

## 1.2 Dissoziative Identitätsstörung – valides und dennoch reformbedürftiges Konzept

Ursula Gast

### Einleitung

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS) ist die schwerste Erkrankung im Syndromspektrum der dissoziativen Störungen. Sie ist durch ein dissoziatives Funktionieren im Bereich des Bewusstseins definiert, von dem das Gedächtnis, die Wahrnehmung und das Identitätserleben betroffen sind. Bei der DIS können alle Symptome der anderen dissoziativen Störungen vorkommen, insbesondere Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Trancezustände und somatoforme Dissoziation. Darüber hinaus kommt es zusätzlich zur klinischen Manifestation verschiedener Persönlichkeits- oder Selbst-Zustände (Self States), die wechselweise die Kontrolle über das Erleben und Verhalten des Individuums übernehmen. Der Wechsel von einem Zustand in den anderen ist hierbei mit Amnesie verbunden (siehe Definition im DSM-IV; DSM = Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders).

Die Existenz von offensichtlich getrennt und selbständig agierenden Persönlichkeitszuständen ruft einerseits Faszination, andererseits Protest und professionelle Skepsis hervor, da sie die Vorstellung einer zentralen Struktur des Bewusstseins infrage stellt (Putnam 1989, 2003; Freyberger et al. 2007). Zudem gehört es zum Wesen der Erkrankung unmittelbar dazu, dass die betroffenen Patientinnen Schattenseiten von sich und ihrer Lebensgeschichte nicht oder nicht vollständig wahrnehmen können. Dissoziative Symptome werden von den Betroffenen vor den Mitmenschen und vor sich selbst versteckt oder verheimlicht.

So ist die Dynamik der Erkrankung gekennzeichnet durch ein Nicht-sehen-Können, ein Nicht-glauben-Können und Nicht-wahrhaben-Können. Diese Dynamik prägt auch den wissenschaftlichen Diskurs über die Erkrankung, der häufig von Polarisierungen und starken Emotionen geprägt ist. Daher ist es hilfreich, sich an den derzeit gültigen wissenschaftlichen Standards zu orientieren, die zur Begriffsklärung von Validität einer psychischen Erkrankung entwickelt wurden. In diesem Kapitel werden:

- die DIS mit ihrem Erscheinungsbild und ihrer Ätiogenese dargestellt,
- die wichtigsten Kritikpunkte am Krankheitsbild vorgestellt,
- die Kriterien aufgeführt, nach denen die DIS als valide Diagnose in den offiziellen psychiatrischen Manualen Anerkennung gefunden hat,
- die dennoch vorhandenen Schwachpunkte der Diagnosekriterien beschrieben und
- eine neue Konzeptualisierung der Diagnosekriterien für die DIS und für die gesamten dissoziativen Störungen vorgestellt (Dell 2001; 2009), die zur Verbesserung der klinischen Akzeptanz des Störungsbildes beitragen könnte.

Zur Klärung der Begriffe sei angemerkt, dass im Rahmen der Überarbeitungen des DSM verschiedene Umbenennungen der Erkrankung stattfanden: Die Diagnose wurde 1980 unter dem Namen *Multiple Persönlichkeit* in das DSM-III (APA 1980) aufgenommen, später in *multiple Persönlichkeitsstörung* umbenannt (DSM-III-R, APA 1987) und schließlich im

DSM-IV (APA 1994) als *dissoziative Identitätsstörung* bezeichnet. In der ICD-10 (Dilling et al. 1993) findet der Begriff *multiple Persönlichkeitsstörung* weiterhin Gebrauch.

## Erscheinungsbild und Ätiologie der DIS

Das dissoziative Funktionieren des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und des Selbsterlebens äußert sich in folgenden klinischen Auffälligkeiten:

Umfassende Bereiche des eigenen Wahrnehmens, Erinnerns und Handelns werden im normalen Alltagsbewusstsein gar nicht oder nur teilweise und dann „wie von einer anderen Person“ erlebt (APA 1994; Putnam 1989/2003). Menschen mit DIS verhalten und/oder erleben sich so, als gäbe es mehrere verschiedene Personen in ihnen. Leidensdruck entsteht durch die teilweise erheblichen Alltagsamnesien sowie durch die mangelnde Kontrolle über das eigene Denken, Fühlen, Erleben und Handeln und die dadurch gestörten sozialen Interaktionen. Im klinischen Erstkontakt imponieren jedoch häufig Sekundär- oder Folgeprobleme als „greifbarere“ Beeinträchtigungen, wie Depressionen, Angst, psychosomatische Symptome, Selbstverletzung, Essstörungen, Suchterkrankungen oder Beziehungsprobleme (Putnam 1989/2003; Kap. 1.1). Oft werden erst im Zuge eines therapeutischen Beziehungsaufbaus die bewusstseinsferneren und häufig schambesetzten dissoziativen Symptome offenbart, wodurch dann das Vorhandensein anderer Persönlichkeitszustände offensichtlich wird.

