



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir
zum Download auf www.klett-cotta.de
bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer
Homepage den folgenden Such-Code ein:
OM40190

Martina Rudolph (Hrsg.)

Skillstraining bei Dissoziativer Identitätsstörung und Trauma

Wegweiser durch die Behandlung der DIS

Mit Beiträgen von Linda Koos und Mirjam Urban

Besonderer Hinweis

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autorin und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von baona/iStock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Miriam Seifert-Waibel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40190-5

E-Book ISBN 978-3-608-12341-8

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20689-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Vorwort und Dank

Die erste Idee zu diesem Skillstraining entstand etwa 2018, als drei Kolleginnen und ich uns in der Klinik am Waldschlößchen, Dresden, zusammensetzten, um ein eigenes Trainingsprogramm für die Patient*innen der DIS-Gruppe zu entwickeln. In einem Brainstorming zu verschiedenen Themen und Übungen kamen sehr viele unterschiedliche und kreative Ideen zusammen, auch das Konzept des Ampelsystems wurde damals geboren. Teilnehmerinnen dieser Gruppe waren neben mir Linda Koos, Maggie Brandmair und Rebecca Jacob. Weitere Beteiligte im Vorfeld und danach waren Sarah Salbeck, Lisa Montag, Christine Goldmann, Britta Röwer sowie Nina Offenbergl.

Die damals gefundenen Ergebnisse wurden von Linda Koos zusammengeschrieben und in eine ansehnliche Form gebracht. Damit war der Grundstein für das nun vorliegende Skillstraining gelegt. Seither wurde es von mir noch mehrfach überarbeitet, bis die Zusage kam, dass Klett-Cotta ein Buch dazu verlegen wird. Es begann die Evaluationsphase. Das Design dazu und die Fragebögen wurden von Mirjam Urban entwickelt, die Evaluation wurde seitens Katharina Burbat und Linda Koos mit stationären Patient*innen und von mir mit ambulanten Patient*innen durchgeführt. Die wichtigen Rückmeldungen der beiden Kolleginnen und der befragten Patient*innen zu den einzelnen Modulen flossen in weitere mehrfache Überarbeitungen mit ein. Katrin Barlovic und Franka Mehnert begleiteten den Evaluationsprozess mit ihrer fachlichen Expertise. Linda Koos trug schließlich mit vier Fallvignetten das

7. Kapitel zu diesem Buch bei, Mirjam Urban mit der Beschreibung und Auswertung der Evaluation das 11. Kapitel. All den genannten Kolleginnen möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen für die tolle Zusammenarbeit!

Um dieses Buch schreiben zu können, habe ich in fast 20 Jahren sehr viel von zahlreichen Patient*innen mit DIS gelernt. All die Lösungen, die sie gefunden haben, haben mir gezeigt, wie ein gangbarer Weg in der Therapie aussehen kann. Dafür möchte ich mich von ganzem Herzen bedanken. Viele Fehler, die man machen kann, habe ich auch auf die eine oder andere Weise gemacht und über manche Fallstricke bin ich selbst gestolpert. Dafür möchte ich mich von ganzem Herzen entschuldigen. Bei aller Anstrengung und bei aller Erschütterung ist mir die Arbeit nie zu viel oder zu schwer geworden, da diese Betroffenen für mich ein Beispiel für Überlebenswillen, Kreativität und Durchhaltevermögen sind. Ich neige meinen Kopf vor ihnen.

Bei Frau Urbani vom Klett-Cotta-Verlag möchte ich mich für die von Anfang an sehr herzliche und begeisterte Betreuung bedanken, bei Frau Seifert-Waibel für das ebensolche Lektorat und bei Klaus Dilcher für die mentale Unterstützung und Schaffung von Valenzen für dieses Projekt. Ein letzter Dank geht an meine Familie und meine Freund*innen für die stetige Begleitung und Präsenz sowie für die emotionale Unterstützung.

