



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Zu diesem Buch

Die »Dissoziative Identitätsstörung« (DIS, Multiple Persönlichkeitsstörung) wird in der Psychotherapie übereinstimmend auf schwere emotionale, körperliche und sexuelle Gewalterfahrung in der frühen Kindheit zurückgeführt. Psychotherapeuten fühlen sich bei diesem Störungsbild, das mehrere Hunderttausend der Bevölkerung betrifft, oft unsicher in Diagnose und Therapie. Die Expertenempfehlungen im Buch repräsentieren den heute aktuellen Standard in der Behandlung der DIS. Ausführliche Praxisbeispiele sorgen für Anschaulichkeit und Praxisnähe.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Ursula Gast
Gustav Wirtz (Hrsg.)

Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen

Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele

Klett-Cotta

Leben Lernen 342

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2016 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Jutta Herden, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © Anton Petrus/Adobe Stock

Satz: Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-89314-4

E-Book ISBN 978-3-608-12149-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20617-3

Zweite, vollständig überarbeitete Auflage, 2022

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

Vorwort der deutschen Autoren	9
Vorbemerkung	13
Einleitung	17
1 Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen	
Epidemiologie, klinische Diagnose und diagnostische Verfahren	19
Diagnostische Kriterien für die Dissoziative Identitätsstörung (DIS)	21
Dissoziation: Terminologie und Definitionen	23
Dissoziierte Persönlichkeitsanteile: konzeptuelle Fragen und physiologische Manifestation	24
Physiologische Unterschiede zwischen den Persönlichkeitsanteilen	26
Theorien der Entwicklung von DIS	27
Das diagnostische Gespräch	32
Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung	34
Diagnostische Messinstrumente für DIS	35
Strukturierte Interviews	35
Selbstbeurteilungsfragebögen	37
Screening-Instrumente	38
Weitere psychologische Tests	39
Differenzialdiagnose und Fehldiagnose von DIS	40
Somatoforme Komorbidität bei DIS	43
Behandlungsüberlegungen	44

2 Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen	
Behandlungsziele und -ergebnisse	48
Integriertes Funktionieren als Behandlungsziel	48
Behandlungsergebnis, Behandlungsverlauf und Kosteneffizienz für DIS	52
3 Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen	
Der phasenorientierte Behandlungsansatz	54
Phase 1: Herstellung von Sicherheit, Stabilisierung und Symptomreduktion	56
Sicherheitfragen und der Umgang mit Symptomen	57
Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen	61
Vertrauen und das therapeutische Bündnis	64
Phase 2: Konfrontation, Durcharbeiten und Integration traumatischer Erinnerungen	66
Phase 3: Integration und Rehabilitation	71
4 Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen	
Behandlungsmodalitäten	73
Ambulanter Behandlungsrahmen	73
Verfahren, Methoden und Techniken in der Behandlung von DIS	76
Stationäre Behandlung	79
Teilstationäre Behandlungen oder betreutes Wohnen	82
Gruppentherapie	82
Pharmakotherapie	84
Hypnose als Hilfsmittel zur Psychotherapie	94
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	99

Expressive Therapien und rehabilitative Behandlungsmethoden	104
Sensumotorische Psychotherapie	106
Elektrokrampftherapie (EKT)	107
Pharmakologisch gestützte Gespräche	108

5 Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen

Spezielle Behandlungsfragen	110
Aufklärungspflicht und Einwilligung	110
Therapeutischer Rahmen und therapeutische Grenzsetzung bei DIS-Patient(inn)en	111
Behandlungsrahmen	111
Körperkontakt mit Patient(inn)en	114
Validität von Patientenerinnerungen an Kindesmissbrauch	115
Missbrauch durch organisierte Gruppen	118
Publikation und Interaktion mit den Medien	120
Spiritueller, religiöser und philosophischer Bezugsrahmen von Patient(inn)en	121
DIS-Patient(inn)en als Eltern	123

Schlussfolgerungen..... 125

6 Therapeutische Gratwanderung zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit bei der Dissoziativen Identitätsstörung

Klinisches Erscheinungsbild	127
Fallbeispiel Frau C., Erstgespräch	129
Fallbeispiel Frau B., 35 Jahre alt, Erstgespräch	134
Behandlung: Stabilisierungsphase	136
Fallbeispiel Frau C., Stabilisierungsphase	137
Fallbeispiel Frau B.	139

Traumakonfrontation	143
Fallbeispiel Frau C., Traumakonfrontation	144
Fallbeispiel 2, Frau B., Traumakonfrontation	145
7 Eine schwierige, aber wichtige Differenzialdiagnose: Dissoziative Identitätsstörung und Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum – eine Fallvignette	147
8 Berichtbeispiel zum Erstantrag	163
Spontanangaben der Patientin	163
Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung.....	166
Familienanamnese	166
Körperliche und psychische Entwicklung	167
Soziale Entwicklung	167
Krankheitsanamnese	167
Psychischer Befund	168
Somatischer Befund	169
Psychodynamik	169
Neurosenpsychologische Diagnosen	170
Behandlungsplan und Zielsetzung	171
Prognose der Psychotherapie	172
Literatur (Originalversion)	173
Literatur (deutsche Bearbeitung)	191
Kontaktadressen	198

Vorwort der deutschen Autoren

Liebe Leserinnen und Leser,

die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) bzw. Multiple Persönlichkeitsstörung gilt als Traumafolgestörung aufgrund schwerer Kindesmisshandlung. Mit Prävalenzschätzungen von $\approx 1,5\%$ in der Bevölkerung¹ ist sie zudem eine häufige Erkrankung. Bislang wird die Diagnose nur selten gestellt, zumal ihr immer noch der Makel von Unseriosität und Modediagnose anhaftet². Die Akzeptanz des Störungsbildes ist jedoch Voraussetzung dafür, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten von den vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten profitieren können. Die vorliegende Expertenempfehlung will hierzu einen Beitrag leisten. Sie zielt darauf ab, die Diagnostik und Behandlung der DIS zu verbessern und Klinikern hierbei eine umfassende Orientierung anzubieten. Darüber hinaus möchten wir mit diesem Buch einen Impuls zum fundierten wissenschaftlichen Diskurs über die DIS geben und die Entwicklung entsprechender Leitlinien als bewährtes Mittel der Qualitätssicherung anregen.

