

Redaktion

J. Eckert, Hamburg
C. Reimer, Gießen
B. Strauß, Jena

Übersicht

Ursula Gast¹ · Frauke Rodewald¹ · Anette Kersting² · Hinderk M. Emrich¹

¹ Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Hannover

² Westfälische Wilhelms-Universität, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster

Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen

Zusammenfassung

Die Erforschung Dissoziativer Störungen ist in den letzten 20 Jahren eines der wichtigsten Themen der Psychiatrie und Psychotherapie im nordamerikanischen Raum geworden. Hierbei wurde die schwerste Form dieser Störungsgruppe, die Dissoziative Identitätsstörung bisher am sorgfältigsten untersucht.

Die Dissoziative Identitätsstörung wird als komplexe posttraumatische Störung angesehen, bei der frühkindliche sexuelle Traumatisierungen ätiologisch eine zentrale Rolle spielen. Kritiker stellen jedoch dieses posttraumatische Modell in Frage und bezweifeln eine valide psychiatrische Diagnose. Stattdessen werden kulturelle und suggestive Einflüsse durch Medien und unsachgemäße Psychotherapie vermutet. Im vorliegenden Artikel wird dargelegt, dass sich die Argumente dieses so genannten soziokognitiven Modells wissenschaftlich nicht belegen lassen.

Eine Vielzahl empirischer Ergebnisse spricht vielmehr dafür, dass die Dissoziative Identitätsstörung und ihr ähnliche Krankheitsbilder sowohl in Nordamerika als auch in Europa regelhaft vorkommen, aber bisher eher selten diagnostiziert wurden. Die Entwicklung von Diagnose- und Behandlungsprogrammen für Dissoziative (Identitäts-) Störungen und deren Implementierung in die psychotherapeutische Versorgung erscheint sinnvoll und notwendig.

Schlüsselwörter

Dissoziative Störung · Dissoziative Identitätsstörung · Forschungsstand · Posttraumatisches Modell · Soziokognitives Modell · Versorgungsimplicationen

Die Erforschung Dissoziativer Störungen hat sich in den letzten 20 Jahren zu einem der wichtigsten Themen der Psychiatrie und Psychotherapie im nordamerikanischen Raum entwickelt. Dies fand in einer Fülle wissenschaftlicher Aktivitäten in Form von Tagungen, Seminaren und Publikationen seinen Niederschlag. Viele wissenschaftliche Studien auf dem Gebiet der Dissoziation wurden vom National Institute of Mental Health (NIMH) gefördert. Auch kam es zur Gründung einer Fachgesellschaft, der International Society for the Study of Dissociation (ISSD), die sich die Förderung von Forschung und Behandlung Dissoziativer Störungen zum Ziel setzte (Michelson u. Ray 1996). Die Ergebnisse der Dissoziationsforschung haben eine Reihe hoffnungsvoller Ergebnisse zu Tage gebracht, die zu einer wichtigen Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für Patienten mit Dissoziativen Störungen führten.

Gleichwohl war seit Beginn dieser Forschungsaktivitäten eine Polarisierung zu beobachten, die sich vor allen Dingen um die Validität und Ätiologie der Multiplen Persönlichkeit (treffender: Dissoziative Identitätsstörung) entzündete (Hacking 1996). Mit diesen wissenschaftlichen Differenzen korrespondierten konträre psychologische bzw. gesellschaftliche Bewegungen, die mit zunehmender Schärfe der Debatten einem wissenschaftlichen Anspruch nicht mehr gerecht wurden. Im erbitterten Streit zwischen der „Multiplenbewegung“ und der „False-memory-Bewegung“ dominierten nicht mehr wissenschaftliche Argumen-

te zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patienten, sondern rechtliche Auseinandersetzungen mit horrenden Schadensersatzforderungen an Therapeuten, deren ehemalige Patienten sich von ihnen hinsichtlich ihrer Erinnerungen an sexuelle Traumatisierungen manipuliert und falsch behandelt fühlen (ISSD-Newsletter 1998). In dieser Auseinandersetzung drohen zumindest in Nordamerika viele dieser wichtigen wissenschaftlichen Ergebnisse verloren zu gehen, noch bevor sie in Deutschland überhaupt ausreichend zur Kenntnis genommen werden können und bevor sich eine eigenständige empirische Forschung etabliert hat.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die bisherigen Forschungsergebnisse hinsichtlich Geschichte, Phänomenologie, Prävalenz, Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. Ein Schwerpunkt wird hierbei auf die Darstellung der Dissoziativen Identitätsstörung gelegt, die als schwerste Form der Dissoziativen Störungen inzwischen als am besten erforscht gelten kann, aber auch am heftigsten kontrovers diskutiert wird. Zudem werden die aus diesen Ergebnissen folgenden Implikationen sowohl für die weitere Forschung als auch für die psychothera-

Dr. med. U. Gast

Abteilung Klinische Psychiatrie
und Psychotherapie,
Medizinische Hochschule Hannover,
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
E-Mail: gast.ursula@mh-hannover.de

U. Gast · F. Rodewald · A. Kersting
H.M. Emrich

Diagnosis and therapy of the dissociative (identity) disorder

Abstract

In North America, dissociative disorders have gained a central position in psychiatric research of the last 20 years. Their most severe form, the dissociative identity disorder has been explored with utmost thoroughness.

The dissociative identity disorder seems to be a complex posttraumatic disorder with a central etiological role of sexual traumatizations in early childhood. Critics, however, expressed their doubts about the validity of the posttraumatic model and the psychiatric diagnosis itself. They assume it to be a matter of the cultural and suggestive impact of the media and of improper psychotherapy.

In the present article evidence is provided about the arguments of the socio-cognitive model being scientifically unsubstantiated. A bulk of empirical results supports the assumption that dissociative identity disorder and similar diseases regularly occur both in North America and Europe, but they are rather rarely diagnosed. Therefore, it seems both to make sense and be necessary to develop diagnostic and treatment programs for dissociative identity disorders and to promote their implementation.

Keywords

Dissociative disorder · Dissociative identity disorder · State of research · Posttraumatic model · Socio-cognitive model · Implications for health care

Übersicht

peutische und psychiatrische Regelversorgung diskutiert.

Das Konzept der Dissoziation: Ein geschichtlicher Rückblick

Bei den Dissoziativen Störungen und insbesondere der Dissoziativen Identitätsstörung handelt es sich keineswegs um „neue“ Krankheitsbilder. Ein geschichtlicher Rückblick zeigt, dass das Problem der „gespaltenen“ oder „multiplen Persönlichkeit“ zwischen 1840 und 1880 eines der von Psychiatern und Philosophen am häufigsten diskutierten Themen war (Ellenberger 1996). Der französische Psychiater Pierre Janet (1859–1947) benutzte sie als Grundlage für seine Theorien und führte den Begriff der Dissoziation als Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins in die Fachwelt ein. Als einen der wichtigsten auslösenden Faktoren für dissoziative Symptome nannte Janet (1889) real erlebte Traumata, die zu einer Störung der integrativen Funktionen des Bewusstseins führen und sich zu so genannten „Idées fixes“ weiterentwickeln können.

Janets Dissoziationskonzept regte eine Reihe von Folgearbeiten an. Morton Prince legte es seinen Untersuchungen über alternativ-Dissoziative Persönlichkeitserfahrungen zugrunde, in der erstmals Zusammenhänge zwischen frühen traumatischen Erfahrungen und Dissoziativer Identitätsstörung beschrieben wurden. Er führte im Rahmen seiner klassischen Fallschilderung der Miss Beauchamp den Störungsbegriff der multiplen bzw. alternierenden Persönlichkeit ein. Auch schlug er vor, die seit längerer Zeit gebräuchlichen Begriffe „Unterbewusstsein“ und „Unbewusstes“ aufzugeben und zur genaueren Bezeichnung der mentalen Funktionen innerhalb verschiedener Identitäten die Bezeichnung „Kobewusstsein“ vorzuziehen (Ellenberger 1996; Fiedler 1999).

In Konkurrenz zu Janet entwickelte Freud seine triebtheoretischen Modelle und lieferte damit plausible Erklärungen und Behandlungsmöglichkeiten für die hysterischen Störungen. Interessanterweise wird hierbei das Fallbeispiel der Anna O. von Breuer oft als Schlüsselbeispiel zur Theorieentwicklung der Psychoanalyse angesehen. Ein genaueres Studium der Symptompräsentation legt aber eher die Diagnose einer Dissoziativen (Identitäts-) Störung nahe (Ellen-

berger 1996). Anfang des 20. Jahrhunderts nahm das Interesse am Studium Dissoziativer Störungen im psychotherapeutischen Bereich jedoch durch die an Einfluss gewinnenden Theorien Freuds ab.