Martina Rudolph, Dresden

Vorbemerkungen zur Begrifflichkeit und zum Aufbau des Buches

In diesem Buch werden verschiedene Begriffe genutzt. Teilweise wird ausgehend von den neuen Diagnosekriterien im ICD-11 – entsprechend der Übersetzung von Gysi (2021) – von *Persönlichkeitszuständen* gesprochen. Rund um das Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit werden die darin verankerten Begriffe der ANP (*apparently normal parts of the personality*; hier übersetzt mit *Alltagspersönlichkeitsanteile*) und der kontrollierenden und fragilen EP (*emotional parts of the personality*; hier übersetzt mit *emotionale Persönlichkeitsanteile*) verwendet. Häufig wird auch allgemein von *Persönlichkeitsanteilen* gesprochen, wie es in der klinischen Praxis am gängigsten ist. Und manchmal wird auch die abgekürzte Form *Anteile* verwendet, dies vor allem im Manual.

Das Buch ist zweigeteilt. Im ersten Teil geht es um die

theoretischen Hintergründe der DIS: die Diagnostik, die wichtigsten Modelle für die Behandlung, die Versorgungssituation, um spezifische therapeutische Herausforderungen und Vorgehensweisen. Es werden vier Behandlungsvignetten dargestellt, die die Vielfältigkeit der Probleme bei der Behandlung von DIS anschaulich verdeutlichen. Im zweiten Teil werden zunächst ausführlich die stationären und ambulante Rahmenbedingungen für das Skillstraining beschrieben sowie Hinweise zur Durchführung des Trainings in verschiedenen Settings und zu den einzelnen Modulen gegeben. Es folgt das Skillstraining selbst mit seinen zehn Modulen. Für jedes Modul gibt es ein Therapiemanual und ein Manual für Betroffene. Zum Abschluss erfolgt eine Übersicht über die Evaluation und deren Ergebnisse.

Abkürzungen

ANP	Apparently normal part of the personality (Alltagspersönlichkeitsanteile)	OEG	Opferentschädigungsgesetz
APP	Ambulant psychiatrische Pflege	pDIS	Partielle Dissoziative Identitätsstörung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.	PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
DIS	Dissoziative Identitätsstörung	PITT	Psychoimaginative Traumatherapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	SKID-D	Strukturiertes klinische Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen
EP	Emotional Part of the Personality (Emotionale Persönlichkeitsanteile)	SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
ISSTD	International Society for the Study of Trauma and Dissociation	TADS-I	Trauma and Dissociative Symptoms Interview
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	TRIMB	Trauma Recapitulation with Imagination Motion and Breath (Behutsame Trauma-Integration)
		UBSKM	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

Inhalt

TEIL I DIS: Hintergründe, Modelle, Diagnostik, Behandlungsgrundlagen	11
1 Grundlagen und Hintergründe zur DIS	13
1.1 Hysterie, Konversion, Psychose – dissoziative Symptome im Wandel der Zeit	13
1.2 Zusätzliche Diagnostik	16
1.3 Diagnoseinstrumente	19
1.4 Modelle und Behandlungsansätze	20
1.5 Diskurs	24
2 Psychosoziale äußere Stressoren von Betroffenen	26
2.1 Einschränkungen in der Lebensgestaltung	26
2.2 Isolation	26
2.3 Schädliche Kontakte im Alltag	27
3 Spezifische Herausforderungen in der Arbeit mit Betroffenen von DIS und PTBS	28
3.1 Zur Vielzahl der Themen	28
3.2 Zur Diskontinuität des Bindungsverhaltens Betroffener – Umgang mit Wechseln in andere Persönlichkeitszustände	28
3.3 Zur Widersprüchlichkeit im Verhalten Betroffener	29
3.4 Zum Ausmaß des berichteten Leids	30
4 Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene	32
4.1 Beratung und psychosoziale Hilfen	32
4.2 Psychotherapeutische Angebote	33
4.3 Übersicht Fachliteratur und Behandlungsempfehlungen zur DIS	37
4.4 Studien zur Therapiewirksamkeit	38
5 Herausforderungen und Fallstricke in der therapeutischen Beziehung	39
5.1 Herausforderungen in der therapeutischen Beziehung	39
5.2 Fallstricke in der therapeutischen Beziehung	50
6 Behandlung der Komorbiditäten	55
6.1 Komorbiditäten als Kompensationsstrategien	55
6.2 Komorbiditäten als Folgestörungen	60
7 Fallbeispiele – »Ein bunter Blumenstrauß«	61
LINDA KOOS	
TEIL II Das Skillstraining: Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Planung und Durchführung	69
8 Gestaltung des Behandlungssettings für das Skillstraining	71
8.1 Gestaltung des dissoziationsspezifischen stationären Settings	71
8.2 Gestaltung des dissoziationsspezifischen ambulanten Settings	76
8.3 Durchführung des Skilltrainings im Einzelsetting	82
9 Skillstraining für DIS und Trauma	83
9.1 Entstehungsgeschichte und Erfahrungen	83
9.2 Praktische Hinweise	84
9.3 Spezifische Hinweise zur stationären Durchführung	85
9.4 Spezifische Hinweise zur ambulanten Durchführung	85