**„Anscheinend normale“ und „emotionale“ Persönlichkeitszustände, ANP und EP.** Charakteristischerweise findet man folgende psychische Konfiguration der Persönlichkeitszustände: Neben sozial angepassten, im Alltag funktionierenden und traumatische Erinnerungen vermeidenden „anscheinend normalen Persönlichkeitszuständen“ (ANP) existieren andere, häufig traumatische Affekte und Erinnerungen in sich tragende „emotionale Persönlichkeitszustände“ (EP), die in das Handeln, Denken und Fühlen der ANP mehr oder weniger fortwährend hineinwirken können oder für Minuten bis Stunden, gelegentlich auch länger, die Kontrolle über das Individuum übernehmen (Kap. 1.4).

Meist besteht eine teilweise oder vollständige Amnesie für das Vorhandensein bzw. die Handlungen der jeweils anderen Persönlichkeitszustände. Der Grad an Bewusstsein für „die anderen“ kann jedoch individuell unterschiedlich sein und sich auch im Verlauf der Erkrankung verändern. Es kann – insbesondere zu Beginn der Behandlung und vor allem im Zustand der ANP – eine nahezu vollkommene Amnesie vorliegen, aber auch ein schattenhaftes oder traumähnliches Wahrnehmen bis zu einem deutlichen Ko-Bewusstsein für die anderen Zustände.

In der Regel finden sich in einem Individuum 8–10 verschiedene Persönlichkeitszustände, allerdings werden in ca. 20% der beschriebenen Fälle auch sehr viel komplexere Aufspaltungen mit 20 und mehr „Personen“ gefunden (Putnam 1989/2003). Symptome treten häufig bereits im Kindesalter auf, doch manifestiert sich die DIS häufig erst im Erwachsenenalter, wenn die eigene Lebensgestaltung angezeigt ist. Viele Betroffene können die Symptome auch später noch lange Zeit kompensieren und erkranken schließlich durch äußere Krisen oder durch Erschöpfung der Kompensationsmöglichkeiten.

**Traumafolgestörung aufgrund schwerer Belastungen in der Kindheit.** Ätiologisch wird die DIS als Traumafolgestörung aufgrund schwerer Belastungen in der Kindheit angese-

hen, häufig in Form von Kindesmisshandlung (Gleaves 2001). Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation ist durch retrospektive und prospektive Studien sowie Meta-Analysen gut belegt (Gast 2003a). Als weitere Prädiktoren für dissoziative Störungen lassen sich Bindungsschwierigkeiten und fehlende elterliche Verfügbarkeit identifizieren (Liotti 2009), ebenso ein hoher posttraumatischer Stresslevel sowie verminderte Möglichkeiten der Affektregulation (Briere 2006). In retrospektiven Studien bei DIS-Patienten werden in über 90% der Fälle traumatische Erfahrungen in der Kindheit in Form von schwerer Vernachlässigung, seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlung angegeben (Gleaves 1996; Gleaves et al. 2001; Dell 2002).

**Erklärungsmodelle.** Auf der Grundlage dieser Befunde wurde ein Diathese-Stress-Modell entwickelt, wonach die Erkrankung als psychobiologische Antwort auf die erlittenen Traumatisierungen in einem bestimmten Zeitfenster der frühen Kindheit verstanden wird (Gleaves 1996). Ein wichtiger kindlicher Entwicklungsschritt, nämlich die Herausbildung eines zentralen integrierenden Bewusstseins wird durch die chronischen Traumatisierungen erschwert oder verhindert (Putnam 1989/2003).

Nijenhuis et al. (Kap. 1.4) postulieren im Modell der strukturellen Dissoziation die mangelnde Integration zweier angeborener Funktionssysteme – ein normales Alltagssystem und ein Überlebenssystem für extreme Bedrohungen –, welche wechselweise aktiviert und im Laufe der kindlichen Entwicklung nicht ausreichend miteinander vernetzt werden konnten.

Es wird weiter vermutet, dass die mangelnde Integrationsfähigkeit den psychodynamischen Bewältigungsmechanismus einer radikalen Verleugnung und Abspaltung begünstigt und einem traumatisierten Kind die Vorstellung ermöglicht, das erlittene Trauma sei nicht ihm, sondern „einem anderen“ passiert. Die individuelle Phantasiefähigkeit und Vorstellungskraft des Kindes, insbesondere die Schaffung von Projektionsfiguren, geben den verschiedenen Persönlichkeitszuständen schließlich ihre individuelle Ausprägung. Der beschriebene Prozess wird bei Kindern mit innerfamiliären Traumatisierungen, insbesondere bei inzestuösem sexuellem Missbrauch, noch verstärkt, da das extrem inkonsistente und widersprüchliche Verhalten der Beziehungspersonen und deren Verleugnung der vom Kind erlittenen Traumatisierungen die dissoziative Bewältigungsstrategie zusätzlich fördern (Putnam 1989/2003).

