

# Dissoziative Identitätsstörung oder Schizophrenie? Schneidersche Erstrangssymptome als differenzial- diagnostisches Problem

## Dissociative Identity Disorder or Schizophrenia? Schneiderian First Rank Symptoms as a Problem for Differential Diagnosis

Autoren

S. Tschöke, T. Steinert

Institut

Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm (Prof. Dr. Kaschka)

### Schlüsselwörter

- Schizophrenie
- Schneidersche Erstrangssymptome
- Differenzialdiagnose
- dissoziative Identitätsstörung
- Halluzinationen

### Key words

- schizophrenia
- Schneiderian first rank symptoms
- dissociative identity disorder
- differential diagnosis
- hallucination

### Zusammenfassung

Es wird ein Fall von dissoziativer Identitätsstörung beschrieben, bei dem neben verschiedenen Bewusstseinszuständen auch Schneidersche Erstrangssymptome auffielen, die differenzialdiagnostisch an eine Schizophrenie denken ließen. Wegen fehlender formaler Denkstörungen und fehlender Negativsymptomatik sowie einer charakteristischen schwer traumatisierten Biografie wurde die Diagnose einer komorbiden schizophrenen Störung trotz formal erfüllter ICD-10-Kriterien nicht gestellt. Das Auftreten psychotischer Symptome bei dissoziativen Störungen ist empirisch gut gesichert, die Differenzialdiagnose wird aber in der Praxis zu selten in Erwägung gezogen.

### Abstract

We present a case of dissociative identity disorder in which Schneiderian first rank symptoms were present besides of various states of consciousness. Thus the diagnosis of schizophrenia had to be considered. Formally, the symptoms met ICD-10 criteria for schizophrenia. However, taking into account the lack of formal thought disorder and of negative symptoms as well as a typical history of severe and prolonged traumatization, we did not diagnose a co-morbid schizophrenic disorder. There is good evidence for the existence of psychotic symptoms among patients with dissociative disorders. However, in clinical practice this differential diagnosis is rarely considered.

### Einleitung

Im 19. Jahrhundert fand eine rege Auseinandersetzung mit der Thematik der „gespaltenen Persönlichkeit“ statt. Pierre Janet widmete seine Arbeit der Hysterie und prägte den Begriff Dissoziation. Hierunter verstand er eine Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins [1]. Nachdem Bleuler um 1910 das Konzept der Schizophrenie vorgestellt hatte und Freuds Theorien zur Hysterie zunehmende Verbreitung fanden, verschwand das Interesse am Dissoziationskonzept. In den 80er-Jahren gewann das Thema Dissoziation, vorwiegend in den USA, wieder Interesse im Rahmen der Auseinandersetzung mit u.a. den Folgen von frühen Traumatisierungen und posttraumatischen Störungsbildern bei Veteranen. Zu diesem Zeitpunkt wurde der diagnostische Überschneidungsbereich zwischen der dissoziativen Identitätsstörung und schizophrenen Psychosen neu diskutiert [2, 3]. Steinberg et al. setzten sich mit dem phänomenologischen Über-

schnidungsbereich zwischen schizophrenen Psychosen und der dissoziativen Identitätsstörung auseinander und stellten die beiden Erkrankungen gegenüber, um eine Abgrenzung zu erleichtern (● Tab. 1) [4]. 1980 wurde die Diagnose der multiplen Persönlichkeit im DSM III aufgenommen, 1991 im ICD-10 und 1994 wurde der Begriff der dissoziativen Identitätsstörung im DSM IV eingeführt. Der klinische Nutzen der Diagnose wird weiterhin kritisch diskutiert [5].