In der bis heute aktuellen Kontroverse um das Hysteriekonzept mit den beiden Protagonisten Janet und Freud geht es um die Frage, ob „die dissoziativen Störungen – wie Freud es vermutete – als das psychodynamische Ergebnis aktiver mentaler Verdrängungsprozesse gewertet werden müssen oder ob sie – wie dies von Janet... vertreten wurde – Ausdruck eher passiver mentaler Prozesse sind, die auf eine eher autoregulative (hypnoide) Verarbeitung traumatischer Erfahrungen rückschließen lassen“ (Fiedler 1999, S. 41). Diese Kontroverse spiegelt sich auch in den über die Jahre wiederholt wechselnden Klassifizierungen der Hysterie als „Konversion“ oder „Dissoziation“ in den Diagnosesystemen DSM und ICD wider (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 2. Auflage DSM-II 1968; 3. Auflage DSM-III 1980; 3. revidierte Auflage DSM-III-R 1987 und 4. Auflage DSM-IV 1994 der American Psychiatric Association, APA; Internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD 9, der Weltgesundheitsorganisation, WHO; Degkwitz et al. 1980). Die Dominanz des psychoanalytischen Verstehensansatzes zeigte sich noch bis in die 70er- und 80er-Jahre hinein am Begriff der „hysterischen Neurose“, während schließlich im DSM-III (APA 1980) und endgültig mit Einführung des DSM-IV (APA 1994) in den Diagnosesystemen stärker der empirischen Befundlage entsprochen wurde (Hoffmann 1996; Fiedler 1999).

Danach werden die Dissoziativen Störungen (Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Dissoziative Identitätsstörung) nunmehr vorrangig als Krankheitsbilder angesehen, die eine besondere Reaktionsform auf traumatische Erfahrungen darstellen. Maßgeblich für diese Änderungen in den Diagnosesystemen waren neben den klinischen Erfahrungen mit Kriegsveteranen die im Zuge der Frauenbewegung offensichtlicher werdenden Folgen familiärer Gewalt, insbesondere in sexualisierter Form. Zeitgleich erfolgte die Einführung einer weiteren neuen Diagnosekategorie, nämlich der posttraumatischen Belastungsstörungen (DSM-III-R 1987, APA 1987 und ICD-10, Dilling et al. 1993; s. auch Fiedler 1999).

Die Dissoziative Identitätsstörung, die hier von besonderem Interesse ist, wurde 1980 erstmals in das DSM aufgenommen und erfuh somit eine offizielle Anerkennung als eigenständige diagnostische Entität mit eindeutiger Trennschärfe gegenüber anderen Diagnosen. Seither wurden die Dissoziative Identitätsstörung und ihr verwandte Krankheitsbilder systematisch hinsichtlich der Ausprägung und Psychogenese erforscht. Außerdem wurden operationalisierte Diagnoseinstrumente entwickelt, um Patienten einer differenzierten Behandlung zuzuführen.

Was sind Dissoziative Störungen?

Dissoziation bedeutet im weitesten Sinne Trennung, Auflösung oder Zerfall und ist damit das Gegenteil von Assoziation, d. h. Verbindung und Verknüpfung. Im engeren Sinne versteht man unter Dissoziation einen komplexen psychophysiologischen Prozess, bei dem es zu einer Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins und anderer verwandter höherer psychischer Funktionen wie des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt kommt. Dissoziation ist kein grundsätzlich pathologischer Prozess, sondern eine allgemein menschliche Verarbeitungsmöglichkeit. Die Fähigkeit zur Dissoziation sowie die Art dissoziativer Erfahrungen variieren zwischen verschiedenen Personen im Sinne eines (teils anlage-, teils umweltbedingten) traits (Waller u. Ross 1997). Grundlegende geschlechtsspezifische Unterschiede in der Dissoziationsfähigkeit lassen sich nicht nachweisen. Dahingegen ist bekannt, dass die Dissoziationsfähigkeit bei Kindern besonders ausgeprägt ist und mit zunehmendem Alter nachlässt.

Dissoziative Phänomene kommen in den verschiedensten Ausprägungen vor und reichen von flüchtigen Alltagserfahrungen über manifeste Symptome bis hin zu schweren psychischen Störungen. Typische dissoziative Phänomene im Alltag sind z. B. Tagträume, Gedankenabschweifen und daraus resultierende Amnesien, bei denen man sich z. B. nicht mehr daran erinnern kann, ob man einen Brief wirklich in den Postkasten geworfen hat oder dies nur vorhatte. Auch manifeste dissoziative Symptome sind relativ häufig und kommen v. a. in

ICD-10	DSM-IV
F44.0 Dissoziative Amnesie	300.12 Dissoziative Amnesie
F44.1 Dissoziative Fugue	300.13 Dissoziative Fugue
F44.2 Dissoziativer Stupor	
F44.3 Dissoziative Trance- u. Besessenheitszustände	
F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen	300.11 Konversionsstörung
F44.5 Dissoziative Krampfanfälle	
F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- u. Empfindungsstörungen	
F44.7 Dissoziative Störungen, gemischt	
F44.8 Sonstige Dissoziative Störungen	
F44.80 Ganser-Syndrom	
F44.81 Multiple Persönlichkeit	300.14 Dissoziative Identitätsstörung
F44.88 Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störungen	
F44.9 Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung	300.15 Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung
F48.1 Depersonalisations-/Derealisationsstörung (gehört zu neurot. Störungen)	300.60 Depersonalisationsstörung (gehört zu den Dissoziativen Störungen)

belastenden Lebenssituationen vor. So können in abgestufter Intensität Gefühle von Entfremdung sich selbst oder der Umgebung gegenüber bei Überarbeitungs- und Erschöpfungssituationen ebenso auftreten wie bei traumatischen Situationen in Form eines Verkehrsunfalls oder beim plötzlichen Tod eines nahestehenden Menschen. Hierbei unterscheidet man fünf dissoziative Hauptsymptome: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätswechsel. Unter bestimmten Bedingungen können sich dissoziative Symptome zu manifesten Dissoziativen Störungen entwickeln.

Die Fachwelt ist sich einig, dass pathologische Dissoziationen als posttraumatische Symptome anzusehen sind (vgl. DSM-IV). Auf der Grundlage einer ausgeprägten Fähigkeit zur Dissoziation werden überwältigende traumatische Erfahrungen aus dem Bewusstsein ferngehalten und abgespalten, um der betroffenen Person ein weiteres Funktionieren und Überleben zu ermöglichen. Durch die schon von Janet beschriebene Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins wird die Erfahrung nicht voll verarbeitet und dementsprechend auch nicht in das autobiographische Gedächtnis der Person integriert. Es ist, als sei „das gar nicht passiert“ bzw. „jemand an-

derem passiert“ (Gast 1999; Huber 1995). Neuere biopsychologische Untersuchungen konnten auch hirnpfysiologische Veränderungen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen und Erinnerungen nachweisen, die dissoziative Symptome zumindest teilweise erklären können (vgl. z. B. van der Kolk et al. 1998).

Auch Ergebnisse der Bindungsfor-schung weisen auf den Zusammenhang zwischen Dissoziation und Trauma hin. Liotti (1992) sowie Main und Morgan (1996) weisen bei Kindern mit desorganisiertem Bindungsstil vermehrt Episoden tranceartiger Zustände nach und postulieren für diese Kinder eine erhöhte Vulnerabilität für Dissoziative Störungen.

Klassifikation und Formen Dissoziativer Störungen

Das DSM-IV unterscheidet unter der Kategorie Dissoziative Störungen zwischen Dissoziativer Amnesie, Dissoziativer Fugue, Dissoziativer Depersonalisationsstörung, Dissoziativer Identitätsstörung (vormals Multiple Persönlichkeitsstörung) und der Restkategorie „Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung“. Unter diese letztgenannte Kategorie fallen Störungsbilder, die die Diagnosekriterien für eine spezifische dissoziative Störung nicht oder nicht vollständig erfüllen.

In der ICD-10 hingegen werden Dissoziative Störungen zusammen mit konversionsneurotischen Symptomen klassifiziert. Unterschieden werden hier Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Dissoziativer Stupor, Trance- und Besessenheitszustände, Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung, sonstige Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), unter die u. a. die Multiple Persönlichkeitsstörung¹ gerechnet wird und eine Restkategorie Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung (Tabelle 1). Die DSM-IV-Klassifikation erscheint insofern vom Konzept her konsistenter, als dass sie sich allein auf die Dissoziation als Desintegration des Bewusstseins bezieht. Sie soll daher auch hier übernommen werden². Im Folgenden sollen die einzelnen Störungen näher erläutert werden.

