

**Joachim Weber**

## **DISSOZIATIVE UND VERWANDTE STÖRUNGEN IN DER FORENSISCH-PSYCHIATRISCHEN BEGUTACHTUNG**

### **DISSOCIATIVE AND RELATED DISORDERS IN THE FORESIC-PSYCHIATRIC ASSESSMENT**

#### **Zusammenfassung**

Die Entwicklung der neueren psychiatrischen Klassifikationssysteme hat im Rahmen der Aufgabe ätiopathogenetischer Vorstellungen und der Vermeidung des abwertenden alltags-sprachlichen Gebrauchs die hysterischen Neurosen in der neu eingeführten Kategorie der "dissoziativen" Störungen aufgehen lassen, womit auch die Konversionsstörungen erfasst sind. Während die Veränderungen der normalen Funktion der Bewegung und Sinnesempfindung in Form dissoziativer Bewegungsstörungen, Krampfanfälle sowie Sensibilitäts- oder Empfindungsstörungen in der Begutachtungspraxis im Sozial- oder Zivilrecht durchaus eine zahlenmäßige Bedeutung erlangen, sind die Störungen von Bewusstsein, Gedächtnis oder Identitätserleben bei strafrechtlichen Probanden selten zu beobachten. Am häufigsten werden dissoziative Fluchtreaktionen nach selbstverschuldeten Verkehrsunfällen sowie Tatzeit-amnesien bei Affektdelikten geltend gemacht, wobei gerade bei letzteren stets die Möglichkeit der Simulation oder Schutzbehauptung zu bedenken ist. Kontrovers wird auch die Existenz lange unterdrückter Missbrauchserinnerungen ("recovered memories") diskutiert, wobei die Skeptiker von einem "false-memory-syndrome" sprechen. Ob die in den USA viel häufiger festgestellte "multiple Persönlichkeit" eine kulturspezifische Besonderheit darstellt, bleibt umstritten; jedenfalls wird hier zu Lande bei enger Auslegung der Kriterien (keine Erinnerung an die anderen Persönlichkeiten) dieses Syndrom extrem selten diagnostiziert. Anhand forensischer Kasuistiken werden die oben beschriebenen Konzepte illustriert.

**Schlüsselwörter** Dissoziative Störungen - hysterische Neurosen - Konversionsstörungen - Multiple Persönlichkeit

#### **Summary**

Within the framework of abstaining from etiological ideas and avoiding pejorative meanings, the development of the recent psychiatric classification systems has led the hysterical neurosis to the new category of "dissociative disorders", including the conversion neurosis. While changes of the normal function of movement and sensory perception in the form of dissociative motor disorders, attacks and sensibility disorders are of numerous importance in Social and Civil Law, the dissociative disorders of consciousness, memory or identity are rarely found in Penal Law patients. Most frequently people claim fugues after traffic accidents or amnesias for offences under the influence of emotions, which also may be kinds of simulation or lies to cover themselves. There is also a controversial discussion about "recovered memories" after sexual abuse in childhood, because sceptics call it a "false-memory-syndrome". "Multiple personality", which is much more often diagnosed in the United States, is also disputed as a specific type of American disorder. In Germany the "Dissociative Identity Disorder" (DID) will be seldom recognized if psychiatrists make use of a restricted interpretation of the criterias, e.g. amnesic barriers have to be found between one personality and another. The different concepts are illustrated by eight forensic vignettes.

**Keywords** Dissociative disorder - hysterical neurosis - conversion neurosis - Multiple Personality Disorder (MPD) - Dissociative Identity Disorder (DID)

#### **Einleitung**

Phänomene der "Erinnerungslosigkeit", des ziellosen Herumirrens oder des Gefühls, ein anderer (gewesen) zu sein, wecken beim Forensiker immer den argwöhnischen Verdacht, dass hinter diesen manchmal durchaus wenig bewusstseinsnahen Ausfällen eine bestimmte Absicht steckt, nämlich sich irgendwie einer belastenden, beschämenden oder schuldbelastenden Situation entziehen zu wollen. Allerdings fehlt dem Gutachter eine feste Grenzlinie als Orientierungshilfe, welche die "gesunden" Simulanten von den "kranken" Ver-

drängern trennen würde. Dabei ist diese Unterscheidungsaufgabe nicht nur auf die Straftäter beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf zivil- und sozialrechtliche Fragestellungen.

Anhand knapper Gutachtenvignetten soll nun das breite Spektrum dissoziativer Phänomene und angrenzender, aber davon unterschiedener Störungen nach folgender Gliederung illustriert werden :

### **Kategoriales Zuordnungsmodell**

- Täuschung
- Selbsttäuschung
- Dissoziative und verwandte Störungen

### **Klinische Beispiele aus der Gutachterpraxis**

- Simulation
- Pseudodemenz
- Pathologisches Lügen
- Ganser-Syndrom
- Dissoziative Amnesie
- Dissoziativer Trancezustand
- Dissoziativer Besessenheitszustand
- Depersonalisationsstörung
- Dissoziative Fugue
- Dissoziative Identitätsstörung ("Multiple Persönlichkeit")

### **Zur Begriffsgeschichte**

*Janet* (1889) formulierte erstmals umfassend das Grundkonzept der Dissoziation oder Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein (*Spitzer und Freyberger 1997*). *Janet* entfernte sich vom Bezugssystem der klassischen Psychologie mit ihrer scharfen Unterscheidung zwischen Intellekt, Affektivität und Willen; er wies nachdrücklich auf die Vorstellung von einem "Bewusstseinsfeld" hin und machte darauf aufmerksam, dass es sich bei hysterischen Patienten infolge ihrer "psychischen Schwäche" verenge. Er behauptete auch, so *Ellenberger (1973)*, dass sich bestimmte hysterische Symptome in Beziehung setzen ließen zur Existenz abgespaltener Persönlichkeitsanteile, die ein autonomes Leben und eine selbständige Entwicklung haben und sich auf traumatische Ereignisse in der Vergangenheit gründen.

Nach einer Hochphase des Dissoziationsmodelles zur vorletzten Jahrhundertwende schwand bald wieder das Interesse, da in *Bremers und Freuds* klinischem und theoretischem Hysterie-Verständnis (1895) der Konversionsprozess den zentralen Mechanismus darstellte. Das psychoanalytische Konversionsmodell blieb dann auch in den folgenden Jahren bestimmend für das Verständnis hysterischer Störungen, bis es etwa Ende der 70er-Jahre zu einer Renaissance des Dissoziationskonzeptes kam, wozu auch beispielsweise die wiedererblühte Hypnose-Forschung beigetragen hat. Die phänotypischen Ähnlichkeiten zwischen hypnoiden und dissoziativen Bildern wurden als fruchtbarer Forschungsansatz gewertet und auch die Psychotraumatologie, insbesondere die Entdeckung, dass dem körperlichem, vor allem sexuellem Missbrauch in der Kindheit eine viel größere epidemiologische Bedeutung als bislang angenommen zukomme, hat wesentlich zur Wiederbelebung der Auseinandersetzung mit den dissoziativen Phänomenen beigetragen (*Spitzer und Freyberger 1997*). Allerdings verlief die Konzeptualisierung der dissoziativen Störungen im europäischen und nordamerikanischen Raum nicht einheitlich, wie der Vergleich von ICD- und DSM-Klassifikationssystemen zeigt, die jedoch beide in dem Vorrang deskriptiver Merkmale vor ätiopathogenetischen Modellvorstellungen

übereinstimmen. Entsprechend dem "a-theoretischen" Ansatz beider operationaler Systeme sind die diagnostischen Kriterien sehr deskriptiv gehalten, wobei sich das DSM noch stärker an der klinisch führenden Phänomenologie orientiert, während das europäische System die dissoziativen und Konversionsstörungen in einer einzigen Kategorie zusammenfasst.

Gleichwohl bleibt die Klassifikation häufig immer noch ein schwieriges und Verwirrung stiftendes Unterfangen, wobei insbesondere in Bezug auf das Konzept der "multiplen Persönlichkeit" vor einer Überdehnung der neuen Kategorie, insbesondere im forensischen Kontext, gewarnt wird (*Erkwoh und Saß 1993*).

### **Kategoriales Zuordnungsmodell**

Nach *Gunn et al. (1993)* nimmt das Täuschen ("deception") in der forensischen Psychiatrie einen zentralen Platz ein, und schon die Gründungsväter waren angestrengt damit befasst, betrügerische oder auch entschuldigende Behauptungen der Angeklagten zu erkennen (*Haslam 1817*). Als Prüfstein des Gutachtergeschicks galt die Fähigkeit, die echten von den vorgetäuschten Beschwerden zu unterscheiden. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es so in England zu einem übertriebenen Aufdeckungseifer, wenn es galt, z.B. einen vor dem Militärdienst oder dem Strafvollzug sich drücken wollenden Simulanten zu entlarven. *Beck (1829)* widmete dieser Kunst in seinem Lehrbuch breiten Raum und bot gleich nicht weniger als 12 Strategien zur Demaskierung vorgetäuschter Geisteskrankheit an.

