

Richtlinien zur Behandlung der
Dissoziativen Identitätsstörung
bei Erwachsenen

International Society for the Study of Dissociation (2005)

Deutsche Bearbeitung (2006)

A. HINTERGRUND	4
B. EINLEITUNG	6
1 EPIDEMIOLOGIE, KLINISCHE DIAGNOSTIK, DIAGNOSTISCHE TECHNIKEN	7
1.1 DIAGNOSE-KRITERIEN FÜR DIE DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG (DIS).....	8
1.2 TERMINOLOGIE UND DEFINITIONEN	9
1.3 DISSOZIIERTE PERSÖNLICHKEITSANTEILE: DEFINITIONEN UND KONZEPTUELLE FRAGEN	10
1.4 DAS DIAGNOSTISCHE GESPRÄCH.....	13
1.5 MESSINSTRUMENTE FÜR DISSOZIATIVE SYMPTOME UND STÖRUNGEN.....	14
1.5.1 STRUKTURIERTE INTERVIEWS.....	14
1.5.2 FREMDBEURTEILUNGS-SKALEN.....	15
1.5.3 SELBSTBEURTEILUNGS-FRAGEBÖGEN	16
1.6 ANDERE PSYCHOLOGISCHE TESTVERFAHREN	19
1.7 DIE FALSCH-POSITIVE DIS-DIAGNOSE.....	19
2 BEHANDLUNGSZIELE.....	21
2.1 INTEGRIERTES FUNKTIONIEREN ALS BEHANDLUNGSZIEL	21
2.2 BEHANDLUNGSERFOLG, BEHANDLUNGSBOGEN UND KOSTEN-EFFIZIENZ FÜR DIS.....	23

3	DER PHASEN-ORIENTIERTE BEHANDLUNGSANSATZ.....	25
3.1	PHASE I: HERSTELLEN VON SICHERHEIT, STABILISIERUNG UND SYMPTOMREDUKTION ...	27
3.1.1	SUIZIDALITÄTS-RISIKO	27
3.1.2	KLINISCHER UMGANG MIT FRAGEN DER SICHERHEIT	28
3.1.3	STABILISIERUNG UND SYMPTOM-REDUKTION	32
3.1.4	ARBEIT MIT DISSOZIIERTEN PERSÖNLICHKEITSANTEILEN.....	34
3.1.5	VERTRAUEN UND THERAPEUTISCHES BÜNDNIS	36
3.2	PHASE II: FOKUSSIERTE ARBEIT AN TRAUMATISCHEN ERINNERUNGEN.....	37
3.3	PHASE III: INTEGRATION UND REHABILITATION	40
4	BEHANDLUNGS-MODALITÄTEN.....	40
4.1	RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE AMBULANTE BEHANDLUNG.....	40
4.1.1	BEHANDLUNGSDAUER	43
4.1.2	BEHANDLUNGSTECHNIKEN BEI DIS.....	44
4.2	STATIONÄRE BEHANDLUNG	45
4.3	TAGES-KLINIKEN UND TEIL-STATIONÄRE BEHANDLUNG	47
4.4	GRUPPENTHERAPIE	48
4.5	PHARMAKOTHERAPIE	49
4.5.1	ANTIDEPRESSIVA	52
4.5.2	SCHLAFANSTOßENDE, SEDIERENDE UND ANGSTLÖSENDE PSYCHOPHARMAKA	53
4.5.3	ANTIPSYCHOTICA.....	54
4.5.4	STIMMUNGSSTABILISIERER.....	56
4.5.5	DISSOZIATIONSBEEINFLUSSENDE MEDIKAMENTE.....	56
4.5.6	MEDIKAMENTE BEI SPEZIELLEN PSYCHIATRISCHEN INDIAKTIONEN (UNRUHE, PANIK, ZUSAMMENBRUCH, PSYCHOTISCHER ANGST USW...)	57
4.5.7	SOGEN. „NARKOSEZWISCHENFÄLLE“- AWARENESS-SITUATIONEN.....	58
4.6	KÖRPERLICHE UND SOMATOFORME KOMORBIDITÄT BEI DIS	58
4.6.1	SOMATISIERUNG UND SOMATOFORME STÖRUNGEN.....	59
4.6.2	PSYCHOPHYSIOLOGISCHE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DISSOZIIERTEN PERSÖNLICHKEITSANTEILEN.....	60
4.6.3	AUSWIRKUNGEN AUF DIE BEHANDLUNG.....	61
4.7	HYPNOSE ALS THERAPEUTISCHES HILFSMITTEL.....	62
4.8	EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR).....	65
4.9	GESTALTUNGSTHERAPIE UND REHABILITATIVE BEHANDLUNGSMETHODEN	67
4.10	ELEKTROKRAMPF-THERAPIE (EKT).....	68
4.11	MEDIKAMENTÖS UNTERSTÜTZTE INTERVIEWS	68
4.12	PSYCHO-CHIRURGIE.....	68
5	SPEZIELLE ASPEKTE DER BEHANDLUNG DER DIS.....	69
5.1	AUFKLÄRUNGSPFLICHT UND EINWILLIGUNG IN DIE BEHANDLUNG.....	69
5.2	THERAPEUTISCHE GRENZEN IN DER DIS-BEHANDLUNG	70
5.2.1	KRISEN-MANAGEMENT.....	72
5.2.2	KÖRPERKONTAKT ZU KLIENTINNEN.....	73

5.3	WAHRHEITSGEHALT VON ERINNERUNGEN AN TRAUMATISCHE KINDHEITSERLEBNISSE....	74
5.4	"RITUELLER MISSBRAUCH"	76
6	WEITERE ASPEKTE	77
6.1	VERÖFFENTLICHUNGEN UND ZUSAMMENARBEIT MIT DEN MEDIEN.....	77
6.2	SPIRITUELLER UND PHILOSOPHISCHER BEZUGSRAHMEN VON KLIENTINNEN	78
6.3	DIS-KLIENTINNEN ALS ELTERN.....	79
7	SCHLUSSBEMERKUNGEN	80
8	LITERATURVERZEICHNIS	82

A. Hintergrund

Im Mai 1994 verabschiedete der Executive Council der ISSD auf seiner Tagung in Vancouver, BC, Canada Richtlinien zur Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (Multiplen Persönlichkeitsstörung) bei Erwachsenen. Die Richtlinien gaben eine Übersicht darüber, was zu dem Zeitpunkt als effektive Behandlung für die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) angesehen wurde.

Richtlinien wie diese sind jedoch niemals endgültig, sondern erfordern fortlaufende Überarbeitungen. Eine erste Neubearbeitung der Richtlinien wurde vom Standards of Practice Committee der ISSD erarbeitet und 1997 nach vielen Kommentaren von ISSD-Mitgliedern und nach mehrfacher Überarbeitung vom Executive Council verabschiedet.

Die jetzt vorliegende Neubearbeitung wurde vom ISSD Executive Council in Auftrag gegeben und genehmigt. Sie basiert auf den Erfahrungen und dem Fachwissen einer Task Force aus zahlreichen international anerkannten TherapeutInnen und ForscherInnen mit dem Arbeitsschwerpunkt DIS.

Mitglieder des 1997 Standards of Practice Committee:

Peter M. Barach, PhD (chair), Elizabeth S. Bowman, MD, Catherine G. Fine, PhD, George Ganaway, MD, Jean Goodwin, MD, Sally Hill, PhD, Richard P. Kluft, MD, Richard J. Loewenstein, MD, Rosalinda O'Neill, MA, Jean Olson, MSN, Joanne Parks, MD, Gary Peterson, MD, and Moshe Torem, MD.

Mitglieder der 2005 Guidelines Revision Task Force

James A. Chu, MD (Chair), Richard Loewenstein, MD, Paul F. Dell, PhD, Peter M. Barach, PhD, Eli Somer, PhD, Richard P. Kluft, MD, Denise J. Gelinas, PhD, Onno van der Hart, PhD, Constance J. Dalenberg, PhD, Ellert R.S. Nijenhuis, PhD, Elizabeth S. Bowman, MD, Suzette Boon, PhD, Jean Goodwin, MD, Mindy Jacobson, ATR, Colin A. Ross, MD, Vedat Sar, MD, Catherine G. Fine, PhD, A. Steven Frankel, PhD, Philip M. Coons, MD, Christine A. Courtois, PhD, Steven N. Gold, PhD and Elizabeth Howell, PhD.

Die Richtlinien können und sollen das klinische Urteil nicht ersetzen. Sie fassen jedoch die übereinstimmende Experten-Meinung bezüglich einer sicheren und effektiven Behandlung für DIS-KlientInnen zusammen. An Stellen, an denen es eine deutliche Divergenz an Meinungen in der wissenschaftlichen Gemeinschaft gibt, wurde versucht, die verschiedenen Standpunkte zu der Fragestellung darzustellen. Die Task Force hat sich bemüht, die Richtlinien möglichst unabhängig von theoretischen Grundausrichtungen und Behandlungsansätzen zu formulieren.

Die Richtlinien beziehen sich speziell auf die Behandlung der DIS. Sie sind eine Leitlinie für die klinische Arbeit mit KlientInnen – hauptsächlich Erwachsene ab einem Alter von 18 Jahren – und repräsentieren eine Synthese des derzeitigen Forschungsstands und umfassender klinischer Erfahrung. Die DIS ist jedoch nur eine

Form der dissoziativen Störungen. Nach wie vor besteht die Notwendigkeit, die Phänomenologie und Behandlung anderer Formen pathologischer Dissoziation (z.B. Depersonalisationsstörung, Dissoziative Amnesie etc.) wie auch nicht-pathologischer Formen der Dissoziation (z.B. die Beziehung zwischen Trance-Zuständen und Dissoziation) genauer zu untersuchen. Die Behandlungsrichtlinien für die DIS dürften jedoch in gewissen Grenzen auch auf die Behandlung anderer Arten dissoziativer Störungen anwendbar sein.

Inzwischen liegen eigene Behandlungsrichtlinien für die Erfassung und Behandlung dissoziativer Symptome bei Kindern und Jugendlichen (ISSD, 2004) vor, die über die ISSD verfügbar sind und die im Journal of Trauma and Dissociation, 5, 119 – 150 veröffentlicht wurden¹.

Die American Psychiatric Association hat Richtlinien für die Behandlung der Akuten Belastungsstörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) veröffentlicht. Da KlientInnen mit DIS fast immer unter einer komorbiden PTB leiden, sollte die LeserIn bei der Erstellung eines Behandlungsplans für KlientInnen mit dissoziativen Störungen neben den vorliegenden Richtlinien für die DIS auch die Behandlungsrichtlinien für die PTB mit zu Rate ziehen².

Anmerkungen zur deutschen Überarbeitung

Die Richtlinie wurde 2005 von der internationalen ISSD veröffentlicht und von Mitgliedern der deutschsprachigen ISSD Deutsche übersetzt. Anschließend wurde das Manuskript von verschiedenen erfahrenen KollegInnen geprüft und an einigen Stellen geringfügig an deutsche Verhältnisse angepasst.

Außerdem wurden die amerikanischen Quellenangaben z.T. in Fußnoten durch wichtige deutsch Veröffentlichungen und Angaben ergänzt. Dies betrifft z.B. verfügbare Behandlungsrichtlinien für verschiedene Störungsbilder und Namen und Bezugsquellen für die verschiedenen Mess- und Diagnoseinstrumente.

Die deutsche Übersetzung weist einige kleinere Abweichungen zum Sprachgebrauch von der amerikanischen Originalversion auf. Statt Arzt / Ärztin, Psychotherapeut / Psychotherapeutin, Diplompsychologe / Diplompsychologin etc. wird hier der einheitliche Begriff "TherapeutIn" gewählt. Statt Patient / Patientin, Klient / Klientin wird der einheitliche Begriff "KlientIn" gewählt.

In der amerikanischen Originalversion wird für die dissoziierten Persönlichkeitsanteile bei DIS / DDNOS Typ I in Anlehnung an das DSM der Begriff "alternative Identitäten"

¹ Die Version der ISSD-Behandlungsrichtlinien für Kinder und Jugendliche aus dem Jahr 2000 ist auch in deutscher Übersetzung verfügbar: Eckers, D. (2001). Richtlinien zur Einschätzung und zur Behandlung dissoziativer Symptome bei Kindern und Jugendlichen. Deutsche Übersetzung der Richtlinien der International Society for the Study of Dissociation (ISSD; 2000; abgedruckt in Huber, M. (2003). Wege der Traumabehandlung Bd. 2. Paderborn: Junfermann).

² Für den deutschsprachigen Raum liegen eigene Behandlungsrichtlinien der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)** für Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung (Konversionsstörungen) sowie für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) vor. Spezielle Behandlungsrichtlinien für die Dissoziative Identitätsstörung sind in Vorbereitung.

Online-Version der Richtlinien: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/IL_psytm.htm

verwandt. In der Übersetzung wird hierfür der im deutschsprachigen Raum üblichere Ausdruck "Persönlichkeitsanteile" benutzt. Der Begriff „Selbsthypnose“ wurde durch „hilfreiche imaginative Übungen“ ersetzt.

An der Übersetzung und Überarbeitung der Richtlinie waren beteiligt:

Dipl.-Sozialarbeiter Thorsten Becker, Dr. med. Brigitte Bosse, PD Dr. med. Ursula Gast, Dipl.-Psych. Michaela Huber, FÄ Helga Mattheß, FA Stefan Mennemeier, Dr. Dipl.-Psych. Bettina Overkamp, Dr. med. Luise Reddemann, Dr. Dipl.-Psych. Frauke Rodewald, Dr. med. Claudia Wilhelm-Gößling, Dr. med. Sylvia Wintersperger

B. Einleitung

Während der letzten Jahrzehnte wurden große Fortschritte bei der Diagnostik, Erfassung und Behandlung dissoziativer Störungen gemacht. Dies drückt sich u.a. in der wachsenden klinischen Anerkennung dissoziativer Zustände, in der Veröffentlichung zahlreicher empirischer und klinischer Facharbeiten zum Thema und in der Entwicklung spezifischer Diagnoseinstrumente aus. In der internationalen Fachliteratur erschienen peer-reviewed Veröffentlichungen von KlinikerInnen und ForscherInnen aus den USA, Kanada, Puerto Rico, den Niederlanden, Norwegen, der Schweiz, Großbritannien, Deutschland, Italien, Frankreich, Schweden, Spanien, der Türkei, Israel, Australien, Neu Seeland, Japan und anderen Ländern. Bei den Veröffentlichungen handelte es sich u.a. um Fallberichte, klinische Fallreihen, wissenschaftliche Untersuchungen, bei denen standardisierte Messinstrumente zum Einsatz kamen, naturalistische Studien, Behandlungsstudien, Studien zur Psychophysiologie, Neurobiologie und mit bildgebenden Verfahren sowie Kognitionsstudien. Die Behandlungsrichtlinien stellen die Hauptergebnisse und allgemein akzeptierten Prinzipien vor, die derzeit als aktueller Stand der Wissenschaft und der klinischen Erfahrung in bezug auf die Diagnostik und Behandlung der DIS gelten. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Richtlinien die allgemein akzeptierten Prinzipien der Psychotherapie und Psychopharmakologie ergänzen, sie jedoch nicht ersetzen. Ohne Zweifel wird die zukünftige wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet unser gegenwärtiges Wissen und Verständnis der Behandlung der DIS und anderer dissoziativer Störungen erweitern.

Die Behandlungsrichtlinien stellen keine unmittelbare Handlungsanweisung für die Behandlung einzelner KlientInnen dar. Die Behandlung sollte immer auf den individuellen Einzelfall abgestimmt sein. Die TherapeutInnen sollten sich dabei immer im Rahmen der jeweiligen Behandlungsstandards, der ethischen Standesregeln und der relevanten staatlichen Gesetze bewegen. Unter ExpertInnen für dissoziative Störungen besteht Einigkeit, dass die Behandlung der DIS dann am effektivsten ist, wenn sie sich nach den grundlegenden Prinzipien der psychotherapeutischen und psychiatrisch-medizinischen Heilkunde richtet und wo nötig durch den Einsatz spezifischer Behandlungstechniken ergänzt wird.

Die Behandlungsrichtlinien selber sollten nicht als Behandlungsstandard angesehen oder eingesetzt werden. Sie spiegeln eher den aktuellen State of the Art wider. Sie haben nicht den Anspruch, alle sinnvollen Behandlungsmethoden oder angemessenen Interventionstechniken zu umfassen. Die Berücksichtigung der Behandlungsrichtlinien garantiert auch nicht in jedem Falle einen Behandlungserfolg. TherapeutInnen müssen sich bei jeder KlientIn unter Berücksichtigung des klinischen Bildes und der in dem spezifischen Einzelfall verfügbaren Behandlungsoptionen ihr eigenes Urteil über die Angemessenheit einer bestimmten Behandlungsmethode machen.

Die Richtlinien wurden für PsychiaterInnen, PsychologInnen und andere Berufsgruppen, die in der klinischen und/oder wissenschaftlichen Arbeit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich tätig sind, entwickelt. Die Richtlinien wurden von ISSD-Mitgliedern umfassend geprüft. VerfasserInnen und ReviewerInnen wurden aufgefordert, ihre Vorschläge auf der Grundlage einer objektiven Überprüfung der verfügbaren Datenbasis bzw. Quellen (available evidence) zu machen.

1 Epidemiologie, klinische Diagnostik, diagnostische Techniken

DIS und andere dissoziative Störungen sind keine seltenen Störungen. In Studien zur Prävalenz dissoziativer Störungen in der Allgemeinbevölkerung wurden Prävalenzraten von 1 – 3% für die DIS (Murphy, 1994; Ross, 1991; Waller & Ross, 1997) ermittelt. Manche ForscherInnen haben jedoch die Methodologie dieser Studien kritisiert und gehen von etwas niedrigeren Prävalenzraten aus. Nach den Ergebnissen aus klinischen Studien aus Nordamerika, West-Europa und der Türkei erfüllten zwischen 1% und 20% der untersuchten PatientInnen auf allgemeinpsychiatrischen Stationen, jugendpsychiatrischen Stationen und auf Spezialstationen für Suchterkrankungen, Essstörungen, und Zwangsstörungen die DSM-IV-TR-Diagnosekriterien (APA, 2000a) für die DIS. Dies gilt insbesondere dann, wenn in den Studien strukturierte diagnostische Instrumente zum Einsatz kamen. Bei vielen dieser PatientInnen war die klinische Diagnose einer dissoziativen Störung zuvor nicht gestellt worden (Bliss & Jepsen, 1985; Goff et al., 1992, Latz, Cramer & Hughes, 1995; McCallum et al., 1992; Ross et al., 1991; Modestin et al., 1995; Ross et al., 1992; Saxe et al., 1993; Tutkun et al., 1998³).

Eine sorgfältige klinische Diagnostik ermöglicht eine möglichst frühzeitige und angemessene Behandlung dissoziativer Störungen. Sieben Studien mit insgesamt 719 DIS-KlientInnen haben gezeigt, dass die KlientInnen im Durchschnitt 11,9 Jahre Kontakt zu psychosozialen Einrichtungen hatten, bevor die DIS diagnostiziert wurde

³ Zwei deutsche Prävalenzstudien mit allgemein-psychiatrischen Stichproben erbrachten eine Prävalenz von ca. 5% für die DIS und die DDNOS Typ I (Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. & Emrich, H.M. (2001a). Dissociation in German psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 249 – 257.; Fellsiek, E. (in Vorbereitung). Prävalenz dissoziativer Störungen in einer psychiatrischen Klinik der Sektorversorgung (Arbeitstitel). Medizinische Dissertation an der Medizinischen Hochschule Hannover.) In einer forensischen Fachklinik wurde eine Prävalenz für dissoziative Störungen von 30% ermittelt (Liss, H. (2002). *Dissoziation bei forensischen Patienten*. Berlin: Mensch und Buch Verlag).

(Boon & Draijer, 1993a, Coons, Bowman & Milstein, 1988; Martinez-Taboas, 1991; Middleton & Butler, 1998; Putnam et al., 1986; Rivera, 1991; Ross, Norton & Wozney, 1989⁴). Obwohl in der Ausbildung von Fachkräften im psychosozialen Bereich in den Bereichen Prävalenz und klinisches Erscheinungsbild dissoziativer Störungen Fortschritte gemacht wurden, deuten diese Studien darauf hin, dass nach wie vor viele Fälle von DIS und verwandten Störungsbildern übersehen, fehldiagnostiziert und unangemessen behandelt werden.

Die Hauptschwierigkeiten bei der Diagnostik der DIS entstehen durch eine unzureichende Ausbildung der KlinikerInnen zu Dissoziation, dissoziativen Störungen und den Folgen traumatischer Erlebnisse. Dies führt zu einer zu geringen klinischen Aufmerksamkeit für dissoziative Störungen und zu Fehlkonzepten hinsichtlich ihres klinischen Erscheinungsbildes. Die meisten KlinikerInnen haben gelernt, dass die DIS eine seltene Störung mit einem floriden, dramatischen Erscheinungsbild ist. In Wirklichkeit ist die DIS hingegen eine relativ häufig auftretende Störung mit eher subtilen Symptomen. Betroffene KlientInnen neigen zudem häufig dazu, ihre Symptomatik zu bagatellisieren oder zu verstecken und zeigen meistens eine vielfältige Symptomatik, bei der dissoziative und posttraumatische Symptome in eine Matrix aus unspezifischen Symptomen wie Depressionen, Panik, somatoformen Symptomen, Essstörungen etc. eingebettet sind, was dazu führen kann, dass lediglich die Diagnose dieser komorbiden Störungsbilder gestellt wird. Dies kann zu langen und häufig erfolglosen Behandlungen führen.

Darüber hinaus setzten fast alle KlinikerInnen die in der Ausbildung vermittelten Standard-Methoden und Leitfäden für diagnostische Gespräche ein, die keine speziellen Fragen zu Dissoziation, posttraumatischen Symptomen oder einer Vorgeschichte von psychischen Traumatisierungen enthalten. Dies ist besonders problematisch, da DIS-KlientInnen nur selten von sich aus Angaben zu dissoziativen Symptomen machen. Das Fehlen von gezielten Fragen nach der Symptomatik und Probleme beim Erkennen von dissoziativen Symptomen, die während eines klinischen Gesprächs auftreten, führen so dazu, dass die KlinikerIn die DIS nicht diagnostizieren kann. Dementsprechend ist es notwendig, für die Diagnostik der DIS im diagnostischen Gespräch gezielt nach Dissoziationen zu fragen. Das freie klinische Gespräch sollte dann bei Bedarf durch dissoziations-spezifische Screening-Instrumente und diagnostische Interviews, die das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen dissoziativer Symptome erfassen (s.u.), ergänzt werden.

1.1 Diagnose-Kriterien für die Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen definiert in seiner aktuellen vierten Ausgabe (Textversion revised, DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000a) die folgenden diagnostischen Kriterien für die DIS (300.14⁵):

⁴ Diese Ergebnisse konnten in einer deutschen Studie mit 66 hoch-dissoziativen Patientinnen weitgehend bestätigt werden (Rodewald, F. (2005). *Diagnostik dissoziativer Störungen*. Dissertation an der Medizinischen Hochschule Hannover.)

⁵ Übersetzung entnommen aus: Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

- A) Anwesenheit von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen (jeweils mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von, der Beziehung zur und dem Denken über die Umgebung und das Selbst).
- B) Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person.
- C) Eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.
- D) Die Störung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. blackouts oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z.B. komplex-parietale Anfälle).

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

In den letzten Jahren gab es Diskussionen über die Diagnosekriterien für die DIS. Manche haben vorgeschlagen, dass ein Bündel polythetischer Kriterien das typische polysymptomatische Erscheinungsbild der DIS besser abbilden würde (Dell, 2001). Andere haben argumentiert, dass die jetzigen Kriterien ausreichend sind (Spiegel, 2001). Wieder andere haben vorgeschlagen, dass die dissoziativen Störungen unter einer neu zu schaffenden Kategorie "Trauma-assoziierte Störungen" (trauma spectrum disorders) klassifiziert werden sollten, um ihre enge Beziehung zu überwältigenden und traumatischen Erfahrungen hervorzuheben (Davidson & Foa, 1993).

1.2 Terminologie und Definitionen

Dissoziation wird als "Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität oder Wahrnehmung" (APA, 2000a, p. 519) definiert. Dissoziation ist ein fortlaufender Prozess, während dem bestimmte Informationen (wie z.B. Gefühle, Erinnerungen oder körperliche Empfindungen) von anderen Informationen, mit denen sie normalerweise in einer logischen Verbindung stehen würden, ferngehalten werden. Dissoziation kann ein psychologischer Abwehrmechanismus sein, der zusätzliche psychobiologische Komponenten aufweist. Allgemein geht man davon aus, dass Dissoziation "ein normaler Prozess ist, der von Menschen zunächst defensiv benutzt wird, um mit traumatischen Erfahrungen fertig zu werden, und der sich erst im Laufe der Zeit zu einem dysfunktionalen oder pathologischen Prozess entwickelt" (Putnam, 1989 / 2003, S. 29⁶).

DIS-KlientInnen haben abgegrenzte Identitäts- oder Persönlichkeitsanteile, die jeweils über eine eigene, relativ überdauernde Art verfügen, die Umgebung und das eigene Selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen bzw. über sie zu denken (in Anlehnung an DSM-IV-TR, APA, 2000a). Die Persönlichkeitsanteile sind dissoziierte

⁶ Deutsche Übersetzung des Handbuchs: Putnam, F.W. (2003). *Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung*. Paderborn: Junfermann.

Anteile der Gesamtpersönlichkeit der KlientIn und werden als voneinander getrennt erlebt. Es wurden viele Bezeichnungen entwickelt, um das subjektive Erleben der Persönlichkeitsanteile einer DIS-KlientIn zu beschreiben. Zu nennen sind z.B. Bezeichnungen wie Persönlichkeit (personality), Persönlichkeits-Zustand (personality-state), Selbst-Zustand (self-state), unverbundene Selbstzustände (disaggregate self-state), "alter", alter-Persönlichkeit (alter personality), Alternativ-Identität (alternate identity), Anteil (part), Seelen-Anteil (part of the mind), Selbst-Anteil (part of the self) und Wesenheit (entity).

Es sollte beachtet werden, dass manche dieser Bezeichnungen hilfreich und/oder beschreibend sind, während andere mit bestimmten theoretischen Standpunkten oder Konzepten verbunden sind. Alle dieser Bezeichnungen sind jedoch bis zu einem bestimmten Punkt metaphorisch, und manche sind in bestimmten Zusammenhängen hilfreicher als andere. Einige Mitglieder der Task Force haben sich dafür ausgesprochen, Ausdrücke wie "dissoziierter Anteil der Persönlichkeit" (dissociated part of the personality) oder "dissoziative Persönlichkeitsanteile" (dissociative part of the personality) zu verwenden, um das Ausmaß an innerer Getrenntheit und Autonomie zu beschreiben. Das DSM-IV-TR (APA, 2000a) benutzt die Beschreibung "alternierende Identität" und aus Gründen der Konsistenz wurde diese Bezeichnung für die vorliegenden Richtlinien übernommen⁷.

TherapeutInnen sollten auch auf die individuelle Wortwahl der KlientInnen achten, mit der sie ihre Persönlichkeitsanteile oder subjektiven Identitäten beschreiben. KlientInnen sagen für gewöhnlich über sich, dass sie verschiedene "Anteile" (parts), "Innen-Anteile" (parts inside), "Aspekte" (aspects), "Facetten" (facets) oder "Zustände" (ways of being) haben oder sie beziehen sich auf die dissoziierten Anteile als "Stimmen" (voices), "Multiple" (multiples), "Ichs" (selves), "Innenkinder" (ages of me), "Menschen" (people), "Personen" (persons), "Individuen" (individuals), "Seelen" (spirits), "Dämonen" (demons), "Schichten" (lines) oder "die Anderen" (others).

In der Arbeit mit DIS-KlientInnen kann es sinnvoll sein, die eigenen beschreibenden Ausdrücke der KlientIn für die Persönlichkeitsanteile aufzugreifen. Manche Mitglieder des Task Force empfehlen jedoch, dass TherapeutInnen Ausdrücke vermeiden sollten, die den Glauben bestätigen oder verstärken, dass die dissoziierten Persönlichkeitsanteile wirklich eigenständige Individuen seien. Gemeint sind damit Beschreibungen wie z.B. "Menschen", "Personen" oder ähnliche Ausdrücke. Andere Mitglieder der Task Force sind hingegen der Ansicht, dass der gut reflektierte Gebrauch der letztgenannten Ausdrücke nicht dazu beiträgt, diesen Glauben zu verstärken.

1.3 Dissoziierte Persönlichkeitsanteile: Definitionen und konzeptuelle Fragen

Dissoziierte Persönlichkeitsanteile sind auf verschiedene Art und Weise definiert worden. Putnam (1989) z.B. beschreibt sie als stark abgegrenzte Bewusstseinszustände, die um einen vorherrschenden Affekt oder um ein Selbstgefühl (sence of self) (einschließlich eines eigenen Körperbildes) herum organisiert sind und die über ein

⁷ In der Übersetzung wird abweichend der im deutschsprachigen Raum gebräuchlichere Begriff "dissoziierter Persönlichkeitsanteil" verwandt (vgl. Anmerkungen zur deutschen Übersetzung, S. 4)

eingeschränktes Repertoire an Verhaltensweisen und eine Reihe (set) an zustandsabhängigen Erinnerungen verfügen. Kluft (1988) sagt: "Ein disaggregierter Selbstzustand (bzw. Persönlichkeitsanteil) ist die mentale Repräsentation eines relativ stabilen und überdauernden Musters einer selektiven Aktivierung mentaler Inhalte und Funktionen, die auf der Verhaltensebene mit auffallendem Rollenverhalten oder Rollenspiel-Dimensionen ausgelebt werden können und die für intrapsychische, interpersonelle und Umgebungs-Stimuli sensitiv sind. Ein solcher Zustand ist mit einem relativ stabilen (aber Reiz-Reaktions-abhängigen) Muster an neuropsychophysiologischer Aktivierung verbunden und hat charakteristische psychodynamische Inhalte. Er fungiert sowohl als Empfänger als auch als Sender. Darüber hinaus ist der Zustand auch Speicherort für Wahrnehmungen und Erfahrungen. Die Verarbeitung dieser mentalen Inhalte erfolgt in Verbindung mit früheren Erfahrungen und Gedanken und/oder aktuellen und erwarteten Erfahrungen. Es besteht ein Gefühl für die eigene Identität und Vorstellungswelt (ideation) und die Fähigkeit, Gedankenprozesse und Handlungen einzuleiten." (p. 55).

Kurz zusammengefasst werden die dissoziierten Persönlichkeitsanteile als intrapsychische Einheiten verstanden, die über ein eigenes Selbsterleben (sense of self) und ein Repertoire an emotionalen Reaktionen verfügen und Informationen verarbeiten können. Sie verfügen sowohl über das Potential für konkrete Handlungen im direkten Kontakt mit der Außenwelt, als auch über eigene subjektive symbolische und metaphorische Charakteristika. Sie haben Züge von beidem: von Struktur und Prozess.

Es würde den Rahmen dieser Richtlinien sprengen, einen umfassenden Überblick über die Diskussion zu aktuellen Theorien zur Entstehung der dissoziierten Persönlichkeitsanteile bei der DIS zu geben (für eine umfassendere Diskussion dieser Fragestellung siehe Loewenstein & Putnam, 2004; Putnam, 1997). Kurz zusammengefasst sind viele der Meinung, dass dissoziierte Persönlichkeitsanteile dadurch entstehen, dass viele traumatisierte Kinder kein einheitliches Selbstgefühl entwickeln können, das über verschiedene Verhaltenszustände (behavioral states) hinweg aufrechterhalten werden kann. Das gilt insbesondere dann, wenn das Kind bei der Traumatisierung jünger als fünf Jahre ist. DIS entwickelt sich im Laufe der Kindheit und nur ganz selten, wenn überhaupt, wenn der Beginn der Traumatisierungen im Erwachsenenalter liegt (außer wenn der Traumatisierung im Erwachsenenalter bereits Kindheitstraumata vorausgegangen sind).

Traumatische Erfahrungen, insbesondere schwere, wiederholte Traumata, rufen extreme Erlebens-Zustände in dem Kind hervor. Man geht davon aus, dass durch die Schaffung von diskreten, personifizierten Verhaltenszuständen (behavioral states) nicht aushaltbare traumatische Erinnerungen und Affekte abgekapselt werden, so dass deren Einfluss auf die Gesamtentwicklung des Kindes abgemildert wird. Durch eine gestörte Bindung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen und durch unzureichende elterliche Fürsorge (parental care) kann es zu einer weiteren Störung der Fähigkeit des Kindes kommen, Erfahrungen zu integrieren, die in verschiedenen Kontexten gemacht werden (z.B. mit Familienangehörigen, in traumatischen Situationen, mit FreundInnen, in der Schule etc.). Durch die Dissoziation traumatischer Erfahrungen kann die Beziehung zu der jeweiligen traumatisierenden Pflegeperson aufrechterhalten und eine normalere Reifung und Entwicklung in anderen Bereichen wie z.B. dem intellektuellen, interpersonellen oder künstlerischen Bereich ermöglicht

werden. Im Laufe der Zeit erfolgt durch die Auswirkung einer Vielfalt von Entwicklungseinflüssen und Symbolisierungen eine sekundäre Strukturierung dieser separierten Verhaltenszustände. Hierdurch entstehen die unterschiedlichen Charakteristika der verschiedenen Persönlichkeitsanteile. Hat dieser Prozess erst einmal begonnen, kann es zu Generalisierungen kommen, was der KlientIn dabei hilft, mit einer Vielzahl von Lebensereignissen und Erfahrungen umzugehen. Im Laufe der Entwicklung des Kindes von der Latenzzeit über die Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter kann es darüber hinaus zu erheblichen Veränderungen in Anzahl, Komplexität und Getrenntheitsgefühl der einzelnen Anteile kommen (Kluft, 1984; Putnam, 1997).

Nach einem anderen ätiologischen Modell müssen vier Faktoren vorliegen, damit sich eine DIS entwickeln kann:

- 1) die Fähigkeit zur Dissoziation
- 2) Erfahrungen, die die nicht-dissoziativen Bewältigungskapazitäten des Kindes übersteigen
- 3) sekundäre Strukturierung der Persönlichkeitsanteile der DIS durch individualisierte Charakteristika wie Namen, Alter, Geschlecht etc.
- 4) das Fehlen von Trost und Unterstützung, so dass das Kind damit alleingelassen wird, nach einer überwältigenden negativen Erfahrung Entlastung zu finden (Kluft, 1984).

Insbesondere die unter 3) genannten Faktoren können sehr vielfältig sein und sich von KlientIn zu KlientIn stark unterscheiden. So können z.B. Einflüsse wie wiederholte Traumatisierungen, ein hoher Grad an Kreativität und Intelligenz wie auch ein extremer Rückzug von der Umwelt mit starker Einbeziehung von Phantasie-Erfahrungen zu sehr elaborierten Persönlichkeits-Systemen führen. Daher legen die meisten erfahrenen DIS-TherapeutInnen den Fokus ihrer Aufmerksamkeit nicht so sehr auf die offen präsentierten Charakteristika der einzelnen Anteile. Sie fokussieren stattdessen eher auf die kognitiven, affektiven und psychodynamischen Informationen, die von den einzelnen Persönlichkeits-Anteilen wie auch von dem Gesamtsystem aller Anteile verkörpert werden.

Die Theorie der "Strukturellen Dissoziation", ein weiteres ätiologisches Modell, basiert auf den Ideen von Janet und versucht, eine übergreifende Theorie der Dissoziation bis hin zur DIS zu schaffen. Diese Theorie sieht die Dissoziation als ein grundlegendes Fehlschlagen der Integration von Systemen von Ideen und Funktionen der Persönlichkeit. Durch ein Trauma kommt es zur Aufspaltung der Persönlichkeit in einen "Anscheinend normalen Anteil der Persönlichkeit" (ANP), dessen Aufgabe das Funktionieren im Alltag ist und in einen "emotionalen Anteil der Persönlichkeit" (EP), der für Verteidigungsfunktionen und Abwehr zuständig ist. Verteidigung bzw. Abwehr ist in diesem Zusammenhang verbunden mit psychobiologischen Funktionen, die dem Überleben angesichts lebensbedrohlicher Situationen dienen, wie z.B. Kampf oder Flucht. Sie ist nicht gleichzusetzen mit dem psychodynamischen Abwehrkonzept. Es wird angenommen, dass chronische Traumatisierungen und/oder Vernachlässigung zu zusätzlichen sekundären strukturellen Dissoziationen der EP führen. Nach diesem Modell entsteht die DIS durch eine tertiäre Stufe der strukturellen Dissoziation, bei der es bedingt durch langanhaltende Traumatisierungen, Vernachläss-

sigung und pathologische Bindungsmuster während der frühen Kindheit zu weiteren Unterteilungen sowohl der EP als auch der ANP kommt (Nijenhuis & van der Hart, 1999; Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Browne, 2004⁸).

Kurz zusammengefasst gehen alle diese ätiologischen Modelle davon aus, dass sich eine DIS nicht aus einer ursprünglich gesunden, in sich geschlossenen Persönlichkeit heraus entwickelt, die sich dann aufspaltet oder zersplittert. Die DIS kann vielmehr dann entstehen, wenn die normalen altersgemäße Entwicklung der Integration von Erfahrungen aufgrund von überwältigenden Erfahrungen bzw. einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion während bestimmter kritischer früher Entwicklungsphasen scheitert. Dann kommt es zur Ausbildung und Ausgestaltung von diskreten, personifizierten Verhaltens-Zuständen. Aus diesem Blickwinkel heraus wird es verständlich, warum sich KlientInnen hinsichtlich Anzahl, Art und Charakteristika der dissoziierten Persönlichkeitsanteile häufig sehr stark unterscheiden. Diese Sichtweise kann darüber hinaus auch helfen zu erklären, wie KlientInnen selbst das Gefühl haben können, zahlreiche wechselnde Persönlichkeiten und/oder teilweise bizarr anmutende Anteile wie Tiere, Gottheiten oder mystische Wesen zu haben.