Die Dissoziative Amnesie

Die Dissoziative Amnesie ist gekennzeichnet durch die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern. Klinisch handelt es sich meist um eine oder mehrere rückblickend berichtete Lücken in der Erinnerung an bestimmte Aspekte der persönlichen Lebensgeschichte, die eine Zeitspanne von Minuten bis zu Jahren umfassen können. Es handelt sich um eine reversible Gedächtnisstörung, bei der Erinnerungen an persönliche (meist hochgradig belastende oder traumatische) Erfahrungen nicht in eine verbale Form gebracht werden können bzw. nicht vollständig im Bewusstsein gehalten werden können (Saß et al. 1996). Die Störung kann in jedem Alter auftreten und es sind sowohl Spontanremissionen als auch chronische Verläufe möglich.

¹ Die ICD-10 verwendet nach wie vor den Begriff der Multiplen Persönlichkeit, während im DSM dieser Begriff seit Einführung der vierten Auflage (APA 1994) durch die definitorisch treffendere Bezeichnung Dissoziative Identitätsstörung ersetzt wurde.

² Gleichwohl ist damit das Problem nicht gelöst, wie seelisch bedingte körperliche Funktionsausfälle verstanden und ggf. klassifiziert werden können. Lähmungen der Extremitäten können sowohl als konversionsneurotisch konflikthafte Verarbeitung, als auch als extreme Form der Depersonalisation oder als „somatoforme Dissoziation“ (Nijenhuis et al. 1996) verstanden werden.

Die Dissoziative Fugue

Charakteristisch für die Dissoziative Fugue ist ein plötzliches und unerwartetes Verlassen des Zuhause bzw. des gewohnten Arbeitsplatzes, kombiniert mit der Unfähigkeit, sich an Teile bzw. die gesamte eigene Vergangenheit zu erinnern. Hinzu kommt Verwirrung über die eigene Identität bzw. die Übernahme einer neuen Identität. Das Verlassen der gewohnten Umgebung kann auf einen Zeitraum von wenigen Stunden oder Tagen begrenzt sein, kann jedoch auch Wochen oder Monate andauern. Während einer solchen Fuguepisode sind die Betroffenen meist abgesehen von den beschriebenen Gedächtnislücken psychopathologisch unauffällig. Die Störung tritt vorwiegend im Erwachsenenalter auf und beginnt meist plötzlich im Zusammenhang mit stark belastenden, traumatischen oder überwältigenden Lebensereignissen. Meist kommt es zu einer schnellen Besserung, es sind jedoch auch chronische Amnesien nach einer Fugue möglich.

Hauptmerkmal der Dissoziativen Identitätsstörung

Das Hauptmerkmal der Dissoziativen Identitätsstörung ist das Vorhandensein von mindestens zwei unterscheidbaren Teilidentitäten oder Persönlichkeitszuständen, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen, verbunden mit dem Auftreten Dissoziativer Amnesien. Bei den Alternativpersönlichkeiten handelt es sich um dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit, die sich in Alter, Geschlecht, Sprache, speziellen Fähigkeiten, Wissen oder im vorherrschenden Affekt unterscheiden können. Die Alternativ-Ichs werden von den Betroffenen als nicht zur eigenen Persönlichkeit gehörend wahrgenommen und übernehmen auf innere oder äußere Auslösereize hin die Kontrolle über das Erleben und Verhalten der Person. Häufig besteht eine teilweise oder vollständige Amnesie für das Vorhandensein bzw. die Handlungen der anderen Teilpersönlichkeiten. Die Störung tritt zumeist schon im frühen Kindesalter auf, wird aber oft erst im Erwachsenenalter diagnostiziert und verläuft ohne adäquate Behandlung chronisch. Laut Saß et al. (1996) wird die Störung bei Frauen drei- bis neunmal häufiger diagnostiziert als bei Männern.

Die Dissoziative Depersonalitätsstörung

Die Dissoziative Depersonalisationsstörung ist gekennzeichnet durch andauernde bzw. wiederkehrende Episoden von Depersonalisation (Gefühl des Losgelöstseins oder der Entfremdung vom eigenen Selbst). Typische Merkmale sind außerdem eine sensorische Unempfindlichkeit, ein Mangel an emotionalen Reaktionen und das Gefühl, die eigenen Handlungen bzw. die eigene Sprache nicht vollständig kontrollieren zu können. Gleichzeitig bleibt die Realitätskontrolle intakt (Saß et al. 1996). Depersonalisationssymptome treten häufig auch in der Normalbevölkerung bzw. als Begleitsymptome anderer psychischer Störungen auf. Die Diagnose einer Dissoziativen Depersonalisationsstörung sollte daher nur dann gestellt werden, wenn die Symptomatik so stark ausgeprägt ist, dass sie klinisch relevantes Leid und/oder Beeinträchtigungen in zentralen Lebensbereichen verursacht und wenn differentialdiagnostisch abgeklärt ist, dass die Symptome nicht allein auf eine andere dissoziative oder nichtdissoziative psychische Störung, eine somatische Erkrankung oder auf die direkte Wirkung der Einnahme einer Substanz zurückzuführen ist.

Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störungen

Bei Nicht näher bezeichneten Dissoziativen Störungen ist das vorherrschende Merkmal ein dissoziatives Symptom, das jedoch die Diagnosekriterien für eine spezifische Dissoziative Störung nicht oder nicht vollständig erfüllt. Typische Beispiele hierfür sind nach dem DSM-IV Fälle, die der Dissoziativen Identitätsstörung ähneln, bei denen sich jedoch keine eindeutig abgrenzbaren Teilpersönlichkeiten nachweisen lassen (Typ 1a) oder bei denen klinisch relevante Amnesien für wichtige persönliche Informationen fehlen (Typ 1b), Fälle von Derealisation ohne begleitende Depersonalisation (Typ 2), die Dissoziative Trancestörung (Typ 4) oder Zustände von Dissoziation bei Personen, die einem langen und intensiven Prozess von Zwangsmaßnahmen zur Veränderung von Einstellungen (z. B. „Gehirnwäsche“, Gedankenbeeinflussung oder Indoktrination in Gefangenschaft; Typ 3) ausgesetzt waren.

Tabelle 2

Prävalenz Dissoziativer Störungen – Allgemeinbevölkerung

Autor	Land	Stichprobe	Anzahl (n)	DD [%]	DIS [%]
Ferdinand et al. (1995)	Niederlande	Junge Erwachsene (Alter 19–24 Jahre)	706	7,4	
Murphy (1994)	USA	Studenten	415	5–20	
Ross (1991)	Canada	Allgemeinbevölkerung	435	10	1
Ross et al. (1991a)	Canada	Allgemeinbevölkerung	1055	5–10	
Sar et al. (1999)	Türkei	Allgemeinbevölkerung, nur Frauen	628	18,3	1,1
Vanderlinden et al. (1991)	Niederlande und Belgien	Allgemeinbevölkerung	374	3	1
Vanderlinden et al. (1993a)	Niederlande	Allgemeinbevölkerung	378	2,1	0,5
Vanderlinden et al. (1995)	Ungarn	Allgemeinbevölkerung	311	10,6	2,6
Waller und Ross (1997)	Kanada	Reanalyse der Daten von Ross et al. (1991a)	1055	3,3	

Angegeben sind jeweils die Autoren, das Land, in dem die Datenerhebung durchgeführt wurde, die Stichprobenzusammensetzung und -größe sowie die ermittelten Prävalenzraten für Dissoziative Störungen allgemein (DD) und, sofern diese gesondert ermittelt wurden, auch diejenigen für die Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Am besten untersucht wurde bisher die schwerste Form der Dissoziativen Störungen, die Dissoziative Identitätsstörung. Daher konzentrieren sich die weiteren Ausführungen primär auf diese Störung. Zu den anderen Formen Dissoziativer Störungen werden z. T. ergänzende Angaben gemacht.

Prävalenz Dissoziativer Störungen

Bis weit in die 80er-Jahre hinein ging man davon aus, dass Dissoziative Störungen selten sind. Außerdem wurde wiederholt diskutiert, inwieweit insbesondere die Dissoziative Identitätsstörung überhaupt eine reliable und kultur-unabhängige Diagnose sei. So schreibt z. B. die WHO in der ICD-10: „Diese Störung ist selten, und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kulturspezifisch ist“ (Dilling et al. 1993, S. 182). Die Ergebnisse neuerer internationaler Forschungsarbeiten sprechen hingegen eindeutig dafür, dass Dissoziative Störungen unabhängig vom kulturellen Umfeld regelhaft auftreten, oft jedoch übersehen und/oder fehldiagnostiziert werden.

Prävalenzstudien liegen sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für stationäre psychiatrische Patienten und bestimmte Risikogruppen vor. Danach liegen die Prävalenzzahlen in der Allgemeinbevölkerung in einem Bereich von 2–7% für Dissoziative Störungen, die der

Dissoziativen Identitätsstörung bei bis zu 1%. Für allgemeinspsychiatrische Populationen liegen die Werte mit Bereichen von 5–17% für Dissoziative Störungen und von 0,4–17% für die Dissoziative Identitätsstörung naturgemäß höher (Tabellen 2 und 3). Die teilweise erheblichen Schwankungen lassen sich durch methodische Unterschiede in den Studien erklären, so z. B. durch Auswahl der Messinstrumente, Zusammensetzung der Stichproben und Effekte der Selbstselektion (Gast u. Rodewald in Vorbereitung). Insgesamt erscheint ein Bereich von 5–15% für Dissoziative Störungen und von 1–5% für die Dissoziative Identitätsstörung bei stationären psychiatrischen Patienten realistisch.