Die Expertenempfehlung wurde 1994 erstmals von der ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) erstellt und mehrfach überarbeitet. Die aktuelle, bereits 3. Version der Guidelines, an der die Erstautorin (U. G.) mitwirkte, erschien 2011 im Journal of Trauma and Dissociation. Sie fokussiert besonders auf

¹ APA 2013, S. 294, Falkai & Wittchen S. 402.

² Hierzu trägt auch der Begriff »Multiple Persönlichkeitsstörung« (MPS) in der ICD-10 bei, ebenso die dortige Beschreibung der Störung als selten und möglicherweise iatrogen und kulturspezifisch. ICD-11 übernimmt den Begriff »Dissoziative Identitätsstörung«. WHO (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Retrieved from <https://icd.who.int/en>

die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und ihrer Subformen, die der DIS ähnlich sind (»Fast DIS«; engl. »Almost-DID«)³. Bei dieser Subform ist die Dissoziation zwar weniger schwer, doch profitiert sie in gleicher Weise von den störungsspezifischen Interventionen. Dies gilt auch für die ICD-11 -Diagnosen: Neben dem Vollbild der DIS ist zusätzlich die Diagnose der Partiellen DIS vorgesehen, deren Kriterien der »Fast-DIS« sehr nahekommen⁴.

Die deutsche Übersetzung und Überarbeitung der Guidelines als Expertenempfehlung erfolgte in der Arbeitsgruppe »Dissoziative Störungen« der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Allen Kolleginnen und Kollegen, die daran mitgewirkt haben (Uta Blome-Hennig, Ute Bluhm-Dietsche, Christian Firus, Ingrid Fuchs, Astrid Lampe, Reka Markus, Helmut Rießbeck, Frauke Rodewald, Martina Rudolph, Julia Schellong, Thomas Starzinski, Cornelia Sturz, Claudia Wilhelm-Gößling, Matthias Vogel und Wiebke Voigt), sei dafür ganz herzlich gedankt, ebenso dem Vorstand der DeGPT für die Unterstützung der Arbeitsgruppe. Wir danken auch der Deutschen Gesellschaft für Trauma und Dissoziation (DGTD), die die Übersetzung der 2. Version der Guidelines von Michaela Huber et al. von 2006 zur Verfügung stellte.

Im Februar 2014 wurde die Übersetzung der Expertenempfehlung im Rahmen eines entsprechenden Themenheftes im Journal Trauma & Gewalt publiziert. Aufgrund der großen Nachfrage war dieses Themenheft rasch vergriffen. Umso mehr freuen wir uns, dass der Klett-Cotta Verlag die Expertenempfehlung nun – ergänzt um Kapitel 6 bis 8 – auch als Buch herausgibt und damit einem größeren Leserkreis zur Verfügung stellt. Dafür danken wir Herrn Kleffner und vor allem Frau Christine Tremml-Begemann für die verlegerische Betreuung.

3 Im DSM-IV wurde diese Subform als »Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störungen« (NNBDS), Typ 1b bezeichnet, im DSM-5 als »Andere Näher Bezeichnete Dissoziative Störung«, die einer F44.89-Codierung in der ICD-10-CM entspricht, siehe hierzu Falkai & Wittchen 2015, S. 418f.

4 WHO (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Retrieved from <https://icd.who.int/en>

Wie können Sie dieses Buch nutzen und lesen?

Die Expertenempfehlungen enthalten sehr kompakte Informationen. Jedes Kapitel steht für sich und kann unabhängig von den anderen gelesen werden. Die Kapitel sind in thematische Abschnitte untergliedert, deren Inhalte aus den Überschriften ersichtlich werden – so können Sie sich auch Stichworte herausgreifen und bestimmte Abschnitte gründlicher lesen. Wenn Sie eher an klinischen Fällen interessiert sind, können Sie Kapitel 6–8 vorziehen und bestimmte Themen in den vorhergehenden Kapiteln der Expertenempfehlung vertiefen.

Im *Vorwort* der Originalausgabe wird die Entstehungsgeschichte der internationalen Expertenempfehlung (und der deutschen Übersetzungen) dargestellt. Die *Einleitung* beschreibt den »State-of-the-Art«-Charakter der Empfehlung, die als Ergänzung zu den sonst allgemein akzeptierten Prinzipien der Psychotherapie und Pharmakotherapie komplexer Traumafolgeerkrankungen verfasst wurde. In Kapitel 1 (*Epidemiologie, klinische Diagnose und diagnostische Verfahren*) wird die verbreitete Fehlannahme korrigiert, die DIS sei eine seltene Erkrankung mit dramatischem und floridem Erscheinungsbild. Sie zeigt stattdessen ein psychopathologisches Syndrom aus dissoziativen, posttraumatischen und unspezifischen Symptomen. Kapitel 2 (*Behandlungsziele und -ergebnisse*) betont das integrierte Funktionieren als zentrales Behandlungsziel und die Notwendigkeit, dissoziierte Persönlichkeitsanteile aktiv in die Therapie einzu beziehen. Kapitel 3 beschreibt den *Phasenorientierten Behandlungsansatz* mit Errichten von Sicherheit, Stabilisierung und Reduktion der Symptome in der ersten Phase vor Konfrontation und Integration. Kapitel 4 (*Behandlungsmodalitäten*) benennt – neben anderen Settings – die ambulante Einzeltherapie als wichtigstes Element in der DIS-Behandlung. Es wird zudem auf die pharmakologische Behandlung eingegangen, ebenso auf Hypnose, EMDR und Expressive Verfahren. In Kapitel 5 (*Spezielle Behandlungsfragen*) wird auf die Notwendigkeit eines stabilen Rahmens sowie das erhöhte Risiko für Grenzverletzungen aufmerksam gemacht. Es wird auch auf Validitätsfragen bei Trauma-Erinnerungen sowie auf Probleme bei Miss-

brauch durch organisierte Gruppen eingegangen. Das originale, umfassende Literaturverzeichnis wurde durch deutschsprachige Publikationen ergänzt.