Zur Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung nach DSM IV ist der Nachweis von 2 oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen notwendig, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen sowie die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern (● Tab. 2). 2001 stellte Dell neue diagnostische Kriterien zur Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung vor [6]. In seinem phänomenologischen Modell wird die dissoziative Identitätsstörung als eine komplexe dissoziative Störung

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1109845>  
Online-Publikation: 21.10.2009  
Fortschr Neurol Psychiatr 2010; 78: 33–37 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0720-4299

### Korrespondenzadresse

**Dr. med. Stefan Tschöke**  
Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm  
Weingartshoferstr. 2  
88214 Ravensburg  
stefan.tschoeke@zfp-weissenau.de

**Tab. 1** Überblick über die bei Schizophrenie und dissoziativer Identitätsstörung (DIS) gemeinsam auftretenden Symptome [4, 26].

charakteristische Symptome für eine Schizophrenie	überlappende Symptome, die bei Schizophrenie und DIS auftreten können	charakteristische Symptome für eine dissoziative Identitätsstörung
normalerweise isolierte Symptome, Schweregrad im SKID-D: nicht vorhanden oder leicht, in Zusammenhang mit bizarren Wahnvorstellungen oder psychotischen Symptomen	dissoziative Symptome	wiederkehrende oder anhaltende dissoziative Symptome, Schweregrad im SKID-D: mäßig bis schwer
Fehlen eines Bewusstseins für die eigene Identität und der Rolle in der Gesellschaft	Identitätsunsicherheit/ Identitätsstörung	rezidivierende oder anhaltende Identitätswechsel
Halluzinationen, die nicht Stimmen anderer Persönlichkeitsanteile entsprechen. Sie werden vorwiegend als von außerhalb kommend erlebt	akustische (Pseudo-)Halluzinationen und innere Dialoge	akustische Halluzinationen, die Dialogen zwischen einzelnen Persönlichkeitsanteilen entsprechen; diese Stimmen werden als innerhalb des Kopfes wahrgenommen; sie werden oft als den Gedanken ähnlich beschrieben
bizarre Wahnvorstellungen, paranoide Verkennungen oder andere Wahnvorstellungen, die nicht andere Persönlichkeitsanteile mit einbeziehen	Schneidersche Symptome und Wahnvorstellungen	die einzige „Verkennung“ besteht aus der Vorstellung, es gäbe verschiedene Persönlichkeiten oder andere körperliche Veränderungen, die verschiedene Persönlichkeiten repräsentieren
formale Denkstörungen in Form von gelockerten Assoziationen bis zu Zerfahrenheit, Katatone Symptome, Störung der Affektivität	andere psychotische Symptome	nicht vorhanden bei DIS
Störung der Realitätsprüfung	Realitätsprüfung	intakte Realitätsprüfung, dissoziative Symptome werden typischerweise beschrieben: „Es ist so, als wenn....“
„Wenn Episoden eines affektiven Syndroms während der akuten Phase aufgetreten sind, so sind sie nur von relativ kurzer Dauer im Vergleich zur Dauer der aktiven und residualen Phasen.“ (DSM-IV)	Komorbidität	voll ausgeprägte depressive oder manische Syndrome können gleichzeitig mit dissoziativen Syndromen auftreten
„Ein oder mehrere Funktionsbereiche wie Beruf, soziale Beziehungen oder Körperpflege liegen deutlich unter dem Level, der vor Krankheitsbeginn erreicht wurde.“	Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit	alle Funktionseinbußen sind nur vorübergehend; der vor Krankheitsbeginn erreichte Level kann ggf. wieder voll erreicht werden
„Kontinuierliche Hinweise für Störungen für eine Dauer von mindestens 6 Monaten.“ (DSM-IV)	Verlauf der Symptome	Störungen können mit Unterbrechungen auftreten; deutliche Fluktuationen der Symptomatik, der Stimmungen und des Ausmaßes der Funktionseinschränkungen können auftreten

**Tab. 2** Diagnostische Kriterien für eine dissoziative Identitätsstörung nach DSM IV [16].

- A) Die Anwesenheit von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen.
  - B) Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person.
  - C) Eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.
  - D) Die Störung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
- Beachte: Bei Kindern sind die Symptome nicht durch imaginierte Spielkameraden oder andere Fantasiespiele zu erklären.

angesehen, welche durch 2 Hauptgruppen dissoziativer Symptome gekennzeichnet ist. Die erste Hauptgruppe entspricht den Kriterien im DSM IV und bezieht sich auf den Wechsel zwischen Persönlichkeitszuständen mit begleitender Amnesie, die zweite Hauptgruppe beinhaltet Intrusionen anderer Persönlichkeitszustände, wodurch es zu einer Störung der exekutiven Funktionen und des Selbsterlebens kommt (● **Tab. 3**) [6, 7].