In speziellen Risikogruppen (z. B. Patienten mit positiver Traumaanamnese, mit Suchterkrankungen, Angststörungen, affektiven Störungen, Borderlinepersönlichkeitsstörung, posttraumatischen oder akuten Belastungsstörungen und Essstörungen) können die Prävalenzzahlen deutlich höher liegen (Atchinson u. McFarlane 1994; Steinberg 1996). Erste Forschungsergebnisse weisen zudem darauf hin, dass der Anteil dissoziativ gestörter Personen in forensischen Populationen überproportional hoch ist (von Braunsberg 1994; Snow et al. 1996).

Das Vorkommen Dissoziativer Störungen in den genannten Größenordnungen macht die Bedeutung der Störungsbilder für das Gesundheitssystem deutlich. Dies wird durch weitere qualita-

tive Betrachtungen noch unterstrichen: Fast alle Patienten mit schweren Dissoziativen Störungen weisen eine lange psychiatrische Vorgeschichte und häufige stationäre Aufenthalte auf. Im Durchschnitt wurden ca. drei Vordiagnosen gestellt und die Latenzzeit bis zur richtigen Diagnosestellung liegt in einem Bereich von 6–22 Jahren (Boon u. Draijer 1993; Loewenstein 1994; Putnam et al. 1986; Ross u. Dua 1993; Ross et al. 1989).

Klinisches Erscheinungsbild der Dissoziativen Identitätsstörung

Als komplexeste Form der Dissoziativen Erkrankungen können bei der Dissoziativen Identitätsstörung alle Symptome der anderen Dissoziativen Störungen auftreten. Das Hauptmerkmal der Störung ist das Vorhandensein von zwei oder mehr klar abgrenzbaren Teilpersönlichkeiten und das Auftreten mäßiger bis schwerer Amnesien für vergangene und aktuelle Ereignisse, bedingt durch amnestische Barrieren zwischen den dissoziierten Persönlichkeitsanteilen.

Die sich aus dieser Konstellation heraus ergebende, klinisch beobachtbare Phänomenologie ist in Tabelle 4 zusammengefasst. Sie stützt sich auf eine Vielzahl von nordamerikanischen und europäischen Studien zum typischen klinischen Erscheinungsbild der Erkrankung (Boon u. Draijer 1993; Coons et al. 1988; Putnam et al. 1986; Ross et al. 1990). Die Beschreibungen aus Nordamerika decken

Tabelle 3

Prävalenz Dissoziativer Störungen – Psychatriepatienten

Autor	Land	Stichprobe	Anzahl (n)	DD [%]	DIS [%]
Draijer und Langeland (1993)	Niederlande	Allgemeinpsychiatrische Patienten	160	5	
Friedl und Draijer (2000)	Niederlande	Allgemeinpsychiatrische Patienten	122	8,2	1,6
Gast et al. (in press)	Deutschland	Allgemeinpsychiatrische Patienten	115	4,3	0,9
Horen et al. (1995)	Canada	Allgemeinpsychiatrische Patienten	48	17	6
Latz et al. (1995)	USA	Allgemeinpsychiatrie (nur Frauen)	175		12
Modestin et al. (1996)	Schweiz	Allgemeinpsychiatrische Patienten	207	5	0,4
Rifkin et al. (1998)	USA	Allgemeinpsychiatrische Patienten	100		1
Ross et al. (1991b)	Canada	Allgemeinpsychiatrische Patienten	299		3,3
Saxe et al. (1993)	USA	Allgemeinpsychiatrie (nur Frauen)	110	15	4
Tutkun et al. (1998)	Türkei	Allgemeinpsychiatrische Patienten	166	10,2	5,4

Vergleiche hierzu auch Tabelle 2

sich weitestgehend mit denen aus Europa, was gegen die Hypothese der Dissoziativen Identitätsstörung als kulturspezifisches Phänomen spricht.

Die beschriebene Phänomenologie ist zudem oft durch komorbide Symptome und Störungen überlagert. Die am häufigsten vorgefundenen werden in Tabelle 5 dargestellt (Boon u. Draijer 1993; Coons et al. 1988; Dell 1998; Ellason et al. 1996; Putnam et al. 1986; Ross et al. 1990). Das DSM-IV nennt darüber hinaus posttraumatische Symptome, Konversions-symptome (Pseudoanfälle), ungewöhnliches Schmerzempfinden sowie Kopfschmerzen und Schlafstörungen als typische Begleitsymptome einer Dissoziativen Identitätsstörung.

Auf der Achse II des DSM lassen sich zudem verschiedene Formen von Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren (Dell 1998; Ellason et al. 1996). Am häufigsten finden sich neben der Borderlinestörung vermeidend-selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörungen. Huber (1995) weist darauf hin, dass verschiedene Teilpersönlichkeiten die Diagnosekriterien verschiedener psychischer Störungen erfüllen können, während andere Anteile u. U. ein gutes und stabiles psychisches Funktionsniveau aufweisen.

Auffällig ist bei der Dissoziativen Identitätsstörung schließlich die oft lange psychiatrische bzw. psychotherapeutische Vorgeschichte der Patienten mit zumeist mehreren Diagnosen, verschiedensten Behandlungsversuchen und vielen Behandlungsmisserfolgen (Boon

u. Draijer 1993; Loewenstein 1994; Putnam et al. 1986; Rivera 1991; Ross u. Dua 1993; Ross et al. 1989).

Dissoziative Identitätsstörung als posttraumatische Störung

In Bezug auf die familiäre Vorgeschichte von Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung wird in zahlreichen kontrollierten Studien aus Nordamerika wie auch aus Europa übereinstimmend von langandauernden schweren frühkindlichen Traumatisierungen in Form von sexuellen, körperlichen und emotionalen Misshandlungen berichtet. Entsprechende Vorerfahrungen lassen sich regelmäßig bei über 90% der befragten Patienten nachweisen (Boon u. Draijer 1993; Coons u. Milstein 1986; Putnam 1991; Ross et al. 1989; Ross et al. 1990).

Bliss (1984), Coons (1994), Coons und Milstein (1986), Hornstein und Putnam (1992) sowie Kluft (1996a) konnten zu-

dem in 90–95% der Fälle die Berichte ihrer Patienten mit schweren Dissoziativen Störungen über Missbrauch während der Kindheit durch offizielle Aufzeichnungen (z. B. Kranken- oder Gerichtsakten, Jugendamt etc.) absichern.

Die dissoziative Antwort auf diese frühen und wiederholten Traumata wird als kreative Überlebensstrategie angesehen, die dem Individuum hilft, mit den überwältigenden Erfahrungen fertig zu werden. Es werden Alternativpersönlichkeiten gebildet, die die dissoziierten Aspekte des Gesamtindividuum abgekapselt und abgespalten im Gedächtnis aufheben. Aus der Gedankenwelt eines kleinen Kindes heraus ist die Entwicklung einer Dissoziativen Identitätsstörung etwa so vorstellbar, dass dieses Kind phantasiert, die sexuelle Traumatisierung sei nicht ihm, sondern nur im Traum oder einer anderen Person passiert (Ross 1989). Unter dem Einfluss wiederholter Traumatisierungen kann sich die Identität aufsplit-

Tabelle 4

Klinisches Erscheinungsbild der DIS (nach Gleaves 1996 und Kluft 1996b)

Amnesien

Entfremdungserleben

Stimmenhören im Kopf

Manifestationen von Identitätswechseln wie z. B.

- Finden von Sachen, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann
- Fortlaufende innere verbale oder schriftliche Dialoge
- Spontane Altersregressionen
- Die Verwendung der dritten Person („er“ „sie“ oder „wir“) für sich selbst

ten und es können Alternativpersönlichkeiten, so genannte „alters“, herausgebildet werden, die sich an den Missbrauch nicht mehr erinnern. Der Preis für diese Art der Traumabewältigung ist eine unkontrollierte Dissoziation im Erwachsenenalter mit Amnesie, Entfremdungserleben und einer tiefgreifend fragmentierten Identität.

