

Bachelor-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades des Bachelor of
Science Rehabilitationspsychologie

Differentialdiagnostik und Interventionen der dissoziativen Identitätsstörung

Hochschule Magdeburg-Stendal

Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Studiengang Rehabilitationspsychologie B.Sc.

Autorin: Voß, Anna

Matrikelnummer: 20113026

Anschrift: Grüner Weg 3, 39517 Burgstall

E-Mail: Anna.Voss@AHW.HS-Magdeburg.de

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Franke

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Helle

Vorgelegt am: 04.09.2014

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
2 Störungsbild und Diagnostik der DIS	6
2.1 Symptomatik und Störungsbild der DIS	6
2.2 Die Arten von Persönlichkeitsanteilen der DIS	8
2.3 Die Diagnostik der DIS	9
2.4 Probleme bei der Diagnosestellung der DIS	11
3 Die Differentialdiagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung	13
3.1 Die Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung	13
3.2 Die differentialdiagnostische Abgrenzung	15
3.3 Positionen zur Diskussion der Beziehung zwischen BPS und DIS	16
3.3.1 Die ignorierende Position	16
3.3.2 Die differenzierende Position	17
3.3.3 Die Position distinkter Störungen	18
3.3.4 Die Position der chronifizierten Belastungsstörung	19
3.4 Fazit	20
4 Die Differentialdiagnose Schizophrenie	22
4.1 Die Diagnostik der Schizophrenie	22
4.2 Die differentialdiagnostische Abgrenzung	23
4.3 Die Fragmentierung des Bewusstseins	24
4.4 Fazit	26
5 Psychotherapeutische Interventionen der DIS	27
5.1 Die therapeutische Herausforderung bei DIS-Patienten	27
5.2 Verschiedene psychotherapeutische Interventionen der DIS	29
5.3 Die Phasen der Psychotherapie der DIS	30
5.4 EMDR als psychotherapeutische Intervention der DIS	31
5.4.1 Die EMDR-Phasen	33
5.4.2 Besonderheiten bei EMDR mit DIS-Patienten	34
5.4.3 Metaanalyse zur Wirksamkeit von EMDR	35
5.5 Fazit	37
6 Diskussion	38
7 Literaturverzeichnis	41
8 Eigenständigkeitserklärung	45

Zusammenfassung

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS) ist „die schwerste Erkrankung im Syndromspektrum der dissoziativen Störungen“ (Gast, 2011, S.24) und wird häufig fehldiagnostiziert (Gast et al., 2006). Im Bezug zur DIS gibt es immer wieder Diskussionen und Kontroversen, inwiefern das Störungsbild als solches überhaupt existiert (ICD-10, 2012).

In dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Gemeinsamkeiten zwischen der DIS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) bzw. der Schizophrenie bestehen und welche Probleme es dementsprechend bei der Differentialdiagnostik gibt. Hierbei soll auch auf die Unterschiede zwischen den Störungen eingegangen und geklärt werden, inwiefern eine differentialdiagnostische Abgrenzung möglich ist. Des Weiteren werden mögliche psychotherapeutische Interventionen bei der DIS beschrieben. Dabei soll vor allem das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) betrachtet und erörtert werden, ob EMDR eine wirksame Therapiemethode darstellt und welche Risiken und Besonderheiten für den DIS-Patienten bestehen.

Die Erstellung dieser Arbeit erfolgte vorwiegend durch Literaturrecherche. Außerdem wurden Datenbanken wie „springerlink“, „psycontent“ und „Google-scholar“ zur weiteren Recherche genutzt. Dabei waren unter anderem Suchbegriffe wie DIS, Differentialdiagnostik DIS, DID, Therapy DID, Psychotherapie dissoziativer Störungen und Metanalysen EMDR relevant.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Symptome der DIS einige bemerkenswerte Überlappungen zu den Symptomen der BPS und der Schizophrenie aufweisen, die eine differentialdiagnostische Abgrenzung erschweren. Allerdings gibt es sowohl bei der DIS und der BPS, als auch bei der DIS und der Schizophrenie relevante Unterschiede, wodurch die Störungen, im Sinne der Differentialdiagnostik, voneinander abgrenzbar sind. Weiterhin gibt es eine Reihe an verschiedenen psychotherapeutischen Interventionen bei der DIS, wobei EMDR eine besondere psychotherapeutische Methode darstellt, bei der auf bestimmte Voraussetzungen und eine sachgemäße Durchführung geachtet werden muss (ISSD, 2011).

Diskussionswürdig erscheinen die vielen Kontroversen, in welcher Beziehung die DIS und die BPS zueinander stehen und weshalb es diese Auseinandersetzungen nicht gleichermaßen hinsichtlich der Schizophrenie gibt. Im Bezug zur Psychotherapie bei der DIS, gibt es noch keine aussagekräftigen Studien über den effizienten Einsatz bestimmter Therapieverfahren und -methoden (Hofmann & Mattheß, 2011), so dass hier noch Forschungsbedarf besteht, welche psychotherapeutischen Interventionen bei der DIS sinnvoll und wirksam sind.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit ist anzumerken, dass, wenn in dieser Arbeit von Patienten, Betroffenen und Therapeuten berichtet wird, sowohl männliche, als auch weibliche Personen gemeint sind.

1 Einleitung

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS) ist „die schwerste Erkrankung im Syndromspektrum der dissoziativen Störungen“ (Gast, 2011, S.24). Sie weist eine Prävalenzrate von 0,5 Prozent in der Allgemeinbevölkerung und fünf Prozent im psychiatrischen Kontext auf (Kaplan & Sadock, 2000). Andere Autoren gehen sogar von einer Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung von „bis zu einem Prozent“ (Gast & Rodewald, 2011, S. 46) aus.

Dennoch kommt es häufig zu Fehldiagnosen, weshalb eine angemessene Behandlung des Patienten nicht gewährleistet ist, da die spezifische Diagnose der DIS nicht vergeben wurde (Gast et al., 2006). Somit warten viele DIS-Patienten bis zu „zehn Jahre“ (Fiedler, 2001, S. 201), bis ihnen überhaupt die Diagnose einer DIS gestellt wird. Häufig kommt es dazu, dass viele DIS-Patienten schon eine lange Psychiatriegeschichte hinter sich haben und mit vielen unterschiedlichen Diagnosen konfrontiert wurden, wie zum Beispiel mit Schizophrenie (Fiedler, 2008, S.229). Außerdem gibt es einige Probleme in der Abgrenzung zur Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPS), die dazu führen können, dass anstatt einer DIS, eine BPS diagnostiziert wird (Fiedler, 2001, S. 201).

Weiterhin stellt sich die Frage wie „die schwerste [...] der dissoziativen Störungen“ (Dammann & Overkamp, 2011, S.3) behandelt werden kann. Es gibt viele Ansätze der psychotherapeutischen Behandlung bei der DIS, die auch Verfahren wie EMDR umfassen (ISSD, 2011). Auch hier gibt es gewisse Besonderheiten, wann und wie EMDR bei DIS-Patienten angewendet werden sollte (Hofmann, 2004). Vor allem kann es bei DIS-Patienten zu schwerwiegenden Problemen kommen, wenn EMDR nicht sachgemäß durchgeführt wird (Shapiro, 1998).

Ein weiteres Problem bei der DIS, ist die globale Kritik am Störungsbild und die damit verbundene Diskussion, ob es diese überhaupt als spezifische psychische Störung gibt (Fiedler, 2002). In der Kritik wird angebracht, dass die DIS eine rein iatrogen erzeugte Störung sei, also ausschließlich durch therapeutisches Vorgehen entsteht. Dieser Aspekt wird von der „International Society for the Study of Trauma and Dissociation“ (ISSD) auch aufgegriffen. Die ISSD (2011) beschreibt, dass viele Kritiker denken, die DIS würde von Therapeuten verursacht werden, die unerschütterlich an die Diagnose der DIS glauben und damit bewusst oder unbewusst einen Patienten dahingehend beeinflussen, dass dieser Symptome einer DIS nachahmt. Vor allem besteht die Gefahr einer iatrogen erzeugten DIS durch die Anwendung von Hypnose, wodurch „neue Identitäten hinzugefügt“ (Fiedler, 2008, S.222) werden können. Aufgrund dieses Aspekts halten Kritiker die DIS als rein iatrogen erzeugtes Störungsbild.

Es mag sein, dass die DIS eine Störung ist, die mittels psychotherapeutischer Techniken, vor allem durch Hypnose, erzeugt werden kann und somit erst im Laufe einer Psychotherapie entsteht. Allerdings besteht die Symptomatik vieler DIS-Patienten schon seit der Kindheit oder Jugend (Fiedler, 2008) und kann somit nicht ausschließlich iatrogen erzeugt worden sein. Außerdem darf nicht

verkannt werden, dass auch eine iatrogen erzeugte DIS einer Behandlung bedarf, da die Symptomatik die Selbe ist (Fiedler, 2008). Gast (2011) verlangt sogar, dass der Begriff der iatrogenen DIS, „wegen fehlender wissenschaftlicher Fundierung“ (S.27), aus der ICD-10 genommen und auch allgemein nicht verwendet werden sollte. Weiterhin betont sie, dass das Konzept der iatrogen erzeugten DIS „die Gefahr eines Generalverdachts der Fehlbehandlung gegen Psychotherapeuten beinhaltet, die mit DIS-Patienten arbeiten“ (Gast, 2011, S.27).

Neben der Kritik, dass die DIS eine rein iatrogen erzeugte Störung sei, weisen Kritiker auch auf den Aspekt der Simulation hin. So kommt es beispielsweise im gerichtlichen Kontext vor, dass dissoziative Störungen simuliert werden, wodurch der Täter seine Zurechnungsfähigkeit in Frage stellt. Fiedler (2001) weist allerdings darauf hin, dass bestimmte Straftaten wirklich während eines dissoziativen Zustandes stattgefunden haben können.

Ein Beispiel, in dem eine DIS im Zusammenhang mit einer Straftat simuliert wurde, ist der Fall des „Hillside-Stranglers“ (Fiedler, 2001, S.224). Im folgenden Abschnitt wird Bezug auf Herzog, Engelmann und Zapotoczky (1998, zitiert nach Wilson, 1993) genommen. In diesem forensischen Fall kam es zur Simulation einer DIS durch einen Straftäter, der mehrere Frauen vergewaltigte und ermordete. Der Angeklagte gab an, dass er an einer Amnesie leide und sich nicht an die Morde erinnern könne. Während einer Hypnose, die im Rahmen der forensischen Untersuchung stattfand, kam ein Persönlichkeitsanteil zum Vorschein, der Steve hieß und die Morde begangen haben soll. Ein Experte machte danach dem Angeklagten gegenüber die Bemerkung, dass DIS-Betroffene mindestens drei verschiedene Persönlichkeitsanteile besäßen. Kurz darauf zeigte auch der Angeklagte einen dritten Persönlichkeitsanteil, der Billy hieß. Letztendlich sollte dies der Nachweis dafür sein, dass der Täter die DIS simuliert, woraufhin dieser schuldig gesprochen wurde.

Allerdings ist es wissenschaftlich nicht nachgewiesen, dass die DIS „in ihrer vollen Ausprägung und Komplexität durch Suggestion hervorgerufen“ (Steinberg, Hall, Lareau & Cicchetti, 2011, S.177) werden kann oder, dass die DIS „leichter als andere psychiatrische oder körperliche Erkrankungen simuliert werden kann“ (ebd.). So kann mit Hilfe des SCID-D eine echte DIS von einer simulierten DIS unterscheiden werden (Steinberg et al., 2011).

2 Störungsbild und Diagnostik der DIS

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Störungsbild und der Diagnostik der DIS. Dabei werden die verschiedenen Persönlichkeitsanteile ebenfalls beschrieben, um das Störungsbild der DIS und bestimmte Methoden der folgenden Interventionen besser nachvollziehen zu können. Weiterhin werden in diesem Kapitel die Probleme und Schwierigkeiten der Diagnosestellung aufgezeigt, die eine differentialdiagnostische Abgrenzung erschweren können.

2.1 Symptomatik und Störungsbild der DIS

Das Störungsbild der DIS ist dadurch gekennzeichnet, dass „zwei oder mehr verschiedene[n]“ (ICD-10, 2012, S.210) Identitäten in einer Person existieren. Dabei haben die verschiedenen Persönlichkeitsanteile „eigene Erinnerungen, Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle“ (Comer, 2001, S.410). Das heißt, DIS-Patienten „verhalten und/oder erleben sich als gäbe es mehrere verschiedene Personen in ihnen“ (Gast, 2013, S.88). Dementsprechend kommt es bei Menschen, die an einer DIS leiden, zu vielseitigen und tiefgreifenden Problemen, wie die „Identitätsproblematik, die teilweise erheblichen Alltagsamnesien, sowie [...] die mangelnde Kontrolle über das eigene Denken, Fühlen und Handeln“ (Gast, 2013, S.88), was in „gestörten sozialen Interaktionen“ (ebd.) enden kann.

Häufig treten auch eine Reihe komorbider Störungen bei der DIS auf, die meist ausschlaggebend dafür sind, dass der Betroffene sich Behandlung begibt. Dadurch kann es jedoch zu Fehldiagnosen kommen, wenn eine komorbide Störung als Hauptstörung, anstatt der DIS, diagnostiziert wird (Fiedler, 2002). Das DSM V gibt folgende komorbide Störungen der DIS an, wie „depressive disorders, trauma- and stressor-related disorders, personality disorders (especially avoidant and borderline personality disorders), conversion disorder (functional neurological symptom disorder), somatic symptom disorder, eating disorders, substance-related disorders, obsessive-compulsive disorder, and sleep disorders“ (APA, 2013, S.298). Weiterhin wird im DSM V angegeben, dass eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) von vielen DIS-Patienten entwickelt wird (APA, 2013).

Nach dem DSM V (APA, 2013) sind Frauen häufiger betroffen als Männer, was allerdings nur für das Erwachsenenalter gilt. Bei Kindern sind die Geschlechtsunterschiede weniger deutlich. Dass anscheinend weniger Männer betroffen sind, kann daran liegen, dass viele männliche DIS-Patienten ihre Symptomatik und traumatischen Erfahrungen leugnen und es somit zu falschen Diagnosen kommt (APA, 2013). Fiedler (2001) betont auch, dass Frauen mehr Persönlichkeitsanteile als Männer aufweisen, nämlich „15 oder mehr“ (S.190). Bei Männern sind es häufig „nicht mehr als 8“ (Fiedler, 2001, S.190) Persönlichkeitsanteile.

Laut DSM V (APA, 2013) kann sich eine DIS in nahezu jedem Lebensalter manifestieren. Das heißt, dass auch Kinder an einer DIS leiden können bzw. die DIS in der Kindheit beginnt. Im Kindesalter ist

die DIS vor allem durch Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme gekennzeichnet (APA, 2013). Dennoch rät Fiedler (2008) davon ab, die Diagnose der DIS schon im Kindesalter zu stellen unter anderem, da die Symptomatik nicht so einschneidend sei wie bei Erwachsenen. Dies wird auch im DSM V betont, da es bei Kindern in der Regel nicht zu Identitätswechseln kommt (APA, 2013). Auch, wenn die DIS schon seit der Kindheit besteht, wird sie erst im „dritten oder vierten Lebensjahrzehnt diagnostiziert“ (Putnam, 2003, S.81), tritt aber nach dem 45. Lebensjahr weniger gravierend auf (Fiedler, 2008).