Ätiologisch stehen sich das soziokognitive Modell von Spanos 1994 [8] und das posttraumatische Modell gegenüber. Beim soziokognitiven Modell wird von einem Aufmerksamkeit suchenden und histrionischen Verhalten ausgegangen mit Aufmerksamkeit als primärem Motiv. Es wird davon ausgegangen, dass das Symptombild durch entsprechende Behandlungs- und

Diagnoseansätze mit hervorgerufen wird. In einem Review von Gleaves 1996 wurde gezeigt, dass die Forschungsergebnisse dieses Modell nicht bestätigen bzw. eher widerlegen [9]. Gegen das soziokognitive Modell sprechen ebenfalls epidemiologische Studien aus der Türkei [10] und China [11]. Die Symptomatik einer dissoziativen Identitätsstörung ließ sich in Gegenden nachweisen, in denen der Einfluss von Medien und psychotherapeutische Interventionen als Ursache nicht in Betracht kamen. Demgegenüber wurde in mehreren Studien berichtet, dass bei ca. 90% der Betroffenen lang andauernde schwere frühkindliche Traumatisierungen vorlagen, die z.T. durch offizielle Aufzeichnungen abgesichert werden konnten. Diese Befunde stützen das posttraumatische ätiologische Modell [12]. Nach dem Konzept der traumabedingten strukturellen Dissoziation von Van der Hart et al. [13] kann es durch traumatische Erlebnisse zu einer Spaltung der Persönlichkeit in anscheinend normale Persönlichkeitsanteile (ANP) und emotionale Persönlichkeitsanteile (EP) kommen. Der ANP ist auf Funktionen des Alltags ausgerichtet, die EPs sind auf die Abwehr bzw. Bewältigung von Gefahrensituationen beschränkt und in ihren Handlungsmöglichkeiten begrenzt. Bei der dissoziativen Identitätsstörung kann es zu einem Nebeneinander von mehreren ANPs und EPs kommen, die untereinander unzugänglich geworden sind und für deren Verhalten eine Amnesie vorliegen kann [14, 15].

Beim Vorliegen von Schneiderschen Erstrangsymptomen wird häufig primär an eine Erkrankung aus dem schizophrenen For-

**Tab. 3** Diagnostische Kriterien für die dissoziative Identitätsstörung (nach Dell 2001 [6], 2006 [7] und Gast et al. 2006 [15]).

Durchgängiges Muster dissoziativen Funktionierens mit folgenden Symptomen:

**A** Dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung

- (mindestens 4 von 6)
- Gedächtnisprobleme, auffällige Erinnerungslücken
- Depersonalisation
- Derealisation
- Flashback-Erleben
- somatoforme Dissoziation
- Trancezustände

**B** Anzeichen für die Manifestation teilweise abgespaltenen 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 eigene Identität (aufgrund wiederholter Ich-fremder Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, Emotionen, Fertigkeiten etc.)
- Vorhandensein teildissoziierter Selbstzustände: In der Untersuchungssituation tritt ein teildissoziierter Selbstzustand direkt auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend besteht jedoch keine Amnesie der Primärperson

**C** Objektive und subjektive Manifestationen vollständig abgespaltenen Selbstzustände (mindestens 2)

1. Wiederholte Amnesien für das eigene Verhalten:
  - lückenhaftes Zeiterleben (Zeit verlieren, „Zu sich kommen“, Fugue-Episoden)
2. 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
3. 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

menkreis gedacht. Insbesondere dialogisierende und kommentierende Stimmen werden als besonders charakteristisch für eine Schizophrenie angesehen [16]. Während die differenzialdiagnostischen Überlegungen zu organischen, affektiven oder Suchterkrankungen im Allgemeinen leichter fallen, stellt die Abgrenzung zu Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen ein Problem dar. Auf der psychopathologischen Ebene werden die Halluzinationen bei diesen Patienten vorwiegend

als dissoziative Phänomene angesehen, wobei rezidivierende traumatische Ereignisse, v.a. in der Kindheit, als Ursache diskutiert werden [17–22]. Ein Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen in der Kindheit und dem Auftreten von Schneiderschen Erstrangsymptomen wurde in mehreren Studien gezeigt [20, 23]. Insbesondere für die dissoziative Identitätsstörung scheint das Auftreten von Schneiderschen Erstrangsymptomen charakteristisch [24]. Nach dem Modell von Dell handelt es sich hierbei um Manifestationen teilabgespaltenen Persönlichkeitszustände [7].