Soziokognitives Modell der Dissoziativen Identitätsstörung

Die gesellschaftliche Tragweite und ethisch-moralische Brisanz der Forschungsergebnisse führte zu einer Polarisierung der wissenschaftlichen Diskussion über das Krankheitsbild der Dissoziativen Identitätsstörung. Kritiker stellen das posttraumatische Konzept der Dissoziativen Identitätsstörung grundsätzlich in Frage, ebenso die Validität der Diagnose als psychiatrisches Störungsbild. Sie sehen in der Phänomenologie vielmehr ein erlerntes, durch die Medien oder Therapeuten iatrogen suggeriertes Rollenverhalten. Diese Ansichten werden v. a. von Spanos (1994) im soziokognitiven Modell vertreten.

Spanos stützt sich zum einen auf Laboruntersuchungen zur Simulation der Dissoziativen Identitätsstörung im Rollenspiel, zum anderen auf die Beobachtung, dass durch Hypnose Persönlichkeitsanteile suggeriert werden können, die der Dissoziativen Identitätsstörung oberflächlich ähneln können.

Gleaves (1996) zeigt anhand eines umfangreichen Reviews, dass die Argumente für ein soziokognitives Modell der Dissoziativen Identitätsstörung von den neueren Forschungsergebnissen (wie diese bereits unter den Absätzen „klinisches Erscheinungsbild“ und „Dissoziative Identitätsstörung als posttraumatische Störung“ skizziert wurden,) nicht gestützt bzw. widerlegt werden. Insbesondere lässt sich die im soziokognitiven Modell angenommene Leitsymptomatik (eine offensichtliche klinische Präsentation in Form eines oft in Aufmerksamkeit suchender, histrionischer Weise schauspielerischen Auftretens mit verschiedenen Identitäten, das so genannte „multiple identity enactment“) nicht bestätigen. Vielmehr konnte durch eine Reihe verschiedener Studien ein charakteristisches Spektrum dissoziativer Symptome als Leitsymptomatik herausgearbeitet werden, das weiter unten ausführlich dargestellt wird.

Tabelle 5

Komorbide Symptome und Störungen bei DIS (Boon u. Draijer 1993; Coons et al. 1988; Dell 1998; Ellason et al. 1996; Putnam et al. 1986; Ross et al. 1990)

- Impulsdurchbrüche
- Selbstverletzungen
- Angstsymptome
- Substanzmissbrauch
- Somatisierungs- oder Essstörungen
- Schwere Depressionen, Suizidimpulse und -versuche
- Starke Schwankungen im affektiven und allgemeinen Funktionsniveau
- Verschiedenste Formen von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-, vermeidend-selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörungen

Auch die Annahme des soziokognitiven Modells, dass es sich bei Dissoziativen Identitätsstörungen überwiegend um histrionische Persönlichkeitsstörungen handelt, bestätigt sich nicht. Stattdessen finden sich sehr viel häufiger Borderlinepersönlichkeitsstörungen sowie vermeidend-selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörungen (Ellason et al. 1996). Zudem weist Gleaves (1996) darauf hin, dass die im soziokognitiven Modell angenommene Motivation, an einer Dissoziativen Identitätsstörung erkrankt zu sein (Selbstaufwertung und sekundärer Krankheitsgewinn), von der klinischen Erfahrung und den Schilderungen der Patienten nicht bestätigt werden kann. So stellen nur ein sehr geringer Teil der Patienten die Selbstdiagnose einer schweren Dissoziativen Störung. Demgegenüber verbergen viele Betroffene ihre Symptomatik aus Scham oder der Angst, für „verrückt“ gehalten zu werden.

Eine Diagnosestellung anhand eines Verhaltens „wie verschiedene Persönlichkeiten“ („multiple identity enactment“) wird schließlich der komplexen Psychopathologie der Dissoziativen Identitätsstörung nicht gerecht, wie Gleaves an einem Analogbeispiel verdeutlicht: Ein „trauriges Verhalten“ rechtfertigt nicht die Diagnose einer depressiven Störung. Ebenso kann von „betrunken sein“ nicht zwangsläufig auf die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit geschlossen werden. Ähnlich wie bei der Alkoholabhängigkeit neigen die Patienten mit Dissoziativen Identitätsstörung dazu, ihre Symptome zu verbergen, so dass die Diagnose zunächst eben gerade nicht über ein auffälliges Demonstrieren von

verschiedenen Persönlichkeiten gestellt werden kann.

Diagnostik Dissoziativer Störungen

Diese Ausführungen sowie die empirischen Ergebnisse zu Prävalenz und klinischer Vorgeschichte von Patienten mit schweren Dissoziativen Störungen machen die Notwendigkeit einer genauen Diagnostik deutlich. Seit einigen Jahren sind verschiedene Testverfahren für ein Screening auf Dissoziative Störungen sowie strukturierte diagnostische Interviews verfügbar. Die meisten dieser Instrumente stammen aus dem nordamerikanischen Raum und wurden nach und nach in verschiedene andere Sprachen übersetzt und teilweise modifiziert. Im Folgenden sollen die Kernsymptomatik sowie die wichtigsten Diagnosetechniken und -instrumente vorgestellt werden.

Klinische Diagnostik

In der Praxis erfolgt die Diagnostik psychischer Störungen häufig auf der Basis des klinischen Eindrucks. Das wichtigste klinische Kriterium für eine Dissoziative Identitätsstörung ist die direkte Beobachtung von Persönlichkeitswechseln. Viele Patienten mit Dissoziativen Störungen suchen jedoch nicht primär wegen ihrer dissoziativen Symptome therapeutische Hilfe, sondern wegen Folgeproblemen oder Begleiterscheinungen wie Depressionen, Essstörungen, Beziehungsschwierigkeiten etc. Auch versuchen viele Betroffene, wie im vorigen Abschnitt erwähnt, ihre Symptome gezielt zu verstecken oder zu bagatellisieren,

häufig aus der begründeten Angst heraus, aufgrund der Symptomatik für „verrückt“ gehalten zu werden. Zudem haben viele Patienten in ihrer Vorgeschichte extrem traumatische Beziehungserfahrungen gemacht, so dass es ihnen schwerfällt, sich im therapeutischen Gespräch anzuvertrauen. Daher ist es für den Therapeuten wichtig, auf Risikofaktoren und diskrete Symptome zu achten.

Als unspezifische Hinweise können die in Tabelle 5 dargestellten komorbiden Symptome und Störungen angesehen werden, die auf das mögliche Vorliegen einer Dissoziativen Störung hindeuten. Dies gilt insbesondere dann, wenn drei oder mehr Vordiagnosen oder die Diagnose einer „atypischen Störung“ (Kluft 1996a; Ross 1989) gestellt wurden. Als spezifische Hinweise gelten die in Tabelle 4 aufgeführten Merkmale des klinischen Erscheinungsbilds.

Operationalisierte Diagnostik

Standardisierte Messinstrumente können die Diagnosestellung bei dem Verdacht auf eine Dissoziative Störung unterstützen und optimieren, da sie die Untersuchung unabhängiger von der Person des Untersuchers machen und feststehende Kriterien zur Beurteilung der Ergebnisse bieten. Seit einigen Jahren liegen verschiedene erprobte Messinstrumente für Dissoziative Störungen vor. Hierbei ist zwischen Screeningskalen und Instrumenten, die sich zur Dif-

ferentialdiagnostik eignen, zu unterscheiden (Tabelle 6).

Das international am häufigsten eingesetzte Screeninginstrument für Dissoziative Störungen ist die Dissociative Experiences Scale (DES, Bernstein u. Putnam 1986). Der DES ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 28 Items. Die Befragten schätzen auf einer Ratingskala (Skalenverankerung: 0 = niemals, 100 = immer) ein, wie häufig die vorgegebenen Beispiele dissoziativer Erfahrungen bei ihnen auftreten. Als Gesamtscore wird der Mittelwert aus den 28 Häufigkeitseinschätzungen gebildet. In internationalen Studien mit dem DES wird ein Gesamtscore von 15–30 als Cut-off-Wert angegeben, ab dem das Vorliegen einer pathologischen Dissoziativen Störung bei den Befragten wahrscheinlich ist. In diesem Falle ist es sinnvoll, die Symptomatik mit einem strukturierten Interview (s. unten) differentialdiagnostisch abzuklären.

Mit dem Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS, Freyberger et al. 1998) liegt eine autorisierte deutsche Version des DES vor. Die Originalskala wurde von Freyberger et al. um eine Skala zu Konversionssymptomen erweitert und umfasst in der Endfassung 44 Items. Bearbeitung und Auswertung des Fragebogens erfolgen analog zur Originalskala. Auch der FDS weist gute bis sehr gute Testgütekriterien auf. Allerdings berichten Freyberger et al. (1998) im Vergleich zu internationalen Untersuchungen in

ihrer Validierungsstudie von auffallend niedrigen Testmittelwerten in Stichproben von Patienten mit verschiedenen psychischen und neurologischen Störungen. Wie weit dies auf die Zusammensetzung der Stichproben zurückzuführen ist und welcher Cut-off-Wert sich für eine weiterreichende Diagnostik Dissoziativer Störungen als sinnvoll erweisen wird, ist daher noch nicht geklärt.