Trotz der oben beschriebenen Befundlage ist seit Beginn der Forschungsaktivitäten eine wissenschaftliche Polarisierung zu beobachten. Kritiker stellten sowohl die Traumaätiologie als auch die Validität der Diagnose in Frage. Auf beide Punkte soll im Weiteren etwas ausführlicher eingegangen werden:

## Kritik am posttraumatischen Modell

Bei der Kritik am posttraumatischen Modell wurde argumentiert, dass es sich bei der Phänomenologie der DIS um ein Artefakt durch unsachgemäß durchgeführte Psychotherapie und durch suggestiven Einfluss der Medien handle (McHugh 1993; Merskey 1992; Spanos 1994). Nach diesem iatrogenen oder soziokognitiven Modell, dass auch in der ICD-10 vermutet wird, sind Therapeutinnen für die Störung ihrer Patientinnen verantwortlich, indem sie bei diesen durch suggestive Fragen und unsachgemäße Hypnose eine entsprechende Symptomatik in Form eines suggerierten Rollenverhaltens induzieren (Spanos 1994). Als weiterer Faktor wird der Einfluss von Literatur und Medien vermutet (Lilienfeld & Lynn 2003, p. 117).

Das iatrogene oder soziokognitive Modell wurde von verschiedenen Autoren zurückgewiesen (Gleaves et al. 2001; Elzinga et al. 1998; Ross et al. 1989a), da es sich nicht empirisch absichern lässt. Insbesondere ließ sich die im iatrogenen Modell vermutete Leitsymptomatik einer offensichtlichen klinischen Präsentation verschiedener Identitäten in Form eines schauspielerischen Auftretens, oft in Aufmerksamkeit suchender, histrionischer Weise (Multiple Identity Enactment) nicht belegen (Gleaves 1996).

Auch gibt es keine empirischen Befunde dafür, dass die Phänomenologie einer DIS durch Suggestion, Hypnose oder Ansteckung hervorgerufen werden kann, schon gar nicht über einen längeren Zeitraum (Brown, Frischholz & Schefflin 1999; Gleaves 1996; Loewenstein 2007). Zudem zeigt sich, dass eine Reihe charakteristischer Symptome, die inzwischen durch systematische phänomenologische Erforschung der DIS herausgefunden werden konnten, zuvor weder den Patienten noch der Öffentlichkeit bekannt waren – und auch den meisten Klinikern (!) nicht (Dell 2006a).

Der Begriff der „iatrogenen DIS“ ist daher irreführend und sollte wegen fehlender wissenschaftlicher Fundierung – auch in der ICD – nicht verwendet werden, zumal er die Gefahr eines Generalverdachts der Fehlbehandlung gegen Psychotherapeuten beinhaltet, die mit DIS-Patientinnen arbeiten. Leider hat die Diskussion um das iatrogene und soziokognitive Modell in starkem Ausmaß dazu beigetragen, dass bei vielen Therapeuten eine unzutreffende Vorstellung über die klinische Ausprägung der DIS entstand. Viele Therapeuten vermuten, dass es sich bei der DIS um eine Störung mit dramatischem und floridem Erscheinungsbild handelt. Ein solches Bild mit unmittelbar beobachtbaren wechselnden Identitäten liegt jedoch nur bei einer Untergruppe von ca. 6% der Patientinnen vor (Kluft 2009). Bei einem offenkundigen Präsentieren der verschiedenen Identitäten sollte zudem an die Differenzialdiagnose der eher selten auftretenden Simulation oder der vorgetäuschten DIS gedacht werden (Thomas 2001 u. Kap. 3.1 dieses Bandes).

Sehr viel häufiger und typischerweise zeigt sich eine polysymptomatische Mischung aus dissoziativen und posttraumatischen Symptomen, die in eine Matrix von vordergründig nicht traumabezogenen Symptomen eingebettet sind (z.B. Depression, Panikattacken, Drogenmissbrauch, psychosomatische Symptome, Essstörungen usw.). Das Vorherrschen dieser im klinischen Alltag vertrauten Symptome führt oft dazu, dass ausschließlich die komorbiden Störungen diagnostiziert werden und Behandlungsinterventionen nicht den gewünschten Erfolg haben (ISSTD-Richtlinien: Chu et al. 2005).

## Kritik an der Validität der DIS-Diagnose

Der zweite Kritikpunkt betrifft die Frage, ob es sich bei der DIS um eine valide, d.h. umschriebene und eigenständige psychiatrische Erkrankung handelt (Fahy 1988). Insbesondere wird diskutiert, ob es sich hierbei nicht um die Variante anderer psychiatrischer Erkrankungen handeln könnte, zumal die DIS ein breites Spektrum an Symptomen aufweist (North et al. 1993).

## Validitätsprüfung

Woran lässt sich die Frage überprüfen, ob es sich bei einer psychiatrischen Diagnose wirklich um eine valide Diagnose handelt (Tab. 1.4)? Nach Spitzer u. Williams (1985) muss ein relativ umschriebenes und klinisch signifikantes psychologisches Symptommuster oder

Tabelle 1.4 Validitätskriterien für DSM-IV.