Beispielhaft berichten wir über den Fall einer 21-jährigen Frau, die bei uns über ein Jahr in stationärer Behandlung war und bei der wir die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) stellten. Aufgrund der vielfältigen psychopathologischen Symptome wurde differenzialdiagnostisch wiederholt eine schizophreniforme Erkrankung diskutiert. Letztendlich sahen wir die Symptomatik unter dem Konzept einer dissoziativen Identitätsstörung am besten erklärt.

## Kasuistik



### Biografie

Die Pat. wurde 1985 als erstes Kind der Eltern in einer größeren Stadt in der ehemaligen DDR geboren. Sie hat eine 5 Jahre jüngere Schwester. Die Kindheit war durch wechselnde Bezugspersonen gekennzeichnet. Die Mutter heiratete insgesamt 3-mal und ließ sich wieder scheiden. Die Beziehung zum Onkel (mütterlicherseits) und zum Großvater war durch wiederholte Traumatisierungen, bereits in der frühen Kindheit, geprägt. Vom Onkel wurde sie wiederholt sexuell missbraucht und der Großvater wurde als körperlich gewalttätig beschrieben.

Vor der Aufnahme war sie in eine Berufsbildungsmaßnahme eingebunden, in deren Rahmen sie einen Hauptschulabschluss erreichen kann.

### Krankheitsvorgeschichte

Vor der Erstaufnahme in unserer Klinik erfolgte eine wiederholte stationäre Abklärung wegen multipler somatischer Beschwerden (u.a. Kopfschmerzen, synkopale Ereignisse, Verdacht auf zerebrale Anfälle). In der klinischen und apparativen Diagnostik ließ sich keine ausreichende somatische Ursache feststellen. Mitte 2002 wurde sie in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung aufgenommen, wo erstmals die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt wurde. Im Mai 2005 erfolgte die Aufnahme in unserer epileptologischen Abteilung. Nach Abschluss der Diagnostik wurde von dissoziativen Krampfanfällen ausgegangen.

Die Einweisung auf die Kriseninterventionsstation erfolgte wegen akuter Suizidalität. Vorausgegangen war ein erneuter sexueller Missbrauch durch den Onkel.

### Befunde

Bei Aufnahme zeigte sich die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mit im Vordergrund stehender depressiv-ängstlicher Symptomatik, Intrusionen, Albträumen und dissoziativen Symptomen in Form von Depersonalisations- und Derealisationserleben. Im Verlauf kam es zu wiederholten dissoziativen Anfällen, mehrfach täglichen amnestischen Episoden und einem Wechsel in verschiedene Persönlichkeitszustände. Es lag ein Ko-Bewusstsein für 2 weitere Persönlichkeitszustände vor, für deren Handlungen eine Amnesie bestand.

An psychotischem Erleben berichtete sie über 2 Stimmen von imperativem Charakter, bejahte auch Kommentare und Dialoge. Die Stimmen seien ihr seit der Kindheit bekannt und konnten den Persönlichkeitszuständen zugeordnet werden. Optische Halluzinationen beschrieb sie in Form von unbekannten Personen. Weiterhin ließen sich passager Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen eruieren, ferner bestanden passagere Coenästhesien. Formale Denkstörungen in Form von inkohärentem oder zerfahrenem Denken lagen nie vor. Es zeigte sich eine Störung der Realitätswahrnehmung. Sie war häufig nicht in der Lage, zwischen der realen und einer beschützenden imaginativen Welt zu unterscheiden. An Ich-Störungen berichtete sie über Gedankenentzug und Gedankeneingebung. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft waren jederzeit gegeben.

