

Die Dissoziative Identitätsstörung

Dr. med. Ulrike Gast

Vortrag, 16. April 2002, im Rahmen der
52. Lindauer Psychotherapiewochen 2002 (www.Lptw.de)

1. Einleitung

Ich bedanke mich sehr herzlich für die Einladung und freue mich über die Gelegenheit, über das Krankheitsbild der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) vorzutragen zu können. Diese Störung gilt als eine der ungewöhnlichsten und erstaunlichsten aller psychischen Strukturen (Putnam, 1989). Die Existenz von offensichtlich getrennt und selbständig agierenden Persönlichkeitszuständen ruft einerseits Faszination, andererseits Protest und Unglauben hervor. Das Vorhandensein einer solchen Entität stellt grundsätzliche Annahmen des modernen Menschenbildes - die Vorstellung einer einheitlichen, in sich geschlossenen Persönlichkeit sowie die Vorstellung einer zentralen Struktur des Bewusstseins in Frage. Mit folgendem Gedicht möchte ich Sie auf das Thema einstimmen:

Seht ihr den Mond dort stehen? -
Er ist nur halb zu sehen,
Und ist doch rund und schön!
So sind wohl manche Sachen
Die wir getrost belachen
Weil unsre Augen sie nicht sehn.
(Matthias Claudius: Abendlied. 3. Strophe 1779)

Es ist die 3. Strophe aus dem Lied: "Der Mond ist aufgegangen" von Matthias Claudius. Ich stelle ihnen diese Zeilen nicht vor, um Sie in den Schlaf zu singen - sondern um sie für etwas wach und aufmerksam zu machen, das mit dem Thema der Dissoziativen Identitätsstörung zusammenhängt.

Zunächst gibt es einen zeitlichen Zusammenhang: Matthias Claudius schrieb diese Zeilen im Jahre 1779, also zu einer Zeit, als sich die Psychiatrie als Wissenschaft herausbildete und die ersten Fälle von Dissoziation als "ausgetauschte" Persönlichkeit (z.B. Gmelin 1791) beschrieben wurden. Die Dissoziative Identitätsstörung ist also ein traditionelles psychiatrisches Krankheitsbild, das seit über 200 Jahren beschrieben, beforscht und behandelt wird. Dies wird von Ellenberger (1996) in seinem Buch "Die Entdeckung des Unbewussten" ausführlich darlegt.

Neben dieser zeitlichen Assoziation zwischen unserem Thema und dem Gedicht von M. Claudius besteht auch eine inhaltliche Verbindung: Viele Phänomene der DIS sind "nur halb zu sehen". Es gehört zum Wesen der Erkrankung unmittelbar dazu, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten Schattenseiten von sich und ihrer Lebensgeschichte nicht oder nicht vollständig

wahrnehmen können. Dissoziative Symptome werden von den Betroffenen vor den Mitmenschen und vor sich selbst versteckt oder verheimlicht. So ist die Dynamik der Erkrankung gekennzeichnet durch ein Nicht-Sehen-Können, ein Nicht-Glauben-Können und Nicht-Wahrhaben-Können.

Diese Dynamik prägt auch den wissenschaftlichen Diskurs über die Erkrankung. Die Dissoziative Identitätsstörung hat es nach wie vor schwer, in der psychiatrisch/ psychotherapeutischen Fachwelt ernst genommen zu werden. Zwar belegt eine Fülle von Studien, dass die DIS regelhaft und in klinisch relevanter Größenordnung von bis zu 5% (siehe Gast et al. 2001a und b) bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten zu finden ist. Trotzdem wird die Diagnose im klinischen Alltag selten gestellt. Es herrscht weitgehend eine professionelle Skepsis gegenüber der DIS vor, die sich vor allem an der Frage festmacht, ob es sich denn überhaupt um eine valide Diagnose handelt.

Auf diese Frage –ist die Dissoziative Identitätsstörung eine valide Diagnose? - werde ich im ersten Teil meines Vortrages eingehen und eine Einschätzung zum Stand der Forschung anhand entsprechender Validitätskriterien geben. Ich werde dann darlegen, warum trotz guter Validität viele Kollegen zu recht behaupten, sie hätten in ihrer langjährigen Berufserfahrung noch keinen einzigen Fall von DIS besehen - jedenfalls nicht nach den bisher gültigen Definitionskriterien. Anschließend werde ich einen neuen Kriterienkatalog in Form eines DSM-V Vorschlages vorstellen, mit dem die Erkrankung vermutlich sehr viel besser identifiziert werden kann. Im letzten Teil meines Vortrages werde ich zeigen, warum das Erkennen der DIS im klinischen Alltag wichtig ist, und was sich daraus für therapeutische Implikationen ergeben.

Zur Klärung der Begriffe sei angemerkt, dass im Rahmen der Überarbeitungen des DSM verschiedene Umbenennungen der Erkrankung stattfanden: Die Diagnose wurde 1980 unter dem Namen "Multiple Persönlichkeit" in das DSM-III (APA, 1980) aufgenommen, später in Multiple Persönlichkeitsstörung umbenannt und schließlich im DSM-IV (APA, 1994) als Dissoziative Identitätsstörung bezeichnet. Im ICD-10 (Dilling et al., 1993) findet der Begriff Multiple Persönlichkeitsstörung weiterhin Gebrauch.