9.5	Erläuterungen zu den einzelnen Modulen	88
9.6	Hinweise zur Handhabung der Module	96
10	Die Module des Skillstrainings bei DIS	100
10.1	Modul 1: Orientierungshilfen im Hier und Jetzt	100
10.2	Modul 2: Orientierung im Innen	105
10.3	Modul 3: Äußere Sicherheit verbessern	109
10.4	Modul 4: Innere Sicherheit verbessern	113
10.5	Modul 5: Umgang mit äußeren Triggern	116
10.6	Modul 6: Umgang mit inneren Triggern	120
10.7	Modul 7: Ausstieg aus äußeren Täter-Opfer-Retter-Dynamiken	124
10.8	Modul 8: Innenkommunikation	127
10.9	Modul 9: Umgang mit aktuellen Gefühlen	131
10.10	Modul 10: Umgang mit aktivierten Gefühlen anderer Anteile	137
11	Evaluation	141
	DR. MIRJAM URBAN	
11.1	Einleitung, Ziel und Methodik	141
11.2	Auswertung	142
11.3	Fazit und Empfehlungen	148

ANHANG

Fragebögen zur Evaluation	151
Literaturverzeichnis	155

Teil I

DIS: Hintergründe, Modelle, Diagnostik,
Behandlungsgrundlagen

1 Grundlagen und Hintergründe zur DIS

1.1 Hysterie, Konversion, Psychose – dissoziative Symptome im Wandel der Zeit

Die ersten Beschreibungen dissoziativer Symptome fanden sich schon im alten Griechenland (vgl. Leibbrand & Wettley 1961), damals allerdings nur bei weiblichen Patientinnen. Da man annahm, eine wandernde Gebärmutter (griechisch: *hystera*) sei für die Beschwerden verantwortlich, entstand der Begriff der Hysterie, der sich noch viele Jahrhunderte hielt.

Als sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Wissenschaft der menschlichen Seele zuwandte, gab es gleich mehrere Psychiater, die dissoziative Symptome beschrieben. Der bekannteste Fall ist sicherlich »Anna O.«, mit bürgerlichem Namen Bertha von Pappenheim, die erst bei Josef Breuer und später bei Sigmund Freud in Therapie war und deren Fall der Veröffentlichung des gemeinsamen Werks *Studien über Hysterie* zugrunde lag (vgl. Breuer & Freud 1991).

Als Erstbeschreiber dissoziativer Symptome, wie wir sie heute verstehen, gilt Pierre Janet. Er definierte Dissoziation als »Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins« (Janet 1889) und entwickelte als erster die Theorie, dass dissoziative Phänomene auf traumatische Erfahrungen zurückgehen. Er ging davon aus, dass die Psyche des Menschen aus unbewussten, automatischen Mechanismen bestehe, wovon sich Teile in Folge von traumatischem Stress abspalten und eine Eigendynamik entwickeln könnten (vgl. Wallis et al. 2023).