Wie schwer es auch heute noch ist, eine solche zu erkennen, bewies das (sehr umstrittene) Experiment von *Rosenhan (1973)*, als acht gesunde "Pseudopatients" (ein Psychiater, drei Psychologen, ein Psychologiestudent, ein Pädiater, ein Maler und eine Hausfrau) sich mit der Klage über "Stimmenhören" in verschiedene psychiatrische Kliniken aufnehmen ließen und dort allesamt als schizophren diagnostiziert wurden. Im Gegensatz zu früher scheint aber im heutigen forensisch-psychiatrischen Selbstverständnis der Akzent mehr auf der therapeutischen Zuwendung als auf dem Aufdecken von Pseudopatients zu liegen.

Die zu diskutierenden Konzepte lassen sich in der nachfolgenden Übersicht unterteilen, wobei man von der probeweisen Annahme einer zunehmenden Bewusstseinsferne (der Kategorien) Gebrauch machen kann.

#### **Täuschung**

- Simulation ("malingering")
- Pseudodemenz
- artifizielle Störung (Münchhausen-Syndrom)
- vorgetäuschte Störung mit vorwiegend psychischen Zeichen und Symptomen

#### **Selbsttäuschung**

- pathologisches Lügen (Pseudologia phantastica, Mythomanie)
- Konfabulationen
- Verleugnung

## Dissoziative Störungen

- dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit)
- dissoziative Amnesie
- dissoziative Fugue
- dissoziativer Stupor
- dissoziative Bewegungsstörungen (Konversionsstörung)
- nicht näher bezeichnete dissoziative Störung
- Trance- und Besessenheitszustände
- Ganser-Syndrom

## Klinische Beispiele aus der Gutachtenspraxis

### Simulation

Im ICD-10 unter die artifizielle Störung subsumiert, ist sie nach DSM-IV (V65.2) besonders dann zu vermuten, wenn sich antisoziale Persönlichkeitsstörung, mangelnde Kooperation bei der diagnostischen Untersuchung, Diskrepanz zwischen berichteter Behinderung und objektiven Befunden sowie Symptomdarbietung im forensischen Kontext kombinieren. In der Begutachtungspraxis unserer Klinik ist sie selten, etwa einmal jährlich und dann eher bei gebildeteren Probanden anzutreffen, während die einfacheren sich mehr der Aggravation bedienen. Es gibt keine sichere Aufdeckungsmethode, aber wiederholte Explorationen, ausreichend lange Beobachtung, Gegenfragen und das wache Gespür des Untersuchers für das Getäuschtwerden seien das Beste, was man tun könne (Gunn).

### Fallbeispiel (GA6857)

Dem 47-jährigen albanischen Kfz-Mechaniker K. wird vorgeworfen, seinen Jugendfreund, den 39-jährigen H., nachts auf offener Straße mit einem Pistolenschuss in die Brust getötet zu haben aus Wut darüber, dass dieser ihm eine Geldforderung aus einem Rauschgiftgeschäft nicht sogleich habe erfüllen können. Als K. 6 Wochen später von Interpol in Rimini festgenommen wird, hat er einen Revolver sowie einen tschechischen Pass bei sich und gibt einen falschen Namen an. Nach der Überstellung in die deutsche Haftanstalt 10 Monate später behauptet er, krank und schon in Albanien nervenärztlich behandelt worden zu sein. Ein Landsmann, der mit K. schon vor 18 Jahren aus politischen Gründen 5 Jahre in Albanien im Gefängnis verbracht hat, berichtet, dass diesem damals ein in den Kopf gewachsenes Haar operativ entfernt werden müssen, er oft bewusstlos zu Boden gefallen und im Gefängnis mit Haloperidol behandelt worden sei. K. gibt an, er sei mit etwa 25 Jahren zum Militär eingezogen worden, habe nach 2 Monaten eine Hinterkopfverletzung erlitten, sei 2 Monate im Koma gelegen und habe seither sein Gedächtnis für die ganze Zeit davor verloren. Ein Jahr später sei er wegen politischer Tätigkeit zu 14 Jahren Gefängnis verurteilt worden und habe 6 Jahre abgeübt. In dieser Zeit habe er den Führerschein erworben, Automechaniker und Italienisch gelernt. Jetzt sei er hier in Haft, weil er zu Recht geschossen habe; warum, wolle er aber vorerst nicht sagen.

Bei der Untersuchung führt er an, nach dem Unfall Stimmen gehört zu haben, die ihm versicherten, er sei jetzt ein Nationalheld wie Skanderbek, der gegen die Türken viele Schlachten gewonnen habe. Diese Stimmen höre er jetzt schon täglich 20 Jahre lang, sie würden ihm Befehle geben und drohen, "ihn an den Hals zu drücken", wenn er diese nicht befolge. Deshalb müsse er sich ständig jede Sekunde den Bart streicheln; wenn er das nicht tue, habe er das Gefühl, dass ihm der Hals zugedrückt werde und er keine Luft mehr bekomme.

Beim Intelligenztest bietet er ein normales Allgemeinwissen mit absurden Einsprengseln ("Die Sonne geht im Norden auf"), interpretiert manche Sprichwörter konkretistisch, zeigt eine extrem ungenaue Wahrnehmung für den aktuellen Lebensraum, erreicht nur einen IQ = 75 (leichte Debität), zeigt aber im Rorschach ein zwar vorstellungsarmes, aber unauffälliges Denken und produziert im REY-Simulationstest ein so schlechtes Kurzzeitgedächtnis, dass er der Gruppe der Simulanten zugerechnet werden muss.

Das Gericht geht von einer unbezahlten Heroin-Rechnung als Tatmotiv und vorhandener Schuldfähigkeit aus und verurteilt K. zu 14 Jahren Gefängnis.

## Pseudodemenz

Im DSM-III noch in Verbindung mit der (sehr ähnlichen) depressiven Demenz erwähnt, wird der Begriff später weder in DSM-IV noch im ICD-10 angeführt. Wenn der Verlust der intellektuellen Fähigkeiten nicht (nur) durch die depressive Hemmung bedingt ist, so kann man die "Darstellung eines Geisteskranken oder Dementen, wie ihn sich der Laie vorstellt" (Peters 1990), häufig im forensischen Kontext bei hilflosen Verdeutlichungstendenzen im Zusammenhang mit Rentenwünschen oder bei dem naiven Versuch, sich der strafrechtlichen Verantwortung zu entziehen, beobachten. Von der Simulation unterscheidet sich die Pseudodemenz durch die weniger gezielte Täuschung; das Übertreiben vorhandener Beeinträchtigungen bis hin zur Darbietung eklatanter Ausfälle ist mehr ein appellatives Hilfesuchen.

### Fallbeispiel (GA7112)

Der 40-jährige albanische Malergehilfe I. soll wieder einmal seine Ehefrau verprügelt und vergewaltigt sowie den 14-jährigen Sohn unter Mordandrohungen gezwungen haben, ihm die EC-Karte und Geheimzahl der Mutter auszuhändigen, worauf er 700.- DM von ihrem Konto abgehoben hat. I. räumt ein, seiner Frau zwei Ohrfeigen gegeben und die beiden Telefone zerstört zu haben, kann sich aber die dokumentierten Verletzungen nicht erklären, bzw. vermutet, dass sie sich diese selbst beigebracht habe. Während der U-Haft stellt sich eine depressive Symptomatik mit Suizidgedanken ein, bei der Begutachtung beantwortet er die meisten Fragen ausweichend, vage oder danebenredend. Als etwa 7-jähriges Kind sei er von einem Hammel umgerannt worden, habe deshalb sein Gedächtnis verloren; erst nach der Heirat sei es ihm wieder besser

gegangen. Bei der körperlichen Untersuchung gibt er an, nicht nach oben blicken zu können, beim Finger-Nase-Versuch hält er während der Ausführung mit dem Hinweis inne, dass seine Bewegung nicht intakt sei; bei der psychologischen Untersuchung weiß er nicht die Jahreszeit, sondern gibt (mehrfach) Tag oder Monat an, schätzt die Anzahl der Wochen auf "7 oder 4", kann "8 - 3" nicht ausrechnen, versagt im REY-Simulationstest, fällt aber im SIDAM nicht auf Fangfragen herein, gibt das Schachspiel als sein Hobby an und bietet auch kein besonders dürftiges Rorschach-Protokoll, so dass der HAWIE-IQ = 61 als Artefakt angesehen werden muss. Psychiatrischerseits wird trotz leichter depressiver Symptomatik infolge der Trennungsabsichten der Ehefrau die Schuldfähigkeit bejaht.

### **Pathologisches Lügen**

Im Gegensatz zum Zeugen dürfen nach unserer Rechtsordnung dem Beschuldigten aus dem „einfachen Lügen“ keine nachteiligen Folgen entstehen. Schon im römischen Recht konzidierte man ihm die "naturalis licentia decipiendi", d.h. die "natürliche Erlaubnis zu lügen". Dementsprechend häufig hat es der Gutachter mit falschen Angaben resp. Schutzbehauptungen zu tun. Psychopathologisch und forensisch relevant wird erst der Überstieg vom Lügner, Schwindler, Betrüger oder Hochstapler zum "pathologischen Lügner" (Delbrück 1891), der zwar anfangs noch ganz überlegt andere täuschen möchte, nach und nach aber einer Selbsttäuschung unterliegt und wenigstens "teilweise von der Realität der erzählten Begebenheiten überzeugt ist" (Peters 1990). Aus psychoanalytischer Sicht werde die unangenehme Realität verleugnet, wobei die Geschichten den Teil der Realität, der gelehnet werden soll, mitenthaltend.