2. Validitätsprüfung

Kommen wir nun zur Frage der Validität (siehe Abb.1). Woran lässt sich diese Frage überprüfen? Wann ist eine psychiatrische Diagnose valide? Nach Spitzer & Williams (1985) müssen ein relativ umschriebenes und klinisch signifikantes psychologisches Symptommuster oder Syndrom vorliegen, dass mit Stress oder Beeinträchtigungen einhergeht und bestimmte Validitätskriterien (Augenscheinvalidität, deskriptive Validität, prediktive Validität sowie Konstruktvalidität) erfüllt sein:

Die **Augenscheinvalidität** bezieht sich auf das Ausmaß, mit der die Beschreibung einer bestimmten Störung angemessen und treffend die charakteristische Ausprägung der Störung beschreibt. Die **deskriptive Validität** bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die charakteristische Ausgestaltung einer bestimmten psychischen Störung einzigartig und besonders für diese Kategorie ist. Dieses Kriterium deckt sich mit dem Einschlusskriterium der Differenzierbarkeit von Blashfield et al. 1990. Augenschein und deskriptive Validitäts-Kriterien wurden von Blashfield et al. (1990) noch weiter differenziert und entsprechende Einschluss- und Ausschlusskriterien erarbeitet (Abb. 1, Spalte 2). Erst wenn diese erfüllt bzw. nicht erfüllt sind, kann eine Erkrankung in das DSM als valide Diagnose aufgenommen werden.

Gleaves et al. (2001) haben die Validitätskriterien für die DIS ausführlich überprüft. Sie überprüfen sowohl die Kriterien von Blashfield et al. als auch von Spitzer und Williams und kommen zu

folgendem Ergebnis:

Validitätskriterien für DSM-IV	
Spitzer & Williams (1985)	Blashfield et al. (1990)
<p>Es muss ein umschriebenes und klinisch signifikantes psychologisches Symptommuster oder Syndrom vorliegen, dass mit Stress oder Beeinträchtigungen einhergeht und folgende Validitätskriterien erfüllt:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Augenscheinvalidität2. Deskriptive Validität3. Prediktive Validität4. Konstruktvalidität	<p>Operationalisierung der Augenschein- und deskriptiven Validität anhand folgender Kriterien:</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mindestens 50 empirische Veröffentlichungen2. Klare Diagnosekriterien Standardisierte Messinstrumente3. Reliabilitätsprüfung Mindestens 2 Studien mit Kappa größer 0.704. Syndromcharakter5. Unterscheidbarkeit (siehe auch taxometrische Forschung) <p>Ausschlusskriterien:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Keine Veröffentlichungen2. Prävalenz klinisch nicht relevant ("coverage")3. Statistischer systematischer Fehler (Bias)4. Ausnahmeregelung bei gesicherter pathophysiologischer Grundlage

Abb. 1

2.1. Überprüfung der Validitätskriterien von Blashfield et al.

Einschlusskriterien

1. Es muss eine ausreichende Anzahl (mindestens 50) von empirischen **Veröffentlichungen** in wissenschaftlichen Zeitschriften vorliegen. Dieses Kriterium wird für das Krankheitsbild der Dissoziativen Identitätsstörung gut erfüllt. Goettman et al. (1994) publizierten eine vollständige Bibliographie über multiple Persönlichkeitsstörungen und Dissoziationen vom Jahr 1791 bis 1992.

Allein im Jahr 1992 fanden sie 103 Publikationen. Bei einer Aktualisierung dieser Bibliographie berichtet Coons, dass sich im Jahr 1999 sogar über 1.125 publizierte Zeitschriftenartikel zur DIS finden ließen.

2. Es liegen **Diagnosekriterien** (Abb. 2) und entsprechende **Messinstrumente** vor, mit denen die Kriterien gemessen werden können. Insbesondere liegen mit dem Selbstbeurteilungs-Fragebogen Dissociative Experience Scale (DES, Bernstein & Putnam 1986, und dem halbstrukturierten Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (SCID-D, Steinberg, 1994a) sowie dem Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS, Ross, 1989) gut validierte Messinstrumente vor, so dass auch dieses Kriterium erfüllt ist.

Diagnostische Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung nach DSM-IV
A Die 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 direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. black-outs oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z.B. komplex-partielle Anfälle).
Beachte: Bei Kindern sind die Symptome nicht durch imaginierte Spielkameraden oder andere Phantasiespiele zu erklären.

Abb. 2: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

3. Die **Reliabilitätskriterien** sind nach Blashfield et al. (1990) erfüllt, wenn mindestens zwei empirische Studien unabhängig voneinander ein bestimmtes Maß an diagnostischer Übereinstimmung erreichen, und zwar in Form einer Interrater-Reliabilität mit einem Kappa-Koeffizienten von mindestens .70 für die Diagnosestellung. Diese Vorgaben sind durch die Ergebnisse der Interrater-Reabilität für die DIS-Diagnose in den unabhängig voneinander ausgeführten Studien mit dem SCID-D (Kappa-Koeffizient: 0.92 bei Steinberg et al., 1990; 100% Übereinstimmung bei Boon & Draijer 1991) und dem DDIS (Kappa -Koeffizient: 0.78) erfüllt. Somit ist auch das 3. Kriterium erfüllt.

Das 4. Kriterium fordert, dass die Erkrankung den Charakter eines Syndroms haben muss. Der **Syndromcharakter** der DIS wurde anhand des sog. DES-Taxons (Waller 1996) überprüft. Hierbei handelt es sich um 8 Items des DES mit individuellen Cutoff-Werten, die mit signifikant hoher Wahrscheinlichkeit eine DIS anzeigen. Es fand sich folgendes Ergebnis: Wenn für einen Teilnehmer der Studie ein Item auf dem DES-Taxon zutrifft, lag die Wahrscheinlichkeit bei nahezu 100%, dass dies für mindestens ein weiteres Item des DES-Taxons galt. Damit kann auch dieses Kriterium als erfüllt angesehen werden. Ein weiterer Ansatz, um die diagnostische Validität zu