Auch Freud sah in seinen Untersuchungen hysterischer Phänomene den Zusammenhang zu frühkindlichen Gewalterfahrungen. So berichtete er 1896 vor einem kleinen Kreis Wiener Kollegen, dass viele seiner Patientinnen sexuellen Missbrauch durch Familienangehörige, vor allem durch ihre Väter, erfahren hätten (vgl. Masson 1984). Diese Entdeckungen und Berichte wurden von den Kollegen allerdings nicht gut aufgenommen. Unter diesem Druck und angetrieben von seinem Ehrgeiz widerrief Freud 1905 auf einem Kongress in Wien seine Aussagen. Stattdessen entwickelte er seine Theorie der Verdrängung unbewusster Impulse als Ursache dissoziativer Phänomene. Freud ging nun davon aus, dass es sich bei den verdrängten Erinnerungen vornehmlich um ödipale Impulse handele (vgl. Brunner & Resch 2008). Die Ursache der dissoziativen Phänomene wurde damit zurück ins Intrapyschische gelegt und die Beschäftigung mit dem Thema der innerfamiliären Gewalt verschwand für viele Jahrzehnte aus der psychiatrischen

und psychologischen Forschung. Freuds Verdrängungskonzept setzte sich Anfang des 20. Jahrhunderts durch. Mit der Zeit wurde das Freud'sche Hysteriemodell teilweise abgelöst durch das Konversionsmodell, nach dem körperliche Symptome ganz allgemein das Ergebnis verschiedenster innerpsychischer Konflikte sein können. Dissoziative Phänomene wurden außerdem durch Psychiater wie Bleuler als zentrale Symptome der Schizophrenie eingeordnet (vgl. Bliss 1980).

Es brauchte drei Kriege, bis die Beobachtung, dass traumatische Erlebnisse auch bei vormals gesunden Menschen schwere psychische Symptome hervorrufen können, sich wieder in den öffentlichen Diskurs drängte. Viele ehemalige Soldaten aus dem Ersten und Zweiten Weltkrieg hatten auch dissoziative Symptome aufgewiesen (»Kriegszitterer«), waren aber noch als primär labil eingeschätzt worden. Die Ursache für ihre Störungen wurde ihrer krankhaften Disposition zugeschrieben. Als aber nach dem Vietnamkrieg junge Heimkehrer, vormals »nette amerikanische Jungs aus der Nachbarschaft«, unter teils massiven psychischen Symptomen als Folge schwerwiegender und überwältigender Kriegsereignisse litten, wurde der Einfluss lebensbedrohlicher Erfahrungen als Auslöser einer psychischen Störung erstmals wieder anerkannt und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hielt 1980 Einzug in das DSM-III.

Nach und nach verschwand dann auch der Hysteriebegriff vollständig aus den Klassifikationssystemen. Die Konversionsstörungen sollten zunehmend in den somatoformen Störungen und in den dissoziativen Störungen aufgehen. Letztere fanden nun im Rahmen der aufkeimenden Psychotraumatologie-Forschung neue Aufmerksamkeit.

Bereits in den 1970er Jahren hatten das Buch *Sibyl* (Schreiber 1973) und seine Verfilmung in den USA für große Aufmerksamkeit gesorgt. Darin wurde eine Frau beschrieben, die über 16 verschiedene Persönlichkeiten (heute würde man sagen: Persönlichkeitsanteile) verfügte. Ihre Therapeutin, C. B. Wilbur, arbeitete mit den verschiedenen Persönlichkeiten und diagnostizierte eine Multiple Persönlichkeitsstörung, die ebenfalls 1980 erstmals im DSM-III erschien. Sie beschrieb einen vielfachen sexuellen Missbrauch in der Kindheit der Patientin als ursächlich für die Erkrankung. Die Debatte über den Fall schlug bald hohe

Wellen. Der Therapeutin wurde vorgeworfen, die Symptome mit der Patientin vorgetäuscht zu haben, um Interesse zu erregen.