Als andere wichtige Screeninginstrumente für Dissoziative Störungen wurden der Dissociation-Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden et al. 1993b) sowie der in einer 20-Item- und in einer 5-Item-Form vorliegende Somatoform-Dissociation-Questionnaire (SDQ-20 bzw. SDQ-5; Nijenhuis et al. 1996, 1997) zur spezifischen Erfassung des Ausmaßes der somatoform-dissoziativen Symptomatik konstruiert.

Weisen Befragte auf den Screeningskalen auffällige Werte auf, so ist eine differentialdiagnostische Abklärung mit einem diagnostischen Interview sinnvoll. In internationalen Studien werden v. a. zwei Interviews eingesetzt: Der Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS, Ross 1989; Ross et al. 1990) und das Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (SCID-D, Steinberg 1994, in press).

Bei dem DDIS (Ross 1989) handelt es sich um ein hochstrukturiertes Interview, das dazu dient, neben Dissoziativen Störungen auch das Vorliegen einer Major Depression, Borderlinepersönlichkeitsstörung und Somatisierungsstörung zu diagnostizieren bzw. auszuschließen. Außerdem werden mit dem DDIS neben den gängigen Informationen zu persönlichen Daten und der klinischen Vorgeschichte auch gezielte und detaillierte Fragen zu Traumaerfahrungen gestellt.

Die Ergebnisse von Validierungsstudien zum DDIS sind widersprüchlich. Während manche Studien zu guten Ergebnissen führten, erbrachten andere Untersuchungen nur mäßige Ergebnisse; einen Überblick gibt Steinberg (1996). Als problematisch erweisen sich die hochstrukturierte Form des Interviews, die kaum Möglichkeit lässt, auf die individuellen Symptome und Bedürfnisse der Befragten einzugehen sowie die geringe Zahl der Items zu den verschiedenen DSM-Kriterien, was zu Ergebnisverzerrungen und Fehldiagnosen führen kann

Tabelle 6

Standardisierte Messinstrumente für Dissoziative Symptome und Störungen

Screeninginstrumente

Primär psychologische Dissoziation

- Dissociative Experiences Scale (DES)/deutsche ergänzte Bearbeitung: Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS)
- Dissociation Questionnaire (DIS-Q), bislang keine offizielle deutsche Bearbeitung verfügbar

Somatoforme Dissoziation

- Somatoform Dissociation Questionnaire in Kurz- (SDQ-5) und Langform (SDQ-20), bislang keine offizielle deutsche Bearbeitung

Diagnostische Interviews

Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)/deutsche Bearbeitung: strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnostik dissoziativer Störungen (SIDDs) befindet sich in der Erprobungsphase

Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (SCID-D)/autorisierte deutsche Bearbeitung: strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-dissoziative Störungen (SKID-D), Validierungsstudie in Vorbereitung

(Steinberg 1996). Zudem können durch die sehr detaillierten Fragen zu Traumata Erfahrungen Flashbacks oder nichtkontrollierbare Persönlichkeitswechsel (switches) getriggert werden (Boon u. Draijer 1993).

Mit dem strukturierten Interviewleitfaden zur Diagnostik dissoziativer Störungen (SIDDS, Overkamp in Vorbereitung) liegt inzwischen eine deutsche Bearbeitung des DDIS vor. Der SIDDS befindet sich noch in der Erprobung, so dass z. Z. keine genaueren Angaben zu Reliabilität und Validität des Interviews gemacht werden können. Die oben erwähnten Probleme durch den Aufbau und die Art der Diagnosestellung des DDIS bleiben jedoch auch bei der deutschen Bearbeitung bestehen.

Bei dem Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D, Steinberg 1994; Steinberg et al. 1990, 1993) handelt sich um ein halbstrukturiertes Interview, das eng an den Diagnosekriterien des DSM entwickelt wurde. Es gilt inzwischen als Standard für die operationalisierte Diagnostik Dissoziativer Störungen (Boon u. Draijer 1993; Gleaves 1996), und hat sich in umfangreichen Validierungsstudien als valides und reliables Diagnoseinstrument erwiesen (Steinberg 2000). Es wurde in viele andere Sprachen übersetzt und liegt auch in deutscher Sprache als Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen vor (Gast et al. 2000).

Das Interview erfasst in fünf Kapiteln systematisch das Auftreten und den Schweregrad der dissoziativen Hauptsymptome und erlaubt eine Differentialdiagnostik der verschiedenen Formen Dissoziativer Störungen nach dem DSM. Das Gesamtinterview umfasst 277 Items zu persönlichen Daten, klinischer Vorgeschichte sowie zur dissoziativen Symptomatik. Um der Komplexität der dissoziativen Symptomatik gerecht zu werden, werden die fünf Hauptsymptome umfassend in Einzelkapiteln erfasst. Bei Bedarf können zusätzliche Ergänzungskapitel zur genaueren Erfassung von Symptomen von Identitätsunsicherheit und -wechseln ausgewählt werden. Jedes Teilkapitel beginnt mit allgemein gehaltenen Screeningfragen. Werden diese positiv beantwortet, folgen eine Reihe spezifischerer Fragen zur systematischen Abklärung der Symptomatik. Bei Bedarf ist es für die Interviewer auch möglich,

nichtvorgegebene Fragen in das Interview zu integrieren, so dass sie optimal auf die spezielle Symptomatik und die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls eingehen können.

In die Auswertung des Interviews gehen neben den verbalen Antworten der Befragten auch nonverbale Äußerungen und während des Interviews beobachtbare Anzeichen von Dissoziationen (z. B. Amnesien für vorherige Interviewfragen, Trancezustände oder auffällige Wechsel in Verhalten und Erleben der Patienten) ein. Nach Abschluss des Interviews nimmt der Interviewer auf der Basis aller verfügbaren Informationen für jedes der fünf Hauptsymptome eine Einschätzung des Schweregrads der Symptomatik vor. Abschließend erfolgt eine diagnostische Einschätzung, ob und wenn ja, welche Dissoziative Störung vorliegt. Zu beachten ist, dass die fachgerechte Durchführung und Auswertung des Interviews ausreichend klinische Erfahrung, speziell in Hinblick auf dissoziative Symptome voraussetzt.

Behandlungsansatz bei Dissoziativer Identitätsstörung

Die Behandlungsrichtlinien für erwachsene Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung der International Society for the Study of Dissociation (ISSD 1997; deutsche Bearbeitung Huber 1997) sehen eine hochfrequente ambulante Einzeltherapie, die spezifisch auf die besonderen Bedürfnisse und Probleme der Klienten abgestimmt ist, als Methode der Wahl vor. Besonders effektiv scheint ein eklektischer Therapieansatz zu sein, der psychodynamische, kognitiv-behaviorale, hypnotherapeutische und familientherapeutische Vorgehensweisen umfasst (Putnam u. Loewenstein 1993; Huber 1997; Overkamp et al. 1997; Gast 2000). Hierbei erstreckt sich die Therapie durchschnittlich über 4–8 Jahre.

Das Primärziel der therapeutischen Arbeit ist, ein zunehmendes Gefühl innerer Verbundenheit und Beziehungen zwischen den alternierenden Persönlichkeitsanteilen zu fördern. Die Patienten sollen ein zunehmendes Gefühl für ein einheitliches und alltagstaugliches Selbst entwickeln. Als übergeordnetes Therapieziel gilt die vollständige Integration aller Teilidentitäten in die Gesamtpersönlichkeit. Ist eine vollständige Integration nicht erreichbar, gilt als

Minimalziel eine weitgehende Kooperation aller Alternativ-Ichs, so dass kein Anteil mehr Amnesien im Tagesbewusstsein aufweist, die Patienten bewusst kontrollieren können, welche Anteile zu welchem Zeitpunkt die aktive Kontrolle übernehmen und innerlich kein Anteil mehr abgespalten, abgelehnt oder stigmatisiert wird (Huber 1997).

In Anlehnung an Hermann (1993), Huber (1995) und Kluft (1999) unterscheidet man bei der Therapie der Dissoziativen Identitätsstörung schematisch 4 Phasen:

1. Aufbau der therapeutischen Beziehung und Stabilisierung,
2. Förderung der Kommunikation zwischen den Teilpersönlichkeiten,
3. Traumabearbeitung und Integration der Teilpersönlichkeiten,
4. postintegrative Psychotherapie.

