



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://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](http://www.klett-cotta.de/lebenlernen)

Ursula Gast  
Gustav Wirtz (Hrsg.)

# **Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen**

**Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele**

Klett-Cotta

## Leben Lernen 283



Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2016 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © smallredgirl/fotolia

Gesetzt aus der Documenta von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89175-1

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

<b>Vorwort der deutschen Autoren</b> .....	9
<b>Vorbemerkung</b> .....	13
<b>Einleitung</b> .....	17
<b>1 Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen</b>	
<b>Epidemiologie, klinische Diagnose und diagnostische Verfahren</b> .....	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 .....	37
Weitere psychologische Tests .....	39
Differenzialdiagnose und Fehldiagnose von DIS .....	40
Somatoforme Komorbidität bei DIS .....	43
Behandlungsüberlegungen .....	44

<b>2</b>	<b>Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen</b>	
	<b>Behandlungsziele und –ergebnisse</b> .....	47
	Integriertes Funktionieren als Behandlungsziel .....	47
	Behandlungsergebnis, Behandlungsverlauf und Kosteneffizienz für DIS .....	51
<b>3</b>	<b>Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen</b>	
	<b>Der phasenorientierte Behandlungsansatz</b> .....	53
	Phase 1: Herstellung von Sicherheit, Stabilisierung und Symptomreduktion .....	55
	Sicherheitfragen und der Umgang mit Symptomen .....	56
	Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen .....	60
	Vertrauen und das therapeutische Bündnis .....	63
	Phase 2: Konfrontation, Durcharbeiten und Integration traumatischer Erinnerungen .....	65
	Phase 3: Integration und Rehabilitation .....	70
<b>4</b>	<b>Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen</b>	
	<b>Behandlungsmodalitäten</b> .....	72
	Ambulanter Behandlungsrahmen .....	72
	Verfahren, Methoden und Techniken in der Behandlung von DIS .....	75
	Stationäre Behandlung .....	78
	Teilstationäre Behandlungen oder betreutes Wohnen .....	81
	Gruppentherapie .....	81
	Pharmakotherapie .....	83
	Hypnose als Hilfsmittel zur Psychotherapie .....	93
	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ...	98
	Expressive Therapien und rehabilitative Behandlungsmethoden .....	103

Sensumotorische Psychotherapie .....	105
Elektrokrampftherapie (EKT) .....	106
Pharmakologisch gestützte Gespräche .....	107
<b>5 Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen</b>	
<b>Spezielle Behandlungsfragen .....</b>	<b>109</b>
Aufklärungspflicht und Einwilligung .....	109
Therapeutischer Rahmen und therapeutische Grenzsetzung bei DIS-Patient(inn)en .....	110
Behandlungsrahmen .....	110
Körperkontakt mit Patient(inn)en .....	113
Validität von Patientenerinnerungen an Kindesmissbrauch .....	114
Missbrauch durch organisierte Gruppen .....	117
Publikation und Interaktion mit den Medien .....	119
Spirituelle, religiöser und philosophischer Bezugsrahmen von Patient(inn)en .....	120
DIS-Patient(inn)en als Eltern .....	122
<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>124</b>
<b>6 Therapeutische Gratwanderung zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit bei der Dissoziativen Identitätsstörung .....</b>	<b>125</b>
Klinisches Erscheinungsbild .....	126
Fallbeispiel Frau C., Erstgespräch .....	128
Fallbeispiel Frau B., Erstgespräch .....	133
Behandlung: Stabilisierungsphase .....	135
Fallbeispiel Frau C., Stabilisierungsphase .....	136
Fallbeispiel Frau B. ....	138
Traumakonfrontation .....	142
Fallbeispiel Frau C., Traumakonfrontation .....	143
Fallbeispiel Frau B., Traumakonfrontation .....	144

<b>7 Eine schwierige, aber wichtige Differenzialdiagnose: Dissoziative Identitätsstörung und Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum – eine Fallvignette ...</b>	<b>146</b>
<b>8 Berichtbeispiel zum Erstantrag .....</b>	<b>162</b>
Spontanangaben der Patientin .....	162
Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung ...	164
Familienanamnese .....	164
Körperliche und psychische Entwicklung .....	166
Soziale Entwicklung .....	166
Krankheitsanamnese .....	166
Psychischer Befund .....	166
Somatischer Befund .....	168
Psychodynamik .....	168
Neurosenpsychologische Diagnosen .....	169
Behandlungsplan und Zielsetzung .....	169
Prognose der Psychotherapie .....	170
 <b>Literatur (Originalversion) .....</b>	 <b>172</b>
 <b>Literatur (deutsche Bearbeitung) .....</b>	 <b>190</b>



# Vorwort der deutschen Autoren

Liebe Leserinnen und Leser,

die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) bzw. Multiple Persönlichkeitsstörung gilt als Traumafolgestörung aufgrund schwerer Kindesmisshandlung. Mit Prävalenzschätzungen von 1,5% in der Bevölkerung<sup>1</sup> ist sie zudem eine häufige Erkrankung. Bislang wird die Diagnose nur selten gestellt, zumal ihr immer noch der Makel von Unseriosität und Modediagnose anhaftet<sup>2</sup>. 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 die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und ihrer

---

<sup>1</sup> APA 2013, S. 294, Falkai und Wittchen S. 402.