1.4 Das diagnostische Gespräch

Nach einem sorgfältigen diagnostischen Gespräch und einer gut durchdachten Differentialdiagnostik ist es normalerweise möglich, bei einer KlientIn mit DIS die richtige Diagnose zu stellen (Coons, 1984). Die KlientIn sollte nach Episoden von Amnesien, Fugue-Zuständen, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätswechseln (Steinberg, 1995) sowie nach spontanen Altersregressionen, autohypnotischen Erfahrungen, Stimmen hören (Putnam, 1991a), passiven Beeinflussungs-Symptomen wie "eingegebenen" Gedanken, Emotionen oder Verhaltensweisen (Dell, 2001; Kluft, 1987a) und nach somatoformen Symptomen wie z.B. mit früheren traumatischen Erfahrungen verbundenen körperlichen Empfindungen (Nijenhuis, 1999) befragt werden. Loewenstein (1991a) hat einen Gesprächsleitfaden veröffentlicht, der auf viele der DIS-Symptome eingeht. In dem Leitfaden wird u.a. nach Hinweisen auf das Vorliegen dissoziierter Persönlichkeitsanteile, Amnesien, autohypnotischen Phänomenen, PTB, somatoformen Symptomen und affektiven Symptomen gefragt.

TherapeutInnen sollten im Kopf haben, dass manche Menschen mit DIS nicht realisieren (oder vor sich selbst nicht wahrhaben wollen), dass ihr inneres Erleben anders ist als das anderer Menschen. In Übereinstimmung mit der Sichtweise, dass Dissoziation ein Abwehrmechanismus gegenüber unangenehmen Realitäten ist, werden dissoziierte Persönlichkeitsanteile oder andere dissoziative Symptome von Personen mit DIS häufig verleugnet oder nicht anerkannt.

⁸ Für eine deutschsprachige Darstellung der Theorie der Strukturellen Dissoziation siehe z.B. Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O. & Steele, K. (2003). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.); *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (S. 47 – 69). Stuttgart: Thieme. oder Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2004). Phasenorientierte Behandlung komplexer dissoziativer Störungen: die Bewältigung traumabezogener Phobien. In: A. Eckhardt-Henn & S.O. Hoffmann (Hrsg.); *Dissoziative Bewusstseinsstörungen – Theorie, Symptomatik, Therapie* (S. 343 - 354). Stuttgart: Schattauer.

Die Diagnose einer DIS ist praktisch immer mit einer Vorgeschichte von schweren Traumatisierungen verbunden, die in den meisten Fällen während bzw. ab der Kindheit stattgefunden haben (Putnam et al., 1986). Praktisch jede systematische Untersuchung, in der die Traumageschichte von DIS-KlientInnen erhoben wurde, hat gezeigt, dass DIS-KlientInnen in größerem Ausmaß über Kindheitstraumatisierungen berichten als jede andere klinische Gruppe. Während des diagnostischen Prozesses sollte dementsprechend der Versuch gemacht werden, traumatische Erfahrungen der KlientIn zu erfassen. TherapeutInnen sollten dabei jedoch sorgfältig abwägen und einschätzen, wie viel Details zu traumatischen Erfahrungen in den anfänglichen Gesprächen erfragt werden sollten. Das gilt insbesondere dann, wenn die Traumata offensichtlich nur teilweise oder nur schwer erinnert werden können. Eine zu frühe ausführliche Traumaanamnese kann zu schweren Dekompensationen (z.B. in Form von schweren posttraumatischen oder dissoziativen Symptomen) führen. Aufgrund ihrer dissoziativen Amnesien können DIS-KlientInnen zu Beginn der Behandlung häufig nur lückenhaft über ihre persönliche Geschichte berichten. Typischerweise entwickelt sich erst im Laufe der Behandlung ein umfassenderes Bild der Lebensgeschichte. Da DIS-KlientInnen fast immer unter PTB-Symptomen leiden, sollte im Rahmen des diagnostischen Prozesses auch geprüft werden, welche PTB-Symptome vorliegen. Die Erfassung von PTB-Symptomen kann ein weiterer Ansatzpunkt zur Exploration der Traumageschichte der KlientInnen sein.

1.5 Messinstrumente für dissoziative Symptome und Störungen

Es gibt drei Gruppen von Erhebungsinstrumenten für Dissoziation: strukturierte Interviews, Fremdeinschätzungs-Skalen für TherapeutInnen (clinician administered measures) und Selbstbeurteilungs-Instrumente.

1.5.1 Strukturierte Interviews

International werden v.a. zwei strukturierte Interviews für dissoziative Störungen häufig eingesetzt: das Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R; Steinberg, 1994a, 1994b, 1995) und der Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS, Ross, 1997; Ross et al., 1989).

Das **Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R⁹)** umfasst 277 Items und erfasst fünf dissoziative Symptome: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätsänderung. Die meisten Items haben Follow-up-Fragen, in denen nach genaueren Beschreibungen der Erfahrung, nach spezifischen Beispielen und einer Einschätzung der Häufigkeit und Dauer der Episoden sowie nach Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen und der Arbeitsfähigkeit gefragt wird. Mit dem SCID-D-R kann die Diagnose der fünf im DSM-IV aufgeführten dissoziativen Störungen gestellt werden. Außerdem ermög-

⁹ Die deutsche Übersetzung des SCID-D-R, das Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D) wurde 2000 von Gast et al. im Hogrefe-Verlag veröffentlicht (Bezug über www.Testzentrale.de). Für Ergebnisse der Validierung der deutschen Übersetzung des SKID-D vgl. Rodewald, F. (2005). *Diagnostik dissoziativer Störungen*. Dissertationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover.

licht das Interview eine Schweregrad-Einschätzung für jedes der fünf Symptome und erbringt einen auf den Schweregrad-Einstufungen basierenden SCID-D-Gesamtscore. Die Schweregradeinstufungen basieren auf der Häufigkeit und Intensität der Symptome. Die Durchführung des SCID-D-R erfordert 45 – 180 Minuten oder mehr, wenn viele im Interview erfragte Items positiv beantwortet werden oder wenn den Befragten im Interview die Möglichkeit gegeben wird, sehr ausführliche Antworten auf die Follow-up-Fragen zu geben. Die InterviewerIn benötigt ausreichende klinische Erfahrung mit dissoziativen Symptomen. Das SCID-D-R weist eine gute bis exzellente Reliabilität und diskriminante Validität auf. Der SCID-D-R-Gesamtscore korreliert mit $r = .78$ mit der Dissociative Experiences Scale (Boon & Draijer, 1993b) und mit $r = .78$ bis $r = .93$ mit dem Multidimensional Inventory of Dissociation (MID; Dell, 2004; Gast et al., 2003; Somer & Dell, 2005).

Der ***Dissociative Disorders Interview Schedule*** (DDIS¹⁰) ist ein strukturiertes Interview mit 132 Items mit einem ja / nein – Antwortformat, das die Symptome der fünf dissoziativen Störungen, der Somatisierungsstörung, der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Schwere depressiven Episode nach dem DSM-IV erfasst. Darüber hinaus erfasst der DDIS auch Substanz-Missbrauch, Schneider´sche Symptome ersten Ranges, Trancezustände, sexuellen Missbrauch während der Kindheit, sekundäre Anzeichen der DIS und übernatürliche / paranormale Erfahrungen. Die Durchführungszeit beträgt 30 – 60 Minuten. Der DDIS ermöglicht kategoriale Diagnosen und liefert einen Index für die Anzahl von Items, die in den einzelnen Interviewteilen positiv beantwortet wurden, er erfasst weder die Frequenz noch den Schweregrad der Symptome. Der DDIS weist eine Gesamt-Interrater-Reliabilität von $\kappa = .68$ auf. Die Interrater-Übereinstimmung bei der DIS-Diagnose liegt bei $\kappa = .96$ und die Sensitivität für die DIS-Diagnose beträgt $.95$. Falsch-positive DIS-Diagnosen traten in weniger als 1% der Fälle auf (Ross, 1997). Die DDIS-Indices für sekundäre Anzeichen einer DIS und für Schneider´sche Symptome ersten Ranges korrelierten mit der DES mit jeweils $r = .78$ und $r = .67$ (Ross, 1997). Der effektive Einsatz des DDIS erfordert weniger Training als die Arbeit mit dem SCID-D-R.

1.5.2 Fremdbeurteilungs-Skalen

Es gibt eine Fremdbeurteilungs-Skala, die dissoziative Zustände erfasst, die ***Clinician Administered Dissociative States Scale*** (CADSS; Bremner et al., 1998). Die Gesamtskala umfasst 27 Items: 19 von den Befragten einzustufende Items und 8 vom Beobachter einzuschätzende Items. Alle Items werden auf einer Skala von 0 – 4 beantwortet. Die Skala hat drei Faktoren, die Symptome von Amnesie, Depersonalisation und Derealisation erfassen. Die CADSS weist eine Interrater-Reliabilität (Intra-Klassen-Korrelation) von $r = .99$ für die Selbsteinschätzungs-Skala und von $r = .92$ für die Gesamtskala auf. Die Interrater-Reliabilität der Fremdbeurteilungs-Items liegt jedoch nur bei $r = .34$. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) lag für die Gesamt-

¹⁰ Der DDIS wurde von Overkamp übersetzt und validiert. Der Strukturierte Interviewleitfaden zur Diagnostik dissoziativer Störungen (SIDDS) ist bei Overkamp, B. (2005). Differentialdiagnostik der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) in Deutschland - Validierung der Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS). Dissertation an der Ludwig-Maximilians Universität München. vollständig abgedruckt.

Download: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00004409/01/Overkamp_Bettina.pdf

skala bei $\alpha = .92$. Die Werte für die Subskalen lagen etwas niedriger. Die CADSS korreliert signifikant mit der DES ($r = .48$, $df = 49$, $p < .001$) und dem SCID-D ($r = .42$, $df = 40$, $p < .005$). Es ließen sich signifikante Unterschiede zwischen den CADSS-Werten von PTB-KlientInnen mit schwerer vs. leichter dissoziativer Symptomatik, Vietnamveteranen ohne PTB, Schizophrenen, KlientInnen mit affektiven Störungen und einer psychisch unauffälligen Kontrollgruppe nachweisen. Die CADSS-Scores stiegen außerdem signifikant mit dem Ausmaß an Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen in einer Untergruppe von PTB-KlientInnen an. Die CADSS kann als ein reliables und valides Instrument zur Erfassung des Ausmaßes an akuten dissoziativen Symptomen (present-state symptomatology) angesehen werden und erlaubt Wiederholungs-Messungen. Die Skala wurde bisher hauptsächlich in Forschungsarbeiten zur Psychophysiologie und Psychopharmakologie der PTB eingesetzt.

1.5.3 Selbstbeurteilungs-Fragebögen

Es gibt sechs Selbstbeurteilungs-Fragebögen für dissoziative Symptome, die relativ häufig eingesetzt wurden. Fünf dieser Instrumente (die Dissociative Experiences Scale, DES; der Questionnaire of Experiences of Dissociation, QED; der Dissociation Questionnaire, DIS-Q; der Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ und das Multiscale Dissociation Inventory, MDI) sind kurze Screening-Instrumente. Das Multidimensional Inventory of Dissociation (MID) ist ein multiskaliertes Diagnose-Instrument.

Die **Dissociative Experiences Scale** (DES, Bernstein & Putnam, 1986) ist die älteste und bisher erfolgreichste Selbstbeurteilungsskala für Dissoziation. Sie ist von dem englischen Original in viele andere Sprachen übersetzt worden. Bis 1997 ist die DES in über 250 publizierten Studien eingesetzt worden (Carlson, 1997). Die DES ist ein 28-Item Selbstbeurteilungs-Instrument¹¹. Die Items werden auf einer kontinuierlichen (Originalversion) oder einer 11-stufigen Likert-Skala (revidierte Fassung) von 0 ("nie") bis 100 ("immer") beantwortet. Die DES-Items erfassen Absorption, imaginative Involviertheit, Depersonalisation, Derealisation und Amnesie. Die DES weist eine exzellente interne Konsistenz auf: Cronbachs alpha liegt bei $\alpha = .95$ (Frischholz et al., 1990) bzw. $\alpha = .96$ (Boon & Draijer, 1993b), die Split-half-Reliabilität liegt bei $r = .83$ (Bernstein & Putnam, 1986) bzw. $r = .93$ (Pablito & Sanders, 1991). Die DES hat eine Retestrelabilität (Retestintervall 4 – 8 Wochen) von $r = .84$ (Bernstein & Putnam, 1986) und eine 4 Wochen – Retest-Reliabilität von $r = .96$ (Frischholz et al., 1990). Die DES korreliert mit $r = .78$ mit dem SCID-D-R, mit $r = .85$ mit dem SDQ-20 und mit $r = .90$ mit dem MID (Dell, 2004). Die Konstrukt-Validität der DES wird durch einen kontinuierlichen Anstieg der DES-Werte (von niedrig bis sehr hoch) über die folgenden klinischen Gruppen bestätigt: nicht-klinische Gruppen, KlientInnen mit

¹¹ Brunner et al. (1999) übersetzten die DES und veröffentlichten den Fragebogen als "Skala dissoziativen Erlebens" (SDE) im Rahmen des Heidelberger Dissoziations-Inventars (HDI). Die offizielle deutsche Bearbeitung der DES wurde 1999 als "Fragebogen für dissoziative Symptome" (FDS) von Freyberger, Spitzer und Stieglitz veröffentlicht. Der FDS umfasst die 28 Original-Items der DES. Außerdem wurde die Skala um eine 16 Items umfassende Skala zu Konversionssymptomen erweitert, um den Fragebogen auch an die ICD-10-Klassifikation dissoziativer Störungen anzupassen. Der FDS umfasst somit 44 Items. Inzwischen liegt auch eine Kurzversion mit 20 Items vor. HDI und FDS-44 bzw. FDS-20 sind über die Testzentrale des Hogrefe-Verlages (www.testzentrale.de) zu beziehen.

traumatischen Erlebnissen, KlientInnen mit PTB, KlientInnen mit nicht näher bezeichneter dissoziativer Störung (DDNOS) bis hin zu KlientInnen mit DIS (Carlson & Putnam, 1993). Draijer und Boon (1993b) sagten die Diagnose einer DIS bei einem DES-Cutoff von 25 mit einer Sensitivität von .93 und einer Spezifität von .86 vorher¹². Eine Kurzversion des Fragebogens, das DES-Taxon (DES-T) besteht aus acht Items der DES. Die Items wurden durch eine taxometrische Analyse der Daten einer Gruppe von Personen, die "pathologische Dissoziationen" aufweisen, identifiziert (Waller, Putnam & Carlson, 1996).

Der **Questionnaire of Experiences of Dissociation** (QED, Riley, 1988¹³) ist ein 26-Item Selbstbeurteilungs-Fragebogen mit richtig – falsch – Antwortformat. Die Items wurden anhand der Fachliteratur zu Hysterie, Multipler Persönlichkeit, anderen dissoziativen Störungen und Temporallappen-Epilepsie zusammengestellt. Der QED weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .77$ auf (Riley, 1988). Der QED trennt zwischen nicht-klinischen Kontrollpersonen und AlkoholikerInnen einerseits und KlientInnen mit Somatisierungsstörung, PTB und DIS andererseits (Dunn et al., 1993; Riley, 1988). In einer QED-Studie mit Kollege-StudentInnen konnten sechs Faktoren nachgewiesen werden: Depersonalisation, Prozess-Amnesie, dissoziiertes Körperverhalten, Phantasie / Tagträume, Trance und imaginierte Gefährten (Ray et al, 1992). Obwohl es einige Forschungsliteratur zum QED gibt, wird der Fragebogen von KlinikerInnen eher selten eingesetzt.

Der **Dissociation Questionnaire** (DIS-Q; Vanderlinden et al., 1993; Vanderlinden, 1993¹⁴) ist ein 63 Items umfassender Selbstbeurteilungs-Fragebogen mit fünfstufigen Likert-Skalen. Der anfängliche Itempool (N = 95), auf dessen Basis der DIS-Q entwickelt wurde, wurde aus Items der DES, der Perceptual Alteration Scale (PAS; Sanders, 1986) und dem QED zusammengestellt. Hinzu kamen weitere Items, die auf der Basis der klinischen Erfahrung mit hoch-dissoziativen KlientInnen neu formuliert wurden. Ausgehend von Daten aus vier Stichproben wurde die 63-Item-Form des Fragebogens extrahiert. Der DIS-Q weist eine stabile Vier-Faktor-Lösung auf, die 77% der Gesamtvarianz aufklärt: 1) Identitätsunsicherheit und –Fragmentierung, 2) Kontrollverlust, 3) Amnesie und 4) Absorption. Der Gesamt-DIS-Q weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .96$ auf. Die Subskalen hatten Alpha-Werte von $\alpha = .94$, $\alpha = .93$, $\alpha = .88$ und $\alpha = .67$. Die Gesamtskala hat bei einem Retest-Intervall von drei bis vier Wochen eine Retest-Reliabilität von $r = .94$, die zeitliche Stabilität der Subskalenwerte lag bei $r = .92$, $r = .92$, $r = .93$ und $r = .75$. Der DIS-Q trennte zwischen folgenden Diagnosegruppen: nicht-klinische Kontrollpersonen, allgemeinspsychiatrische PatientInnen, DDNOS-KlientInnen und DIS-KlientInnen. Der DIS-Q korrelierte mit $r = .85$ mit der DES (Vanderlinden et al., 1993; Vanderlinden, 1993). Der in den Niederlanden entwickelte Fragebogen wird in Europa häufiger eingesetzt als in Nordamerika.

¹² Rodewald, Gast & Emrich (2006) empfehlen für den FDS einen deutlich niedrigeren Cutoff-Wert von 13 – 15 Punkten. Für Details siehe Rodewald, F., Gast, U. & Emrich, H.M. (2006). Screening auf Komplexe Dissoziative Störungen mit dem Fragebogen für dissoziative Symptome. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 249-258.

¹³ Deutsche Übersetzung der QED: Wolfradt, U. & Kretschmar, K. (1997): Untersuchungen mit deutschsprachigen Versionen zweier Skalen zur Erfassung dissoziativer Erfahrungen. *Diagnostica*, 43, 370-376.

¹⁴ Deutsche Übersetzung veröffentlicht in: Vanderlinden u. Vandereycken (1995): Hypnose bei der Behandlung von Eßstörungen. Quintessenz Verlag. ISBN 3-86128-234-8.

Der **Somatoform Dissociation Questionnaire** (SDQ-20) ist ein 20-Item-Selbstbeurteilungs-Instrument mit fünf-stufigen Likert-Skalen (Nijenhuis et al., 1996¹⁵). Basierend auf der klinischen und beschreibenden Arbeit von Janet (1989) ist der SDQ-20 als spezielles Messinstrument für somatoforme Dissoziation konzeptualisiert. Der SDQ-20 erfasst Symptome wie Tunnelblick, auditive Distanzierung, Erstarung, psychogene Blindheit, Schwierigkeiten beim Urinieren, Schmerzunempfindlichkeit, psychogene Lähmungen, Pseudo-Krampfanfälle etc. Der SDQ-20 weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .95$ auf und korreliert mit $r = .76$ mit dem DIS-Q und mit $r = .85$ mit der DES (Nijenhuis et al., 1996, 1999). Die Konstruktvalidität wurde durch substantielle Korrelationen mit dem Ausmaß an berichteten Traumatisierungen überprüft und bestätigt (Nijenhuis et al., 1998). SDQ-20-Scores trennen auch dann zwischen verschiedenen diagnostischen Gruppen, wenn der Einfluss der allgemeinen Psychopathologie statistisch kontrolliert wird (Nijenhuis et al., 1999). Eine Kurzversion des SDQ-20, der SDQ-5, umfasst fünf der SDQ-20 Items (Nijenhuis, 1999). Der SDQ-5 wurde als Screening-Instrument für dissoziative Störungen entwickelt und korreliert eng mit den Ergebnissen der Langversion.

Das **Multidimensional Inventory of Dissociation** (MID, Dell, 2004¹⁶) ist ein 218 Items umfassendes, multiskaliertes Selbstbeurteilungs-Instrument für pathologische Ausdrucksformen der Dissoziation. Es ermöglicht die Stellung von Diagnosen i.e.S. und liefert ein umfassendes Profil der vorliegenden dissoziativen Symptomatik (Dell, 2004). Der MID hat 23 Dissoziationsskalen mit einer Länge von drei bis 12 Items. Die 23 Skalen weisen nach Untersuchungen an großen klinischen Stichproben eine gute bis exzellente interne Konsistenz auf (Streubreite: $\alpha = .84$ bis $\alpha = .96$, Median: $\alpha = .91$). In kleineren klinischen Stichproben wurde darüber hinaus bei einem Retest-Intervall von vier bis acht Wochen eine gute bis exzellente temporäre Stabilität nachgewiesen (Streubreite: $r_{tt} = .82$ bis $r_{tt} = .97$, Median: $r_{tt} = .92$). Der mittlere MID-Gesamtwert weist eine Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .97$ auf. Die konvergente Validität des MID konnte über enge Korrelationen mit fünf anderen Dissoziationsskalen nachgewiesen werden: DES ($r = .90$), DIS-Q ($r = .83$), SCID-D-R ($r = .78 - .92$), QED ($r = .75$) und SDQ-20 ($r = .75$). Eine Faktorenanalyse über die MID-Items erbrachte 12 erstrangige Faktoren und einen übergeordneten Gesamtfaktor Dissoziation. Der MID hat einen positiven Vorhersagewert von $PVW = .89$ für komplexe dissoziative Störungen (DIS und DDNOS Typ I). Der MID ist das einzige Selbstbeurteilungs-Instrument für dissoziative Symptome, das Kontrollskalen enthält: defensive Abwehr (defensiveness), ungewöhnliche Symptome (rare Symptoms), aufmerksamkeitsuchendes Verhalten (attention seeking), Simulation (factitious behavior) und neurotische Überbewertung des eigenen Leids (neurotic suffering).

Das **Multiscale Dissociation Inventory** (MDI; Briere, 2002) ist ein 30 Items umfassendes multiskaliertes Messinstrument mit fünf-stufigen Likert-Skalen. Der MDI ist voll standardisiert und erlaubt Normwertvergleiche (T-Werte) mit einer Normierungs-

¹⁵ Deutsche Übersetzung des SDQ-20 veröffentlicht in Huber, M. (2003) Trauma und die Folgen Bd. 1; Paderborn: Junfermann; online-Version: www.enijenhuis.nl

¹⁶ Der MID wurde an der Abt. Klinische Psychiatrie u. Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover ins Deutsche übersetzt. Derzeit erfolgt die Validierung der deutschen Übersetzung; vgl. Gast et al., 2003 (siehe Literaturverzeichnis) und Gast, U. (2002). Komplexe Dissoziative Störungen. Konzeptionelle Untersuchung zur Diagnostik und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung und ähnlicher Erkrankungen. Habilitationsschrift, Medizinische Hochschule Hannover.

stichprobe von traumatisierten Männern und Frauen. Die Skala umfasst sechs Subskalen - Rückzug (disengagement), Depersonalisation, Derealisation, emotionale Einengung / Taubheit (emotional constriction / numbing), Gedächtnisstörungen und Dissoziation der Identität - und eine Gesamtskala Dissoziation. Die Skalen weisen gute bis exzellente Alpha-Koeffizienten auf und konnten ihre hohen Testgütekriterien in klinischen und nicht-klinischen Populationen unter Beweis stellen (Briere et al., 2005). Die Skalen weisen die theoretisch vorhergesagten Zusammenhänge mit dem Vorliegen traumatischer Erfahrungen und mit anderen bewährten Dissoziations-Skalen, u.a. der DES, auf (Briere, 2002; Dietrich, 2003). Bei einem Cutoff-Wert von 15 auf der Subskala Dissoziation der Identität lassen sich Personen mit einer DIS mit hoher Sensitivität (92%) und Spezifität (93%) identifizieren. Die Bearbeitung des MDI erfordert ca. 15 Minuten und setzt eine Lesefertigkeit voraus, die etwa dem Stand des sechsten Schuljahrs entspricht.

1.6 Andere psychologische Testverfahren

Einige andere häufig eingesetzte psychologische Testverfahren (z.B. Rorschach, MMPI-2, WAIS-R, MCMI-II¹⁷) können wichtige Einblicke in die Persönlichkeitsstruktur einer KlientIn geben und können auf eine mögliche DIS hindeuten (Armstrong, 1991). In Kombination mit einer spezifischen diagnostischen Untersuchung (z.B. SKID-D, FDS etc.) können standardisierte psychologische Testverfahren der KlinikerIn u.U. bei der Differentialdiagnostik, bei Fragen der Behandlungsprognose, bei der Identifikation von komorbiden Störungen sowie bei der Beurteilung von Behandlungsoptionen helfen. Es sollte jedoch bedacht werden, dass allgemeine psychologische Testverfahren nicht dafür entwickelt wurden, die Diagnose einer DIS zu stellen bzw. DIS-KlientInnen zu identifizieren.

Unspezifische Testverfahren können darüber hinaus zu Fehldiagnosen führen, wenn

- 1) die DiagnostikerIn mit dem typischen Antwortverhalten von DIS-KlientInnen in den jeweiligen Tests nicht vertraut ist
- 2) keine zusätzlichen dissoziationsspezifischen Messinstrumente (z.B. strukturierte klinische Interviews) eingesetzt werden
- 3) während des klinischen und diagnostischen Gesprächs nicht gezielt nach dissoziativen Symptomen gefragt wird.

1.7 Die falsch-positive DIS-Diagnose

In der Fachliteratur hat es eine erhitzte Debatte um die sogenannte "iatrogen hervorgerufene" DIS gegeben. ExpertInnen für dissoziative Störungen haben strikt gegen die Annahme argumentiert, dass DIS iatrogen hervorgerufen werden kann (vgl. z.B. Gleaves, 1996). Es gibt bis heute keine einzige Studie mit klinischen oder wissenschaftlichen Populationen, in der belegt werden konnte, dass das volle klinische

¹⁷ WAIS-R = Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised, entspricht dem deutschen HAWIE-R, MCMI-II = Millon Clinical Multiaxial Inventory, erfasst Achse I und -II-Störungen, nicht in deutscher Sprache verfügbar.

Syndrom einer DIS auf diese Art und Weise hervorgerufen werden kann. Allerdings können aus verschiedenen Gründen sehr wohl falsch-positive DIS-Diagnosen auftreten.

KlinikerInnen sollten sich der Gefahr von falsch-positiven DIS-Diagnosen bewusst sein. Dissoziative Symptome gehören auch bei anderen Arten von psychischen Störungen zum zentralen Symptomspektrum und treten z.B. bei der PTB oder bei Störungsbildern wie der Somatisierungsstörung häufig auf. Man kann nicht davon ausgehen, dass Amnesien oder sogar Persönlichkeits-"Fragmentierungen" automatisch auf das Vorliegen einer DIS hindeuten. Identitätsprobleme, die bei KlientInnen mit Persönlichkeitsstörungen auftreten, können manchmal als Symptom einer DIS fehl-diagnostiziert werden, wenn die DiagnostikerIn nicht mit dem klinischen Gesamtbild der DIS vertraut ist. Stimmungsschwankungen bei KlientInnen mit einer Bipolar-Störung, insbesondere wenn zusätzlich eine komorbide PTB vorliegt, wurden ebenfalls klinisch mit Symptomen einer DIS verwechselt. Manche psychotische KlientInnen mit dem Wahn, von anderen Menschen "bewohnt" zu sein, können ebenfalls als DIS fehldiagnostiziert werden. Es ist allerdings natürlich zu bedenken, dass DIS-KlientInnen auch eine komorbide Bipolar-Störung oder Psychose haben können. In solchen Fällen ist eine sorgfältige diagnostische Untersuchung unter Einsatz von diagnostischen Interviews und psychologischen Testverfahren für eine adäquate Differentialdiagnostik unverzichtbar.

KlientInnen, die bereits einige dissoziative Züge aufweisen, dürften ein besonders großes Risiko für die Fehldiagnose einer DIS haben. Wenn solche KlientInnen zu verfrühten, tiefgehenden Explorationen von traumatischen Erinnerungen gedrängt werden, ohne dass zuvor für eine ausreichende Stabilisierung gesorgt wird, kann subjektiv das Gefühl einer Persönlichkeitsspaltung entstehen, das dann als DIS fehl-diagnostiziert werden könnte. Unerfahrene TherapeutInnen könnten auch ein starkes Investieren einer KlientIn in ein metaphorisches "inneres Kind" oder ähnliche Phänomene mit einer echten klinischen DIS-Symptomatik verwechseln. Schließlich können TherapeutInnen, die hypnotherapeutische Techniken in der Behandlung einsetzen, hierfür jedoch unzureichend ausgebildet sind, hypnotische Phänomene wie z.B. die Schaffung von "Ego-States" mit dem klinischen Erscheinungsbild einer DIS verwechseln (Watkins & Watkins, 1997).

Wie bei jeder anderen psychischen Störung auch, kann das Symptombild einer DIS schließlich auch vorgetäuscht oder simuliert sein. KlinikerInnen sollten insbesondere auf atypische Erscheinungsbilder einer DIS achten. Das gilt insbesondere für Situationen, in denen ein starker Anreiz dafür vorliegt, eine Erkrankung zu simulieren (z.B. bei Begutachtungen hinsichtlich der Schuldfähigkeit einer ProbandIn; vgl. Coons, 1991; Coons & Milstein, 1994; Boon & Draijer, 1999; Kluft, 1987c; Thomas, 2001). In wissenschaftlichen Studien konnte gezeigt werden, dass das SCID-D ein geeignetes Instrument sein kann, um zwischen "imitierenden" DIS-KlientInnen und solchen, die wirklich die Diagnosekriterien für eine DIS erfüllen, zu differenzieren. Viele der imitierenden KlientInnen leiden statt dessen unter DSM-IV Cluster-B Persönlichkeitsstörungen und zeigen im SCID-D ein signifikant anderes Symptomprofil und Interviewverhalten als KlientInnen mit einer "echten" DIS (vgl. Boon & Draijer, 1993c; Draijer & Boon, 1999). Zusätzlich zu einem sorgfältigen diagnostischen Gespräch können für

eine umfassende Differentialdiagnostik bei Verdacht auf eine vorgetäuschte bzw. simulierte DIS folgende Instrumente bzw. Informationsquellen sinnvoll sein:

- a) Dissoziationsskalen (z.B. DES, MID, SDQ-20, SCID-D oder DDIS)
- b) standardisierte Messinstrumente für PTB
- c) Messinstrumente für Simulation (z.B. Structured Interview of Reported Symptoms, SIRS, Rogers, Bagy & Dickens, 1992) (beachte: einige aktuelle Studien deuten darauf hin, dass manche DIS-KlientInnen im SIRS als SimulantInnen fehldiagnostiziert werden könnten)
- d) standardisierte psychologische Tests (z.B. MCMI-II oder Rorschach)
- e) Übersicht über alle verfügbaren klinischen Unterlagen von VorbehandlerInnen
- f) die Nutzung von verfügbaren ergänzenden fremdanamnestischen Informationen und Interviews

Insbesondere bei forensischen Untersuchungen kann es notwendig sein, neben dem diagnostischen Gespräch einige oder sogar alle der genannten zusätzlichen Informationsquellen für die Begutachtung heranzuziehen.

2 Behandlungsziele

Die DIS-KlientIn ist eine einzelne Person, die das Gefühl hat, unterschiedliche Selbst-Zustände oder Persönlichkeitsanteile zu haben, die jeweils eine relative psychisch wahrnehmbare Autonomie voneinander aufweisen. Diese dissoziierten Persönlichkeitsanteile können die exekutive Kontrolle über den Körper und über das Verhalten der KlientIn übernehmen und/oder das Erleben und Verhalten der KlientIn beeinflussen. Es ist wichtig, dass die TherapeutIn im Kopf behält, dass die DIS-KlientIn trotz ihres anderen Selbsterlebens keine Ansammlung von "verschiedenen Personen" ist, die sich einen Körper "teilen". Die DIS-KlientIn sollte als die ganze erwachsene Person angesehen werden, deren wechselnde Persönlichkeitsanteile sich die Verantwortung für das Leben, wie es jetzt im Moment ist, teilen. Alle Anteile zusammen machen die Identität oder Persönlichkeit des Menschen mit DIS aus. Im klinischen Kontext sollten TherapeutInnen, die mit DIS-KlientInnen arbeiten, im Allgemeinen der Gesamtperson die Verantwortung für das Verhalten einzelner oder aller Anteile übertragen, auch wenn Amnesien für das jeweilige Verhalten vorliegen oder wenn noch kein Gefühl für die Kontrolle oder den Ursprung der Verhaltensweisen vorhanden ist.

2.1 Integriertes Funktionieren als Behandlungsziel

Unter ExpertInnen besteht Einigkeit darüber, dass die Behandlung wann immer möglich darauf abzielen sollte, der KlientIn ein besser integriertes Funktionieren im Alltag zu ermöglichen (s.u.). Auch wenn die TherapeutIn mitunter einzelne Persönlichkeitsanteile so ansprechen wird, als wenn sie eigenständig wären, ist das grundlegende

Ziel der therapeutischen Arbeit bei DIS, ein steigendes Maß an Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Anteilen herzustellen. Die TherapeutIn sollte sich klar machen, dass die "KlientIn" ein ganzes Spektrum von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen ist, nicht nur der "host" (definiert als der Anteil, der zu dem Zeitpunkt die größte Präsenz in der Außenwelt hat), der Anteil, der den offiziellen Namen der Person trägt oder irgendeine andere Gruppe von Anteilen. Es wäre daher kontraproduktiv, irgendeinen Persönlichkeitsanteil so zu behandeln, als wäre er "realer" oder wichtiger als irgendein anderer. Es ist ebenfalls kontraindiziert, der KlientIn zu raten, zusätzliche Anteile zu schaffen¹⁸, den Persönlichkeitsanteilen Namen zu geben, wenn sie bis dahin keine Namen haben (obwohl es der KlientIn frei steht, Namen zu wählen, wenn sie dies spontan und von sich aus tut), oder anzudeuten, dass die dissoziierten Anteile auf eine elaboriertere und autonomere Art und Weise funktionieren oder handeln können, als sie es bereits tun.

Andererseits ist es jedoch auch kontraproduktiv, der KlientIn zu sagen, sie solle Persönlichkeitsanteile ignorieren oder sich ihrer "entledigen" (es ist jedoch akzeptabel, mit der KlientIn Strategien zu erarbeiten, um dem Einfluss von destruktiven oder autodestruktiven Anteilen entgegenzuwirken oder um Kontrolle über ein chaotisches Auftauchen bestimmter Anteile in unangemessenen Situationen oder Zeitpunkten zu erlangen). Die TherapeutIn sollte auch keine "Lieblinge" unter den Persönlichkeitsanteilen haben oder besonders unangenehme oder störende Anteile von der Therapie ausschließen (solche Schritte können allerdings bei manchen KlientInnen an bestimmten Punkten während der Behandlung für einen begrenzten Zeitraum notwendig sein, um die Sicherheit und Stabilität der KlientIn und/oder die Sicherheit anderer zu gewährleisten). Die TherapeutIn sollte den Grundgedanken fördern, dass alle Anteile ursprünglich adaptive Versuche der KlientIn repräsentieren, mit Problemen, mit denen sie konfrontiert war, umzugehen bzw. sie zu bewältigen. Die Persönlichkeitsanteile sollten dementsprechend darin unterstützt werden, angemessenere Wege zur Problembewältigung zu finden, anstatt auf dysfunktionale, unsichere oder problematische Lösungsversuche zurückzugreifen.

Die meisten ExpertInnen für dissoziative Störungen stimmen darin überein, dass die Fusion – vollständige Integration, Verschmelzung und Auflösung der Getrenntheit – aller Persönlichkeitsanteile (vgl. z.B. Kluft, 1993a) der stabilste Behandlungs-Erfolg ist. Eine nicht unerhebliche Anzahl von DIS-KlientInnen wird eine vollständige Fusion jedoch auch nach intensiver Behandlung nicht erreichen können und/oder eine Fusion als nicht erstrebenswert ansehen. In solchen Fällen dürfte eine gute Kooperation, mitunter auch als Co-Bewusstsein (resolution) bezeichnet, ein realistischeres Langzeit-Ziel sein. Hierunter versteht man ein koordiniertes Funktionieren von noch unterscheidbaren, aber gut integrierten Persönlichkeitsanteilen auf einem optimalen beruflichen, interpersonalen, intrapsychischen und emotionalen Funktionsniveau. KlientInnen, die diese Stufe der Kooperation erreichen, sind jedoch häufig anfälliger, zu einem späteren Zeitpunkt unter schwerer Belastung wieder auf die Stufe einer floriden DIS oder PTB zu dekompensieren als KlientInnen, die eine stabile Fusion erreicht haben. Dass KlientInnen die Stufe des Cobewusstseins erreichen, nicht aber eine

¹⁸ Gemeint sind hier DIS-Persönlichkeitsanteile im Sinne der oben dargestellten Definition, nicht jedoch imaginierte Hilfsfiguren wie Schutzengel, Krafttiere etc., deren „Schaffung“ und hilfreicher Einsatz durchaus gefördert wird.

vollständige Fusion, kann an vielen Einflussfaktoren liegen. Zu diesen Faktoren gehören u.a. die Vermeidung von ungelösten, extrem schmerzhaften Lebenserfahrungen, fehlende finanzielle Mittel für die weitere Behandlung, komorbide körperliche Erkrankungen, ein fortgeschrittenes Lebensalter, schwerwiegende fortbestehende Achse-I und/oder Achse-II-Komorbiditäten und/oder ein erhebliches narzisstisches Investieren in die dissoziierten Persönlichkeitsanteile und/oder die DIS selbst.