Vom abnormen Schwindler unterscheidet sich der pathologische durch sein schon früh auftretendes extremes Geltungsbedürfnis, während beim zuerst Genannten die Lügengeschichten meist erst im Erwachsenenalter auftreten und banalen materiellen Zwecken dienen.

Hyperthymes Temperament und hysterischer Charakter werden immer noch als wesentliche Voraussetzungen angesehen. Der Hochstapler Felix Krull war aber nach *van der Schaar* (1964) eben kein pseudologischer Betrüger mit dem defizienten Daseinsmodus der Externalisation, sondern mit dem wirklich existenziellen Dasein eines Künstlers. *Leonhard* (1976) sagt von Karl May: "Hier kann man zweifellos von einer Pseudologia phantastica im psychiatrischen Sinne sprechen", während *Thomas* (2000) ihn zusammen mit Jack London oder Somerset Maugham zu den Schriftstellern mit (zumindest passagerer) "dissoziativer Identitätsstörung" rechnet.

### **Fallbeispiel (GA4018)**

Der Bäckergehilfe L. hat mit 19 Jahren zusammen mit einem Gleichaltrigen zwei junge Frauen in ihrem Pkw angehalten, sich als Hauptkommissar der Kripo auf ziviler Funkstreife ausgegeben, beide Frauen genötigt, mit ihnen auf eine abge-

legene Wiese zu fahren, wo sie den Geschlechtsverkehr auszuführen versuchten, was aber wegen ihrer Alkoholisierung nicht gelang. Mit 20 Jahren spielte er an zwei verschiedenen Tagen in einer Kaserne den Oberfeldarzt aus dem Bundeswehrkrankenhaus Koblenz, wirkte nach Aussage des Bataillonsarztes ganz sicher, trug in der Brusttasche ein Rufgerät, das auf Distanz nicht von einem Eurosignal zu unterscheiden war. Nach seiner Bundeswehrzeit stellte er sich in der Lebensmittel-firma Kunden gegenüber als Filialleiter vor, wiewohl er dort nur als Substitut arbeitete. In Misano, dem italienischen Motorrad-WM-Ort, schaffte er es, von einem ihm bekannten Rennarzt ein Rotkreuz-Schild zu bekommen, gab sich daraufhin dort erfolgreich als Kollege aus, behandelte im Beisein zweier italienischer Ärzte Frauen mit Calcium-Spritzen gegen ihre Sonnenallergie und wurde der Leiterin der Sanitätsstation als "Leibarzt des Papstes" vorgestellt, nachdem er sich aus einem Schreiben des Vatikans mit der Schreibmaschine einen entsprechenden Briefkopf gebastelt hatte. Als solcher präsentierte er sich in München auch einer Zufallsbekanntschaft, mit der ein Wochenende verbrachte und dann mit ihrem Auto, Schlüsselbund und Portemonnaie wieder nach Italien davonfuhr, während sie tot in der Badewanne zurückblieb. Mangels ausreichender Beweise freigesprochen, erwürgte er 14 Tage nach Haftentlassung im Beisein eines klein-kriminellen Knastkumpels seinen ehemaligen Arbeitgeber, dessen Frau und die zufällig anwesende Schwägerin, nicht ohne diese vorher noch zu vergewaltigen. Während er den Mord an seinem Ex-Chef verlegen lächelnd einräumte und achselzuckend bei der erneuten Begutachtung zum Ref. bemerkte, wieder "großen Mist gebaut" zu haben, bestritt er nach wie vor den Mord an der Münchner Bekannten und schob die beiden anderen auf seinen Mittäter.

Obwohl in diesem Fall der von ihm selbst bekundete "Arzt-Tic" in Verbindung mit seiner histrionischen Persönlichkeit, den hochstaplerischen Tendenzen, den Größengedanken und dem Renommieren die Grenze zur Selbsttäuschung erreicht hatte, wurde keine so gravierende Deformierung des Persönlichkeitsgefüges gesehen, dass relevante Auswirkungen auf das Einsichts- und Steuerungsvermögen vorgelegen hätten.

Das Gericht verurteilte ihn und den Mittäter zu lebenslanger Freiheitsstrafe.

### **Dissoziative Amnesie**

Amnesien werden bei Tötungs- oder anderen schweren Delikten häufig vorgebracht; nach einer Untersuchung von *Bradford und Smith* (1979) an einer Serie von 30 fortlaufenden Totschlagsfällen machten sogar zwei Drittel der Täter eine solche geltend. *Taylor und Kopelman* (1984) befassten sich nicht nur mit Gewalttaten, sondern auch mit den übrigen Delikten und fanden dann unter 203 Männern 21 Probanden (10,3%), die für die Tatzeit Erinnerungslosigkeit behaupteten; von diesen wurden 19 verurteilt, allesamt Gewalttäter. Keiner der nicht gewalttätigen Delinquenten hatte eine Amnesie angegeben; ein Befund, der sich mit unserer Empirie nicht

ganz deckt, da häufig Ladendiebe vorbringen, sich an den Diebstahl nicht erinnern zu können. Allerdings kommt hier noch – anders als oben – die Variable “Geschlecht” mit ins Spiel. Schon *Hopwood und Snell* (1933) fanden eine starke Korrelation zwischen behaupteter Amnesie und solchen Delikten, wo eine Täter-Opfer-Beziehung vorlag. Offensichtlich verstärkt das Schuldgefühl bezüglich des ambivalent erlebten, aber emotional nahen Opfers den (unbewussten?) Wunsch, diese schambesetzte Handlung zu “vergessen”. Oft wird in diesem Zusammenhang der Ausspruch von *Nietzsche* (1886) zitiert: „*Das habe ich getan*“, sagt mein Gedächtnis. „*Das kann ich nicht getan haben*“, sagt mein Stolz und bleibt unerbittlich. „*Endlich – gibt das Gedächtnis nach.*“ Bei der differentialdiagnostischen Abgrenzung bezüglich der organisch begründbaren Amnesien verweist *Lishman* (1987) darauf, dass eine massive und globale Amnesie, welche sich über lange Zeiträume im Leben des Probanden erstreckt, nur dann einer organischen Ursache zugeschrieben werden sollte, wenn sie von einem schweren Ausfall der intellektuellen Funktionen oder einer Bewusstseinsstörung begleitet ist. Dagegen sind psychogene Amnesien dann anzunehmen, wenn signifikantes Material über Tage oder Wochen nach und nach vergessen wird. Allerdings können organische und psychische Prozesse sich überlagern. So fanden *Kennedy und Neville* (1957) unter 74 Fällen von angeblicher Amnesie nach Ausschluss der Psychotiker und Simulanten, dass bei 44% ausschließlich psychische Faktoren vorlagen, bei 16% nur organische und bei immerhin 41% eine gemischte Ätiologie angenommen werden musste.

Alkoholbedingte Blackouts, substanzinduzierter Gedächtnisverlust sowie amnestische Störungen bei Epilepsien oder Hirnverletzungen werden an anderer Stelle in diesem Heft diskutiert.

Während die unter dem Schock traumatisierender (Kriegs-) Erlebnisse entstandenen Amnesien schon vor dem Zweiten Weltkrieg psychiatrisch anerkannt waren, hat die im Gefolge der von *Kempe et al.* (1962) entfachten Diskussion um das “battered child syndrome” formierte “recovered memories”-Bewegung, die auf die Existenz lange zurückliegender (“verdrängter”) sexueller Missbrauchserlebnisse verwies, zu einer heftigen Auseinandersetzung mit der “false-memory”-Gegenbewegung geführt, die solchen traumatisch bedingten Amnesien wissenschaftliche Seriosität absprach (*Stübner et al* 1998).

In einer neueren Metaanalyse von 68 diesbezüglichen Artikeln wird von *Brown et al.* (1999) allerdings die Authentizität dieser Amnesien bejaht, sofern nicht spezielle suggestive Beeinflussungen vorgelegen haben (“... the generally accepted opinion in the general psychiatric community is that repressed memories or dissociative amnesia exists”).

Störungen der Erlebniskontinuität gelten für Affektdelikte mit tiefgreifender Bewusstseinsstörung als charakteristisch, während eine exakte und detailreiche Erinnerung in der Merkmalsliste von *Saß* (1983) gegen das Vorliegen eines Affektdeliktens sprechen soll. Eine durch abrupten Affektsturm quasi “recht-

winklig” entstandene Bewusstseinsstörung mit Erinnerungsverfälschungen oder inselhaften Erinnerungen sollte demnach folgerichtig im Gutachten auch als “dissoziative Amnesie” codiert werden.