Kernpunkte in den ersten beiden Phasen der Therapie sind der Aufbau von Vertrauen und einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die Abklärung und Stabilisierung der aktuellen Lebenssituation des Patienten und die Arbeit an den persönlichen Ressourcen. Darüber hinaus ist es von entscheidender Wichtigkeit, das individuelle Persönlichkeitssystem zu erkunden (sog. „mapping“). Hierbei wird mit dem Patienten erarbeitet, welche Teilidentitäten vorhanden sind, welche speziellen Fähigkeiten bzw. Probleme sie haben und welchen Platz und welche Funktion sie im Gesamtsystem haben. In einem nächsten Schritt wird versucht, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Anteilen zu fördern. Das Ziel ist, dass sich die Alternativ-Ichs, die bisher weitgehend amnestisch füreinander waren, allmählich „begegnen“, Kontakt zueinander aufnehmen, sich „kennenlernen“ und zu ersten Ansätzen einer Kooperation kommen (Huber 1995).

Besteht eine gute Interaktion zwischen den Persönlichkeitsanteilen und hat der Patient im Laufe der Behandlung gelernt, traumatische Erinnerungen kontrolliert hervorzubringen und zu stoppen, kann zu einer gezielten Bearbeitung der Traumata Erfahrungen übergegangen werden. Van der Hart et al. (1995) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Traumasynthese“. Sie beinhaltet eine Rekonstruktion der traumatischen Erfahrungen sowie eine kontrollierte Ex-

position in einem hochstrukturierten Setting, das ein kontrollierbares Wiedererleben des Traumas in kleinen, bewältigbaren Schritten ermöglicht.

Schonende Techniken der Traumaexposition wie die von Kluft (1990) empfohlene Technik der „fractionated abreaction“ wurden inzwischen von verschiedenen Autoren weiterentwickelt und mit Zusatztechniken aus dem Bereich der Hypnotherapie und des EMDR erweitert (Fine 1991; Reddemann u. Sachsse 1996). Diese relativ schonenden Techniken ermöglichen inzwischen auch die Bearbeitung von sehr komplexen und schweren Traumatisierungen, wie sie bei Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung vorliegen.

Der Patient wird durch eine erfolgreiche Traumasyntese in die Lage versetzt, das Trauma und alle damit verbundenen Gefühle, Schmerzen, Gedanken etc. als realen Teil der persönlichen Lebensgeschichte anzuerkennen, es allmählich angemessen zu verarbeiten und in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren. Dadurch verlieren die traumatischen Erinnerungen ihre Tendenz zu spontanen und unkontrollierbaren Reassoziationen. Die Aufspaltung der Persönlichkeit als Abwehrmechanismus gegenüber traumatischen Erinnerungen verliert an Bedeutung und eine Integration der verschiedenen Alternativ-Ichs wird so möglich (Huber 1995).

Der Prozess der Integration bedeutet, dass die einzelnen Anteile sich allmählich annähern und ihre Erfahrungen und Eigenheiten schließlich so intensiv miteinander teilen, dass sie zu „einem Wissen und einer ‘Person‘“ (Huber 1995, S. 332) verschmelzen. Dieser Prozess verläuft graduell von weitgehender Amnesie über immer stärker werdendes Kobewusstsein und Kooperation der noch unterscheidbaren Persönlichkeitsanteile bis zu einer Integration der Teilpersönlichkeiten zu einer einheitlichen Gesamtpersönlichkeit. Eine stabile einheitliche Gesamtpersönlichkeit kann jedoch meist erst nach einem langen Prozess der Annäherung der Alternativ-Ichs und der Aufarbeitung und Bewältigung der traumatischen Erfahrungen erreicht werden. Ausführlichere Darstellungen und Fallbeispiele für die Behandlung von Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung finden sich bei Gast (2000), Huber (1995) und Kluft (in Vorbereitung).

In der nachintegrativen Therapiephase schließlich ist die Trauerarbeit um

die zerstörte Kindheit und die erlebten Verletzungen ein wichtiges Thema. Der Patient muss sich außerdem in seinem innerpsychischen Erleben und Reagieren sowie im sozialen Verhalten an ein völlig verändertes Selbst- und Lebensgefühl gewöhnen und hierzu neue Bewältigungsstrategien aufbauen. Häufig bleiben auch bestimmte Probleme der einzelnen Alternativ-Ichs (z. B. Ess- oder Schlafstörungen, eine Borderlinepersönlichkeitsstruktur etc.) nach der Integration noch bestehen und müssen psychotherapeutisch behandelt werden.

Verschiedene Veröffentlichungen (Ellason u. Ross 1997; Ellason et al. 1996; Loewenstein 1994; Putnam u. Loewenstein 1993) belegen die Effektivität einer Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung nach den oben beschriebenen Richtlinien. Die Behandlung führt nach empirischen Untersuchungen (siehe z. B. Ellason u. Ross 1997) zu einer deutlichen Abnahme der Symptomatik und ermöglicht die vollständige und stabile Integration der dissoziierten Anteile zu einer einheitlichen Gesamtpersönlichkeit. Loewenstein (1994), und Ross und Dua (1993) betonen zudem die hohe Kosten-effektivität einer solchen Behandlung.

Fazit für die Praxis

Eine Reihe von Forschungsergebnissen belegen, dass es sich bei der Dissoziativen Identitätsstörung sowie bei ihr ähnlichen Störungen um kulturunabhängige psychopathologische Zustandsbilder handelt, die regelhaft bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten nachgewiesen werden können. Spezifische Behandlungskonzepte auf der Grundlage des posttraumatischen Modells können die Prognose der sonst chronisch verlaufenden Erkrankung deutlich verbessern.

Diese Forschungsergebnisse zeigen, dass eine Implementierung erprobter Diagnoseinstrumente in die psychiatrisch-therapeutische Standarddiagnostik dringend erforderlich ist, ebenso ein Schulungsangebot für Berufsgruppen im psychosozialen Bereich hinsichtlich Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Dissoziativen Störungen. Während im nordamerikanischen Raum erste Schritte in diese Richtung zu verzeichnen sind, ist die Versorgung der Patienten in den meisten europäischen Ländern unzureichend (Huber 1995; Vanderlinden et al. 1996; Gast 1999).

Darüber hinaus beinhalten die wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Dissoziative Identitätsstörung auch eine ethische Herausforderung: Diese liegt darin, dass sich das Vorhandensein der Erkrankung als Indikator erweist, und zwar für bisher nicht wahrgenommene, aber an ihren Folgen jetzt sichtbar werdende schwere familiäre Gewalt gegen Kinder in unserer unmittelbaren Nähe. Dieses Wissen bürdet allen, die in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung tätig sind, eine schwere Verantwortung auf. Es weist aber auch auf die Notwendigkeit zur Verbesserung der Prävention und Versorgung in diesem Bereich hin. Es bleibt zu hoffen, dass diese Notwendigkeit als Chance gesehen und im Interesse der betroffenen Patienten positiv genutzt wird.

Literatur

- APA (1968) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II), 2nd edn. APA, Washington, DC
- APA (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III), 3rd edn. APA, Washington, DC
- APA (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R, 3rd edn revised). APA, Washington, DC
- APA (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th edn. APA, Washington, DC
- Atchinson M, McFarlane AC (1994) A review of dissociation and dissociative disorders. Aust NZ J Psychiatry 28: 591–599
- Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 174: 727–735
- Bliss EL (1984) Spontaneous self-hypnosis in multiple personality disorder. Psychiatr Clin North Am 7: 135–148
- Boon N, Draijer S (1993) Multiple personality disorder in the Netherlands. Zwets & Zeitlinger, Amsterdam
- Braunsberg MJ von (1994) Multiple personality disorder: an investigation of prevalence in three populations (doctoral dissertation, Syracuse University, 1993). Dissertation abstracts international (university microfilms Nr. ADG94–08430)
- Coons PM (1994) Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. J Nerv Ment Dis 182: 461–464
- Coons PM, Milstein V (1986) Psychosexual disturbances in multiple personality, characteristics, etiology and treatment. J Clin Psychiatry 47: 106–110
- Coons PM, Bowman ES, Milstein V (1988) Multiple personality disorder: a clinical investigation of 50 cases. J Nerv Ment Dis 176: 518–527