überprüfen und damit das Klassifikationsproblem in der Psychopathologie lösen, ist die **taxometrische Forschung**. Die taxometrische Vorgehensweise (s. Meehl 1995; Waller & Meehl 1997) wird benutzt, um zwischen psychologischen Typen und Variationen eines Kontinuums zu unterscheiden. Wenn ein Konstrukt typologischer Natur ist und sich somit also ein qualitativer Unterschied finden lässt, muss sich ein bestimmter Satz an Indikatoren für dieses Taxon bestimmen lassen. Dies ist in Form des oben bereits erwähnten Satzes von 8 Original-DES-Items, dem DES-Taxon geschehen (Waller et al., 1996). Das DES-Taxon deckt die Kernsymptomatik der Dissoziativen Identitätsstörung (u.z. Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsverwirrung und Identitätsänderung) auszeichnet ab. Diese taxometrischen Studien sind sehr aussagekräftige Hinweise für die Validität einer pathologischen Dissoziation. Die Dissoziative Identitätsstörung stellt damit eine der wenigen Störungen dar, für die es eine wissenschaftliche Absicherung durch taxometrische Forschung gibt und die als gut gesicherte Evidenz für Validität interpretiert werden kann. Diese Forschung beantwortet die gelegentlich etwas salopp aufgeworfene Frage, ob wir "nicht alle ein wenig multipel" sind, eindeutig mit "nein", da sich ein qualitativer Sprung zwischen normalem dissoziativen Erleben und pathologischer Dissoziation nachweisen lässt.

5. Unterscheidbarkeit: Dieses Kriterium entspricht der deskriptiven Validität von Spitzer & Williams und soll sicherstellen, dass eine Kategorie nicht mit dem Vorhandensein einer anderen redundant ist. Dies ist vermutlich der Aspekt der Dissoziativen Identitätsstörung, der am häufigsten geltend gemacht wird. Es wird argumentiert, dass Patienten mit der entsprechenden Diagnose eigentlich schizophren sind (Gardner, 1994), eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben (Lauer et al., 1993) oder als histrionisch zu diagnostizieren sind (Fahy, 1988).

In der Tat gibt es bei einigen Störungen erhebliche Symptomüberlappungen, die zu differentialdiagnostischen Problemen führen können. Dies wird für die Schizophrenie, für schizoaffektive Erkrankungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörung beschrieben (siehe Coons, 1984; Gleaves, 1996).

Eine Reihe von Studien zeigen jedoch, dass mit Hilfe verschiedener Messinstrumente eindeutig zwischen den verschiedenen Störungen unterschieden werden kann. Fink & Golinkoff (1990) untersuchten verschiedene Gruppen mit Dissoziativer Identitätsstörung, Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem DDIS. Steinberg et al. (1994) benutzten den SCID-D, um zwischen Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung, Schizophrenie und schizoaffektiver Störung zu unterscheiden. Als weitere wichtige Studien sind die von Ross et al. (1989) zu nennen. Auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung lässt sich in verschiedenen Studien eindeutig von der DIS zu unterscheiden (Horevitz & Braun, 1984; Kemp et al., 1988; Fink & Golinkoff, 1990; Boon & Draijer, 1993a-c; Lauer et al., 1993).

Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung und der Somatisierungsstörung liegen bislang allerdings noch keine aussagekräftigen Differenzierungsstudien vor, sodass der Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheitsbildern und der DIS weiterer Erforschung bedarf. Dennoch kann als wichtiges Ergebnis festgestellt werden, dass die Dissoziative Identitätsstörung von anderen psychiatrischen Störungen, mit denen es symptomatische Überschneidungen gibt, sicher unterschieden werden kann. Damit sind alle fünf der fünf geforderten Einschlusskriterien der Richtlinien von Blashfield et al. (1990) für eine valide Diagnose erfüllt.

Ausschlusskriterien

Nach Blashfield et al. sollte die Störung beim Vorliegen folgender Kriterien vom DSM ausgeschlossen werden:

1. Es liegen keine Publikationen zum Krankheitsbild vor.
2. Die Störung hat im Spektrum der Störungsgruppe keine klinische Relevanz (coverage). Die Zusammenstellung der Prävalenzstudien von Gleaves (1996; siehe auch Gast et al., 2001 a und b) zeigen, dass der Anteil der DIS unter den Dissoziativen Störungen je nach Zusammensetzung der Stichproben bei 11 – 77% liegt und somit das Ausschlusskriterium nicht erfüllt.
3. Zudem darf die Störung nicht auf einen systematischen Zuordnungsfehler zurückzuführen sein. Gleaves et al. (2001) finden zu diesem Thema insgesamt fünf Studien, die insbesondere die Annahme einer kulturabhängigen Störung nicht bestätigen.

Somit ist keines der Ausschlusskriterien von Blashfield et al. erfüllt.

2.2. Überprüfung der Validitätskriterien von Spitzer & Williams

Hinsichtlich der Validitätskriterien von Spitzer & Williams (1985) kommen Gleaves et al. (2001) zu folgendem Ergebnis: Die **Augenscheinvalidität** deckt sich mit den von Blashfield et al. geforderten Kriterien von messbaren Diagnosekriterien. Diese liegen für die DIS vor, auch wenn diese bislang noch nicht ausreichend operationalisiert sind, wie unten noch weiter ausgeführt wird. Die **deskriptive Validität** wurde bereits unter dem Stichpunkt "Unterscheidbarkeit" geprüft.