#### **Fallbeispiel (GA 2198) Lokalisierte dissoziative Amnesie**

*Der 27-jährige Grenzpolizist Karl A. fuhr nach einem 14-tägigen Bergsteigerlehrgang in Bayrischzell zurück in seinen Heimatort im Garmischer Land, ging von 17.00 Uhr bis 19.00 Uhr zur Skigymnastik, anschließend zu einer Alpenvereins-sitzung bis 23.30 Uhr (1 Weißbier), danach mit einem Bekannten in eine Diskothek in Garmisch, von wo er in Begleitung eines anderen Gastes gegen 03.00 Uhr nach dem Genuss von 2 Weißbieren aufbrach. Auf dem Heimweg kam er außerhalb einer Ortschaft von der Fahrbahn der Bundesstraße ab, überfuhr den Grünstreifen, drei Begrenzungspfosten und ein Verkehrszeichen, prallte wieder rechts gegen die Schutzplanke, kam in der Straßenmitte zum Stehen, fuhr rückwärts quer über die Straße und kollidierte mit dem Fahrzeug der Eheleute S., die auf Hinzuziehung der Polizei bestanden, da A. aufgeregt, nervös und betrunken wirkte und drei- bis viermal mit der Frage “Frau, sind Sie verletzt?” auf Frau S. zuzug. Nach wenigen Minuten seien beide Männer plötzlich verschwunden gewesen. A. erschien um 14.00 Uhr bei der Polizei in Weilheim und gab an, einen Unfall gehabt zu haben. Drei Tage später ging er von sich aus auf eine andere Polizeiwache und erklärte, der unfallverursachende Fahrer in dieser Sache gewesen zu sein.*

*Gegen die vom Amtsgericht Garmisch verhängte Geldstrafe über 2,100.- DM und den 9-monatigen Entzug der Fahrerlaubnis (fahrlässige Verkehrsgefährdung, fahrlässige Körperverletzung, unerlaubtes Entfernen vom Unfallort) legte sein Anwalt mit der Begründung Berufung ein, dass A. durch den Verkehrsunfall in einem Zustand der hochgradigen Verwirrung geraten sei, die über längere Zeit angehalten und sich durch sog. Nachschocks noch verstärkt habe. Sein Mandant habe durch den Unfall einen Erinnerungsverlust erlitten und bestreite, unter wesentlichem Alkoholeinfluss gefahren zu sein.*

*Bei der Begutachtung gab Herr A. an, dass er noch nie ernsthaft krank gewesen sei, Drogen ablehne und auch oft wochenlang keinen Alkohol trinke. Auf seine Pulsunregelmäßigkeiten angesprochen, berichtete er, manchmal in der Nacht Zustände von Herzjagen zu haben, starke Angstgefühle, auch Träume, wo ihm einer nachlaufe und er keine Chance sehe, zu entkommen; das wesentliche Gefühl sei das der Angst und Leere, er habe Angst vor der Zukunft. Beim Verlassen der Diskothek sei er in guter Stimmung gewesen, habe im Auto Musik gehört, sich beim Kassettenwechseln herunterbeugen müssen, erinnere sich noch, an die Leitplanke gefahren zu sein und dass es “gescheppert” habe, danach sei er ausgestiegen und habe sich mit zwei Personen unterhalten. Dass er zurückgefahren sei, könne er genauso wenig wie die Ereignisse danach erinnern. Erst in einer Entfernung von etwa 5 km vom Unfallort sei bei ihm das “Bewusstsein” wieder eingetreten: Er habe bemerkt, dass er in eine völlig falsche Richtung gelaufen sei, seine Kleider seien beschmutzt gewesen,*

er habe sich in einem Angstzustand befunden und nur noch den einen Gedanken gehabt, nach Hause zu laufen. Er habe nicht daran gedacht, die Polizei anzurufen. Auf dem etwa 20 km langen Weg bis zum Elternhaus habe er daran gedacht, sich unterwegs an einem Baum aufzuhängen. Er habe gewußt, dass jetzt alles aus sei und was auf ihn zukomme. Etwa gegen 12.00 Uhr sei er zu Hause angekommen, sei dann mit seinem Nachbarn, der ebenfalls Polizist sei, zur Polizeidirektion nach W. gefahren und habe dort gesagt, dass er einen Unfall verursacht habe. Gegen 17.00 Uhr sei er zu seinem Arzt gegangen, danach habe er 14 Tage Urlaub genommen, Selbstmordgedanken gehabt, sei aber dazu zu feige gewesen.

Im Bericht des Hausarztes ist von einer *Commotio I* die Rede, der Patient sei etwas verwirrt gewesen, habe noch Zeichen eines Schocks gezeigt, die Reaktionen seien verlangsamt und fahrig gewesen.

Testpsychologisch bot sich das Bild eines überdurchschnittlich intelligenten (IQ 120), dabei sensiblen, feinfühlig Menschen mit ängstlich-verzagter Einstellung zum Leben ohne Anhaltspunkte für eine hirnanorganische oder andere relevante psychische Störung. Der psychiatrische Gutachter findet in Übermüdung, Alkoholisierung, Schädelprellung und einer Angstneurose Faktoren von forensisch-psychiatrischer Relevanz, die zu einer plötzlichen panischen Angst und heftigen Fluchtreaktion geführt haben. Für die erste Stunde nach dem Unfall wurde eine aufgehobene Steuerungsfähigkeit nach § 20 StGB angenommen, für die weitere 3- bis 4-stündige Durchgangsstufe wurde noch eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit nach § 21 StGB attestiert.

## **Dissoziative Trance- und Besessenheitszustände**

### **Fallbeispiel 1 (GA 6794) "Dissoziativer Trancezustand"**

Der 31-jährige HiFi-Fachverkäufer L., der Jüngere von zwei Söhnen eines Dachdeckers, wuchs als Einzelgänger auf, half immer gern seiner Mutter in der Küche, hatte wenig Freunde, da sein Vater ihn aus Neid auf die wohlhabendere Nachbarschaft kaum rausgelassen habe. Mit 19 Jahren zog er von zu Hause aus und lebte mit seiner 18-jährigen Freundin, der späteren Ehefrau, zusammen. Da man nach 3 Jahren habe ausziehen müssen, seien sie in das Haus der Schwiegereltern gezogen. Der Schwiegervater sei seinem Vater sehr ähnlich gewesen, habe auch viel (aber heimlich) getrunken und mit seinen 54 Jahren schon mit dem Leben abgeschlossen. Zur Schwiegermutter habe er ein gutes Verhältnis gehabt, sie sei äußerlich wie auch vom Wesen her seiner Mutter sehr ähnlich gewesen. Wegen der Einmischungen des sich dominant aufführenden Schwiegervaters sei eine 2-jährige Trennung von der Frau erfolgt, aber schon ein Jahr vorher kam es zum ersten Mal zu einem jener etwa halbjährlich auftretenden Vorfälle des "Ausrastens", bei welchem L. nach einem Kneipenbesuch über seine Ehefrau herfiel und gewalttätig wurde, ihr die Halskette und das T-Shirt runterriss, sie ihren Ehering abstreifen ließ, zu "schmutzigen Wörtern" sowie zum Geschlechtsverkehr zwang. Anschließend, so die Ehefrau, sei er immer wie "gelöst" gewesen, aber auch ganz zerknirscht,

habe geweint, das Geschehene bereut und versprochen, es nie wieder zu tun.

Nach dem Wiedereinzug habe sich manches zum Besseren gewendet, gleichwohl seien die Übergriffe im selben Abstand wieder passiert. Zwei Jahre später kam es dann zu dem Geschehen, das L. nach seiner Aussage zwar sehr bedauere, das aber nicht er, sondern quasi "ein Anderer" verübt habe; er sei überhaupt ein "Körper mit zwei Hälften".

Am Vortag der Tat muss er seinen Kater zum Einschlüpfen bringen, besucht dann die wegen eines leichten operativen Eingriffs im Krankenhaus befindliche Ehefrau, liegt nachmittags mit Weinkrämpfen auf der Couch, kann nachts wie immer bei Vollmond schlecht schlafen, wacht an diesem Sonntagmorgen um 6.00 Uhr früh auf, holt aus der Küche ein 21 cm langes Messer, geht ein Stockwerk tiefer in das Schlafzimmer der Schwiegereltern und sticht dem Schwiegervater das Messer 10-mal in Brustkorb und Arme. Während dieser röchelnd blutverschmiert vom Bett rutscht, wendet sich L. der Schwiegermutter zu, reißt ihr (wie schon früher gelegentlich der Ehefrau) das Halskettchen ab, drückt sie mit den Worten "Jetzt kommst du dran" zurück, hält ihr sein Glied vors Gesicht und fordert von ihr Fellatio, was diese aber entschieden ablehnt. Dann, so die Zeugin, "hat er 's unten versucht", kann aber wegen mangelnder Gliedsteife nicht eindringen, zieht daraufhin die 51-jährige Schwiegermutter auf den Flur, will mit ihr schmusen, küsst sie, sagt, dass er auf ältere Frauen stehe, geht mit ihr einen Stock höher in seine Wohnung, nimmt sie zu sich unter die Dusche und braust sie ab. Dann geht er mit ihr in das Schlafzimmer, wo sie sich ins leere Bett der abwesenden Ehefrau legen und es daraufhin zum Oral- und Vaginalverkehr kommt, den die Schwiegermutter lt. ihrer Aussage in der Hauptverhandlung passiv über sich ergehen läßt, weil sie Angst hat und unfähig zum Denken ist. Anschließend legt er sich auf die Seite zum Schlafen, verbietet ihr das Telefonieren, wenig später gehen beide ins Wohnzimmer, er raucht eine Zigarette, ist nach Angaben des Opfers wieder "wie ganz normal", klagt aber weinend: "Mei, was hab ich ang'stellt, da hab ich den Erwin umbracht! Ich hab doch den Erwin mögen, warum hab ich den umbracht?" Anschließend erzählt er ihr von seiner schweren Kindheit bei dem schlimmen Vater, so dass die Schwiegermutter Mitleid mit ihm hat und sogar sagt: "Hau doch ab!" Auf ihren Wunsch gehen beide runter ins Schlafzimmer, um nach dem Schwiegervater zu sehen, L. meint dort: "Der ist eh schon ganz kalt, du langst ihn net an!" Sie gehen wieder nach oben, sitzen dort eine Stunde, ohne viel zu reden, auf dem Kanapee und warten auf die Polizei, die ihn später "ruhig und gefasst" antrifft.