Kapitel 6 (U. G.) fasst die Kernaussagen zur Behandlung der DIS und »Fast-DIS« bzw. Partiellen DIS nochmals zusammen und veranschaulicht sie mit Fall-Vignetten. Kapitel 7 (G. W.) beschreibt einen vermutlich nicht ganz untypischen klinischen Verlaufsbericht im stationären Setting einer Patientin, bei dem wichtige Weichenstellungen zur Dissoziationsdiagnostik und Behandlung zunächst veräußert wurden, um darzustellen, wo die Fallstricke in der Diagnostik liegen und wie wichtige Differenzialdiagnosen abgegrenzt werden können. In Kapitel 8 (U. G.) finden Sie einen Beispiel-Bericht, der im Rahmen eines Richtlinien-Psychotherapie-Verfahrens erstellt wurde. Oft sprengen die notwendigen Behandlungskontingente die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinien. Im Abschlussbericht des »Runden Tisches sexueller Kindesmissbrauch« werden Therapeuten dazu aufgefordert, Verlängerungen über die Höchstgrenzen hinaus konsequenter zu nutzen (Abschlussbericht 2011, Anlage 01). Gleichwohl bleibt dies ein mühsamer und wenig lukrativer Weg.

Wir hoffen, dass wir Sie als Therapeutinnen und Therapeuten davon überzeugen können, dass die Behandlung der DIS-Patientinnen und -Patienten auf solidem wissenschaftlichen Boden steht. Darüber hinaus möchten wir Sie gewinnen, sich dafür einzusetzen, bestehende Barrieren bei der Behandlung der DIS-Patientinnen und -Patienten gemeinsam abzubauen. Und schließlich möchten wir Sie dazu ermutigen, sich auf die befriedigende und persönlich bereichernde Aufgabe einzulassen, dissoziierte Patientinnen und Patienten auf ihrem Genesungsweg zu begleiten. Unsere Hochachtung vor dem Mut der Patientinnen und Patienten, unser Staunen und unser Beschenktsein dadurch, dass sie sich trotz schwerer vorhergehender Vertrauensbrüche unserer Begleitung anvertrauen, ist die Triebfeder zu diesem Buch.

Ursula Gast
Gustav Wirtz

Vorbemerkung

Die in Kapitel 1 bis 5 dargestellten »Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen« folgen als deutsche Übersetzung der 3. Bearbeitung den Ausführungen der »International Society for the Study of Trauma and Dissociation«⁵

1994 übernahm die International Society for the Study of Dissociation (ISSD, vorherige Bezeichnung der ISSTD) die Erarbeitung von Expertenempfehlungen zur Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung) von Erwachsenen. Diese Empfehlungen müssen allerdings auf aktuelle Entwicklungen reagieren können und bedürfen deshalb der ständigen Überarbeitung. Eine erste Überarbeitung der Expertenempfehlung wurde vom ISSD Standards of Practice Committee vorgeschlagen und 1997 nach vielen Kommentaren der ISSD Mitgliedschaft vom ISSD Executive Council angenommen. Die zweite Überarbeitung wurde unter Einbeziehung von Expertenwissen einer Task-Force – bestehend aus Therapeuten und Forschern – in Auftrag gegeben und 2005 bewilligt. Die aktuelle Überarbeitung wurde 2009 und 2010 nach einer offenen Umfrage unter der Mitgliedschaft von einer neuen Arbeitsgruppe angefertigt.⁶

⁵ Das Copyright liegt bei der International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 8400 Westpark Drive, Second Floor, MacLean, VA 22102. Autoren und Verlag danken Reinhild Draeger-Muenke und Therese Clemens für die Vermittlung sowie Lynette S. Danylchuk und dem gesamten ISSTD-Vorstand.

⁶ *Mitglieder des 1997 Standards of Practice Committee*

Peter M. Barach, PhD (Chair), Elizabeth S. Bowman, MD, Catherine G. Fine,

Die jetzige Version der Expertenempfehlung fokussiert besonders auf die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und derjenigen Formen Nicht näher bezeichneter Dissoziativer Störungen (NNBDS), die der DIS ähnlich sind. Sie versteht sich als praktischer Leitfaden im Umgang mit erwachsenen Patienten und stellt eine Synthese des derzeitigen Forschungsstands und umfassender klinischer Erfahrung dar.

Expertenempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von dissoziativen Symptomen bei Kindern und Jugendlichen (Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents; ISSD, 2004) sind über die ISSTD erhältlich und wurden ebenfalls veröffentlicht (*Journal of Trauma & Dissociation*. 2005, 119–150)⁷. Die American Psychiatric Association hat zudem praktische Empfehlungen für die Behandlung von Patienten

PhD, George Ganaway, MD, Jean Goodwin, MD, Sally Hill, PhD, Richard P. Kluft, MD, Richard J. Loewenstein, MD, Rosalinda O'Neill, MA, Jean Olson, MSN, Joanne Parks, MD, Gary Peterson, MD, and Moshe Torem, MD

Mitglieder der 2005 Guidelines Revision Task-Force

James A. Chu, MD (Chair), Richard Loewenstein, MD, Paul F. Dell, PhD, Peter M. Barach, PhD, Eli Somer, PhD, Richard P. Kluft, MD, Denise J. Gelinas, PhD, Onno van der Hart, PhD, Constance J. Dalenberg, PhD, Ellert R.S. Nijenhuis, PhD, Elizabeth S. Bowman, MD, Suzette Boon, PhD, Jean Goodwin, MD, Mindy Jacobson, ATR, Colin A. Ross, MD, Vedat Şar, MD, Catherine G. Fine, PhD, A. Steven Frankel, PhD, Philip M. Coons, MD, Christine A. Courtois, PhD, Steven N. Gold, PhD, and Elizabeth Howell, PhD

Mitglieder der 2010 Guidelines Task-Force

James A. Chu, MD (Chair), Paul F. Dell, PhD, Onno van der Hart, PhD, Etzel Cardeña, PhD, Peter M. Barach, PhD, Eli Somer, PhD, Richard J. Loewenstein, MD, Bethany Brand, PhD, Joan C. Golston, DCSW, LICSW, Christine A. Courtois, PhD, Elizabeth S. Bowman, MD, Catherine Classen, PhD, Martin Dorahy, PhD, Vedat Şar, MD, Denise J. Gelinas, PhD, Catherine G. Fine, PhD, Sandra Paulsen, PhD, Richard P. Kluft, MD, Constance J. Dalenberg, PhD, Mindy Jacobson-Levy, ATR, Ellert R.S. Nijenhuis, PhD, Suzette Boon, PhD, Richard A. Chefetz, MD, Warwick Middleton, MD, Colin A. Ross, MD, Elizabeth Howell, PhD, Jean Goodwin, MD, Philip M. Coons, MD, A. Steven Frankel, PhD, Kathy Steele, MN, CS, Steven N. Gold, PhD, Ursula Gast, MD, Linda M. Young, MD, and Joanne Twombly, MSW, LICSW