Auf die Ätiologie der DIS soll hier nur kurz eingegangen werden, um das Störungsbild besser zu umschreiben und die folgenden Interventionen nachvollziehen zu können, da die genaue Bearbeitung der Ätiologie zu umfassend für die Fragestellung dieser Arbeit ist. Als ätiologische Bedingung werden „Schwerer sexueller und psychischer Mißbrauch im Kindesalter. Verlust von Schutz durch Bezugspersonen“ (Kaplan & Sadock, 2000, S.189) angegeben. Putnam (2003) betont dennoch, dass es bisher nicht verifiziert wurde, dass traumatische Erfahrungen in der Kindheit verantwortlich für die Entstehung einer DIS sind, da in den Studien zur Ätiologie nicht genau überprüft wurde, ob der Missbrauch wirklich stattfand oder nicht. In der Regel wird dem Therapeuten die Bestätigung des Missbrauchs dahingehend erschwert, weil die Missbrauchsfälle oft viele Jahre in der Vergangenheit liegen (ebd.).

Andere Autoren geben an, dass durch „systematische Fallstudien“ (Fiedler, 2008, S.218) bestätigt werden konnte, dass es einen großen Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und „dem späteren Auftreten der Störung“ (ebd.) gibt. Auch im DSM V scheint der Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und der Entstehung einer DIS ausschlaggebend zu sein, in dem betont wird: „Interpersonal physical and sexual abuse is associated with an increased risk of dissociative identity disorder“ (APA, 2013, S.294). Weiterhin wird angebracht, dass in den USA, Kanada und Europa 90 % aller DIS-Patienten Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit erfuhren (ebd.). Neben Missbrauchserfahrungen können aber auch Krieg, chirurgische Eingriffe, Prostitution und Terrorismus die Entstehung einer DIS begünstigen (APA, 2013, S.295). So betont auch Gast (2001), dass die DIS durch „lang anhaltende, wiederholte Traumatisierung im Kindesalter (etwa zwischen dem 3. bis 11. Lebensjahr) in Form von sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt“ (S.178) ätiologisch bedingt ist.

Als Fazit ist festzuhalten, dass die Ätiologie der DIS eng im Zusammenhang mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit steht, aber auch andere traumatische Erfahrungen ursächlich sein können. Dennoch scheint es, laut Putnam (2003), noch keine abschließende Klärung der Ursachen für die DIS zu geben, was wohl bei den meisten psychischen Störungen der Fall ist.

2.2 Die Arten von Persönlichkeitsanteilen der DIS

Die unterschiedlichen Arten von Persönlichkeitsanteilen prägen das Störungsbild der DIS und sollen in diesem Kapitel beschrieben werden. Dies ist auch im Hinblick auf die Interventionen von Belang, da es hier zur Kooperation und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen kommt, um möglichst eine Integration zu erreichen (Gast, 2004).

In der Literatur werden die verschiedenen Persönlichkeitsanteile unterschiedlich genannt. Putnam (2003) spricht hierbei von „Alter-Persönlichkeiten“ (S.132), während Gast et al. (2006) von „Persönlichkeits- oder Selbstzustände[n]“ (S.3194) sprechen. Comer (2001) betitelt sie als „Subpersönlichkeiten“ (S.411), Möller, Laux und Kapfhammer (2006) als „Alter Egos“ (S.720). Als „Persönlichkeitsanteile“ (S.105) oder auch „Teilpersönlichkeiten“ (S.104) werden sie von Fine (2011) bezeichnet.

Natürlich sind die Anteile eines jeden DIS-Patienten anders und individuell, dennoch lassen sie sich zu spezifischen Gruppen zusammenfassen, vor allem, wenn es sich um ihre „Funktionen [...] sowie die mit ihr verbundenen Affekte und Erinnerungen“ (Putnam, 2003, S.136) handelt. „Alle Patienten haben mindestens eine Alter-Persönlichkeit, die als „Gastgeber“ fungiert“ (Putnam, 2003, S.136). Hiermit ist die Persönlichkeit gemeint, die in die Behandlung kommt und „vor der DIS-Diagnose als „die Patientin“ bezeichnet“ (Putnam, 2003, S.136) wird. Putnam (2003) gibt an, dass sich die Gastgeber-Persönlichkeit ausgeliefert und in der Macht von ihr unkontrollierbaren Kräften fühlt und oftmals gar nichts von den anderen Identitäten weiß. Wenn der Gastgeber-Persönlichkeit durch den Therapeuten offenbart wird, dass noch andere Identitäten existieren, kommt es häufig dazu, dass der Patient die Therapie verlässt (Putnam, 2003). Diese Gastgeber-Persönlichkeit kann manchmal auch eine „soziale Fassade“ (Putnam, 2003, S.137) sein, welche durch mehrere Identitäten entstand, „die als eine Persönlichkeit auftreten wollen“ (ebd.).

Eine weitere beachtenswerte Gruppe von Persönlichkeitsanteilen sind die sogenannten Kind-Persönlichkeiten. Meist sind diese Anteile auf einer bestimmten Entwicklungsstufe des Lebens stehen geblieben (Putnam, 2003). Wenn traumatische Erfahrungen vom Patienten erinnert werden, reagieren diese Kind-Persönlichkeiten oft mit regressiven Verhalten, sie „werfen sich gegen Wände [...] krümmen [...] sich zur Fötusposition zusammen und lassen keine Reaktion mehr erkennen.“ (Putnam, 2003, S.137). Ihre Existenz besteht darin, traumatische Erinnerungen und damit verbundene Gefühle zu bewahren, weshalb sie den Therapeuten oft als Täter wahrnehmen (Putnam, 2003).

Neben den Kind-Persönlichkeiten, welche traumatische Erinnerungen bewahren, beschreibt Putnam (2003) auch Kind-Persönlichkeiten, die ein kindliches und unschuldiges Verhalten zeigen. Die Gefahr besteht darin, dass sie den Täter idealisieren und alles mit einer kindlichen Naivität betrachten, so dass ihnen die Fähigkeit fehlt mit dem Trauma umgehen zu lernen und dieses zu

bearbeiten (Putnam, 2003). Oftmals fehlen den Kind- oder auch Kleinkind-Persönlichkeiten die verbalen Fähigkeiten, um sich auszudrücken (ebd.).

Weiterhin gibt es Identitäten des anderen Geschlechts bei „mindestens der Hälfte aller DIS-Patienten“ (Putnam, 2003, S.140). Diese wirken insofern äußerlich skurril, da sich eine Frau dementsprechend männlich kleidet, bewegt und verhält. Deswegen versuchen viele DIS-Patienten möglichst geschlechtsneutral auszusehen, um ihre männlichen bzw. weiblichen Persönlichkeitsanteile nicht einzuschränken (Putnam, 2003). So tragen Frauen häufig kurze Haare und Kleidung, die auch zu einem Mann passen würde. Außerdem kann sich jede Altersgruppe des anderen Geschlechts in den Persönlichkeitsanteilen wiederfinden (Putnam, 2003). So ist es möglich, dass eine Frau in einen kleinen Jungen oder auch einen alten Mann dissoziieren kann und sich dementsprechend verhält. Putnam (2003) weist auch darauf hin, dass die sexuelle Orientierung dadurch irreführend wird, da Persönlichkeitsanteile des anderen Geschlechts sowohl hetero- als auch homosexuell sein können, unabhängig davon, welches Geschlecht die Person als solches hat.

Putnam (2003) beschreibt noch weitere Persönlichkeitsanteile, wie die „Verfolger-Persönlichkeiten“ (S.136), die „Suizidale[n] Persönlichkeiten“ (S.138), die „Beschützer- und Helfer-Persönlichkeiten“ (S.138), die „Inneren Selbst-Helfer“ (S.139), die „Erinnerungsträger“ (S.139), die „Promiskuitive[n] Persönlichkeiten“ (S.140), die „Verwalter-Persönlichkeiten und zwanghafte Persönlichkeiten“ (S.141), „Autistische und behinderte Persönlichkeiten“ (S.141) und „Dämonen und Geister“ (S.143).

2.3 Die Diagnostik der DIS

In der ICD-10 (2012) wird die DIS als „Multiple Persönlichkeit(sstörung)“ (S.210) bezeichnet und ist unter F44.81 zu finden. Aufgrund der Bezeichnung könnte es zu dem Irrtum kommen, dass die DIS eine Persönlichkeitsstörung sei, weshalb der Begriff eher unglücklich gewählt ist. Die DIS zählt zu den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4). Mit F44 wird angegeben, dass die DIS zu den dissoziativen Störungen gehört, wobei sie unter F44.81 zu finden ist und damit zu den sonstigen dissoziativen Störungen gezählt wird.

Die „Multiple Persönlichkeit(sstörung)“ wird in der ICD-10 als „selten“ und „kontrovers diskutiert“ (ICD-10,2012, S.210) beschrieben. Des Weiteren folgen Kriterien wie:

- Das offensichtliche Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten bei einem Individuum. Dabei ist zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine sichtbar.
- Jede Persönlichkeit ist vollständig mit eigenen Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben. Diese können in deutlichen Kontrast zu der prä-morbiden Persönlichkeit stehen.

- Bei der häufigsten Form mit zwei Persönlichkeiten ist meist eine von beiden dominant, keine hat Zugang zu den Erinnerungen der anderen, und die eine ist sich der Existenz der anderen fast niemals bewusst.
- Der Wechsel von der einen Persönlichkeit zur anderen vollzieht sich beim ersten Mal gewöhnlich plötzlich und ist eng mit traumatischen Erlebnissen verbunden.
- Spätere Wechsel sind oft begrenzt auf dramatische oder belastende Ereignisse oder treten in Therapiesitzungen auf, in denen der Therapeut Hypnose oder Techniken zur Entspannung oder zum Abreagieren anwendet. (ICD-10, 2012, S.210)

Auch hier wird gleich zum Anfang der Aspekt angebracht, dass über diese psychische Störung oft diskutiert wird, ob sie „iatrogen oder kulturspezifisch ist“ (ICD-10, 2012, S.210). Die globale Kritik am Störungsbild und der damit verbundenen Frage, ob die DIS allein durch Hypnose bzw. durch kulturelle Anschauungen entsteht, wird also auch in der ICD-10 aufgegriffen, aber auch kritisiert und hinterfragt (Gast, 2011).

Die DIS wird im DSM V unter 300.14 aufgeführt und wird hier als „Dissociative Identity Disorder“ (APA, 2013, S.292) bezeichnet, also als dissoziative Identitätsstörung. Diese Bezeichnung ist treffender, als die „Multiple Persönlichkeit(ssstörung)“, weil sie „dem Störungsbild in der Tat deutlich besser entspricht“ (Fiedler, 2008, S.217). Im DSM V werden folgende Kriterien für die DIS aufgelistet:

- A. Disruption of identity characterized by two or more distinct personality states, which may be described in some cultures as an experience of possession. The disruption in identity involves marked discontinuity in sense of self and sense of agency, accompanied by related alterations in affect, behavior, consciousness, memory, perception, cognition, and/or sensory-motor functioning. These signs and symptoms may be observed by others or reported by the individual.
- B. Recurrent gaps in the recall of everyday events, important personal information, and/ or traumatic events that are inconsistent with ordinary forgetting.
- C. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The disturbance is not a normal part of a broadly accepted cultural or religious practice. Note: In children, the symptoms are not better explained by imaginary playmates or other fantasy play.
- E. The symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., blackouts or chaotic behavior during alcohol intoxication) or another medical condition (e.g., complex partial seizures). (APA, 2013, S.292)

Allgemein wird angegeben, dass die Diagnose der DIS eher selten gestellt wird (Dammann & Overkamp, 2011), was unter anderem an den Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung liegen kann, die im nächsten Kapitel vorgestellt werden. Um eine DIS zu diagnostizieren bzw. dissoziative Symptome zu erfassen, werden Fragebögen und Interviews eingesetzt. Einer davon ist der „DES (Dissociative Experience Scale)“ (Möller et al., 2011, S.710), welcher auf Deutsch „FDS (Fragebogen für dissoziative Symptome)“ (Gast, 2013, S.92) heißt. Der DES weist „die höchsten Werte für Sensitivität und Spezifität“ (Freyberger & Stieglitz, 2004, S.763) auf, weshalb er eine große Anwendung in der Praxis findet (Gast, 2013). Weitere Fragebögen sind der „AMDP-DK (Modul zu Dissoziation und Konversion)“, der „SDQ-20 (The Somatoform Dissociation Questionnaire)“ und der „MID (Multidimensional Inventory of Dissociation)“ (Möller et al., 2011, S.710). Diese Testverfahren weisen eine „hohe Korrelation“ (Freyberger & Stieglitz, 2004, S.763) untereinander auf, was bedeutet, dass sie sich inhaltlich überschneiden.

Des Weiteren können auch Interviews zur Diagnostik eingesetzt werden, wie z.B. der „DDIS (The Dissociative Disorders Interview Schedule)“ (Möller et al., 2011, S.710), das „strukturierte klinische Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D bzw. SCID-D-R als englische Version)“ (Gast, 2013, S.92) oder das „CIDI (Composite International Diagnostic Interview)“ (Freyberger & Stieglitz, 2004, S.763).

2.4 Probleme bei der Diagnosestellung der DIS

Wie im Abschnitt 2.3 erläutert, gibt es einige Testverfahren, die die dissoziative Symptomatik eines Patienten erfassen. Doch Freyberger und Stieglitz (2004) weisen dabei auf folgende Probleme hin:

„Viele Patienten erfüllen nur knapp nicht die Kriterien einer dissoziativen Störung. Eine Reihe von Patienten erfüllt im Krankheitsverlauf die Kriterien mehrerer sich ausschließender Störungen. Viele Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen weisen dissoziative Phänomene auf“ (S.763).

Von diesem Gesichtspunkt aus, ist es nachvollziehbar, wie kompliziert der differentialdiagnostische Prozess ist, da dissoziative Störungen sehr komplex sind und dissoziative Symptome auch bei anderen psychischen Störungen vorkommen, so dass eine Abgrenzung schwer fällt.

Ein weiteres Problem bei der Diagnosestellung kann das Verhalten des Therapeuten sein. Oftmals erwarten Therapeuten einen offenkundigen Wechsel (Gast, 2013) von einem Persönlichkeitsanteil in den anderen während einer Sitzung mit einem DIS-Patienten, damit sie die Diagnose der DIS vergeben können. Dennoch ist dies die absolute Ausnahme (Gast, 2013). Wie bereits erwähnt, gibt es eine Reihe komorbider Störungen bei der DIS, weshalb DIS-Patienten eher „eine polysymptomatische Mischung aus dissoziativen und posttraumatischen Symptomen“ (Gast, 2013, S.90) aufweisen und mit diesen Symptomen einen Therapeuten aufsuchen, als mit einem offenkundigen

Identitätswechsel. Darum sollte der Therapeut die Diagnose nicht davon abhängig machen, ob der Patient einen Identitätswechsel zeigte oder nicht. Außerdem kann es dazukommen, dass der Therapeut eine komorbide Störung als eigentliche Störung diagnostiziert, dabei aber die Diagnose der DIS außer Acht lässt. Das hat natürlich Auswirkungen, da der DIS-Patient keine adäquate Behandlung erhalten kann, die spezifisch auf seine DIS und die damit verbundenen Symptome und Probleme abzielt (Gast, 2013).