Ausdrücke wie "Integration" und "Fusion" werden mitunter in irreführender Art und Weise benutzt. Integration bezieht sich auf die Arbeit an allen Formen von dissoziierten mentalen Prozessen während der Behandlung. Kluft (1993a) definiert *Integration* als "einen fortlaufenden Prozess der Auflösung aller Aspekte der dissoziativen Getrenntheit während der Behandlung, der schon lange, bevor es zu einer Reduktion der Anzahl oder Getrenntheit der Persönlichkeits-Anteile kommt, beginnt, der während ihrer Fusion anhält und der auf einer tieferen Ebene sogar noch weiterläuft, nachdem die verschiedenen Anteile zu einer einzigen Identität verschmolzen sind. Sie [die Integration] beschreibt einen fortlaufenden Prozess im Sinne der psychoanalytischen Perspektive struktureller Veränderungen". *Fusion* im Sinne einer "Überblendung" der verschiedenen Anteile bezieht sich auf einen konkreten Zeitpunkt, zu dem zwei oder mehr dissoziierte Persönlichkeitsanteile subjektiv "zusammengehen" und das Gefühl subjektiver Getrenntheit vollständig verlieren. *Abschließende Fusion oder Integration* ("final fusion") meint den Zeitpunkt, zu dem sich das Selbsterleben einer KlientIn von dem Gefühl, multiple Persönlichkeitsanteile zu haben, zu dem Gefühl eines einheitlichen subjektiven Selbsts verändert. Dies setzt die Integration bzw. Fusion aller vorhandener Persönlichkeits-Anteile und den Aufbau eines stabilen Gefühls subjektiver Einheit voraus. Kluft (1984) spricht von einer "stabilen Fusion", wenn über einen Zeitraum von mindestens 27 Monaten (drei Monate, bis von einer abschließenden Fusion gesprochen werden kann plus weitere zwei Jahre follow-up bis zur stabilen Fusion) keinerlei Anzeichen für das Vorliegen dissoziierter Persönlichkeitsanteile mehr vorlagen. Selbst nach der abschließenden Fusion kann es notwendig sein, an den dissoziierten Denk- und Erlebensweisen der KlientIn weiterzuarbeiten. Es kann z.B. notwendig sein, dass TherapeutIn und KlientIn daran arbeiten, bestimmte Fertigkeiten eines der früheren Anteile über alle Rollen und Situationen hinweg, in denen sie heute angemessen wären, zu integrieren. Andere mögliche Aufgaben könnten sein, dass die KlientIn ihre neue Schmerzschwelle kennenlernt, die verschiedenen dissoziierten Altersstufen in ein chronologisches Alter integriert und ein dem Lebensalter entsprechendes, angemessenes und gesundes Ausmaß an Betätigungen und Belastung (exercise or exertion level) findet. U.U. muss auch traumatisches und belastendes Material aus der neuen, einheitlichen Perspektive heraus erneut bearbeitet werden.

2.2 Behandlungserfolg, Behandlungsbogen und Kosten-Effizienz für DIS

Studien zum Behandlungserfolg und zur Kosten-Effizienz der DIS-Behandlung haben gezeigt, dass DIS-KlientInnen sehr gute Behandlungserfolge erzielen können. Einzelfall-Beschreibungen von erfolgreichen DIS-Behandlungen reichen über mehr als ein Jahrhundert zurück. Daten zum Behandlungserfolg aus KlientInnen-Gruppen, die von einem einzelnen Therapeuten behandelt wurden, haben gezeigt, dass viele DIS-

KlientInnen eine erhebliche Verbesserung bis hin zur vollständigen Integration und Fusion erreichen und aufrechterhalten können (Kluft, 1984, 1986a). Systematische Behandlungsstudien belegen darüber hinaus einen positiven Behandlungserfolg bei DIS, wenn die Behandlung auch die direkte Arbeit mit den dissoziierten Persönlichkeitsanteilen und Trauma-Material umfasst. Dies unterstützt die DIS-KlientIn darin, ein größeres Maß an Integration zu erreichen. Die erste dieser Studien untersuchte den Behandlungsverlauf von 20 DIS-KlientInnen über einen Zeitraum von durchschnittlich drei Jahren ab Behandlungsbeginn (Coons, 1986). Die meisten KlientInnen waren bei TherapeutInnen in Behandlung, die in der DIS-Behandlung unerfahren waren, jedoch von erfahrenen TherapeutInnen supervidiert wurden. Trotz dieser Unerfahrenheit berichteten zwei Drittel der TherapeutInnen über mittlere bis große Verbesserungen bei ihren KlientInnen.

In den Niederlanden wurde eine Studie auf der Basis der Behandlungs-Akten (chart-review-study) von 101 KlientInnen mit dissoziativen Störungen, die sich über einen Zeitraum von durchschnittlich sechs Jahren in ambulanter Psychotherapie befanden, durchgeführt (Groenendijk & Van der Hart, 1995). Nach den Ergebnissen dieser Studie war der Behandlungserfolg abhängig von der Behandlungsintensität. Bei umfassenderen (comprehensive) Behandlungen ließen sich bessere Erfolge feststellen. Die größte und systematischste Behandlungsstudie untersuchte 54 DIS-KlientInnen einer spezialisierten Traumastation zwei Jahre nach der Entlassung in eine ambulante Weiterbehandlung nach (Ellason & Ross, 1997). Über die Gesamtgruppe betrachtet ließen sich signifikante Verbesserungen in Hinblick auf die allgemeine Psychopathologie nachweisen. Diese zeigten sich u.a. in einer geringeren Anzahl von Achse-I und Achse-II-Störungen, in niedrigeren DES-Gesamtscores, geringeren Werten auf den Depressions-Skalen von Beck und Hamilton und einer verminderten Anzahl von dissoziativen Symptomen im DDIS. KlientInnen, die nach sehr eng gefassten Kriterien eine abschließende Fusion erreicht hatten, zeigten die stärksten Verbesserungen.

Zwei Studien zum Behandlungserfolg und zur Kosten-Effizienz der DIS-Behandlung führten zu übereinstimmenden Ergebnissen, die darauf hindeuten, dass der Behandlungserfolg von der Schwere der Ausgangssymptomatik der DIS-KlientInnen abhängig ist (Loewenstein, 1994; Putnam & Loewenstein, 2000). Die KlientInnengruppe mit dem besten Behandlungserfolg zeigte innerhalb eines Zeitraums von ca. drei bis fünf Jahren angemessener Behandlung einen deutlichen Rückgang der Symptome. Eine zweite Gruppe von KlientInnen mit einer größeren Anzahl von Persönlichkeitsanteilen und mehr Zügen von Persönlichkeitsstörungen zeigte ebenfalls einen guten Behandlungserfolg, die KlientInnen benötigten jedoch neben der ambulanten Psychotherapie auch stationäre Behandlungen. Eine dritte Gruppe, die durch die längsten Vorbehandlungen vor der DIS-Diagnose, die größte Anzahl von Persönlichkeitsanteilen und die schwersten Achse-II-Symptome gekennzeichnet war, wiesen erheblich längere, kostenintensivere und schwierigere Behandlungsverläufe auf. Insgesamt zeigten sich jedoch bei Behandlungsansätzen, die spezifisch auf die DIS-Symptomatik abzielten, im Vergleich zur Zeit vor der Diagnosestellung bereits nach dem ersten Jahr der Behandlung deutliche Rückgänge der psychiatrischen Gesamtbehandlungskosten für die KlientInnen.

Die bisher vorliegenden Studien weisen erhebliche methodische Begrenzungen wie z.B. die Unterschiedlichkeit und fehlende Standardisierung der Therapien sowie das

Fehlen von Kontrollgruppen auf. Trotzdem deuten sie in ihrer Gesamtheit darauf hin, dass viele DIS-KlientInnen durch Behandlungen, die auf die dissoziative Symptomatik abgestimmt sind, deutliche Verbesserungen erreichen können und dass auf lange Sicht Behandlungskosten gespart werden können, wenn die KlientInnen nach einem mehrphasigen Traumabehandlungs-Modell (s.u.) behandelt werden.

Die Studien unterstreichen außerdem einen wichtigen Punkt in der Behandlung und Behandlungsplanung: die Heterogenität der Gruppe der DIS-KlientInnen. In der Literatur werden verschiedene Untergruppen von DIS-KlientInnen beschrieben (vgl. z.B. Kluft, 1994). Das eine Extrem sind relativ gut funktionierende, hoch motivierte KlientInnen mit vergleichsweise wenig Komorbiditäten und einem guten, unterstützenden sozialen Netz, die relativ schnelle und gradlinige Behandlungsverläufe aufweisen. Am anderen Ende der Skala finden sich stark beeinträchtigte, chronisch und anhaltend schwer kranke psychiatrische PatientInnen. Diese können multiple Komorbiditäten wie z.B. schweren Substanz-Missbrauch, Ess-Störungen, organische Psychosyndrome, affektive Störungen und/oder vielfältige körperliche Probleme aufweisen. Eine andere schwer beeinträchtigte Subgruppe kann in gewalttätigen oder kriminellen Gruppen aktiv sein und/oder die eigenen Kinder missbrauchen oder gegenüber anderen Personen gewalttätig sein. Eine weitere Gruppe liegt irgendwo in der Mitte zwischen diesen drei Gruppen und weist ein variierendes Ausmaß an Komorbiditäten, psychosozialen Dysfunktionen und interpersonellen Problemen auf. Bei der Behandlungsplanung bei DIS sollten daher sowohl die Motivation als auch die persönlichen einschließlich der finanziellen Ressourcen der KlientIn berücksichtigt werden und es sollte geprüft werden, wie weit die KlientIn vor diesem Hintergrund in der Lage ist, sich auf eine intensive, herausfordernde Psychotherapie einzulassen, die weitreichende Veränderungen des derzeitigen Lebens zum Ziel hat.

3 Der phasen-orientierte Behandlungsansatz

Über die letzten zwei Jahrzehnte hinweg stimmen ExpertInnen darin überein, dass komplexe trauma-assoziierte Störungen incl. der DIS am angemessensten mit einem phasen- oder stufen-orientierten Ansatz behandelt werden können. Die gebräuchlichste Struktur für einen solchen Behandlungsansatz umfasst drei Phasen:

- (1) Sicherheit, Stabilisierung und Symptom-Reduktion
- (2) Direkte und tiefgehende Arbeit an traumatischen Erinnerungen
- (3) Integration der Identität und Rehabilitation

(siehe z.B. Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Herman, 1992a; Kluft, 1993a; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001, 2004; Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998). Die Arbeiten von Kluft (1993a) und Steele, Van der Hart und Nijenhuis (2005) beispielsweise gehen auf viele der spezifischen Aspekte der phasen-orientierten Behandlung der DIS und anderer dissoziativer Störungen ein. Die phasen-orientierte Behandlung der DIS ist keine neue Idee. Pierre Janet sprach sich bereits ab dem späten 19. Jhd. für einen ähnlichen phasen-orientierten Behand-

lungsansatz für dissoziative Störungen aus (Brown, Schefflin & Hamomond, 1998; Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989).

Komplexe PTB (Herman, 1992b, 1993; Van der Kolk et al., 1993) ist ein diagnostisches Konstrukt, das auf das Beschwerdebild vieler DIS-KlientInnen zutrifft (Courtois, 2004). Diese KlientInnen haben typischerweise beginnend ab der frühen Kindheit und über mehrere Entwicklungsperioden hinweg wiederholte Traumatisierungen erlebt. Zusätzlich zu PTB-Symptomen haben sie erhebliche Probleme mit der Affekt-Regulation, mit Dissoziation sowie mit dem Selbst- und Körperbild. Letzteres drückt sich häufig in Form von Ess-Störungen, autodestruktiven Angriffen auf den Körper oder Somatisierungen aus. Die KlientInnen können erhebliche Beziehungs-Probleme aufweisen, wie z.B. erhebliche Probleme, anderen zu vertrauen oder die Verstrickung in gewalttätige oder missbräuchliche Beziehungen. Sie erleben die Welt oft als gefährlich und traumatisierend, schämen sich und betrachten sich als für das Leben geschädigt und als selbst für die erlebten Traumatisierungen verantwortlich. Diese KlientInnen haben häufig schwerwiegende Probleme mit selbstschädigendem und selbstverletzendem Verhalten und sprechen auf Standard-Behandlungen häufig kaum an (Herman, 1993; Van der Kolk et al., 1996¹⁹). Die Behandlung für die komplexe PTB ist dementsprechend eine langfristige, multi-modale, relativ eklektische Psychotherapie, die spezifisch auf die vielfältigen klinischen Probleme abgestimmt ist, unter denen die KlientInnen leiden.

Eine umfassende Beschreibung der phasen-orientierten Behandlung der DIS würde den Rahmen dieser Richtlinien sprengen (für weiterreichende Ausführungen vgl. Quellenangaben in den vorherigen Absätzen). Die meisten DIS-KlientInnen weisen jedoch zu Beginn der Behandlung Suizidalität, Selbstschädigungen oder andere auto-destruktive Verhaltensweisen auf, die zu einer kontinuierlichen oder einer Reihe von aufeinanderfolgenden Krisen führen können. Diese Krisen stehen oft im Zusammenhang mit ernsten psychosozialen Belastungen, die die Stabilität der KlientInnen untergraben haben. Es können komorbide Störungen wie z.B. PTB, Substanz-Missbrauch, Ess-Störungen, somatoforme Störungen, Angst- und affektive Störungen (vorwiegend aus dem depressiven Spektrum), Persönlichkeitsstörungen (meist gemischte Persönlichkeitsstörungen mit vermeidenden, zwanghaften, Borderline- und/oder narzisstischen Zügen) und, weniger häufig, organische Psychosyndrome oder psychotische Störungen vorliegen.

¹⁹ Für deutschsprachige Veröffentlichungen zur komplexen PTB siehe z.B.:

Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R. C., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 73, 820-829.

Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die klinische Praxis. *Psychotherapeut*, 48, 50-70.

Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*, 75, 451-459.

Van der Kolk und MitarbeiterInnen entwickelten für die Differential-Diagnostik der komplexen PTB ein diagnostisches Interview, das Structured Interview for Disorder of Extreme Stress not otherwise Specified (SIDES).

Das SIDES wurde von der Arbeitsgruppe von Martin Sack an der Abt. Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover ins Deutsche übersetzt. Das Strukturierte Klinische Interview für die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (IK-PTBS) ist vollständig abgedruckt bei Huber, M. (2003a). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1*. Paderborn: Junfermann.

Die Behandlungsphasen sind bis zu einem gewissen Punkt eine heuristische Konstruktion. Die Phasen beschreiben die Haupt-Orientierung der therapeutischen Arbeit an verschiedenen Punkten während des Behandlungsverlaufs. Das übergeordnete Ziel ist dabei jeweils, die DIS-KlientIn darin zu unterstützen, eine verbesserte allgemeine Lebensqualität und –anpassung, Sicherheit und Stabilität zu erreichen und diese (falls indiziert) auch während der Bearbeitung traumatischer Erfahrungen aufrechtzuerhalten. Auch während der Stabilisierungsphase kann die Behandlung z.B. zeitweise auf traumatische Erfahrungen fokussiert werden. Dies geschieht jedoch in einer eher distanzierten und kognitiven Art und Weise, um der KlientIn zu helfen, effektiver zwischen vergangenen Ereignissen und aktuellen Erfahrungen zu differenzieren. In der mittleren Behandlungsphase müssen häufig Techniken zur Stabilisierung und zum Symptom-Management eingesetzt werden, um zu vermeiden, dass die KlientIn durch die Arbeit an traumatischen Erfahrungen überwältigt wird bzw. um sie darin zu unterstützen, sich wieder zu stabilisieren, wenn dies doch geschehen sollte. Rehabilitation und eine verbesserte Lebens-Anpassung sind Bestandteil jeder Art von psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung und sollten in jeder Phase der Behandlung erfolgen.

3.1 Phase I: Herstellen von Sicherheit, Stabilisierung und Symptomreduktion

Zu Beginn der Behandlung sollte der Schwerpunkt zunächst auf den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und auf die Information der KlientInnen über ihre Schwierigkeiten und über den Ablauf der Behandlung gelegt werden. Ein verlässlicher und angemessener Behandlungsrahmen ist vor dem Hintergrund eines unterstützenden therapeutischen Umfelds entscheidend, um eine stabile Therapie zu ermöglichen, die potentiell zu einem erfolgreichen Behandlungsabschluss führen kann. Wie bei allen KlientInnen mit komplexer PTB müssen während der anfänglichen therapeutischen Arbeit mit DIS-KlientInnen alle schwerwiegenden Formen von auto-destruktivem Verhalten und anderer Aspekte, die die körperliche und psychosoziale Sicherheit der KlientIn beeinträchtigen könnten, aufgegriffen werden.

3.1.1 Suizidalitäts-Risiko

Wissenschaftliche Untersuchungen mit DIS-KlientInnen deuten darauf hin, dass ein sehr hoher Prozentsatz der DIS-KlientInnen in der Vorgeschichte Suizid-Versuche und Selbstverletzungen aufweist. Bisher liegen jedoch noch keine Studien vor, in denen das Suizid-Risiko von DIS-KlientInnen mit dem von anderen KlientInnengruppen verglichen wurde. Da jedoch die große Mehrheit der DIS-KlientInnen die DSM-IV-TR-Diagnosekriterien für eine akute oder frühere PTB erfüllt, sind Daten zur Suizidalität bei PTB-KlientInnen für die Abschätzung des Suizidalitäts-Risikos bei DIS relevant. In der National Comorbidity Study (Kessler, 2000) wurde festgestellt, dass die Diagnose einer PTB mit einem sechs-fach erhöhten Risiko für einen Suizidversuch verbunden ist. Das Risiko ist damit größer als bei allen anderen Formen von Angststörungen und etwa halb so hoch wie bei affektiven Störungen. Personen mit PTB haben darüber hinaus etwa das gleiche Risiko, einen Suizid-Plan oder einen impulsiven Suizid-Versuch zu machen, wie KlientInnen mit einer schweren depressiven Episode.

Viele DIS-KlientInnen erfüllen zusätzlich auch die Diagnosekriterien für eine schwere depressive Episode, was das Risiko für Suizidversuche noch erhöhen könnte.

Neuere Studien haben auch gezeigt, dass Kindesmisshandlung selbst mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten verbunden ist (vgl. z.B. Arnow, 2004). In diesen Studien wurde für das Vorliegen körperlicher, sexueller und emotionaler Missbrauchs-Erfahrungen und Vernachlässigung sowie für deren Schweregrad ein kontinuierlicher Anstieg des Suizidalitätsrisikos nachgewiesen.

Untersuchungen haben außerdem gezeigt, dass sexuelle Kindesmisshandlung eng mit einer Vorgeschichte von Selbstverletzungen, Ess-Störungen und anderen Formen von parasuizidalem Verhalten verbunden ist (van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Höhere Raten von sexueller Kindesmisshandlung und anderen Formen von Misshandlungen erhöhen das Risiko für Suizidversuche substantiell, wobei die Raten mit einer steigenden Anzahl von Misshandlungs-Erfahrungen ansteigen (Arnow, 2004). Die hohen Raten von schwerer, wiederholter sexueller Kindesmisshandlung und anderen Formen von Misshandlungen in den Lebensgeschichten von DIS-KlientInnen deuten stark darauf hin, dass Selbstverletzungen und selbstschädigendes Verhalten in dieser Population ebenfalls häufig auftreten.

Die Ergebnisse dieser und anderer Studien deuten darauf hin, dass suizidales und/oder autodestruktives Verhalten unter DIS-KlientInnen außergewöhnlich häufig auftritt (Putnam et al., 1986; Ross & Norton, 1989a). Während es keine Studien zur Prävalenz vollendeter Suizidversuche bei DIS-KlientInnen gibt, berichteten viele Mitglieder der Guidelines-Task-Force, dass sie Fälle von DIS-KlientInnen kennen, die sich letztendlich suizidiert haben. TherapeutInnen, die mit DIS-KlientInnen arbeiten, müssen sich dem Risiko für ein hohes Potential an Suizidalität und/oder autodestruktivem Verhalten in dieser KlientInnengruppe bewusst sein und dieses Risiko entsprechend ernst nehmen.

3.1.2 Klinischer Umgang mit Fragen der Sicherheit

DIS-KlientInnen berichten gewöhnlich über eine Vorgeschichte von Misshandlungserfahrungen oder darüber, dass ihre Sicherheit während ihrer Kindheit und Jugend nicht gewährleistet war. Sie neigen dazu, diese Erfahrungen in ihrem späteren Leben zu reinszenieren und ihre Aggression, Schamgefühle, Ängste und andere überwältigende Gefühle durch auto-destruktives Verhalten gegen sich selbst zu richten. Einer der wichtigsten Eckpfeiler der Behandlung von DIS-KlientInnen ist es daher, die KlientInnen darin zu unterstützen, Sicherheit vor Verhaltensweisen zu erlangen, die die KlientInnen für sich selbst oder für andere (insbesondere für ihre eigenen kleinen Kinder) zur Gefahr werden lassen können oder die sie anfällig für Ausbeutung oder Gewalt von anderen machen. Viele DIS-KlientInnen zeigen diese Art von Problemen, wenn sie sich erstmals um eine Psychotherapie bemühen; entsprechende Probleme können außerdem offensichtlich werden, wenn die Behandlung voranschreitet. Am häufigsten finden sich Suizidalität und/oder parasuizidales Verhalten, Alkohol- und/oder Substanz-Missbrauch, Verstrickung in gewalttätige oder ausbeutende Beziehungen, Symptome von Ess-Störungen, gewalttätiges oder aggressives Verhalten gegenüber anderen, unzureichende Ernährung, Kleidung oder Unterkunft und Hoch-

Risiko-Verhaltensweisen, welche die KlientInnen in Gefahr bringen können. Einige Beispiele für diese letztgenannten Verhaltensweisen sind Fugue-Zustände oder z.B. nächtliches Herumwandern in gefährlichen Wohngebieten oder Parkanlagen, riskantes Autofahren, ungeschützte oder unsichere Sexualkontakte und –praktiken und/oder die Unfähigkeit, angemessen auf medizinische Probleme zu reagieren etc. Fragen der äußeren Sicherheit (Verstrickung in missbräuchliche Beziehungen, Verfolgtsein bzw. –fühlen durch äußere Täter) sowie der inneren Sicherheit (vor Suizid, Selbstgefährdung, -verletzung und –beschädigung etc.) sollten in einer umfassenden und direkten Art aufgegriffen und vorrangig bearbeitet werden.

Ohne eine erfolgreiche Lösung der zahllosen Sicherheitsprobleme, die eine DIS-KlientIn mit in die Therapie bringt, kann in der Therapie insgesamt nur wenig erreicht werden. Die TherapeutIn sollte sehr aufmerksam auf verdeckte selbst- oder fremd-gefährdende Verhaltensweisen achten und diese ansprechen, und zwar energisch, um sicher zu gehen, dass diese in den Vordergrund der Behandlung gerückt werden. Eine sorgfältige Anamneseerhebung bringt oft an den Tag, dass die sicherheitsgefährdenden Verhaltensweisen der KlientIn bereits seit Jahren bestehen. Diese Verhaltensweisen sind oft am besten als selbst-regulatorische, häufig sogar selbst-tröstende adaptive Strategien zu verstehen, die in einem logischen Zusammenhang mit der traumatischen Vorgeschichte der KlientIn stehen und mit denen die KlientIn versucht, mit dieser Vorgeschichte umzugehen. Es empfiehlt sich daher meist, diese Verhaltensweisen als Bewältigungsversuchen anzusehen, die in andere Bahnen gelenkt werden müssen, anstatt sie als "schlechte" Verhaltensweisen, die eliminiert werden müssen, zu betrachten. Gleichzeitig kann das therapeutische Bündnis und das Gefühl eines "unterstützenden Umfelds" für die DIS-KlientIn gestärkt werden, wenn die TherapeutIn aktiv eine Haltung "nicht-missbräuchlicher Werte" gegenüber sich selbst und anderen vertritt (Loewenstein, 1993).

Sicherheitsfragen sollten in einer umfassenden und direkten Art und Weise angesprochen werden. Andere Therapieinhalte müssen u.U. zurückgestellt werden, bis eine ausreichende Sicherheit hergestellt ist. Folgende Interventionen können u.a. sinnvoll und notwendig sein:

- 1) Information, dass ausreichende äußere und innere Sicherheit eine der Grundvoraussetzungen dafür ist, dass die Therapie zum Erfolg führen kann
- 2) Identifikation der Persönlichkeitsanteile, die sicherheitsgefährdende Verhaltensweisen zeigen oder ein solches Verhalten kontrollieren
- 3) Förderung der Zustimmung unter diesen und allen anderen Anteilen, die KlientIn darin zu unterstützen, sicherheitsgefährdenden Handlungsimpulsen zu trotzen und/oder alternative Strategien einzusetzen, um mit Problemen umzugehen (s.u.)
- 4) Einsatz von kognitiver Therapie, kognitiv-behavioraler Therapie und/oder Dialektisch behavioraler Therapie (DBT), um die KlientIn darin zu unterstützen, kognitiven Verzerrungen und Störungen der Affekt-Regulation zu begegnen, die sicherheitsgefährdenden Verhaltensweisen häufig zugrunde liegen,
- 5) Einsatz von Symptom-Management-Strategien wie Reorientierungstechniken, Krisen-Planung ("Notfall-Koffer"), hilfreiche imaginative Übungen

und/oder Medikamenten (s.u.) um Alternativen zu sicherheitsgefährdenden Verhaltensweisen aufzubauen

- 6) Entwicklung spezifischer Behandlungspläne für den Umgang mit Ess-Störungen und/oder Substanz-Missbrauch, die bei Bedarf auch die Überweisung in spezialisierte Behandlungsprogramme (die sich mit traumabedingten Störungen auskennen sollten) umfassen können
- 7) (Innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens) Hinzuziehen von geeigneten Einrichtungen bzw. Behörden, falls die TherapeutIn den begründeten Verdacht hat, dass die KlientIn sich gegenüber Kindern oder anfälligen Erwachsenen missbräuchlich verhält oder wenn die Gefahr besteht, dass es zu gewalttätigen Ausbrüchen gegenüber einer anderen Person kommt
- 8) Unterstützung der KlientIn, sich (im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben) mit Hilfe angemessener Ressourcen vor häuslicher Gewalt zu schützen
- 9) Darauf drängen, dass die KlientIn für ein geschützteres Behandlungssetting (incl. stationäre Aufnahmen) sorgt, wenn die Gefahr besteht, dass sie sich selbst oder andere schädigt.

Normalerweise wird die TherapeutIn im Rahmen der Behandlung "Sicherheits-Verträge" oder "Sicherheits-Vereinbarungen" mit dem Persönlichkeits-System der DIS-KlientIn entwickeln, um der KlientIn eine Struktur für die Beendigung von gefährlichen Verhaltensweisen zu geben. Gemeint sind Verhaltensweisen wie z.B. das Aufsuchen von Situationen, in denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, körperlich, sexuell bzw. seelisch misshandelt zu werden, Selbstverletzungen oder Suizidversuche. Sowohl aus klinischer als auch aus medizinisch-rechtlicher Sicht sind solche Verträge oder Vereinbarungen jedoch kein Ersatz für die klinische Einschätzung der TherapeutIn hinsichtlich der Sicherheit der KlientIn. Die Verträge müssen im Gesamtkontext der klinischen Situation der KlientIn betrachtet werden und sollten regelmäßig zusammen mit der KlientIn überprüft werden. Die TherapeutIn sollte immer auf restriktivere Behandlungsalternativen bestehen, wenn die KlientIn nach Einschätzung der TherapeutIn nicht sicher ist, auch wenn die KlientIn auf die Gültigkeit des "Vertrages" pocht.

Sicherheitsvereinbarungen können am besten als verzögernde oder Zeit gewinnende Strategien konzeptualisiert werden, ähnlich wie bei einem Klienten mit Alkohol-Abhängigkeit, der die AA-Strukturen als Alternative zum Trinken einsetzt. Im Allgemeinen holt die TherapeutIn von allen vorhandenen Persönlichkeitsanteilen die folgende oder eine ähnlich umfassende Zustimmung ein:

"Ich werde zu keinem Zeitpunkt mich selbst oder irgendjemand anders in der inneren oder äußeren Welt versehentlich oder mit Absicht verletzen oder töten." (nach Braun, 1986, p. 12).

Eine andere, häufig gebrauchte Formulierung für einen Sicherheits-Vertrag ist: „Ich werde mich/uns nicht gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen aussetzen, sondern...“

TherapeutInnen sollten sich jedoch bewusst sein, dass keine Sprache frei ist von Schlupflöchern und sie sollten darauf bestehen, dass die KlientInnen sich an die grundlegende *Bedeutung* der Vereinbarung halten. TherapeutInnen sollten sich dar-

über hinaus nicht die Mühe machen, mit jedem einzelnen Persönlichkeitsanteil einen Kontrakt abzuschließen. Die KlientIn sollte statt dessen darin unterstützt werden, Strategien zu entwickeln (z.B. mit Hilfe von ideomotorischen Fingersignalen), mit denen sie sicherstellen kann, dass alle Persönlichkeitsanteile anerkennen, dass sie an den Vertrag gebunden sind.

Falls dies notwendig erscheint, können auch andere Verhaltensweisen wie z.B. Alkohol- oder Drogenkonsum oder gefährliches Autofahren etc. in den Vertrag mit aufgenommen werden. Solche Verträge sind jedoch nur dann effektiv, wenn die KlientIn einen "Notfall-Plan" als Alternative hat. Dieser Notfall-Plan könnte z.B. eine Hierarchie von alternativen Verhaltensweisen enthalten wie z.B. Kontakt zu FreundInnen aufzunehmen, die Situation bzw. Umgebung, in der sich die KlientIn unsicher fühlt, zu verlassen, Einsatz von Symptom-Management-Strategien wie z.B. hilfreiche imaginative Übungen, Reorientierungs-Techniken und Containment-Techniken, falls notwendig Einsatz von Medikamenten, und, als letzte Möglichkeit, die TherapeutIn anzurufen und auf einen Rückruf zu warten oder sich in der Notaufnahme einer Klinik vorzustellen, wenn sich die KlientIn nicht in der Lage sieht, für ausreichende Sicherheit zu sorgen.

Häufig fällt es KlientInnen leichter, sich an zeitlich befristete Sicherheits-Verträge zu halten, insbesondere in der Anfangsphase der Behandlung, da sie u.U. noch nicht bereit oder fähig sind, über lange Zeit eingesetzte selbstregulatorische (aber letztendlich schädigende) Verhaltensweisen dauerhaft aufzugeben. Erfahrene TherapeutInnen versuchen normalerweise, Vereinbarungen für mehrere Wochen oder Monate auszuhandeln und erneuern diese Abmachungen nicht häufiger als von Sitzung zu Sitzung (außer im Falle einer akuten Krise, während der es notwendig sein kann, die Vereinbarungen während eines Telefon-Kontaktes zu erneuern, um eine stationäre Aufnahme zu vermeiden). Wenn es notwendig ist, Sicherheits-Vereinbarungen häufiger als von Sitzung zu Sitzung zu erneuern, kann dies darauf hindeuten, dass die Behandlung modifiziert werden muss. In solchen Fällen ist es häufig notwendig, ein enger umgrenztes Behandlungssetting für die KlientIn zu finden, z.B. in Form einer teilstationären oder stationären Behandlung.

Manche KlientInnen erleben die Vereinbarungen subjektiv als konkreter, wenn sie niedergeschrieben werden und von mehreren oder allen vorhandenen Persönlichkeitsanteilen unterschrieben werden. Die TherapeutIn sollte jedoch kein größeres Vertrauen in die Gültigkeit der Vereinbarungen haben, wenn diese niedergeschrieben und unterzeichnet sind. Der entscheidende Punkt ist die aufrichtige Zustimmung der KlientIn zu der Vereinbarung und zu der Aufgabe, die persönliche Verantwortung für die eigene Sicherheit zu übernehmen, was auch die Bitte um Unterstützung anstelle der Ausübung sicherheitsgefährdender Verhaltensweisen in Überforderungssituationen umfassen kann. Die Arbeit an Fragen der Aufrichtigkeit in Bezug auf die Sicherheitsvereinbarungen kann auch andere wichtige Punkte beim Aufbau des therapeutischen Bündnisses (s.u.) aufzeigen.

Der Einsatz von Sicherheits-Verträgen kann KlientInnen helfen, zu realisieren, dass sie erheblich mehr Kontrolle über Sicherheitsfragen haben, als ihnen bisher bewusst war und kann sie darin unterstützen, ihre Kräfte beim Versuch, sicherheitsgefährdende Verhaltensweisen zu vermeiden, effektiver zu mobilisieren. Therapeutische Gespräche über das Aufgeben sicherheitsgefährdender Verhaltensweisen kreisen re-

gelmäßig um eine Vielzahl von zentralen Themen, wie das Persönlichkeits-System, die Lebensgeschichte der KlientIn, Übertragungs-Phänomene (insbesondere traumatische Übertragungs-Themen) und Ideen und Vorstellungen, die das Verhalten der KlientInnen beeinflussen.

3.1.3 Stabilisierung und Symptom-Reduktion

Die meisten phasen-orientierten Behandlungsmodelle beginnen mit einer Phase der Symptom-Stabilisierung. Der Schwerpunkt liegt in dieser Behandlungsphase eher auf dem Management und der Kontrolle von Symptomen als auf einer weiterreichenden Exploration traumatischer Erinnerungen. Wenn die KlientIn während der Behandlung beispielsweise einen spontanen Flashback oder intrusive Traumaerinnerungen hat, sollte die TherapeutIn ihr helfen, die Intensität der Gefühle zu modulieren, jedoch kein tiefgehendes Gespräch über detaillierte Inhalte dieses Materials fördern. Während dieser Phase sollte die TherapeutIn die KlientIn darin unterstützen, Sicherheit in ihrem Lebensumfeld aufzubauen, den psychophysiologischen Stresspegel zu modulieren, ihre Affekttoleranz und Impulskontrolle zu verbessern und Kontrollmöglichkeiten für posttraumatische und dissoziative Symptome zu entwickeln. Andere wichtige Punkte während der anfänglichen Stabilisierungsphase sind die Diagnostik und Stabilisierung von komorbiden Störungsbildern, ein verbessertes Funktionsniveau im Alltag und eine Verbesserung der Fähigkeit, unterstützende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Unter Umständen ist der Einsatz von unterschiedlichen Interventionen und Behandlungsstrategien notwendig, um die KlientIn bei der Stabilisierung zu unterstützen. Diese umfassen u.a.

- 1) Psychoedukation über trauma-bedingte Schwierigkeiten,
- 2) Vermittlung von Reorientierungs-Techniken bei dissoziativen und posttraumatischen Symptomen,
- 3) Psychoedukation zu Containment-Techniken für dissoziative, posttraumatische und affektive Ausbrüche,
- 4) Einsatz von kognitiv-behavioralen Techniken, um die KlientIn darin zu unterstützen, problematische kognitive Muster und Grundannahmen zu erkennen und zu hinterfragen
- 5) Vermittlung einer besseren Anpassungsfähigkeit an aktuelle Lebensbelastungen und zwischenmenschliche Probleme.

Als Ergänzung zur psychotherapeutischen Behandlung kann auch der Einsatz von Psychopharmaka zur Linderung von affektiven Symptomen, Ängsten, posttraumatischen Symptomen, Schlafstörungen und Denkstörungen sinnvoll sein (vgl. Kapitel 4.5).

Chronisch traumatisierte Menschen incl. KlientInnen mit DIS profitieren häufig auch von zeitweiligen "Ich-stärkenden" Interventionen wie z.B. Skill-Trainings, tröstenden Bildern, Bestätigungen (reaffirming statements) und beruhigenden Imaginationen wie z.B. dem "sicheren Ort". Wenn KlientInnen unter spontanen intrusiven traumatischen

Erinnerungen leiden, profitieren sie oft von verhaltenstherapeutischen Techniken, die ihnen helfen, traumatische Erinnerungen zu stoppen oder zumindest ihre Intensität zu kontrollieren und dadurch bedingte Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus im Alltag zu reduzieren. Bei DIS-KlientInnen kann es zu spontanen und unkontrollierbaren dysfunktionalen Switches zwischen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen und ähnlichen hochgradig störenden Erfahrungen kommen, die häufig im Zusammenhang mit intrusiven posttraumatischen Symptomen stehen. DIS-spezifische Stabilisierungstechniken wurden mit dem Ziel entwickelt, die KlientIn im Umgang mit solchen Symptomen zu unterstützen, Typische Interventionen umfassen Psychoedukation in Hinblick auf das Störungsbild, Techniken zur Verbesserung der internen Kommunikation und des Cobewusstseins zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen und Strategien, die es den Anteilen ermöglichen, in einer sicheren Art und Weise über ihre Symptome zu kommunizieren und sie zu beherrschen.

Auch Fragen der Verantwortung für das eigene Verhalten werden typischerweise erstmals in dieser Behandlungsphase besprochen. Dazu gehört die Frage, in welcher Form die KlientIn als Individuum in der Außenwelt, in der Therapie wie auch im inneren System für die Verhaltensweisen aller Persönlichkeitsanteile verantwortlich gemacht wird bzw. ist. Strategien zur Verbesserung der internen Kommunikation können Techniken zur Förderung von Verhandlungen zwischen verschiedenen Anteilen, die Anerkennung der Wichtigkeit aller vorhandenen Anteile und die Selbstverpflichtung aller Persönlichkeitsanteile in bezug auf Sicherheit vor Selbstschädigungen und/oder suizidalen Handlungen (s.o.) umfassen. In manchen Fällen ist es notwendig, dass der Stabilisierungsplan auch Rehabilitations-Maßnahmen, stationäre Krisen-Interventionen, spezialisierte Behandlungsprogramme für Substanz-Missbrauch oder Ess-Störungen, Kontakte zu Behörden wie z.B. Jugendämtern oder Kinderschutz-Einrichtungen oder auch betreute Wohnformen, Tageskliniken oder stationäre Behandlungen umfasst.

Wie bereits in einem vorherigen Abschnitt beschrieben, gibt es bei DIS-KlientInnen große Unterschiede hinsichtlich ihrer Ich-Stärke, der Behandlungsmotivation, verfügbarer sozialer Unterstützung, aktueller Lebensbelastungen, finanzieller Ressourcen, und zahlreicher anderer Faktoren, die einen Einfluss darauf haben können, ob und in welchem Maße eine KlientIn dazu in der Lage ist, sich auf eine herausfordernde und auf Veränderung ausgerichtete Behandlung einzulassen. Viele KlientInnen werden daher über einen langen Zeitraum, manchmal sogar über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg in der Behandlungsphase I – Stabilisierung - verbleiben. Diese KlientInnen können häufig erhebliche Fortschritte im Bereich Sicherheit und allgemeines Funktionsniveau erreichen, sind jedoch u.U. nicht in der Lage, sich einer umfassenden und emotional belastenden detaillierten Auseinandersetzung mit ihrer Trauma-Geschichte zu stellen. Der Schwerpunkt der Behandlung sollte bei KlientInnen mit einem chronisch niedrigen Funktionsniveau daher dauerhaft eher auf Stabilisierung, Krisenmanagement und Symptomreduktion anstatt auf der detaillierten Arbeit an traumatischen Erinnerungen und der Fusion dissoziierter Persönlichkeitsanteile liegen. Es sind eine Reihe von Faktoren beschrieben worden, die dafür sprechen, den Schwerpunkt dauerhaft auf Stabilisierungsarbeit zu legen. Hierzu gehören beispielsweise schwere Bindungs-Probleme, geringe Ich-Stärke und Bewältigungskapazitäten, andauernder Täterkontakt, schwere Persönlichkeitsstörungen, schwere

körperliche Erkrankungen und anhaltender Substanz-Missbrauch oder –Abhängigkeit (vgl. z.B. Boon, 1997, Kluft, 1997).