Bei der psychologischen Begutachtung ein halbes Jahr später ist L. erstaunlich unbekümmert und unbefangen; er sei durch die Tat von aller Gehemmtheit befreit, das sei ja quasi ein anderer gewesen, und seit er im Gefängnis sei, könne er wieder klar denken. Bei deutlich überdurchschnittlicher Intelligenz (IQ = 120) offenbart der Rorschach-Test verblasene Symbolisierungen, unkritische Züge, sorgloses Kombinieren, Geltungsbedürfnis und Identitätsunsicherheit. Bei dramatisieren-

der Selbstwahrnehmung in den Fragebögen illustriert die Konkordanz der Fremdbilder im Gießen-Test über Mutter und Schwiegermutter bzw. Vater und Schwiegervater die subjektiv empfundene Identität, welche in dieser ödipalen Konstellation die Opfer in die Rolle der Ersatzopfer gedrängt hat.

In der Hauptverhandlung sagt er: "Mir kam das Ganze wie ferngesteuert vor, als ob mir jemand einen Chip ins Gehirn eingepflanzt hätte" oder: "Das Böse in mir hat den Schwiegervater getötet und hat auch die Schwiegermutter umbringen wollen, aber eine Wandlung vom Bösen zum Guten hat verhindert, dass auch sie getötet wurde."

In der psychiatrischen Exploration (Prof. Nedopil) gibt er an, dass er an den gesamten Tötungsvorgang keine Erinnerung habe, er wisse nur noch, wie er sich nach dem Sektrinken schlafen gelegt habe, und dann erinnere er wieder, dass der Schwiegervater am Boden gelegen sei. Im psychiatrischen Gutachten wird das Abspalten, Verdrängen und Projizieren bei fehlender emotionaler Beteiligung mit der "belle indifférence" der Hysteriker verglichen, differentialdiagnostisch werden "multiple Persönlichkeitsstörung", Verdacht einer Schilddrüsenüberfunktion, früherer Anabolika-Konsum als Kraftsportler, epileptischer Anfall oder Anfallsäquivalent, mondphasenabhängige psychotische Erkrankung ("lunatics"), Affektdelikt und tief greifende Bewusstseinsstörung diskutiert. Für keines der supponierten Erklärungsmodelle können jedoch überzeugende Hinweise gefunden werden, dagegen werden die Kriterien eines "dissoziativen Trancezustandes" (ICD-10 F44.3) als zutreffend angenommen, die sich in dem Verlust der Identität, der Einengung von Aufmerksamkeit und Bewusstsein, den Stereotypen von Bewegungen und Äußerungen sowie dem Verhalten, als ob der Betroffene von fremder Kraft beherrscht würde, ausdrücken.

Da sich solche Zustände auch bei des Probanden sexuellen Übergriffen auf die Ehefrau gezeigt hätten, könne bei erhaltener Einsichtsfähigkeit von einer erheblich verminderten Steuerungsfähigkeit ausgegangen werden (§ 21 StGB). Infolge fortbestehender Gefahr erneuter solcher Zustände wird die Notwendigkeit der psychiatrischen Unterbringung nach § 63 StGB gesehen.

Das Gericht bildete aus den zwei Einzelstrafen, nämlich den 13 Jahren für den Mord an dem Schwiegervater und den 7 Jahren für die Vergewaltigung der Schwiegermutter, eine Gesamtstrafe von 15 Jahren. Nach der Therapie in der psychiatrischen Unterbringung soll L. den Rest der Strafe im Gefängnis absitzen.

## Fallbeispiel 2 (GA 427) "Dissoziativer Besessenheitszustand"

Die 33-jährige Christl M. stammt von einem niederbayerischen Bauernhof, der nach dem Tod des Vaters von ihrer älteren Schwester geführt wird. Sie hat noch eine Zwillingschwester und drei ältere Schwestern. Seit der 1. Schulklasse litt sie an Absencen, die bis zu 30-mal am Tag auftraten, bei denen sie

plötzlich ihre Tätigkeit unterbrach, einige Sekunden starr blickte, konfus redete, manchmal die Arme bewegte und etwas umherging. Diese Zustände dauerten 1/2 bis 1 Minute, danach setzte sie ihre Tätigkeit fort. Im EEG wurden Absence-Muster nachgewiesen; bei ihrer ersten stationären Aufnahme mit 16 Jahren in unserer Klinik wurde eine Pyknolepsie diagnostiziert. Bei der zweiten Aufnahme 3 Jahre später waren krampfartige Schmerzen in der Magengegend sowie Zuckungen in den Mundwinkeln und Beinen hinzugetreten; mehrere Anfälle (ohne Zungenbiss oder Urinabgang) mit einem Zusammenziehen des ganzen Körpers konnten 1-2 Stunden andauern. Bei der dritten Aufnahme (mit 24 Jahren) konnten diese "großen Anfälle" auch in der Klinik beobachtet und als hysterische Anfälle diagnostiziert werden. Echte große epileptische Anfälle wurden nie beobachtet oder beschrieben. Als alle außerärztlichen Behandlungsversuche bei Kräuteraufgaben, Heilpraktikern, Homöo- und Magnetopathen keine Besserung ihrer vielfachen körperlichen Beschwerden brachten, fuhr sie in Begleitung ihrer Mutter nach Lourdes, wonach sie sich vorübergehend etwas frischer fühlte, insgesamt verschlechterte sich jedoch ihr Zustand. Sie konnte schließlich auch die Arbeit als Hausmädchen in einem Kapuzinerkloster nicht mehr ausführen und wurde mit 25 Jahren berentet. In der Folgezeit beteiligte sie sich wiederholt an Wallfahrten, einmal, in San Damiano, habe es sie an dem Platz, wo die Muttergottes erscheinen sollte, umgehauen, der Körper habe sich verkrampft und geschüttelt. Eine mitanwesende Pilgerin vermutete, dass sie vom Teufel besessen sei, und gab ihr den Ratschlag, sich Exorzismus-Gebete vorsprechen zu lassen. Kurze Zeit später, inzwischen 31 Jahre alt, sei sie zum ersten Mal zu einem ihr empfohlenen Kapuzinerpater ins Kloster gegangen, der sein Gebetbuch und sein Kreuz geholt habe, ihr zuerst den Maurus-Segen gegeben und dann den leoninischen Exorzismus nach dem Rituale Romanum lateinisch gebetet habe. Bei diesen Gebeten habe es sie richtig umgeschmissen, sie sei auf ihrem Stuhl auf- und niedergehopst, habe sich verkrampft, manchmal vom Stuhl heruntergefallen oder unter dem Tisch gelegen. Zeitweise sei sie aber während des Betens wieder ganz ruhig gewesen, sie habe auch gemerkt, dass es für sie eine Hilfe war. Bei den Exorzismus-Riten seien auch ihre Familienangehörigen oder andere vom Pater hinzugezogene Pfarrer dabei gewesen, die manchmal auch Tonbandaufnahmen gemacht hätten. Sie habe immer wieder zu dem Pater hingehen wollen, manchmal zwei-, dreimal in der Woche, nach etwa einem halben Jahr habe der "Dämon in ihr" angefangen zu sprechen, sie sei nicht mehr Herr der Lage gewesen, habe gemeine Wörter gegen den Pater oder Schimpfwörter über andere Leute gebraucht, über die Schamlosigkeit der gegenwärtigen Zeit geklagt und auf die nackten Weiber, die Miniröcke und die heißen Höschen geschimpft. Nach etwa einem halben Jahr, am Fronleichnamstag, habe sie den Namen des Dämons herausgefunden: "Pluto" sei sein Name gewesen. Jedes Mal wenn der Pater den Namen genannt habe, sei der Dämon so aufgegangen, dass sie dem Pater sogar das Gebetbuch aus der Hand geschlagen, ihn angespuckt und einmal auch ihm das Kruzifix an den Kopf geworfen habe, so dass er sich in der Augenklinik habe behandeln lassen müssen. Auch seien ihre Schuhe häufig weggeflogen und als der

