

Inhalt

Vorwort	11
1 Was ist Dissoziation?	17
1.1 Dissoziation der Persönlichkeit bei Trauma	17
1.1.1 Dissoziationskonzept im Wandel: Von den Gründungsvätern bis heute	18
1.1.2 Multiple Persönlichkeit – ein traditionelles psychiatrisches Krankheitsbild	19
1.1.3 Janet und seine Zeitgenossen	20
1.1.4 Freud und Breuer	22
1.1.5 Höhepunkt und Wende	26
1.2 Wiederentdeckung des Dissoziationskonzeptes	27
1.2.1 Konsolidierung – und ihre Folgen	29
1.2.2 Dissoziative Störungen in der ICD	32
1.2.3 Dissoziative Störungen im DSM	33
1.3 Rückschläge und »False memory«	36
1.3.1 Die Entwicklung in den USA	37
1.3.2 Die Entwicklung in Deutschland	38
1.4 Vorschläge zur Neuordnung der Dissoziativen Störungen nach Dell	41
1.4.1 Kriterien von Dell	42
1.4.2 Einfache und komplexe Dissoziative Störungen	44
1.5 Strukturelle Dissoziation nach van der Hart, Nijenhuis und Steele	49
1.5.1 Primäre, sekundäre und tertiäre Dissoziation	49
1.5.2 Definition der Dissoziation bei Trauma auf Basis der strukturellen Dissoziation	54
2 Wie entstehen Dissoziative Störungen?	56
2.1 Zusammenhang von Trauma und Dissoziation	56

2.1.1	Retrospektive Studien	57
2.1.2	Prospektive Studien	63
2.1.3	Prävalenz belastender Lebensereignisse bei Dissoziativer (Identitäts-)Störung	67
2.1.4	Dissoziation und Bindung	69
2.2	Trauma, Dissoziation und Hirnentwicklung	72
2.3	Neurobiologie und DIS	73
2.4	Wie häufig sind Dissoziative Störungen?	75
3	Wie kann man Dissoziative Störungen erkennen?	80
3.1	Diagnostische Herausforderungen	80
3.1.1	Somatoforme Symptomatik	80
3.1.2	Psychogene Symptomatik	81
3.1.3	Probleme mit Scham	82
3.1.4	Probleme mit Vertrauen	83
3.1.5	Probleme durch Fehlvorstellungen bei Therapeuten	83
3.2	Diagnosestellung nach Kriterienkatalog von Dell	86
3.3	Differentialdiagnose	87
3.4	Komorbiditäten	89
3.5	Unspezifische diagnostische Hinweise	90
3.6	Standardisierte Messinstrumente	91
3.6.1	Fragebogen für Dissoziative Symptome, FDS	92
3.6.2	Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20	92
3.7	Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen, SKID-D	93
3.7.1	Durchführung des SKID-D	96
3.7.2	SKID-D-Diagnosestellung anhand des Fallbeispiels von Frau L	98
3.7.3	Schweregradbeurteilung	101
4	Behandlungsansätze	103
4.1	Einfache Dissoziative Störungen	104
4.1.1	Auslöser erkennen	105
4.1.2	Übungen zur Selbstbeobachtung	106
4.1.3	Fallbeispiel	107

4.2	Komplexe Dissoziative Störungen:	
	DIS und ihre Subform	108
4.2.1	Phasenorientiertes Vorgehen	108
4.2.2	ISSTD-Experten-Empfehlung im Überblick	109
4.3	Ziele der ersten Phase: Kontrolle und Stabilität	110
4.3.1	Errichten von Sicherheit	110
4.3.2	Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung – Überwindung der Angst vor Bindung	113
4.3.3	Mitteilen und Akzeptanz der Diagnose	115
4.3.4	Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen	116
4.3.5	Kartieren der inneren Landkarte und interne Kooperation	118
4.3.6	Begleitende pharmakologische Behandlung	121
4.4	Traumabearbeitung	121
4.5	Die nachintegrative Phase	122
5	Spezifische Herausforderungen	123
5.1	Probleme mit Vertrauen und Selbstwirksamkeit	123
5.2	Überblick behalten	124
5.3	Dissoziative Zustände	125
5.4	Täterkontakt	125
5.5	Überwertige Faszination von Dissoziation	126
5.6	Parteilichkeit vermeiden	127
5.7	Multiple Realitäten	128
5.7.1	Umgang mit Traumatischen Erfahrungen	129
5.8	Nebenwirkung für Therapeuten	131
5.9	Gegenmittel	132
	Literatur	133
	Stichwortverzeichnis	148
	Personenverzeichnis	152