Allgemein sollte erst dann zu Behandlungsphase II übergegangen werden, wenn sich die KlientIn angemessen stabilisiert hat, wenn sie umfassend über mögliche weitere Behandlungsschritte (und deren jeweilige Risiken und Chancen) informiert wurde und dem Übergang zur nächsten Behandlungs-Phase ausdrücklich zugestimmt hat (vgl. Kap. "informed consent").

3.1.4 Arbeit mit dissoziierten Persönlichkeitsanteilen

Als Teil der Auseinandersetzung mit ihrer Störung müssen DIS-KlientInnen beginnen, die Persönlichkeitsanteile, die eine aktive Rolle in ihrem derzeitigen Leben spielen, zu verstehen, zu akzeptieren und Kontakt mit ihnen aufzunehmen. TherapeutInnen müssen akzeptieren, dass eine erfolgreiche DIS-Behandlung praktisch immer auch erfordert, in irgendeiner Form mit den dissoziierten Persönlichkeitsanteilen zu kommunizieren und zu interagieren. Zu Beginn der Behandlung müssen TherapeutIn und KlientIn sichere und kontrollierbare Möglichkeiten für die Arbeit mit anderen Anteilen schaffen, die u.U. zu mehr Cobewusstsein und einer größeren Integration führen können. Um mit den Persönlichkeitsanteilen arbeiten zu können, müssen diese direkt oder indirekt (s.u.) angesprochen werden. Eine umfassende Diskussion dieses Punktes würde den Rahmen der Behandlungsrichtlinien sprengen. Für eine umfassendere Diskussion der Grundprinzipien der DIS-Behandlung siehe z.B. Putnam, 1987/2003, Ross, 1997, Kluft, 2001 und Kluft and Fine, 1993²⁰.

Es kann vorkommen, dass einige Persönlichkeitsanteile darauf beharren, dass sie nicht in "dem Körper leben". Bei einer solchen Form der "wahnhaften Separiertheit" können sie darauf beharren, dass Suizidversuche oder Selbstverletzungen keine Auswirkungen auf sie selbst, sondern ausschließlich auf andere Persönlichkeitsanteile haben. Aus dieser Fehlannahme können erhebliche Sicherheitsrisiken resultieren. Daher ist es wichtig, diese extreme Form der dissoziativen Verleugnung direkt zu hinterfragen. Es kann jedoch trotzdem in manchen Fällen viele therapeutische Sitzungen erfordern, diese Fehlwahrnehmung der Getrenntheit aufzulösen, selbst wenn die Persönlichkeitsanteile den Widerspruch bemerken und anerkennen, dass sie sich in einem Körper vorfinden, in dem sie angeblich gar nicht leben.

Es ist möglich, bestimmte Persönlichkeitsanteile direkt anzusprechen, z.B.: "Ich muss mit der-/ denjenigen sprechen, die letzte Nacht nach ... gefahren sind und dort ungeschätzten Sex hatten". Andererseits erarbeiten erfahrene TherapeutInnen normalerweise mit der KlientIn eine Reihe von Fertigkeiten, die es ihnen ermöglichen, andere Anteile in einer indirekteren Form anzusprechen. Die TherapeutIn kann z.B. vorschlagen, dass die verschiedenen Persönlichkeitsanteile miteinander in einen inneren Dialog treten, dass sie nonverbale Kommunikationsformen wie z.B. ideomotorische Fingersignale nutzen, um Fragen zu beantworten (Hammond, 1990) oder sie kann darauf drängen, dass "alle zuhören", wenn wichtige Fragen besprochen wer-

²⁰ Siehe auch Huber, M. (1995). Multiple Persönlichkeiten – Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. Frankfurt/Main: Fischer.

den. Häufig kann die TherapeutIn "durch" oder "über" die Teil-Persönlichkeit sprechen, die sich zu dem Zeitpunkt in der Therapie präsentiert, um mit anderen Anteilen, die für den gerade besprochenen Therapieinhalt wichtig sind, zu kommunizieren. Man kann die KlientIn z.B. bitten, "nach innen zu lauschen", um zu hören, was andere Anteile zu sagen haben. Insbesondere diese letzte Technik kann sehr hilfreich sein, da sie eine schnelle Diskussion über Themen zwischen verschiedenen Anteilen ermöglicht und dabei mögliche störende Auswirkungen von häufigen schnellen Wechseln vermeidet, die entstehen können, wenn viele verschiedene Anteile versuchen, mit der TherapeutIn zu kommunizieren. Implizit senken diese Techniken die dissoziativen Barrieren, indem sie den Austausch von Gedanken, Gefühlen und Perspektiven fördern, die subjektiv in den verschiedenen Anteilen voneinander separiert werden. Hypnose kann das "nach vorne kommen" von Persönlichkeitsanteilen fördern (s.u., Kapitel zu hypnotischen Techniken), insbesondere während einer Sicherheits-Krise, aber normalerweise ist Hypnose nicht erforderlich, um es einzelnen Persönlichkeitsanteilen zu ermöglichen, sich in die Therapie einzubringen – eine beständige und wiederholte Ermutigung allein reicht normalerweise völlig aus.

Häufig ist es hilfreich, gemeinsam mit der KlientIn "innere Landkarten" oder "Pläne" der bekannten Persönlichkeitsanteile innerhalb des Persönlichkeitssystems zu erarbeiten und regelmäßig zu aktualisieren. Eine solche "innere Landkarte" kann dabei helfen, die subjektiven Beziehungen der verschiedenen Anteile untereinander zu verstehen und kann darauf hinweisen, an welchen Stellen innerhalb des Systems noch Teil-Persönlichkeiten existieren können, die Symptome oder sicherheitsrelevante Verhaltensweisen beeinflussen oder kontrollieren könnten. Manche TherapeutInnen starten wiederholt ein Art "Rundruf", indem sie die Namen aller bekannten Anteile aufrufen und jeweils deren Bestätigung einholen, dass sie "präsent" sind und "zuhören" (Kluft, 1993a). Bei der Erstellung einer inneren Landkarte des Persönlichkeitssystems einer KlientIn sollte die TherapeutIn *nicht* versuchen, Persönlichkeitsanteile einzig und allein mit dem Ziel der "Kartierung" hervorzulocken oder zu identifizieren. Es kann kontraproduktiv und potentiell destabilisierend sein, KlientInnen aufzufordern, Teile von sich selbst zu enthüllen, bevor sie psychologisch darauf vorbereitet und bereit sind, dies zu tun. Allgemein sollten Persönlichkeitsanteile erst dann heraus gebeten werden, wenn sie sich von selbst zu erkennen geben oder wenn sie für aktuelle klinische Probleme von Bedeutung sind. Allerdings kann es in Situationen, in denen es zu erheblichen Sicherheitsproblemen oder wiederholtem Ausagieren der KlientIn kommt oder in Phasen, in denen der Therapieprozess stagniert, notwendig sein, bestimmte Anteile, die als für diese Schwierigkeiten verantwortlich erlebt werden, aktiv herauszurufen. In solchen Situationen ist es zweitrangig, ob sich die Anteile zuvor bereits von sich aus eingebracht haben oder nicht.

Es sind viele Schemata entwickelt worden, mit denen versucht wurde, eine Typologie dissoziierter Persönlichkeitsanteile zu erstellen. Eine Diskussion dieser Schemata geht über den Rahmen dieser Richtlinien hinaus. Alle dissoziierten Persönlichkeitsanteile sollten als Versuch der KlientIn verstanden werden, Lebensprobleme zu lösen und/oder als Anpassungsversuche an schwerwiegende Störungen in den frühen Entwicklungsphasen und in dem weiteren Lebensweg der KlientIn. In der Arbeit mit DIS erfahrene TherapeutInnen bemühen sich daher im Allgemeinen aktiv, auch zu solchen Anteilen Kontakt zu bekommen und sie auf sichere Art und Weise in die Be-

handlung einzubeziehen, die intensives Misstrauen, negative Affekte oder den Drang, den Körper der KlientIn zu schädigen, verkörpern oder die als feindselig, wütend, gewalttätig und/oder innerlich misshandelnd erlebt werden. Bei der richtigen Behandlung können diese Anteile so beeinflusst werden, dass sie im Laufe der Behandlung eine Quelle der Kraft und Resilienz für die KlientIn werden (Watkins & Watkins, 1988).

3.1.5 Vertrauen und therapeutisches Bündnis

KlientInnen mit einer Vorgeschichte von Kindesmisshandlungen haben oft große Schwierigkeiten zu vertrauen. Diese Schwierigkeiten manifestieren sich häufig gegenüber ihren TherapeutInnen und können sich in verschiedenen komplexen Übertragungsmustern ausdrücken (Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Davies & Frawley, 1997; Pearlman & Saakvitne, 1995). DIS-KlientInnen berichten sehr häufig über eine Kindheitsgeschichte voller schwerwiegender Traumatisierungen, gewöhnlich auch in Form von Vernachlässigung und/oder Misshandlungen durch Familienangehörige, Pflegepersonen oder andere Autoritäts- oder Vertrauenspersonen. TherapeutInnen sollten daher niemals die Schwierigkeiten unterschätzen, die diese KlientInnen dabei haben können, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Darüber hinaus kann die Behandlung dazu beitragen, dissoziative Barrieren und andere Abwehrmechanismen zu verringern, was zu stärkeren Intrusionen von traumatischen Erinnerungen führen kann. Dies wiederum kann zusätzliche Ängste vor Kontrollverlust hervorrufen, da sich die KlientInnen extremer Affekte und verwirrenden Kognitionen stärker bewusst werden. Wenn sie sich verletztlich fühlen, haben die KlientInnen u.U. noch mehr Schwierigkeiten zu vertrauen, da sie befürchten, wie in ihrer Kindheit missbraucht oder manipuliert zu werden. Solche "traumatischen Übertragungsreaktionen" können bei verschiedenen Persönlichkeitsanteilen offen oder verdeckt in intensiver Ausprägung auftreten (z.B. scheint die Alltagsperson der TherapeutIn zu trauen, während sich andere Anteile verletztlich fühlen und die Therapie sabotieren). Schließlich sind KlientInnen mit einer Missbrauchs-Geschichte -insbesondere bei Inzest - besonders gefährdet für sexuelle Ausbeutung durch Autoritäts-Figuren inklusive psychosozialer Fachkräfte (Kluft, 1990). DIS-KlientInnen, die von einem früheren Therapeuten sexuell missbraucht worden sind, brauchen gewöhnlich sogar noch mehr Zeit, um ein Gefühl der Sicherheit, geschweige denn des Vertrauens in der Therapie aufzubauen.

Die TherapeutIn sollte von Beginn der Behandlung an auf Fragen des therapeutischen Bündnisses achten. Die TherapeutIn sollte sich dabei immer wieder die potentiellen Schwierigkeiten, die für eine DIS-KlientIn beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung entstehen können, bewusst vor Augen führen. Für die TherapeutIn ist es oft hilfreich, Therapiesitzungen zu strukturieren, Informationen über die DIS und über Traumabehandlung in den Sitzungen zu vermitteln, das starke Unwohlsein, das während der Behandlung hervorgerufen werden kann, anzusprechen, und traumatische Übertragungen zu antizipieren und sie explizit anzusprechen, insbesondere wenn es sich um negative Übertragungen handelt. Der gut durchdachte Einsatz von Reorientierungs- und Containment-Techniken zur Vermeidung von Krisen während der Sitzungen kann ebenfalls hilfreich sein, um den Aufbau einer tragfähigen therapeuti-

schen Beziehung zu fördern. KlientInnen können zwischen einem erheblichen Druck, "alle Schranken zu öffnen, um all die Erinnerungen herauszulassen" und einer starken phobischen Vermeidung aller Fragen im Zusammenhang mit dem Trauma hin und her schwanken. Die TherapeutIn kann eine realistische therapeutische Beziehung fördern, indem sie die Behandlung so strukturiert, dass diese beiden Tendenzen ausbalanciert werden. Ziel ist ein pragmatisches Gleichgewicht zwischen der Dämpfung von traumatischen Inhalten einerseits und einer tiefergehenden Arbeit an Traumamaterial andererseits. Eine klinische Studie deutet darauf hin, dass DIS-KlientInnen, die wirklich ein therapeutisches Bündnis aufnehmen und ausbauen können, bessere und schnellere Behandlungserfolge erzielen als DIS-KlientInnen, denen dies nicht gelingt (Kluft, 1994).

Für eine effektive DIS-Behandlung muss die TherapeutIn normalerweise engagiert sein und die Behandlung aktiv strukturieren. Sie sollte Schwierigkeiten vorhersehen und einen klaren Plan haben, wie sie der KlientIn durch die verschiedenen Stadien der Behandlung hindurchhelfen kann. Eine graduelle Festigung eines echten therapeutischen Bündnisses mit der DIS-KlientIn wird häufig dann auftreten, wenn die TherapeutIn der KlientIn hilft, die therapeutische Arbeit Schritt für Schritt voranzubringen, Techniken zur Bewältigung von Symptomen und Krisen zu erlernen, zwischen traumatischer Vergangenheit und Gegenwart zu unterscheiden und die auf der Basis der PTB und DIS entstandenen kognitiven Verzerrungen zu verändern. Das aktive Insistieren der TherapeutIn auf Sicherheit und Heilung ist für die KlientIn meist ein krasser Gegensatz zu ihren Erfahrungen mit Menschen aus der Vergangenheit, die passiv blieben oder die sich nicht um die Sicherheit oder das Wohlergehen der DIS-KlientIn kümmerten.

3.2 Phase II: Fokussierte Arbeit an traumatischen Erinnerungen

In dieser Behandlungsphase verändert sich der Fokus der Behandlung hin zu der gezielten Arbeit an den Erinnerungen der DIS-KlientIn an traumatische Erfahrungen. Unter erfahrenen TherapeutInnen ist allgemein akzeptiert, dass eine effektive Arbeit in dieser Behandlungsphase Erinnern, Tolerieren und Integrieren überwältigender Erlebnisse aus der Vergangenheit umfasst. Optimalerweise werden Zeitpunkt, Umfang und Ablauf der Arbeit an traumatischen Erinnerungen in dieser Phase sorgfältig geplant: Um welche Erinnerungen wird es gehen, mit welchem Intensitätsgrad soll gearbeitet werden, welche Anteile werden teilnehmen, wie kann die innere und äußere Sicherheit während der Arbeit aufrecht erhalten werden und welche Techniken stehen zur Verfügung, um das Material sicher wegzupacken, wenn die Arbeit zu belastend werden sollte. Es hilft KlientInnen, wenn die TherapeutIn sie darin unterstützt, gezielte Planung, sorgfältige Information, zusätzliche Exploration und Steuerungstechniken einzusetzen (vgl. Fine, 1991, Kluft, 2001), um Kontrolle über das Auftauchen von traumatischen Inhalten zu erlangen. Spezifische Techniken für DIS-KlientInnen umfassen die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen, die sich selbst als HüterInnen der Erinnerungen erleben. Diese Interventionen helfen, die Bandbreite an Emotionen und Affekten der DIS-KlientIn über die verschiedenen Persönlichkeitsanteile hinweg zu erweitern und unterstützen die KlientIn als Ganzes, mit dem Trauma

verbundene Gefühle wie z.B. Scham, Horror, Entsetzen, Wut, Hilflosigkeit, Verwirrung, Ärger und Trauer zu ertragen.

Wenn während einer Sitzung noch ausreichend Zeit zur Verfügung steht und die KlientIn ist in der Lage, ohne schwerwiegende Störungen der Alltagsfunktion an traumatischem Erinnerungs-Material zu arbeiten, können KlientIn und TherapeutIn auch spontan entscheiden, an Erinnerungen zu arbeiten, wenn diese in der Therapie auftauchen. In einem solchen Fall werden die verschiedenen Elemente einer traumatischen Erinnerung exploriert, sobald sie auftauchen, und sie werden nicht möglichst schnell re-dissoziiert oder verpackt. Mit der Zeit, und häufig nach mehrfacher Wiederholung, wird das Erinnerungsmaterial von einer traumatischen Erinnerung in eine sogenannte narrative Erinnerung überführt (vgl. Brown, Schefflin & Hammond, 1998 für einen umfassenden Überblick über Trauma und Erinnerung in der Psychotherapie). Neben der Abreaktion, der intensiven Entladung von Emotionen und Spannungszuständen, die mit dem Trauma verbunden sind, ist der Veränderungsprozess vor allem durch wiederholten Zugang und Re-Assoziation von fragmentierten und dissoziierten Elementen der traumatischen Erinnerung bestimmt (Van der Hart & Brown, 1992).

Aktive Arbeit an traumatischen Erinnerungen zielt letztendlich darauf ab, die meisten dissoziierten Aspekte einer traumatischen Erfahrung zusammen zu bringen: die Affekte, die mit dem Trauma verbunden sind, die physiologischen und somatischen Repräsentationen der Erfahrung und die zeitliche Abfolge der Ereignisse soweit sie erinnert und rekonstruiert werden können. All diese Aspekte werden aus der Sichtweise des erwachsenen kognitiven Bewusstseins und Verständnisses der eigenen Rolle und des Beitrags anderer an den Ereignissen betrachtet (Braun, 1988; Schefflin & Hammond, 1998; Chu, 1998).

Während die KlientIn die Ereignisse wiedererlebt, kann versucht werden, sie zu "entgiften", indem sie in einen verständlicheren Kontext eingebettet werden und indem alternative Bedeutungen für sie gesucht werden. Die verzerrte Sichtweise der KlientInnen von sich selbst im Zusammenhang mit dem Trauma ("Es ist alles mein Fehler," "Ich habe es herausgefordert", "Ich habe es doch selbst gewollt", "Ich hätte es stoppen müssen", "Ich habe selbst dafür gesorgt, dass es passiert ist") kann systematisch hinterfragt werden, indem das erwachsene beobachtende Ich der KlientIn dafür genutzt wird, zu verstehen, was wirklich passiert ist. In dieser Phase führt die zunehmend detailliertere Erinnerung an die Vergangenheit gewöhnlich auch zu der Arbeit an der Auflösung von Ambivalenz und Konflikten in bezug auf frühere und aktuelle Beziehungen zu Familienmitgliedern und wichtigen anderen Bezugspersonen und deren Rolle bei den traumatischen Geschehnisse. Darüber hinaus ringen viele DIS-KlientInnen in dieser Phase mit ihrer Angst und/oder Ambivalenz in Hinblick auf Veränderung und Heilung (Chu, 1998).

Der Prozess der Phase-II-Arbeit erlaubt es der KlientIn, ein zunehmendes Gefühl der Kontrolle über vergangene Erlebnisse und deren Auswirkungen und ein besseres Verständnis für ihre persönliche Lebensgeschichte und ihr Selbstwertgefühl zu entwickeln. DIS-KlientInnen lernen darüber hinaus allmählich, traumatische Erlebnisse über die verschiedenen Persönlichkeitsanteile hinweg zu erinnern. Das gilt insbesondere für die Anteile, die bislang Amnesien aufwiesen oder keinen emotionalen Bezug zu den Erlebnissen hatten. Manche AutorInnen haben für diesen Prozess den

Begriff "Synthese" verwendet (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Die Synthese kann als kontrollierter therapeutischer Prozess beschrieben werden, der darauf abzielt, Persönlichkeitsanteile, die sich selbst als Träger traumatischer Erinnerungen erleben, darin zu unterstützen, diese mit anderen Anteilen zu teilen, die sich dieses Materials bislang nicht bewusst waren oder die es nicht als Teil ihrer eigenen autobiographischen Erinnerungen betrachteten.

Auch bei sorgfältiger therapeutischer Planung kann es in dieser Behandlungsphase zu Destabilisierungen kommen. Dann kann es notwendig sein, den Fokus wieder auf Phase-I-Inhalte wie z.B. Stabilisierung, interne Kommunikation, Containment und Symptom-Management zu verlegen und erneut an der Abwehr und den inneren Auseinandersetzungen bezüglich der Fortsetzung der Trauma-Konfrontation zu arbeiten. Darüber hinaus können auch trauma-assoziierte kognitive Verzerrungen und/oder Übertragungs-Reaktionen mit der Arbeit an traumatischen Erinnerungen interferieren und müssen in einem solchen Fall systematisch aufgearbeitet werden. In manchen Fällen kann eine Destabilisierung auch Probleme mit der äußeren und inneren Sicherheit hervorrufen, die zeitweise geschütztere Behandlungsformen wie z.B. teilstationäre oder vollstationäre Behandlungen erfordern.

In dieser Behandlungsphase kann es notwendig sein, dass die Arbeit an traumatischem Material wiederholt auf verschiedenen Stufen affektiver Intensität stattfindet, um der KlientIn dabei behilflich zu sein, die Gesamtheit der erinnerten traumatischen Erfahrungen vollständig zu integrieren. Wenn dieser Punkt erreicht wird, erleben sich die Persönlichkeitsanteile häufig als immer weniger voneinander getrennt. Spontane und unterstützte Fusionen der Persönlichkeitsanteile können ebenfalls auftreten, während der Prozess voranschreitet. Unterstützte Fusionen enthalten häufig "Fusions-Rituale". Zu solchen therapeutischen Zeremonien gehören etwa Imaginationen oder andere hypnotherapeutische Mittel, die "von manchen KlientInnen als entscheidende Rituale beim Übergang von einem subjektiven Gefühl der Getrenntheit hin zu einem subjektiven Gefühl der Einheit erlebt werden..." (Kluft, 1986, zitiert nach Kluft, 1993a, p. 119). Das Erleben der KlientInnen ist, dass dissoziierten Persönlichkeitsanteile sich vereinigen, verbunden mit einem Bild von Zusammengehen und Verschmelzen. "... [Diese Rituale] sind hauptsächlich dazu da, das subjektive Erleben der Arbeit, die in der Therapie bereits geleistet wurde, auch formal zu besiegeln..." (Kluft, 1993a, p. 120).

Fusions-Rituale werden häufig missverstanden. Viele TherapeutInnen drängen auf eine Fusion, bevor sie angemessen ist. Fusions-Rituale sind dann sinnvoll, wenn die Getrenntheit der Anteile durch die vorangegangene therapeutische Arbeit keine sinnvolle Funktion mehr für die intrapsychische und auf die Außenwelt bezogene Identität der KlientIn hat und wenn die KlientIn nicht mehr narzisstisch in die Aufrechterhaltung der jeweiligen Getrenntheit investiert. TherapeutInnen sollten *nicht* versuchen, die KlientIn zu einer Fusion zu drängen, bevor sie nicht selbst dazu bereit ist. Verfrühte Fusions-Versuche können erhebliche Belastungen für die DIS-KlientIn mit sich bringen oder aber eine oberflächliche Compliance mit den Persönlichkeitsanteilen verursachen, die versuchen, der TherapeutIn zu gefallen, indem sie zu verschwinden zu scheinen. Fusions-Versuche können auch dann scheitern, wenn TherapeutIn und KlientIn in geheimem Einverständnis versuchen, besonders schwierige therapeutische Inhalte zu vermeiden. Andererseits kann eine sorgfältige Begleitung und Infor-

mation der DIS-KlientIn über die vielschichtigen Inhalte des Integrationsprozesses in jeder Phase der DIS-Behandlung hilfreich sein.

3.3 Phase III: Integration und Rehabilitation

Die dritte Phase der DIS-Behandlung ist dadurch gekennzeichnet, dass die KlientInnen weitere Fortschritte in der internen Koordination und Integration machen und beginnen, ein stabileres Gefühl dafür zu entwickeln, wer sie sind und in welcher Beziehung sie zu anderen Menschen und der Außenwelt stehen. In dieser Phase setzen die DIS-KlientInnen die Fusion von Persönlichkeitsanteile u.U. fort und verbessern ihr Funktionsniveau in einer mehr und mehr integrierten Art und Weise. Es kann auch notwendig sein, eine Traumageschichte nochmals aus einem integrierteren Blickwinkel heraus zu betrachten. Wenn die KlientInnen immer weniger fragmentiert sind, entwickeln sie für gewöhnlich ein steigendes Gefühl von Ruhe, Widerstandskraft und innerem Frieden. Viele entwickeln ein kohärenteres Gefühl für ihre eigene Lebensgeschichte und können effektiver mit aktuellen Problemen umgehen. Der Fokus der KlientIn verschiebt sich von der traumatischen Vergangenheit hin zu einem besseren Leben in der Gegenwart. Die Arbeit an Verlust, Schmerz und Trauer kann in dieser Phase sehr tiefgehend sein, da die KlientIn damit ringt, eine realistische Sichtweise der vielen Verluste zu gewinnen, welche die traumatische Vergangenheit verursacht hat. Andererseits beginnen die KlientInnen dann oft, weniger auf ihre traumatische Vergangenheit fokussiert zu sein und ihre Energien statt dessen mehr darauf zu richten, in der Gegenwart besser zu leben. Mit einem höheren Maß an Integration sind KlientInnen häufig in der Lage, traumatische "Erinnerungen" auszusortieren und bei manchen von ihnen zu entscheiden, dass sie eher symbolisch gemeint waren. Bei manchen dissoziativen Erfahrungen, die zu dem Zeitpunkt, als sie auftraten, "real" erschienen, kann es zu der Einsicht kommen, dass sie nicht in der objektiven Realität stattgefunden haben.

Viele Aufgaben in der Endphase der DIS-Behandlung ähneln denen in der Behandlung von nicht-traumatisierten KlientInnen mit einem guten Funktionsniveau, die jedoch unter emotionalen, sozialen oder beruflichen Problemen leiden. Die sich integrierende DIS-KlientIn braucht jedoch u.U. spezifische Unterstützung bei einem nicht-dissoziativen Umgang mit Alltagsproblemen. Es kann auch notwendig sein, die KlientIn im Umgang mit alltäglichen Belastungen, kleineren emotionalen Belastungen und Enttäuschungen als normalem Bestandteil der menschlichen Existenz zu unterstützen.

4 Behandlungs-Modalitäten

4.1 Rahmenbedingungen für die ambulante Behandlung

Das wichtigste Element in der DIS-Behandlung ist normalerweise die ambulante Psychotherapie. Die Frequenz der Therapiesitzungen sowie die Dauer der Behandlung sind von einer ganzen Reihe von Variablen abhängig, wie z.B. von Eigenschaf-

ten der KlientIn, Fertigkeiten und Vorlieben der TherapeutIn und äußeren Faktoren wie der Kostenübernahme durch Krankenkassen und dem Angebot an Behandlungsplätzen bei erfahrenen TherapeutInnen. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, gibt es bei DIS-KlientInnen eine große Bandbreite an Behandlungsmotivationen, Ressourcen und an Komorbiditäten, die den Behandlungsverlauf beeinflussen können. Die DIS-Behandlung ist genau wie die Behandlung anderer komplexer posttraumatischer Störungen meistens eine Langzeitbehandlung, die mehrere Jahre dauert.

Die Frequenz der Therapiesitzungen kann in Abhängigkeit von einer Vielzahl von Faktoren variieren. Hierzu gehören beispielsweise die Behandlungsziele sowie das aktuelle Funktionsniveau und das Ausmaß an Stabilität der KlientIn. Die meisten DIS-KlientInnen brauchen mindestens eine bis zwei Sitzungen pro Woche. Ausbildungsstand und Erfahrung der TherapeutIn können die notwendige Sitzungsfrequenz ebenfalls beeinflussen. Viele ExpertInnen empfehlen für die Behandlung schwerer dissoziativer Störungen eine Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche. Unterstützende Langzeitbehandlungen in der Phase I werden normalerweise mit ein bis zwei Sitzungen pro Woche durchgeführt, je nachdem, wie gut die KlientInnen mit den Symptomen umgehen können und wie gut sie in der Lage sind, den für eine ambulante Therapie notwendigen Stabilitätsgrad zu halten. Die Mitglieder der Task Force haben unterschiedliche Ansichten zur Häufigkeit der Therapiesitzungen bei der veränderungsorientierten Behandlung im Sinne einer intensiven Phase II- oder Phase-III-Arbeit. Manche sind der Ansicht, dass viele KlientInnen in diesen Phasen mindestens zwei und oft sogar noch mehr Sitzungen in der Woche brauchen, um eine ausreichende Intensität der Trauma-Bearbeitung zu ermöglichen und um gleichzeitig auch Ereignisse im Alltagsleben der KlientInnen im Auge behalten zu können. Andere Task-Force-Mitglieder sind der Meinung, dass bei bestimmten KlientInnen ein- bis zweimalige Therapiesitzungen pro Woche ausreichend sein können, um die in diesen Therapiephasen erforderliche Arbeit zu bewältigen.

Einige ExpertInnen, die an diesen Richtlinien mitgearbeitet haben, sehen die Gefahr, dass es bei manchen KlientInnen durch eine hochfrequente Therapie zur Entwicklung einer dysfunktionalen Abhängigkeit kommen kann. Das gilt insbesondere für KlientInnen mit einer Neigung zu Regressionen. Andere Task-Force-Mitglieder meinen hingegen, dass eher die *Art* der Behandlung und nicht so sehr die Frequenz die kritische Variable für die Entwicklung von Regression und Abhängigkeit und damit verbundenen Behandlungsproblemen ist. Manche sehr instabile KlientInnen können beispielsweise unter Umständen durch den stabilisierenden Effekt einer über mehrere Jahre hinweg durchgeführten, hochfrequenten (mehrere Sitzungen pro Woche) und hoch-strukturierten unterstützenden Psychotherapie darin unterstützt werden, Regressionen zu vermeiden.

Unter bestimmten Umständen kann eine höhere Sitzungsfrequenz (bis zu drei oder mehr Sitzungen pro Woche) für einen begrenzten Zeitraum sinnvoll sein, um die KlientIn darin zu unterstützen, den bestmöglichen Anpassungsgrad zu erreichen bzw. aufrechtzuerhalten und/oder um (als Alternative zu einer Hospitalisierung) selbstschädigendes Verhalten oder andere schwere dysfunktionale Verhaltensweisen zu begrenzen. Im direkten Anschluss an eine stationäre Behandlung kann es außerdem manchmal notwendig sein, eine Phase mit einer höheren Sitzungsfre-

quenz einzuschieben, um die KlientIn darin zu unterstützen, sich nach der hochfrequenten therapeutischen Arbeit und/oder dem höheren Grad an interpersonaler Unterstützung während der stationären Behandlung wieder in das Alltagsleben einzugewöhnen. Eine sehr hohe Frequenz von ambulanten Therapiesitzungen sollte jedoch generell auf kurze Phasen der Restabilisierung begrenzt werden. Um die Gefahr von Regressionen zu minimieren, sollte außerdem im therapeutischen Kontakt hervorgehoben werden, dass die KlientIn einen angemessenen Grad an Unabhängigkeit aufrechterhalten und die bestmöglichen Bewältigungsstrategien einsetzen muss.

Während die meisten TherapeutInnen auch bei DIS-KlientInnen mit den üblichen 50-minütigen Sitzungen²¹ arbeiten, finden manche TherapeutInnen verlängerte Sitzungen hilfreich. DIS-KlientInnen profitieren manchmal von 75 – 90-minütigen Sitzungen oder von einer Doppelstunde und einer 50-minütigen Sitzung pro Woche. In besonderen klinischen Situationen werden manchmal auch nach vorheriger Absprache Doppelstunden eingeplant, während normalerweise mit kürzeren Terminen gearbeitet wird. Dies kann z.B. für eine geplante Traumabearbeitung sinnvoll sein. TherapeutInnen sollten sich in allen klinischen Situationen bemühen, die KlientInnen darin zu unterstützen, sich bis zum geplanten Ende der Sitzung in das Hier und Jetzt zu reorientieren und das Prozessieren von traumatischen Erinnerungen abzuschließen. Die TherapeutIn kann die KlientIn allerdings lediglich dabei unterstützen, sich in die Gegenwart zu reorientieren. Die Reorientierungsfähigkeit der KlientIn kontrollieren kann die TherapeutIn hingegen nicht. Wenn es wiederholt zu Schwierigkeiten kommt, die KlientIn am Ende einer Sitzung in die aktuelle Wirklichkeit zu reorientieren, ist es notwendig, dass die TherapeutIn dieses Problem am Anfang der nächsten Sitzung anspricht, damit die auslösenden Faktoren verstanden werden und sinnvolle Interventionen geplant werden können (z.B. der KlientIn einige Minuten vor Ende der Sitzung Bescheid zu sagen, um den Prozess der Reorientierung und Beendigung der Therapiesitzung einzuleiten).

In Bezug auf sehr lange Sitzungen (z.B. mehr als 90-minütige Sitzungen) gibt es unterschiedliche Meinungen. Einige erfahrene KlinikerInnen bezweifeln, dass solche Sitzungen überhaupt notwendig und sinnvoll sind, während andere diese für bestimmte Zwecke als sinnvoll erachten. Wenn mit sehr langen Sitzungen gearbeitet wird, sollten diese immer geplant stattfinden, strukturiert sein und einen speziellen Fokus haben, wie z.B. das Prozessieren von komplexen traumatischen Erinnerungen oder Bildern oder die Durchführung einer umfangreichen diagnostischen Untersuchung. Sie können u.U. auch dann angezeigt sein, wenn die KlientIn beispielsweise aufgrund langer Anfahrtswege nur in langen bzw. unregelmäßigen Abständen zur Therapie kommen kann, dann jedoch intensiv arbeiten möchte.

Ärztliche Gespräche zur Medikamenteneinstellung erfordern bei DIS-KlientInnen häufig 25 – 30 Minuten oder mitunter sogar einen 45 – 50-minütigen Termin. Das ist nötig, um sowohl die Medikation selbst als auch die oft komplexen psychischen Reaktionen von DIS-KlientInnen auf eine Medikamenteneinnahme zu besprechen. Bei DIS-KlientInnen können traumatische Übertragungen, posttraumatische kognitive

²¹ Im amerikanischen Original werden als Sitzungsdauer 40 – 45 Minuten angegeben. Diese Angabe wurde in der Übersetzung durch die für den deutschsprachigen Raum übliche Sitzungsdauer von 50 Minuten ersetzt.

Verzerrungen und eine DIS-typische Trance-Logik zusammenkommen. Hierdurch kann es notwendig sein, die Risiken und Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung sehr viel umfassender zu erklären als bei anderen PatientInnengruppen. DIS-KlientInnen fürchten sich häufig sehr vor einer medikamentösen Behandlung, drängen jedoch oft gleichzeitig auch darauf, letzteres häufig, um schmerzhaftere therapeutische Inhalte zu vermeiden.

Für die Erst-Untersuchung für eine medikamentöse Behandlung können eine oder mehrere 45 – 50-minütige Sitzungen notwendig sein. Dabei sollte u.a. eine umfassende Anamnese erhoben werden und die KlientIn ist über die Möglichkeiten wie auch über die Risiken und Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung aufzuklären, bevor mit der Behandlung begonnen werden kann. Manche PsychiaterInnen setzen für diesen Zweck einen einmaligen 75 – 90-minütigen Termin an. Folgetermine können mit der gleichen Frequenz eingeplant werden wie bei nicht-dissoziativen KlientInnen. Wenn Medikamente neu angesetzt oder grundlegend verändert werden, kann auch eine höhere Frequenz der Termine notwendig sein, insbesondere wenn die KlientIn instabil ist. Wenn unter der Medikation eine Stabilisierung erreicht ist, reicht es meistens aus, die KlientIn einmal monatlich zu sehen; für stabile KlientInnen unter einer Langzeitmedikation reichen häufig sogar noch seltenere Termine aus. Wie weiter unten diskutiert wird, ist es sowohl für die ÄrztIn, die die Medikamente verordnet, als auch für die PsychotherapeutIn von grundlegender Bedeutung, klar definierte Rollen und Grenzen zu wahren, um sicherzustellen, dass für die KlientIn klar ist, wer bei welchen Fragen die richtige AnsprechpartnerIn ist.

4.1.1 Behandlungsdauer

Die Dauer der Behandlung hängt von dem Funktionsniveau, der Ich-Stärke und von vorherigen Behandlungen und deren Auswirkungen auf die KlientIn ab. In einigen frühen Veröffentlichungen zum Therapieverlauf wird berichtet, dass DIS-KlientInnen nach zwei bis drei Jahren intensiver ambulanter Psychotherapie einen relativ stabilen Zustand erreichen können, in dem sie kein Gefühl der inneren Getrenntheit mehr erleben (Kluft, 1984). Die Behandlungsbedürfnisse von DIS-KlientInnen differieren jedoch erheblich und viele KlientInnen brauchen nach der DIS-Diagnose eine Mindestbehandlungsdauer von drei bis fünf Jahre intensiver Psychotherapie. Insbesondere KlientInnen mit komplexeren Störungsbildern brauchen häufig eine längere ambulante Psychotherapie, manchmal mit zwischenzeitlichen stationären Kriseninterventionen. Insbesondere KlientInnen mit schweren Achse-II-Symptomen (insbesondere vom zwanghaften, borderline, narzisstischen und/oder passiv-aggressiven Typ) benötigen häufig eine längere Behandlungsdauer. Einige ExpertInnen mit großer Erfahrung in der Behandlung von DIS-KlientInnen mit schweren komorbiden Achse-II-Störungen berichten, dass in dieser KlientInnengruppe über einen Behandlungszeitraum von zwei Dekaden oder mehr schrittweise Verbesserungen beobachtbar sind.