*Pater nach dem Grund gefragt habe, habe der Dämon geantwortet: "Damit das Dirndl nicht da reingehen brauch" (gemeint war: dass sie nicht ins Kloster gehen solle). Schließlich habe sie von drei oder vier Angehörigen bei den Gebeten festgehalten werden müssen, sie habe um sich geschlagen, mit den Händen gekratzt und die anderen in die Hände gebissen, so dass man ihr mit Lederriemen Hände und Füße habe fesseln müssen. Sie sei damit gerne einverstanden gewesen, sie habe ja gewollt, dass ihr geholfen werde. Auch zu Hause habe sie sich freiwillig im Bett festbinden lassen, ihre Angehörigen hätten Nächte durchgewacht und sie festgehalten. Ihr Schwager habe schließlich von einem Pfarrer im Österreichischen berichtet, dort sei sie dann 8 Tage später hingebbracht worden. Die ersten Tage sei es weiter schlimm gewesen, inzwischen (jetzt bei der Begutachtung ein halbes Jahr später) habe sich ihr Zustand wesentlich gebessert. Der Pfarrer dort habe nicht mehr den Exorzismus gebetet, er habe mit der Universitäts-Nervenlinik Innsbruck zusammengearbeitet, dort sei sie auch in die Ambulanz gekommen und werde ambulant betreut, erhalte aber nur homöopathische Mittel.*

*Nachdem Frau M. auf den Gedanken gekommen war, dass ihre anfallsartigen Störungen nicht auf einer Erkrankung beruhten, sondern auf die Besessenheit von einem Dämon zurückzuführen seien, entwickelte (Gutachten Prof. Mende) die Probandin das klassische Verhalten von "Besessenheit" mit Zuckungen, Erregungszuständen, Bewegungsstörungen, Schimpfwörtern, Verhöhnung sonst als heilig verehrter Objekte ("dem Heiland eine schmieren"), aggressiven Handlungen und magischem Denken. Ihr Glaube an das leibhaftige Innewohnen eines Dämons, der ihren Körper zeitweilig beherrscht, wurde von ihrer Umgebung geteilt.*

*Auch noch während der stationären Begutachtungsuntersuchung waren Zustände zu beobachten, in denen sie die Rolle der Besessenen spielte: Beim Rorschach-Test geriet sie in zunehmende Unsicherheit und Gespanntheit und warf schließlich mit lautem Aufschrei die vorletzte Tafel von sich und gebärdete sich wie ein Dämon. An einem anderen Tag sprang sie abends auf der Station in ihrem Bett herum, gab kreischend Schimpfworte von sich, streckte dem herbeigerufenen Gutachter die Hände mit krallenartig gestellten Fingern entgegen, fletschte die Zähne, verzerrte ihr Gesicht und blickte ihn mit aufgerissenen, böse funkelnden Augen an. Auf den festen Hinweis des Gutachters, nun endlich Ruhe zu geben und Rücksicht auf die Kranken der Station zu nehmen, wechselte sie abrupt ihr Verhalten, legte sich gelöst im Bett lang und meinte lächelnd, dass nun alles wieder vorbei und in Ordnung sei. Der Dämon habe sie eben wieder einmal gepackt. Im Gutachten war nicht daran zu zweifeln, dass diese Anfälle hysterische Reaktionen darstellten im Rahmen einer hysterischen Entwicklung. Zur Psychodynamik der hysterischen Fehlentwicklung spielte die Einengung und Reduktion ihres Lebens durch die epileptischen Anfälle eine Rolle, wobei auch der Krankheitsgewinn durch das Auftreten von sog. großen Anfällen evident war. Durch das Aufgreifen des Besessenheitsgedankens wurde dieser "Gewinn" noch wesentlich verdeutlicht. Das Erreichen von Popularität, der enorme Einsatz ih-*

*rer Umwelt und das Bemühen um sie mit der Herstellung von erheblichen Bindungen an verschiedene Personen, werteten bei der einfach strukturierten (HAWIE-IQ = 84) Probandin ihre eingengte soziale Stellung wesentlich auf. Für eine Geisteskrankheit, insbesondere für eine Psychose aus dem schizophhrenen Formenkreis, bestand kein ausreichender Anhalt. Zeichen einer Wesensänderung oder einer Demenz waren ebenfalls nicht festzustellen.*

## **Depersonalisationsstörung**

Obwohl nach DSM-IV die Hälfte aller Erwachsenen zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben eine einzelne kurze Episode von Depersonalisation erlebt, ist dieses Gefühl, "dem eigenen Ich fremd gegenüberzustehen" (Peters, 1990), bzw. als ob man in einem Traum oder Film leben würde oder sich wie ein Roboter fühle, nur selten mit einem Delikt verbunden. Möglicherweise liegt das an der engen Verknüpfung mit den Gefühlen von Angst und Depression (Sims 1990), die einem kriminellen Ausagieren entgegenstehen.

Während im ICD-10 das Depersonalisationssyndrom (F48.1) den "anderen neurotischen Störungen" zugeordnet wird, zählt das DSM-IV (300.6) die Depersonalisationsstörung zu den dissoziativen Störungen.

### **Fallbeispiel (GA 2142)**

#### **"Kurzfristiges Depersonalisationssyndrom"**

*Am Donnerstag, dem 23.11., erschien der 24-jährige Schlosser Helmut R. früh um 03.00 Uhr auf der Polizeiinspektion einer oberbayerischen Kleinstadt und erklärte, einen Mord gestehen zu wollen. Für die Beamten war er kein Unbekannter, da er schon im März des Jahres nach einer eifersüchtigen Auseinandersetzung mit seiner Verlobten dieser mit dem Umbringen gedroht, sie gewürgt und zum Geschlechtsverkehr gezwungen hatte, anschließend hatte er sie aufgefordert, ihn anzuzeigen, wonach er bis zum Eintreffen der Polizei angekleidet auf seinem Bett saß, abwesend wirkte, zu seinen Füßen ein Messer liegen hatte und erklärte, er habe sich gerade das Leben nehmen wollen. Bei einer früh um 08.00 Uhr entnommenen Blutprobe war aber ein Alkoholeinfluss äußerlich nicht festzustellen, die BAK betrug 0,01 Promille. Auch bei der landgerichtsärztlichen Untersuchung am Nachmittag blieb Herr R. bei seinen Angaben, wurde von dem Psychiater für glaubwürdig eingeschätzt und wiederholte auch am nächsten Tag die Selbstbezeichnung.*

*R. berichtete, dass er in der vergangenen Woche am Montag zwischen 13.00 und 14.00 Uhr im Rasthaus in der Nähe von Stuttgart ein Mädchen kennengelernt habe. Mit ihr sei er per Anhalter nach Fürstfeldbruck getrampt und von dort gegen 22.00 Uhr mit der S-Bahn zu seiner Wohnung nach X. gefahren. Bis zum Mittwoch habe er mit dem Mädchen zusammengewohnt. An diesem Mittwoch sei er mit ihr um 23.00 Uhr wieder mit der S-Bahn in Richtung Fürstfeldbruck gefahren. Während der Fahrt habe sie ihm zu verstehen gegeben, dass sie ihn verlassen werde. In S. seien sie ausgestie-*

gen, es sei zwischen ihnen zu einer Streiterei gekommen, er habe während des Wortgefechtes die Nerven verloren und das Mädchen zu Tode gewürgt. Den reglosen Körper habe er zur Amper gebracht und dort ins Wasser geworfen. In der Folgezeit habe er sich in seiner Wohnung aufgehalten. Das Mädchen habe er nur mit dem Namen "Claudia" gekannt. Sie sei etwa 20 Jahre alt gewesen, habe schulterlanges bräunliches Haar gehabt und sei mit einer schwarzen Hose und Jeansjacke bekleidet gewesen.

Er wurde daraufhin festgenommen, wiederholte am Vormittag die Angaben, reicherte sie noch durch weitere Detailschilderungen an, wie z.B. bezüglich der sexuellen Beziehungen mit Claudia, und lieferte am nächsten Tag noch weitere Details. Der Grund für seine Anzeige sei, dass er die seelische Belastung nicht mehr ertragen könne.

Erst bei einer erneuten Vernehmung am 27.11. in Anwesenheit seines Rechtsanwaltes (und des Ref.) erklärte er, er sei nun bereit, die Wahrheit zu sagen. Alles sei von ihm erfunden, er habe nie eine Claudia kennengelernt, sei nie als Anhalter in Stuttgart gewesen und habe auch kein Mädchen bei sich in der Wohnung gehabt. Bei der 4 Monate später stattgefundenen Begutachtung gab er Prof. Mende gegenüber an, er habe schon die ganzen Nächte vorher Alpträume gehabt, in denen verschiedene Gewalttätigkeiten passiert seien. Ein Traum, in dem er als Gewalttäter agiert habe, sei so lebhaft gewesen, dass er noch im Wachbewusstsein nachgewirkt habe und die Trennung zwischen Traum und Wirklichkeit für ihn vorübergehend unscharf gewesen sei. Am Abend vor dem falschen Geständnis hätten ihn seine Gedanken um den Alptraum dauernd verfolgt, er sei unsicher gewesen, ob er das nun getan habe oder nicht. Er gab andererseits auch zu verstehen, dass er mit diesem falschen Geständnis zum Ausdruck habe bringen wollen, dass er nicht mehr weiterkönnen. Er sei in einem "seelischen Tief" gewesen, da seine Ex-Verlobte, mit der er sich im Mai wieder versöhnt und bis Oktober sogar wieder zusammengelebt habe, sich erneut von ihm getrennt hatte, er drei Selbstmordversuche mit Tabletten unternommen hatte, aufgrund seiner versäumten Meldeauflagen damit rechnen musste, wieder in Haft zu kommen und auch befürchtete, dass seine neue Freundin E. Näheres über sein Vorleben erfahren würde.