Spitzer u. Williams (1985)	Blashfield et al. (1990)
Es muss ein umschriebenes und klinisch signifikantes psychologisches Symptommuster oder Syndrom vorliegen, das mit Stress oder Beeinträchtigungen einhergeht und folgende Validitätskriterien erfüllt:	Operationalisierung der Augenschein- und deskriptiven Validität anhand folgender Kriterien:
1. Augenscheinvalidität 2. deskriptive Validität 3. prädiktive Validität 4. Konstruktvalidität	<i>Einschlusskriterien:</i> 1. mindestens 50 empirische Veröffentlichungen 2. klare Diagnosekriterien: standardisierte Messinstrumente 3. Reliabilitätsprüfung: mindestens 2 Studien mit Kappa .70 4. Syndromcharakter 5. Unterscheidbarkeit (taxometrische Forschung)  <i>Ausschlusskriterien:</i> 1. keine Veröffentlichungen 2. Prävalenz klinisch nicht relevant („coverage“) 3. statistischer systematischer Fehler (Bias) 4. Ausnahmeregelung bei gesicherter pathophysiologischer Grundlage

Tabelle 1.5 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV für eine dissoziative Identitätsstörung.

1	die Anwesenheit von 2 oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen, jeweils mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von der Beziehung zur und dem Denken über die Umgebung und das Selbst
2	wiederholte Übernahme der Kontrolle über das Verhalten der Person durch mindestens 2 dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände
3	eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend sind, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden
4	kein Zurückgehen der Störung auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Black-outs oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors, z. B. komplex-partielle Anfälle).

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

Syndrom vorliegen, das mit Stress oder Beeinträchtigungen einhergeht und bestimmte Validitätskriterien (Augenscheinvalidität, deskriptive Validität, prädiktive Validität sowie Konstruktvalidität) erfüllt. Danach müssen ausreichend qualifizierte Publikationen (mindestens 50), ebenso Diagnosekriterien (Tab.1.5) und entsprechend valide und reliable Messinstrumente vorliegen (hierzu Kap. 1).

**Taxometrische Forschung zur Feststellung des Syndromcharakters.** Zudem wird gefordert, dass die Erkrankung den Charakter eines Syndroms haben muss. Ein möglicher Ansatz zur Überprüfung dieses Kriteriums ist die taxometrische Forschung (Meehl 1995; Waller u.

Meehl 1997). Diese wird benutzt, um zwischen abgrenzbaren psychologischen Typen und Variationen eines Kontinuums zu unterscheiden. Wenn ein Konstrukt typologischer Natur ist und sich somit also ein qualitativer Unterschied zwischen den möglichen Ausprägungsgraden des Konstruktes finden lässt, z. B. alltägliche dissoziative Erfahrungen vs. pathologische dissoziative Symptome und Störungen, muss sich ein bestimmter Satz an Indikatoren für dieses Taxon bestimmen lassen.

**DES-Taxon.** Waller et al. führten eine taxometrische Analyse mit der DES (= Dissociative Experiences Scale) durch. Dabei identifizierten sie einen Satz von 8 Original-DES-Items, das DES-Taxon (Waller et al. 1996), mit deren Hilfe anhand von Item-Cut-offs mit hoher Wahrscheinlichkeit eine DIS festgestellt werden kann. Das DES-Taxon deckt die Kernsymptomatik der dissoziativen Identitätsstörung ausgezeichnet ab (Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsverwirrung und Identitätsänderung).

Der Syndromcharakter der DIS wurde dann anhand des DES-Taxons (Waller et al. 1996) überprüft. Es fand sich folgendes Ergebnis: Wenn ein Studienteilnehmer bei einem Item auf dem DES-Taxon den Cut-off-Wert überschritt, lag die Wahrscheinlichkeit bei nahezu 100%, dass dies auch für mindestens ein weiteres Item des DES-Taxons galt.

**Unterscheidbarkeit oder deskriptive Validität.** Unterscheidbarkeit oder deskriptive Validität soll sicherstellen, dass eine Kategorie nicht mit dem Vorhandensein einer anderen redundant ist. Dies ist vermutlich der Aspekt der dissoziativen Identitätsstörung, der in kritischen Debatten um die Diagnose am häufigsten geltend gemacht wird. Es wird argumentiert, dass Patienten mit der entsprechenden Diagnose eigentlich schizophren sind (Gardner 1994), eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben (Lauer et al. 1993), als histrionisch zu diagnostizieren sind (Fahy 1988) oder sich nicht in spezifischer Weise von einer allgemeinen schweren Psychopathologie unterscheiden lassen (Tillman, Nash u. Lerner 1994).

**Symptomüberlappungen und Unterscheidung verschiedener Störungen.** In der Tat gibt es bei einigen Störungen erhebliche Symptomüberlappungen, die zu differenzialdiagnostischen Problemen führen können. Dies wird für die Schizophrenie, für schizoaffektive Erkrankungen sowie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen beschrieben (Coons 1984; Gleaves 1996; Kap. 1.1).