4.1.2 Behandlungstechniken bei DIS

Die im Zusammenhang mit der DIS-Behandlung am häufigsten beschriebene Therapieausrichtung ist eine tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie, die häufig eklektisch durch andere Behandlungstechniken ergänzt wird (Putnam & Loewenstein, 1993). So können beispielsweise kognitive Techniken modifiziert werden, um die KlientIn darin zu unterstützen, dysfunktionale trauma-bedingte Annahmen zu explorieren und zu verändern oder um Belastungssituationen oder impulsive Verhaltensweisen zu bewältigen (z.B. Stressbewältigungs-Techniken, Dialektisch-behaviorale Therapie [DBT]). Kognitive Standard-Behandlungsmethoden für Depressionen oder Ängste müssen für den Einsatz in der DIS-Behandlung jedoch im Allgemeinen modifiziert werden. Viele TherapeutInnen arbeiten in der DIS-Therapie auch mit hypnotherapeutischen Interventionen (Putnam & Loewenstein, 1993, s.u.). Die häufigsten Einsatzgebiete hierfür sind Beruhigung, Trösten, Containment und Ich-Stärkung. Als Ergänzung zur Einzeltherapie profitieren die KlientInnen z.T. von speziellen zusätzlichen Interventionen wie z.B. Familien- oder Gestaltungs-Therapie, Psychoedukation und Literatur-Studium. Manche KlientInnen brauchen auch eine spezifische Behandlung für Substanz-Missbrauch oder Ess-Störungen.

Da DIS-KlientInnen häufig Schwierigkeiten mit selbstschädigendem Verhalten und mit der Impuls-Kontrolle haben, wird heute die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT, Linehan, 1993) in modifizierter Form in die DIS-Behandlung einbezogen oder als ergänzende Gruppentherapie eingesetzt. Einige AutorInnen haben Artikel zum Einsatz von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, Shapiro, 2001) in der Behandlung schwerer Dissoziativer Störungen veröffentlicht. Diese Behandlungsmethode kann jedoch für DIS-KlientInnen ernstzunehmende Risiken haben (z.B. Überflutung mit zu viel traumatischem Material) und sollte nur im Rahmen eines übergeordneten Behandlungsplans eingesetzt werden, der Stabilisierungstechniken und die direkte Arbeit mit dem Persönlichkeitssystem umfasst (s.u.).

Verhaltenstherapeutische Techniken können hilfreich sein, wenn sie der KlientIn als Selbst-Kontroll-Strategien zum Symptom-Management vermittelt werden. So können beispielsweise systematische Desensibilisierungstechniken für die Arbeit an Auslöse-reizen (Triggern) für intrusive PTB-Symptome eingesetzt werden. Wie in jeder Psychotherapie kann die Lerntheorie hilfreich sein, um die Wirkweise bestimmter therapeutischer Vorgehensweisen verständlich zu machen. Die Exploration und das Prozessieren von traumatischem Material kann z.B. als eine Form der Expositions-Therapie angesehen werden, die die Modifikation einer traumatischen Erinnerung zu einer biographischen Erinnerung ermöglicht. Erfahrene TherapeutInnen achten darauf, förderliches Verhalten mit Aufmerksamkeit und Lob zu verstärken. Bei manchen KlientInnen kann es auch hilfreich sein, bei fehlangepasstem Verhalten leichte Enttäuschung zu zeigen. Dies kann eine Diskussion über die Faktoren eröffnen, die mit diesen Verhaltensweisen verknüpft sind. Demgegenüber ist es im besten Falle nicht hilfreich und in vielen Fällen sogar kontraproduktiv, Verhaltensmodifikations-Techniken einzusetzen, um dissoziative Symptome selbst zu bestrafen. Beispiele hierfür wären u.a. das Ignorieren der dissoziierten Persönlichkeitsanteile oder der Versuch, diese durch verhaltenstherapeutische Techniken zu "löschen". TherapeutInnen sollten grundsätzlich den Einsatz von negativen Konditionierungen oder Lösungs-Techniken vermeiden, da diese Erinnerungen an viele Arten von Miss-

handlungs-Erfahrungen wachrufen können, die von DIS-KlientInnen häufig beschrieben werden.

Inzwischen sind viele spezifische Techniken und Interventionen entwickelt worden, um die DIS-Behandlung zu erleichtern. Hierzu gehören z.B. Imaginationen und hypnotherapeutische Techniken, Herangehensweisen an Übertragungen und Gegenübertragungen, kognitive Techniken etc.. Ein Großteil der Fachliteratur zur Behandlung der komplexen PTB kann in diesem Zusammenhang ebenfalls hilfreich sein. Eine detaillierte Diskussion dieser Interventionen würde den Rahmen dieser Richtlinien sprengen. Es gibt jedoch viele exzellente Veröffentlichungen, die detailliert auf die Behandlung der komplexen PTB (vgl. z.B. Briere, 1989; Chu, 1988, 1998; Courtois, 1999; Gold, 2000; Herman, 1992a; Ross, 2000) und der DIS eingehen (siehe z.B. Fraser, 2003; Kluft, 1993a, 1993b, 1999; Kluft & Fine, 1993; Putnam, 1989; Rivera, 1996; Ross, 1997; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 1998; Watkins & Watkins, 1988²²).

Die DIS-Behandlung sollte primär von der EinzeltherapeutIn durchgeführt werden. Es kann jedoch sinnvoll sein, zusätzliche KlinikerInnen hinzuzuziehen, um so ein Behandlungsteam zu bilden. Je nach Einzelfall können neben der PsychotherapeutIn in solchen Behandlungsteams oder HelferInnen-Netzwerken VertreterInnen verschiedener beruflicher Disziplinen vertreten sein, wie z.B. PsychiaterInnen, die die medikamentöse Behandlung durchführen, Familien-TherapeutInnen, Gestaltungs-TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen. Dabei ist es entscheidend, dass alle Mitglieder des HelferInnen-Netzwerks ihre Arbeit mit der DIS-KlientIn aufeinander abstimmen und dass klare Absprachen darüber bestehen, welche TherapeutIn für den übergeordneten Gesamt-Behandlungsplan verantwortlich und entscheidungsberechtigt ist. Es ist problematisch, wenn die DIS-KlientIn gleichzeitig bei zwei oder mehr Personen in intensiver psychotherapeutischer Behandlung ist (z.B. wöchentliche einstündige Termine bei der behandelnden PsychiaterIn und zwei Stunden pro Woche bei der PsychotherapeutIn). Da die mentalen Prozesse der DIS-KlientIn separiert sind und da zumeist Amnesien im Tageserleben bestehen, kommt es selbst bei klar definierten Rollen im HelferInnen-Netzwerk leicht vor, dass ein Teil der Persönlichkeitsanteile mit einer TherapeutIn in Kontakt tritt und ein anderer Teil der Anteile mit einer anderen TherapeutIn. Dies kann das Ziel eines höheren Integrationsgrads durchkreuzen und dazu führen, dass Konflikte der KlientIn unter den verschiedenen Mitgliedern des Behandlungsteams externalisiert werden.

4.2 Stationäre Behandlung

Das Behandlungskonzept sollte auf dem Grundsatz aufbauen, dass die Therapie und (falls indiziert) auch das Prozessieren traumatischen Materials wenn irgend möglich im ambulanten Setting durchgeführt werden sollte. Dieser Grundsatz sollte mit der KlientIn im Rahmen der anfänglichen Aufklärung über Ablauf, Rahmenbedingungen,

²² Für deutschsprachige Veröffentlichungen siehe z.B. Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung - Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe. / Huber, M. (2003). *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Bd. 2*. Paderborn: Junfermann. / Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast U. (Hrsg.). (2003) *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* Stuttgart: Thieme

Risiken und Chancen der Behandlung besprochen werden. Wenn KlientInnen in Gefahr sind, sich selbst oder andere zu schädigen und/oder wenn posttraumatische oder dissoziative Symptome zu überwältigend werden oder außer Kontrolle geraten, kann jedoch mitunter auch eine zeitlich befristete stationäre Behandlung notwendig werden. Die primäre Zielsetzung der stationären Behandlung sollte dann sein, dass die KlientIn wieder ein stabiles Funktionsniveau erreicht, um die ambulante Behandlung möglichst bald wieder aufnehmen zu können. Dazu sollte versucht werden, die Faktoren, die zur Destabilisierung der DIS-KlientIn geführt haben (z.B. familiäre Konflikte, Verlusterlebnisse etc.) zu identifizieren, und es sollte erarbeitet werden, was getan werden muss, um den Zustand zu verbessern. Die Betonung sollte dabei auf dem Aufbau von Ressourcen und Fertigkeiten für die Bewältigung der destabilisierenden Faktoren liegen.

Während eines stationären Aufenthaltes ist mitunter auch eine bessere differentialdiagnostische Abklärung und Einschätzung der vorliegenden Symptomatik möglich. Neben der Diagnostik von posttraumatischen Störungen kann während einer stationären Behandlung auch das mögliche Vorliegen anderer komorbider Störungen abgeklärt werden, die u.U. umgehend behandelt werden müssen. Ein Beispiel hierfür wäre etwa eine komorbide schwere depressive Episode, die sich sowohl in schweren depressiven als auch in verstärkten posttraumatischen Symptomen ausdrückt.

Aufgrund der durch die KostenträgerInnen auferlegten Grenzen sind die meisten stationären Aufenthalte heute kurz und haben ausschließlich eine Stabilisierung zum Ziel. Im manchen Fällen erlauben die Struktur und der geschützte Rahmen eines Klinik-Settings jedoch eine Art der therapeutischen Arbeit, die im ambulanten Setting nicht möglich wäre oder bei der eine große Gefahr bestünde, dass die KlientIn dekompenziert. Als besonders förderlich für traumatisierte KlientInnen haben sich z.B. geplante und sorgfältig vorbereitete Bearbeitungen traumatischen Materials oder eine gezielte Arbeit mit aggressiven und/oder selbstschädigenden Persönlichkeitsanteilen erwiesen. Notwendige Voraussetzung für diese meist längeren stationären Behandlungen sind Kostenübernahme-Zusagen der Krankenkassen.

Während eines Aufenthalts auf einer spezialisierten Trauma-Station oder einer Spezial-Station für dissoziative Störungen können DIS-KlientInnen besonders effektiv im Aufbau von Fertigkeiten unterstützt werden, die anschließend ausreichend Sicherheit und Stabilität für eine ambulante Psychotherapie ermöglichen. Auf solchen Stationen können i.A. spezifische diagnostische Untersuchungen durchgeführt werden, sie bieten zumeist intensive Einzel-Psychotherapie, psychopharmakologische Interventionen und Arbeit am Symptom-Management und Ressourcenaufbau, die in allgemein-psychiatrischen Abteilungen i.A. nicht möglich sind. Die Teilnahme der KlientInnen an solchen Behandlungsprogrammen ist jedoch aufgrund der längeren Aufenthaltsdauern häufig durch die Bereitschaft der Krankenkassen bzw. Rentenversicherer zur Kostenübernahme begrenzt. Allerdings überweisen manche Kostenträger KlientInnen mit chronifiziertem Störungsbild mitunter auch gerade in solche spezialisierten Behandlungsprogramme, weil sie sich durch eine störungs-spezifische Behandlung auf lange Sicht einen Rückgang der Behandlungskosten erhoffen.

Dekomensationen oder fehlende Fortschritte während eines stationären Aufenthaltes können unterschiedliche Gründe haben. Manche DIS-KlientInnen, die z.B. sehr schwer dekompenziert oder dysfunktional waren oder die durch ein schweres Akut-

Trauma destabilisiert wurden, brauchen längere stationäre Behandlungen, um sich zu (re-) stabilisieren. Behandlungsbedingte Faktoren können klinische Fortschritte ebenfalls hemmen oder verhindern. Hierzu gehören z.B. eine unfokussierte stationäre Behandlung oder Behandlungsansätze, die zu stark auf das Trauma fokussiert sind. Beispiele für solche eher ungünstigen Behandlungsansätze sind z.B. globale und unrealistische Ziele wie etwa "all diese Erinnerungen herauszulassen" oder eine zu starke Betonung auf die traumatische Vergangenheit, während aktuelle Fragestellungen und der Aufbau von Symptom-Management-Fertigkeiten vernachlässigt oder sogar völlig ausgeklammert werden.

Bei DIS-KlientInnen, die gewalttätig agieren und die nicht ausreichend auf sprachliche oder pharmakologische Interventionen ansprechen, können eine geschlossene Unterbringung oder körperliche Zwangsmaßnahmen (Fixierungen) notwendig sein. Solche Zwangsmaßnahmen können jedoch häufig vermieden werden, wenn mit der KlientIn in der ambulanten Einzeltherapie vorausschauend Symptom-Management und Containment-Techniken für Krisenzeiten ("Notfall-Koffer") erarbeitet werden. Hierzu gehören z.B. die Kontaktaufnahme zu "inneren HelferInnen", der Einsatz von Imaginationstechniken wie beispielsweise dem "sicheren Ort" für überflutete oder selbstschädigende Persönlichkeitsanteile und Imaginationen wie das "Herunterregeln" oder andere Techniken zur Abschwächung starker Affekte. Falls nötig können kurzfristig auch Medikamente gegen Ängste und/oder Unruhezustände wie beispielsweise Benzodiazepine oder Neuroleptika hilfreich sein, um Unruhe zu reduzieren oder um Schlaf zu ermöglichen und dadurch eine Krise abzuwenden (s.u.).

Der Einsatz von "freiwilligen" körperlichen Zwangsmaßnahmen (Fixierungen) zur Kontrolle gewalttätiger Persönlichkeitsanteile während einer Trauma-Bearbeitung wird heute nicht mehr als angemessene Intervention angesehen.

4.3 Tages-Kliniken und teil-stationäre Behandlung

Die Behandlungskonzepte der meisten Tageskliniken sind auf KlientInnen mit psychotischen oder bipolaren Störungen abgestellt und daher oft nicht auf die Bedürfnisse von DIS-KlientInnen eingestellt. DIS-KlientInnen können jedoch unter Umständen z.B. beim Übergang von einer stationären zur ambulanten Behandlung häufig trotzdem von einer tagesklinischen Behandlung profitieren. Konzepte, die einen individuellen Behandlungsfokus für traumatisierte KlientInnen erlauben und in denen trauma-assoziierte Inhalte berücksichtigt werden, dürften hierfür am hilfreichsten sein.

Spezifische teil-stationäre Behandlungen für KlientInnen mit DIS oder anderen schweren posttraumatischen Störungen können für den Übergang nach einer stationären Behandlung oder als intensiviertere Behandlungsform hilfreich sein, um erneute Hospitalisierungen zu vermeiden und/oder um ein intensives Fertigkeiten-Training zu ermöglichen. Diese spezialisierten Programme arbeiten normalerweise mit zahlreichen Gruppenangeboten zur Psychoedukation über posttraumatische Störungen, zum Aufbau von Symptom-Management-Fertigkeiten und zum Training sozialer Kompetenzen und anderer lebenspraktischer Fertigkeiten. In die Behandlungspläne werden außerdem häufig DBT oder andere formale, strukturierte Techniken für das Symptom-Management einbezogen.

Leider gibt es nur wenige spezialisierte teil-stationäre Behandlungsangebote für komplexe posttraumatische Störungen, so dass die KlientInnen für die Teilnahme an einer solchen Behandlung u.U. an weit entfernte Orte reisen müssen. Viele Kostenträger lehnen jedoch die Kostenübernahme für eine teilstationäre Behandlung ab, wenn diese nicht wohnortnah stattfindet und auch viele (Tages-) Kliniken nehmen aus organisatorischen und inhaltlichen Gründen für teil-stationäre Behandlungen ausschließlich KlientInnen aus einem örtlich begrenzten Einzugsbereich auf.

4.4 Gruppentherapie

Gruppentherapien sind nicht die Haupt-Behandlungsform für die DIS. DIS-KlientInnen profitieren meistens nur unzureichend von therapeutischer Arbeit in den üblichen heterogenen Therapie-Gruppen mit KlientInnen mit unterschiedlichen Störungsbildern und klinischen Problemen. Manche Arten von zeitlich begrenzten Gruppenangeboten können jedoch für bestimmte KlientInnen mit DIS und/oder komplexer PTB eine wertvolle Ergänzung zur Einzeltherapie sein. Die KlientInnen können in diesen Gruppen Unterstützung durch Psychoedukation zum Thema Trauma und Dissoziation finden, sie erhalten Unterstützung beim Aufbau von spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und merken, dass sie mit ihren Problemen bei der Bewältigung von dissoziativen Symptomen und traumatischen Erinnerungen nicht allein sind. Zielorientierte Psychoedukationsgruppen und Skill-Trainings, die Bewältigungsstrategien, soziale Kompetenzen und Symptom-Management-Techniken vermitteln, haben sich insgesamt als besonders hilfreich erwiesen. Diese zielorientierten Gruppen sollten immer zeitlich begrenzt, hoch strukturiert und mit einer klaren und umgrenzten Zielsetzung arbeiten.

Manche TherapeutInnen haben die Erfahrung gemacht, dass DIS-KlientInnen Probleme haben, mit den starken Affekten umzugehen, die in traditionellen prozessorientierten Therapie-Gruppen ausgelöst werden können. Für DIS-KlientInnen können auch dann Probleme entstehen, wenn TeilnehmerInnen in den Gruppen ermutigt werden, über traumatische Erfahrungen zu sprechen, auch wenn dies auf eine sehr allgemeine und begrenzte Art und Weise geschieht. Bei einigen zeitlich nicht begrenzten Gruppentherapien ist es bei DIS-KlientInnen zu einer Verschlechterung der Symptomatik und/oder zu unangemessenen sozialen Beziehungen zwischen GruppenteilnehmerInnen gekommen. Andere ExpertInnen berichten jedoch, dass manche sorgfältig ausgewählte DIS-KlientInnen sehr wohl von längerfristigen, homogenen prozessorientierten Gruppentherapien, deren Konzept auf die speziellen Bedürfnisse von KlientInnen mit DIS und komplexer PTB abgestellt ist, profitieren können. Solche Gruppen zielen vor allem auf eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen, auf die Bewältigung der Anforderungen und Belastungen durch die Einzeltherapie sowie auf Unterstützung bei Lebenskrisen ab. Außerdem kann das Gruppensetting beim Aufbau von Affekt-Toleranz und beim Erkennen und Bewusst machen von posttraumatischen Reaktionen und kognitiven Verzerrungen helfen. Erfolgreiche Gruppenbehandlungen dieser Art sind jedoch nur dann möglich, wenn es einen genau festgelegten, engen Behandlungsrahmen gibt, der eindeutige Erwartungen und Grenzen für das Verhalten der TeilnehmerInnen während und zwischen den Grup-

pensitzungen umfasst (z.B. keine detaillierten Berichte über traumatische Erinnerungen, über Selbstverletzungen oder Täterkontakte etc. in der Gruppe).

Für manche KlientInnen können 12-Schritte-Programme wie bei den Anonymen Alkoholikern (AA), den Anonymen Drogenabhängigen (NA) oder entsprechenden Angehörigen-Gruppen (AI-Anon) für den Umgang mit Abhängigkeits-Problemen hilfreich sein. Die TherapeutInnen sollte die KlientInnen jedoch darauf hinweisen, dass in solchen Gruppen Situationen entstehen können, die zu einer Verschlechterung von posttraumatischen oder dissoziativen Symptomen führen können. Zu einer solchen Verschlechterung kann es beispielsweise dann kommen, wenn GruppenteilnehmerInnen detailliert über Traumatisierungen und/oder Gewalterfahrungen berichten und/oder wenn die KlientInnen während der Gruppentreffen auf ausbeuterische oder missbrauchende GruppenteilnehmerInnen trifft, für deren Verhalten die KlientInnen besonders vulnerabel ist und derer sie sich u.U. (noch) nicht ausreichend erwehren kann.

DIS-ExpertInnen stimmen darin überein, dass 12-Schritte-Programme für "Inzest-Überlebende" oder nicht angeleitete "Selbsthilfegruppen" für DIS-KlientInnen zumeist zu sehr schlechten Behandlungsergebnissen führen, insbesondere, wenn für die KlientInnen sich in den ersten beiden Behandlungsphasen befinden. Die Teilnahme an solchen Gruppen führt meistens durch ungelenkte Gespräche über traumatische Erlebnisse, durch unzureichende Grenzen zwischen den TeilnehmerInnen und durch das gestörte oder ausbeuterische Verhalten mancher GruppenteilnehmerInnen zu einer deutlichen Verschlechterung des Störungsbildes der KlientInnen. Viele erfahrene TherapeutInnen lehnen daher die (Weiter-) Behandlung von DIS-KlientInnen ab, wenn diese darauf bestehen, an solchen Gruppen teilzunehmen.

Marathon-Gruppen jeglicher Art (d.h. länger als zwei Stunden) können einen destabilisierenden Effekt haben und werden daher nicht empfohlen.

4.5 Pharmakotherapie²³

Psychopharmaka können eine sinnvolle Ergänzung zur Psychotherapie bei DIS darstellen, sie sind jedoch nicht das Hauptelement der Behandlung. Die meisten Behandlungsempfehlungen für eine medikamentöse Therapie dissoziativer Störungen basieren auf Erfahrungswerten und wurden bislang nicht durch systematische Studien abgesichert. Die meisten DIS-TherapeutInnen berichten jedoch, dass ihre KlientInnen im Rahmen der Behandlung Medikamente erhalten haben (Putnam & Loewenstein, 1993).

Klinische Erfahrungen und Forschungsergebnisse sprechen für den Einsatz verschiedener Medikamente zur Behandlung komorbider Störungen wie z.B. affektiver Störungen oder der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) (hier insbesondere zur Behandlung von psychophysiologischer Übererregung und intrusiven Symptomen) (Loewenstein 1991b). ÄrztInnen, die Medikamente verordnen, sollten die KlientInnen im Rahmen der Aufklärung über Chancen und Risiken einer medikamentösen

²³ Im Kapitel "Pharmako-Therapie" wurden in der deutschen Übersetzung umfangreiche Ergänzungen zum amerikanischen Original eingearbeitet. Die Ergänzungen werden durch Kursivdruck und eingezogene Absätze optisch vom Originaltext abgehoben.

Behandlung darauf hinweisen, dass die Behandlungsvorgaben für DIS weitgehend auf klinischen Erfahrungen beruhen und auf die Behandlung spezifischer Symptome abzielen.

Die in den Ergänzungen zur deutschen Übersetzungen der Richtlinien gegebenen Empfehlungen beziehen sich, soweit möglich, auf wissenschaftliche Studien und klinische Verlaufsbeobachtungen. Die Grenzen der Anwendbarkeit aufgrund des „off-label-use“-Gesetzes werden nicht berücksichtigt.

Dieses Gesetz stellt im bundesdeutschen seit 2001 in der Behandlung von KlientInnen mit DIS und/oder PTB eine relative Erschwernis dar. Nach dem Gesetz dürfen Medikamente ausschließlich zur Behandlung der Erkrankungen und Störungsbilder verschrieben werden, für die sie vom Hersteller zugelassen wurden. Auch wenn es wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit des Medikaments bei weiteren Erkrankungen gibt, spielen diese im Rahmen dieses Gesetzes nur eine sekundäre Rolle.

Grundsätzlich hat eine ÄrztIn Behandlungsfreiheit. Sie trägt nach dem Gesetz im Falle unerwarteter Nebenwirkungen aber auch die volle rechtliche Verantwortung: Der Hersteller ist entlastet, wenn das Präparat „off-label“ verschrieben wurde. Die Kassen sind nicht verpflichtet, Medikamentenkosten „off-label“-verschriebener Präparate zu übernehmen.

Beispiel: Für dissoziative Störungen ist in Deutschland kein einziges Medikament zugelassen; für PTB Paroxetin, für Somatisierungsstörungen Opipramol und das nicht mehr gebräuchliche Depot-Neuroleptikum Fluspirilen. Für die ambulante Praxis bedeutet das, dass entweder mehrere Diagnosen gestellt werden (müssen), was ethisch problematisch werden kann, oder dass die ÄrztIn individuelle Heilbehandlungsanträge für spezielle „off-label“- verwandte Präparate über den medizinischen Dienst der Krankenkasse beantragen muss. Hierdurch können die Kassen die Medikamentenkosten übernehmen. Eine Verpflichtung zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen besteht bei diesem Vorgehen jedoch nicht. Rechtlich verantwortlich bleibt die ÄrztIn. Eine dritte Möglichkeit besteht in der „grünen“ oder der Privat-Rezeptierung. In diesem Falle muss jedoch die KlientIn die Kosten für die Medikamente selbst tragen. Eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen ist nicht vorgesehen.

Grundsätzlich ist bei pharmakologischen Studien zu beachten, dass nur sehr selten mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Medikamentenwirkung untersucht werden. Speziell zur Behandlung der PTB ist darüber hinaus einschränkend zu beachten, dass auch die Art der auslösenden Traumatisierungen (z.B. Monotrauma vs. Komplex-Trauma; Kriegserfahrung vs. langjährige sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit etc.) einen wichtigen differentiellen Einfluss auf Symptomatik und Behandlung haben dürften, was in den vorliegenden Studien nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Verschiedene Persönlichkeitsanteile einer DIS-KlientIn können unterschiedlich auf ein- und dasselbe Medikament reagieren. Die Ursache hierfür ist bislang noch nicht ausreichend erforscht. Wahrscheinlich gehen die Unterschiede zu einem großen Teil auf unterschiedliche Aktivationsniveaus bei den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen und/oder auf ihr subjektives Gefühl der Getrenntheit zurück und nicht so sehr auf

echte Unterschiede in der biologischen Wirkung der Medikamente. Allgemein zeigt die klinische Erfahrung, dass eine medikamentöse Behandlung bei DIS-KlientInnen dann am erfolgreichsten ist, wenn nicht nur ein oder wenige Persönlichkeitsanteile über das Zielsymptom klagen, sondern wenn (fast) alle Anteile innerhalb des Persönlichkeitssystems hierüber berichten.

Es kann von Vorteil sein, bei der Erstellung eines medikamentösen Behandlungsplans auch die Erwartungen von KlientIn und verordnender ÄrztIn in Bezug auf die Wirkungen und Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente zu berücksichtigen. Außerdem können die positive Wirksamkeit von Medikamenten und die Akzeptanz und Compliance bei der medikamentösen Behandlung verstärkt werden, wenn die Klientin für sich und zusammen mit ihrer Ärztin bzw. Therapeutin klärt, ob alle Persönlichkeitsanteile mit der Medikamenteneinnahme einverstanden sind oder ob es Anteile gibt, die ambivalent sind oder die die Behandlung sogar offen boykottieren.

Mehr noch als bei nicht-dissoziativen KlientInnen ist die ethische Dynamik zu berücksichtigen, dass die ÄrztIn ihre PatientIn durch die Medikamente "von außen in sie hinein" beeinflusst. Ein Medikament einzunehmen ist immer mit einem Vertrauensvorschuss verbunden, der gerade bei DIS-KlientInnen unbedingt wahrgenommen, reflektiert und auch gewürdigt werden sollte. Außerdem müssen die Vorerfahrungen der KlientIn mit Medikamenten berücksichtigt werden, insbesondere sollten traumatische Vorerfahrungen aus der Kindheit (z.B. Vergiftung, Überdosierung, Medikamente als "Einschlafhilfen", Schmerzmedikation, Verabreichung von Alkohol, Drogen, Medikamenten in direkten Zusammenhang mit Traumatisierungen, Alkohol- oder Drogenkonsum) vorab genau geklärt werden.

Eine medikamentöse Behandlung kann bei der DIS am besten als "Stoßdämpfer-Funktion" verstanden werden und nicht so sehr als Heilbehandlung im engeren Sinne. Bei KlientInnen mit DIS und/oder komplexer PTB mit multiplen komorbiden Symptomen und Störungen, Dysphorie, Verzweiflung und einer durch wiederholte negative und traumatische Erfahrungen geprägten Lebensgeschichte gibt es bei der medikamentösen Behandlung zumeist nur Teilerfolge. Das Hauptziel ist, die Medikation zu finden, die zu dem jeweiligen Zeitpunkt die bestmögliche Symptomerleichterung bringt. Es ist nicht ungewöhnlich, dass DIS-KlientInnen berichten, dass eine Medikation eine Zeit lang hilft, dann aber keine Wirksamkeit mehr zeigt oder dass die notwendige Dosierung sich in relativ kurzer Zeit deutlich verändert. Wenn ein Medikament bei der KlientIn nicht mehr wirksam ist, tritt die positive Wirkung manchmal wieder ein, wenn es zu einem späteren Zeitpunkt erneut gegeben wird. Die notwendige Dosierung muss dann jeweils neu ermittelt werden. Obwohl DIS-KlientInnen auf Medikamente häufig nur teilweise ansprechen, sollte eine gleichzeitige Verschreibung mehrerer Medikamente wegen der Gefahr z.T. gefährlicher Interaktionen und/oder einer Addition von Nebenwirkungen nach Möglichkeit vermieden werden.

In jedem Falle sollte in möglichst kleinen Dosierungen begonnen werden, die durchaus auch unterhalb den offiziellen Dosisangaben liegen können.

In der klinischen Praxis sind inzwischen fast alle Arten von Psychopharmaka bei DIS-KlientInnen eingesetzt worden. Am häufigsten werden Antidepressiva zur Behandlung von depressiven und/oder posttraumatischen Symptomen eingesetzt.

4.5.1 Antidepressiva

Nach Traumatisierungen kommt es häufig zu einer PTB und/oder einer schweren depressiven Episode. Die beiden Störungen sind dementsprechend die am häufigsten bei DIS-KlientInnen diagnostizierten komorbiden Störungen. Heute werden bei PTB und bei schweren Depressionen am häufigsten Antidepressiva vom Typ der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) eingesetzt. In methodisch guten kontrollierten klinischen Studien konnte für verschiedene SSRIs (z.B. Paroxetin und Sertralin) nachgewiesen werden, dass sie bei relativ einfachen Formen der PTB effektiv sind. Fluoxetin hat sich auch für die Behandlung der komplexen PTB als hilfreich erwiesen.

Fluoxetin und Paroxetin sollten jedoch aufgrund ihrer selektiven Blockade enzymatischer Leberabbaukomplexe (und einer entsprechend geringen Kombi- nierbarkeit mit anderen Medikamenten, die diese Abbaukomplexe benötigen) und einer langen Halbwertszeit im Vergleich zu anderen SSRI nur noch als Ausweichpräparat gegeben werden. Insbesondere ist eine Kombinationen mit Migränemitteln aus der Substanzgruppe der Triptane unbedingt zu vermeiden.

In anderen Studien konnte gezeigt werden, dass SSRIs wie Citalopram und Escitalopram bei KlientInnen mit komplexer PTB bzw. DIS zu einer Milderung von depressiven Symptomen, PTB-Symptomen, Panikattacken und zu einer Reduzierung der erhöhten Schreckhaftigkeit führen können. *Citalopram und Escitalopram verbessern zwar die Stimmung, nicht aber primär den Antrieb.* Ähnliche Ergebnisse liegen auch für einige andere Arten von Antidepressiva vor. Hierzu gehören beispielsweise Venlafaxin und Bupropion.

Antidepressiva mit zwanglösender Wirkung wie Clomipramin, Fluvoxamin, Fluoxetin, Paroxetin, Venlafaxin und Citalopram können für DIS-KlientInnen mit ausgeprägter Zwangssymptomatik besonders hilfreich sein.

Die genannten Medikamente sind allerdings bis auf Citalopram und Venlafaxin aufgrund ihrer unerwünschten Nebenwirkungen nicht mehr Mittel der ersten Wahl. Außerdem zeigt die klinische Erfahrung, dass lediglich eine relative Abschwächung bzw. bessere Kontrollierbarkeit von Zwangsimpulsen erwartet werden kann.

Fluoxetin kann eine diabetogene Stoffwechsellage, Unterzuckerungen und in manchen Fällen eine Gewichtsabnahme bewirken. Bei einem bestehenden Diabetes mellitus ist eine Behandlung mit Fluoxetin daher mit dem Risiko von Stoffwechsellentgleisungen verbunden (Unterzuckerungen, die nach Absetzen des Fluoxetins in Überzuckerungen umschlagen können). Dementsprechend sind bei PatientInnen mit Diabetes mellitus engmaschige Blutzuckerkontrollen notwendig.

Ältere Antidepressiva wie Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer; z.B. Moclobemid) und trizyklische Antidepressiva sind bei manchen DIS-KlientInnen wirksam. Sie wurden jedoch aufgrund der geringeren Nebenwirkungen und der größeren Anwendungssicherheit inzwischen weitgehend durch SSRIs ersetzt.

Johanniskraut-Präparate können bei mittelgradigen Depressionen und dissoziativen Angstzuständen bei geringer Nebenwirkungs-Rate hilfreich sein. Johanniskraut kann jedoch, ähnlich wie Fluoxetin und Paroxetin, aufgrund einer selektiven Blockade enzymatischer Leberabbaukomplexe in Kombination mit anderen Medikamenten zu schwerwiegenden Nebenwirkungen führen. Insbesondere die Kombination von Johanniskraut mit Fluoxetin oder Paroxetin oder der Migränesubstanzgruppe Triptane ist daher strikt zu vermeiden. Da KlientInnen diese Risiken i.A. nicht bekannt sind und da Johanniskraut weit verbreitet ist, muss hier explizit nachgefragt werden

4.5.2 Schlafanstoßende, sedierende und angstlösende Psychopharmaka

DIS-KlientInnen leiden häufig unter komplexen Schlafstörungen. Hierzu gehören Alpträume und Flashbacks, Schlafprobleme im Zusammenhang mit affektiven Störungen, Angstanfälle, die durch Erinnerungen an nächtliche (Kindheits-) Traumatisierungen ausgelöst werden und Aktivität von Persönlichkeitsanteilen mit abweichendem Schlaf-Wach-Rhythmus. Schlafstörungen bei DIS-KlientInnen sollten daher im Rahmen des Gesamt-Behandlungsplans berücksichtigt werden. Sinnvolle Interventionen sind z.B. Symptom-Management-Strategien für ängstliche Persönlichkeitsanteile, Verhandlungen über Schlafzeiten mit nachtaktiven Persönlichkeitsanteilen, kognitiv-behaviorale Techniken zur Verringerung von nächtlichen posttraumatischen Symptomen und schließlich der gut durchdachte Einsatz von Medikamenten. Generell sollte die Verschreibung von Barbituraten, Chloralhydraten und ähnlichen Präparaten bei DIS-KlientInnen vermieden werden, da die Präparate ein hohes Suchtpotential haben und bei einer Überdosierung tödlich wirken können.

Anxiolytika können kurzfristig zur Behandlung von Angstsymptomen eingesetzt werden, aber die verschreibende ÄrztIn sollte sich dessen bewusst sein, dass die am häufigsten eingesetzten Benzodiazepine (Lorazepam, Clonazepam, Diazepam, Chlordiazepoxid u.a.) ein erhebliches Suchtpotential aufweisen und dass viele DIS-KlientInnen ihrerseits eine erhöhte Vulnerabilität für Suchterkrankungen mitbringen.

Bei Lorazepam ist dieses Risiko besonders groß. Hier kann sich bereits nach einer vierwöchigen Einnahme eine Abhängigkeit entwickeln.

KlientInnen mit einer PTB zeigen teilweise eine hohe Toleranz gegenüber vergleichsweise hohen Dosierungen von Benzodiazepinen. Es wird vermutet, dass es durch die schwere chronische Übererregung bei der PTB zu einer Veränderung der Benzodiazepin-Rezeptoren und einer damit verbundenen Toleranzerhöhung kommt. *Allerdings zeigen manche KlientInnen auch bereits gegenüber vergleichsweise geringen Dosen starke Reaktionen.*

Einige DIS-KlientInnen können erfolgreich auf eine langfristige Benzodiazepinbehandlung mit stabiler Dosierung eingestellt werden. Häufig benötigen die KlientInnen

jedoch steigende Dosierungen, um trotz Toleranzentwicklung den gewünschten Behandlungseffekt zu erzielen. Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass mit steigenden Dosierungen das Risiko besteht, dass einerseits die gewünschte Wirkung des Medikaments nachlässt, während gleichzeitig unerwünschte Nebenwirkungen zunehmen. *Außerdem kann unter Benzodiazepin-Behandlung die Trauma-integrative Arbeit erschwert sein.* Meist muss in diesen Fällen die Gabe von Benzodiazepinen unterbrochen werden. Wichtig ist dabei ein vorsichtiges Ausschleichen des Medikaments, um ein Benzodiazepin-Entzugssyndrom zu vermeiden

Andere sedierende Psychopharmaka wie z.B. Mirtazapin (neueres Antidepressivum), Diphenhydramin (rezeptfreies Antihistaminikum), trizyklische Antidepressiva (Trimipramin, Doxepin und Amitriptyllin) wurden in niedriger Dosierung bei DIS-KlientInnen zur Behandlung von Angstsymptomen und insbesondere von Schlafstörungen eingesetzt.

Das frei verkäufliche Diphenhydramin hat eine geringe therapeutische Breite und kann nach klinischen Beobachtungen in Kombination mit codeinhaltigen Grippemitteln zu optischen und szenischen Halluzinationen und in stärkerer Dosierung sogar zu deliranten Syndromen führen. Bedenklich ist auch eine hohe Toxizität des Diphenhydramin. Daher sollte es nie ohne Absprache eingenommen werden.

Eine gute Alternative für eine angstlösende Entspannung bietet sich mit dem trizyklischen Antidepressivum Opipramol und dem mittelpotenten Neuroleptikum Chlorprotixen; beide können als Tropfen vorsichtig dosiert werden. Chlorprotixen bietet einen breiten therapeutischen Rahmen (zwischen 7,5mg – 400mg / T). Als Nebenwirkungen besteht allerdings hier das Risiko extrapyramidal-muskulärer Nebenwirkungen (EPS), der kardialen Schwächung und der Überdosierung.

4.5.3 Antipsychotika

Antipsychotische Medikamente (z.B. Risperidon, Quetiapin, Olanzapin, Sulpirid, Clozapin) sind bei DIS-KlientInnen erfolgreich zur Behandlung von häufig auftretenden Symptomen wie Übererregung, Denkstörungen, intrusiven PTB-Symptomen, chronischen Ängsten, Schlafstörungen und Reizbarkeit eingesetzt worden. Am häufigsten werden heute die neueren atypischen Neuroleptika eingesetzt.