Bei der psychologischen Untersuchung finden sich bei durchschnittlicher Intelligenz ungewöhnlich viele Konfabulationen im Rorschach-Test, eine ungezügelter Phantasie mit unzuverlässiger Realitätsprüfung sowie eine Mischung von hysterischen, sensitiven und depressiven Zügen.

Im psychiatrischen Gutachten wird eine depressive Persönlichkeit mit asthenisch-hysterischen Anteilen diagnostiziert und sowohl für die Vergewaltigung im März als auch für die falsche Selbstbezeichnung eine tiefgreifende depressive Reaktion und erheblich verminderte Steuerungsfähigkeit (§ 21 StGB) angenommen. Für die falsche Selbstbezeichnung sei wahrscheinlich sogar die Einsichtsfähigkeit erheblich vermindert gewesen.

## Ganser-Syndrom

Ganser machte seine Beobachtungen an Strafgefangenen (1898). Schon Kraepelin (1896) hatte über den "Gefangenenwahnsinn" geschrieben, der von depressiven Symptomen bis hin zu Größenideen reiche. Neu gegenüber den früheren Schilderungen vorgetäuschter geistiger Störungen bei Gefängnisinsassen war aber Gansers Beteuerung, dass "ohne jeden Zweifel" diese Menschen nicht etwas vortäuschen wollten, sondern "wirklich krank" seien.

Das Hauptmerkmal war die besondere Art, Fragen zu beantworten; nämlich nicht ganz falsch, sondern immer knapp daneben (Vorbeireden). Damit zeigten die Patienten aber auch, dass sie die Fragen verstanden hatten. Unter Gansers Beispielen war ein Mann, der auf entsprechende Fragen u.a. angab, dass er 11 Finger habe, ein Pferd drei Beine und ein Elefant fünf Beine habe.

Weiterhin zählte Ganser noch drei weitere Beispiele auf, nämlich

- hysterische Konversionssymptome
- verändertes Bewusstseinsniveau
- gelegentliche optische und akustische Pseudohalluzinationen, die nach der Genesung nicht mehr erinnert werden

Während Nissl (1902) dieses Syndrom der Schizophrenie zuschrieb, beharrte Ganser auf der hysterischen Grundlage. Im Gegensatz zu den organischen Störungen, wo die elementaren Kenntnisse erhalten bleiben, sei bei aller Wandelbarkeit dieser hysterischen Gestaltungen dieser Ausfall von Bedeutung.

Obleich in der Fachliteratur oft die Möglichkeit diskutiert wird, dass das Ganser-Syndrom die bewusste Simulation einer Geistesstörung sei, nimmt man heute überwiegend eine unbewusste (Enoch 1990) oder zumindest "dicht unter der Bewusstseinschwelle ablaufende Wunsch- und Zweckreaktion" (Peters 1990) an. Von der Simulation unterscheiden sich diese Personen darin, dass sie offenbar kein anderes Ziel haben, als die "Patientenrolle" anzunehmen, während bei den Simulanten ein ganz bestimmtes und jeweils den äußeren Umständen angepasstes Ziel zu erkennen ist. Der "klassische" Ganser-Zustand reicht von ein paar Tagen bis hin zu einigen Wochen und geht spontan verloren; wobei im Nachhinein die Patienten bei der Konfrontation mit ihren Antworten meist selbst über die Absurdität lachen müssen.

Die Störung wird als selten vorkommend eingeschätzt; unter 800 US-Strafgefangenen fanden sich 50 Fälle (6,2%), ein gleich hoher Anteil wurde bei 1000 psychiatrischen Zugängen gezählt (Weiner und Braiman 1955).

In unserer Gutachtenspraxis sind diese Bilder selten geworden und eher bei Probanden aus dem südeuropäischen Raum anzutreffen.

### Fallbeispiel (GA 6556)

Der 41-jährige albanische Betriebswirt Ali M. wird beschuldigt, an einem Aprilmittwoch im Asylantenwohnheim den dort von ihm aufgesuchten Suleyman D. mit einem Messerstich so verletzt zu haben, dass dieser verstarb. Nach den Zeugenaussagen der Mitbewohner waren beide Personen "wie Brüder", hätten zwar oft über die Politik der albanischen Regierung gegenüber den Kosovo-Albanern diskutiert, hätten aber nie gestritten. Nur der Bruder des Opfers glaubt, M. habe nur deswegen einen Asylantrag gestellt, um seinen für die Demokratiebewegung in Jugoslawien tätig gewesenem Bruder zu bespitzeln und umzubringen. Die Schwester des Täters hingegen gab an, dass M. im Kosovo politisch tätig und von der serbischen Polizei verfolgt und misshandelt worden sei. Seit gut einem Jahr sei er insofern auffällig, als er von einem Moment zum anderen, gerade noch ruhig und normal sich verhaltend, plötzlich ins andere Extrem fallen könne, den Bezug zur Realität verliere und sich hier von der Polizei mit Kameras beobachtet fühle.

Noch am Nachmittag erschien M. blutverschmiert auf der Polizeiwache, legte ein blutbeflecktes Messer vor und gab mit Gesten zu verstehen, dass durch das Messer Blut auf seine Hände und Kleidung gekommen sei. Er räumte ein, jemanden umgebracht zu haben, und antwortete auf die Frage, wie er sich jetzt fühle: "Wie fühlt man sich, wenn man jemand umgebracht hat?" Er habe den Verstorbenen gekannt, sei auf sein Zimmer gegangen, sie hätten über die politische Situation gesprochen, er habe die von D. aufgelegte Musik kritisiert, dieser habe ihn an den Genitalien gepackt und trotz Aufforderung nicht losgelassen, deswegen habe er auf ihn eingestochen, wie oft, wisse er nicht.

Wegen Suiziddrohungen drei Monate später in die Psychiatrische Abteilung einer anderen JVA verlegt, gab er dort bei der Aufnahme an, nicht mehr sprechen zu können, machte auch nach Aufforderung des Arztes, die Zunge zu zeigen, den Mund nicht auf, sondern hielt ihn krampfhaft verschlossen. Nach Behandlung mit Decentan und Truxal wurde er im Lauf der Zeit ruhiger und ausgeglichener und nach drei Monaten auf eigenen Wunsch wieder in die frühere Haftanstalt zurückverlegt.

Bei der psychiatrischen Begutachtung einen Monat später war er wenig kooperativ, klagte über Kopfschmerzen, wusste angeblich nicht, wann er das Abitur abgelegt, sondern nur, dass er zwei Jahre an einer Fachhochschule studiert habe und das Studium wegen politischer Verfolgung habe abbrechen müssen. Seit dem Vorfall habe er das Gefühl, jemand stehe hinter seinem Rücken, packe ihn am Hals, er habe ein Summen im Kopf, höre mehrere Stimmen, von denen er nicht angeben könne, ob sie männlich oder weiblich seien. Er wisse jetzt nichts mehr davon, auf einen anderen eingestochen zu haben, und auch nicht, wer das Opfer gewesen sei und wie es ausgesehen habe. Er trage keine Schuld.

Bei der testpsychologischen Untersuchung antwortete er meist auf Fragen wie nach dem Wochentag oder dem heutigen Da-

tum stereotyp mit "Ich weiß nicht" (Mini Mental State nur 12 Punkte), gab an, ein Hund habe 3-4 Beine, konnte nicht ein einziges Mal von 100 die Zahl 7 abziehen, erinnerte kein einziges Zeichen im REY-Simulationstest und erklärte am zweiten Tag schriftlich, er habe über Nacht das Sprechen verlernt. Am Vortag konnte er noch mit recht differenzierten Ausführungen sein Unvermögen, sich zu konzentrieren, begründen.

Im Gutachten werden keine Belege für eine Psychose, hirnorganische oder sonstige Störung auf psychiatrischem Gebiet zum Tatzeitpunkt gefunden und ein überschießendes Reagieren aufgrund eines akuten Angst- und Schreckerlebens mit späterem Ganser-Syndrom in Betracht gezogen, ohne dass zuverlässige Hinweise für eine Beeinträchtigung der Einseh- oder Steuerungsfähigkeit zu erkennen gewesen wären.