In der psychometrischen Testung zeigte die Patientin einen deutlich erhöhten Wert im Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS) [25] mit 33,64, weswegen eine weitere Diagnostik durchgeführt wurde. Im strukturierten klinischen Interview für DSM IV Dissoziative Störungen (SCID-D) [26] waren die Kriterien für eine dissoziative Identitätsstörung erfüllt. Gleichzeitig wurden im SKID I, Psychotische und assoziierte Symptome, [27] die Kriterien für eine paranoide Schizophrenie erfüllt. Hier wurde die Symptomüberlappung beider Krankheitsbilder deutlich. Das Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF) [28] war hinweisend für traumatische Erfahrungen in den Bereichen emotionaler, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und Inkonsistenzerfahrungen. Im SKID II [29] wurden die Kriterien für eine selbstunsichere, zwanghafte, paranoide, schizotype und Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt. In der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [30] zeigte sich ein hoher Summenwert auf der Positivskala mit einem Wert von 24 und ein niedriger Summenwert auf der Negativskala mit einem Wert von 9.

### Therapie und Verlauf

Nach einer ersten Krisenintervention schien eine Entlassung in die vorhandenen Strukturen möglich. Nach 2 Wochen erfolgte die Wiederaufnahme aufgrund erneuter Suizidalität. An Belastungen war vorausgegangen, dass ihre Mutter und Schwester Strafanzeige gegen den Onkel erstattet hatten.

Auf Station kam es in Belastungssituationen zu wiederholten dissoziativen Anfällen und zu einem Wechsel in einen anderen, emotionalen Persönlichkeitsanteil. Dieser war durch einen anderen Namen gekennzeichnet und für die Handlungen bestand eine Amnesie. In diesem EP reagierte die Pat. stereotyp mit Misstrauen und Flucht. Im Zustand des EP war die Pat. der Überzeugung, durch Sprung von einer Brücke in eine „sichere Welt“ zu kommen, die sie als eine Zahlenwelt beschrieb. Erste Ansätze, sich in eine Fantasiewelt zu flüchten, konnten für die Zeit ab dem 6. Lebensjahr eruiert werden.

Aufgrund der phänomenologisch psychotischen Symptomatik, geringer Zugänglichkeit für psychotherapeutische Interventionen sowie potenzieller lebensbedrohlicher Handlungsweisen erfolgte frühzeitig eine symptomorientierte psychopharmakologische Behandlung. Eine Medikation mit atypischen Neuroleptika (Risperidon, Aripiprazol, Quetiapin) führte zu keiner befriedigenden Besserung des psychotischen Erlebens. Erst unter einer Medikation mit Haloperidol trat eine Besserung ein. Hierunter war die Intensität der Phoneme geringer ausgeprägt und die Realitätswahrnehmung stabiler. Eine Medikation mit Naltrexon [31, 32] führte zu einem Rückgang der dissoziativen Symptomatik. Nach Besserung der psychotischen und dissoziativen Sym-

ptomatik war die Pat. psychotherapeutischen Interventionen gut zugänglich. Es erfolgte ein eklektisches Vorgehen, wobei der Schwerpunkt auf psychoedukative Maßnahmen sowie eine Affektstabilisierung mit Erlernen von antidissoziativen Techniken gelegt wurde [33].

Anschließend trat eine Angstsymptomatik in den Vordergrund mit einem agoraphobischen Vermeidungsverhalten. Eine Behandlung mit Pregabalin zeigte eine Besserung ihrer Ängste und führte zu einer Verbesserung des Schlafs. Nachdem eine Stabilität erreicht werden konnte, erfolgte die Entlassung in ein psychiatrisches Außenwohnheim mit begleitenden Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulanter traumatherapeutischer Weiterbehandlung.

### Diskussion



Bei der vorgestellten Patientin bestand eine lange Vorgeschichte mit wiederholten Krankenhausaufenthalten, ohne dass eine somatische Ursache festgestellt werden konnte. Während eines Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde erstmalig die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt. Anamnestisch bestanden frühe, chronische Traumatisierungen. Aktuell dominierten psychopathologisch dissoziative Symptome in Kombination mit Schneiderschen Erstrangsymptomen. Differenzialdiagnostisch wurde an eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, eine Persönlichkeitsstörung und/oder eine dissoziative Störung gedacht. Hinweise für eine organische Erkrankung, eine substanzinduzierte oder affektive Störung ergaben sich nicht.