Eine Reihe von Studien zeigt jedoch, dass mittels verschiedener Messinstrumente zwischen den verschiedenen Störungen unterschieden werden kann. Fink u. Golinkoff (1990) untersuchten Patientinnen und Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung, Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem DDIS (= *Dissociative Disorders Interview Schedule*). Steinberg et al. (1994) benutzten den SCID-D (= *Structured clinical Interview for dissociative Disorders*), um zwischen Patientinnen und Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung, Schizophrenie und schizoaffektiver Störung zu unterscheiden. Als weitere wichtige Studien sind die von Ross et al. (1989a u. b) zu nennen. Auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung lässt sich nach den Ergebnissen verschiedener Studien eindeutig von der DIS abgrenzen (Horevitz u. Braun 1984; Kemp et al. 1988; Fink u. Golinkoff 1990; Boon u. Draijer 1993a–c, Lauer et al. 1993).

Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung und der Somatisierungsstörung liegen bislang noch keine aussagekräftigen Differenzierungsstudien vor, so dass der Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheitsbildern und der DIS weiterer Erforschung bedarf.

**Dissoziative Störung oder schwerwiegende allgemeine Psychopathologie?** Wie bereits in Kap. 1 gezeigt wurde, lassen sich nach verschiedenen Studien bei Patienten mit hohen Dissoziationswerten ebenfalls hohe Grade an allgemeiner Psychopathologie finden (Nash et al. 1993; Norton et al. 1990; Sandberg, Lynn, 1992). Daraus wurde im Umkehrschluss angenommen, dass die Unterschiede zwischen Personen mit hohem und niedrigem Dissoziationswert „weniger mit Dissoziation per se zu tun haben als vielmehr mit schwerwiegenderer Psychopathologie“ („Has less to do with dissociation per se, and more to do with gross psychopathology“; Tillman, Nash u. Lerner 1994, S. 404). Es wurde also angenommen, dass dissoziative Symptome nicht Ausdruck einer unabhängigen spezifischen (dissoziativen) Störung sind, sondern dass Dissoziation vielmehr ein weiterer Ausdruck eines (angenommenen) grundliegenderen Problems sei – nämlich einer schwerwiegenden allgemeinen Psychopathologie.

**Eigenständige Symptomatik.** Diese Hypothese wurde allerdings von neuerer Forschung widerlegt: Nijenhuis et al. rechneten die allgemeine Psychopathologie statistisch heraus und fanden, dass sich die Werte für somatoforme Dissoziation immer noch zwischen der dissoziativen und der nicht dissoziativen Diagnosegruppe unterschieden (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Chatrou, Moene, & Vanderlinden, 1999). Das gleiche Ergebnis zeigte sich auch bei der Studie von Rodewald et al. (2011): Auch hier ergab sich nach statistischem Herausrechnen der allgemeinen Psychopathologie, dass der korrigierte Dissoziationsscore der dissoziativen Patienten immer noch signifikant höher war als derjenige der klinischen bzw. nicht klinischen Kontrollgruppe. Beide Studien zeigen also, dass pathologische Dissoziation von allgemeiner Psychopathologie weitgehend unabhängig ist und zu Recht als eigenständige Symptomatik beschrieben wird.

**Konstruktvalidität.** Bei der *Konstruktvalidität* geht es um die Frage, inwieweit sich eine übergreifende Eigenschaft finden lässt und zudem eine Theorie zur Verfügung steht, um die Ätiologie oder die Biologie der pathophysiologischen Prozesse zu erklären. Hinsichtlich der Konstruktvalidität bietet sich vor allem die Forschung mit dem multidimensionalen Inventar dissoziativer Symptome (= MID; Dell 2006) an. Bei diesem Messinstrument fanden sich in verschiedenen Studien durchweg hohe bis sehr hohe Interkorrelationen zwischen den MID-d-Subskalen (Dell 2009a u. b). Auch in der deutschen Fassung bestätigte sich der Befund, dass mit den Skalen ein übergeordnetes Gesamtmerkmal „Dissoziativität“ erfasst wird (Gast 2003b). Zudem kann, wie bereits oben beschrieben, auch hinsichtlich der Ätiologie der DIS von einer konsistenten Datenlage gesprochen werden.

**Prädiktive Validität.** Die *prädiktive Validität* verlangt, dass auf der Grundlage der Diagnose bestimmte Vorhersagen abgeleitet werden können, z.B. über den Krankheitsverlauf. Hier sind vor allem Vorhersagen darüber von Interesse, in welcher Weise verschiedene Behandlungsformen die bestehende Symptomatik verändern können. Der aktuelle Behandlungsstandard geht von einem phasenorientierten, multimodalen und traumafokussierten Ansatz aus (Richtlinien der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD); Brand et al. 2009a). Randomisierte Studien zur Behandlung von DIS liegen bislang nicht vor, er gibt nur eine kontrollierte Studie.