### Dissoziative Fugue (vormals psychogene Fugue)

Dieses abrupte Weglaufen von zu Hause oder vom gewohnten Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine gesamte oder an Teile der Vergangenheit zu erinnern mit Verwirrung über die eigene Identität oder gar Annahme einer neuen Identität (DSM-IV), wird im ICD-10 auch zu den "pseudoneurologischen" Symptomen gezählt (Malchow 1995).

Ein eigener Fall kann nicht berichtet werden, doch finden sich bei dem weiter oben geschilderten Grenzpolizisten, der nach seinem Autounfall konfus und "ohne Bewusstsein" durch den Wald irrte, Anteile dieser Störung.

### Dissoziative Identitätsstörung (vormals „multiple Persönlichkeitsstörung“)

Sich an unterschiedlichen Orten und zu unterschiedlichen Zeitpunkten als ein Anderer zu erleben, gehört zu den grundlegenden Erfahrungen, die wir alle kennen, genauso wie das Wissen um die mögliche Diskrepanz zwischen innerem und äußerem Selbst ("persona"). Berne hatte 1964 große Resonanz mit seiner Aufteilung in Kindheits-Ich, Erwachsenen-Ich und Eltern-Ich. Unter den Personen mit wechselnder Identität wurden vor allem Künstler und Schriftsteller wie Picasso, Dali, Proust oder Mailer aufgezählt. Woody Allen stellt in "Zelig" die Extremform des außenbestimmten Konformisten dar, der sich seine Identität von der jeweiligen Bezugsgruppe ausleiht. Auch mit dem Annehmen anderer Namen versuchen Menschen, sich eine neue Identität zu verschaffen; bekannt ist Stevensons "Dr. Jekyll and Mr. Hyde" ("The kindly, respected Dr. Henry Jekyll would 'hide' his evil side by the creation of Edward Hyde" [Slovenko 1999]). Im Iwan Karamasow stellt Dostojewski den Konflikt zwischen dem guten und dem bösen Selbst dar. Insofern waren solche alternierenden oder "multiplen" Persönlichkeiten in der Psychiatrie ein geläufiges und bis 1910 viel diskutierte Phänomen, das aber bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts als seltene Form der Hysterie galt. Bis zum Erscheinen der späteren Kultbücher "The Three Faces of Eve" (Thigpen und Cleckley 1957) und "Sybil" (Schreiber 1973) gab es nur 75 Berichte über multiple Persönlichkeiten (MPD: Multiple Personality Disorder).

Inzwischen (1999) zählt man nach einer Epidemie an Veröffentlichungen ca. 40 000 solcher Diagnosen. Da sie fast alle in den USA vergeben wurden, nahm sie das ICD zunächst gar nicht auf, erst im ICD-10 heißt es: "Diese Störung ist selten und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kulturspezifisch ist." Wie häufig man diese Störung vorfindet, hängt stark davon ab, ob man eine enge oder weite Definition zulässt, d.h. ob zwischen den verschiedenen Persönlichkeiten bezüglich Erinnerung, Verhaltensweisen und Vorlieben keine Verbindungen bestehen (*Nedopil 1996*) oder, wie es im ICD-10 heißt, die eine sich der Existenz der anderen *fast* (Hervorhebung J.W.) niemals bewusst ist. Während *Slovenko* (1999) sarkastisch meint, dass die große Mehrzahl der Personen mit MPD-Diagnose vor Beginn ihrer Psychotherapie keine diesbezüglichen Symptome gezeigt hätte, sprechen Rorschach-Untersuchungen, die mit bestimmten "Markern", unabhängig von den möglichen externen Bias, immerhin 94% der MPD-Patienten identifizieren konnten, gegen die Unterstellung, es handle sich um eine artifizielle Diagnose (*Leavitt und Labott 1998*).

Da wir bei kritischer Rückbesinnung auf eine enge Grenzziehung keine Kasuistik bieten können, verweisen wir auf die glaubhaften Falldarstellungen von *Pfeifer et al.* (1994).

## Literatur

- Beck, T.R. (1829) Elements of Medical Jurisprudence. Edinburgh, Londman Rees.
- Berne, E. (1964) Games People Play: The Psychology of Human Relationships. New York, Grove Press
- Bradford, H., Smith, S. (1979) Amnesia and homicide: the Podola case and a study of 30 cases. Bulletin American Academy of Psychiatry and Law 11: 159-169.
- Breuer, J., Freud, S. (1895) Studien über Hysterie. Leipzig, Deuticke.
- Brown, D., et al. (1999) Recovered memories: the current weight of the evidence in science and in the courts. The Journal of Psychiatry & Law 27 (Spring): 5-156
- Delbrück, A. (1891) Die pathologischen Lügner und die psychisch abnormen Schwindler. Stuttgart, Enke.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. (Hrsg.) (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Bern-Göttingen-Toronto, Huber.
- Dostojewski, F. (1879/80): Die Brüder Karamasow. Stuttgart, Manesse (1994)
- Ellenberger, H. (1973): Die Entdeckung des Unbewußten. Bern-Stuttgart-Wien, Huber.
- Enoch, D. (1990) Hysteria, malingering, pseudologia fantastica, Ganser syndrome, prison psychosis and Münchhausen's syndrome. In: R. Bluglass, P. Bowden (eds): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh, Churchill Livingstone: 807-818.
- Erkwoh, R.S., Saß, H. (1993) Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzeptionen im neuen Gewande. Nervenarzt 64: 169-174.
- Ganser, S.J.M. (1898) Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten 30: 633-640.
- Gunn, J. et al (1993) Deception, Self-deception and Dissociation. In: J. Gunn, P. Taylor (eds): Forensic Psychiatry. Oxford, Butterworth-Heinemann: 407-434
- Haslam, H. (1817) Medical Jurisprudences, as it relates to Insanity according to the Law of England. London, J. Hunter.
- Hopwood, J.S., Snell, H.K. (1933) Amnesia in relation to crime. Journal of Mental Science 79: 27-41
- Janet, P. (1889) L'Automatisme psychologique. Paris, Alcan
- Kempe, R.S. et al. (1962) The battered child syndrome. Journal of the American Medical Association 181: 17-24.
- Kennedy, A. Neville, J. (1957) Sudden loss of memory. British Medical Journal ii: 428-433
- Kraepelin, E.W. (1896) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5. Aufl., Leipzig, Barth.
- Leavitt, F., Labott, S. (1998) Rorschach Indicators of Dissociative Identity Disorders: Clinical Utility and Theoretical Implications. Journal of Clinical Psychology, Vol. 54 (6): 803-810
- Leonhard, K. (1976) Akzentuierte Persönlichkeiten. 2. Aufl. Stuttgart, Gustav Fischer
- Lishman, W.A. (1987) Organic Psychiatry. Oxford, Blackwell.
- Nedopil, N. (1996) Forensische Psychiatrie. Stuttgart, Thieme.
- Nietzsche, F. (1886) Jenseits von Gut und Böse. In: K. Schlechta (1973): Werke, 3 Bände, München, Hanser, II, 652
- Nissl, F. (1902) Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralbulletin Nervenkrankheiten 3: 2.
- Peters, U. (1990) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie (4. Aufl.). München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg.
- Pfeifer, S. et al. (1994) Störung mit multipler Persönlichkeit. Nervenarzt 65: 623-627.
- Rosenhan, D.L. (1973) On being sane in insane places. Science 179: 250-258.
- Saß, H. (1983) Affektdelikte. Nervenarzt 54: 557-572.
- Saß, H., Koehler, K. (1984) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III. Weinheim, Beltz.
- Saß, H., H.-U. Wittchen, M. Zaudig (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe.
- Schreiber, F. (1973) Sybil. In: Slovenko (1999): 231.
- Sims, A. (1990) The phenomenology of neurosis. In: R. Bluglass, P. Bowden (eds.): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh, Churchill Livingstone: 369-379.
- Slovenko, R (1999) Commentary: The Production of Multiple Personalities. The Journal of Psychiatry & Law 27 (Spring): 215-253.
- Spitzer, C., Freyberger, H. (1997) Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störungen. Psychotherapie, 2./Bd. 2, H. 2: 83-90.
- Stübner, S. et al. (1998) Zur Differentialdiagnose der dissoziativen Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung). Nervenarzt 69: 440-445.
- Taylor, P.J., Kopelman, M.D. (1984) Amnesia for criminal offenses. British Journal of Psychiatry 14: 581-588.
- Thippen C., Cleckley, H. (1957) The Three Faces of Eve. In: Slovenko (1999): 231.
- Thomas, W. (2000) Karl May und dissoziative Identitätsstörung. Internet: karl-may-stiftung.de/did2html.
- van der Schaar, P. (1964) Dynamik der Pseudologie. München, Basel, Reinhardt.
- Weiner, H., Braiman, A. (1955) The Ganser Syndrome. American Journal of Psychiatry 111: 767-774.
- Wittchen, H.U., Saß, H., Zaudig, M., Koehler, K. (1989) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-III-R. Weinheim und Basel, Beltz.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Joachim Weber  
 Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU München  
 Abteilung für Forensische Psychiatrie  
 Nußbaumstraße 7 - 80336 München  
 Tel.: 089- 5160-2724  
 Fax : 089- 5160 3398  
 e-mail: jweber@psy.med.uni-muenchen.de