Antipsychotische Medikamente sind bei DIS-KlientInnen auch zur Behandlung akustischer (Pseudo-) Halluzinationen (Hören "innerer Stimmen") eingesetzt worden. Diese DIS-typischen Pseudo-Halluzinationen sprechen jedoch in den meisten Fällen selbst bei höheren Dosierungen nicht oder nur unzureichend auf die Medikamente an. Die inneren Stimmen konnten zwar in einigen Fällen in der Frequenz und/oder Lautstärke abgeschwächt werden, aber sie verschwanden nicht vollständig. In seltenen Fällen weisen DIS-KlientInnen jedoch zusätzlich echte komorbide psychotische Symptome auf, die auf die antipsychotische Medikation ansprechen. So berichten beispielsweise manche KlientIn über "innere" Stimmen von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, die nicht auf das Medikament ansprechen und von gleichzeitig auftre-

tenden, hiervon unterscheidbaren "äußeren" psychotischen Stimmen, die auf Neuroleptika ansprechen.

Wenn eine DIS-KlientIn gleichzeitig unter depressiven als auch fraglich psychotischen Symptomen leidet, ist z.B. eine Behandlung mit dem Neuroleptikum Sulpirid oder Amisulpirid in einer Dosierung von 50 bis 400mg / T möglich. Sulpirid wirkt bereits nach wenigen Tagen antidepressiv; die antipsychotische Wirkung tritt ab einer (vorsichtig zu erhöhenden) Dosierung von 300mg ein.

Neuroleptika haben jedoch zahlreiche Nebenwirkungen. Am häufigsten wurde bei den neueren atypischen Präparaten (wie z.B. Risperidon und Olanzapin) über erhebliche Gewichtszunahmen berichtet. Für DIS-KlientInnen ist eine Gewichtszunahme häufig sehr problematisch. Sie kann zu Glucose-Intoleranzen und anderen schwerwiegenden negativen Auswirkungen auf den Stoffwechsel führen. Dementsprechend ist eine sorgfältige Überwachung des klinischen Verlaufs und der Stoffwechsellparameter notwendig, wenn eine KlientIn diese Medikamente verschrieben bekommt.

Auch bei den Atypika besteht das Risiko einer extrapyramidal-muskulären Bewegungsverlangsamung bzw. -Versteifung (EPS), extrapyramidaler Unruhe, kardialer Schwächung und der Überdosierung. EPS sind dann besonders beängstigend, wenn sie im Schlund- und Zungenbereich zu Krämpfen mit Schluckbeschwerden oder bei der Atemmuskulatur zu Atemnot führen. EPS können in der subjektiven Bewertung (re-) traumatisierend wirken und sollten als relativ vermeidbare Nebenwirkungen unbedingt berücksichtigt werden.

Manche KlientInnen mit einer sehr schwer ausgeprägten DIS haben zur Behandlung von schweren posttraumatischen Symptomen und chronischen Denkstörungen gut auf Clozapin und Olanzapin angesprochen. Denkstörungen zeigen sich bei diesen KlientInnen durch unzusammenhängende, häufig bizarre oder ausgeprägt unmittelbarkeitsverhaftete, kognitive Verzerrungen. Andere atypische Symptome (z.B. ein an Paranoia grenzendes Misstrauen), die sonst eher bei chronisch psychotischen KlientInnen auftreten, finden sich in dieser Gruppe von DIS-KlientInnen ebenfalls. Eine Behandlung mit Clozapin kann jedoch zu Blutbild-Veränderungen (Agranulozytose = Reduktion der weißen Blutkörperchen) führen.

Dieses Risiko liegt prinzipiell bei allen Neuroleptika vor, ist jedoch bei Clozapin besonders hoch. Daher sind genaue Kontrollen vorgeschrieben. Aufgrund von Todesfällen muss in der ersten Behandlungsphase zweimal wöchentlich das Differential-Blutbild bestimmt werden. Später reichen monatliche Kontrollen aus. Nach einer Therapieunterbrechung ist zunächst wieder hochfrequent zu untersuchen. Auch bei der Gabe anderer Neuroleptika müssen das Blutbild, die Leberwerte und der Prolaktinspiegel mindestens zwei- bis viermal jährlich überprüft werden.

Clozapin, Olanzapin und speziell Amisulpirid und Sulpirid können darüber hinaus zu einer Prolaktin-Erhöhung führen. Prolaktinerhöhungen, die nicht im Zusammenhang mit einer Entbindung stehen, können ab einem Serumspiegel über 100- 200 µg/ml depressive Verstimmungen, Brustvergrößerungen und eine Gewichtszunahme fördern. Bei einer starken Prolaktinerhöhung kann es auch zu Milchfluss kommen. Ein erhöhter Prolaktinspiegel kann für DIS-

KlientInnen mit Störungen der Körperidentifikation ein nicht unerheblicher Risikofaktor sein. Prolaktinbestimmungen fallen in den gynäkologischen Geltungsbereich und werden als Präventivindikation argumentiert.

4.5.4 Stimmungsstabilisierer

Stimmungsstabilisierer sind Medikamente, die gezielt zur Stimmungsstabilisierung und Phasenprophylaxe bei PatientInnen mit bipolaren Störungen eingesetzt werden. Viele dieser Medikamente sind Antiepileptika, die in klinischen Studien auch zur Behandlung der PTB eingesetzt wurden. In Fällen, in denen bei einer DIS-KlientIn eine echte komorbide bipolare Störung vorliegt, können mit einer angemessenen stimmungsstabilisierenden Medikation häufig deutliche Behandlungserfolge erzielt werden. Da viele DIS-KlientInnen unter schnellen und starken Stimmungsschwankungen leiden, wird von PsychiaterInnen jedoch häufig vorschnell die Diagnose einer kurzzyklischen bipolaren Störung bzw. einer bipolaren Störung vom Typ II gestellt. Bei einer sorgfältigen Anamnese-Erhebung zeigt sich bei betroffenen DIS-KlientInnen hingegen häufig, dass die Stimmungsschwankungen auf intrusive posttraumatische Symptome und/oder auf Wechsel zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen bzw. auf "Einmischungen" alternativer Persönlichkeitsanteile in das Erleben und Verhalten zurückzuführen sind. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass bipolare Störungen bei DIS-KlientInnen häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung. Bei dissoziationsbedingten Stimmungsschwankungen sind Stimmungsstabilisierer nur bedingt wirksam. Dementsprechend erreicht nur ein geringer Prozentsatz der DIS-KlientInnen unter diesen Medikamenten wirklich einen deutlichen Rückgang der Stimmungsschwankungen. Einige KlientInnen berichten jedoch nach der Gabe von antiepileptischen Phasenstabilisatoren wie Valproat, Lamotrigin, Carbamazepin, Oxcarbamazepin, Gabapentin oder Topiramate von einer Abschwächung von posttraumatischen Symptomen, Angstsymptomen, Stimmungsschwankungen und Impulsdurchbrüchen.

4.5.5 Dissoziationsbeeinflussende Medikamente

Ein anderes Medikament, das zur Behandlung von DIS-KlientInnen eingesetzt wird, ist Naltrexon. Naltrexon ist ein Opiatantagonist, der in manchen Fällen erfolgreich eingesetzt wurde, um den Druck zu selbstverletzendem Verhalten ("Schneidedruck") oder anderen selbstzerstörerischen oder selbststimulierenden Verhaltensweisen zu reduzieren. Mit Naltrexon konnten vor allem dann Erfolge erzielt werden, wenn die KlientInnen berichten, nach einer Selbstverletzung wie in einen Rauschzustand zu kommen, *da der Schneidedruck hier Teil des Suchtkreislaufs ist und der "Erfolg" (Rauschzustand) nach Naltrexon-Gabe ausbleibt.*

Da Naltrexon aber eine relativ kurze Halbwertszeit besitzt und Dissoziationen nicht gezielt beeinflusst, ist die Gabe nur unter strenger Indikation bei einer parallel laufenden, erfolgreichen Psychotherapie sinnvoll.

Manche DIS-KlientInnen berichteten auch von unangenehmen Wirkung des Naltrexon, z.B. dass autoaggressive Impulse nach einem Wirkungsabfall rasch

intrusiv zurückkamen, so dass eine wirkliche Kontrolle nicht erlernt werden konnte. Hierzu fehlen jedoch bislang kontrollierte klinische Studien mit größeren repräsentativen Stichproben.

4.5.6 Medikamente bei speziellen psychiatrischen Indikationen (Unruhe, Panik, Zusammenbruch, psychotischer Angst usw...)

Einige Patienten sprechen bei posttraumatischer Übererregung und Panik auf zentral wirksame Betablocker wie Propranolol an. Clonidin, ein zentral wirkender Alpha-Agonist, der hauptsächlich zur Bluthochdrucksenkung eingesetzt wird, ist in der PTB-Behandlung verwendet worden und kann bei einigen DIS-KlientInnen zur Behandlung von Übererregungssymptomen, intrusiven posttraumatischen Symptomen und Albträume hilfreich sein. In einer Studie mit Kriegsveteranen wurde schließlich berichtet, das Prazosin, ein anderes primär zur Blutdrucksenkung eingesetztes Medikament, bei manchen Veteranen eine positive Wirkung auf posttraumatische Albträume hatte.

Stationäre DIS-KlientInnen mit akuten Angstzuständen, hoher Anspannung, schweren intrusiven posttraumatischen Symptomen, unkontrollierten Persönlichkeitswechseln und/oder einem starken Drang zu Selbst- und Fremdverletzungen können in der Akutsituation je nach Bedarf positiv auf "PRN" oral (Lorazepam sublingual in einer Lutsch-Tablette) oder intramuskulär verabreichte Benzodiazepine (vorrangig Diazepam) und/oder Neuroleptika ansprechen. Bei dieser Indikation können sowohl typische als auch atypische Neuroleptika gegeben werden. Zu den typischen Neuroleptika, die DIS-KlientInnen im stationären Behandlungssetting bei akuten Unruhezuständen verabreicht werden, zählen z.B. Haloperidol und Fluphenazin. Auch intramuskuläre Gaben von Ziprasidon, Ciatyl und sublingual verabreichtes Olanzapin können bei dieser Indikation hilfreich sein. Ziprasidon sollte allerdings nur dann verabreicht werden, wenn durch ein EKG sichergestellt ist, dass keine verlängerten QT-Intervalle vorliegen. Liegt ein solches verlängertes QT-Intervall vor, besteht bei der Gabe von Ziprasidon die Gefahr tödlicher Herzrhythmusstörungen. Droperidol hat ebenfalls eine positive Wirkung auf akute Unruhezustände bei hospitalisierten DIS-KlientInnen. Aufgrund der Gefahr von schweren Rhythmusstörungen darf Droperidol jedoch nur unter einem kontinuierlichen Monitoring der Herzaktivität der KlientIn angewendet werden. Hierdurch ist der Einsatz des Medikaments in der klinischen Alltagspraxis kaum möglich.

Für den Einsatz von Neuroleptika in Akutsituationen ist auf eine strenge Indikationsstellung zu achten; Haloperidol und andere hochpotente Neuroleptika bewirken eine als Entlastung erlebte Beruhigung vor allem bei psychotischer Unruhe. Bei posttraumatischer oder primär dissoziativer Hypervigilanz sediert Haloperidol zwar scheinbar, wird von den DIS-KlientInnen aber häufig als unangenehm "blockierend" erlebt. Außerdem ist davon auszugehen, dass DIS-KlientInnen in der Regel vor solchen psychiatrischen Notfallsituationen keine hochpotenten Neuroleptika genommen haben. Daher ist das Risiko extrapyramidal-muskulärer Nebenwirkungen höher als bei KlientInnen, die Neuroleptika gewöhnt sind. Daher gelten hier bei dieser Indikation Ziprasidon, Quetiapin oder Olanzapin sublingual als besser geeignet.

4.5.7 Sogen. „Narkosezwischenfälle“- Awareness-Situationen

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin liegt das Risiko für Zwischenfälle bei Vollnarkosen bei 45 bis 50 Prozent (Ärzte Zeitung 22.06.2004). Eine deutschlandweite Studie an 46 Kliniken bei über 4000 PatientInnen (begleitend zum EXPO-Projekt „Narkose nach Maß“) wies darauf hin, dass nur bei 61,5% der PatientInnen eine optimale Narkosetiefe erreicht werden konnte. 14,5% der Narkosen waren zu flach (Gefahr von Awareness-Situationen), 7,3% waren zu unruhig, 16,8% zu tief (Risiko Überdosierung). Perioperative Awareness-Situationen wurden bisher noch nicht ausreichend untersucht. Die klinische Beobachtung zeigt, dass es einzelne DIS-KlientInnen mit traumatischen, perioperativen Awareness-Erfahrungen gibt; die sich zwar neurophysiologisch noch nicht ausreichend erklären lassen, die für die Betroffenen aber maßgebliche Folgen hatten.

Grundsätzlich ist bei operativen Eingriffen unter Narkose gezielt nach solchen Vorerfahrungen zu fragen. Die praktische Erfahrung weist auf den Sinn einer engen Zusammenarbeit zwischen TherapeutIn, PsychiaterIn und einer aufgeschlossenen AnästhesistIn hin. Alle wesentlichen Empfehlungen für sedierende Psychopharmaka (Absatz 4.5.2) sind hierfür von Belang. Perioperativ ist das Vertrauensverhältnis der DIS-KlientIn zu "ihrer" AnästhesistIn und zu "ihrer" ChirurgIn richtungsweisend für ein möglicherweise geringeres Risiko eines unangenehmen Awareness-Zwischenfalls. Neurophysiologisch kann ein mitlaufendes EEG u.U. helfen, Unruhezustände frühzeitig zuzuordnen.

4.6 Körperliche und somatoforme Komorbidität bei DIS

Aktuelle Studien (z.B. Felitti et al., 1998; Schnurr & Green, 2003) deuten darauf hin, dass Menschen mit negativen Kindheitserlebnissen wie z.B. Misshandlung, psychischen Erkrankungen bzw. Substanzmissbrauch der Eltern, Missbrauch, Suizid etc. eine auffallend hohe Prävalenz für verschiedene körperliche Erkrankungen aufweisen. In diesen Studien zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an negativen, traumatischen Kindheitserlebnissen und der Häufigkeit verschiedener körperlicher Erkrankungen im Erwachsenenalter, darunter Krebserkrankungen, koronare Herzerkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Lebererkrankungen und Knochenbrüche. Bei Menschen, die multiplen Kindheitsbelastungen und –traumatisierungen ausgesetzt waren, fanden sich außerdem im Erwachsenenalter gehäuft multiple gesundheitliche Risiko-Faktoren.

Darüber hinaus berichteten Menschen mit Kindheitstraumatisierungen in diesen und anderen Studien im Vergleich zu Kontrollgruppen häufiger über ungeschützte Sexualpraktiken, Teenager-Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten, Übergewicht (bis hin zur krankhaften Fettsucht), ein früheres Einstiegsalter beim Rauchen, entzündliche Unterleibserkrankungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch und auffällige PAP-Abstriche (Früherkennungsmethode für Gebärmutterhals-Krebs). Kindheitstraumatisierungen können darüber hinaus zu verschiedenen direkten körperlichen Folgeschäden führen. Hierzu zählen beispielsweise orthopädische Probleme, Schädel-Hirn-Traumata, Anfalls-Leiden, sexuell übertragbare Krankheiten und Erkrankungen des Urogenital-Traktes und des Darmtraktes. Vernachlässigung kann u.a. zu Wachstums- und Entwicklungsstörungen, Gehör- und Sehstörungen, einer

unzureichenden medizinischen Versorgung, versäumten Impfungen, Zahnerkrankungen und anderen Schwierigkeiten führen (Salmon & Calderbank, 1996; Sprigs & Friedrich, 1992).

Darüber hinaus kommt es nach sexuellen Gewalterfahrungen während der Kindheit gehäuft zu gastro-oesophagealen Reflux-Erkrankungen, Reizdarm-Syndrom, chronischen Unterleibsschmerzen, Kopfschmerzen und anderen chronischen Schmerzsyndromen, Fybromyalgie und krankhafter Fettsucht (Scarcini, McDonald-Haile, Bradley & Richter, 1994; Walker, Katon, Neraas, Jemaelka & Massoth, 1992; Walker, Katon, Roy-Byrne, Jemelda & Russo, 1993).

Bislang gibt es keine systematischen Untersuchungen zum Auftreten dieser und ähnlicher körperlicher Erkrankungen bei DIS. Nach der klinischen Erfahrung der Task-Force-Mitglieder treten diese jedoch bei DIS-KlientInnen häufig auf.

4.6.1 Somatisierung und somatoforme Störungen

Somatoforme und dissoziative Störungen sind medizin-historisch durch das Konzept der Hysterie miteinander in Verbindung gebracht worden. Bis zum DSM-III ging man in den damaligen Störungskonzepten davon aus, dass dissoziativen und somatoformen Zuständen ähnliche psychische Prozesse und Mechanismen zugrunde liegen. Ab dem DSM-III wurden somatoforme und dissoziative Störungen aufgrund einer heuristischen Entscheidung in unterschiedlichen Kategorien klassifiziert. Im ICD hingegen wurde das Konzept, dass beide Arten von Störungen eng miteinander verbunden sind, beibehalten.

Aktuelle Forschungsarbeiten erbrachten bei DIS-KlientInnen hohe Prävalenzraten für Somatisierungen und somatoforme Störungen. Anders herum wurden bei KlientInnen mit Somatisierungsstörungen (Briquet's Syndrom), somatoformen Schmerzsyndromen, Hypochondrie und Konversionsstörungen (insbes. bei Pseudo-Krampfanfällen) hohe Prävalenzen für Kindesmisshandlungen beschrieben. Bei sexuellen Gewalterfahrungen während der Kindheit und Jugend scheint dieser Zusammenhang besonders eng zu sein (Barsky, Wool, Barnett & Cleary, 1994; Bowman & Markand, 1996; Goodwin & Attias, 1999; Loewenstein, 1990; Loewenstein & Goodwin, 1999; McCauley et al., 1997; Morrison, 1989; Sar, Akyuz, Kundakci, Kiziltan & Dogan, 2004; Saxe et al., 1994).

In aktuellen Forschungsarbeiten ist die Symptomatik der somatoformen Dissoziation detailliert beschrieben worden (Nijenhuis, 1999). Es wurde ein gut validiertes psychometrisches Messinstrument, der Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ²⁴) entwickelt und in einer Vielzahl von empirischen Untersuchungen eingesetzt (s.o.). In einer Studie mit 148 DIS-KlientInnen wurden bei den KlientInnen durchschnittlich 15,72 körperliche Symptome gefunden (Loewenstein, 2002). Die bei DIS-KlientInnen am häufigsten auftretenden somatoformen Symptome sind u.a. Bauchschmerzen, Unterleibsschmerzen, Gelenkschmerzen, Gesichts- und Kopfschmerzen, das Gefühl,

²⁴ vgl. auch Kap. 1.5.3: Selbstbeurteilungsfragebögen. Der SDQ ist in deutscher Übersetzung auf der Webseite des Erstautors Ellert Nijenhuis (www.enijenhuis.nl) verfügbar.

einen "Kloß im Hals" zu haben, Rückenschmerzen, Pseudo-Krampfanfälle und Pseudo-Asthma.

4.6.2 Psychophysiologische Unterschiede zwischen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen

Es gibt eine lange Reihe von Berichten über psychophysiologische Unterschiede zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen innerhalb eines DIS-Persönlichkeitssystems. Die folgende Liste gibt eine Übersicht über psychophysiologische Variablen, bei denen bei DIS-KlientInnen Unterschiede zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen beschrieben worden sind (vgl. auch Loewenstein & Putnam, 2004, Putnam, 1984, 1991b; Sar, Unal, Kiziltan, Kundakci, & Ozturk, 2001):

- (1) Handschrift
- (2) Sehschärfe
- (3) Reaktion auf und Wirksamkeit von Medikamenten
- (4) Allergien
- (5) Blutzucker-Konzentrationen bei KlientInnen mit Diabetes
- (6) Pulsfrequenz
- (7) Blutdruck
- (8) EEG-Kurven
- (9) regionale cerebrale Durchblutung und Aktivierung von Gehirnstrukturen (ermittelt mit Single Positronen Emissions Computer Tomographie, SPECT bzw. funktioneller Magnet-Resonanz-Tomographie, fMRT).

In systematischen Studien mit kleinen Gruppen von DIS-KlientInnen und nicht-klinischen Kontrollgruppen aus Personen, die aufgefordert wurden, unterschiedliche Persönlichkeitszustände oder -anteile zu simulieren, wurden signifikante Unterschiede zwischen den DIS-KlientInnen und den Kontrollpersonen nachgewiesen. Hierzu gehören u.a. eine signifikant größere Variabilität bei

- (1) visuell evozierten Potenzialen
- (2) bestimmten EEG-Ableitungen
- (3) dem galvanischen Hautwiderstand
- (4) dem Muskeltonus
- (5) der Lateralität
- (6) Immun-Reaktionen
- (7) fMRT-Aktivationsmustern
- (8) der Sehschärfe und ähnlichen optalmologischen Variablen.

In diesen Studien konnten insgesamt relativ subtile, jedoch beständige Unterschiede zwischen DIS-KlientInnen und Kontrollpersonen nachgewiesen werden. Die DIS-KlientInnen als Gruppe zeigten bei Wechseln zwischen Persönlichkeitsanteilen im

Vergleich zu den Kontrollpersonen eine größere Variabilität in den psychophysiologischen Variablen. Es fanden sich jedoch i.A. keine reproduzierbaren Unterschiede, wie man sie normalerweise zwischen verschiedenen Individuen beobachten kann.

Die Auswirkungen, die diese Untersuchungsergebnisse auf die Behandlung der DIS haben könnten, sind bisher noch nicht systematisch erforscht worden. Manche TherapeutInnen haben jedoch nach der abschließenden Integration aller Persönlichkeitsanteile bei DIS-KlientInnen über physiologische Veränderungen wie z.B. eine größere Stabilität der Blutzucker-Konzentrationen berichtet (Kluft, 1986a). Die Forschungsergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass DIS-KlientInnen wichtige Erkenntnisse über das Wechselspiel und die Interaktion von Körper, Geist und Seele ermöglichen könnten, und dass die heute vorliegenden Forschungsergebnisse die Grundlage für wichtige systematische Untersuchungen in der Zukunft bilden sollten.

4.6.3 Auswirkungen auf die Behandlung

Bei der Behandlung von DIS-KlientInnen können TherapeutInnen und ÄrztInnen an verschiedenen Punkten mit dem Problem körperlicher Erkrankungen und Somatisierungen konfrontiert werden. Manchmal suchen DIS-KlientInnen wegen einiger ihrer körperlichen Probleme medizinische Hilfe, während sie andere ernsthafte körperliche Probleme ignorieren. Manche DIS-KlientInnen nehmen mehr Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch als die Allgemeinbevölkerung, aber andere fürchten sich dermaßen, dass sie überhaupt keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Schließlich können körperliche Erkrankungen somatoform überlagert sein und manche DIS-KlientInnen zeigen so realistische Konversionssymptome, dass diese wie schwerwiegende körperliche Erkrankungen anmuten. Hierzu gehören beispielsweise Krampfanfälle, schwere Kopfschmerzen, neurologische Auffälligkeiten, Atemstörungen etc. Mitunter werden DIS-KlientInnen auch von AllgemeinmedizinerInnen oder InternistInnen an PsychiaterInnen oder PsychotherapeutInnen überwiesen, wenn diese unter schweren Somatisierungen oder Problemen wie starken Blutdruckschwankungen oder Glucose-Intoleranzen leiden, die offensichtlich auf Wechsel ("switches") zwischen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen mit unterschiedlichen psychophysiologischen Profilen zurückzuführen sind.

Manche DIS-KlientInnen leiden stark unter somatoformen Schmerzsyndromen und nehmen hohen Dosen von Schmerzmitteln, ohne dass ein spürbarer Behandlungserfolg erreicht wird. Andere KlientInnen wiederum sind in der Lage, Schmerz über lange Zeitspannen zu dissoziieren. Hierdurch kann es zu erheblichen Problemen und Komplikationen kommen, da aufgrund der fehlenden Schmerzwahrnehmung bei einer ernsthaften Erkrankung teilweise erst dann medizinische Hilfe gesucht wird, wenn es zu weiterreichenden Komplikationen gekommen ist. Ein Beispiel hierfür wäre, dass PatientInnen mit einer Krebserkrankung erst dann zur ÄrztIn gehen, wenn es zu einer fortgeschrittenen Metastasenbildung gekommen ist, die bei früherer Behandlung hätte vermieden werden können.

Die vorliegenden Richtlinien können nicht auf alle komplexen Aspekte der Untersuchung und Behandlung körperlicher Symptome bei DIS-KlientInnen eingehen (vgl. hierzu Goodwin & Attias, 1999). Kurz zusammengefasst sollte in der Psychotherapie

eine angemessene Selbstfürsorge in Bezug auf körperliche Probleme und Erkrankungen gefördert werden. Die TherapeutIn sollte dabei eine AnsprechpartnerIn für die KlientIn sein und sie ggfs. bei der Inanspruchnahme angemessener medizinischer Untersuchungen und Behandlungen beraten und unterstützen. Die behandelnde PsychiaterIn hat dabei als Schnittstelle zum somatisch-medizinischen System eine wichtige Lotsenfunktion und sollte die KlientIn darin unterstützen, notwendige Untersuchungen und Behandlungen durchführen zu lassen, aber gleichzeitig dem bei manchen KlientInnen vorhandenen Verlangen nach immer neuen medizinischen Untersuchungen und Interventionen ohne klare Indikation entgegenwirken.

Unterstützende und respektvolle psychoedukative Gespräche über somatoforme Symptome, in denen insbesondere die Auswirkungen von Traumatisierungen auf die Körperwahrnehmung hervorgehoben werden, können KlientInnen darin unterstützen, das mögliche Vorliegen von Somatisierungen zu akzeptieren und nicht mit Antworten wie "Sie meinen also, ich bilde mir das alles nur ein!" zu reagieren. Hierdurch können u.U. unnötige medizinische Untersuchungen und Behandlungen und dadurch verursachte Kosten vermieden und eine angemessene Inanspruchnahme des medizinischen Systems gefördert werden. Sowohl die behandelnde ÄrztIn und TherapeutIn als auch die KlientIn selbst müssen bei der Bewertung von körperlichen Problemen die Mehrdeutigkeit von körperlichen Symptomen wie auch das Wechselspiel von Körper und Geist berücksichtigen und respektieren.

Aufklärung über eine grundlegende medizinische Selbstfürsorge und die Arbeit an kognitiven Verzerrungen und anderen posttraumatischen Symptomen können die KlientIn im Zusammenhang mit medizinischen Problemen darin unterstützen, notwendige medizinische Behandlungen durchführen zu lassen und sich an die Empfehlungen der behandelnden ÄrztInnen zu halten. Außerdem kann es sinnvoll sein, dass die TherapeutIn das medizinische Personal über Dissoziation informiert und gemeinsam mit dem jeweiligen Behandlungsteam versucht, mögliche Probleme, die während der Behandlung einer DIS-KlientIn auftreten könnten, vorherzusehen. Bei körperlichen Eingriffen, insbesondere wenn eine Narkose und/oder ein chirurgischer Eingriffe notwendig sind, ist eine besonders sorgfältige Vorbereitung notwendig. Dazu kann es wichtig sein, dass die TherapeutIn besonders die Persönlichkeitsanteile in die Vorbereitung einbezieht, die "den Körper" verleugnen oder die der Meinung sind, nicht in dem Körper der KlientIn zu leben. Hierdurch sollen Konflikte zwischen den verschiedenen Anteilen verhindert oder abgeschwächt werden, damit die KlientIn die Notwendigkeit des Eingriffes leichter akzeptieren und eine angemessene Behandlung durchführen lassen kann. Schließlich kann die Arbeit an der Kontrolle somatoformer Flashbacks ("Körpererinnerungen") dazu beitragen, unangemessene somatisch-medizinische Behandlungsversuche für somatoforme Symptome zu reduzieren.

4.7 Hypnose als therapeutisches Hilfsmittel

Bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert wird Hypnose als therapeutisches Hilfsmittel in der Behandlung der DIS eingesetzt (Ellenberger, 1970) und es gibt zahlreiche Veröffentlichungen zum Einsatz von Hypnose bei DIS (vgl. z.B. Kluff, 1982, 1989; Ross & Norton, 1989b). Die Hypnose als solche ist keine eigenständige Behandlungsmethode, sondern ein therapeutisches Hilfsmittel. TherapeutInnen sollten the-

therapeutische Zusatztechniken und insbesondere Hypnose in der Psychotherapie grundsätzlich nur dann einsetzen, wenn sie über eine solide Ausbildung in der jeweiligen Technik verfügen. Wenn Hypnose in der Behandlung von Trauma und Dissoziation eingesetzt werden soll, sollten die TherapeutInnen darüber hinaus an spezialisierten Ausbildungsseminaren für den Einsatz von hypnotherapeutischen Interventionen bei dieser KlientInnengruppe teilnehmen. Außerdem sollte sich die TherapeutIn über die anhaltenden Kontroversen zum Einsatz von Hypnose in der Traumabehandlung, zu Erinnerungsphänomenen während einer Traumatherapie und zur Ätiologie der DIS bewusst sein (Brown, Schefflin & Hammond, 1998).

In klinischen Studien und in Studien, in denen standardisierte Messinstrumente zum Einsatz kamen, konnte wiederholt nachgewiesen werden, dass DIS-KlientInnen im Vergleich zu allen anderen klinischen Gruppen (KlientInnen mit Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, PTB, etc.) und nicht-klinischen Kontrollgruppen konsistent die stärkste Hypnotisierbarkeit aufwiesen (Frischholz, Lipman, Braun & Sachs, 1992). Dementsprechend wurden viele hypnotherapeutische Techniken für die Behandlung der DIS entwickelt. DIS-ExpertInnen sind sich einig, dass hypnotherapeutische Techniken sowohl während als auch zwischen den Sitzungen hilfreich sein können, wenn die KlientInnen den Einsatz bestimmter Autohypnose-Techniken erlernt hat.

Da DIS-KlientInnen als Gruppe hochgradig hypnotisierbar sind, können viele hypnotherapeutische Techniken durch die Nutzung der autohypnotischen Fähigkeiten der KlientInnen auch ohne formale Trance-Induktion eingesetzt werden. Die Techniken können für eine Vielzahl von therapeutischen Aufgaben und klinischen Inhalten eingesetzt werden. Die folgende Liste gibt Beispiele für mögliche Einsatzbereiche:

- (1) Ich-Stärkung
- (2) Exploration und Milderung von Symptomen
- (3) Angstreduzierung
- (4) um Zugang zu dissoziierten Persönlichkeitsanteilen zu bekommen
- (5) um erwachsene Anteile "nach vorne zu rufen", wenn zum Ende einer Sitzung kindliche oder dysfunktionale Anteile die Kontrolle innehaben
- (6) Containment bei Flashbacks
- (7) Containment und Kontrolle von spontanen bzw. therapeutisch geförderten starken Gefühlsausbrüchen und Abreaktionen
- (8) die KlientIn oder einzelne Persönlichkeitsanteile zwischen zwei Therapiesitzungen stabilisieren
- (9) Exploration und Abschwächung von schmerzhaften Körpererinnerungen an traumatische Erfahrungen
- (10) Restabilisierung
- (11) kognitive Umstrukturierung
- (12) Skill-Training und Ressourcenaufbau

- (13) Förderung der Kommunikation zwischen den dissoziierten Anteilen innerhalb eines Persönlichkeitssystems
- (14) Integrations-Rituale

In Kliniken kann das Personal in hypnotherapeutischen Interventionen ausgebildet werden und z.B. unruhige, überflutete, selbstschädigende und/oder gewalttätige DIS-KlientInnen mit "Verzögerungstechniken" wie beruhigenden Imaginationen, Reorientierungsübungen oder Containment-Techniken unterstützen. KlinikmitarbeiterInnen sollten jedoch nur dann formale Hypnose einsetzen, wenn sie von der Klinikleitung hierzu ermächtigt worden sind (Kluft, 1992). Wenn hypnotherapeutische Interventionen zum Einsatz kommen sollen, ist die KlientIn im Vorfeld darüber zu informieren und die Übungen sollten im Rahmen des Bezugs-TherapeutInnen-Systems in den Behandlungsplan einbezogen werden.

Zur Rolle der Hypnose in laufenden Psychotherapien bei DIS-KlientInnen gibt es sehr unterschiedliche Meinungen. Manche ExpertInnen raten vom Einsatz von Hypnose ab und bevorzugen andere Methoden. Andere befürchten, dass es durch hypnotische Suggestionen zu einer Beeinflussung der Erinnerung kommen könnte und dass KlientInnen nach dem Einsatz von Hypnose evtl. dazu neigen, über Inhalte und/oder Ereignisse zu berichten, die nicht mit ihrer realen Lebensgeschichte übereinstimmen. Wieder andere ExpertInnen verweisen auf die lange Erfolgsgeschichte der durch hypnotherapeutische Interventionen unterstützten DIS-Behandlung. Diese TherapeutInnen vertreten den Standpunkt, dass es in der Arbeit mit dieser hochgradig hypnotisierbaren KlientInnengruppe fast unausweichlich zu irgendeiner Form der Hypnose kommt.

Der Einsatz unterstützender hypnotherapeutischer Interventionen zur Ich-Stärkung, Krisenbewältigung, Stabilisierung und zur Förderung der Integration ist wenig umstritten. Hypnose kann auch als Entspannungstechnik oder zur Modulation und Begrenzung von Affekten eingesetzt werden, wenn in Phase II der Therapie an bereits zugänglichen traumatischen Erinnerungen gearbeitet wird (z.B. wenn traumatische Erinnerungen aus der Distanz heraus auf einem imaginären Bildschirm betrachtet werden). Die Auswirkungen solcher Techniken auf Erinnerungsmaterial sind bislang noch nicht systematisch untersucht worden. Daher ist nicht bekannt, ob und wenn ja, in welchem Maße diese hypnotherapeutischen Techniken Einfluss auf die Erinnerungen der KlientInnen haben (Brown, Schefflin & Hammond, 1998).

Versuche, unter Einsatz von Hypnose Zugang zu dissoziierten Persönlichkeitsanteilen zu bekommen (z.B. Aufforderung an Teilpersönlichkeiten, mit der TherapeutIn in Kontakt zu treten, Förderung innerer Dialoge, Einsatz von Frasers [2003] "Dissoziativem runden Tisch" und ähnliche Techniken) sind bereits umstrittener. Die größten Kontroversen kreisen jedoch um den Einsatz von hypnotherapeutischen Techniken bei der Exploration von Amnesien und fragmentierten Erinnerungsbildern. Einige Kapazitäten, die sich für den Einsatz von Hypnose bei diesen Indikationsbereichen aussprechen, weisen darauf hin, dass mit diesen Techniken aufgedecktes Erinnerungsmaterial in vielen Fällen zu einem späteren Zeitpunkt durch externe Beweise bestätigt werden konnte. Außerdem sei der erreichte therapeutische Fortschritt häufig unabhängig vom historischen Wahrheitsgehalt der aufgedeckten Inhalte. Andere ExpertInnen sehen hingegen die Gefahr, dass KlientInnen durch den Einsatz von hyp-

notherapeutischen Techniken beim Aufdecken von Erinnerungen einem noch größeren Risiko ausgesetzt werden, Phantasie und reale Erinnerungen zu verwechseln. Die ExpertInnen sehen in diesem Risiko ein starkes Gegenargument für den Einsatz solcher hypnotherapeutischer Explorationstechniken.

Neben einer hohen Hypnotisierbarkeit können DIS-KlientInnen zusätzlich eine starke Phantasie-Neigung ("fantasy-proness") aufweisen (Lynn, Rhue & Green, 1988). Erste vorläufige Forschungsergebnisse deuten zwar eher darauf hin, dass die meisten DIS-KlientInnen nur eine mäßige Phantasie-Neigung haben (Williams, Loewenstein & Gleaves, 2004). Trotzdem werden unabhängig davon, ob Hypnose eingesetzt worden ist oder nicht, immer wieder Bedenken geäußert, dass DIS-KlientInnen anfällig dafür sind, Phantasie und authentische Erinnerungen zu verwechseln. TherapeutInnen, die Hypnose als Explorationstechnik einsetzen, sollten daher den Einsatz von Suggestivfragen vermeiden und die KlientIn zu nichts drängen. Das gleiche gilt für Hinweisreize, die in manchen Fällen die Inhalte, die unter Hypnose erinnert werden, beeinflussen können. Der Einsatz von Hypnose kann bei der KlientIn auch ein unangemessenes Vertrauen in den Wahrheitsgehalt der unter Hypnose erinnerten Inhalte hervorrufen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass ein solches unangemessenes Vertrauen durch eine vorherige umfassende Aufklärung über die Möglichkeiten, Risiken und Grenzen hypnotherapeutischer Explorationen vermieden werden kann (vgl. Cardena et al., 2000). Brown, Schefflin und Hammond (1998) veröffentlichten eine umfassende Übersicht und Diskussion von Indikationen, Kontraindikationen und potentiellen Risiken und Möglichkeiten verschiedener Techniken zur Auflösung von Amnesien bei traumatisierten KlientInnen. Die vorgestellten Techniken, die einen zunehmenden Grad ein Einflussnahme durch die TherapeutIn aufweisen, reichen von der freien Erinnerung bis hin zu hypnotisch geförderten Interviews.

Wie jede spezielle Behandlungstechnik sollte auch Hypnose erst dann eingesetzt werden, wenn die KlientIn umfassend über die möglichen Vorteile, Risiken und Grenzen der Behandlung aufgeklärt worden ist. In dem Aufklärungsgespräch sollte die TherapeutIn auch auf die bestehenden Kontroversen zur Rolle der Hypnose bei der Aufdeckung von traumatischen Erinnerungen und zum Einsatz von hypnotherapeutischen Techniken bei der Diagnostik und Behandlung der DIS und anderer posttraumatischer Störungen eingehen. Außerdem ist die KlientIn auf mögliche Auswirkungen im Rahmen von strafrechtlichen Verfolgungen und auf mögliche Einschränkungen bei der Zulassung als ZeugnIn in Gerichtsverfahren hinzuweisen (American Society of Clinical Hypnosis, 1994)²⁵.