Zudem wird von Spitzer & Williams (1985) eine **Konstruktvalidität** gefordert. Hierbei handelt es sich um ein Maß dafür, inwieweit eine Theorie zur Verfügung steht, die hilfreich ist, die Ätiologie oder die Biologie der pathophysiologischen Prozesse zu erklären. Die Datenlage hierüber ist ausgesprochen konsistent. Es wird ein **Diathese-Stress-Model** angenommen, wobei die Stressfaktoren in Form von schweren kindlichen Traumatisierungen hinlänglich belegt sind: In retrospektiven Studien von Patientinnen und Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung werden von lang andauernden schweren frühkindlichen Traumatisierungen bei über 90 % der Patienten berichtet. In einer Reihe von Studien konnten die Autoren für die Berichte ihrer Patienten über Traumatisierungen während der Kindheit Belege durch offizielle Aufzeichnungen vorweisen (Zusammenstellung der Studien siehe Gast et al., 2001b). Exemplarisch für die Untersuchungen sei die Studie von Putnam (1989) dargestellt. Die häufigste Form der Traumatisierung ist hierbei sexuelle Gewalt, meist in Form von Inzest, oft verbunden mit körperlicher und emotionaler Misshandlung sowie extremer Vernachlässigung. Auch das Miterleben des gewaltsamen Todes naher Angehöriger oder extreme Armut werden als traumatische Ereignisse gefunden.

Diese Befunde stützen das **posttraumatische Modell** der Dissoziativen Identitätsstörung, die als psychobiologisch gebahnte Antwort auf schwere kindliche Traumatisierungen in einem bestimmten Zeitfenster verstanden wird. Traumatisierten Kindern gelingt es nicht, ein integrierendes, state-übergreifendes Bewusstsein zu entwickeln (Putnam 1989). Statt dessen bilden sich verschiedene, state-abhängige Bewusstseinszentren heraus, um die herum sich alternierende Persönlichkeits- oder Selbstzustände bilden, welche die dissoziierten Aspekte des Gesamtindividuum abgekapselt und abgespalten im Gedächtnis aufheben (Gleaves, 1996).

Wie die Entwicklung der Störung aus der Gedankenwelt eines kleinen Kindes heraus vorstellbar ist, stellt eine Patientin in einer Bilderserie folgendermaßen dar (siehe Abbildungen aus Gast et al., 2000): Das Kind phantasiert, die (sexuelle) Traumatisierung sei nicht ihm, sondern einer anderen

Person oder nur im Traum passiert. Unter dem Einfluss wiederholter Traumatisierungen kann sich die Identität aufspalten und es können alternative Persönlichkeits- oder Selbstzustände herausgebildet werden, die sich an den Missbrauch oder die Misshandlung nicht mehr erinnern. Dadurch kann das Kind seine Beziehungsfähigkeit zur traumatisierenden Bezugsperson ohne unerträgliche Ambivalenzkonflikte aufrecht erhalten (Herman, 1992b). Der Preis für diese Art der Traumabewältigung ist eine unkontrollierbare Dissoziation im Erwachsenenalter mit den noch zu beschreibenden gravierenden Symptomen, insbesondere aber mit einem tiefgreifend fragmentierten Selbst- und Identitätserleben.

Die Erforschung **neurobiologischer Korrelate**, wie z.B. das Vorliegen einer Hippocampus-Atrophie wie bei anderen posttraumatischen Störungsbildern, aber auch eine vermutete mangelnde Vernetzung state-abhängig aktivierter kognitiv-affektiver Schemata mit entsprechenden Erinnerungsinhalten befindet sich derzeit noch in den Anfängen. Es liegt eine erste Einzelfall-Studie (Tsai, Condie et al., 1999) vor, in welcher der Wechsel von einem Selbstzustand in den anderen mittels funktionalem Magnetresonanz-Imaging (fMRI) untersucht wird: Die von Condie langjährig behandelte Patientin namens Marnie konnte kontrolliert in einen anderen Selbstzustand wechseln, der als 8-jähriges Mädchen namens Guardian erlebt wurde. Neben einem atrophierten Hippocampus fand sich folgender Befund: Während des Wechsels von Marnie zu Guardian kam es zu einer Hemmung der Aktivität im Hippocampus (rechts stärker als links) und dem umliegenden temporalen Cortex sowie dem nigrostriatalen System (Amygdala). Bei dem umgekehrten Vorgang dagegen (Wechsel von Guardian zu Marnie) kam es im Zustand des Wechsels zu einer vermehrten Aktivität des rechten Hippocampus. Nun wird der Hippocampus als wichtige neuronale Struktur des deklarativen Gedächtnisses, also der bewussten Erinnerung für spezifische Ereignisse angesehen, während das nigrostriatale System das assoziative und emotionale Gedächtnis repräsentiert. Die erhobenen Befunde werden von den Autoren als mögliches Korrelat eines Hippocampus vermittelten Prozess angesehen, der - korrespondierend zu dem sich in Kontrolle befindlichen Selbstzustand - mit einer wechselnden Aktivierung verschiedener Erinnerungsspeicher einhergeht. Dies würde bedeuten, dass beim aktivierten Selbstzustand als Marnie ein anderer Erinnerungsspeicher aktiviert ist als in demjenigen als Guardian. Zudem sprechen die Befunde dafür, dass bei dem Wechsel von einem Selbstzustand in den anderen sowohl Strukturen des deklarativen als auch des nichtdeklarativen Gedächtnisses im Sinne kognitiv-affektiver Schemata betroffen sind.

Die **prediktive Validität** verlangt, dass auf der Grund der Diagnose bestimmte Vorhersagen z.B. über den Krankheitsverlauf abgeleitet werden können. Hier sind vor allem Vorhersagen darüber von Interesse, in welcher Weise verschiedene Behandlungsformen die bestehende Symptomatik verändern können. Bei der Durchsicht der vorliegenden Studien ist festgestellt, dass die Dissoziative Identitätsstörung auf diejenigen Psychotherapietechniken gut anzusprechen scheint, welche die dissoziativen und posttraumatischen Symptome aktiv angehen (siehe Behandlungsstandards der International Society for the Study of Dissociation, ISSD 1997). Eine Reihe von Patienten scheinen eine volle Remission zu erreichen, sodass keine weitere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens mehr notwendig ist (siehe Gleaves, 1996; Putnam & Loewenstein, 2000). Diese Annahme wird durch beschreibende Studien (Loewenstein, 1994, Putnam & Loewenstein, 1993, Ross & Dua, 1993) sowie durch eine erste unkontrollierte Studie (Effektivitätsmessung mit standardisierten Messinstrumenten) von Ellason & Ross 1997 gestützt. Im Gegensatz hierzu findet sich kein Hinweis für eine erfolgreiche Behandlung durch Ignorieren der dissoziativen Symptome (Ross & Dua 1993).