Der Therapeut sollte im diagnostischen Prozess beachten, dass viele DIS-Patienten Scham und Angst empfinden, als verrückt betitelt zu werden, weshalb es ihnen schwer fällt, ihre dissoziativen Symptome überhaupt zu schildern und Vertrauen zum Therapeuten aufzubauen (Gast, 2013). Häufig werden auch dann nur „die sozial anerkannteren Sekundär- und Folgeprobleme wie z.B. Depressionen, Angst- oder Essstörungen, Suchterkrankung oder Beziehungsprobleme“ (Gast, 2013, S.90) vom DIS-Patienten beschrieben. Um diesen Ängsten entgegenzuwirken, sollte der Therapeut dem DIS-Patienten vertrauensvolles Verhalten und Zuwendung entgegenbringen (Gast, 2013). Außerdem berichten DIS-Patienten häufig nicht von sich aus von ihren dissoziativen Symptomen, daher ist es wichtig, gezielt danach zu fragen (ebd.).

Ein weiteres Problem bei der Diagnosestellung ist, dass einige DIS-Patienten ihre dissoziativen Symptome als normal wahrnehmen, vor allem, wenn diese über Jahre hinweg erlebt werden. Aus diesem Grund kann es dazu kommen, dass solche DIS-Patienten nicht über ihre dissoziativen Symptome berichten, weil sie diese nicht als abnormal wahrnehmen (Gast, 2013).

Der Therapeut muss sich auch bei der Diagnosestellung bewusst sein, dass die meisten DIS-Patienten traumatische Erfahrungen gemacht haben und sogar das Ausfüllen eines Fragebogens oder ein Interview „triggern“ (Gast, 2013, S.93) können. Der diagnostische Prozess stellt also einen Balanceakt dar, „einerseits wichtige Informationen zu Ausmaß und Ausgestaltung der dissoziativen Symptome zu erhalten und andererseits Retraumatisierungen zu vermeiden“ (Gast, 2013, S. 93). Der Therapeut sollte dementsprechend auch über Techniken verfügen um „dissoziative Zustände zu durchbrechen“ (Gast, 2013, S.93), wenn es zu diesen im diagnostischen Prozess kommt.

Zusammengefasst stellt der diagnostische Prozess eine gewisse Herausforderung für den Therapeuten dar, weil DIS-Patienten oft viele unterschiedliche Symptome aufweisen und es ihnen schwer fällt Vertrauen aufzubauen. Deshalb ist es für die Diagnosestellung wichtig, dass der Therapeut gezielt nach dissoziativen Symptomen fragt und sich nicht durch die vielen Symptome zu Fehldiagnosen verleiten lässt, sondern auseinanderhält, welche Symptome zu komorbiden Störungen und welche der DIS zuzuordnen sind.

3 Die Differentialdiagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel geht es um die differentialdiagnostische Abgrenzung der DIS zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Es wird geklärt, wodurch eine BPS gekennzeichnet ist und worin sich die Störungsbilder und Symptome beider Störungen ähneln, wodurch es zu Fehldiagnosen kommen kann. Weiterhin sollen aber auch die Unterschiede zwischen den beiden Störungen verdeutlicht werden, die eine differentialdiagnostische Abgrenzung ermöglichen. Abschließend werden die verschiedenen, kontrovers diskutierten Positionen dargestellt, die sich aus der Diskussion ergeben, in welcher Beziehung die BPS und die DIS zueinander stehen.

3.1 Die Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die BPS ist in der ICD-10 (2012) unter F60.31 zu finden und wird dort als „Borderline-Typ“ (S.254) bezeichnet. Sie gehört damit zu der Störungsklasse der Persönlichkeitsstörungen (F6) und zur emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3). Damit wird die BPS, wie auch die DIS, einer Störung untergeordnet, was durch F60.31 angegeben wird.

Um eine BPS diagnostizieren zu können, müssen zuerst die folgenden Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sein.

- Hier liegt eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens vor, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betrifft.
- Sie geht meist mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher.
- Persönlichkeitsstörungen treten häufig erstmals in der Kindheit oder Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter.
- Daher ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 wahrscheinlich unangemessen. (ICD-10, 2012, S.249)

Wenn die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, müssen darauffolgend die Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) überprüft werden. Diese ist gekennzeichnet durch eine „deutliche Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung.“ (ICD-10, 2012, S.253). Weitere Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sind:

- Die Fähigkeit, voranzuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können oft zu gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden.
- Zwei Erscheinungsformen, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle. (ICD-10, 2012, S.253)

Der „Borderline-Typ“ wird darauffolgend durch folgende Kennzeichen klassifiziert:

- Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört.
- Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere.
- Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutlichen Auslöser vorkommen). (ICD-10, 2012, S.254)

Das DSM V definiert die BPS als „a pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity“ (APA, 2013, S.645) und ist unter 301.83 im DSM V zu finden. Die BPS gehört zu den Cluster B-Persönlichkeitsstörungen, welche sich durch „dramatisches, emotionales und launisches“ (Kaplan & Sadock, 2000, S.272) Verhalten auszeichnen.

Die Prävalenz der BPS liegt bei 2 Prozent in der Allgemeinbevölkerung (Kaplan & Sadock, 2000, S.274). Das DMS V gibt eine Prävalenzrate von 1,6 Prozent an, aber es könnten auch bis zu 5,9 Prozent sein (APA, 2013, S.665). Bohus (2002) gibt eine Prävalenzrate von 1,2 Prozent (S.10) an, die an die Prävalenzrate der DIS mit „bis zu einem Prozent“ (Gast & Rodewald, 2011, S. 46), heranreicht. Hierbei sind die unterschiedlichen Angaben zur Prävalenz auffällig. Unter psychiatrischen Patienten besteht sogar eine Prävalenzrate von 20 Prozent (APA, 2013, S.665). Ungefähr 75 Prozent der BPS-Betroffenen sind Frauen (APA, 2013, S.666).

Im DSM V werden folgende Ursachen für die Entstehung einer BPS genannt: „Physical and sexual abuse, neglect, hostile conflict, and early parental loss“ (APA, 2013, S.665). Hier gibt es eine beachtenswerte Überschneidung mit der DIS, da auch die meisten DIS-Patienten von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit berichten (APA, 2013, S.294) und somit eine wichtige ätiologische Gemeinsamkeit zwischen den beiden Störungen besteht.

Um eine BPS zu diagnostizieren, können Instrumente wie das „IPDE (International Personality Disorder Examination)“ (Bohus, 2002, S.12) eingesetzt werden, welches ein „strukturiertes Experten-Interview“ (ebd.) ist. Weiterhin werden zur Diagnostik auch Testverfahren wie der „DIB-R“, ein „Interview für Borderline-Syndrome“ (Bohus, 2002, S.12), oder die „BSL“ („Borderline-Symptom-Liste“) (ebd.) genutzt.

3.2 Die differentialdiagnostische Abgrenzung

Die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen der BPS und der DIS wird durch einige Symptomüberlappungen der Störungen erschwert und verleitet dadurch zu Fehldiagnosen. So ist sowohl die BPS, als auch die DIS gekennzeichnet durch einen „auffälligen Wechsel des Selbstbildes, die spontanen Verhaltensänderungen sowie die Instabilität der Stimmung“ (Fiedler, 2001, S.215). Die Identitätsproblematik ist bei Borderline-Patienten so stark ausgeprägt, dass „ca. 70 % aller Patientinnen [...] kein sicheres Gefühl dafür hätten, „wer sie wirklich seien“. Etwa die Hälfte erlebt sich als „abgeschnitten von sich selbst““ (Bohus, 2002, S.7). Außerdem wurde bereits erwähnt, dass „sowohl Borderline-Patienten wie Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung, in Kindheit und Jugend und im Unterschied zu anderen psychischen Störungen die häufigsten Missbrauchserfahrungen aufweisen“ (Fiedler, 2001, S.215), wodurch eine ätiologische Gemeinsamkeit beider Störungen aufgezeigt wird.

Eine weitere Überschneidung stellt die „erhöhte Dissoziationsneigung der Borderline-Patienten“ (Fiedler, 2008, S.215) dar. Zwar erreichen diese nicht ganz den Wert von DIS-Patienten im DES, liegen allerdings höher als Patienten aller anderen psychischen Störungen (Fiedler, 2001). Die Autoren einer Studie aus dem Jahr 2014, in der dissoziative Symptome bei der BPS und bei der Schizophrenie untersucht wurden, kamen zu folgendem Urteil: „dissociative symptoms and symptoms of traumatic stress are significantly correlated in patients with BPD and in those with schizophrenia“ (Pec, Bob & Raboch, 2014, S.4). Diese Untersuchung stützt die Aussage der hohen Dissoziationsneigung bei Borderline-Patienten.

Außerdem weist die BPS eine Komorbiditätsrate von „53 bis 70 % der DIS-Fälle“ (Dammann & Overkamp, 2011, S. 12) auf, was verdeutlicht, dass die DIS oft zusammen mit der BPS auftritt. Allerdings ist an der Komorbiditätsrate auch erkennbar, dass ein gewisser Teil der DIS-Patienten die Kriterien einer BSP nicht erfüllt (Dammann & Overkamp, 2011). Wie genau lassen sich also diese beiden Störungen unterscheiden, um eine differentialdiagnostische Abgrenzung zu ermöglichen?

Ein Unterschied besteht darin, dass von Borderline-Patienten „eher die sozial unerwünschten, bösen Anteile abgespalten“ werden, „während bei DIS die Bereiche des gesamten Lebens auf verschiedene Identitäten fallen“ (Dammann & Overkamp, 2011, S.15). Manchmal empfinden sich auch Borderline-Patienten wie verschiedene Personen in einer zu sein, allerdings sollten „personalisierte psychische Zustände“ der Borderline-Patienten nicht mit „den Innen-Personen bei DIS“ (Dammann & Overkamp, 2011, S.15) verwechselt werden.

Gast (2013) gibt an, dass viele DIS-Patienten darunter leiden, dass sie autobiografische Informationen nicht mehr erinnern können. So kann ein Persönlichkeitsanteil Zugang zu autobiografischen Daten haben, während andere Persönlichkeitsanteile dies nicht können. Bei Borderline-Patienten ist die Fähigkeit autobiografische Daten zu erinnern jedoch nicht beeinträchtigt

und nicht stimmungsabhängig (Gast, 2013). Allerdings kann es, in Bezug auf Selbstverletzung, bei beiden Störungen zu Amnesien kommen (Dammann & Overkamp, 2011).

Stimmenhören, was von DIS-Patienten häufig berichtet wird, kommt bei Borderline-Patienten sehr selten und nur dann vor, wenn der Patient extrem labil ist, wobei sowohl bei der BPS, als auch bei der DIS der Realitätsbezug erhalten bleibt (Dammann & Overkamp, 2011).

Somit ist festzuhalten, dass es einige Überschneidungen von Symptomen beider Störungen gibt, vor allem durch die Identitätsproblematik und die hohe Dissoziationsneigung von Borderline-Patienten. Allerdings bestehen auch relevante Unterschiede, die sich vor allem auf die Amnesien und das Stimmenhören bei der DIS konzentrieren, die bei der BPS nicht in diesem Ausmaß oder überhaupt nicht vorkommen und wodurch sich beide Störungen voneinander abgrenzen lassen.

3.3 Positionen zur Diskussion der Beziehung zwischen BPS und DIS

Die Diskussion, inwiefern die BPS und die DIS zusammenhängen, hat mehrere Positionen hervorgebracht, die verdeutlichen, wie kompliziert der differentialdiagnostische Prozess ist und wie abhängig die Diagnose von der jeweils vertretenden Position ist. Insgesamt werden vier verschiedene Meinungen vertreten, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, wobei auch auf die Konsequenzen für die Praxis eingegangen wird.

3.3.1 Die ignorierende Position

Vertreter der ignorierenden Position, die vor allem eine psychoanalytische Sicht auf die BPS haben, gehen davon aus, dass dissoziative Störungen einen Teil der „Polysymptomatik“ (Fiedler, 2001, S.217) der BPS ausmachen, weshalb ein differentialdiagnostischer Prozess nicht notwendig ist (ebd.). Dementsprechend wird „eine dissoziative Identitätsstörung der Borderline-Patienten lediglich als Ausdruck der Störung aufgefasst“ (Fiedler, 2001, S.218).

Fiedler (2001) beschreibt weiterhin, dass die Vertreter der ignorierenden Position dafür verantwortlich sind, dass es im DMS IV keinerlei Hinweise auf die Komplexität und Notwendigkeit des differentialdiagnostischen Prozesses, vor allem im Bezug zur DIS, gibt. Auch zu anderen psychischen Störungen werden keine differentialdiagnostischen Hinweise angegeben (ebd.). Im DMS V werden verschiedene Differentialdiagnosen der BPS aufgelistet, zu denen auch „Identity problems“ (APA, 2013, S.666) gehören, die bei manchen Jugendlichen in der Pubertät vorkommen, nicht pathologisch und von der BPS abzugrenzen sind. Auf die differentialdiagnostischen Probleme in der Abgrenzung zur DIS, wird auch im DMS V bei der BPS nicht eingegangen, geschweige denn, die DIS überhaupt erwähnt.

Darum ist es nicht verwunderlich, dass die DIS „bis heute [...] als „schwere dissoziative Störung“ per definitionem zur Borderline-Störung dazu“ (Fiedler, 2001, S.218) gehört, wofür der Einfluss der Vertretern der ignorierenden Position ausschlaggebend ist.

Letztendlich gibt es, wie aufgezeigt, einige symptomatische und ätiologische Überschneidungen beider Störungen, die eine gewisse Beziehung zueinander vermuten lassen. Allerdings stellt diese Position klar heraus, dass es die DIS als eigenständiges Störungsbild nicht gibt und sie nur zum Symptompektrum der BPS gehört. Anstatt die vorhandenen Unterschiede beider Störungen zu betrachten, wird in dieser Position die DIS als Störung ignoriert, wodurch auch der differentialdiagnostische Prozess an sich in der Praxis keinerlei Beachtung erfährt.

3.3.2 Die differenzierende Position

Die differenzierende Position beschreibt die DIS als „*Grundstörung eines spezifischen Prototyps der Borderline-Persönlichkeitsstörung*“ (Fiedler, 2001, S.219). Vertreter dieser Position sind vor allem Forscher der dissoziativen Störungen, sowie der posttraumatischen Belastungsstörung, die das Konzept der BPS im DSM IV und die psychoanalytische Dominanz dabei kritisieren (Fiedler, 2001). Hierbei betonen die Vertreter, dass durch das DMS IV „keine sinnvolle Differentialdiagnose zwischen den beiden eventuell substanziiell unterschiedlichen, nur phänomenologisch ähnlichen Störungsbildern“ (Fiedler, 2001, S.219) vorgenommen werden kann.