4.8 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Der Einsatz von EMDR in der DIS-Behandlung ist umstritten. Zahlreiche Studienergebnisse deuten darauf hin, dass EMDR eine effektive Behandlungsmethode für die

²⁵ TherapeutInnen müssen sich dessen bewusst sein, dass nach gängiger deutscher Rechtspraxis bei Gericht die Glaubhaftigkeit von ZeugInnenaussagen durch den Einsatz von Hypnose in der Diagnostikphase und bei der Exploration traumatischer Erfahrungen als entscheidend beeinträchtigt angesehen wird. Hierdurch kann eine strafrechtliche Verfolgung der Taten unmöglich werden. Schon allein aus diesem Grund wird von dem Einsatz von Hypnose als *Diagnosetechnik* abgeraten.

einfache PTB nach einem Typ-I Trauma (einmaliges, umgrenztes traumatisches Erlebnis wie z.B. Autounfall, Überfall, Naturkatastrophen etc.) ist; es gibt bislang jedoch erst wenige empirische Untersuchungen zur Effektivität von EMDR bei der Behandlung der komplexen PTB und dissoziativer Störungen. BefürworterInnen und KritikerInnen von EMDR stimmen darin überein, dass weitere Forschungsarbeiten notwendig sind, um die Wirkmechanismen der Methode zu verstehen (Chemtob, Tolin, Van der Kolk & Pitman, 2000).

In Fällen, in denen EMDR in unmodifizierter Form bei der Behandlung von DIS-KlientInnen eingesetzt wurde, sind mehrfach schwerwiegende klinische Probleme aufgetreten. In diesem Zusammenhang sind akute Dekompensierungen mit selbstschädigendem Verhalten, eine deutliche Zunahme intrusiver PTB-Symptome sowie eine starke emotionale Überflutung von KlientInnen beschrieben worden, die teilweise stationäre Behandlungen notwendig gemacht haben.

Einige Task-Force-Mitglieder befürworten den Einsatz von EMDR. Sie verweisen auf Fallberichte, nach denen sich modifizierte EMDR-Techniken als hilfreiche ergänzende Behandlungsmethode für DIS erwiesen haben (Fine & Berkowitz, 2001; Lazrove & Fine, 1996; Paulsen, 1995; Shapiro, 1992, 2001; Twombly, 2000²⁶). Gelinas (2003) hat die bislang umfassendste Übersichtsarbeit zu diesem Thema geschrieben und empfiehlt für die Behandlung der komplexen PTB den Einsatz modifizierter EMDR-Techniken im Rahmen eines übergeordneten phasen-orientierten traumatherapeutischen Behandlungsplans. Gelinas weist darauf hin, dass EMDR nur dann in die Behandlung der DIS integriert werden sollte, wenn die TherapeutIn sowohl hinsichtlich der phasen-orientierten Traumatherapie als auch hinsichtlich der DIS-Behandlung und der Arbeit mit dissoziierten Persönlichkeitsanteilen über eine breite klinische Erfahrung verfügt. EMDR-BefürworterInnen drängen außerdem darauf, dass TherapeutInnen, die DIS-KlientInnen mit EMDR behandeln möchten, eine umfassende EMDR-Ausbildung absolvieren und anschließend zunächst unter Supervision bei einer in der EMDR-Behandlung der komplexen PTB und der DIS erfahrenen SupervisorIn arbeiten sollten, bis sie selbst über ausreichend Erfahrung im Einsatz von EMDR bei dieser KlientInnengruppe verfügen.

Modifizierte EMDR-Techniken sollten nur dann in eine phasen-orientierte Traumatherapie bei DIS integriert werden, wenn die TherapeutIn über ausreichend Erfahrung in der Behandlungsplanung und –strukturierung verfügt, wenn die KlientIn ein insgesamt hohes Maß an Stabilität aufweist und diese Stabilität während der (EMDR-) Arbeit an traumatischen Erlebnissen durch geeignete Techniken ausreichend gestützt wird. Ein solcher Ansatz ist beispielsweise von Fine (1991, 1993²⁷), der Vorsitzenden der ISSD-Arbeitsgruppe zum Einsatz von EMDR in der Behandlung der DIS, beschrieben worden.

²⁶ Für deutschsprachige Veröffentlichungen zur Integration von EMDR in die Behandlung schwerer dissoziativer Störungen vgl. Hofmann, A. (2003). EMDR bei schweren dissoziativen Störungen. In: L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.); *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (S.131 – 139). Stuttgart: Thieme. und Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2003). EMDR in der Behandlung dissoziativer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 25 – 33.

²⁷ Für eine deutschsprachige Darstellung des Behandlungsansatzes von C. Fine vgl. Fine, C. (2003). Zielorientiertes Integrationsmodell: Ein kognitives Therapiemodell für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung und verwandte Formen Dissoziativer Störungen In: L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (S. 100 – 123). Stuttgart: Thieme.

Darüber hinaus sollten TherapeutInnen, die einen Einsatz von EMDR bei DIS-KlientInnen erwägen, mit den aktuellen Kontroversen zum Einsatz der Technik vertraut sein und ihre KlientInnen im Vorfeld umfassend über mögliche Risiken und Chancen der Behandlungsmethode aufklären.

4.9 Gestaltungstherapie und rehabilitative Behandlungsmethoden

Gestaltungstherapien können für DIS-KlientInnen sehr hilfreich sein, da die KlientInnen häufig außergewöhnlich gut auf nicht-sprachliche Ansätze ansprechen. Methoden wie Kunst-Therapie, Musik-Therapie, Bewegungs-Therapie, Psychodrama und Beschäftigungstherapie eröffnen den KlientInnen neue Ausdrucksmöglichkeiten, durch die sie unter Umständen tiefer liegende Gefühle und Gedanken auf eine sichere Art und Weise ausdrücken können. Der nonverbale Prozess und die dabei entstehenden Resultate (Gemälde, musikalischer Ausdruck, Bewegungssequenzen etc.) können als Momentaufnahmen des Erlebens innerhalb des Persönlichkeitssystems fungieren und zu jedem Zeitpunkt in die Behandlung einbezogen werden. Sie können wichtige Informationen zu traumatischen Erfahrungen, gegenwärtigen Triggern und Belastungsquellen, Sicherheits-Problemen und Bewältigungsstrategien liefern. Manchmal können solche Inhalte auf nonverbale Art und Weise bereits sehr viel früher ausgedrückt werden als ein sprachlicher Zugang möglich ist. Darüber hinaus fördert der sprachliche Austausch über nonverbale Arbeiten verschiedene Behandlungsziele. Nonverbale Therapieansätze können so in Kombination mit verbalen Assoziationen eine Brücke zwischen der inneren und äußeren Welt der KlientInnen schlagen.

Nonverbale Therapieansätze können Konzentration, realitätsbezogenes Denken, die innere Organisation, Problemlöse-Strategien und den Einsatz von Reorientierungs- und Containment-Techniken fördern. Weitere mögliche Ziele sind eine Verbesserung der internen Kommunikation und Kooperation zwischen den Persönlichkeitsanteilen, Einsicht, Sublimierung von Wut, Durcharbeiten von traumatischen Erfahrungen und Unterstützung bei der Integration von Persönlichkeitsanteilen. Gestaltungstherapien können in allen drei Phasen der Trauma-Behandlung eingesetzt werden und viele PsychotherapeutInnen beziehen z.B. Zeichnungen, Gemälde oder Tagebücher der KlientInnen in die Psychotherapie ein.

Durch strukturierte, realitätsbezogene Aktivitäten und soziale Erfahrungen können im Rahmen einer Arbeitstherapie sowohl das Funktionsniveau einer KlientIn als auch ihre Fähigkeit, Aufgaben konsistent und altersgemäß zu erledigen, erfasst werden. Im Rahmen der Arbeits- und Beschäftigungstherapie kann darüber hinaus ermittelt werden, in welchem Ausmaß eine KlientIn in ihrem Alltagsleben durch Symptome beeinträchtigt ist. Durch die Symptome einer PTB und/oder einer DIS können verschiedenste Lebensbereiche und Fertigkeiten wie z.B. die persönliche Hygiene, die Zubereitung von Mahlzeiten, der Umgang mit Geld, Arbeit, Schule, Freizeit und das Sozialleben beeinträchtigt sein.

KlientInnen können sowohl im ambulanten als auch in stationärem Setting an verschiedenen Punkten der Behandlung sehr von einer kunsttherapeutischen Einzelbehandlung profitieren. Aufbauend auf den Ergebnissen empirischer Untersuchungen

zur Kunsttherapie bei DIS ist eine standardisierte künstlerische Erhebungsmethode, die Diagnostic Drawing Series (DDS) entwickelt worden, die sich bei der Differentialdiagnostik der DIS bewährt hat (Cohen, Mills & Kijak, 1994).

Leider arbeiten nur wenige in der Arbeit mit DIS erfahrene Gestaltungs-TherapeutInnen in freier Praxis. Auch aus Kostengründen kann es schwierig sein, nonverbale Therapieansätze außerhalb eines stationären Behandlungsprogramms in die DIS-Behandlung zu integrieren. Kunst-, Bewegungs- und Beschäftigungstherapien sind jedoch auch erfolgreich als ambulante Gruppentherapien durchgeführt worden. Solche Gruppenangebote können eine kosteneffiziente Alternative zu Gestaltungstherapien im Einzelsetting darstellen.

Gestaltungs- und Ergo-TherapeutInnen absolvieren eine mehrjährige Ausbildung. Obwohl PsychotherapeutInnen DIS-KlientInnen manchmal ermutigen, im Rahmen der Therapie Bilder, Zeichnungen oder ähnliches anzufertigen, sollten formale kunsttherapeutische Techniken nur von entsprechend ausgebildeten TherapeutInnen eingesetzt werden.

Die PsychotherapeutIn einer DIS-KlientIn hat die Hauptverantwortung für die Behandlung und sollte mit allen an der Behandlung beteiligten TherapeutInnen eng zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass die Behandlung ausreichend aufeinander abgestimmt wird. Daher sollten alle Mitglieder eines HelferInnen-Netzwerks eine Schweigepflichts-Entbindung von der KlientIn erbitten, damit bei Bedarf ein entsprechender Austausch von Informationen möglich ist (vgl. Kap. 4.1.2: Behandlungstechniken).

4.10 Elektrokrampf-Therapie (EKT)

EKT ist keine angemessene Behandlung für dissoziative Störungen.

4.11 Medikamentös unterstützte Interviews

Mitunter sind pharmakologisch unterstützte Befragungen dazu eingesetzt worden, DIS-KlientInnen dabei zu helfen, Zugang zu dissoziierten Persönlichkeitsanteilen oder zu anderweitig nicht zugänglichen traumatischen Erinnerungen zu bekommen. Dies wird im europäischen Raum i.d.R. nicht praktiziert und ethisch nicht befürwortet.

4.12 Psycho-Chirurgie

Es gibt keine Hinweise auf eine Wirksamkeit psycho-chirurgischer Eingriffe bei der Behandlung der DIS.

5 Spezielle Aspekte der Behandlung der DIS

5.1 Aufklärungspflicht und Einwilligung in die Behandlung

TherapeutInnen sind verpflichtet, KlientInnen vor Beginn der Behandlung umfassend über Ablauf und Möglichkeiten der Therapie, aber auch über deren Grenzen sowie mögliche Risiken und Probleme aufzuklären. TherapeutInnen sollten die allgemeinen Aspekte der Aufklärungspflicht und der Einverständniserklärung²⁸ im Rahmen psychologischer und psychiatrischer Behandlungen im Allgemeinen und bei der Behandlung Dissoziativer Störungen im Besonderen berücksichtigen und die KlientIn nach erfolgter Aufklärung entsprechend den üblichen Behandlungsstandards um eine schriftliche Einverständniserklärung für die Behandlung bitten (Brown et al., 1997; Courtouis, 1999; Gutheil & Applebaum, 2000). Sollen in der Behandlung spezielle Zusatztechniken wie z.B. Hypnose oder EMDR eingesetzt werden, sollte die KlientIn gesondert über die Risiken und Möglichkeiten dieser speziellen Techniken aufgeklärt werden und die TherapeutIn sollte in Betracht ziehen, sich hierfür gesonderte Einverständniserklärungen geben zu lassen.

Darüber hinaus sollten TherapeutInnen sich mit einigen speziellen Aspekten vertraut machen, die durch die gegenwärtigen Kontroversen zur Trauma-Behandlung einen besonderen Stellenwert erhalten haben. Dies bezieht sich insbesondere auf folgende Bereiche:

- (1) traumatische versus "sozio-kognitive" Ätiologie der DIS
- (2) Kontroverse über verzögert auftauchende Erinnerungen an traumatische Erfahrungen ("recovered memories")
- (3) die Möglichkeit, dass durch die Therapie verzerrte oder falsche "Erinnerungen" an Ereignisse aufkommen können, die in der Realität (in dieser Form) nicht stattgefunden haben ("false memories")
- (4) Regression in der Behandlung.

Auch während einer gut durchdachten DIS-Behandlung, bei der alle anerkannten Behandlungsstandards berücksichtigt werden, kann es zeitweise zu Regressionen kommen, wenn die KlientIn sich mit Erinnerungen an traumatische Erlebnisse und mit den damit verbundenen Gefühlen auseinandersetzt. Erfahrene TherapeutInnen versuchen, die Dauer und den Schweregrad dieser vorübergehenden Regression möglichst gering zu halten und informieren ihre KlientInnen über das Risiko von Regressionen, bevor sie sich der Bearbeitung von traumatischen Erinnerungen zuwenden. TherapeutInnen sollten sich mit den Fragen und Kontroversen zu diesen Belangen vertraut machen und ihren KlientInnen in der Anfangsphase der DIS-Behandlung einen ausgewogenen Überblick darüber geben. Die klinische Erfahrung deutet darauf hin, dass diese Art der Aufklärung KlientInnen helfen kann, Erinnerungen, die während der Behandlung auftauchen, angemessen zu bewerten (Cardeña et al., 2000).

In jedem Land gibt es andere Definitionen, Kriterien und Gesetze zur Aufklärungspflicht von TherapeutInnen und zur Einwilligung einer KlientIn in die Behandlung. Das

²⁸ Im angloamerikanischen Sprachraum ist hierfür (auch im gesetzlichen Sinne) der Begriff "informed consent" gebräuchlich. Im Deutschen gibt es keinen entsprechenden feststehenden Begriff.

Vorgehen der TherapeutIn muss an die jeweils geltenden standesrechtlichen, ethischen und gesetzlichen Vorgaben angepasst sein.

5.2 Therapeutische Grenzen in der DIS-Behandlung

Opfer von Kindesmissbrauch oder Vernachlässigung – wie beispielsweise Menschen mit einer DIS- sind häufig in einer Umgebung aufgewachsen, in der persönliche Grenzen nicht entwickelt werden konnten oder missachtet wurden. Bei der Behandlung dieser Personen besteht ein erhebliches Risiko, dass sich diese Grenzüberschreitungen wiederholen. Daher müssen TherapeutInnen in der Behandlung sehr sorgfältig und bedacht mit der Frage der Grenzen umgehen. Die TherapeutIn ist dafür verantwortlich, die therapeutische Beziehung klar zu definieren und verlässliche Grenzen zu setzen. Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen sind bei Trauma-KlientInnen -insbesondere bei denjenigen mit einer DIS- äußerst komplex und müssen sehr sorgfältig gehandhabt werden. Generell sollten plötzliche oder impulsive Veränderungen der Grenzen oder des Behandlungsrahmens in der Behandlung einer DIS vermieden werden. Eine umfassendere Darstellung dieser Aspekte findet sich z.B. bei Dalenberg (2000), Davies und Frawley (1994), Loewenstein (1993), Pearlman und Saakvitne (1995) oder bei Wilson und Lindy (1994)²⁹.

Fragen von Grenzen treten im Verlauf der Behandlung einer DIS immer wieder auf und müssen bei Bedarf erneut diskutiert und verhandelt werden. DIS-KlientInnen drängen während der Therapie häufig darauf, Grenzen zu verändern oder zu erweitern. TherapeutInnen sollten derartige Anfragen sehr sorgfältig überdenken, bevor sie Veränderungen an den gewohnten und üblichen Grenzen der Behandlung zulassen. Die meisten erfahrenen TherapeutInnen stimmen darin überein, dass KlientInnen am Anfang der Behandlung zumeist klare Aussagen zu den therapeutischen Grenzen brauchen. Die KlientInnen verstehen und akzeptieren diese Aussagen möglicherweise nicht immer sofort und häufig bedarf es einiger Sitzungen, um die wichtigsten Punkte zu vermitteln. Auch im weiteren Verlauf der Behandlung kann es an unterschiedlichen Punkten in der Therapie immer wieder notwendig sein, Verhandlungen um Grenzen wieder aufzugreifen.

Diskussionen um therapeutische Grenzen beziehen sich zumeist auf einige oder alle der folgenden Aspekte:

- (1) Länge und Zeitpunkt der Sitzungen
- (2) Höhe des Honorars für die TherapeutIn
- (3) Zahlungsmodalitäten
- (4) Leistungen der Krankenkassen
- (5) Vertraulichkeit und deren Grenzen
- (6) Erreichbarkeit der TherapeutIn zwischen den Sitzungen

²⁹ Für eine deutschsprachige Darstellung vgl. z.B. Farber, B. (1995). Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern von Traumatisierungen. *Hypnose und Kognition*, 12, 68 – 83.

- (7) Vorgehensweise, wenn eine Klinikeinweisung notwendig wird
- (8) Unterlagen über die KlientIn und wer Zugang dazu hat
- (9) Körperkontakt im Rahmen der Behandlung
- (10) Einbeziehung der Familie oder anderer Bezugspersonen der KlientIn
- (11) Umgang mit selbstverletzendem Verhalten
- (12) Hypnose als therapeutisches Hilfsmittel.

Besonders bei dem letzten Punkt sind auch rechtliche Aspekte und Konsequenzen von Belang (z.B. dass die Glaubhaftigkeit von Aussagen einer KlientIn nach dem Einsatz von Hypnose häufig als stark beeinträchtigt angesehen wird, so dass sie bei Gericht unter Umständen nicht mehr in eigener Sache aussagen kann). Ein ausführlichere Diskussion dieser Aspekte findet sich in der Literatur (Chu, 1998; Curtois, 1999³⁰).

Die folgenden Abschnitte beziehen sich auf besondere Problemfelder in Bezug auf Grenzen in der Behandlung von DIS-KlientInnen. Obwohl einige Ausführungen über ungünstige therapeutische Vorgehensweisen bizarr oder absurd erscheinen mögen, kennen erfahrene TherapeutInnen häufig viele Fälle, in den die beschriebenen Arten von Grenzverletzungen tatsächlich vorgekommen sind. Manche DIS-KlientInnen drängen sehr auf bestimmte Veränderungen der Grenzen oder des therapeutischen Rahmens und bitten die TherapeutIn wiederholt direkt darum und/oder üben indirekt Druck auf sie aus, um Veränderungen zu erreichen. Erfahrene TherapeutInnen nutzen solche Situation häufig dazu, wichtige klinische Themen aufzugreifen und zu explorieren, ohne dabei die Behandlungsstruktur zu verändern. Themen, die in diesem Zusammenhang häufig auftauchen, sind z.B. unbewusste Zwänge, frühere Grenzverletzungen im Hier und Jetzt mit wichtigen Bezugspersonen zu reinszenieren, Konflikte zwischen unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, die versuchen die TherapeutIn zu "testen", und eine durch die traumatischen Erfahrungen der KlientInnen geprägte Grundannahme, dass man niemanden trauen kann, da die persönlichen Grenzen immer an irgendeinem Punkte und/oder in irgendeiner Weise verletzt werden. Dies kann dazu führen, dass KlientInnen unbewusst versuchen, Grenzverletzungen (z.B. Verrat der TherapeutIn an der KlientIn) zu provozieren, "damit man möglichst schnell damit durch ist". Gerade unerfahrene TherapeutInnen ertappen sich in der Arbeit mit DIS-KlientInnen immer wieder selbst dabei, dass sie versuchen, die Not einer DIS-KlientIn zu lindern, indem sie die Behandlungsgrenzen unangemessen erweitern. Diese Gefahr besteht besonders bei DIS-KlientInnen, bei denen es scheinbar schwierig ist, mit den üblichen therapeutischen Rahmenbedingungen und Ansätzen weiterzukommen.

Die Behandlung sollte normalerweise in der Praxis der TherapeutIn stattfinden. Es ist grundsätzlich nicht angemessen, dass die KlientIn mit in die Wohnung der TherapeutIn genommen wird oder sich dort aufhält und/oder dass Familienangehörige der TherapeutIn während der Behandlung irgendeine Art der sozialen Beziehung zur KlientIn haben. Die Behandlung findet normalerweise im Sitzen ("von Angesicht zu

³⁰ Vgl. auch Kap. 4.7. Zur aktuellen deutschen Rechtslage vgl. § 20 StGB in Kommentierung von Dreher / Tröndle: Kommentar zum Strafgesetzbuch und Nebengesetze: § 20 RZ 10a.

Angesicht") statt. Eine Behandlung auf einer analytischen Couch ist die Ausnahme und kommt nur bei einigen wenigen sorgfältig ausgewählten DIS-KlientInnen und bei TherapeutInnen mit psychoanalytischer Ausbildung in Betracht. Die Behandlung sollte normalerweise zu festgesetzten Zeiten stattfinden und die Sitzungen sollten eine vorab definierte Länge haben, die unter den meisten Umständen auch einzuhalten ist. TherapeutInnen sollten sich bemühen, jede Sitzung zum vereinbarten Zeitpunkt zu beenden. Schließlich müssen TherapeutInnen die relevanten rechtlichen und ethischen Regelungen z.B. für den Austausch von Geschenken zwischen TherapeutIn und KlientIn und in Bezug auf doppelte Beziehungen und die Aufklärungspflicht und Einwilligung der KlientIn in die Behandlung ("informed consent") befolgen. Weiterhin sollte sich die TherapeutIn streng an die entsprechenden rechtlichen und ethischen Regelungen zur Offenlegung der Stundensätze, zu Zahlungsvereinbarungen, Mahnverfahren etc. halten.

Eine persönliche Beziehung mit einer DIS-Klientin ist auch nach Beendigung der Behandlung nicht zu befürworten, auch wenn dies durch die ethischen Grundsätze der Fachorganisationen, denen die TherapeutIn angehört und/oder durch die staatliche Gesetzgebung nicht sanktioniert wird.

5.2.1 Krisen-Management

Da viele DIS-KlientInnen an bestimmten Punkten der Behandlung zu Krisen neigen, bedarf es klarer Absprachen über die Erreichbarkeit der TherapeutIn oder anderer AnsprechpartnerInnen (wie z.B. SozialarbeiterInnen zur Krisenintervention) in Notfällen. Generell ist es nicht hilfreich, der KlientIn regelmäßigen, unbegrenzten Telefonkontakt anzubieten – ein solches Angebot kann unter Umständen sogar zu Behandlungsrückschritten führen. Eine eingeschränkte Erreichbarkeit der TherapeutIn in einem genau definierten Rahmen kann hingegen für die KlientIn manchmal sehr wesentlich sein. Anrufe der TherapeutIn bei der KlientIn sind nur in ungewöhnlichen Situationen oder Notfällen ratsam, es sei denn, es handelt sich um einen Rückruf, um den die KlientIn gebeten hat oder um einen vorausgeplanten Kontakt. Die finanziellen Regelungen für Telefonkontakte sollten wenn irgend möglich im Voraus mit der KlientIn besprochen werden.

Manchmal ist es sinnvoll und notwendig, zusätzliche Sitzungen einzuschieben. Wenn eine KlientIn jedoch häufig aufgrund von Krisen um zusätzliche Stunden bittet, sollte die TherapeutIn den Behandlungsplan sorgfältig überdenken. Dabei sollte einerseits geprüft werden, wie stabil die KlientIn zu dem Zeitpunkt ist und andererseits sollte geklärt werden, wie weit die KlientIn selbst das Gefühl hat, dass die reguläre Sitzungsfrequenz für ihre Bedürfnisse ausreichend und angemessen ist. KlientInnen mit einer DIS glauben häufig, dass sie der TherapeutIn durch ihre Handlungen zeigen müssen, wie schlecht es ihnen geht, da sie befürchten, dass die TherapeutIn ihnen sonst nicht glaubt oder sie nicht versteht. Das kann so weit führen, dass die KlientIn sich fast dauerhaft in Krisenzuständen befindet, die anhalten, bis diese Aspekte hinreichend geklärt sind. Zu anderen Zeitpunkten versucht die KlientIn möglicherweise unbewusst, die Übernahme von Verantwortung für den Umgang mit Symptomen oder Veränderungen in ihrem Leben zu vermeiden. Andere DIS-KlientInnen zeigen mitunter eher klassische Muster einer abhängigen Übertragung. Wiederholte Krisen

können schließlich darauf hindeuten, dass die KlientIn zu dem Zeitpunkt nicht in der Lage ist, außerhalb eines strukturierteren Behandlungs-Settings wie z.B. einer Klinik, einer teilstationären Einrichtung oder einer betreuten Wohngruppe ihren Alltag zu bewältigen. Wie bei fast allen Schwierigkeiten in der DIS-Behandlung sollte die TherapeutIn diese Aspekte ausführlich mit der KlientIn besprechen und dabei alle Persönlichkeitsanteile mit einbeziehen, um die Situation genau einschätzen zu können und um angemessene Entscheidungen für die weitere Behandlung treffen zu können.

Einige KlientInnen versuchen paradoxerweise, während einer Krise die Behandlung zu vermeiden oder sie vermeiden offensichtlich notwendige Notfall-Kontakte (Beispiel: Die KlientIn weigert sich, einen Notruf zu tätigen, während sie nach einem schweren persönlichen Verlusterlebnis von immer stärker werdenden Suizidgedanken überflutet wird). Hintergrund hierfür sind meist (post-) traumatische Übertragungen. In solchen Momenten kann die KlientIn eine akute Gefahr für sich selbst oder andere darstellen. Wenn eine akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung vorliegt und eine KlientIn sich weigert, intensivere Unterstützungs- und Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen, kann es notwendig werden, sie ggfs. auch gegen ihren Willen in eine Klinik einweisen zu lassen. Hierbei sind selbstverständlich die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen zu beachten. Wenn eine KlientIn Schwierigkeiten hat, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sollte die TherapeutIn diese Probleme in jedem Fall im Rahmen der Behandlung thematisieren.

5.2.2 Körperkontakt zu KlientInnen

Körperkontakt mit einer KlientIn ist als "Behandlungs-Technik" grundsätzlich nicht zu empfehlen. Wenn eine KlientIn die TherapeutIn bittet, sie zu umarmen, ihre Hand zu halten o.ä., sollte die TherapeutIn die Bedeutung dieser Bitte genau hinterfragen, anstatt sie reflexartig ohne sorgfältige Überlegungen zu erfüllen. "Re-Parentisierung" wie ausgedehntes Halten, simuliertes Stillen oder Fläschchen geben etc. sind therapeutisch unangemessene und regressive Techniken, die keinen Platz in der psychotherapeutischen Behandlung einer DIS haben. Manche TherapeutInnen sind der Auffassung, dass ein eingeschränkter körperlicher Kontakt angemessen sein kann, wenn die KlientIn unter sehr starker Belastung steht, beispielsweise wenn sie während der zweiten Therapiephase ein traumatisches Ereignis sehr intensiv wiedererlebt. Wenn dies vorher ausführlich mit allen vorhandenen Persönlichkeitsanteilen der KlientIn besprochen wurde, kann ein begrenzter körperlicher Kontakt, wie z.B. kurz die Hand der KlientIn zu halten oder die Hand auf den Arm der KlientIn zu legen, der KlientIn helfen, während der Traumabearbeitung den Kontakt zur gegenwärtigen Realität aufrecht zu erhalten. Andere TherapeutInnen sind jedoch der Meinung, dass diese Form des Kontaktes eher vermieden werden sollte, weil die KlientIn aufgrund von posttraumatischen Reaktionen die Absicht oder Bedeutung der Berührung missverstehen könnte.

Einige KlientInnen lassen sich massieren oder suchen sich andere Arten von "Körper-Arbeit". Die Risiken sowie der Zeitpunkt solcher Behandlungen sollten sowohl mit der KlientIn als auch mit der jeweiligen MasseurIn bzw. KörpertherapeutIn sorgfältig besprochen werden. Manche DIS-KlientInnen erleben solche Interventionen als sehr

hilfreich, insbesondere wenn die MasseurIn Erfahrungen im Umgang mit Traumatisierungen hat und sehr vorsichtig mit den persönlichen Grenzen der KlientIn umgeht. Andere KlientInnen hingegen reagieren mit intrusiven PTB-Symptomen, Persönlichkeitswechseln und/oder Gefühlen von Desorientiertheit, wenn sie bei einer Massage oder einer physikalischen Therapie berührt werden. Daher sollten mögliche Risiken, Vor- und Nachteile sowie mögliche Auswirkungen auf das gesamte Persönlichkeitssystem ausführlich mit der KlientIn besprochen werden, bevor sie mit Massagen oder ähnlichen Behandlungen beginnt. Mitunter kann es auch sinnvoll sein, dass die PsychotherapeutIn sich direkt mit der KörpertherapeutIn in Verbindung setzt, um die Behandlung aufeinander abzustimmen und/oder um sicherzustellen, dass die geplante körperliche Behandlung für die KlientIn zu dem Zeitpunkt angemessen und sicher ist.

Sexuelle Kontakte mit einer KlientIn sind niemals angemessen oder ethisch vertretbar. Strafgesetzgebung und ethische Standards der unterschiedlichen Berufsstände im Gesundheitswesen thematisieren auch derartige Kontakte mit ehemaligen KlientInnen. Da DIS-KlientInnen eine relativ hohe Vulnerabilität für sexuelle Ausbeutung haben und da zwischen der DIS-KlientIn und ihrer TherapeutIn im therapeutischen Kontakt eine große Intensität entsteht, ist jeder sexuelle Kontakt zwischen der TherapeutIn und einer ehemaligen DIS-Klientin auch nach dem Ende der Behandlung ausbeuterisch und daher unzulässig.

5.3 Wahrheitsgehalt von Erinnerungen an traumatische Kindheitserlebnisse

DIS-KlientInnen berichten meistens über eine Lebensgeschichte, die durch langandauernde, schwere Gewalterfahrungen geprägt ist. Dabei wird sehr häufig auch über sexuelle Misshandlungen ab der frühen Kindheit berichtet. Viele KlientInnen mit einer DIS haben zu Beginn der Therapie durchgängige Erinnerungen an einige Gewalterfahrungen in der Kindheit. Darüber hinaus erlangen die meisten KlientInnen im Laufe der Behandlung Erinnerungen an weitere, bislang nicht erinnerte traumatische Erlebnisse und/oder an zusätzliche Details von bislang nur teilweise zugänglichen Erinnerungen. Solche Erinnerungen können sowohl während als auch außerhalb der Therapiesitzungen auftreten. Häufig ist es bereits vor dem Beginn einer Psychotherapie zu solchen wiedererlangten Erinnerung an ein Trauma gekommen und/oder sie waren der auslösende Faktor für die Aufnahme einer Therapie (Chu, Frey, Ganzel, & Matthews, 1999). Wiedererlangte Erinnerungen können häufig durch externe Beweise untermauert werden, und die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um Konfabulierungen handelt, ist bei wiedererlangten Erinnerungen nicht größer als bei Erinnerungen, die immer zugänglich waren (Dalenberg, 1996; Kluft, 1995, 1997; Lewis, Yeager, Swica, Pincus, & Lewis, 1997). Die Auseinandersetzung mit diesen Erinnerungen und deren Verhältnis zu gegenwärtigen Überzeugungen und Verhaltensweisen der KlientIn sind ein zentraler Bestandteil in der Behandlung der DIS.

Zahlreiche Fachgesellschaften haben Stellungnahmen zu wiedererlangten Erinnerungen an Missbrauch und Misshandlung herausgegeben (American Psychiatric Association, 1993, 2000 b; Australian Psychological Association, 1994; British Psychological Society, 1995). Diese Stellungnahmen kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass es möglich ist, Missbrauchserlebnisse und/oder Misshandlungen über einen langen Zeitraum zu vergessen, sich jedoch zu einem späteren Zeitpunkt im

Leben lebensgeschichtlich korrekt wieder an diese Erlebnisse zu erinnern ("recovered memories"). Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass es möglich ist, dass Menschen Pseudoerinnerungen an Missbrauch und Misshandlungen konstruieren. Ohne äußere Bestätigungen für die berichteten Erlebnisse können TherapeutInnen nicht wissen, bis zu welchem Grad die von KlientInnen beschriebenen Erinnerungen lebensgeschichtlich korrekt sind bzw. wie weit es sich um Konfabulierungen handelt, auch wenn es sehr schwierig sein kann, externe Belege für bestimmte Erinnerungen an traumatische Kindheitserlebnisse zu erlangen. Bei DIS-KlientInnen kann es bei Erinnerungen an Missbrauchserlebnisse und Misshandlungen genau wie bei Erinnerungen an andere Erlebnisse mitunter zu einer Vermischung von korrekten Erinnerungen an reale Ereignisse, Phantasie und/oder konfabulierten Einzelheiten oder auch zu einer Vermischung von mehreren Ereignissen kommen. Eine ausführlichere Darstellung der kontroversen Diskussion um diese Aspekte findet sich der Fachliteratur (vgl. z.B. Brown, Schefflin, & Hammond, 1998; Courtois, 1999; Dallam, 2002; Freyd, 1996; Pope, 1996).

Eine Therapie profitiert weder davon, dass TherapeutInnen ihren KlientInnen von vornherein erzählen, dass ihre Erinnerungen falsch seien, noch davon, dass diese akkurat sind und daher geglaubt werden müssen. Eine TherapeutIn ist keine Ermittlerin, und sie sollte sich nicht daran beteiligen, Erinnerungen der KlientIn an traumatische Erlebnisse beweisen oder widerlegen zu wollen. Statt dessen sollte die TherapeutIn eine achtungsvolle, neutrale Haltung einnehmen, Suggestivfragen vermeiden und mit der KlientIn immer wieder über die Natur von Erinnerungen sprechen. Ein solches Vorgehen scheint der KlientIn die größte Freiheit zu geben, den Wahrheitsgehalt ihrer Erinnerungen selbst einzuschätzen.

Obwohl TherapeutInnen nicht dafür verantwortlich sind, über den Wahrheitsgehalt der Erinnerungen von KlientInnen zu entscheiden, kann es zu bestimmten Zeiten sinnvoll sein, wenn sie ihre professionelle Einschätzung an die KlientIn weitergeben (Van der Hart & Nijenhuis, 1999). Es kann beispielsweise sinnvoll sein, dass die TherapeutIn eine KlientIn in ihrer Einschätzung bestärkt, wenn die KlientIn nach reiflicher Überlegung zu der Überzeugung gekommen ist, dass ihre Erinnerungen wahrheitsgemäß sind, und wenn diese Erinnerungen glaubhaft erscheinen und sowohl mit der Lebensgeschichte als auch mit dem klinischen Erscheinungsbild der KlientIn in Einklang stehen. Im gegenteiligen Fall kann es auch wichtig sein, dass die TherapeutIn ihrer Sichtweise Ausdruck verleiht, wenn sie zu der wohl überlegten und festen Einschätzung gekommen ist, dass die Erinnerungen einer Klientin falsch sind. In einem solchen Fall sollte die TherapeutIn mit der KlientIn über ihre Einschätzung sprechen und die KlientIn z.B. über die Launen von Gedächtnis und Erinnerungen oder über mögliche trügerische ("delusionalen") Gedanken etc. informieren und aufklären. Bei der Frage, ob und wann eine TherapeutIn ihre Einschätzungen zum Wahrheitsgehalt von bestimmten Erinnerungen mit der KlientIn besprechen sollte, sollten sowohl der momentane Stand der Therapie (Behandlungsphase) als auch die Qualität der therapeutischen Beziehung berücksichtigt werden. Die Einschätzung der TherapeutIn sollte der KlientIn so mitgeteilt werden, dass eine konstruktive Auseinandersetzung hiermit möglich ist. Dabei sind sowohl die Art als auch der Zeitpunkt des Gesprächs zu berücksichtigen. Die TherapeutIn sollte zudem respektvoll mit der Einschätzung der KlientIn umgehen, die womöglich von der der TherapeutIn abweicht.

Generell sind sich DIS-KlientInnen häufig hinsichtlich ihrer Erinnerungen sehr unsicher und häufig vertreten die verschiedenen Persönlichkeitsanteile sehr unterschiedliche Sichtweisen. Daher ist es am sinnvollsten, wenn die TherapeutInnen die unterschiedlichen Anteile darin unterstützt, diese Konflikte und unterschiedlichen Sichtweisen zu erforschen und zu erkennen, anstatt vorschnell irgendeine der Sichtweisen zu favorisieren. Die TherapeutInnen kann die KlientInnen zusätzlich durch die Vermittlung von Informationen unterstützen. Sinnvoll sind hierbei z.B. Informationen zur Qualität von autobiographischen Erinnerungen (z.B. dass diese generell als rekonstruiert und nicht als photographisch betrachtet werden) und über Faktoren, die die Erinnerung beeinflussen können. Wichtig ist schließlich die Frage, wie solche Beeinflussungen entstehen können und welche Auswirkungen sie ggfs. auf die Erinnerung haben können. Die TherapeutInnen sollte eine therapeutische Atmosphäre schaffen, in der vorilige Schlussfolgerungen auf der Basis von Erinnerungsmaterial vermieden werden und in der einmal gemachte Annahmen grundsätzlich auch zu einem späteren Zeitpunkt erneut hinterfragt werden können. So kommt es nach der Integrationen von Persönlichkeitsanteilen beispielsweise relativ häufig vor, dass sich sowohl das Ausmaß der dissoziativen Gesamtsymptomatik der KlientInnen als auch ihr Bezug zur Realität verändern. Hierdurch kann es z.B. auch zu einer Veränderung von Bewertungen von Erinnerungen und/oder Erlebnissen kommen.