Ellason und Ross [21] verglichen insgesamt 108 Pat. mit der klinischen Diagnose einer DIS mit einer Vergleichsgruppe schizophrener Pat. (n=240) hinsichtlich der Positiv- und Negativsymptomatik. Sie fanden, dass die Positivsymptomatik bei den Patienten mit einer DIS ausgeprägter war (PANSS positiv  $23,80 \pm 4,85$ ) als bei Patienten mit einer Schizophrenie ( $19,86 \pm 6,27$ ). Bei der Negativsymptomatik zeigte sich eine gegenteilige Ausprägung (DIS  $17,06 \pm 4,03$  versus  $21,75 \pm 6,21$ ). An Positivsymptomen standen Wahnideen, Halluzinationen sowie Misstrauen/Verfolgungsideen im Vordergrund. Die in unserem Fall beobachtete Symptomatik passte gut zu diesen Ergebnissen. Ross et al. bezeichneten Schneidersche Erstrangsymptome als charakteristischer für die DIS als für die Schizophrenie [24].

Im SCID-D werden die wesentlichen Symptome beider Krankheitsbilder gegenüber gestellt (● Tab. 1). Bei der vorgestellten Patientin zeigten sich vorwiegend Symptome, die kennzeichnend für eine DIS waren. Diskussionswürdig waren die Bereiche Realitätswahrnehmung, akustische Halluzinationen, Ich-Störungen und Wahnvorstellungen.

Die Realitätswahrnehmung war bei der Patientin insofern beeinträchtigt, als sie die imaginative Welt nicht sicher von der Realität abgrenzen konnte. Diese Symptomatik führten wir auf die ausgeprägten dissoziativen Mechanismen zurück. Durch eine dissoziativ bedingte Störung der Umwelt- und Selbstwahrnehmung schien kein verlässliches Bezugssystem vorhanden, sodass sich ein psychotisches Bild entwickeln konnte. Dieser Zusammenhang zwischen einer schweren dissoziativen Symptomatik und der Entwicklung von psychotischen Symptomen wurde von Allen et al. beschrieben [22, 34]. Eine Simulation der Symptomatik halten wir für unwahrscheinlich, da die Patientin während des langen stationären Aufenthalts keine Widersprüche in ihren Verhaltensmustern zeigte [35].



Die akustischen Halluzinationen waren der Pat. über Jahre bekannt, konnten Persönlichkeitszuständen zugeordnet werden und entsprachen den charakteristischen Symptomen, welche im SCID-D für Pat. mit einer DIS beschrieben wurden. Darüber hinaus ließen sich auch Stimmen in der dritten Person eruieren und es zeigten sich weitere Schneidersche Erstrangsymptome. Der Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und dem Auftreten von Schneiderschen Erstrangsymptomen konnte an einer Stichprobe von 502 Personen aus der Allgemeinbevölkerung gezeigt werden [23] und wurde mehrfach für die DIS beschrieben. Von Ross et al. wurde sowohl ein biologischer als auch ein traumatischer Entwicklungsweg für psychotische Positivsymptome diskutiert [20]. Darüber hinaus zeigten sich im vorgestellten Fall täglich amnestische Episoden sowie Wechsel in verschiedene Persönlichkeitszustände, für die ein Ko-Bewusstsein, aber eine Amnesie für deren Handlungen bestand. Diese Symptomatik entsprach den C-Kriterien nach Dell (● Tab. 3). Sie ist für schizophrene Patienten untypisch [15]. Insgesamt war die Psychopathologie mit dem von Dell 2006 vorgestellten phänomenologischen Modell der DIS gut vereinbar [7]. Komorbid ließ sich eine Achse-II-Störung diagnostizieren. Die Patientin erfüllte die Kriterien für eine selbstunsichere, zwanghafte, paranoide, schizotype und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine hohe Achse-II-Komorbidität für diese Patienten-gruppe wurde von Dell beschrieben [36].