⁷ Die Version der ISSD-Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche aus dem Jahr 2000 ist auch in deutscher Übersetzung verfügbar (Eckers, 2001; abgedruckt in Huber, 2003).

mit Akuter Belastungsstörung (ABS) und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) veröffentlicht. Auch diese sollten für die Behandlung von DIS zu Rate gezogen werden.⁸

Anmerkungen zur deutschen Übersetzung⁹

Hinsichtlich der Übersetzung verschiedener Fachbegriffe wurden folgende Lösungen gewählt: In der amerikanischen Originalversion wird zumeist der Begriff »clinician« verwendet, der unterschiedliche Berufsbezeichnungen umfasst, so z. B. Arzt bzw. Ärztin, Diplompsychologe bzw. Diplompsychologin, Facharzt bzw. -ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt bzw. -ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische(r) Psychotherapeut(in) etc. In der deutschen Übersetzung wird hier der einheitliche Begriff »Psychotherapeut(in)« oder »Therapeut(in)« gewählt.

Im Plural wird statt der Schreibweise Patienten/Patientinnen, Klienten/Klientinnen usw. die Schreibweise »Patient(inn)en« bevorzugt. Da die meisten DIS-Patient(inn)en weiblich sind – ebenso die meisten Therapeut(inn)en –, wurde im Singular stets die weibliche Form gewählt.

8 Für den deutschsprachigen Raum liegen eigene Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor (Schäfer, I. et al. (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Posttraumatische Belastungsstörung – AWMF. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf

9 Die Übersetzung ins Deutsche und Bearbeitung der 2005 Guidelines erfolgte von Michaela Huber (federführend), Thorsten Becker, Brigitte Bosse, Ursula Gast, Helga Mattheß, Stefan Mennemeier, Bettina Overkamp, Luise Reddemann, Frauke Rodewald, Claudia Wilhelm-Gößling und Sylvia Wintersperger. Die Übersetzung ins Deutsche und Bearbeitung der 2010 Guidelines erfolgte von Ursula Gast und Gustav Wirtz in Zusammenarbeit mit Uta Blome-Hennig, Ute Bluhm-Dietsche, Christian Firus, Ingrid Fuchs, Astrid Lampe, Reka Markus, Helmut Rießbeck, Frauke Rodewald, Martina Rudolph, Julia Schellong, Thomas Starzinski, Cornelia Sturz, Claudia Wilhelm-Gößling, Matthias Vogel und Wiebke Voigt im Rahmen der Arbeitsgruppe Dissoziative Störung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPt).

In der amerikanischen Originalversion wird bei der DIS/DDNOS Typ I in Anlehnung an das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) der Begriff »alternate identities« verwendet. In der Übersetzung wird hierfür der Ausdruck »dissoziierte Persönlichkeitsanteile«¹⁰ benutzt. Außerdem wurden die amerikanischen Quellenangaben z.T. in Fußnoten durch wichtige deutsche Veröffentlichungen und Angaben ergänzt. Dies betrifft beispielsweise verfügbare Behandlungsempfehlungen für verschiedene Störungsbilder sowie Bezugsquellen für die Diagnoseinstrumente.

10 Der Begriff wurde in Anlehnung an Van der Hart et al. (2006) gewählt (»dissociative part of the personality«, S. 4) und aus der deutschen Übersetzung von 2008 übernommen (»dissoziierte Persönlichkeitsanteile, S. 20): siehe Van der Hart et al. (2006), die deutsche Ausgabe (Van der Hart & al., 2008) sowie Nijenhuis & Van der Hart (2011).

Einleitung

Während der letzten 30 Jahre wurden große Fortschritte bei der Diagnostik, Erfassung und Behandlung dissoziativer Störungen gemacht. Dies drückt sich u. a. in der wachsenden klinischen Anerkennung dissoziativer Zustände, in der Veröffentlichung zahlreicher empirischer und klinischer Facharbeiten zum Thema und in der Entwicklung spezifischer Diagnoseinstrumente aus. In der internationalen Fachliteratur erschienen Peer-reviewed-Veröffentlichungen von Therapeut(inn)en und Forscher(inne)n aus mehr als 26 Ländern, einschließlich der USA, Kanada, Puerto Rico, Argentinien, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Nordirland, Großbritannien, Frankreich, Deutschland, Italien, Schweden, Spanien, Türkei, Israel, Oman, Iran, Indien, Australien, Neuseeland, Philippinen, Uganda, China und Japan. Bei den Veröffentlichungen handelte es sich u. a. um Fallberichte, klinische Fallreihen, Studien zur Psychophysiologie, Neurobiologie und Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren, Entwicklung diagnostischer Instrumente, naturalistische Studien und Behandlungsstudien, Beschreibungen von Behandlungen, Behandlungsmodalitäten und Behandlungsschwierigkeiten. Diese Publikationen zeigen übereinstimmend, dass es sich bei DIS um eine valide und kulturübergreifende Diagnose handelt, deren Validität sich ebenso gut oder gar besser belegen lässt als bei anderen anerkannten psychiatrischen Diagnosen (Gleaves et al., 2001). Dabei ist zu beachten, dass sich pathologische Identitätsveränderungen in anderen Kulturen als Besessenheit von Geistern oder in Form von anderen kulturell bedingten Erscheinungsformen äußern können (Cardena et al., 2009).

Die Behandlungsempfehlungen stellen die Hauptegebnisse und

allgemein akzeptierten Prinzipien vor, die als aktueller Stand der Wissenschaft und der klinischen Erfahrung in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung der DIS und der ihr ähnlichen Formen der NNBDs gelten. Sie verstehen sich als Ergänzung zu allgemein akzeptierten Prinzipien der Psychotherapie¹¹ und Pharmakotherapie – sie ersetzen diese jedoch nicht. An den Grundprinzipien der Psychotherapie und psychiatrisch-medikamentösen Behandlung sollte in der Behandlung von DIS als Basis festgehalten werden, während spezifische Techniken nur dann zum Einsatz kommen, wenn entsprechende dissoziative Symptome zu bearbeiten sind.

Die Expertenempfehlungen sind nicht als Behandlungsstandards im Sinne »unmittelbarer Handlungsanweisungen« gedacht. Die klinischen Empfehlungen spiegeln eher den aktuellen »State of the Art« in diesem Feld wider. Sie haben nicht den Anspruch, alle sinnvollen Behandlungsmethoden oder akzeptablen Interventionstechniken vollständig zu erfassen. Die Berücksichtigung der Behandlungsempfehlungen garantiert auch nicht in jedem Falle einen Behandlungserfolg.