In einer Meta-Studie analysierten Brand et al. (2009a) insgesamt 16 Behandlungsstudien und 4 Fallstudien mit standardisierten Messinstrumenten. Die Ergebnisse dieser nicht kontrollierten Studien erbrachten, dass die Behandlung nach den obigen Vorgaben zu Symp-

tomreduktionen in den Bereichen Dissoziation, Depression, allgemeine Beeinträchtigung, Angst und PTSD-Symptomatik (PTSD=Post traumatic Stress Disorder) führte. Einige Studien wiesen zudem einen Rückgang der verordneten Medikation nach sowie verbesserte Arbeitsfähigkeit und besseres soziales Funktionieren. Effektstärken bewegten sich in einer Größenordnung von mittel bis groß. Eine Fallserienstudie von Kluft (1994) zeigte eine Patientengruppe, die in der Behandlung vollständige Fusion oder Integration erreichte, so dass nicht länger die Kriterien einer DIS erfüllt waren. Eine zweite Gruppe zeigte deutliche Symptomreduktion, während eine dritte einige Verbesserungen aufwies, jedoch weiterhin als chronisch krank einzuschätzen war. Nicht randomisierte, offene stationäre Behandlungsstudien mit DIS-Patienten zeigen, dass es bei trauma- und dissoziationsfokussierten Behandlungen zur Reduktion von Symptomen im Bereich Depression, Angst und Dissoziation sowie zur Verringerung der Anzahl der Achse-I- und Achse-II-Diagnosen kommt (Brand et al. 2009a; Ellason u. Ross 1997).

Eine erste internationale, naturalistische und prospektive Studie zur DIS und zu ihrer Subform NNBDS (= nicht näher bezeichnete dissoziative Störung) mit ambulant tätigen Therapeuten zeigt vielversprechende Ergebnisse mit einer großen Bandbreite an Symptombesserungen (Brand 2009b): 292 Therapeuten aus aller Welt mit insgesamt n=280 Patienten mit DIS oder NNBDS wurden über eine Reihe verschiedener Variablen befragt (Stand und Verlauf der Therapie, Symptomlage und Funktionsniveau). Die Patienten- und Therapeutenangaben zeigen, dass Patienten im späteren Verlauf der Therapie weniger posttraumatische Symptome, Dissoziation und generelle Beeinträchtigung aufwiesen, außerdem weniger Krankenhausaufenthalte und ein besseres Funktionieren als Vergleichspatienten in der frühen Phase der Behandlung. Erste Nachuntersuchungen bestätigen diese Befunde (Brand et al. 2008).

Die Ergebnisse der bisherigen Behandlungsstudien stützen ein phasenorientiertes Vorgehen, wie es sich in der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen bewährt hat, ergänzt um störungsspezifische Interventionen, die u.a. in den Behandlungsrichtlinien der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) ausführlich beschrieben werden (Richtlinien der ISSTD, Chu et al. 2005; außerdem Courtois u. Ford 2009; Chu 1998; Hermann 1992; Kluft 1999; Kluft u. Loewenstein 2007; Simeon u. Loewenstein 2009). Es werden 3 Phasen des Behandlungsverlaufs in seiner Abfolge beschrieben, die sich jedoch je nach Erfordernis wiederholen können:

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

**Kommunikation zwischen „Persönlichkeiten“ fördern.** Kernziele in der ersten Phase der Therapie sind der Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die Abklärung und Stabilisierung der aktuellen Lebenssituation der Patientin und die Arbeit an den persönlichen Ressourcen. Es erfolgt dann die Erkundung des individuellen Persönlichkeitssystems (sog. „mapping“, Putnam 1989/2003). Hierbei wird mit der Patientin erarbeitet, welche Persönlichkeits- bzw. Selbstzustände vorhanden sind, welche speziellen Fähigkeiten bzw. Konflikte diese haben und welche Funktion sie im Gesamtsystem erfüllen. Häufig wird hierbei auch die Entstehungsgeschichte der verschiedenen „Persönlichkeiten“ offenbar, so dass eine erste Annäherung an mögliche belastende oder traumatische Erfahrungen stattfindet, die in dieser Phase der Therapie jedoch noch nicht vertieft wird. In einem nächsten Schritt wird die Patientin ermutigt, die Kommunikation



zwischen den verschiedenen „Persönlichkeiten“ zu fördern. Hierbei wird eine bessere Wahrnehmung und Kommunikation der „Persönlichkeiten“ untereinander angestrebt, die bisher mehr oder weniger amnestisch füreinander waren oder sich gegenseitig ablehnten. Im Schutzraum der Therapie wird die Patientin also behutsam damit konfrontiert, den Bewältigungsmechanismus des „Wegmachens“ durch Dissoziation (Kluft 1996b) Stück für Stück aufzugeben und durch andere Bewältigungsstrategien zu ersetzen. Dabei ist es sinnvoll, der Patientin zu vermitteln, dass die dissoziative Bewältigung in der traumatischen Situation als Notfallmaßnahme sinnvoll war, sich dann aber zunehmend verselbständigte und für die aktuelle Lebenssituation dysfunktional geworden ist, weil durch sie verschiedene Persönlichkeitszustände voneinander getrennt und häufig gegeneinander agieren. Das Angebot in dieser Therapiephase besteht darin, die Patientin dabei zu unterstützen, dass sich die verschiedenen „Persönlichkeiten“ untereinander zunehmend besser kennenlernen, um eine Kooperation miteinander zu erproben.