Von den Dissoziationsforschern werden zwei verschiedene Ansichten diskutiert. Die erste ist die Kontinuumshypothese, bei der die Vertreter davon ausgehen, dass eine BPS ohne eine DIS eine leichte Form der Erkrankung darstellt (Fiedler, 2001). Dementsprechend ist in dieser Position die DIS der BPS übergeordnet (ebd.). Als Grund für ihre Ansicht geben die Vertreter „Studien zum geringen Behandlungserfolg bei schwer gestörten Borderline-Patienten in psychiatrischen Kliniken“ (Fiedler, 2001, S.219) an.

Die zweite Ansicht nennt sich Prototypenhypothese. Diese versteht sich dadurch, dass man von zwei verschiedenen Prototypen der BPS ausgeht, welches die Meinung von den meisten Vertretern der differenzierenden Position ist (Fiedler, 2001). In diesem Fall gibt es eine BPS mit DIS und eine BPS ohne DIS, wobei sich der „Schweregrad der Störungen (subjektives Leiden und Funktionseinschränkungen) [...] nicht zwingend unterscheiden lassen“ (Fiedler, 2001, S.220). Das heißt, dass eine BPS mit DIS nicht gravierender ist, als eine BPS ohne DIS. Der Unterschied ist, dass „bei Borderline-Patienten *mit* dissoziativer (Identitäts-)Störung zumeist ätiologisch bedeutsame Zusammenhänge zu kumulierten traumatisierenden Missbrauchserfahrungen“ (Fiedler, 2001, S.220) vorhanden sind. Dementsprechend gehen die Vertreter von mehreren Ursachen für die BPS aus (Fiedler, 2001).

Die Konsequenz für die Praxis bei der differenzierenden Position ist, dass, falls eine BPS mit einer DIS diagnostiziert wurde, dies als „Leitorientierung“ (Fiedler, 2001, S.220) für die folgende Therapieplanung genutzt wird, vor allem, wenn es um die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen geht (Fiedler, 2001). Wenn keine DIS vorliegt, werden die üblichen Techniken zur Behandlung der BPS verwendet (ebd.). Somit kommt auch bei der differenzierenden Position die DIS gar nicht oder nur in Verbindung mit der BPS vor, was wieder vermuten lässt, dass die DIS als eigenständige Störung, also ohne BPS, nach dieser Position nicht existiert. Doch falls die BPS mit der DIS auftritt, wird diese immerhin mit in die Therapieplanung einbezogen.

3.3.3 Die Position distinkter Störungen

Die dritte Meinung in dieser Diskussion ist die Position der distinkten Störungen, die davon ausgeht, dass die BPS und die DIS zwei unterschiedliche und „voneinander unabhängige psychische Störungen“ (Fiedler, 2001, S.220) sind. Die Vertreter dieser Position berufen sich darauf, dass viele DIS- Patienten die Kriterien einer BPS nicht erfüllen und somit beide Störungen auseinanderzuhalten sind, zumal auch hier die Vertreter auf die Fehldiagnose der BPS eingehen (Fiedler, 2001). Hierbei bilden die „dissoziativen Störungen zumeist den zentralen Ansatzpunkt für entsprechende Überlegungen“ (Fiedler, 2001, S.221). Weiterhin wird betont, dass sich die beiden Störungen voneinander abgrenzen lassen durch „das Vorliegen eindeutiger Identitätswechsel (als dissoziative Identitätsstörung) bzw. durch Identitätsstörungen ohne dissoziative Wechsel (als Borderline-Störung)“ (Fiedler, 2001, S.221).

Des Weiteren gehen die Vertreter davon aus, dass man keine Verbindung zwischen den beiden Störungen „nur“ auf Grund der Ätiologie ziehen sollte, da „[t]raumatische Kindheitserfahrungen [...] sowohl für dissoziative Störungen als auch für (nicht-dissoziative) Borderline-Persönlichkeitsstörungen mitverantwortlich“ (Fiedler, 2001, S.221) sind. Problematisch sind auch die „Überlappungskriterien [...] nämlich dissoziative Störungen, Identitätsstörungen, und affektive Instabilität“ (Fiedler, 2001, S.221), die für die Fehldiagnose BPS mitverantwortlich sind.

Die Konsequenz für die Praxis aus dieser Position ist, dass eine „Komorbiditäts- bzw. Mehrfachdiagnose vergeben werden muss“ (Fiedler, 2001, S.221), wenn Borderline-Patienten gleichzeitig die Kriterien einer DIS erfüllen, oder auch in umgekehrter Weise.

Zusammenfassend stellt sich heraus, dass die Position der distinkten Störungen davon ausgeht, dass die BPS und die DIS voneinander unabhängige Störungen sind und nur auf Grund der Ätiologie keine Verbindung hergestellt werden sollte, da hier die Frage aufkeimt, woran es liegt, dass bei manchen Menschen eine BPS entsteht und andere wiederum eine DIS entwickeln, trotz ähnlicher traumatischer Kindheitserfahrungen. Diese Position betrachtet also die DIS als eigenständige

Störung, die auch ohne BPS vorkommt und anders herum. Sie verdeutlicht, dass es zwischen den beiden Störungen zu Symptomüberlappungen kommt und dadurch Fehldiagnosen begünstigt werden. Allerdings geht diese Position auch darauf ein, dass es relevante Unterschiede gibt, z.B. durch die unterschiedliche Identitätsproblematik beider Störungen, wodurch sie voneinander abgrenzbar sind. So kommt es bei der BPS nicht zu dissoziativen Wechseln, wie bei der DIS (Fiedler, 2001). Wie schon erwähnt, gibt es eine Komorbiditätsrate der BPS von „53 bis 70 % der DIS-Fälle“ (Dammann & Overkamp, 2011, S. 12), weshalb, nach Meinung der Vertreter dieser Position, eine „Komorbiditäts- bzw. Mehrfachdiagnose“ (Fiedler, 2001, S.221) vergeben werden kann, wodurch beide Störungen beachtet werden.

3.3.4 Die Position der chronifizierten Belastungsstörung

Die Vertreter dieser Position gehen davon aus, dass DIS- und Borderline-Patienten eine „gemeinsame Schnittmenge von Patienten mit lang andauernden Belastungserfahrungen in Kindheit und Jugend“ (Fiedler, 2001, S.222) haben. Das heißt, dass „das Vorliegen einer symptomatischen chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung“ (Fiedler, 2001, S.222) eine gravierende Gemeinsamkeit zwischen den beiden Störungen darstellt. Schlussfolgernd beschränkt sich diese Position nicht auf den Zusammenhang zwischen der DIS und der BPS an sich, sondern die Diskussion reicht in den Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) herein (Fiedler, 2001). Deshalb wurde sogar über eine eigene Störungskategorie diskutiert, die „Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified (DENOS)“ (Fiedler, 2001, S.222). Dieses Konzept sollte zu den Achse I-Störungen gehören, wurde aber noch nicht übernommen (ebd.).

Zentral bei dieser Position ist, dass das Konzept der distinkten Störungen weiterhin vertreten wird, aber die Diagnose der chronifizierten Belastungsstörung vergeben werden soll, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind bzw. folgende Symptome berichtet werden, wie das „Wiedererleben des Traumas; anhaltende Vermeidung von traumaassoziierten Bedingungen; anhaltende Symptome eines Arousal, einer angstvollen Beunruhigung oder Dysphorie“ (Fiedler, 2001, S.222). Somit kann die DENOS-Diagnose bei Patienten mit einer „schweren und lang andauernden“ (Fiedler, 2001, S.222) PTBS vergeben werden oder bei Patienten, die „bisher die Diagnose „Borderline“ bekämen, wenn bei diesen posttraumatische und dissoziative Störungen überwiegen“ (ebd.).

In der Praxis kann das Konzept der chronifizierten Belastungsstörung eine relevante „Leitdiagnose“ (Fiedler, 2001, S.223) für die folgende Behandlung darstellen. Dabei wird betont, dass es wichtig ist, die genaue Diagnose zu spezifizieren und gegebenenfalls Komorbiditätsdiagnosen zu geben, also festzustellen, „ob die Probleme der Betroffenen durch Bewusstseinsdissoziationen mitbestimmt werden“ (Fiedler, 2001, S.223). Hier sollte die Komorbiditätsdiagnose der DIS vergeben

werden. Oder es wird spezifiziert, „ob sich die [...] funktionseinschränkende Störungen vornehmlich als komplexe Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens manifestieren“ (Fiedler, 2001, S.223). In diesem Fall ist die Komorbiditätsdiagnose der BPS angebracht.

Weiterhin wird argumentiert, dass, wenn die Belastungsstörung therapiert wurde, auch keine hinreichenden Anzeichen mehr für eine BPS vorliegen (Fiedler, 2001), was unterstrichen wird durch die Aussage, dass die BPS „in diesem Sinne ein Artefakt der chronifizierten Belastungsstörung“ (Fiedler, 2001, S.223) wäre. Aus diesem Grund wird unter Fachleuten diskutiert, ob die BPS nicht besser zu den Ache-I-Störungen gehören und in chronifizierte Belastungsstörung umbenannt werden sollte (Fiedler, 2001).

Die Position der chronifizierten Belastungsstörung geht vor allem auf die Gemeinsamkeit von traumatischen Erfahrungen bei Borderline- und DIS-Patienten ein und verlangt, dass diese Diagnose vergeben wird, wenn spezifische Symptome vorliegen. Zwar steht in dieser Position die ätiologische Gemeinsamkeit beider Störungen im Mittelpunkt, aber sowohl die BPS, als auch die DIS, werden nicht als eigentliche Störungen betrachtet, sondern treten komorbide zur Belastungsstörung auf, die als Hauptstörung diagnostiziert wird. Diese Position erlaubt einen anderen Blick auf die beiden Störungen und die damit verbundene Diskussion, da hierbei nicht debattiert wird, ob entweder die DIS oder die BPS als Hauptstörung gesehen werden soll, sondern die Belastungsstörung steht, aufgrund der Ätiologie, im Mittelpunkt.

3.4 Fazit

Zusammenfassend kann festhalten werden, dass es, vor allem aufgrund der Identitätsproblematik und der hohen Dissoziationsneigung bei Borderline-Patienten, zu Überlappungen mit Symptomen der DIS kommt, wodurch die differentialdiagnostische Abgrenzung erschwert wird. Auch wegen ätiologischen Gemeinsamkeiten kann es zur Fehldiagnose der BPS kommen. Allerdings gibt es wichtige Unterschiede, durch die beide Störungen differentialdiagnostisch abgrenzbar sind. So kommen Stimmenhören und Amnesien bei der BPS nicht so häufig und in dem Ausmaß vor, wie es bei DIS-Patienten der Fall ist. Nach der Meinung der Vertreter der distinkten Störungen, kommt es außerdem nicht zu dissoziativen Wechseln bei der BPS. Somit ist eine differentialdiagnostische Abgrenzung möglich.

Des Weiteren gibt es verschiedene Positionen, deren Vertreter unterschiedliche Ansichten haben, in welcher Beziehung die BPS und die DIS zueinander stehen. Diese gehen vom Ignorieren des Störungsbildes der DIS bis hin zur Position, dass beide Störungen komorbid zur chronifizierten Belastungsstörung auftreten, aufgrund der ätiologischen Gemeinsamkeit. Andere sind überzeugt, dass eine Abgrenzung beider Störungen möglich ist, wenn die Symptomüberlappungen, wie die

Identitätsproblematik, genauer betrachtet werden und darum die BPS und die DIS voneinander unabhängige Störungen sind. Andere glauben, dass die BPS entweder ohne oder mit der DIS auftreten kann, wodurch wiederum die DIS als eigenständige Störung, also ohne BPS, nicht vorkommt. Daran ist bemerkbar, wie viele Meinungen zu diesem Thema existieren und, dass man sich nicht auf einen abschließenden Zusammenhang zwischen den beiden Störungen einigen konnte.

4 Die Differentialdiagnose Schizophrenie

In diesem Kapitel soll geklärt werden, wieso es bei DIS-Betroffenen häufig zur Fehldiagnose Schizophrenie kommt, die in „14 bis 40 Prozent“ (Fiedler, 2002, S.23) der DIS-Fälle fehlerhaft vergeben wurde. Dafür werden die diagnostischen Kriterien und das Störungsbild der Schizophrenie beschrieben und die symptomatischen Überschneidungen, sowie die Unterschiede zwischen der DIS und der Schizophrenie herausgestellt, wobei die Fragmentierung des Bewusstseins einen wichtigen Aspekt bei der differentialdiagnostischen Abgrenzung darstellt.

4.1 Die Diagnostik der Schizophrenie

Die Schizophrenie wird in der ICD-10 (2012) mit F20 klassifiziert und gehört somit zu „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F2). Die Schizophrenie ist allgemein gekennzeichnet durch „grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität“ (ICD-10, 2012, S.126).

Bei der Schizophrenie gibt es mehrere Unterklassen. Hierzu gehören „F20.0 Paranoide Schizophrenie, F20.1 Hebephrene Schizophrenie, F20.2 Katatone Schizophrenie, F20.3 undifferenzierte Schizophrenie, F20.4 Postschizophrene Depression, F20.5 Schizophrenes Residuum, F 20.6 Schizophrenia simplex“ (ICD-10, 2000, S.46 f). Vor allem die paranoide Schizophrenie scheint einige Gemeinsamkeiten mit der DIS aufzuweisen, da „80 Prozent [!] der Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung über dialogische, kommentierende und imperative Stimmen“ (Fiedler, 2008, S.229) berichten, weshalb es dazu kommen kann, dass Schizophrenie, in diesem Sinne die paranoide Schizophrenie, diagnostiziert wird, anstatt der DIS (Möller et al., 2011).

Die paranoide Schizophrenie (F20.0) wird wie folgt klassifiziert:

- Hierbei handelt es sich um die in den meisten Teilen der Welt häufigste Schizophrenieform.
- Das klinische Bild wird von ziemlich dauerhaften, oft paranoiden Wahnvorstellungen beherrscht, meist begleitet in der Regel von akustischen Halluzinationen und anderen Wahrnehmungsstörungen.
- Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache, sowie katatone Symptome stehen nicht im Vordergrund. (ICD-10, 2012, S.132)

In der ICD-10 werden Beispiele für „die häufigsten bzw. halluzinatorischen Symptome“ (ICD-10, 2012, S.132) aufgeführt. Dazu gehören „Eifersuchtwahn, Beziehungswahn, Verfolgungswahn, coenästhetischer Wahn, Abstammungswahn, Sendungswahn“, sowie „Stimmen, die dem Betroffenen drohen oder ihm Befehle geben, nichtverbale akustische Halluzinationen (Akoasmen) wie Pfeifen,

Brummen oder Lachen“ (ICD-10, 2012, S.132 f). Dabei kann das Stimmenhören der Betroffenen durch „kommentierende oder dialogische Stimmen“ (ICD-10, 2000, S.46) gekennzeichnet sein.

Allein aufgrund der Kriterien finden sich Überschneidungen zwischen der DIS und der paranoiden Schizophrenie. So haben viele DIS-Patienten die Vordiagnose der Schizophrenie erhalten, da sie unter „akustischen Halluzinationen, [...], den Verfolgungs- und Beeinflussungsgefühlen“ (Dammann & Overkamp, 2011, S.15) litten, die eine Parallele zu den eben beschriebenen Kriterien herstellen.

Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie liegt zwischen „0,3% - 0,7%“ (APA, 2013, S.102). Dabei erkranken Männer genauso häufig wie Frauen (Kaplan & Sadock, 2000). Dennoch erkranken Männer früher an Schizophrenie, nämlich „zwischen 15 und 25, bei weiblichen zwischen 25 und 35 Jahren“ (Olbrich, Leucht, Fritze, Lanczik & Vauth, 2004, S.456). Auf die Ätiologie soll nicht explizit eingegangen werden, da „kein einzelner ätiologischer Faktor als ursächlich für die Entstehung der Schizophrenie angesehen werden“ (Kaplan & Sadock, 2000, S.107) kann, durch die verschiedenen heterogenen Störungsbilder, die die Störungsklasse der Schizophrenie umfasst. Allerdings soll hier angemerkt werden, dass Missbrauch oder andere traumatische Kindheitserfahrungen als ätiologische Ursache nicht genannt werden (Kaplan & Sadock, 2000), so dass, im Gegensatz zur BPS, keine ätiologische Gemeinsamkeit zwischen der DIS und der Schizophrenie vorliegt.

4.2 Die differentialdiagnostische Abgrenzung

Es kommt „bei 14 bis 40 Prozent“ (Fiedler, 2002, S.23) der DIS-Patienten zur Vordiagnose Schizophrenie. Worin bestehen die symptomatischen Überlappungen, die dazu verleiten, Schizophrenie anstatt der DIS zu diagnostizieren und wie können die beiden Störungen differentialdiagnostisch voneinander abgegrenzt werden?

Eine bemerkenswerte Überlappung stellen akustische Halluzinationen dar, da, wie schon erwähnt, „80 Prozent [!] der Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung über dialogische, kommentierende und imperative Stimmen“ (Fiedler, 2008, S.229) berichten. Eine mögliche differentialdiagnostische Abgrenzung besteht darin, dass dieses Stimmenhören bzw. die Stimmen an sich von DIS-Patienten „nicht als „fremdbestimmt“, „von außen gemacht“ erlebt oder anderweitig paranoid ausgedeutet werden“ (Fiedler, 2008, S.229), im Gegensatz zu Schizophrenie-Patienten. Bei DIS-Patienten scheinen die Stimmen eher „wie eigene Erinnerungen oder gleichzeitig mitlaufende Mitdenkprozesse eigener alternativer „Persönlichkeiten““ (Fiedler, 2008, S.229) zu sein. Akustische Halluzinationen werden also von DIS-Patienten anders wahrgenommen und besitzen keine paranoiden Auslegungen. Auch Gast (2013) beschreibt, dass der Realitätsbezug bei DIS-Patienten erhalten bleibt und diese wissen, dass sich die akustischen Halluzinationen in ihrem Kopf abspielen, im Gegensatz zu Schizophrenie-

Patienten, bei denen „Identitätsveränderungen [...] mit wahnhaften Überzeugungen einhergehen oder in ein Wahnsystem eingebettet sind“ (Gast, 2013, S.89).

Bei DIS-Patienten treten Identitätswechsel hingegen häufig mit Amnesien auf, was bei schizophrenen Patienten nicht der Fall ist (Gast, 2013). „Assoziationen sind umwelt- und affektangemessen, und zu den Patienten ist leicht Kontakt aufzubauen“ (Fiedler, 2001, S.207)- dies stellt einen weiteren Unterschied zur Schizophrenie dar. Außerdem zeigen DIS-Patienten keine „formalen Denkstörungen“ (Dammann & Overkamp, 2011, S.20).

Weitere Symptome der DIS, die sich mit denen der Schizophrenie überlappen sind „das Gefühl körperlich beeinflusst zu werden, das Stimmenhören oder mit der Stimme eines anderen zu sprechen“ (Fiedler, 2001, S.206).

Letztendlich gibt es einige Überschneidungen bei den Symptomen beider Störungen, explizit durch akustische Halluzinationen, wie das Stimmenhören. Allerdings gibt es einige relevante Unterschiede, die sich vor allem auf den vorhandenen Realitätsbezug und die Amnesien bei DIS-Patienten beziehen, die es bei der Schizophrenie nicht gibt und wodurch eine differentialdiagnostische Abgrenzung möglich wird. Allgemein ist der genaue Zusammenhang zwischen der DIS und der Schizophrenie noch ungeklärt (Dammann & Overkamp, 2011). Wie man die beiden Störungen noch besser differenzieren kann, soll im nächsten Abschnitt aufgezeigt werden.

4.3 Die Fragmentierung des Bewusstseins

Bei Schizophrenie-Patienten kommt es, im Gegensatz zu DIS-Patienten, zur „Fragmentierung des eigenen Bewusstseins und der Bewusstseinsprozesse“ (Fiedler, 2008, S.230). Das heißt, dass es zu sogenannten „Bruchstellen der äußeren Welt wie der Ich-Identität“ (ebd.) kommt. Das hat zur Folge, dass die gehörten Stimmen von Schizophrenen paranoid ausgelegt werden und verzerrt wirken, unter anderem, weil die Stimmen als ich-dyston erlebt werden (Fiedler, 2008). Außerdem sind Schizophrene nicht in der Lage in „einen „vernünftigen“ Dialog“ (Fiedler, 2008, S.230) mit den Stimmen zu treten, da diese zu bizarr sind. Diese Fragmentierung des Bewusstseins kann nur behoben werden, wenn die Schizophrenie „neuroleptisch“ behandelt wird, „wenn sich das innere Erleben beruhigt“ oder „wenn sich die Psychose mit Entwicklung eines Wahnsystems stabilisiert“ (Fiedler, 2008, S.231).

Allgemein stellt das Konzept der Fragmentierung des Bewusstseins noch besser die Unterschiede zwischen dem Stimmenhören bei Schizophrenen und bei DIS-Patienten heraus, was den differentialdiagnostischen Prozess begünstigen kann. Allerdings verbleiben 20 Prozent der DIS-Patienten, die keine akustischen Halluzinationen aufweisen bzw. keine Stimmen hören und bei denen

dieses Konzept zur Abgrenzung nicht anwendbar ist. In diesem Fall können dann die bereits erwähnten Unterschiede herangezogen werden, wie die vorhandenen Amnesien bei DIS-Patienten.

Während es bei Schizophrenen zur Fragmentierung des Bewusstseins kommt, weisen DIS-Patienten dieses Phänomen nicht auf. Stattdessen ist die DIS gekennzeichnet durch dissoziierte und unverzerrte „Bewusstseinszustände[n], [...] die sich als persönliche „Identitäten“ erleben und verhalten“ (Fiedler, 2008, S.231). Dadurch können DIS-Patienten „innere Dialoge der dissoziierten Identitäten erleben oder diese führen“ (ebd.). Außerdem können sich die Identitäten „ziel- und zweckgerichtet „miteinander“ auseinandersetzen“ (Fiedler, 2008, S.231), welches für die spätere Traumabearbeitung von Belang ist, da hier mit den Identitäten zusammengearbeitet wird. So kann es auch dazu kommen, dass DIS-Patienten während einer Therapiesitzung für lange Zeit schweigen und erst wieder etwas von sich geben, wenn die verschiedenen Identitäten, also auch die verschiedenen Stimmen, sich mit einer Thematik auseinandergesetzt und eine Entscheidung getroffen haben. Ein Fallbeispiel hierzu ist bei Fiedler (2008, S.230) zu finden, welches auch verdeutlicht, wie sehr die Betroffenen in Verwirrung geraten können, wenn die verschiedenen Identitäten miteinander in Kontakt treten und ihre Meinungen kundtun. Durch das dadurch entstehende „Wir-Erleben“ (Fiedler, 2008, S.231), werden die Stimmen bei DIS-Patienten als ich-synton wahrgenommen.

Außerdem kann der Therapeut durch Hypnose auch direkt mit den Identitäten in Kontakt treten und mit ihnen reden (Fiedler, 2008). Manchmal kommt es aber auch zum offensichtlichen Identitätswechsel des Betroffenen in der Therapiesitzung, so dass der Therapeut auch ohne Hypnose mit den Identitäten sprechen kann, wobei es üblich ist, dass sich der Patient an dieses Gespräch nicht erinnern kann (ebd.). Wie bereits erwähnt, ist der offenkundige Identitätswechsel allerdings eher die Ausnahme (Gast, 2013).

Nach Fiedler (2008), kann festgehalten werden, dass Schizophrene, bei denen es zur Fragmentierung des Bewusstseins kommt, in der Regel nicht in der Lage sind, mit ihren Stimmen in einen vernünftigen und klaren Kontakt zu treten, weil diese paranoid ausgelegt werden und bizarr anmuten. Bei DIS-Patienten hingegen kann es zu Auseinandersetzungen der verschiedenen Identitäten untereinander kommen, was keine paranoiden oder verzerrten Züge aufweist, auch, weil die Stimmen nicht als bizarr empfunden werden und diese sich als eigenständige Identitäten erleben, wodurch ein „Wir-Erleben“ (Fiedler, 2008, S.231) beim DIS-Patienten entstehen kann.

4.4 Fazit

Ähnlich wie bei der BPS, gibt es auch zwischen der Schizophrenie und der DIS einige Überlappungen von Symptomen, die vor allem durch akustische Halluzinationen gekennzeichnet sind. Allerdings werden diese bei den beiden Störungen unterschiedlich ausgedeutet und erlebt, zumal DIS-Patienten besser in einen vernünftigen Kontakt mit ihren Stimmen bzw. ihren Identitäten treten können. Durch den Aspekt der Fragmentierung des Bewusstseins, lassen sich die Unterschiede beim Stimmenhören bei DIS- und Schizophrenie-Patienten noch besser herauskristallisieren. Außerdem stellt der Realitätsbezug bei DIS-Patienten einen wichtigen Unterschied zur Schizophrenie dar, ebenso wie die Amnesien. Somit können beide Störungen, trotz einiger Überlappungen, voneinander differentialdiagnostisch abgegrenzt werden.

Weiterhin ist es empfehlenswert eine Komorbiditätsdiagnose zu stellen, wenn Schizophrenie-Patienten eine „auffällig erhöhte Neigung zu Dissoziationen“ (Fiedler, 2008, S.231) aufzeigen. Diese Komorbiditätsdiagnose sollte auch in Betracht gezogen werden, wenn der Betroffene von traumatischen Erfahrungen berichtet, wodurch dann die Diagnose Schizophrenie und DIS vergeben werden kann (Fiedler, 2008). Nach Dammann und Overkamp (2011) sollte man diese Diagnose allerdings nur in wenigen Fällen stellen.

5 Psychotherapeutische Interventionen der DIS

In diesem Kapitel geht es um die Behandlung von DIS-Patienten im psychotherapeutischen Setting. Es wird beschrieben, welche Herausforderungen im Allgemeinen die Therapie mit DIS-Patienten birgt, welche psychotherapeutischen Interventionen es bei der DIS gibt und wie eine Psychotherapie bei DIS-Patienten strukturiert sein sollte. Weiterhin soll geklärt werden, inwiefern Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) eine hilfreiche Intervention darstellt und welche Besonderheiten es dabei für DIS-Patienten gibt. Die Wirksamkeit von EMDR soll abschließend durch eine Metaanalyse verdeutlicht werden.

Allgemein soll vorher angebracht werden, dass Gast (2013) die DIS als „komplexes posttraumatisches Störungsbild“ (S.88) beschreibt. Deshalb sind Interventionen, die bei Psychotraumastörungen, wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), eingesetzt werden, auch bei der DIS anwendbar. Mit diesen Interventionen sollen traumabedingte Symptome reduziert werden, da viele DIS-Patienten „zahlreiche posttraumatische Symptome“ (Fiedler, 2001, S.203) aufweisen. Dies wird gestützt durch die Aussage „DID therapy should be a trauma-informed, staged treatment, the main goals of which are to help the patient stabilize symptoms related to dissociation and PTSD“ (Cronin, Brand & Mattanah, 2014, S.2).

5.1 Die therapeutische Herausforderung bei DIS-Patienten

Die Therapie von DIS-Patienten birgt oft einige Herausforderungen für den Therapeuten. Deswegen ist es wichtig, dass sich dieser an bestimmte Richtlinien hält, vor allem die „gültigen Standards zur Behandlung von komplexen posttraumatischen Störungen“ (Gast, 2013, S.93) können bei DIS-Patienten hilfreich sein. Dennoch sind störungsspezifische Behandlungsverfahren für die DIS unabdingbar (Gast, 2013).

Eine allgemeine Herausforderung besteht darin, dass der DIS-Patient überhaupt Vertrauen zum Therapeuten aufbaut, was für viele Betroffene schwierig ist. Das hängt damit zusammen, dass viele DIS-Patienten „mit extremer Gewalt und Willkürerfahrungen“ (Gast, 2013, S.94) aufgewachsen sind und es ihnen daher schwerfällt, vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen, auch, da sie oft „Grenzverletzungen und Beziehungsabbrüche“ (Gast, 2013, S.94) erlebten. Gast (2013) sieht in diesem Beziehungsmuster den Grund für „selbstschädigende[s] Verhalten (Selbstverletzung, Suchtverhalten, aggressives Verhalten, missbräuchliche Beziehungen)“ (S.94).

Aus diesem Grund ist es wichtig, bestimmte Regeln und klare Verhältnisse in der Therapie zu schaffen, um dem Patienten „Sicherheit und Vertrauen“ (Gast, 2013, S.94) zu vermitteln, wodurch dieser eine Beziehung zum Therapeuten aufbauen kann. Diese Regeln sind insofern wichtig, da

DIS-Patienten häufig die „Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit der Therapeutin testen“ (Gast, 2013, S.94), dabei ist es von Nutzen diese Tests anzusprechen und mit ihnen zu arbeiten (ebd.).

Es stellt eine weitere therapeutische Herausforderung dar, wenn DIS-Patienten noch Kontakt zum Missbrauchstäter haben oder immer noch missbraucht werden, welches vor allem der Fall sein kann, wenn die Behandlung nicht voranschreitet (Gast, 2013). Nach Gast (2013) muss der Therapeut hierbei beachten, dass die Aussagen des DIS-Patienten nicht unbedingt wahr sein müssen, wenn dieser momentane Missbräuche negiert. Das kann daran liegen, dass sich der Patient vielleicht nicht an die traumatischen Ereignisse erinnern kann oder Angst hat, dem Therapeuten über momentane Missbrauchserfahrungen zu berichten (ebd.). Sicherlich empfinden viele DIS-Patienten auch Scham über ein solches Thema mit einem Therapeuten zu reden. Dennoch ist die Frage danach relevant, weil dadurch der Patient die Hemmung verlieren kann über den Missbrauch oder den Täterkontakt zu berichten (Gast, 2013). Falls der Therapeut herausfindet, dass Täterkontakt besteht, steht das Auflösen des Täterkontakts an erster Stelle der Therapie (Gast, 2013), weil die Bearbeitung eines Traumas unter diesen Umständen nicht stattfinden sollte (Fine, 2011). Eher sollte eine „unterstützende Psychotherapie“ (Fine, 2011, S.106) in solchen Fällen angeboten werden.