Die Behandlung sollte immer individuell abgestimmt sein. Therapeut(inn)en müssen sich bei jeder Patientin und jedem Patienten unter Berücksichtigung des klinischen Bildes und der in dem spezifischen Einzelfall verfügbaren Behandlungsoptionen ihr eigenes Urteil darüber bilden, inwiefern ein bestimmtes Vorgehen bei dem jeweiligen Patienten angemessen ist.

11 Einen guten Überblick zum grundsätzlichen Vorgehen in der Behandlung bei komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung geben Wöller et al. (2020). *Komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Ein Manual zur Behandlung nach Kindheitstrauma*. Stuttgart: Schattauer.

Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen

Epidemiologie, klinische Diagnose und diagnostische Verfahren

Die DIS und andere dissoziative Störungen sind keineswegs selten. In Studien zur Prävalenz dissoziativer Störungen in der Allgemeinbevölkerung wurden Prävalenzraten von 1–3 % für die DIS ermittelt (Murphy, 1994; Johnson et al., 2006; Ross, 1991; Şar et al., 1997). Klinische Studien aus Nordamerika, Europa und der Türkei zeigen, dass ca. 1–5 % der Patienten in allgemein- und jugendpsychiatrischen Stationen sowie auf Spezialstationen für Sucht-, Ess- und Zwangsstörungen die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR (Textrevision der 4. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen) erfüllen. Dies gilt insbesondere dann, wenn zur Erhebung strukturierte diagnostische Instrumente zum Einsatz kamen (Bliss & Jeppsen, 1985; Foote et al., 2006; Goff et al., 1992; Johnson et al., 2006; Karadag et al., 2005; Latz et al., 1995; McCallum et al., 1992; Ross et al., 1991; Ross et al., 1992; Modestin et al., 1995; Şar, Akyüz & Dogan, 2007; Saxe et al., 1993; Tutkun et al., 1998)¹². Bei vielen

12 Zwei deutsche Prävalenzstudien mit allgemeinpsychiatrischen Stichproben erbrachten eine Prävalenz von ca. 5 % für die DIS und die DDNOS Typ I (Gast

dieser Patient(inn)en war die klinische Diagnose einer dissoziativen Störung zuvor nicht gestellt worden.

Nur eine sorgfältige klinische Diagnostik gewährleistet eine möglichst frühzeitige und angemessene Behandlung dissoziativer Störungen¹³. Das Diagnostizieren einer DIS wird allerdings dadurch erschwert, dass in der klinischen Ausbildung bislang nur unzureichend über Dissoziation, dissoziative Störungen und die Folgen von Psychotrauma gelehrt wurde und zudem eine Voreingenommenheit bezüglich des Störungsbildes besteht. Daraus resultieren eine gewisse klinische Skepsis sowie Fehlannahmen hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbildes. Viele Psychotherapeuten haben gelernt (oder nehmen an), dass DIS eine seltene Störung mit dramatischem und floridem Erscheinungsbild ist. Dies ist jedoch nicht der Fall. Vielmehr beschreibt Kluft, dass »nur 6 % aller DIS-Patient(inn)en ihre DIS beständig sichtbar machen« (R.P. Kluft, 2009, S.600). In den meisten Fällen zeigen sich allenfalls begrenzte Momente der Sichtbarkeit, die Kluft als »Zeitfenster der Diagnostizierbarkeit« bezeichnet (wie auch bereits bei Loewenstein (1991a) diskutiert).

Anstelle eines beobachtbaren Wechsels verschiedener umschriebener Identitäten zeigt der/die typische DIS-Patient(in) eine polysymptomatische Mischung aus dissoziativen und posttraumatischen Symptomen, die in eine Matrix von eher unspezifischen, nicht primär traumabezogenen Symptomen eingebettet ist (wie z. B. Depression, Panikattacken, Drogenmissbrauch, psychosomatische Symptome, Essstörungen usw.). Das Vorherrschen dieser nachgeordneten, aber klinisch geläufigen Symptome führt häufig dazu, dass Therapeuten nur diese komorbiden Störungen diagnostizieren. Dies kann jedoch für nicht diagnostizierte DIS-Patient(inn)en zu langwierigen und oft erfolglosen Behandlungen führen.

et al., 2001a; Fellensiek, 2011). In einer forensischen Fachklinik wurde eine Prävalenz für dissoziative Störungen von 30 % ermittelt (Liss, 2002).

13 Siehe hierzu Wirtz & Frommberger (2013).

Darüber hinaus wenden fast alle Therapeut(inn)en die in ihrer Ausbildung vermittelten Standardfragen zur Anamnese- und Befunderhebung an. Leider beinhalten diese jedoch meist keine Fragen zu Dissoziation, posttraumatischen Symptomen oder erlittenem psychischem Trauma.

Da DIS-Patient(inn)en nur selten von sich aus Angaben zu dissoziativen Symptomen machen, wird die Diagnosestellung verhindert, wenn gezielte Fragen danach fehlen. Und sogar dann, wenn Anzeichen und Symptome der DIS spontan auftreten, haben viele Ärzte und Therapeuten Schwierigkeiten, diese zu erkennen, da sie diesbezüglich wenig oder keine Ausbildung erhalten haben. Für die Diagnosestellung ist es unabdingbar, dass dissoziative Symptome aktiv erfragt werden. Die klinische Untersuchung sollte ggf. durch spezifische Screening-Instrumente und diagnostische Interviews, die dissoziative Symptome erfassen oder ausschließen können (s. u.), ergänzt werden.

Diagnostische Kriterien für die Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen, 4. Ausgabe, Textrevision (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association (APA), 2000a), gibt folgende diagnostische Kriterien für die Dissoziative Identitätsstörung an (300.14; S. 529^{14, 15}): s. folgenden Kasten.

14 Übersetzung ist entnommen aus Saß et al. (1996).

15 Im DSM-5 wird von Störung der Identität (engl. disruption of identity), gekennzeichnet durch zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände, gesprochen. Diese kann von anderen beobachtet oder von der Person selbst berichtet werden. Mit dieser Formulierung wird klargestellt, dass ein Wechsel von einem Persönlichkeitsanteil in einen anderen nicht unmittelbar beobachtet werden muss, um die Diagnose zu stellen. Dies ist ein Vorteil, da ein solcher Wechsel – gerade in den ersten diagnostischen Kontakten – nur sehr selten zu beobachten ist.