Als in den 1980er Jahren immer mehr Therapeut*innen Diagnosen stellten, die sie in Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt in der Kindheit setzten, kam es zu einer starken Gegenbewegung in den USA. Eine zentrale Rolle kam dabei der Familie Freyd zu. Jennifer Freyd, eine Psychologie-Professorin, die sich viel mit dem Thema des sexuellen Missbrauchs und mit Gedächtnisforschung beschäftigte, hatte ihren Vater des sexuellen Missbrauchs an ihr beschuldigt. Dieser stritt gemeinsam mit seiner Frau die Vorwürfe ab. Beide Elternteile erklärten, der Missbrauch sei Jennifer in ihrer Therapie eingeredet worden, und sie gründeten die False Memory Syndrome Foundation, den Vorläufer der heute noch aktiven False-Memory-Bewegung. Jennifer Freyd veröffentlichte daraufhin ihr Konzept des *betrayal trauma* (Freyd 1996) – Trauma des Verrats –, nach welchem Täter*innen als Abwehr der eigenen Verantwortung eine Umkehr derselben vornehmen und sich selbst in die Opferposition setzen, was für Betroffene einer erneuten Verletzung gleichkommt.

Parallel wurden zahlreiche Verdachtsfälle von satanistischer Gewalt gegen Kinder publik und durch die Medien sehr polarisiert berichtet und verfolgt. Diese Berichte wurden später untersucht und es fand sich wenig (vgl. LaFontaine 1998) bis keine Evidenz für die darin dargestellten Inhalte (vgl. Victor 1993).

Aufgrund der Aktivitäten der False-Memory-Bewegung und aufgepeitscht durch die Berichterstattung im Rahmen von »satanic panic« kam es in den 1990er Jahren in den USA zu einer ganzen Welle von Anzeigen mit dem Suggestionsvorwurf gegen Therapeut*innen, die mit traumatisierten Menschen gearbeitet hatten (»memory wars«). Viele von ihnen wurden verurteilt, es kam auch zu Berufsverboten. Dennoch festigte sich die Diagnose der Multiplen Persönlichkeitsstörung international und entwickelte sich weiter.

1991 wurde in der deskriptiv orientierten ICD-10 erstmals die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) als eine besonders schwere Form der dissoziativen Störungen verschlüsselt (noch als »Multiple Persönlichkeit«), allerdings mit dem Hinweis versehen, es handle sich um eine seltene Erkrankung, was aktuellen Studien widerspricht: Es wird dort eine Prävalenz von 0,5–1 Prozent in der Gesamtbevölkerung beschrieben, in klinischen Populationen können sogar bis zu 5 Prozent eine DIS aufweisen (vgl. Gast & Rodewald 2006).

Im – noch nicht in deutscher Sprache erschienenen – ICD-11 nimmt das Konzept der dissoziativen Störungen weiteren Raum ein und die partielle Dissoziative Identitätsstörung (pDIS) wurde ergänzend zur DIS mitaufgenommen. Es könnte sein, dass die DIS-Prävalenz damit weiter ansteigt, da Patient*innen, die zuvor unter einer »Dissoziativen Störung n. n. bez.« (ICD-10 F 44.9) diagnostiziert wurden, zukünftig unter der pDIS klassifiziert werden.

Sehr aktuell finden erneut Kämpfe um die Diagnose statt, diesmal jedoch zumeist ohne dass die Existenz sexu-

eller Gewalt und Kindesmissbrauchs prinzipiell infrage gestellt wird. Im Zentrum der Debatte steht nunmehr das Phänomen »rituelle Gewalt«. Diese Form der sexualisierten Gewalt wurde in Deutschland auch durch die Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) beschrieben, eine Definition findet sich auf ihrer Website.¹ Hintergrund dieses Phänomens sind Berichte Betroffener, nach denen sie in organisierten Netzwerken Missbrauch erfahren haben und in diesen zum Beispiel auf Kinderprostitution trainiert und abgerichtet worden seien, teilweise unter dem Deckmantel ideologischer und spiritueller Rechtfertigung. Erneut steht der Vorwurf im Raum, Therapeut*innen würden ihren Patient*innen solche Erfahrungen einreden. Zu diesem Thema gibt es aktuell neben der medialen Debatte auch in der Fachwelt eine polarisierte Diskussion (vgl. Niehaus & Krause 2023; Schröder et al. 2023). Mehrere Fachverbände bezogen in einem Positionspapier Stellung zur Debatte² und distanzierten sich von dem Vorwurf der unprofessionellen Therapiemethoden, auch wenn gleichzeitig mehr kritische Distanz zu den Symptomen und Berichten Betroffener eingefordert wird. Auch die Aufarbeitungskommission setzte sich dafür ein, den Berichten Betroffener Glauben zu schenken (vgl. Bergmann et al. 2024).