Eine therapeutische Herausforderung kann weiterhin sein, dass manchmal Therapeuten das Gefühl haben, sich mit ihren DIS-Patienten „abzumühen“, weil einige von ihnen „pseudowahnhaft, lernbehindert und/oder in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt“ (Fine, 2011, S.106) zu sein scheinen. Fine (2011) erklärt diesen Aspekt damit, dass, durch die Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, die kognitive Entfaltung von DIS-Patienten eingeschränkt wurde, weil „das Alter bei Beginn des Missbrauchs, seine Intensität und Dauer wie auch die Frage, wer der Täter war, die kognitive Entwicklung des Kindes differenziell beeinflussen“ (S.106).

Außerdem ist es wichtig, dass der Therapeut den Überblick über die vielen, unterschiedlichen Symptome eines DIS-Patienten behält und dissoziative Zustände durchbrechen kann, wenn es zu „Gefühlsüberflutungen, Flashback-Erleben und unkontrollierter Trance“ (Gast, 2013, S.95) in der Therapie kommt, da diese Zustände die Therapie gefährden können (ebd.) Darum ist es von Belang herauszufinden, wodurch die dissoziativen Zustände hervorgerufen werden. Diese können ein Zeichen dafür sein, dass „in der Therapie zu schnell vorgegangen wurde, zu rasch traumatisches Material behandelt wurde, dass zunächst die Affekttoleranz verbessert werden muss und/oder dass Widerstand (z.B. von bestimmten Persönlichkeitsanteilen) nicht ausreichend beachtet wurde“ (Gast, 2013, S.95).

5.2 Verschiedene psychotherapeutische Interventionen der DIS

Hofmann und Mattheß (2011) geben an, dass es bei DIS-Patienten ratsam ist, einen Behandlungsplan mit verschiedenen Techniken aus den verschiedenen Psychotherapieverfahren anzuwenden, der auf den Patienten individuell zugeschnitten ist und „der je nach Bedarf eklektisch ausgewählte Elemente und Ansätze sowohl aus den bisherigen Richtlinienverfahren als auch aus hypnotherapeutischen, systemischen und weiteren Verfahren enthält, zu denen auch EMDR gehört“ (S.135). Somit wird eine Therapie empfohlen, die nicht nur einem Psychotherapieverfahren, wie z.B. der Verhaltenstherapie, zuzuordnen ist. Vielmehr sollte ein „multimodale[r] traumaspezifische[r] Ansatz“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.135) gewählt werden. So geben auch Gast et al. (2006) an, dass ein „eklektischer Therapieansatz, der psychodynamische, kognitiv-behaviorale, hypnotherapeutische und traumaadaptierte Vorgehensweisen umfasst“ (S.3199) in der Therapie der DIS angewendet werden sollte. Weiterhin gilt als „Therapie der Wahl [...] eine individuelle ambulante Langzeitpsychotherapie mit zwei Stunden pro Woche über mehrere Jahre, doch haben sich auch kombinierte Therapieangebote von ambulanter und stationärer Intervalltherapie klinisch bewährt.“ (Gast et al., 2006, S.3199).

Als psychotherapeutische Intervention bei der DIS kommt auch Hypnose zum Einsatz, welche vor allem in der zweiten Phase der Therapie, auf die später eingegangen wird, Anwendung findet (ISSD, 2011). Durch Hypnose kann der Therapeut leichter Kontakt zu den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen herstellen (Fiedler, 2001). Doch die Wirksamkeit von Hypnose ist nach wie vor nicht nachgewiesen und birgt das Risiko einer „Verstärkung dissoziativer Phänomene“ (Freyberger & Stieglitz, 2004, S.765), weshalb der „therapeutische Stellenwert von Hypnoseverfahren [...] mittlerweile sehr differenziert beurteilt“ (Möller et al., 2011, S.721) wird.

Ein weiteres Verfahren stellt die kognitiv-behaviorale Therapie dar, deren Methoden dem DIS-Patienten helfen sollen, die durch Traumata entstandenen, dysfunktionalen Kognitionen zu explorieren und zu ändern oder impulsives Verhalten zu kontrollieren (ISSD, 2011). Allgemein ist eine Verhaltenstherapie bei der DIS induziert, „wenn die direkte und unmittelbare Beeinflussung der Symptomatik im Vordergrund steht“ (Freyberger & Stieglitz, 2004, S.764).

Außerdem können auch folgende, spezielle Therapieverfahren bei der DIS zum Einsatz kommen, wie Familientherapie, DBT und besondere Therapien für komorbide Störungen wie Essstörungen oder Substanzmissbrauch (ISSD, 2011, S.33).

Zur Wirksamkeit der verschiedenen psychotherapeutischen Interventionen und Methoden bei der DIS lässt sich festhalten, dass es bisher kaum „aussagekräftige Forschungsergebnisse über die Effizienz und Sinnhaftigkeit unterschiedlicher Therapieansätze bei schwer dissoziativen Patienten“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.136) gibt und dementsprechend eher Erfahrungen von Therapeuten, als aussagekräftige Studien, zur Wirksamkeit angebracht werden (ebd.). Auch Freyberger und

Stieglitz (2004) geben an: „Systematisch kontrollierte Therapiestudien liegen bislang nicht vor“ (S.764). Dies wird von Möller et al. (2011) unterstrichen durch die Aussage, dass „keine systematischen, in kontrollierten Studien empirisch erprobten Behandlungsansätze“ (S.717) für die DIS nachgewiesen wurden. Dies gilt „für psychotherapeutische Verfahren als auch für biologische, speziell psychopharmakologische Interventionen“ (Möller et al., 2011, S.717). Auch die Effektivität von Hypnose im psychotherapeutischen Setting konnte bisher noch nicht nachgewiesen werden, obwohl hypnotherapeutische Techniken, vor allem in den USA, häufig Anwendung finden (Freyberger & Stieglitz, 2004).

Durch eine Metaanalyse von Sack et al. (2001) konnte jedoch nachgewiesen werden, dass EMDR eine effektive Behandlungsmethode bei der PTBS darstellt, die, wie die DIS, eine „Psychotraumastörung“ (Gast, 2004, S.195) ist. Dies ist insofern relevant, da viele DIS-Patienten „zahlreiche posttraumatische Symptome“ (Fiedler, 2001, S.203) aufweisen und das „Vollbild einer PTBS haben“ (Hofmann, 2004, S.25) können.

Es gibt also eine Vielzahl an psychotherapeutischen Interventionen bei der DIS, die aus den verschiedenen Psychotherapieverfahren stammen und individuell auf den DIS-Patienten zugeschnitten werden. Allerdings gibt es noch keinen Nachweis, welche Therapieverfahren und Interventionen bei der DIS wirklich effektiv und sinnvoll sind.

5.3 Die Phasen der Psychotherapie der DIS

Bei der Behandlung von DIS-Patienten gilt die individuelle Psychotherapie als Mittel erster Wahl (ISSD, 2011, S.145). Das angestrebte Therapieziel ist „die vollständige Integration aller Persönlichkeitszustände in eine Gesamtpersönlichkeit“ (Gast, 2004, S.72). Doch nicht immer ist eine vollständige Integration möglich, so dass in solchen Fällen das Therapieziel ist, eine gute Zusammenarbeit aller Persönlichkeitsanteile zu erreichen und das Auftreten von Amnesien zu minimieren (Gast, 2004).

Die Psychotherapie bei DIS-Patienten ist in drei Behandlungsphasen gegliedert, die bei „allen Psychotraumastörungen“ (Gast, 2001, S.195) Anwendung finden. Die erste Phase dient der Stabilisierung des Patienten. In dieser Phase werden die verschiedenen Persönlichkeitsanteile genauer erforscht, in dem das „Mapping“ angewendet wird, wobei der DIS-Patient eine „innere Landkarte“ der Teilpersönlichkeiten“ (Fine, 2011, S.121) erstellt. So lernt der Therapeut die verschiedenen Geschichten und Probleme der Persönlichkeitsanteile kennen und kann den Patienten dazu bringen, die Kommunikation der Persönlichkeitsanteile untereinander zu verbessern (Gast, 2004). In dieser Phase, in der noch nicht an traumatischen Erinnerungen gearbeitet wird, soll dem Patienten klar gemacht werden, dass die Dissoziation während der Zeit traumatischer Erfahrungen

hilfreich war, in der jetzigen Situation aber nicht mehr sinnvoll ist (Gast, 2004). Diese erste Phase kann mehrere Jahre dauern und ist erst dann abgeschlossen, wenn die DIS-Patientin eine „ausreichende Selbstkontrolle hinsichtlich ihrer Symptomatik und ihrer traumatischen Erinnerungen hat und zudem eine ausreichend gute Kommunikation zwischen den Persönlichkeitszuständen besteht“ (Gast, 2004, S.73). Das bedeutet auch, dass der DIS-Patient keine Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten aufweist, sowie Kontrolle über seine Affekte und Impulse besitzt, um die darauffolgende Traumabearbeitung beginnen zu können (Gast, 2004).

In der zweiten Therapiephase wird durch ein „kontrollierbares Wiedererinnern und subjektiv erneutes Durchleben des Traumas in kleinen, bewältigbaren Schritten“ (Gast, 2004, S.73) die Traumabearbeitung eingeleitet. Dabei sollen auch Stabilisierungsmaßnahmen aus der ersten Phase angewendet werden, kombiniert mit Techniken aus der Traumabearbeitung, wie die fraktionierte Abreaktion oder EMDR, wodurch eine Dekompensation verhindert wird (Gast, 2004). Dabei soll der Patient befähigt werden, die traumatischen Erinnerungen „einer symbolischen und sprachlichen Bearbeitung zugänglich zu machen und damit als Teil der persönlichen Lebensgeschichte anzuerkennen, es allmählich angemessen zu verarbeiten und in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren“ (Gast, 2004, S.74). Somit verlieren die verschiedenen Persönlichkeitsanteile ihre Bedeutung und können nach und nach integriert werden (Gast, 2004).

Die dritte Phase, die Reintegration und Rehabilitation (ISSD, 2011), wird von Gast (2004) als „postintegrative“ (S.74) Phase beschrieben und dient neben der „cooperation, coordinated functioning, and integration“ (ISSD, 2011, S.31) auch der „Trauerarbeit um die zerstörte Kindheit“ (Gast, 2004, S.74). Durch die bisherigen Therapiephasen ist der DIS-Patient nun in der Lage im Hier und Jetzt zu leben und sich nicht mehr so stark auf die Traumata zu fokussieren, wodurch momentane Probleme besser bewältigt werden können (ISSD, 2011). In dieser Phase können auch komorbide Störungen, wie Essstörungen, behandelt werden (Gast, 2004).

5.4 EMDR als psychotherapeutische Intervention der DIS

„Als EMDR wird eine spezielle [...] Methode im Rahmen psychologischer Interventionen bezeichnet, die eine beschleunigte Verarbeitung traumatischer, eingefrorener Erinnerungen und eine Auflösung starrer Verhaltensmuster möglich macht.“ (Schubbe, 2001, S.14). EMDR wird in der zweiten Therapiephase, der Traumabearbeitung, angewendet, wobei die Aufmerksamkeit des Patienten beim Bearbeiten des Traumas auf bestimmte Reize, durch „bilaterale Stimulation“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.141), gerichtet wird. Dadurch kann eine Dekompensation verhindert werden (Gast, 2004). Neben den „seitenalternierenden Augenbewegungen“ (Wöller & Hofmann, 2006, S.379), können auch die „seitenalternierenden akustischen oder Berührungsstimulationen“ (ebd.) als Reize zum

Einsatz kommen. EMDR gilt als „*dynamisch-behaviorales Verfahren*“ (Hofmann, 2004, S.16), weil Grundzüge beider Psychotherapieverfahren erkennbar sind. Außerdem wird EMDR nicht als alleinstehende Intervention angewendet, sondern ist in eine Psychotherapie eingebettet (Comer, 2001).

Wie auch andere Interventionen birgt EMDR einige Risiken. So kann es zur „*emotionale[n] Überflutung während der Begegnung mit der belastenden Erinnerung*“ (Hofmann, 2004, S.22) kommen, weshalb EMDR nur von speziell ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt werden darf (ebd.). Somit besteht bei der unsachgemäßen Anwendung von EMDR das Risiko einer „*therapeutisch induzierten Retraumatisierung*“ (Wöller & Hofmann, 2006, S.397). Außerdem können körperliche Symptome auftreten, wie zum Beispiel „Trancezustände, Herzrhythmusstörungen, passagerer Tinnitus“ (Hofmann, 2004, S.22). Des Weiteren kann es zu „*einem verfrühten Durchbruch dissoziativer Barrieren*“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.142) kommen, wenn der Therapeut zu früh in der Therapie mit den Augenbewegungen beginnt. Das kann eine „*Überflutung des gesamten Systems mit traumatischen Erinnerungen, unkontrollierte Destabilisierung und erhöhtes Risiko z.B. für Suizidabsichten*“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.142) zur Folge haben.

Aufgrund dieser Risiken gibt es gewisse Voraussetzungen, die der Therapeut erfüllen muss, damit eine EMDR-Behandlung sicher durchgeführt werden kann. So sollte der Therapeut ausreichende Kenntnisse über dissoziative Störungen, sowie dissoziative Zustände, den Umgang mit Persönlichkeitsanteilen und bereits Erfahrungen mit EMDR haben (Hofmann & Mattheß, 2011). Sollte dies nicht der Fall sein, ist von einer EMDR-Behandlung abzusehen, da die Risiken einer Dekompensation für den Patienten zu groß sind (ebd.).

Doch auch der DIS-Patient muss bestimmte Kriterien für EMDR erfüllen, wie z.B. „*die Fähigkeit, in der Therapiestunde und im Alltag selbstfürsorglich mit sich umzugehen*“, „*Bereitschaft sich auf kurzfristiges Unwohlsein einzulassen*“ oder eine „*gute Affekttoleranz, z.B. in der Lage sein, einen Teil des traumatischen Geschehens in angemessener Form berichten zu können*“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.138). Außerdem ist es wichtig, dass der Therapeut auf bestimmte Warnsignale beim Patienten achtet, z.B. bei „*fortwährenden schweren Selbstverletzungen*“, „*aktiven Suizidgedanken*“, „*unkontrollierten Flashbacks*“ oder bei „*Anteilen, die sich stark gegen die Behandlung wehren*“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.138). Wenn diese Warnsignale nicht beachtet werden, kann eine EMDR-Behandlung schwerwiegende Konsequenzen mit sich bringen (ebd.).

5.4.1 Die EMDR- Phasen

In diesem Abschnitt soll kurz auf die acht Phasen der EMDR-Behandlung eingegangen werden, um einen Einblick in dieses Verfahren und dessen Durchführung zu geben und die folgenden Besonderheiten bei DIS-Patienten besser nachvollziehen zu können.

Die erste Phase dient der Anamnese und Behandlungsplanung (Schubbe & Püschel, 2004). Hier wird geklärt, ob der Patient die Voraussetzungen für eine EMDR-Behandlung erfüllt und an welchen Themen gearbeitet werden soll (ebd.). Außerdem wird in dieser Phase der Patient über das Vorgehen in der EMDR-Behandlung aufgeklärt (Lipke, 2001).

Die zweite Phase, die Vorbereitung, wird genutzt, um die therapeutische Beziehung aufzubauen (Lipke, 2001) und bestimmte „Entspannungs- und Distanzierungstechniken“ (Schubbe & Püschel, 2004, S.122) einzuüben.