## Kritik an den Diagnosekriterien

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei der DIS alle Kriterien für die Aufnahme in das DSM-IV erfüllt sind. Es stellt sich somit die Frage, warum trotz guter Validität der Störung die professionelle Akzeptanz bislang gering ist. Neben möglichen individuellen und kollektiven Abwehrprozessen, die den wissenschaftlichen Diskurs über die Erkrankung mitprägen, haben möglicherweise auch ungeeignete Definitionskriterien zur mangelnden Akzeptanz der DIS beigetragen. Dell (2001, 2006, 2009a u. b) kritisiert eine Fixierung auf die Merkmalsbeschreibung der alternativen Identitätszustände und eine Neigung zu sehr strengen Definitionskriterien, während Gesichtspunkte der klinischen Praktikabilität und Benutzerfreundlichkeit bislang nicht ausreichend berücksichtigt wurden. So wird die DIS im DSM-IV mit nur einem Merkmal begründet, welches zudem noch sehr abstrakt beschrieben wurde. Klinisch relevante und zur Diagnosestellung hilfreiche Merkmale oder operationalisierte Kriterien für das Vorhandensein alternativer Selbstzustände werden bislang im DSM nicht angeboten. Dieses Versäumnis, so Dell, hat zu einer unnötigen Mystifizierung der Diagnose beigetragen, die es auch erfahrenen Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen schwer macht, die Erkrankung in ihrem klinischen Alltag wiederzufinden. Für das DSM-V schlägt er daher, wie im Folgenden ausgeführt, eine neue Konzeptualisierung der dissoziativen Störungen einschließlich der DIS vor.

## Das Konzept der einfachen und komplexen dissoziativen Störung nach Dell (2001, 2006, 2009a u. b)

Um eine benutzerfreundlichere Diagnosestellung anzubieten, wurde von Dell (2001) ein Kriterienkatalog entworfen, in dem sich das gesamte Spektrum dissoziativer Störungen aus ICD-10 und DSM-IV widerspiegelt (Tab. 1.6). Nach diesem Katalog mit verhaltensspezifischen Merkmalen ist eine operationalisierte Diagnosestellung möglich, wie dies im Übrigen auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen üblich ist, z. B. bei der Depression, der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder der posttraumatischen Belastungsstörung.

Nach dieser Kategorisierung wird zwischen einfachen und komplexen dissoziativen Störungen unterschieden. Erstere zeigen Symptome von Amnesie, Depersonalisation,

Tabelle 1.6 Klassifikation von Dissoziation und Konversion in ICD-10 und DSM-IV (nach Gast 2004).

ICD-10		DSM-IV	
F 44.0	dissoziative Amnesie	300.12	dissoziative Amnesie
F 44.1	dissoziative Fugue	300.13	dissoziative Fugue
F 44.2	dissoziativer Stupor		
F 44.3	Trance- und Besessenheitszustände		
F 44.4	dissoziative Bewegungsstörungen	300.11	Konversionsstörung
F 44.5	dissoziative Krampfanfälle		
F 44.6	dissoziative Sensibilitäts- u. Empfindungsstörungen		
F 44.7	dissoziative Störungen, gemischt		
F 44.8	sonstige dissoziative Störungen		
F 44.80	Ganser-Syndrom		
F 44.81	multiple Persönlichkeit(sstörung)	300.14	dissoziative Identitätsstörung
F 44.88	sonstige dissoziative Störungen psychogen: • Dämmerzustand • verwirrt		
F 44.9	dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet	300.15	nicht näher bezeichnete dissoziative Störung
F 48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (aufgeführt unter F 48 „andere neurotische Störungen“)	300.60	Depersonalisationsstörung (aufgeführt unter dissoziativen Störungen)

Derealisation, Fugue, Trancezuständen, Flashback-Erleben sowie pseudoneurologische und somatoforme Symptome, häufig auch in kombinierter Form (Kriterium A). Die komplexen dissoziativen Störungen zeichnen sich neben diesen Symptomen zusätzlich durch eine Mitbeteiligung des Identitäts- und Selbstempfindens aus. Es liegen 2 oder mehr unterscheidbare Identitäten bzw. Persönlichkeits- oder Selbstzustände vor, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen und entweder als teilabgespalten (Kriterium B) oder als vollabgespalten (Kriterium C) erlebt werden.

## Diagnostische Kriterien für komplexe dissoziative Störungen nach Dell (2006, 2009a u. b)

---

### A-Kriterien:

dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung (mindestens 4 von 6):

- Gedächtnisprobleme, auffällige Erinnerungslücken,
- Depersonalisation,
- Derealisation,
- Flashback-Erleben (Nachhallerinnerungen von traumatischen Erfahrungen),
- somatoforme Dissoziation (somatoforme oder pseudoneurologische Symptome, dissoziative Bewegungs- oder Empfindungsstörungen),
- Trancezustände.