<sup>2</sup> 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 wird den Begriff »Dissoziative Identitätsstörung« übernehmen.

Subformen, die der DIS ähnlich sind (»Fast DIS«; engl. »Almost-DID«)<sup>3</sup>. Für die ICD-11 ist die Diagnose einer Komplexen Intrusiven Dissoziativen Störung vorgesehen, deren Kriterien dieser »Fast-DIS« sehr nahe kommen. Diese Entwicklungen tragen den Befunden Rechnung, dass bei Patientinnen und Patienten dissoziierte Anteile der Persönlichkeit in unterschiedlicher Schwere und Ausprägung vorliegen können, dass ihre Behandlung jedoch in gleicher Weise von den Interventionen profitieren wie bei der Behandlung der DIS.

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 Treml-Begemann für die verlegerische Betreuung.

Wie können Sie dieses Buch nutzen und lesen?

<sup>3</sup> 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. 418 f.

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 Traumafolgerkrankungen 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 Missbrauch durch organisierte Gruppen eingegangen. Das originale, um-

fassende Literaturverzeichnis wurde durch deutschsprachige Publikationen ergänzt.

Kapitel 6 (U. G.) fasst die Kernaussagen zur Behandlung der DIS und »Fast-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 versäumt 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, an dessen Barriere-Freiheit noch gearbeitet werden muss.

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«<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> *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)<sup>6</sup>. Die American Psychiatric Association hat zudem praktische Empfehlungen für die Behandlung von Pa-

---

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

<sup>6</sup> 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).

tienten mit Akuter Belastungsstörung (ABS) und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) veröffentlicht. Auch diese sollten für die Behandlung von DIS zu Rate gezogen werden.<sup>7</sup>

### **Anmerkungen zur deutschen Übersetzung<sup>8</sup>**

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.

In der amerikanischen Originalversion wird bei der DIS/DDNOS Typ I in Anlehnung an das Diagnostische und Statistische Manual

---

<sup>7</sup> Für den deutschsprachigen Raum liegen eigene Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor (Flatten, Gast, Hofmann et al., 2011). Eine Onlineversion der Leitlinien ist abrufbar unter: [www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html](http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html).

<sup>8</sup> 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).

Psychischer Störungen (DSM) der Begriff »alternate identities« verwendet. In der Übersetzung wird hierfür der Ausdruck »dissoziierte Persönlichkeitsanteile«<sup>9</sup> 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.

---

<sup>9</sup> Der Begriff wurde in Anlehnung an Van der Hart, Nijenhuis & Steele (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, Nijenhuis & Steele (2006), die deutsche Ausgabe (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) sowie Nijenhuis und 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, My & Cardena, 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, Van Duijl, Weiner & Terhune, 2009).

Die Behandlungsempfehlungen stellen die Hauptergebnisse 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 Psychotherapie und Pharmakotherapie – sie ersetzen diese jedoch nicht. Einen guten Überblick zum grundsätzlichen Vorgehen in der Behandlung bei komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung geben Wöller, Leichsenring, Leweke & Kruse (2012). 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.

## KAPITEL 1

# 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, Cohena, Kasena & Brook, 2006; Ross, 1991; Şar, Akyüz & Dogan, 2007; Waller & Ross, 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, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006; Goff, Olin, Jenike, Baer & Buttolph, 1992; Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2006; Karadag et al., 2005; Latz, Kramer & Highes, 1995; McCallum, Lock, Kulla, Rorty & Wetzels, 1992; Ross, Anderson, Fleisher & Norton, 1991; Ross et al., 1992; Modestin, Ebner, Junghan & Erni, 1995; Şar, Akyüz & Dogan, 2007; Saxe et al.,

1993; Tutkun et al., 1998)<sup>10</sup>. Bei vielen dieser Patient(inn)en war die klinische Diagnose einer dissoziativen Störung zuvor nicht gestellt worden<sup>11</sup>.

Nur eine sorgfältige klinische Diagnostik gewährleistet eine möglichst frühzeitige und angemessene Behandlung dissoziativer Störungen<sup>12</sup>. 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

<sup>10</sup> Zwei deutsche Prävalenzstudien mit allgemeinspsychiatrischen Stichproben erbrachten eine Prävalenz von ca. 5 % für die DIS und die DDNOS Typ I (Gast, Rodewald, Nickel & Emrich, 2001a; Fellensiek, 2011). In einer forensischen Fachklinik wurde eine Prävalenz für dissoziative Störungen von 30 % ermittelt (Liss, 2002).

<sup>11</sup> Diese Ergebnisse konnten in einer deutschen Studie mit 66 hochdissoziativen Patientinnen weitgehend bestätigt werden (Rodewald, 2005).

<sup>12</sup> Siehe hierzu Wirtz und Frommberger (2013).

jedoch für nicht diagnostizierte DIS-Patient(inn)en zu langwierigen und oft erfolglosen Behandlungen führen.

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<sup>13, 14</sup>): s. folgenden Kasten.

<sup>13</sup> Übersetzung ist entnommen aus Saß, Wittchen & Zaudig (1996).

<sup>14</sup> 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.