In Phase drei, die Bewertung, wählt der Patient eine bestimmte Erinnerung aus, an der gearbeitet werden soll (Hofmann, 2004). Dafür werden „eine negative Kognition, eine positive Kognition“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.145) und „Körperempfindungen“ (Schubbe & Püschel, 2004, S.133) vom Therapeuten erfragt, sowie ein „*repräsentatives Bild*“ (ebd.), das die traumatische Situation erfasst, vom Patienten fokussiert. Durch ein Stoppsignal kann der Patient diese Situation jederzeit beenden (Hofmann & Mattheß, 2011).

Phase vier ist die Desensibilisierung, in der das eben erstellte Bild der traumatischen Situation, sowie die „damit verbundenen Kognitionen, Emotionen und Empfindungen“ (Lipke, 2001, S.57) betrachtet werden. Hier findet die bilaterale Stimulation Anwendung in Form von Augenbewegungen, allerdings können auch andere Reize, wie „taktile oder akustische“ (Hofmann, 2004, S.53) genutzt werden, um das traumatische Bild zu bearbeiten. Dieser Vorgang beinhaltet „Sets von 20 bis 30 seitenalternierenden Augenbewegungen“ (Wöller & Hofmann, 2006, S.397) und wird auch als „*Prozessieren*“ (ebd.) bezeichnet. Wenn das Prozessieren erfolgreich verläuft, kommt es zum „*Rückgang der subjektiven Belastung und zur Zunahme des subjektiven Wahrheitsgehaltes der positiven Kognition*“ (Wöller & Hofmann, 2006, S.397).

In der fünften Phase, der Verankerung, kommt es zur Verfestigung der positiven Kognition mittels bilateraler Stimulation (Lipke, 2001). In Phase sechs wird der Körpertest durchgeführt, bei dem der Patient aufgefordert wird, nach verbliebenen „negativen Empfindungen“ (Lipke, 2001, S.57) im Körper zu suchen, an denen dann weitergearbeitet wird.

Die siebte Phase ist der Abschluss, für den „ein Drittel der Therapiezeit“ (Schubbe & Püschel, 2004, S.142) eingeplant werden sollte. Hier wird der Patient darauf vorbereitet, dass bis zur nächsten Behandlungssitzung traumatische Erinnerungen auftreten können (Lipke, 2001). Dementsprechend werden in dieser Phase bestimmte Ängste und Sorgen mit dem Patienten besprochen (ebd.).

Die letzte und achte Phase ist die Überprüfung, wobei diese Phase am Beginn der nächsten Sitzung stattfindet und in der das „Zielmaterial der vorherigen Sitzung“ (Lipke, 2001, S.57) überprüft wird. Hier wird das „*Nachprozessieren* (z.B. mit in intensiven Träumen auftauchenden neuem intrusivem Material)“ (Hofmann, 2004, S.59) besprochen und in die Behandlung mit eingebunden.

5.4.2 Besonderheiten bei EMDR mit DIS-Patienten

Wie bereits im Kapitel 5.1 aufgezeigt wurde, birgt die Therapie mit DIS-Patienten einige Herausforderungen für den Therapeuten. Auch bei einer EMDR-Behandlung mit DIS-Patienten gibt es gewisse Besonderheiten, auf die ein Therapeut achten muss.

So ist es für die EMDR-Behandlung wichtig, dass die Persönlichkeitsanteile dieser einwilligen, zusammenarbeiten und sich nicht dagegen wehren, da dadurch die Traumabearbeitung erst möglich und sicherer wird (Hofmann, 2004). Darum sollte der Patient genau über EMDR aufgeklärt und die Zusammenarbeit mit den Persönlichkeitsanteilen fokussiert werden, denn „[j]e klarer die Anteile, mit deren Material gearbeitet wird und die Anteile, die sie dabei unterstützen, festgelegt sind, desto sicherer und besser verläuft [...] der Bearbeitungsprozess“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.144).

Bei der Arbeit mit den Persönlichkeitsanteilen wird immer nur eine traumatische Erinnerung eines Anteils bearbeitet und bestimmte andere Persönlichkeitsanteile unterstützen diesen Anteil dabei, z.B. jene Anteile, „die Sicherheitsaufgaben übernommen haben“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.145). Diese wachen über die Behandlungssituation und „ermöglichen z.B. zunehmend das frühe Erkennen und Unterbrechen von Affektbrücken, so dass möglichst fokussiert an definiertem Material gearbeitet werden kann“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.145). Andere Persönlichkeitsanteile, die nicht am Bearbeitungsprozess teilnehmen, können „nach hinten dissoziieren, z.B. an ihre sicheren Orte gehen“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.145). Beim Prozessieren „schauen alle, die mitprozessieren, *durch die Augen* des prozessierenden Anteils, [...] dessen Stärke eine gute kognitive Struktur ist“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.145). Bei DIS-Patienten, deren Anteile noch keine solche Stärke entwickelt haben, ist es wichtig, dass der Therapeut nur kurz auf die traumatische Erinnerung eingeht, um gleich wieder den DIS-Patienten ins Hier und Jetzt zurückzuholen (Hofmann & Mattheß, 2011).

Dies verdeutlicht, wie wichtig die Arbeit und die Kooperation mit den Persönlichkeitsanteilen bei einer EMDR-Behandlung ist, da dadurch die Traumabearbeitung möglich und vor allem sicherer wird, weil bestimmte Anteile das Trauma bearbeiten, während sich andere Anteile zurückziehen können, für die die Arbeit am Trauma zu belastend ist.

Der Körpertest, der in der sechsten EMDR-Phase durchgeführt wird, sollte zu Beginn der Behandlung bei DIS-Patienten nicht angewendet werden, weil dieser nur in die „nächste

traumatische Erinnerung“ (Hofmann, 2004, S.105) führen kann. In der vorangeschrittenen Behandlung kann der Körpertest jedoch auch bei DIS-Patienten durchgeführt werden. Dabei ist das besondere, dass bei DIS-Patienten alle Persönlichkeitsanteile einzeln untersucht werden sollten, um zu überprüfen, ob das „dysfunktionale Material assimiliert“ (Shapiro, 1998, S.379) wurde oder nicht.

Shapiro (1998), die Begründerin der EMDR-Methode (Hofmann, 2004), auf die in der Literatur immer wieder verwiesen wird (z.B. Wöller & Hofmann, 2006), betont, dass eine unsachgemäße Anwendung von EMDR bei DIS-Patienten, mehr als bei anderen psychischen Störungen, zu schwerwiegenden Problemen führen kann. So kann eine anscheinend wirksame EMDR-Behandlung die „Dysfunktionen einzelner DIS-Teilpersönlichkeiten (*alters*) verschlimmern und Suizid-Versuche oder Selbstverstümmelung zur Folge haben“ (Shapiro, 1998, S.377). Umso wichtiger ist, wie schon erwähnt, dass sich der Therapeut mit dem Störungsbild der DIS auskennt, Erfahrungen mit dissoziativen Patienten hat, sowie auf die beschriebenen Warnzeichen achtet (Hofmann & Mattheß, 2011). Bei einigen DIS-Patienten bestehen gewisse „Ängste vor der Integration oder Fusion [...] und vor dem Verlust der Identität“ (Shapiro, 1998, S.378), die in der EMDR-Behandlung thematisiert und „reprozessiert“ (ebd.) werden sollten. Manchmal kommt es jedoch bei DIS-Patienten auch zur „spontanen Integration“ (ebd.) während der Therapie.

Die Zustimmung zur EMDR-Behandlung durch die verschiedenen Persönlichkeitsanteile ist bei DIS-Patienten unabdingbar, weil es sonst „zwischen den Behandlungssitzungen zu unkontrollierten Wechseln zwischen verschiedenen Teilen und zum Auftauchen von verwirrten und schädlichen Teilen“ (Shapiro, 1998, S.378) kommen kann.

Weiterhin sollte bei DIS-Patienten regelmäßig überprüft werden, ob „das Material tatsächlich integriert oder noch stärker dissoziiert worden ist“ (Shapiro, 1998, S.379). Auch ist zu beachten, dass die verschiedenen Persönlichkeitsanteile unterschiedliche Meinungen und Moralvorstellungen haben, weshalb es beim Formulieren positiver Kognitionen in der dritten EMDR-Phase, wie „„Ich habe Macht““ (Shapiro, 1998, S.379), bei „suizidalen oder homizidalen Teilen“ (ebd.) zu Problemen kommen kann.

5.4.3 Metaanalyse zur Wirksamkeit von EMDR

Nachdem aufgezeigt wurde, wie EMDR durchgeführt wird und was bei DIS-Patienten zu beachten ist, soll nun geklärt werden, inwiefern EMDR eine hilfreiche und wirksame Behandlungsmethode darstellt. Dafür soll eine Metanalyse genutzt werden, die die Wirksamkeit von EMDR im Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) untersuchte. Auch hier sei wieder darauf hingewiesen, dass die DIS, genau wie die PTBS, eine „Psychotraumastörung“ (Gast, 2004, S.195) ist und auch DIS-Patienten das „Vollbild einer PTBS haben“ (Hofmann, 2004, S.25) können, weshalb Interventionen,

wie EMDR, bei beiden Störungen angewendet werden und auch die drei Phasen der Psychotherapie dieselben sind (Sack, 2004). Somit sollten auch die „gültigen Standards zur Behandlung von komplexen posttraumatischen Störungen“ (Gast, 2013, S.93) bei der Therapie der DIS angewendet werden.

Für den Nachweis der Wirksamkeit von EMDR bei PTBS wird die Metaanalyse von Sack, Lempa und Lamprecht (2001) genutzt, auf die sich der folgende Abschnitt bezieht. Für diese Metaanalyse wurden „alle Studien mit einer Stichprobengröße von mindestens fünf Patienten und entweder kontrolliertem Design oder Follow-up-Untersuchung oder beiden Bedingungen aufgenommen“ (Sack et al., 2001, S.352), die zwischen 1993 und 2000 publiziert wurden. Außerdem mussten in den Studien die „Behandlungsergebnisse durch standardisierte Fragebogenerhebung“ (ebd.) überprüft worden sein. Somit konnten insgesamt 17 Studien für diese Metaanalyse betrachtet werden, wobei fünf Studien als „Arbeiten mit niedriger methodischer Qualität“ (Sack et al., 2001, S.353) bezeichnet wurden, die zu den älteren Studien von 1994 bis 1995 gehörten (ebd.). Acht Studien wurden ermittelt, die eine „mittlere methodische Qualität aufweisen“ (Sack et al., 2001, S.352), wobei diese nur eine kleine Stichprobengröße von 6 bis 13 aufwiesen (ebd.). Die restlichen vier Studien galten als methodisch hochwertig, da hier „die Einhaltung des Therapiemanuals durch externe Rater überprüft wurde“ (Sack et al., 2001, S.353).

Letztendlich betrug die „mittlere Effektstärke für den Prä-/ Post-Vergleich über alle Studien, bei denen eine Berechnung möglich war ($n = 13$) [...] $1,25 \pm 0,75$ “ (Sack et al., 2001, S.353), wodurch „sehr gute Effektstärken“ (ebd.) nachgewiesen wurden und somit „die EMDR-Behandlung als eine effektive Behandlung“ (ebd.) angesehen werden kann. Weiterhin ist durch diese Effektstärke nachgewiesen, dass EMDR „von keiner anderen psychotherapeutischen oder pharmakologischen Behandlungsmaßnahme übertroffen“ (Sack et al., 2001, S.354) wurde und weniger Sitzungen in Anspruch genommen werden mussten, im Vergleich zur Verhaltenstherapie (ebd.).

Dadurch wurde nachgewiesen, dass EMDR nicht nur eine wirksame Behandlungsmethode ist, sondern auch, im Vergleich zur Verhaltenstherapie, einen schnelleren Effekt erzielt, sowie in der Effektivität von keiner anderen Intervention übertroffen wird.

Die Effektivität von EMDR wurde in der ersten Metaanalyse zur Wirksamkeit von EMDR bei PTBS durch van Etten und Taylor (1998) ebenfalls bestätigt. Diese haben insgesamt 61 Studien untersucht und stellten fest, dass EMDR und Verhaltenstherapie die effektivsten Behandlungsmethoden bei PTBS darstellten (van Etten & Taylor, 1998). Allerdings konnte durch die Metanalyse von van Etten und Taylor nicht nachgewiesen werden, dass EMDR einen schnelleren Effekt erzielte als Verhaltenstherapie sondern, dass beide Verfahren gleichermaßen wirksam bei PTBS sind (ebd.).

5.5 Fazit

Zusammengefasst birgt die Psychotherapie mit DIS-Patienten einige Herausforderungen für den Therapeuten, etwa durch die schwer aufzubauende therapeutische Beziehung oder durch das Auftreten dissoziativer Zustände während der Therapie. Darum sollte der Therapeut ein fundiertes Wissen und Erfahrungen mit DIS-Patienten haben, um solche dissoziativen Zustände durchbrechen zu können (Gast, 2013). Für DIS-Patienten bietet sich eine phasenorientierte Psychotherapie an, wie sie auch bei der Therapie der PTBS angewendet wird (Sack, 2004). Dabei spielen weitere Aspekte, wie die Kooperation und Einwilligung der Persönlichkeitsanteile, bei der Traumabearbeitung in der zweiten Phase, eine große Rolle. Weiterhin gilt bei der DIS als Mittel erster Wahl die individuelle Psychotherapie, in der Verfahren und Methoden der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren, sowie Hypnose, EMDR, systemische Ansätze und spezifische Interventionen, um z.B. eine komorbide Störung zu behandeln, mit einfließen (ISSD, 2011).

Es gibt demnach viele unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen und Methoden, die aus den verschiedenen Psychotherapieverfahren stammen und individuell auf den DIS-Patienten zugeschnitten werden. Allerdings gibt es bislang keine aussagekräftigen Nachweise der Effektivität bestimmter psychotherapeutischer Verfahren bei der DIS. Dennoch konnte nachgewiesen werden, dass die EMDR-Behandlung eine wirksame psychotherapeutische Intervention bei PTBS darstellt (Sack et al., 2001), was insofern von Belang ist, da viele DIS-Patienten das „Vollbild einer PTBS haben“ (Hofmann, 2004, S.25). Zur Wirksamkeit von EMDR lässt sich festhalten, dass diese „als empirisch gut belegt“ (Sack et al. 2001, S.350) gilt.

Es konnte ebenfalls aufgezeigt werden, dass es auch bei EMDR mit DIS-Patienten einige Besonderheiten gibt, die vor allem durch die Zusammenarbeit mit den Persönlichkeitsanteilen bedingt sind. Weil es bei DIS-Patienten durch unsachgemäße Durchführung von EMDR zu schwerwiegenden Problemen kommen kann (Shapiro, 1998), ist es umso wichtiger, dass EMDR nur von ausgebildeten Therapeuten durchgeführt wird, die bereits Erfahrungen mit dieser Methode und mit DIS-Patienten haben, um eine sichere und effektive Behandlung zu gewährleisten. Außerdem müssen der Therapeut und der DIS-Patient bestimmte Voraussetzungen für eine EMDR-Behandlung erfüllen, da sonst das Risiko einer Dekompensation für den Patienten besteht (Hofmann & Mattheß, 2011).