### B-Kriterien:

Anzeichen für die Manifestation teilweise abgespaltener Selbstzustände (mindestens 6 von 11):

- Hören von Kinderstimmen (Lokalisation im Kopf),
- innere Dialoge oder Streitgespräche,
- herabsetzende oder bedrohende innere Stimmen,
- teilweise dissoziiertes (zeitweise als nicht zu sich gehörig erlebtes) Sprechen,
- teildissoziierte Gedanken: eingegebene, sich aufdrängende Gedanken, auch Gedankenentzug,
- teildissoziierte Emotionen: Gefühle werden als aufgedrängt oder eingegeben erlebt,
- teilweise dissoziiertes Verhalten: Handlungen werden als nicht unter der eigenen Kontrolle erlebt,
- zeitweise nicht zu sich gehörig erlebte Fertigkeiten oder Fähigkeiten: plötzlicher Wechsel im Funktionsniveau: „vergessen“, wie man Auto fährt, Computer bedient etc.,
- irritierende Erfahrungen von verändertem Identitätserleben: sich wie eine ganz andere Person fühlen oder verhalten,
- Unsicherheit über die eigene Identität (aufgrund wiederholter ich-fremder Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, Emotionen, Fertigkeiten etc.),
- Vorhandensein teildissoziierter Selbstzustände: in der Untersuchungssituation direktes Auftreten eines teildissoziierten Selbstzustandes, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend jedoch keine Amnesie der Primärperson.

### C-Kriterien:

objektive und subjektive Manifestationen vollständig abgespaltener Selbstzustände (mindestens 2):

- wiederholte Amnesien für das eigene Verhalten:
  - lückenhaftes Zeiterleben (Zeit verlieren, „zu sich kommen“, Fugue-Episoden),
- nicht erinnerbares Verhalten:
  - Rückmeldung von anderen über eigenes Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann,
  - Dinge in seinem eigenen Besitz finden, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann,
  - Notizen oder Zeichnungen von sich finden, an deren Anfertigung man sich nicht erinnern kann,

- Hinweise für kürzlich ausgeführte Handlungen, an die man sich nicht erinnern kann,
- Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen, an die man sich nicht erinnern kann,
- Vorhandensein volldissoziierter Selbstzustände: in der Untersuchungssituation direktes Auftreten eines volldissoziierten Selbstzustandes, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend Amnesie der Primärperson.

**Einfache dissoziative Störung.** Finden sich mindestens 4 Symptome unter Kriterium A, nicht aber unter B und C, würde man die Diagnose einer einfachen dissoziativen Störung stellen.

**Komplexe dissoziative Störung, DIS.** Sind alle 3 Kriterien A, B und C erfüllt (bzw. genauer: 4 der 6 A-Kriterien, 6 der 11 B-Kriterien und 2 der 6 C-Kriterien), liegt das Vollbild einer komplexen dissoziativen Störung im Sinne einer dissoziativen Identitätsstörung vor.

**Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung, NNBDS.** Werden nur Kriterien A und B erfüllt, handelt es sich um ein Teilbild mit weniger schwerer Ausprägung, das nach den geltenden Kriterien als *nicht näher bezeichnete dissoziative Störung* diagnostiziert werden würde.

**Praktikable Diagnosestellung und Therapiefindung.** Die Vorteile eines solchen Vorgehens liegen darin, dass die Diagnosestellung für den Kliniker transparent, praktikabel und nachvollziehbar wird. Das Konzept der einfachen und komplexen dissoziativen Störung könnte somit zur Entmystifizierung und besseren klinischen Akzeptanz der Erkrankung beitragen.

Darüber hinaus bildet der DSM-V-Vorschlag von Dell auch eine Synthese der beiden bisherigen Kategorisierungen in ICD-10 und DSM-IV, da er sowohl die Störungen des Bewusstseins als auch die somatoforme Dissoziation berücksichtigt. Die einfachen dissoziativen Störungen werden in der ICD-10 und im DSM-IV bisher unter dissoziativer Amnesie, Depersonalisation, Fugue, in der ICD-10 zusätzlich auch noch unter dissoziativem Stupor, Trance- und Besessenheitszuständen und dissoziativen Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung codiert. Die komplexen dissoziativen Störungen mit teilabgespaltenen Selbstzuständen werden bisher in beiden Systemen unter der Kategorie *nicht näher bezeichnete dissoziative Störung* codiert, die komplexen dissoziativen Störungen mit vollabgespaltenen Selbstzuständen als DIS oder multiple Persönlichkeitsstörung (Tab. 1.6).

Die Einteilung in einfache und komplexe dissoziative Störungen ist auch aufgrund der therapeutischen Implikationen sinnvoll: Die Behandlung der einfachen dissoziativen Störungen kann i. d. R. durch die Anwendung allgemeingültiger psychotherapeutischer Techniken angemessen durchgeführt werden. Die Arbeit an der auslösenden Situation sowie die Verbesserung der Affektwahrnehmung und Affekttoleranz spielen bei diesen Störungsbildern eine wichtige Rolle zur Bearbeitung der dissoziativen Symptome.

Bei den komplexen dissoziativen Störungen sind die Gelegenheiten etwas komplizierter. Zusätzlich zu den allgemein gültigen müssen störungsspezifische Techniken zur Anwendung kommen, die die schweren dissoziativen Barrieren zwischen den verschiedenen Selbstzuständen im Laufe der Therapie systematisch verringern (Kap. 2.1 in diesem Band).