The defense and decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 678–693
- 8 *Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ*. Pathologische Dissoziation – ein sinnvolles Konzept? *Trauma & Gewalt* 2007; 1: 34–45
- 9 *Goff DC, Simms CA*. Has multiple personality disorder remained consistent over time? A comparison of past and recent cases. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 595–600
- 10 *Ellenberger HF*. Die Entdeckung des Unbewussten. Bern: Huber, 1996
- 11 *Taylor WS, Martin MF*. Multiple personality. *J Abnorm Soc Psychol* 1944; 39: 281–300
- 12 *Gleaves DH*. The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychol Bull* 1996; 120: 42–59
- 13 *Gleaves DH, May CM, Cardena C*. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 577–608
- 14 *Gast U, Rodewald F, Hofmann A, Mattheß H, Nijenhuis E, Reddemann L, Emrich HM*. Die Dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert? *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 47: 3193–3200
- 15 International Society for the Study of Trauma and Dissociation 2006; [www.dissoc.de/issd/issd-r0.html](http://www.dissoc.de/issd/issd-r0.html).
- 16 *Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D*. Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 623–629
- 17 *Brown D, Scheflin AW, Hammond C*. Memory, Trauma, Treatment and the Law. New York: Norton & Company, 1998
- 18 *Macfie J, Cicchetti D, Toth SL*. The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Dev Psychopathol* 2001; 13: 233–254
- 19 *Briere J*. Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 78–82
- 20 *Reinders A, Nijenhuis ERS, Paans A, Kotf J, Willemsen A, Boerm JA*. One brain, two selves. *Neuroimage* 2003; 20: 2119–2125