5.4 "Ritueller Missbrauch"

Manche KlientInnen berichten über bizarr anmutende Misshandlungserfahrungen, z.B. im Rahmen von organisierten okkulten rituellen Misshandlungen³¹ und geheimen staatlich geförderten Mind Control Experimenten. ExpertInnen zu Trauma und dissoziativen Störungen haben unterschiedliche Meinungen zum Hintergrund solcher Berichte. Manche ExpertInnen glauben, dass Berichte von KlientInnen über derartige Vorkommnisse auf extrem sadistische Erfahrungen organisierter Gewalt zurückzuführen sind, die diese KlientInnen in ihrer Kindheit und/oder im weiteren Verlauf ihres Lebens erlitten haben. Sie glauben, dass derartige Gewalterfahrungen möglicherweise Teil eines größeren Zusammenhanges von organisierter Kriminalität im Zusammenhang mit Kinderpornographie, Kinder- und Erwachsenen-Prostitution, und/oder Frauen- und Drogenhandel sind. Diese TherapeutInnen haben festgestellt, dass manche ihrer KlientInnen zu Beginn der Therapie noch in derartige Netzwerke eingebunden sind, und dass die Persönlichkeitsanteile, die sich mit der Bitte um Therapie bei der TherapeutInnen vorstellen, teilweise vollständige Amnesien dafür aufweisen, dass die Gewalthandlungen noch andauern. Obwohl die TherapeutInnen davon ausgehen, dass die Berichte der KlientInnen grundsätzlich akkurat sein können, sind sie sich bewusst, dass einige Berichte Ungenauigkeiten enthalten können und/oder dass manche Schilderungen völlig der Phantasie entspringen können³².

³¹ Nach Boon und Draijer (1993b) berichten innerhalb einer Gruppe von 82 PatientInnen mit Dissoziativer Identitätsstörung 32.9% der PatientInnen von Ritueller Gewalt

vgl. auch Huber, M. (2003a). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Junfermann. / Huber, M. (2003b). Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Bd. 2. Paderborn: Junfermann.

³² Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 13 / 10950; Endbericht der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten

Andere TherapeutInnen hingegen glauben, dass extrem sadistische Erfahrungen in der Kindheit von KlientInnen mitunter fälschlicherweise als "rituelle" Gewalterfahrung oder geheime staatlich finanzierte Mind Control Experimente erinnert werden können. Sie glauben, dass die tatsächlichen Ereignisse in der Erinnerung der KlientIn unbewusst verzerrt oder verstärkt worden sind. Mögliche Gründe hierfür können z.B. das Alter der KlientIn sowie die Auswirkungen der akuten psychischen und psychophysiologischen traumatischen Reaktion zum Zeitpunkt des Geschehens sein. Manchmal versuchen TäterInnen auch vorsätzlich, ihre Opfer entsprechend zu täuschen, einzuschüchtern oder zu überwältigen.

Andere TherapeutInnen glauben schließlich, dass alternative Erklärungen wie z.B. Beeinflussung ("contagion"), unbewusste Abwehrversuche, falsche Erinnerungen, wahnhaftige Täuschungen oder vorsätzliche Konfabulierung ausreichen können, um derartige Berichte von KlientInnen zu erklären³³.

Wenn KlientInnen im Laufe der Therapie einen Zustand immer stärkerer Integration erreichen und wenn die dissoziativen Reaktionen abnehmen, sind sie häufig in der Lage, für sich selbst mehr Klarheit über die relative Wahrheit von Erinnerungen an rituelle Misshandlungen zu erlangen. Wenn TherapeutInnen alle derartigen Berichte unabhängig vom jeweiligen Einzelfall automatisiert als "tatsächlich passiert" oder als "tatsächlich nicht passiert" einordnen, können sie den Prozess, mit dem viele KlientInnen schrittweise zu mehr Klarheit über die tatsächliche Richtigkeit von derartigen Erinnerungen gelangen, erheblich beeinträchtigen. Für eine umfassendere, ausgewogene Diskussion zum Thema "Rituelle Gewalt" werden die Veröffentlichungen von Fraser (1997)³⁴ empfohlen³⁵.

6 Weitere Aspekte

6.1 Veröffentlichungen und Zusammenarbeit mit den Medien

Die Medien und die Öffentlichkeit sind seit langer Zeit von der DIS fasziniert - Ursprünge reichen bis in das 19. Jahrhundert zurück. Häufig möchten JournalistInnen eine Einzelperson in den Mittelpunkt einer Sendung/eines Artikels stellen. Aus diesem Grund werden viele TherapeutInnen, die DIS behandeln, immer wieder von MedienvertreterInnen angesprochen, die eine Story zum Thema DIS machen wollen. Meist geht es dabei primär darum, dass die TherapeutIn ihnen eine KlientIn vermittelt, die in den Mittelpunkt der Story gestellt werden kann.

und Psychogruppen". Bonn, 1998, S. 94-98

³³ Vgl. Scharfetter, C. (2000). Opfer des Satanskultes -Kausalattribution in autobiographischer Narration. *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 128-133.

³⁴ Fraser, G.A. (Ed.). (1997). *The dilemma of ritual abuse: Cautions and guides for therapists*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Deutsche Übersetzung in Vorbereitung.

³⁵ Für den deutsche Sprachraum darüber hinaus: BAG Prävention und Prophylaxe e.V (Hrsg.); *Rituelle Gewalt*. Berlin: Verlag die Jonglerie, 2001.

Bei allen Medienkontakte im Zusammenhang mit dem Thema DIS ist die TherapeutIn vor allem für das Wohlergehen ihrer KlientInnen verantwortlich. Daher muss die TherapeutIn in bezug auf alle Informationen, die sie von oder über Ihre KlientIn erhalten hat, die höchsten ethischen und juristischen Standards der Vertraulichkeit und Schweigepflicht einhalten.

Öffentliche Auftritte von KlientInnen mit oder ohne ihre TherapeutInnen können die KlientIn bewusst oder unbewusst ausbeuten und Schwierigkeiten für eine laufende Psychotherapie mit sich bringen. Das gilt ganz besonders, wenn KlientInnen dazu ermutigt werden, DIS-Phänomene wie Switches zu zeigen. Daher sollten TherapeutInnen ihre KlientInnen grundsätzlich nicht aktiv dazu ermutigen, mit ihrer Lebensgeschichte und/oder ihren gegenwärtigen Lebensumständen an die Öffentlichkeit zu treten, insbesondere wenn die KlientIn dabei nicht anonym bleiben kann. KlientInnen, die diesen Ratschlag ignorieren, machen selten positive Erfahrungen, sondern erleben die Situation häufig als verletzend und traumatisierend.

6.2 Spiritueller und philosophischer Bezugsrahmen von KlientInnen

Wie viele Menschen, die durch Menschenhand Gewalt erfahren haben, haben DIS-KlientInnen häufig mit Fragen der moralischen Verantwortung, der Bedeutung ihres Leides, der Dualität von Gut und Böse, dem Bedürfnis nach Gerechtigkeit und dem Grundvertrauen in das Gute im Menschen und in der Welt zu kämpfen. Wenn KlientInnen solche Themen in die Therapie hineinbringen, verlangen die ethischen Standards der verschiedenen Berufsgruppen in der Regel, dass die TherapeutIn der KlientIn während der Behandlung nicht ihre eigenen Wertvorstellungen aufzwingt. Beispiele hierfür wären etwa, dass es Gottes Auftrag ist, den TäterInnen zu vergeben, dass die KlientIn durch eine erfolgreiche Therapie dahin kommen wird, dass sie an Gott glaubt bzw. nicht glaubt, usw. Bei einer genauen Exploration finden sich innerhalb des Persönlichkeitssystems einer DIS-KlientIn häufig eine ganze Bandbreite an spirituellen und religiösen Überzeugungen. Das Erkennen dieser spirituellen und existenziellen Aspekte kann sehr fruchtbar für eine DIS-Therapie sein und zu einer Vertiefung der therapeutischen Arbeit führen. Austausch und Abstimmung zwischen TherapeutIn und Geistlichen können dazu beitragen, dass die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der KlientIn thematisiert werden.

Obwohl manche KlientInnen bestimmte Persönlichkeitsanteile als Dämonen oder als nicht zu sich selbst gehörend erleben, betrachten erfahrene DIS-TherapeutInnen diese Entitäten als zusätzliche Persönlichkeitsanteile und nicht als "übernatürliche Wesen". Dementsprechend sollten TherapeutInnen dem Wunsch von DIS-KlientInnen und ihren BegleiterInnen nach einem Exorzismus-Ritual mit extremer Zurückhaltung begegnen. Wenn Persönlichkeitsanteile Namen wie "Teufel", "Satan" oder "Luzifer" tragen, spiegelt dies häufig die Eigenschaften dieser Anteile und die kulturspezifischen Stereotypen der KlientIn wider. Die Eigenschaften der Anteile werden hier mit Hilfe einer religiösen Terminologie umschrieben. Der Name, der einem Persönlichkeitsanteil gegeben wird, kann viele unterschiedliche persönliche, symbolische und/oder soziale Bedeutungen oder Ziele haben, wie beispielsweise Kraft und das Gefühl von persönlicher Schlechtigkeit. Namen wie "Teufel", "Satan" etc. können jedoch auch auf besondere Formen von spirituellem und/oder religiösem Missbrauch

hindeuten, z.B. Missbrauch durch Geistliche und/oder dass der KlientIn im Verlauf von Missbrauch und Misshandlungen suggeriert wurde, dass sie "vom Teufel besessen sei" usw. Der Name eines Persönlichkeitsanteils sollte nicht als Hinweis dafür angesehen werden, dass es eine dämonische Kraft in dieser Person gibt.

Exorzismusrituale sind keine effektive Behandlung für die DIS. Sie sind nachweislich nicht effektiv, um dissoziierte Persönlichkeitsanteile zu "entfernen" und bei zwei Gruppen von DIS-KlientInnen, die außerhalb der Psychotherapie Exorzismusrituale erlebten, wurden erhebliche negative Auswirkungen beschrieben. Einige Mitglieder der Richtlinien-Task Force haben angemerkt, dass Exorzismusrituale in Ausnahmefällen KlientInnen geholfen haben, Bilder ihres Persönlichkeitssystems in einer ihrer Kultur entsprechenden Art und Weise neu zu arrangieren (Bowman, 1993; Fraser, 1993; Rosik, 2004). Andere Mitglieder der Task Force meinen hingegen, dass Exorzismus grundsätzlich keine angemessene Behandlungsmethode für DIS-KlientInnen ist.

6.3 DIS-KlientInnen als Eltern

KlientInnen mit einer DIS können sehr unterschiedliche Kompetenzen als Eltern zeigen – von vorbildlich bis hin zu misshandelnd (Kluft, 1987b). Da jedoch viele DIS-KlientInnen Schwierigkeiten mit ihrer Rolle als Elternteil haben, da ein kleiner Anteil von ihnen zugibt, ihre Kinder zu misshandeln, und da bei der Entstehung einer DIS möglicherweise auch eine vererbte Disposition zur Dissoziation eine Rolle spielt, empfehlen einige ExpertInnen, dass alle Kinder von DIS-KlientInnen von TherapeutInnen untersucht und betreut werden sollten, die mit dissoziativen Störungen und den Anzeichen für Kindesmissbrauch und -misshandlung vertraut sind. Andere Familien-Interventionen, wie etwa eine Paartherapie oder familientherapeutische Sitzungen, an denen auch die Kinder der KlientIn teilnehmen, können ebenfalls indiziert sein. Es sollte jedoch sorgfältig durchdacht werden, welche Informationen jüngeren Kindern zur DIS-Diagnose der KlientIn gegeben werden. Zu berücksichtigen sind hierbei u.a. das Alter der Kinder sowie ihr kognitiver und emotionaler Entwicklungsstand.

TherapeutInnen sollten ein gesundes Maß an Misstrauen zeigen und sich dessen bewusst sein, dass manche Eltern mit einer DIS ihre Kinder misshandeln. Dies kann auch in einem dissoziierten Zustand vorkommen. Wenn eine DIS-KlientIn nicht in der Lage ist, ihren elterlichen Pflichten nachzukommen, liegt jedoch in vielen Fällen keine Misshandlung des Kindes vor. Häufig sind die Probleme bei der Kinderbetreuung eher eine Folge der Symptome der DIS (z.B. Amnesie) und der mit der Störung verbundenen Probleme (z.B. Depression oder die Angst übergriffig zu sein). Hierdurch kann es zur Vernachlässigung des Kindes kommen oder auch dazu, dass die Kinder in die Obhut von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der KlientIn gegeben werden, bei denen vermutet wird, dass sie Kinder misshandelt haben. Außerdem kommt es vor, dass Kinder von DIS-KlientInnen mit ansehen müssen, wie die KlientIn Opfer häuslicher Gewalt wird. Vernachlässigung der Kinder liegt jedoch auch dann vor, wenn die Kinder häufig Switches von einem Persönlichkeitsanteil zum anderen beobachten oder wenn die KlientIn vor den Augen ihrer Kinder selbstschädigende Verhaltensweisen wie z.B. Selbstverletzungen zeigt.

Die TherapeutIn sollte diese Probleme aktiv ansprechen und sich ein Bild von der Lage machen. Außerdem sollte sie die DIS-Klientin dabei unterstützen, ein angemessenes Erziehungsverhalten aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten. Die KlientIn benötigt eventuell ausführliche Beratung und Hilfe, um zu lernen, wie sie sich als Elternteil angemessen zu verhalten hat. Arbeit an der Sicherheit der Kinder einer KlientIn sollte die absolute Priorität in der Behandlung haben. Hierzu kann es notwendig sein, dass bestimmte Persönlichkeitsanteile, die verleugnen, dass sie die Mutter bzw. der Vater der Kinder sind und/oder die sich weigern, die vielfältigen Bedürfnisse der Kinder anzuerkennen, besondere Hilfestellungen bekommen. Zudem sollte den KlientInnen eindringlich klar gemacht werden, dass sie sich gegenüber ihren Kindern als Erwachsene zu verhalten haben. So sollten DIS-KlientInnen beispielsweise in der Gegenwart der Kinder auf keinen Fall offen switchen, insbesondere nicht zu Kinderanteilen, auch wenn die KlientInnen möglicherweise in dem Glauben sind, auf diese Weise gut mit den Kindern umzugehen. Manche DIS-Klientinnen haben besondere Schwierigkeiten mit bestimmten Entwicklungsphasen oder mit bestimmten Launen ihrer Kinder. Das kann mit traumatischen Ereignissen oder Entwicklungsstörungen zusammenhängen, die die DIS-KlientIn selbst erlebt hat. Aufgrund der besonderen Lebensumstände und Schwierigkeiten, unter denen die Kinder von DIS-KlientInnen häufig aufwachsen, kann eine Untersuchung und Behandlung des Kindes durch eine erfahrene Kinder-PsychiaterIn oder -PsychotherapeutIn notwendig sein, unabhängig davon, was für eine Diagnose bei dem Kind gestellt wird.

In Deutschland besteht nach § 27 SGB VIII die Möglichkeiten, im Rahmen von Jugendhilfe Hilfe zur Erziehung durch das Jugendamt zu beantragen. Es handelt sich dabei um eine staatliche Soll-Leistung, die vor einem Verwaltungsgericht einklagbar ist. Über Art und Umfang der Hilfe wird in einer vom Jugendamt verantworteten Helferkonferenz entschieden, an der die AntragstellerIn (z.B. Elternteil), das Jugendamt, die Hilfeleistenden (i.d.R. Angestellte freier Träger der Jugendhilfe) und altersentsprechend auch das Kind bzw. der/die Jugendliche teilnehmen³⁶. Es besteht ein Wunsch- und Wahlrecht, d.h. wenn "keine unverhältnismäßig hohen Mehrkosten" verursacht werden, ist dem Wunsch oder der Wahl der AntragstellerIn zu entsprechen³⁷. Für das Jugendamt besteht vor Inanspruchnahme einer Hilfe Beratungspflicht für die AntragstellerIn.

7 Schlussbemerkungen

Die Richtlinien geben einen Überblick über die gegenwärtig akzeptierten Grundprinzipien der Diagnostik und Behandlung der DIS. Sie basieren auf dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand und der klinisch-therapeutischen Erfahrung der vergangenen 25 Jahre. Die Richtlinien sind jedoch nicht als "abschließende Wahrheit" zu verstehen, denn Forschung und klinische Erfahrung zum Thema Dissoziation ent-

³⁶§ 36 SGB VIII

³⁷§ 5 SGB VIII

wickeln sich ständig weiter. Neben der Sammlung von Fallberichten sind systematische Forschungsarbeiten – insbesondere auch Therapie-Effektivitätsstudien - dringend notwendig.

Es ist davon auszugehen, dass fortlaufende Forschungsaktivitäten zur Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störungen und verwandter Störungsbilder wie etwa der PTB zu neuen Entwicklungen in diesem Bereich führen werden. Es wird daher dringend empfohlen, dass sich TherapeutInnen durch die Lektüre von Fachveröffentlichungen und/oder durch den Besuch von Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen über diese Weiterentwicklungen auf dem Laufenden halten.

8 Literaturverzeichnis

Anmerkung: Dieses Literaturverzeichnis enthält einige zusätzliche Artikel, die nicht im Text zitiert wurden, die jedoch für Personen, die sich mit der DIS beschäftigen bzw. die DIS-KlientInnen behandeln, von Interesse sein könnten.

- American Psychiatric Association. (1993). *Statement on memories of sexual abuse*. Washington , DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2000a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 th ed., text revision*. Washington , DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2000b). *Statement on therapies focused on memories of childhood physical and sexual abuse*. Washington , DC : Author.
- American Psychiatric Association (2004). Practice guidelines for the treatment of patients with Acute Stress Disorder (ASD) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *American Journal of Psychiatry* 161(suppl.), 1-57.
- American Society of Clinical Hypnosis. (1994). [Hammond , D.C. , Garver, R.B., Mutter, C.B., Crasilneck, H.B., Frischholz, E., Gravitz, M., Hibler , N.S. , Olson, J., Schefflin, A., Spiegel, H., & Wester, W.]. *Clinical hypnosis and memory: Guidelines for clinicians and for forensic hypnosis*. Des Plaines , IL : American Society of Clinical Hypnosis Press.
- Armstrong, J.G. (1991). The psychological organization of Multiple Personality Disordered patients as revealed in psychological testing. *Psychiatric Clinics of North America* , 7 , 135-148.
- Arnow, B.A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(suppl. 12), 10-15.
- Australian Psychological Association. (1994). *Guidelines relating to the reporting of recovered memories*. Sydney , NSW, Australia : Author.
- Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C., & Cleary, P.D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 397-401.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). *Development, reliability, and validity of a dissociation scale*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-734.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Bliss, E. (1984). Spontaneous self-hypnosis in Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* , 7 , 135-148.
- Bliss, E.S., & Jeppsen, A. (1985). Prevalence of multiple personality among inpatients and outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 250-251.
- Blizard, R.A. (1997). Therapeutic alliance with abuser alters in Dissociative Identity Disorder: The paradox of attachment to the abuser. *Dissociation*, 10, 246-254.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10, 65-80.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993a). Multiple personality disorder in the Netherlands : A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993b). *Multiple Personality Disorder in the Netherlands : A study on the reliability and validity of the diagnosis*. Amsterdam : Swets & Zeitlinger.

- Boon, S., & Draijer, N. (1993c). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with Cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126-135.
- Bowman, E.S. (1993). Clinical and spiritual effects of exorcism in fifteen patients with multiple personality. *Dissociation*, 6, 222-238.
- Bowman, E.S., & Coons, P.M. (1992). The use of electroconvulsive therapy in patients with dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 524-528.
- Bowman, E.S., & Markand, O.N. (1996). Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153, 57-63.
- British Psychological Society. (1995). *Recovered memories: The report of the Working Party of the British Psychological Society*. East Leicester, UK : Author.
- Braun, B.G. (1986). Issues in the psychotherapy of Multiple Personality Disorder. In B.G. Braun (Ed.), *Treatment of Multiple Personality Disorder* (pp. 1-27). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Braun, B.G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation*, 1(1), 4-23.
- Bremner, J.D., Krystal, J.H., Putnam, F.W., Southwick, S.M., Marmar, C., Charney, D. S., & Mazure, C.M. (1998). Measurement of dissociative states with the clinician-administered dissociative states scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress*, 11, 125-136.
- Briere, J. (1989). *Therapy for adults molested as children*. New York : Springer.
- Briere, J. (2002). *Multiscale Dissociation Inventory*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Weathers, F.W., & Runtz, M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory. , 221-232.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, D.C. (1998). *Memory, trauma treatment and the law*. New York : W.W. Norton & Co.
- Cardeña, E., Maldonado, J., Van der Hart, O., & Spiegel, D. (2000). Hypnosis. In E.B. Foa, T.M. Keane, & M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 247-279). New York : Guilford Press.
- Carlson, E.B. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. New York : Guilford Press.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Carlson, E.B., Putnam, F.W., Ross, C.A., Torem, M., Coons, P.M., Dill, D., Loewenstein, R.J., & Braun, B.G. (1993). Validity of the Dissociative experiences scale in screening for Multiple Personality Disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150,1030-1036.
- Chemtob, C.M., Tolin, D.F., Van der Kolk, B.A., & Pitman, R.K. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139-154). New York : Guilford Press.
- Chu, J.A. (1988). *Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors*. *Dissociation*, 1(4), 24-32.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders*. New York : John Wiley & Sons.

- Chu , J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L., & Matthews, J.A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749-755.
- Cohen, B.M., Giller, E., & Lynn W. (1991). Multiple personality disorder from the inside out. Lutherville , MD : Sidran Press.
- Cohen, B.M., Mills, A., & Kijak, A.K. (1994). An introduction to the Diagnostic Drawing Series: A standardized tool for diagnostic and clinical use. *Art Therapy*, 11, 111-115.
- Coons, P.M. (1984). The differential diagnosis of Multiple Personality Disorder: A comprehensive review. *Psychiatric Clinics of North America* , 7 , 51-67.
- Coons, P. M. (1986). Treatment progress in 20 patients with Multiple Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 715-721.
- Coons, P.M. (1991). Iatrogenesis and malingering of Multiple Personality Disorder in the forensic evaluation of homicide defendants. *Psychiatric Clinics of North America* , 14 , 757-768.
- Coons, P. M., Bowman, E. S., & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 519-527.
- Coons, P.M., & Milstein, V. (1994). Factitious or malingered Multiple Personality Disorder: Eleven cases. *Dissociation*, 7, 81-85.
- Coons, P.M., & Sterne, A.L. (1986). Initial and follow-up psychological testing on a group of patients with Multiple Personality Disorder. *Psychological Reports*, 55, 839-845.
- Courtois , C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York : W.W. Norton & Co.
- Courtois , C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 41, 412-425.
- Dalenberg, C.J. (1996). Accuracy, timing and circumstances of disclosure in therapy of recovered and continuous memories of abuse. *Journal of Psychiatry and Law*, 24, 229-275.
- Dalenberg, C.J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington , DC : American Psychological Association.
- Dallam, S.J. (2002). Crisis or creation? A systematic examination of "False Memory Syndrome". *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(3/4), 9-36.
- Davidson, J.R.T., & E.B. Foa (1993). *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond*. Washington , DC : American Psychiatric Press.
- Davies, J.M., & Frawley, M.G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York : Basic Books.
- Dell, P.F. (2001). Why the diagnostic criteria for Dissociative Identity Disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 7-37.
- Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 1-15.
- Dell, P.F. (2004). The subjective/phenomenological concept of Dissociative Identity Disorder. Unpublished manuscript, available from Paul F. Dell, PhD, Trauma Recovery Center 330 W. Brambleton Ave., Suite 206, Norfolk , VA 23510, USA .
- Dietrich, A. (2003). Characteristics of child maltreatment, psychological dissociation, and somatoform dissociation of Canadian inmates. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 81-100.

- Draijer, N., & Boon, S. (1999). The imitation of Dissociative Identity Disorder: Patients at risk, therapists at risk. *Journal of Psychiatry & Law*, 27, 423-458.
- Dunn, G.E., Ryan, J.J., & Paolo, A.M., & Miller, D. (1993). Screening for MPD: Clinical utility of the Questionnaire of Experiences of Dissociation. *Dissociation*, 6, 38-41.
- Ellason, J.W., & Ross, C.A. (1997). Two-year follow-up of inpatients with Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 832-839.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychology*. New York : Basic Books.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenburg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 245-258.
- Fine, C.G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the MPD patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 661-675.
- Fine, C.G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of Multiple Personality Disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on Multiple Personality Disorder* (pp. 135-154). Washington DC : American Psychiatric Press
- Fine, C.G., & Berkowitz, A.S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of Dissociative Identity Disorder and other maladaptive dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 275-290.
- Fraser, G.A. (1993). Exorcism rituals: Effects on Multiple Personality Disorder patients. *Dissociation*, 6, 239-244.
- Fraser, G.A. (Ed.). (1997). *The dilemma of ritual abuse: Cautions and guides for therapists*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Fraser, G.A. (2003). Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 5-28.
- Freyd, J.J. (1996). *Betrayal trauma: The Logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Frischholz, E.J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., Shaeffer, D.M., Lewis, J., Leavitt, F., Pasquotto, J.N., & Schwartz, D.R. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, 3(3), 151-153.
- Frischholz, E.J., Lipman, L.S., Braun, B.G., & Sachs, R. G. (1992). Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1521-1525.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., & Emrich, H.M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 249-257.
- Gast, U., Rodewald, F., Dehner-Rau, C., Kowalewsky, E., Engl, V., Reddemann, L., & Emrich, H.M. (2003). Validation of the German version of the Multidimensional Inventory of Dissociation (MID). Paper presented at the 19 th annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation. Chicago, IL.
- Gelinas, D. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91-135.

- Gleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of Dissociative Identity Disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120(1), 42-59.
- Goff, D.C., Olin, J.A., Jenike, M.A., Baer, L., & Buttolph, M.L. (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 332-337.
- Gold, S.N. (2000). *Not trauma alone: Therapy for child abuse survivors in family and social context*. Philadelphia : Brunner/Routledge.
- Goodwin, J.M., & Attias, R. (Eds.). (1999). *Splintered reflections: Images of the body in trauma*. New York : Basic Books.
- Groenendijk, I., & Van der Hart, O. (1995). Treatment of DID and DDNOS patients in a regional institute for ambulatory mental health care in the Netherlands : A survey. *Dissociation*, 8, 73-83.
- Gutheil, T.G., & Applebaum, P.S. (2000). *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law* (3rd ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Hammond, D.C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York : W.W. Norton & Co.
- Henderson, J.L., & Moore, M. (1944). The psychoneuroses of war. *New England Journal of Medicine*, 230, 273-279.
- Herman, J.L. (1992a). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York : Basic Books.
- Herman, J.L. (1992b). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213-228). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- International Society for the Study of Dissociation. (2004). Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 119-150.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris : Félix Alcan.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl 5), 4-14.
- Kluft, R.P. (1982). Varieties of hypnotic interventions in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 230-240.
- Kluft, R.P. (1984). Treatment of Multiple Personality Disorder: a study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9-29.
- Kluft, R.P. (1986a), Personality unification in Multiple Personality Disorder: A follow-up study," in B.G. Braun (Ed.). *The treatment of Multiple Personality Disorder* (pp. 31-60). Washington, DC : American Psychiatric Press
- Kluft, R.P. (1986b). The place and role of fusion rituals. *Newsletter of the American Society of Clinical Hypnosis*, 26, 4-5.

- Kluft, R.P. (1987a). First-rank symptoms as a diagnostic clue to Multiple Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298.
- Kluft, R.P. (1987b). The parental fitness of mothers with Multiple Personality Disorder: A preliminary study. *Child Abuse and Neglect*, 11, 273-280.
- Kluft, R.P. (1987c). The simulation and dissimulation of Multiple Personality Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 104-118.
- Kluft, R.P. (1988). The phenomenology and treatment of extremely complex Multiple Personality Disorder. *Dissociation*, 1(4), 47-58.
- Kluft, R.P. (1989). Playing for time: temporizing techniques in the treatment of Multiple Personality Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90-98.
- Kluft, R.P. (1990). Incest and subsequent revictimization: the case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome. In R.P. Kluft (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 263-287). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (1992). Enhancing the hospital treatment of dissociative patients by developing nursing expertise in the application of hypnotic techniques without formal trance induction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 158-167.
- Kluft, R.P. (1993a). Clinical approaches to the integration of personalities. In R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on Multiple Personality Disorder* (pp. 101-103). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (1993b). The initial stages of psychotherapy in the treatment of Multiple Personality Disorder patients. *Dissociation*, 6, 145-161.
- Kluft, R.P. (1994). Treatment trajectories in Multiple Personality Disorder. *Dissociation*, 7, 63-76.
- Kluft, R.P. (1995). The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in Dissociative Identity Disorder patients: A naturalistic study. *Dissociation*, 8, 253-258.
- Kluft, R.P. (1997) On the treatment of traumatic memories of DID patients: Always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation*, 10, 80-91.
- Kluft, R.P. (1999). An overview of the psychotherapy of Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 289-319.
- Kluft, R.P. (2001). Dissociative identity disorder. In G.O. Gabbard (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (vol. 2, pp. 1653-1693). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P., & Fine, C.G. (Eds.). (1993). *Clinical perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Latz, T.T., Kramer, S.I., & Highes, D.L. (1995). Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1343-1348.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
- Lazrove, S., & Fine, C.G. (1996). The use of EMDR in patients with Dissociative Identity Disorder. *Dissociation*, 9, 289-299.
- Loewenstein, R.J. (1991a). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 567-604.

- Loewenstein, R. J. (1990). Somatoform disorders in victims of incest and child abuse. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest-Related Disorders of Adult Psychopathology* (pp. 75-113). Washington DC : American Psychiatric Press.
- Loewenstein, R.J. (1991b). Rational psychopharmacology in the treatment of Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* , 14 , 721-740.
- Loewenstein, R.J. (1993). Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of Multiple Personality Disorder. In R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on Multiple Personality Disorder* (pp. 51-85). Washington , DC : American Psychiatric Press.
- Loewenstein, R.J. (1994). Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and Multiple Personality Disorder: Report submitted to the Clinton administration task force on health care financing reform. *Dissociation*, 7, 3-11.
- Loewenstein, R.J. (2002). The high cost of dissociation and its implications for treatment of complex trauma. Paper presented at the 18 th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore, MD.
- Loewenstein, R.J., & Goodwin, J. M. (1999). Assessment and management of somatoform symptoms in traumatized patients: Conceptual overview and pragmatic guide. In J. M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 67-88). New York : Basic Books.
- Loewenstein, R.J., & Putnam, F.W. (2004). The dissociative disorders. In B.J. Kaplan & V.A. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry* (8 th ed., pp. 1844-1901). Baltimore , MD : Williams and Wilkins.
- Lewis, D.O., Yeager , C.A. , Swica, Y., Pincus, J.H., & Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1703-1710.
- Lynn , S.J., Rhue, J.W., & Green, J. P. (1988). Multiple personality and fantasy proneness: Is there an association or dissociation. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 138-142.
- Martínez-Taboas, A. (1991). Multiple personality in Puerto Rico : Analysis of fifteen cases. *Dissociation*, 4, 189-192.
- McCallum, K.E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., & Wetzel, R.D. (1992). Dissociative symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 5, 227-235.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Derogatis, L., & Bass, E.B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1362-1368.
- Michelson, L.K., & Ray, W.J. (Eds.). (1996). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York and London : Plenum Press.
- Middleton, W., & Butler , J. (1998). Dissociative identity disorder: An Australian series. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32 , 794 804.
- Millon, T. (1997). *The Millon Inventories: Clinical and Personality Assessment*. New York : Guilford Press.
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M. & Erni T. (1995). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 355-361.

- Morrison, J. (1989). Childhood sexual abuse histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 239-241.
- Murphy, P.E. (1994). Dissociative experiences and dissociative disorders in a non-clinical university student group. *Dissociation*, 7(1), 28-34.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen, The Netherlands : Van Gorcum.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorders is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma. In J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 39-65). New York : Basic Books.
- Nijenhuis, E.R.S., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J., & Moene, F. (1999). Somatoform dissociation discriminates between diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 512-520.
- Paulsen, S. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32-44.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Countertransference responses to dissociative processes in psychotherapy. In *Trauma and the Therapist* (pp. 120-146). New York : W.W. Norton.
- Pitblado, C.B., & Sanders, B. (1991). Reliability and short-term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. In B.G. Braun & E.B. Carlson (Eds.), *Proceedings of the 8th International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago : Rush Presbyterian/St. Luke's Medical Center .
- Pope, K. (1996). Memory, abuse, and science: Questioning claims about the False Memory Syndrome epidemic. *American Psychologist*, 51, 957-974.
- Putnam, F.W. (1984). The psychophysiologic investigation of Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 31-39.
- Putnam, F.W. (1989). *The diagnosis and treatment of Multiple Personality Disorder*. New York : Guilford Press.
- Putnam, F.W. (1991a). Dissociative phenomena. In A. Tasman & S.M. Goldfinger (Eds.), *Review of psychiatry* (vol. 10, pp. 145-160). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Putnam, F.W. (1991b). Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 489-502.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., & Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of Multiple Personality Disorder: a review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 258-293.
- Putnam, F.W., & Loewenstein, R.J. (1993). Treatment of Multiple Personality Disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.

- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York : Guilford Press.
- Putnam, F.W., & Loewenstein, R.J. (2000). Dissociative identity disorder. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (7 th ed., pp. 1552-1564). Baltimore , MD : Williams & Wilkins.
- Ray, W.J., June, K., Turaj, K., & Lundy, R. (1992). Dissociative experiences in a college age population: A factor analytic study of two dissociation scales. *Personality and Individual Differences*, 13, 417-424.
- Redlich, F.C., Ravitz, L. J., & Dession, G.H. (1951). Narcoanalysis and truth. *American Journal of Psychiatry*, 107, 586-593.
- Riley, K.C. (1988) Measurement of Dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449-450.
- Rivera, M. (1991). Multiple personality disorder and the social system: 185 cases. *Dissociation*, 4, 79-82.
- Rivera, M. (1996). *More alike than different: Treating severely dissociative trauma survivors*. Toronto : Toronto University Press.
- Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rosik, C.H. (2004). Possession Phenomena in North America : A case study with ethnographic, psychodynamic, religious and clinical implications. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(1), 49-76.
- Ross , C.A. (1991). Epidemiology of Multiple Personality Disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America* , 14 , 503-517.
- Ross , C.A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. New York : John Wiley & Sons.
- Ross , C.A. (2000). *The Trauma Model: A solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Richardson , TX : Manitou Communications.
- Ross , C.A. , Anderson , G., Fleisher, W.P., & Norton, G.R. (1991). The frequency of Multiple Personality Disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1717-1720.
- Ross , C.A. , Heber. S., Norton, G.R., Anderson , D., Anderson . G., & Barchet. P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation*, 2(3), 169-18.
- Ross , C.A. , Kronson, J., Doensgen, S., Barkman, K., Clark, P., & Rockman, G. (1992). Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 840-842.
- Ross , C.A. , Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A., & Anderson, G. (1996). Structured interview data on 102 cases of Multiple Personality Disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- Ross , C.A. , & Norton, G.R. (1989b). Suicide and parasuicide in Multiple Personality Disorder. *Psychiatry*, 52, 365-371.
- Ross , C.A. , & Norton, G.R. (1989b). Effects of hypnosis on Multiple Personality Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 96-106.
- Ross , C.A. , Norton, G.R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.

- Salmon, P., & Calderbank, S. (1996). The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 329-336.
- Sanders, S. (1986) The Perceptual Alteration Scale: A scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 95-102.
- Sar, V., Akyuz, G., Kundakci, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2271-2276.
- Sar, V., Unal, S.N., Kiziltan, E., Kundakci, T., Ozturk, E., (2001). HMPAO SPECT study of regional cerebral blood flow in Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(2), 5-25.
- Sar, V., Yargic, L.I., & Tutkun, H. (1996). Structured interview data on 35 cases of Dissociative Identity Disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1329-1333.
- Saxe, G.N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., & Van der Kolk, B.A. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1329-1334.
- Saxe, G.N., Van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Leiberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1037-1042.
- Scarcini, I.C., McDonald-Haile, J., Bradley, L.A., & Richter, J.E. (1994). Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: A preliminary model. *American Journal of Medicine*, 97, 108-118.
- Schnurr, P.P., & Green, B.L. (Eds.). (2003). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwartz, H.L. (2000). *Dialogues with forgotten voices: Relational perspectives on child abuse trauma and treatment of dissociative disorders*. New York: Basic Books.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Somer, E., & Dell, P.F. (2005). Development of the Hebrew-Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): A valid and reliable measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 31-54.
- Spiegel, D. (2001). Deconstructing the dissociative disorders: For whom the Dell tolls. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 51-57.
- Springs, F.E., & Friedrich, W.N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clinic Proceedings*, 67, 527-532.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2001). Dependency in the treatment of complex Posttraumatic Stress Disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), In press.
- Steinberg, M. (1994a). *Interviewer's guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders - Revised (SCID-D-R)* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Steinberg, M. (1994b). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders - Revised (SCID-D-R)* (2 nd ed.). Washington , DC : American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington , DC : American Psychiatric Press.
- Thomas, A. (2001). Factitious and malingered Dissociative Identity Disorder: Clinical features observed in 18 cases. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 59-77.
- Twombly, J. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61-81.
- Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L.I., Ozpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.
- Van der Hart, O., & Brown, P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127-138.
- Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B.A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-395.
- Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of reflective belief. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 , 37-44.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memory: Synthesis, realization, integration. *Dissociation*, 6, 162-180.
- Van der Hart, O., Van der Kolk, B.A., & Boon, S. (1998). Treatment of dissociative disorders. In J.D. Bremner & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 253-283). Washington , DC : American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(suppl.), 83-93.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F. (1993). *Complex PTSD: Results of the PTSD field trial for DSM-IV*. Washington , DC : American Psychiatric Association.
- Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences, trauma and hypnosis*. Amsterdam : Academic thesis, Vrije Universiteit.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 21-27.
- Waller, N.G., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Waller, N.G., & Ross , C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavioral genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499-510.

- Walker, E.A., Katon, W.J., Neraas, K., Jemelka, R.P., & Massoth, D. (1992). Dissociation in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Psychiatry*, 149, 534-537.
- Walker, E.A., Katon, W.J., Roy-Byrne, P.P., Jemelka, R.P., & Russo, J. (1993). Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1502-1506.
- Watkins, J.G., & Watkins, H.H. (1988). The management of malevolent ego states in Multiple Personality Disorder. *Dissociation*, 1(1), 67-78.
- Watkins, J.G., & Watkins, H.H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. New York : W.W. Norton & Co.
- Williams, T.L., Loewenstein, R.J., & Gleaves, D.H. (2004). Exploring assumptions about DID: An investigation of suggestibility, hypnotizability, fantasy proneness, and personality variables. Paper presented at the 20 th annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation. New Orleans , LA.
- Wilson , J.P., & Lindy, J.D. (Eds.). (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York : Guilford Press.