- Degkwitz R, Helmchen H, Kockott G, Mombour W (1980) Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD (=International Classification for Diseases), 9. Revision, Kapitel V. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Dell PF (1998) Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 186: 352–356
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Draijer N, Langeland W (1993) Dissociatieve symptomen bij opgenomen psychiatrische patienten: Prevalentie en de relatie met trauma. *Maandblad Geestelijke Voldgezondheid*
- Ellason JW, Ross CA (1997) Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 154: 832–839
- Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL (1996) Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry* 59: 255–266
- Ellenberger HF (1996) Die Entdeckung des Unbewußten. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Ferdinand RF, Reijden M van der, Verhulst FC, Nijenhuis EJ, Giel R (1995) Assessment of the prevalence of psychiatric disorders in young adults. *Br J Psychiatry* 166: 480–488
- Fiedler P (1999) Dissoziative Störungen und Konversion. Beltz, Weinheim
- Fine CG (1991) Treatment stabilization and crisis prevention: pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatry Clin North Am* 14: 661–675
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N, Bernstein-Carlson E (1998) Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaption, Reliabilität und Validität der deutschen Dissociative Experiences Scale (DES). *Psychother Psychosom Med Psychol* 48: 223–229
- Friedl M, Draijer N (2000) Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 157: 1012–1013
- Gast U (1999) Dissoziative Identitätsstörung im Gesundheitswesen: Zwischen struktureller Retraumatisierung und strukturierender Hilfe zur Genesung. Vortrag, gehalten auf dem Kongress „Körper – Trauma – Seele“ vom 11.–14.3.1999 in Göttingen, Symposium „Sexualisierte Gewalt und strukturelle Gewalt“
- Gast U (2000) Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. In: Lamprecht F (Hrsg) Einführung in die Traumatherapie – was kann EMDR leisten. Klett-Cotta, Stuttgart
- Gast U, Rodewald F (in Vorbereitung) Prävalenz dissoziativer Störungen – empirische Ergebnisse. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U (Hrsg) Lindauer Psychotherapie Module: dissoziative Störungen. Thieme, Stuttgart New York
- Gast U, Oswald T, Zündorf F (2000) Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Deutsche Fassung. Hogrefe, Göttingen
- Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM (in print) Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis*
- Gleaves DH (1996) The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychol Bull* 120: 42–59
- Hacking I (1996) Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne. Hanser, München
- Hart O van der, Steele K, Boon S, Brown P (1995) Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration. *Hypnose Kognition* 12: 34–67
- Hermann JL (1993) Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Kindler, München
- Hoffmann SO (1996) Die alte Hysterie in den neuen diagnostischen Glossaren. In: Seidler GH (Hrsg) Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels. Enke, Stuttgart, S 1–9
- Horen SA, Lechner PP, Lawson JS (1995) Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 40: 185–191
- Hornstein NL, Putnam FW (1992) Clinical phenomenology of child and adolescent multiple personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 1055–1077
- Huber M (1995) Multiple Persönlichkeiten – Überlebende extremer Gewalt. Fischer, Frankfurt a M
- Huber M (1997) ISSD-Richtlinien für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung) bei Erwachsenen – Neufassung 1997. <http://www.dissoc.de/issd/issd-r0.html>
- International Society for the Study of Dissociation (1997) Guidelines for treating dissociative identity disorder (multiple personality disorder) in adults. <http://www.issd.org/isdguide.html>
- International Society for the Study of Dissociation (1998) ISSD issues press release regarding federal trial. *ISSD-Newsletter* 16: 1–8
- Janet P (1889) *L'automatisme psychologique*. Alcan, Paris
- Kluft RP (1990) The fractionated abreaction technique. In: Hammond CD (ed) *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. Norton, New York, pp 527–528
- Kluft RP (1996a) Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 153: 103–110
- Kluft RP (1996b) Introduction to the diagnosis and treatment of dissociative identity disorder. Unveröffentlichtes Manuskript zum Workshop am 7.11.1996 anlässlich der ISSD-Fall-Konferenz, San Francisco, USA
- Kluft RP (1999) An overview of psychotherapy of dissociative identity disorder. *Am J Psychother* 53: 289–319
- Kluft RP (in Vorbereitung) Die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In: Gast U, Hofmann A, Reddemann L (Hrsg) Lindauer Psychotherapie Module: Dissoziative Störungen. Thieme, Stuttgart New York
- Kolk BA van der, Burbridge JA, Suzuki J (1998) Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Streeck-Fischer A (Hrsg) Adoleszenz und Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 57–78
- Latz TT, Kramer SI, Hughes DL (1995) Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *Am J Psychiatry* 152: 1343–1348
- Liotti G (1992) Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 4: 196–204
- Loewenstein RJ (1994) Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment and costeffectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: report submitted to the Clinton-Administration Task Force on Health Care Financing Reform. *Dissociation* 7: 10–25
- Main M, Morgan H (1996) Disorganisation and disorientation in infant strange situation behavior. In: Michelson LK, Ray WJ (eds) *Handbook of dissociation – Theoretical, empirical and clinical perspectives*. Plenum Press, New York, pp 107–138
- Michelson LK, Ray WJ (1996) Preface. In: Michelson LK, Ray WJ (eds) *Handbook of dissociation – Theoretical, empirical and clinical perspectives*. Plenum Press, New York, pp xi–xiii
- Modestin J, Ebner G, Junghan M, Erni T (1996) Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 37: 355–361
- Murphy PW (1994) Dissociative experiences and dissociative symptoms in a non-clinical university student group. *Dissociation* 7: 28–34
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Dyck R van, Hart O van der, Vanderlinden J (1996) The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis* 184: 688–694
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Dyck R van, Hart O van der, Vanderlinden J (1997) The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand* 96: 311–318
- Overkamp B (in Vorbereitung) Diagnostische Untersuchung zur dissoziativen Identitätsstörung (DIS, ehemals MPS) in klinischen Populationen in Deutschland
- Overkamp B, Hofmann A, Huber M, Dammann G (1997) Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – eine Persönlichkeitsstörung? *Persönlichkeitsstörungen* 2: 74–84

- Putnam FW (1991) Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 14: 489–502
- Putnam FW, Loewenstein RJ (1993) Treatment of multiple personality disorder: a survey of current practices. *Am J Psychiatry* 150: 1048–1052
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM (1986) The clinical phenomenology of multiple personality disorder. A review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 47: 285–293
- Reddemann L, Sachsse U (1996) Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten. *Psychotherapeut* 41: 169–174
- Rifkin A, Ghisalbert D, Dimatou S, Jin C, Sethi M (1998) Dissociative identity disorder in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 155: 844–845
- Rivera M (1991) Multiple personality disorder and the social systems: 185 cases. *Dissociation* 4: 79–82
- Ross CA (1989) Multiple personality disorder. Diagnosis, clinical features and treatment. Wiley, New York
- Ross CA (1991) Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatr Clin North Am* 14: 503–517
- Ross CA, Dua V (1993) Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *Am J Psychother* 47: 103–112
- Ross CA, Norton GR, Wozney K (1989) Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Can J Psychiatry* 34: 413–418
- Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser G, Anderson G (1990) Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am J Psychiatry* 147: 596–601
- Ross CA, Anderson G, Fleisher WP, Norton GR (1991a) Dissociative experiences among psychiatric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 14: 350–354
- Ross CA, Joshi S, Currie R (1991b) Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry* 147: 1547–1552
- Sar V, Akyüz G, Kundakci T, Dogan O (1999) Childhood trauma, dissociation and trauma-related disorders: an epidemiological study in Turkey. In: European Society for Traumatic Stress Studies, Abstract book of the 6th European conference of traumatic stress – Psychotraumatology, clinical practice and human rights. Istanbul, 5.6.–8.6.1999, p 114
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- Saxe GN, Kolk BA van der, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J (1993) Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 150: 1037–1042
- Snow MS, Beckman D, Brack G (1996) Results of the dissociative experiences scale in a jail population. *Dissociation* 9: 98–103
- Spanos NP (1994) Multiple identity enactments and multiple personality disorder. A sociocognitive perspective. *Psychol Bull* 116: 143–165
- Steinberg M (1994) The structured clinical interview for DSM-IV-dissociative disorders – revised (SCID-D). Am Psychiatric Press, Washington, DC
- Steinberg M (1996) The psychological assessment of dissociation. In: Michelson LK, Ray WJ (eds) Handbook of dissociation. Theoretical, empirical and clinical perspectives. Plenum Press, New York, pp 251–267
- Steinberg M (in press) Advances in the clinical assessment of dissociation: the SCID-D-R. Bull Menninger Clin
- Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti D (1990) The structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: a preliminary report of a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 147: 76–82
- Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J, Hall P, Rounsaville B (1993) Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *Dissociation* 6: 3–15
- Tutkun H, Sar V, Yargic LI, Ozpulat T, Yanik M, Kiziltan E (1998) Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry* 155: 800–805
- Vanderlinden F, Dyck R van, Vandereycken W, Vertommen T (1991) Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: a study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation* 4: 180–184
- Vanderlinden F, Dyck R van, Vandereycken W, Vertommen T, Verkes RJ (1993a) Trauma and psychological dysfunction in the general population of the Netherlands. *Hosp Com Psychiatry* 44: 786–788
- Vanderlinden F, Dyck R van, Vandereycken W, Vertommen T, Verkes RJ (1993b) The Dissociation Questionnaire (DIS-Q). Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 1: 21–27
- Vanderlinden F, Hart O van der, Vargas K (1996) European studies of dissociation. In: Michelson LK, Ray WJ (eds) Handbook of dissociation. Theoretical, empirical and clinical perspectives. Plenum Press, New York, pp 25–49
- Vanderlinden J, Varga K, Peuskens J, Pieters G (1995) Dissociative symptoms in a population sample of Hungary. *Dissociation* 8: 205–208
- Waller NG, Ross CA (1997) The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 106: 499–510