Kriterien für die Dissoziative Identitätsstörung

- A) Anwesenheit von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen (jeweils mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von, der Beziehung zur und dem Denken über die Umgebung und das Selbst)
- 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 (z. B. Blackouts oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z. B. komplex-parietale Anfälle).

Beachte: Bei Kindern sind die Symptome nicht durch imaginierte Spielkameraden oder andere Phantasiespiele zu erklären.

Die diagnostischen Kriterien für DIS wurden in den letzten Jahren immer wieder diskutiert. Dell (2001, 2009a) weist darauf hin, dass der hohe Abstraktionsgrad der aktuellen diagnostischen Kriterien sowie der damit einhergehende Mangel an konkreten klinischen Symptomen deren Anwendbarkeit für den klinischen Alltag erheblich einschränkt und dass eine Liste von häufig auftretenden dissoziativen Zeichen und Symptomen das typische Erscheinungsbild von DIS-Patienten besser erfassen würde. Andere verteidigen die aktuellen Kriterien als ausreichend (Spiegel, 2001). Wieder andere schlagen vor, dissoziative Störungen als zu einem Spektrum von traumabedingten Störungen gehörend zu konzeptualisieren und somit deren Zusammenhang mit überwältigenden und traumatischen Erfahrungen zu betonen (Davidson & Foa, 1993; Van der Hart et al., 2006).¹⁶

¹⁶ In der ICD-10 der WHO befindet sich eine Beschreibung des Störungsbildes, das hier noch als Multiple Persönlichkeits(störung) bezeichnet wird und insgesamt als überholt angesehen werden muss. Danach ist diese Störung »selten« und »in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kulturspezifisch ist, wird kontrovers diskutiert.« (Dilling et al., 2011). Inzwischen hat die Weltgesundheitsorganisation – basierend auf der Forschung in den vergangenen 30 Jahren – die dissoziative Identitätsstörung (DIS) und auch ihre Subform als partiellen dissoziativen Identitätsstörung (pDIS) im Juni 2019 offiziell als Diagnose aner-

Dissoziation: Terminologie und Definitionen

Die American Psychiatric Association (APA, 2000a) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1992) beschreiben zwar die dissoziativen Störungen, haben jedoch das Wesen von Dissoziation noch nicht genau in Worte gefasst. Somit gibt das DSM-IV-TR als Beschreibung an, dass »das entscheidende Merkmal der dissoziativen Störungen [ist] eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität oder Wahrnehmung« (APA, 2000a, S. 519) ist. Wie weit gefasst oder eng diese Definition sein sollte, bleibt Bestandteil von Diskussionen. Putnam (1989) beschrieb den Dissoziationsprozess als »einen normalen Prozess, der von Menschen zunächst defensiv benutzt wird, um mit traumatischen Erfahrungen fertig zu werden, und der sich erst im Laufe der Zeit zu einem dysfunktionalen oder pathologischen Prozess entwickelt« (Putnam, 1989/2013, S. 29)¹⁷. Andere Autoren (z. B. Cardena, 1994; Holmes et al., 2005) meinen mit Dissoziation das Versagen von Integration normalerweise zusammengehöriger Informationen sowie Bewusstseinsveränderungen, die durch ein Gefühl der Abspaltung vom Selbst und/oder der Umwelt charakterisiert sind. Eine weitere Unterteilung ist auf Pierre Janet's Unterscheidung von negativen (d. h. Abnahme oder Verlust eines psychologischen Vorgangs) und positiven dissoziativen Symptomen (d. h. Hervorbringen oder Zunahme eines psychologischen Vorgangs) zurück-

kannt und in das überarbeitete und verbesserte Diagnostikmanual ICD-11 aufgenommen (WHO, 2019).

Bei DIS und pDIS bestehen nach ICD-11 Persönlichkeitszustände mit unterschiedlichen Mustern von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und Interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umwelt. Nach ICD-11 gehört zur Definition von Persönlichkeitszuständen, dass diese in der Lage sein müssen, vorübergehend die exekutive Kontrolle über das Handeln der Betroffenen zu übernehmen. Bei der DIS sind diese Wechsel teilweise verbunden mit Amnesien für unbeteiligte bzw. alltagsferne Persönlichkeitszustände. »Dissociative Identity Disorder« in der ICD-11:

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2fi829103493>

17 Deutsche Übersetzung des Handbuchs: Putnam (2013)

zuführen. Die Definition von Dell und O’Neil (2009) erweitert das zentrale Konzept der Unterbrechung (engl. *disruption*) aus dem DSM-IV-TR: »Pathologische Dissoziation manifestiert sich im Wesentlichen in einer teilweisen oder kompletten Unterbrechung der Integration von psychologischen Vorgängen. [...] Dissoziation kann das Bewusstsein und das Erleben des eigenen Körpers, der Welt, der Psyche, Eigenständigkeit, Absichten, des Denkens, Glaubens, Wissens, Erkennens, Erinnerens, Fühlens, Wollens, Sprechens, Ausführens, Hörens, Sehens, Riechens, Schmeckens, Erfühlens usw. auf unerwartete Weise unterbrechen, verändern oder darin einbrechen. [...] Diese Unterbrechung wird normalerweise von der Person als erschreckende, autonome Intrusion in sonst gewohntes Reagieren oder Funktionieren erlebt. Die am häufigsten vorkommenden dissoziativen Erlebnisse sind u. a. das Stimmen-Hören, Depersonalisation, Derealisation sowie Gedanken-Eingeben, »gemachte« Impulse, Wünsche, Emotionen und Handlungen« (s. Kapitel 7).

Dissoziative Prozesse zeigen sich auf verschiedene Weise (Howell, 2005), oft sind sie nicht pathologisch. Insbesondere argumentiert Dell (2009b), dass die spontane, auf das eigene Überleben bezogene Dissoziation Teil einer normalen, evolutionsbedingten, speziesspezifischen Reaktion ist. Diese Art von Dissoziation ist automatisch und reflexhaft und gehört zu einer kurzen, zeitbegrenzten, normalen biologischen Reaktion, die sich legt, sobald die Gefahr vorüber ist. Die Beziehung zwischen dieser dissoziativen Reaktion sowie der Stärke und Art bzw. Ausprägung von Dissoziation, wie sie bei dissoziativen Störungen beobachtet wird, ist noch nicht ausreichend verstanden.