Die DIS ist bei allen Debatten eine wissenschaftlich erforschte und valide Diagnose, mit deren Hilfe viele Betroffene eine angemessene und effektive Behandlung erfahren können. Es zieht sich durch die Historie der dissoziativen Störungen und der DIS immer auch die Frage, wie eine Gesellschaft mit ihren psychisch kranken Mitgliedern umgeht und wie ernst deren Berichte und Perspektiven genommen werden. Nach der klinischen Erfahrung ist eine Validierung der Beschwerden und Berichte traumatisierter Menschen jedenfalls eine zentrale Voraussetzung für einen Heilungserfolg.

DIAGNOSEKRITERIEN GEMÄSS ICD-11³

Dissoziative Identitätsstörung (6B64)

Störung der Identität, charakterisiert durch 2 oder mehr unterschiedliche Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten), verbunden mit deutlichen Unterbrechungen des Selbsterlebens und der eigenen Handlungsfähigkeit. Jeder Persönlichkeitszustand beinhaltet sein eigenes Muster von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umgebung.

Mindestens 2 unterschiedliche Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Handeln in Interaktionen mit ande-

1 <https://beauftragte-missbrauch.de/themen/definition/organisierte-sexualisierte-und-rituelle-gewalt> (letzter Aufruf: 02.07.2024).

2 https://www.emdria.de/fileadmin/user_upload/news/Positionspapier_22-7-23.pdf (letzter Aufruf: 02.07.2024).

3 Alle Definitionen nach ICD-11 finden sich in dieser Übersetzung in Gysi 2021.

ren oder mit der Umwelt, z. B. im Ausführen spezifischer Aspekte des Alltags wie Elternschaft oder Arbeit, oder in Reaktionen auf spezifische Situationen (z. B. als bedrohlich erlebte Situationen).

Wechsel zwischen Persönlichkeitszuständen sind verbunden mit Veränderungen von Empfindungen, Wahrnehmung, Affekten, Kognitionen, Erinnerung, motorischer Kontrolle und Verhalten.

Typischerweise gibt es Phasen von Amnesien, die schwerwiegend sein können.

Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Erkrankung, eine Verhaltensstörung oder eine neurologische Entwicklungsstörung besser erklärt werden, und sie sind nicht auf direkte Nebenwirkungen durch Substanzen oder Medikamente zurückzuführen, einschließlich Entzugssymptome. Sie sind auch nicht auf eine Erkrankung des Nervensystems oder ein Schlaf-Wach-Störung zurückzuführen.

Die Symptome müssen wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten: persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere wichtige Lebensbereiche.

Partielle Dissoziative Identitätsstörung (6B65)

Störung der Identität, charakterisiert durch 2 oder mehr unterschiedliche Persönlichkeitszustände (»personality states«), verbunden mit deutlichen Unterbrechungen des Selbsterlebens und der eigenen Wirksamkeit.

Jeder Persönlichkeitszustand beinhaltet sein eigenes Muster von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und Interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umgebung.

Ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert normalerweise im Alltag, wird aber durch einen oder mehrere nicht dominante Persönlichkeitszustände beeinträchtigt (dissoziative Intrusionen). Diese Intrusionen können kognitiv, affektiv, perzeptuell, motorisch oder verhaltensbezogen sein. Sie werden als beeinträchtigend für das Funktionieren des dominanten Persönlichkeitszustands erlebt und sind typischerweise aversiv.