Dieser skizzierte Forschungsstand entspricht hinsichtlich der Qualitätsbeurteilung einer wissenschaftlich medizinischen Evidenz einer eher niedrigen Stufe. Nach den AWMF-Leitlinien für Behandlungsempfehlungen wird eine Evidenz, die sich auf Meinungen von respektierten Experten und beschreibende Studien oder Berichte von Expertengremien stützt mit Level III bewertet (siehe

Rudolf & Eich, 1999). Von daher handelt es sich bei den Therapieempfehlungen, die unten skizziert werden, um vorläufige Empfehlungen, bis kontrollierte Behandlungsstudien vorliegen. Mit dieser Vorläufigkeit müssen wir uns zur Zeit in der psychotherapeutischen Versorgung jedoch bei fast allen störungsspezifischen Ansätzen begnügen (siehe hierzu auch Gast et al., 2001b und 2002).

3. Kritik an den Diagnosekriterien

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass bei der DIS alle Kriterien sowohl nach den Vorgaben von Blashfield et al. als auch von Spitzer & Williams für die Aufnahme in das DSM-IV erfüllt sind. Es stellt sich somit die Frage, warum trotz guter Validität der Störung die professionelle Akzeptanz bislang gering ist. Neben möglichen individuellen und kollektiven Abwehrprozessen, die den wissenschaftlichen Diskurs über die Erkrankung prägen (siehe Einleitung), haben aber auch die Dissoziationsforscher möglicherweise selbst durch die Wahl ungeeigneter Definitionskriterien zur mangelnden Akzeptanz des DIS beigetragen. Dell (2001) kritisiert eine gewisse Fixierung auf die Merkmalsbeschreibung der alternativen Identitätszustände und eine Neigung zu sehr strengen Definitionskriterien, während Gesichtspunkte der klinischen Praktikabilität und "Benutzerfreundlichkeit" bislang nicht berücksichtigt werden. So wird die DIS im DSM-IV mit nur einem Merkmal begründet, welches zudem noch sehr abstrakt beschrieben wurde. Klinisch relevante und zur Diagnosestellung hilfreiche Merkmale oder operationalisierte Kriterien für das Vorhandensein alternativer Selbstzustände werden bislang im DSM nicht angeboten. Dieses Versäumnis, so Dell, hat zu einer unnötigen Mystifizierung der Diagnose beigetragen, die es auch erfahrenen Psychiatern und Psychotherapeuten schwer macht, die Erkrankung in ihrem klinischen Alltag wiederzufinden.

4. Das Konzept der Komplexen Dissoziativen Störung nach Dell (2001)

Um eine benutzerfreundlichere Diagnosestellung anzubieten, wurde von Dell (2001) ein Kriterienkatalog entworfen, in dem sich das gesamte Spektrum dissoziativer Symptome widerspiegelt. Nach diesem Katalog mit verhaltensspezifischen Merkmalen ist eine taxometrische Diagnosestellung möglich, (wie dies im übrigen auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen üblich ist, z.B. bei der Depression, der Borderline – Persönlichkeitsstörung oder der Posttraumatischen Belastungsstörung). Nach dieser Kategorisierung wird eine übergreifende Bezeichnung, nämlich die einer "Komplexen Dissoziative Störung" (Major Dissociative Disorder) vorgeschlagen. Diese ist gekennzeichnet durch ein durchgängiges Muster dissoziativen Funktionierens, bei dem eine mangelnde Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und der Identität vorliegt. Zudem liegen zwei oder mehr unterscheidbare Identitäten (bzw. Persönlichkeits- oder Selbstzustände) vor, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen.

Kriterium A: Das dissoziative Funktionieren äußert sich durch das Vorhandensein folgender dissoziativer Symptome:

- Gedächtnisprobleme, z.T. schwere Amnesien für autobiographisches Material
- Depersonalisation
- Derealisation
- Flashback-Erleben, Alters-Regression
- Pseudoneurologische Symptome
- Weitere somatoforme Symptome
- Trancezustände

Dies kann mit der Manifestation von teil-abgespaltenen (B-Kriterien) sowie voll-abgespaltenen Identitätszuständen (C-Kriterien) einhergehen, welche man an folgenden Kriterien erkennen kann:

Kriterium B: Subjektiv erlebte Manifestation teil-abgespaltener Identitäts-Zustände:

- Nicht zu sich gehörig erlebtes Sprechen, Denken, Fühlen und Verhalten
- Zeitweise nicht zu sich gehörig erlebte Fertigkeiten oder Fähigkeiten
- Pseudohalluzinationen, z.B. Stimmen hören in Form von kindlichen Stimmen, inneren (widerstreitenden) Dialogen oder verfolgenden Stimmen
(Differentialdiagnose: Schizophrene Psychose)
- Irritierende Erfahrungen von verändertem Ich- Erleben und Verunsicherung über das eigene Ich (z.B. auch Gedankeneingebungen)
- Nicht zu sich gehörig erlebte, teil-abgespaltene Ich-Zustände, mit denen der Therapeut in Kontakt tritt

Kriterium C: Objektive und subjektive Manifestationen vollständig abgespaltener Identitäts-Zustände:

- Krasse Diskontinuität im Zeiterleben: Gefühl von "Zeit verlieren" und/oder "Herauskommen", Fugue-Episoden
- Nicht erinnerbares Verhalten
- Von Anderen beobachtetes Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann
- Finden von Sachen in seinem Besitz, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann
- Finden von (Auf-)Zeichnungen, an deren Anfertigung man sich nicht erinnern kann
- Evidente Anzeichen für kürzliches Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann
- Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen, an die man sich nicht erinnern kann

Sind alle drei Kriterien erfüllt, liegt das Vollbild einer Schweren Dissoziativen Störung im Sinne einer Dissoziativen Identitätsstörung vor. Werden nicht alle Kriterien erfüllt, handelt es sich um ein Teilbild mit weniger schwerer Ausprägung, die nach den geltenden Kriterien als Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung diagnostiziert werden würde. Die Vorteile eines solchen Vorgehens liegen darin, dass die Diagnosestellung für den Kliniker transparent, praktikabel und nachvollziehbar wird. Das Konzept der Schweren Dissoziativen Störung könnte somit zur Entmystifizierung und besseren klinischen Akzeptanz der Erkrankung beitragen.

5. Therapeutische Implikationen

Abschließend wird gezeigt, welche therapeutischen Implikationen sich aus der Diagnosestellung einer Dissoziativen Identitätsstörung ergeben. Nach den Behandlungsrichtlinien der ISSD (1997) wird ein psychodynamischer Ansatz empfohlen, der jedoch spezifischer Modifikationen bedarf, um die entsprechenden Techniken auch auf diese Patientengruppe anwendbar zu machen. Die Behandlungstechniken müssen darauf abzielen, die amnestischen Barrieren zu senken oder zu durchbrechen und das Getrenntheitsgefühl der Alternativ-Persönlichkeiten zu reduzieren, um eine zunehmende Kooperation und Koordination der verschiedenen Persönlichkeitsanteile zu erreichen.

5.1. Modifizierte Grundregel

Ein wichtiges Element dieser störungsspezifischen Technik ist die modifizierte Grundregel (Kluft in Vorbereitung): Die bei der psychoanalytischen oder psychodynamischen Therapie sinnvolle therapeutische Regel der freien Assoziation (z.B. mit der Formulierung: "Es hat sich für die Therapie als günstig erwiesen, dass Sie alles aussprechen, was ihnen in den Sinn kommt") ist bei der Behandlung schwerer Dissoziativer Störungen nicht ausreichend. Um der inneren Wirklichkeit der Patienten besser gerecht zu werden, und um alle Anteile mit der Assoziationsregel zu erreichen, ist es sinnvoll, die Regel so zu modifizieren, dass sich auch alle Anteile angesprochen und

eingeladen fühlen, sich zu äußern. Die modifizierte Grundregel könnte folgendermaßen lauten (nach Kluft, in Vorbereitung):

"Es sind Beiträge von allen Anteilen willkommen. Ich möchte auch gerne von denen die Meinung hören, die hinter den Kulissen aktiv sind. Wenn es nicht möglich ist, dass Sie direkt mit mir sprechen, können Sie mir vielleicht indirekt ihre Ansicht mitteilen, z.B. über den Anteil, der gerade vorne ist. Und wer auch immer draußen sei, möge bitte weitergeben, was er innen hört. Diejenigen, die es nicht schaffen, sich in der Stunde zu melden, können es vielleicht im Tagebuch niederschreiben und Frau B. bitten, es mir zur nächsten Stunde mitzubringen".

Ebenso empfiehlt Kluft (ebd.), die Patientin über die von ihm verwendete Kommunikationsform mit dem gesamten System frühzeitig zu informieren. Dies könnte folgendermaßen geschehen:

"Es ist in unseren letzten Gesprächen deutlich geworden, dass es da noch andere in Ihnen gibt. Ich möchte auch diese anderen gerne ansprechen und alle Anteile einladen, an der Behandlung teilzunehmen. Deshalb werde ich häufiger über Sie als Karin (oder einen anderen Anteil, der in dem Moment die Kontrolle hat) hinwegsprechen, um auch die anderen zu erreichen. Deshalb werde ich gelegentlich solche Formulierungen benutzen wie: ‚Ich bitte Sie alle mal herzuhören‘ oder ‚Sie alle‘, damit mir auch als Therapeutin bewusst ist, dass ich es mit einem Gesamtsystem von "Persönlichkeiten" zu tun habe."

Die Grundregel und Aufforderung der freien Assoziation umfasst also die Vereinbarung mit der Patientin, dass sie nicht nur ihre Gedanken, also die der "Alltags-Persönlichkeit", sondern auch die Stimmungen und Gedanken der anderen Persönlichkeitszustände mitteilt, ebenso pseudohalluzinatorische Stimmen, sich aufdrängende Gefühle, Körpersensationen, Flashbacks oder ähnliches. Die vorgeschlagene Formulierung für die Modifikationen der Grundregel wirkt übrigens für die Therapeutinnen und Therapeuten, die damit beginnen, sich mit der Arbeit mit hoch dissoziativen Patienten vertraut zu machen, häufig sehr viel befremdlicher als für die Patientinnen und Patienten.