6 Diskussion

Es konnte verdeutlicht werden, dass die Diagnose der DIS umstritten ist und das Störungsbild in Frage gestellt wird, weil Kritiker die DIS für rein iatrogen erzeugt oder simuliert halten. Dass diese Kritik nicht ohne Weiteres hinzunehmen ist, wurde bereits in der Einleitung erörtert und somit aufgezeigt, dass die DIS nicht einfacher oder häufiger als andere Störungen simuliert wird (Steinberg et al., 2011). Weiterhin soll das Beispiel des „Hillside-Stranglers“ verdeutlichen, wie eine DIS simuliert werden kann. Doch dieses Beispiel ist diskussionswürdig. Es mag sein, dass der Täter verschiedene Persönlichkeitsanteile simuliert haben könnte, um sein Strafmaß zu beeinflussen. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass die anscheinende Simulation nach oder während der Hypnose passierte. Wie bereits erwähnt, können bestimmte therapeutische Techniken, wie die Hypnose, eine DIS iatrogen erzeugen. Vielleicht hatte der Täter während seiner Tat keine DIS, aber möglicherweise hat er durch die Hypnose in der forensischen Untersuchung eine DIS erst entwickelt. Allgemein wird dieser Fall in der Literatur als Beispiel für eine simulierte DIS aufgeführt (Fiedler, 2001), obwohl dies wohl eher ein Beispiel dafür ist, dass Hypnose eine DIS erzeugen kann.

Außerdem konnte aufgezeigt werden, welche Zusammenhänge und Überschneidungen es zwischen der DIS und der BPS gibt und welche verschiedenen Positionen, mit den entsprechenden Konsequenzen für die Praxis, daraus hervorgehen. Diese wurden in den entsprechenden Kapiteln bereits erörtert. Die unterschiedlichen Positionen sind insofern von Belang, dass, wenn ein Diagnostiker das Störungsbild der DIS komplett ablehnt und ignoriert, er auch nicht die Diagnose der DIS vergeben würde. Hingegen würde ein Diagnostiker, der die Position der distinkten Störungen vertritt, beim selben Patienten, die Diagnose der DIS in Betracht ziehen. Das heißt, dass die Diagnosestellung unter anderem davon abhängig ist, welche Meinung der Diagnostiker zur Diagnose der DIS vertritt. So gibt Wilhelm-Gößling (2011) an, dass sogar viele Traumatherapeuten die DIS als Diagnose ablehnen oder diese nur widerwillig vergeben. Dies scheint, in Hinblick auf spezifische Interventionen bei der DIS, ein erhebliches Problem zu sein.

Weiterhin konnte festgehalten werden, dass, obwohl einige Gemeinsamkeiten zwischen der BPS und der DIS bestehen, die unter anderem in der Ätiologie zu finden sind, gewisse Unterschiede zwischen beiden Störungen existieren, die eine differentialdiagnostische Abgrenzung ermöglichen. Die Symptomüberlappungen beider Störungen, wie die Identitätsproblematik, scheinen dabei nur oberflächlich gleich zu sein. Beim genaueren Betrachten der Symptome können Unterschiede ausgemacht werden, z.B. dass es sich bei der BPS nicht um „Innen-Personen“ (Dammann & Overkamp, 2011, S.15), wie bei der DIS, handelt. So scheinen sich auf den ersten Blick einige Symptome zu gleichen, die der genaueren Betrachtung nicht mehr Stand halten. Deshalb ist der Begriff der Symptomüberlappungen geeignet, da dieser verdeutlicht, dass bestimmte Symptome ähnlich anmuten, sie aber einander nur überlappen und nicht identisch oder gleich sind.

Es ist erstaunlich, dass es im Bezug zur differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen der Schizophrenie und der DIS anscheinend weniger Kontroversen zu geben scheint. In der Literatur scheint dieses Thema weniger heftig diskutiert zu werden, als der Zusammenhang zwischen der BPS und der DIS. Woran dies genau liegt ist allerdings unklar, weil, wie bereits gezeigt, auch zwischen der Schizophrenie und der DIS einige Symptomüberlappungen bestehen und auch hier diskutiert werden könnte, inwiefern die beiden Störungen zusammenhängen. Es könnte sein, dass es durch die ätiologischen Gemeinsamkeiten zwischen der BPS und der DIS, die es bei der Schizophrenie nicht gibt, zu mehr Kontroversen kommt oder dadurch, weil die BPS vielleicht mehr im Fokus der Aufmerksamkeit steht.

Im Bereich der Psychotherapie der DIS, muten manche psychotherapeutischen Interventionen, vor allem die Imaginativen, oft esoterisch an. So haben imaginative Interventionen in der Therapie, wie „Runder Tisch“ (Reddemann, 2011, S.129), an dem sich die verschiedenen Persönlichkeitsanteile treffen (ebd.) oder „Hilfreiche Wesen“ (Reddemann, 2011, S.130), eher einen esoterischen Klang. Weiterhin wirken bestimmte Methoden bei der DIS, wie die Traumabearbeitung durch die Zusammenarbeit mit den Persönlichkeitsanteilen, sehr abstrakt. Zwar wird deutlich, weshalb die Kooperation mit den Anteilen so wichtig ist, allerdings ist das genaue Vorgehen, inwiefern die Anteile vom Therapeuten angewiesen oder angesprochen werden, welche Rolle sie übernehmen etc. schwer vorstellbar. Die genaue Umsetzung dieser Kooperation scheint schwer greifbar zu sein.

Ein weiterer Aspekt ist, dass Metaanalysen für die Wirksamkeit von EMDR oft nur den Bereich der PTBS abdecken und Studien bzw. Metaanalysen zur Wirksamkeit von EMDR für die DIS nicht zu finden sind. Zwar wurde häufig betont, dass sowohl die DIS als auch die PTBS „Psychotraumastörungen“ (Gast, 2001, S.195) sind und viele DIS-Patienten „zahlreiche posttraumatische Symptome“ (Fiedler, 2001, S.203) aufweisen. Aber es ist fraglich, ob EMDR bei der DIS oder bei dissoziativen Störungen andere Effektmaße hervorbringen würde. Zumal auch hier die Frage aufkeimt, ob bei der DIS auch die EMDR-Behandlung einen schnelleren Effekt erzielen würde als Verhaltenstherapie. EMDR scheint hilfreich bei posttraumatischen Symptomen zu sein, die auch DIS-Patienten aufzeigen, aber, ob EMDR auch bei anderen Symptomen der DIS wirksam ist, ist unklar. Hier fehlen demnach aussagekräftige Studien und Metaanalysen für die DIS. Allgemein scheint es in diesem Gebiet noch Forschungsbedarf zu geben, da die Sicherheit des Patienten, vor allem bei der Traumabearbeitung, im Vordergrund stehen sollte und deswegen Behandlungsmethoden wie EMDR auch für andere Störungen, wie die DIS, genauer auf deren Wirksamkeit hin erforscht werden sollten.

Ein weiterer Forschungsbedarf ist bei den anderen psychotherapeutischen Interventionen zu vermerken, da es auch hier noch keine „aussagekräftige[n] Forschungsergebnisse über die Effizienz und Sinnhaftigkeit unterschiedlicher Therapieansätze bei schwer dissoziativen Patienten“ (Hofmann & Mattheß, 2011, S.136) gibt. Zwar werden, wie aufgezeigt, verschiedene Interventionen

weitgefächert bei der DIS eingesetzt und miteinander kombiniert, jedoch ohne die Wirksamkeit nachgewiesen zu haben. So scheint die DIS-Therapie eine Mischung aus allen möglichen Interventionen zu sein, wobei nur die drei Phasen der Psychotherapie einen gewissen Rahmen bilden. Auch hier sollte, im Sinne der Sicherheit und Wirksamkeit der Therapie, weiter geforscht werden, welche Interventionen wirklich hilfreich und effektiv sind und, ob die vielen kombinierten Methoden aus den verschiedenen Verfahren wirklich sinnvoll sind.

Kritiker schreiben der EMDR-Behandlung oft eine „Pseudowissenschaftlichkeit“ (Sack et al., 2001, S.352) zu, die daraus resultiert, dass der genaue Wirkmechanismus der bilateralen Stimulation bei der Traumabearbeitung noch ungeklärt ist (ebd.). Dennoch konnte durch Metaanalysen nachgewiesen werden, dass EMDR eine wirksame Intervention bei PTBS darstellt (Sack et al., 2001) und damit den Ruf der Pseudowissenschaft von sich weisen kann. Aber es ist nachvollziehbar, dass ein Verfahren, dessen genaue Wirkweise noch unklar ist, sich angreifbar für Kritik macht. Zwar gibt es einige Hypothesen und Modelle zur Erklärung der Wirkweise, wie das „AIP-Modell“ (Hofmann & Galley, 2004, S.75) oder die „Expositionshypothese“ (ebd.), aber der „noch nicht geklärte Wirkmechanismus“ (Hofmann & Galley, 2004, S.72) macht EMDR kritisierbar. Letztendlich sollte auch hier nach den genauen Mechanismen geforscht werden, um die Sicherheit dieser Behandlungsmethode zu gewährleisten und sie weniger angreifbar zu machen.

Zukünftig wäre eine genau Abklärung der Diagnose der DIS ratsam, da „mittels verschiedener Messinstrumente zwischen den verschiedenen Störungen unterschieden werden kann“ (Gast, 2011, S.28) und somit die DIS abgrenzbar von anderen psychischen Störungen ist. Trotz der damit bewiesenen „guten Validität“ (Gast, 2011, S.32), bleibt die Diagnose der DIS umstritten und oft ignoriert. Eine „neue Konzeptualisierung der dissoziativen Störungen einschließlich der DIS“ (Gast, 2011, S.32) würde die Akzeptanz unter den Klinikern eventuell verbessern und das Störungsbild der DIS entmystifizieren (ebd.). Letztendlich ist die Debatte um die DIS noch lange nicht beigelegt, auch, weil in bestimmten Bereichen weiterhin Forschungsbedarf besteht.

7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Comer, R. J. (2001). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Cronin, E., Brand, B. & Mattanah, J. (2014). *The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders*. European Journal of Psychotraumatology. Zugriff am 19.06.14, Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946510/>
- Dammann, G. & Overkamp, B. (2011). Diagnose, Differenzialdiagnose und Komorbidität dissoziativer Störungen des Bewusstseins. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 2-23). Stuttgart: Thieme Verlag.
- van Etten, M. & Taylor, S. (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion- Trauma und Traumabehandlung* (2. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz PVU.
- Fiedler, P. (2002). *Dissoziative Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion- Trauma und Traumabehandlung* (3. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz PVU.
- Fine, C.G. (2011). Zielorientiertes Integrationsmodell- ein kognitives Therapiemodell für die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung und ihr verwandter Störungen. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 103-127). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Freyberger, H. & Stieglitz, R. (2004). Dissoziative Störungen. In Berger, M. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen- Klinik und Therapie* (S. 757-767). München, Jena: Urban & Fischer.
- Gast, U. (2001). Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. In Lamprecht, F. (Hrsg.), *Praxis der Traumatherapie- Was kann EMDR leisten?* (S. 164-211). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Gast, U. (2004). Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS). In Sachse, U. (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie- Theorie, Klinik und Praxis* (S. 59-79). Stuttgart: Schattauer.
- Gast, U. (2011). Dissoziative Identitätsstörung- valides und dennoch reformbedürftiges Konzept. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S.24-35). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Gast, U. (2013). Diagnostische und therapeutische Herausforderungen bei Patienten mit Dissoziativer

- Identitätsstörung. *Persönlichkeitsstörungen- Theorie und Therapie*, 2, 88-98.
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L. & Emrich, H. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung- häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 47, 3193-3201.
- Gast, U. & Rodewald, F. (2011). Prävalenz dissoziativer Störungen. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 36-46). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Herzog, G., Engelman, S. & Zapotoczky, H.G. (1998). Hysterische Störungen. *Lehrbuch der Klinischen Psychologie 3*. [zitiert nach Wilson, S. (1993). Multiple Personality. In Tyrer, G. & Stein, G. (Hrsg.), *Personality disorder reviewed* (181–190). London: The Royal College of Psychiatry.] [pdf-Datei]. Zugriff am 12.06.14, Zugriff unter http://www.boehme.co/Psychologie_Manipulations/23.%20Lehrbuch%20der%20klinischen%20Psychologie/23-16.PDF
- Hofmann, A. (2004). *EMDR- Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hofmann, A. & Galley, N. (2004). Theorien zur Wirksamkeit von EMDR. In Hofmann, A. (Hrsg.), *EMDR- Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome* (S.72-76). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hofmann, A. & Mattheß, H. (2011). EMDR bei schweren dissoziativen Störungen. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 135-146). Stuttgart: Thieme Verlag.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12:2, 115-187.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2000). *Klinische Psychiatrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lipke, H. (2001). *EMDR und andere Ansätze der Psychotherapie- Ein integratives Modell*. Paderborn: Junfermann.
- Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.P. (2006). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Müssigbrodt, H., Kleinschmidt, S., Schürmann, A., Freyberger, H. & Dilling, H. (2000). *Psychische Störungen in der Praxis- Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der primären psychiatrisch psychotherapeutischen Versorgung nach Kapitel V (F) der ICD-10 (PHC)*. Bern: Hans Huber.
- Olbrich, H., Leucht, S., Fritze, J., Lanczik, M. & Vauth, R. (2004). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In Berger, M. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen- Klinik und Therapie* (S. 453-540). München, Jena: Urban & Fischer.

- Pec, O., Bob, P. & Raboch, J. (2014). *Dissociation in schizophrenia and borderline personality disorder*. Dovepress- Neuropsychiatric Disease and Treatment. Zugriff am 01.05.14, Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964156/>
- Putnam, F.W. (2003). *Diagnose und Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung*. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhaltung.
- Reddemann, L. (2011). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie bei dissoziativer Identitätsstörung und DDNOS. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 128-134). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.). (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Hans Huber.
- Sack, M. (2004). Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. In Lamprecht, F. (Hrsg.), *Praxis der Traumatherapie- Was kann EMDR leisten?* (S. 63-113). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51, 350-355.
- Schubbe, O. (2004). *Traumatherapie mit EMDR- Ein Handbuch für die Ausbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schubbe, O. & Püschel, I. (2004). Phasen der EMDR-Behandlung. In Schubbe, O. (Hrsg.), *Traumatherapie mit EMDR-Ein Handbuch für die Ausbildung* (S.116-151). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR- Grundlagen und Praxis- Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Steinberg, M., Hall, P., Lareau, C. & Cicchetti, D. (2011). Diagnostik valider und vorgetäuschter Dissoziation mit dem strukturierten klinischen Interview für dissoziative Störungen. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen - Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 176-191). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Wilhelm-Gößling, C. (2011). Stationäre und ambulante Behandlung komplexer dissoziativer Störungen (DIS, DDNOS)- am Beispiel Deutschlands. In Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 157- 163). Stuttgart: Thieme Verlag.

Wöller, W. & Hofmann, A. (2006). EMDR und andere traumakonfrontative Techniken- Schonende Formen der Traumabearbeitung. In Wöller, W. (Hrsg.), *Trauma und Persönlichkeitsstörungen- Psychodynamisch-integrative Therapie* (S. 395-402). Stuttgart: Schattauer.

8 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Anna Voß, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

Burgstall, 04.09.2014

A handwritten signature in blue ink on a light green background. The signature reads "Anna Voß" in a cursive script.