Die nicht dominierenden Persönlichkeitszustände übernehmen nicht wiederholt die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Funktionieren des Individuums, aber es kann gelegentlich limitierte Episoden geben, in denen ein eigenständiger Persönlichkeitsanteil die exekutive Kontrolle übernimmt, um begrenzte Handlungen zu vollziehen, z. B. als Antwort auf extreme emotionale Zustände oder während Zuständen mit Selbstverletzungen oder dem Wiedererleben von traumatischen Erinnerungen. Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Erkrankung, eine Verhaltensstörung oder eine neurologische Entwicklungsstörung besser erklärt werden, und sie sind nicht auf direkte Nebenwirkungen durch Substanzen oder Medikamente zurückzuführen, einschließlich Entzugssymptome. Sie sind auch nicht auf eine Erkrankung des Nervensystems oder eine Schlaf-Wach-Störung zurückzuführen.

Die Symptome müssen wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten: persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere wichtige Lebensbereiche.

Komplexe PTBS (6B41)

Traumakriterium: Ausgelöst wird die kPTBS durch länger anhaltende, sich wiederholende traumatische Erfahrungen. Dabei handelt es sich normalerweise um Ereignisse, aus denen ein Entkommen schwierig oder gar unmöglich ist (z. B. Folter, Sklaverei, Genozid-Kampagnen, fortgesetzte häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder physischer Missbrauch in der Kindheit).

Traumatrias: Die Kernsymptome der PTBS (Wiedererleben des Traumas in der Gegenwart, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma, anhaltendes Gefühl der Bedrohung) müssen vorhanden sein.

Störungen der Selbstorganisation: Nach Beginn des Belastungserlebens und begleitend zur PTBS-Symptomatik entwickeln sich anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen in der Affektregulation, persistierende Überzeugungen vom eigenen Selbst als minderwertig, unterlegen oder wertlos sowie persistierende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten, die folgend genauer beschrieben werden:

Affektregulationsstörung: Die Probleme der affektiven Dysregulation sind durch erhöhte emotionale Reaktivität gekennzeichnet, durch Schwierigkeiten, sich von kleineren Belastungen zu erholen, durch heftige Gefühlsäußerungen, selbstgefährdendem oder selbstverletzendem Verhalten sowie durch eine Neigung zu dissoziativen Zuständen in Belastungssituationen. Zusätzlich kann emotionales Betäubtsein auftreten, insbesondere das Fehlen der Fähigkeit, Freude oder positive Gefühle zu erleben. Dies schließt eine erhöhte Dissoziationsneigung ein.

Tiefgreifende Probleme mit dem Selbstkonzept: Die ausgeprägten Überzeugungen von sich selbst als minderwertig, unterlegen und wertlos stehen für ein anhaltend beeinträchtigtes Identitätsgefühl. Dazu kommen ausgeprägte Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben und ein beschädigtes und wertloses Leben zu führen, sowie permanente Schuld- und Schamgefühle.

Beziehungsschwierigkeiten: Die Beziehungsschwierigkeiten zeigen sich als Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion. Es kommt zu einer Anfälligkeit für überspannte Ansichten und Erwartungen an eine Beziehung sowie der Unfähigkeit, in intimen Beziehungen zu vertrauen.

Die Symptome müssen wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten: persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere wichtige Lebensbereiche.

1.2 Zusätzliche Diagnostik

Dissoziative Symptome treten in den meisten Fällen im Zusammenhang mit verschiedenen Traumafolgestörungen auf (vgl. Gast 2003). Diese sollten seitens der untersuchenden Person bekannt sein, um sie frühzeitig erkennen und einordnen zu können. Entsprechende Screening-Fragen

sollten standardmäßig bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes gestellt werden (vgl. Steinberg, 1995).