5.2. Kasuistik

Anhand einer abschließenden Kasuistik werde ich veranschaulichen, wie es durch die Anwendung der modifizierten Grundregel möglich war, das Persönlichkeitssystem der Patientin im therapeutischen Prozess einer modifizierten analytischen Therapie (2 Stunden pro Woche) sichtbar und identifizierbar zu machen (siehe auch Gast, in Vorbereitung). Dieser Prozess wurde durch eine begleitende Kunsttherapie unterstützt, die von der Therapeutin Frau Barbara Gromes mit der Patientin durchgeführt wurde. Das erste Bild ist das Eingangsbild der Therapie, mit dem sich die Patientin die ich hier Frau Blume nenne, vorstellt. Es zeigt einen Strauß von 6 Sonnenblumen und 3 Rispen sowie ein den Betrachter aufmerksam musterndes Auge. Wie ich erst später verstehe, steht jedes Element des Bildes für einen Persönlichkeitsanteil, doch ist sich die Patientin dessen nicht bewusst. Frau Blume ist 48 Jahre alt, verheiratet und hat 2 Kinder sowie zwei Enkelkinder. Von Beruf ist sie gelernte Bürokauffrau, doch schon seit 5 Jahren wegen einer schweren Angstsymptomatik und verschiedenster psychosomatischer Beschwerden berentet. An weiteren Symptomen finden sich Pseudohalluzinationen in Form von Stimmen hören, Selbstverletzendes Verhalten sowie der Patientin kaum bewusste, aber sehr gravierende Amnesien. Anders als das Bild vermuten lässt, wirkt die Patientin im Kontakt zunächst ausgesprochen unscheinbar und sehr erschöpft. In der Vorgeschichte gibt es Hinweise auf schwere emotionale, körperliche und sexuelle

Misshandlungen durch die Eltern, doch hat die Patientin zur Zeit der Anamneseerhebung nahezu keinerlei Erinnerungen an ihre Kindheit. Bevor sich Frau Blume bei mir vorstellte, hatte sie bereits 6 stationäre psychosomatische und psychiatrische Behandlungen von insgesamt 1 ½ Jahren sowie mehrere ambulante Therapien hinter sich. Beim letzten stationären Aufenthalt wurden von der Vortherapeutin das Auftreten schwerer Amnesien sowie die Existenz anderer Persönlichkeitszustände beobachtet, sodass die Diagnose einer DIS gestellt werden konnte.

Im Laufe des ersten Behandlungsjahres tritt über einen langen Zeitraum nur die "Alltagspersönlichkeit" namens Karin in Erscheinung. Sie klagt bei geordneten und äußerlich ansprechenden Lebensumständen über eine chronisch depressive Stimmung sowie eine quälende innere Leere und ein Abgeschnittensein von jeglichen Gefühlen. Daneben gibt es aber auch Momente traumatischer Gefühlsüberflutung mit panischer Angst und anschließender Amnesie. Nicht selten findet sich Frau Blume dann schweißgebadet in einer Zimmerecke auf dem Boden zusammengekauert wieder. Diese Befindlichkeit drückt Frau Blume in folgendem Bild aus: Ein sonniger und einladender Strand mit Kinderspielzeug wirkt eigentümlich leer und bedrohlich durch einen aufragenden, phallusartigen Leuchtturm. Erst bei näherem Hinsehen kann man kleine Kinder erkennen, die sich in einer Flaschenpost angstvoll versteckt haben. Durch dieses Bild sowie Träume, Körpersensationen und Einfälle entwickelt Frau B. als Karin eine zunehmende Ahnung von "anderswo-gewußten", dissoziierten Erinnerungen (Kluft, in Vorbereitung) an sexuelle Traumatisierung, die zum Teil noch völlig unverarbeitet in abgespaltenen "Kinderpersönlichkeiten" aufgehoben werden.

Die ständige Ermutigung in der Therapie, sich mit den Phänomenen der abgespaltenen Selbstzustände aktiver auseinander zusetzen, so z.B. die weinenden Kinderstimmen, aber auch die strafenden und herabsetzenden Stimmen nicht "wegzumachen", sondern hinzuhören und ernst zu nehmen, führt schließlich zu einem vagen, noch recht affektarmen Wissen über das gesamte System der anderen "Persönlichkeiten". Es wird deutlich, dass es so etwas wie einen "versteckten Beobachter" gibt, der aus einer höheren Warte heraus alle anderen Selbst- oder Persönlichkeitszustände zu kennen scheint und somit für einen minimalen Zusammenhalt sorgt. Dies wird in dem Bild mit den verschiedenen farbigen Elementen, bestehend aus Kreisen, Dreiecken, Vierecken oder Halbmonden angedeutet, die über ein Röhrensystem miteinander zu kommunizieren scheinen, wobei der "versteckte Beobachter" eine Art Schaltzentrale darstellt.

Schließlich werden im Laufe der weiteren Therapie die verschiedenen Selbstzustände nach und nach erkennbar, wie sich in dem nächsten Bild zeigt: So gibt es neben der depressiven Karin (symbolisiert durch den großen, aber blass gezeichneten Baum) eine recht energische Gertrud (riesiger Adler). Diese ist von ihrer eigenen Unverletzlichkeit überzeugt und nimmt die Suizidabsichten von Karin unbekümmert zur Kenntnis, da sie sich völlig unabhängig von dieser wähnt und zunächst leugnet, mit ihr einen Körper zu teilen. Gertrud kann jedoch im weiteren Therapieverlauf zur Kooperation gewonnen werden und stellt mittlerweile eine sehr wichtige "Person" für den Heilungsprozess dar, da sie - anders als Karin - über die nötige Durchsetzungskraft mit Abgrenzungs- und Gestaltungspotential verfügt. Zudem gibt es auch täteridentifizierte Anteile (schwarzer Klumpen) und eine Reihe von "Kindern", die in einer Umzäunung ebenso geschützt (Haus) wie gefangen (Stacheldraht) wirken und sich nur sehr scheu und zögerlich in der Therapie zeigen.

Nachdem das innere Persönlichkeitssystem identifiziert ist, geht es nun im therapeutischen Prozess darum, mit allen Anteilen in eine therapeutische Beziehung einzutreten und die Kommunikation untereinander zu fördern, um dadurch eine Stabilisierung und bessere Gesamtkontrolle der Patientin zu erreichen. (Hinsichtlich der weiteren Schritte in der Therapie wie Traumabearbeitung, Integration und postintegrative Phase sei auf Gast, 2000 verwiesen).