## Fazit

Klinisch besteht zwischen der DIS und der Schizophrenie eine relevante Symptomüberschneidung, weswegen sie bei differenzialdiagnostischen Überlegungen berücksichtigt werden sollte. Bei dem vorgestellten Fall ließen sich die Krankheitsbilder anhand der Phänomenologie der halluzinatorischen Symptomatik nicht voneinander unterscheiden. Richtungweisend waren die C-Kriterien nach Dell [6, 15] eine gering ausgeprägte Negativsymptomatik und das Fehlen von schizophrenietypischen formalen Denkstörungen. Von einer Komorbidität gehen wir insgesamt nicht aus, da die Symptomatik ausreichend durch das Krankheitskonzept einer DIS erklärbar ist, die dissoziativen Symptome in verschiedener Ausprägung durchgehend vorhanden und nicht auf Phasen begrenzt waren, in denen es zu phänomenologisch psychotischen Symptomen kam.

## Literatur

- Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler Ch. Hysterie, Dissoziation, Konversion – eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. *Psychiatr Prax* 1996; 23: 63–68
- Freyberger HJ, Spitzer C. Dissoziative Phänomene bei psychotischen Störungen. *Persönlichkeitsstörungen* 2002; 6: 243–251
- Rosenbaum M. The role of the term schizophrenia in the decline of diagnosis of multiple personality. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1383–1385
- Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J et al. Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 495–502
- Freyberger HJ, Spitzer C, Gast U et al. Multiple personality disorder is a fad – not a disease. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 266–268
- Dell PF. Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *J Trauma Dissociation* 2001; 2: 7–37
- Dell PF. A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2006; 29: 1–26
- Spanos NP. Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. *Psychol Bull* 1994; 116: 145–165
- Gleaves DH. The sociocognitive model of Dissociative Identity Disorder: A re-examination of the evidence. *Psychol Bull* 1996; 120 (1): 42–59
- Akyüz G, Dogan O, Sar V et al. Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Compr Psychiatry* 1999; 40 (2): 151–159
- Xiao Z, Yan H, Wang Z et al. Trauma and Dissociation in China. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1388–1391
- Gast U. Zusammenhang von Trauma und Dissoziation In: Seidler GH, Laszig P, Micka R, Nolting BV (Hrsg). Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2003: 79–102
- Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K et al. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38 (11–12): 906–914
- Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: Norton, 2006
- Gast U, Rodewald F, Hofmann A et al. Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehlagnostiziert. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A3193–A200
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.) (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press, 1994
- Watson S, Chilton R, Fairchild H et al. Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 478–481
- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1101–1106
- Yee L, Korner AJ, McSwiggan S et al. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 147–154
- Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 489–491
- Ellason JW, Ross CA. Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 236–241
- Allen JG, Coyne L, Console DA. Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 327–334
- Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 269–273
- Ross CA, Miller SD, Reagor P et al. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 111–118
- Spitzer C, Freyberger HJ, Stieglitz RD et al. Adaptation and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale. *J Trauma Stress* 1998; 11: 799–809
- Gast U, Zündorf F, Hofmann A. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Göttingen: Hogrefe, 2000
- Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S et al. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (SKID). Göttingen: Hogrefe, 1997
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 169–190
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B et al. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse-II (SKID). Göttingen: Hogrefe, 1997
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 3: 261–276
- Bohus MJ, Landwehrmeyer GB, Stiglmayr CE et al. Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 598–603
- Bolm T, Piegler T. Naltrexone in the treatment of dissociative disorders: reflections with regard to a comprehensive therapeutic concept of borderline disorders. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 214–218
- Woller W. Psychotherapeutische Intervention für gestörte emotionale Regulation in komplex post-traumatisches Stress disorder. *Nervenarzt* 2006; 77: 327–332
- Allen JG, Coyne L. Dissociation and vulnerability to psychotic experience. The Dissociative Experiences Scale and the MMPI-2. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 615–622
- Kluft RP. The simulation and dissimulation of multiple personality disorder. *Am J Clin Hypn* 1987; 30: 104–118
- Dell PF. Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 352–356