Folgende andere Traumafolgestörungen können vorliegen:

1.2.1 Akute Stressreaktion (ICD-11 QE84)

In seltenen Fällen können akute Belastungen eine zuvor klinisch stumme, also bis dahin kompensierte DIS und PTBS aktivieren. Daran sollte gedacht werden, wenn Betroffene weit über das zu erwartende Maß auf eine Belastung reagieren und Verluste früherer Funktionalität erfahren.

FALLBEISPIEL

Die 34-jährige Patientin hatte bis zu einem Unfallereignis »gut funktioniert« und als Architektin gearbeitet. Sie hatte zuvor keine therapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Auffällig waren nur mehrere Wohnortwechsel und Wechsel der Arbeitsplätze nach Konfliktsituationen in der Anamnese. Bei dem auslösenden Ereignis handelte es sich um einen BG-versicherten Wegeunfall: ein Auffahrunfall mit leichtem Blechschaden auf einem Autobahnzubringer. Unmittelbar nach dem Unfall war die Patientin nicht ansprechbar, sie wurde zum Ausschluss eines Schädel-Hirn-Traumas in ein Krankenhaus gebracht; es fanden sich keine Verletzungen. Bereits im Krankenhaus entwickelte sie starke Unruhe und ein auffälliges

Verhalten, indem sie davonlief und erst sehr viel später kauern in einem Treppenhaus wieder aufgefunden wurde. In der Folgezeit wechselten sich Zustände von normaler Funktionalität, in denen sie sich krankschreiben ließ und Telefonate führte, mit Zuständen vollständiger Hilflosigkeit immer rascher ab. In den Zuständen der Hilflosigkeit war sie desorientiert, fragte nach Personen aus der Vergangenheit, äußerte Angst und Panik, lag stundenlang auf dem Bett, ohne sich bewegen zu können. Sie wurde zur stationären Traumatherapie eingewiesen. Bei der Vorstellung zeigte sie das Vollbild einer DIS mit mindestens drei Persönlichkeitsanteilen, zwei davon berichteten von schwerer körperlicher Gewalt und Vernachlässigung sowie von sexueller Gewalt in der Kindheit. In der Rückschau hatten sich schon vor dem Unfall Brückensymptome einer zunehmend dekompensierenden PTBS gezeigt. Während des Unfalls hatte ein Trigger (das Gesicht des Fahrers hinter ihr im Rückspiegel) einen schweren Flashback und damit den Unfall selbst ausgelöst, damit war es zur vollständigen Dekompensation gekommen.

1.2.2 PTBS (ICD-11 6B40)

Aus Scham, Angst vor dem Verrücktsein oder der irrigen Annahme heraus, dass alle Menschen Erinnerungslücken haben oder Stimmen hören, berichten Menschen mit DIS lange nicht von ihren dissoziativen Symptomen (vgl. Brand et al. 2006). Manche Betroffene werden entsprechend längere Zeit nur auf eine einfache PTBS behandelt, die sich in Folge eines einzelnen belastenden Ereignisses im Jugend-

oder Erwachsenenalter entwickelt hat. Dies kann zu deutlich verzögerten und ineffizienten Behandlungsverläufen führen. Der frühe Einsatz von Screening-Fragen oder -Instrumenten zur komplexen PTBS und zu dissoziativen Symptomen kann helfen, diese diagnostische Lücke zu schließen.

1.2.3 Komplexe PTBS (ICD-11 6B41)

Dissoziative Symptome sind Bestandteil sowohl der komplexen PTBS im ICD-11 als auch des dissoziativen Subtyps der PTBS im DSM-V. In der kPTBS werden diese im Symptomcluster »Störungen im affektiven Funktionieren« aufgeführt.

Beispiele für typische dissoziative Begleitsymptome können sein: das Gefühl des Abgetrenntseins von der Welt

oder des Abgetrenntseins von anderen Menschen sowie *Numbing* (sich emotional taub fühlen). Es können also Symptome von Derealisation und Depersonalisation in der kPTBS enthalten sein und von der Diagnose abgedeckt werden. Diese sind abzugrenzen von einer zusätzlichen dissoziativen Störung. Wenn neben der kPTBS klinisch relevante zusätzliche Beschwerden durch einzelne dissoziative