Dissoziierte Persönlichkeitsanteile: konzeptuelle Fragen und physiologische Manifestation

Die DIS-Patientin ist eine einzelne Person, die in sich selbst verschiedene, wechselnde, psychologisch relativ autonome Anteile der Gesamtpersönlichkeit erlebt. Diese subjektiv erlebten »Identitäten« übernehmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten die Kontrolle über

den Körper und das Verhalten der Person und beeinflussen deren Erleben und Verhalten von »innen«. Alle Persönlichkeitsanteile zusammen genommen ergeben die Identität oder Gesamtpersönlichkeit des Individuums mit DIS.

Dissoziierte Persönlichkeitsanteile (engl. alternate identities) wurden auf unterschiedliche Art und Weise definiert. Putnam (1989) beispielsweise beschreibt diese als »stark abgegrenzte Bewusstseinszustände, die um einen vorherrschenden Affekt oder ein Selbstempfinden (engl. sense of self) (einschließlich eines eigenen Körperbilds), mit einem eingeschränkten Repertoire an Verhaltensweisen und einer Reihe zustandsabhängiger Erinnerungen, organisiert sind« (S. 103). R. P. Kluft (1988a) stellt fest, dass ein dissoziierter Anteil der Persönlichkeit (engl. disaggregate self-state) die »mentale Repräsentation eines relativ stabilen und zeitlich andauernden Musters der selektiven Aktivierung von mentalen Inhalten und Funktionen [ist], die auf der Verhaltensebene durch auffallende Rollenübernahme und Rollenspiel ausgedrückt werden und durch intrapsychische, zwischenmenschliche oder Stimuli in der Umwelt beeinflussbar sind. Jeder Persönlichkeitsanteil ist durch ein relativ stabiles [...] Muster neuropsychophysiologischer Aktivierung organisiert und mit diesem assoziiert, das auch wichtige psychodynamische Inhalte besitzt. Er fungiert sowohl als Empfänger, Prozessor als auch als Speicher für Wahrnehmungen, Erfahrungen und das Verarbeiten dieser im Zusammenhang mit früheren und/oder auch mit aktuellen und erwarteten Ereignissen und Gedanken. Er besitzt ein Gefühl der eigenen Identität und Vorstellungen und eine Fähigkeit, eigene Denkprozesse und Aktionen in Gang zu setzen« (R. P. Kluft, 1988, S. 55 f.).

Zur Beschreibung der subjektiven Wahrnehmung der dissoziierten Persönlichkeitsanteile von DIS-Patienten wurden viele verschiedene Termini benutzt. Dazu gehören u. a.: Persönlichkeit, Persönlichkeitszustand, Selbstzustand, abgespaltener Selbstzustand, »Alter (Ego)«, »Alter«-Persönlichkeit, wechselnde Identität, Anteil, »Bewusstseinsanteil«, Selbstanteil, dissoziierter Anteil der Persönlichkeit und Einheit (engl. Begriffe: personality, personality state, self-state, disaggregate self-state, alter, alter personality, alternate

identity, part, part of the mind, part of the self, dissociative part of the personality and entity; vgl. Van der Hart & Dorahy, 2009). Da das DSM-IV-TR (APA, 2000a) den Ausdruck »wechselnde Identitäten« (»alternate identities«) verwendet, wird dieser in den Guidelines der ISSTD übernommen.¹⁸

Therapeut(inn)en sollten auf die individuelle Ausdrucksweise achten, mit der DIS-Patienten ihre dissoziierten Persönlichkeitsanteile charakterisieren. Patienten sagen über sich selbst oft, sie hätten Teile, innere Teile, Aspekte, Facetten, Modi (engl. ways of being), Stimmen, Viele, Ichs, Lebensalter der Ichs (z. B. »die Zweijährige«), Leute, Innenpersonen, Individuen, Seelen, Dämonen, Schichten, Schatten, Andere usw. Es kann hilfreich sein, die eigenen Begriffe des Patienten bzw. der Patientin zu benutzen, es sei denn, es widerspricht den therapeutischen Empfehlungen und/oder der/die Therapeut(in) erlebt den Begriff als überwertig in dem Sinne, dass damit die dissoziierten Persönlichkeitsanteile als verschiedene Individuen überhöht und somit nicht als subjektiv erlebte und abgespaltene Aspekte der Gesamtpersönlichkeit des Individuums wahrgenommen werden.

In der Therapie sollte auf die individuellen Ausdrucksweisen geachtet werden, mit denen DIS-Patienten ihre dissoziierten Persönlichkeitsanteile charakterisieren.

Physiologische Unterschiede zwischen den Persönlichkeitsanteilen

Fallberichte und -studien mit kleinen Fallzahlen von DIS-Patient(inn)en und Kontrollpersonen, die verschiedene »Persönlichkeitsanteile« simulieren, haben signifikante physiologische Unterschiede zwischen DIS-Patienten und Kontrollpersonen festgestellt, die mit verschiedenen Verhaltensweisen einhergehen.

¹⁸ Wie oben bereits beschrieben, wurde in der deutschen Übersetzung in Anlehnung an Van der Hart et al. (2006, 2008) der Ausdruck »dissoziierte Persönlichkeitsanteile« gewählt.

Dazu gehören u. a. Sehschärfe, Reaktionen auf Medikamente, Allergien, Hautleitfähigkeit, Blutzuckerspiegel bei Diabetes, Herzfrequenz, Blutdruck, galvanische Hautleitfähigkeit, Muskeltonus, Händigkeit, Immunreaktionen, EEG und Muster evozierter Potenziale, funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT), Hirnaktivität sowie regionaler Blutfluss, der mit SPECT (single photon emission computed tomography) und PET (positron emission tomography) erfasst wurde (u. a. Loewenstein & Putnam, 2004; Putnam, 1984, 1991a; Şar, Ünal, Kiziltan, Kundakci & Öztürk, 2001; Reinders et al., 2006; Vermetten et al., 2006). Insgesamt zeigen DIS-Patienten eher größere physiologische Variabilität zwischen ihren Persönlichkeitsanteilen im Vergleich zu den simulierten Anteilen in den Kontrollgruppen. Diese Unterschiede sind sogar größer als die gefundenen interindividuellen Unterschiede. Aktuelle Studien haben signifikante psychobiologische Unterschiede zwischen verschiedenen Typen von Persönlichkeitsanteilen bei DIS entdeckt, wenn jeder Persönlichkeitsanteil wechselweise ein Traumaskript anhörte, das jeweils nur ein Anteil subjektiv als eine »persönliche« Erinnerung empfand (Reinders et al., 2003, 2006). Diese Unterschiede beinhalteten sowohl subjektive sensumotorische und emotionale sowie psychophysiologische Reaktionen, wie Puls und Blutdruck, als auch Muster regionalen zerebralen Blutflusses – gemessen mit Positronen-Emissions-Tomografie (PET). Diese psychobiologischen Unterschiede wurden nicht festgestellt, wenn jeder der beiden unterschiedlichen Typen von Persönlichkeitsanteilen abwechselnd ein neutrales, nicht-traumatisches, autobiografisches Erinnerungsskript anhörte.

Theorien der Entwicklung von DIS

Im Rahmen dieser Empfehlungen kann nur eine begrenzte Diskussion der aktuellen Theorien über die Entstehung der Persönlichkeitsanteile bei DIS erfolgen (vgl. Loewenstein & Putnam, 2004, sowie Putnam, 1997, für eine vollständige Diskussion). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass viele Experten ein Entwicklungsmodell vorschlugen und die Hypothese aufstellten, dass wechselnd auftre-

tende Persönlichkeitsanteile dadurch entstehen, dass viele traumatisierte Kinder nicht in der Lage sind, ein einheitliches Selbstempfinden zu entwickeln, das über verschiedene Verhaltenszustände hinweg aufrechterhalten wird – vor allem, wenn das traumatische Ereignis erstmals vor dem fünften Lebensjahr stattfindet. Diese Schwierigkeiten treten häufig im Zusammenhang mit Beziehungs- oder Bindungsabbrüchen auf, die dem Missbrauch vorangehen und diesem und der Entwicklung eines dissoziativen Verarbeitungsmodus Vorschub leisten können (Barach, 1991; Liotti, 1992, 1999). Freyds Theorie zum »Trauma des Verrats« (engl. betrayal trauma) vertritt den Standpunkt, dass gestörte Bindungen zu Eltern und anderen Bezugspersonen die Fähigkeiten des Kindes, seine Erlebnisse zu integrieren, zusätzlich stören (Freyd, 1996; Freyd et al., 2001). Die Fragmentierung und Abkapselung von traumatischen Erlebnissen kann dann dem Schutz von Beziehungen zu wichtigen (obwohl unzulänglichen und missbrauchenden) Bezugspersonen dienen und ermöglicht eine angemessenere Reifung in anderen Entwicklungsbereichen wie intellektuellen, zwischenmenschlichen und kreativen Fähigkeiten. So könnten frühe Dissoziationen als eine Art Resilienzfaktor in der Entwicklung dienen – trotz der schweren psychischen Störung, die DIS-Patienten charakterisiert (Brand, Armstrong, Loewenstein & McNary, 2009).

Schwere und lang andauernde traumatische Erlebnisse können zur Entwicklung von abgegrenzten, personifizierten Verhaltenszuständen bei einem Kind führen, die dann eine Abkapselung nicht zu ertragender traumatischer Erinnerungen, Affekte, Sinneswahrnehmungen, Überzeugungen oder Verhaltensweisen zur Folge haben.

Schwere und lang andauernde traumatische Erlebnisse können zur Entwicklung von abgegrenzten, personifizierten Verhaltenszuständen (d.h. rudimentären Persönlichkeitsanteilen) bei einem Kind führen, die dann eine Abkapselung nicht zu ertragender traumatischer Erinnerungen, Affekte, Sinneswahrnehmungen, Überzeugungen oder Verhaltensweisen zur Folge haben und so deren Einfluss auf

die Gesamtentwicklung des Kindes mildern. Eine sekundäre Strukturierung dieser abgegrenzten Verhaltenszustände findet im Laufe der Zeit durch verschiedene Entwicklungs- und symbolische Mechanismen statt und führt schließlich zu den Charakterzügen der spezifischen Persönlichkeitsanteile. Diese Anteile können sich in Bezug auf Anzahl, Komplexität und das Gefühl der Getrenntheit noch weiterentwickeln, während das Individuum seine Kindheit, Jugend und das Erwachsenenalter durchläuft (R. P. Kluft, 1984; Putnam, 1997). Die DIS entwickelt sich während der Kindheit; Therapeuten berichten selten von Fällen, die aus Traumata im Erwachsenenalter entstanden sind (es sei denn, diese überlagern Kindheitstraumata).

Ein weiteres ätiologisches Modell besagt, dass vier Faktoren für die Entwicklung von DIS erforderlich sind: (1) die Fähigkeit zur Dissoziation; (2) Erfahrungen, die die nichtdissoziative Bewältigungskapazität des Kindes übersteigen; (3) sekundäre Strukturierung der DIS-Persönlichkeitsanteile mit individualisierten Charakterzügen, wie Namen, Alter, Geschlecht; (4) Fehlen von Trost und Unterstützung, wodurch das Kind isoliert oder verlassen und vor die Notwendigkeit gestellt ist, seinen eigenen Weg der Stressbewältigung zu finden (R. P. Kluft, 1984). Die sekundäre Strukturierung der dissoziierten Persönlichkeitsanteile kann von Patient zu Patient stark variieren. Die folgenden Faktoren können (unter anderem) die Entwicklung von hochdifferenzierten Identitäts- bzw. Persönlichkeitssystemen begünstigen: multiple Traumata, mehrere Täter, ausgeprägtes narzisstisches Ausgestalten des Wesens und der Eigenschaften verschiedener Persönlichkeitsanteile, hohe Intelligenz und Kreativität sowie extremer Rückzug in Phantasiewelten. Dementsprechend beachten Therapeuten, die über Erfahrung in der Behandlung von DIS verfügen, nur begrenzt die nach außen präsentierte Darstellung der verschiedenen, wechselnd auftretenden Persönlichkeitsanteile. Stattdessen konzentrieren sie sich auf die kognitiven, affektiven und psychodynamischen Charakteristika, die von jedem der verschiedenen Persönlichkeitsanteile verkörpert werden, während sie diese gleichzeitig zusammen als ein System von unterschiedlichen Repräsentationen, Symbolisierungen und Bedeutungen betrachten.