6. Zusammenfassung

Meine Damen und Herren,

Wenn Sie heute Abend den Himmel betrachten und hinter den Wolken den Mond entdecken, werden Sie bemerken, dass er nur als schmale Sichel zu sehen ist. Sie wissen aber, dass er dennoch rund ist, und diese Tatsache wird von keinem mehr belacht. Die Vorstellung von verschiedenen, selbständig agierender Persönlichkeitszustände in einem Menschen dagegen ist für viele nach wie vor nur schwer vorstellbar. Dennoch scheint es lohnend, sich mit dieser Phänomenologie stärker auseinander zusetzen, da es den Zugang zu vielen Patienten erleichtert und ihnen dadurch ein Beziehungs- und Behandlungsangebot gemacht werden kann, das Linderung und Heilung ermöglicht. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

7. Literatur

- Adler, R. (1999) Adler, R. (1999) Crowded Minds. Can one body harbour more than one personality? *New Scientist*, 2217, 18th December, 26-31
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727 - 735.
- Blashfieldt, R.K., Sprock, L. & Fuller, A.K. (1990). Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 31,15 –19.
- Boon, S. & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: A pilot study with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458 - 462.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993a). *Multiple personality disorder in the Netherlands*. Amsterdam: Zwets & Zeitlinger.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993b). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489 – 494.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993c) The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126 - 135.
- Coons, P.M. (1984). The differential diagnosis of multiple personality. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 51-67.
- Coons, P.M. (1999). Posting on the *Dissociative Disorders Internet Discussion Group*, July 5th
- Dell, P.F. (2001). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma and Dissociation* 2, 7-37.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. 2. korrigierte Auflage*. Bern: Huber.
- 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.F. (1996). *Die Entdeckung des Unbewußten*. Bern: Huber.

- Fahy, T. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder: a critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153: 597-606
- Fink, D. & Golinkoff, M. (1990). Multiple personality disorder, borderline personality disorder, and schizophrenia: A comparative study of clinical features, *Dissociation*, 3, 127-134
- Gardner, R.A. (1994). Finally. An instant cure for paranoid schizophrenia: MPD. *Issues in Child Abuse Allegations*, 6, 63-71
- Gast, U. (2000). Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Einführung in die Traumatherapie – was kann EMDR leisten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. & Emrich, H.M. (2001a). 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., Kersting, A. & Emrich, H.M. (2001b). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut*, 46, 289 – 300.
- Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A. & Emrich, H.M. (2002). Stellungnahme zum Leserbrief von Wölk, W. (2002) zu Gast et al. 2001, *Psychotherapeut*, 46, 289-300. *Psychotherapeut*, 47,
- Gast, U. (in Vorbereitung). Der psychodynamische Ansatz zur Behandlung komplexer Dissoziativer Störungen. In A. Eckhardt-Henn & S.O. Hofmann (Hrsg.), *Dissoziative Störungen des Bewusstseins*. Stuttgart: Schattauer
- Gleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59
- Gleaves, D.H., May, C.M. & Cardena, C. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychological Review*, 21, 577-608.
- Gmelin, E. (1791). *Materialien für die Anthropologie*, 1, 3-89. Tübingen: Cotta.
- Goettman, C., Greaves, G.B. & Coons, P.M. (1994). *Multiple personality and dissociation, 1791-1992. A complete bibliography*. Lutherville, MD : Sidran Press
- Herman, J.L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books
- Horevitz, R.P. & Braun, B.G. (1984). Are Multiple Personalities Borderline? An analysis of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 69-83
- International Society for the Study of Dissociation (ISSD). (1997). *Guidelines for treating dissociative identity disorder (multiple personality disorder) in adults*. (<http://www.issd.org/indexpage/isdguide.htm>).
- Kemp, K., Gilbertson, A.D., & Torem, M. (1988). The differential diagnosis of multiple personality disorder from borderline personality disorder. *Dissociation*, 1, 41-45.
- Kluft, R.P. (in Vorbereitung). Die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.). *Lindauer Psychotherapie-Module: Dissoziative Störungen*. Stuttgart: Thieme. (2003 nach iVB).

- Lauer, J., Black, D.W. & Keen, P. (1993). Multiple personality disorder and borderline personality disorder : distinct entities or variations on a common theme ? *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 129-134
- Loewenstein, R.J. (1994). Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment and costeffectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: Report submitted to the Clinton-Administration Task Force on Health Care Financing Reform. *Dissociation*, 7, 10-25
- Meehl, P.E. (1995). Bootstraps taxometrics: solving the classification problem in psychopathology. *American Psychologist*, 50, 266-275
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F.W. & Loewenstein, R.J. (1993). Treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052
- Putnam F.W., & Loewenstein R.J. (2000). Dissociative identity disorder. In B.J. Sadock, & V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., vol. 1, pp. 1552-1564). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Ross, C.A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Wiley.
- Ross, C.A. & Dua, V. (1993). Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 103-112
- Rudolf G, Eich W (1999) Die Entwicklung wissenschaftlich begründeter Leitlinien. *Psychotherapeut* 44: 124 - 126
- Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (1985). *Classification in psychiatry*. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th edd. pp. 591-612). Baltimore: Williams Wilkins
- Steinberg, M., Rounsaville, B. & Cicchetti, D. (1990). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: A preliminary report of a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147, 76 – 82.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J. & Rounsaville, B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 18, 495-502
- Steinberg, M. (1994a). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative Disorders – Revised (SCID-D)*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Tsai, G.E., Condie, D., Wu, M.T. & Chang, I.W. (1999). Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 119-122.
- Waller, N.G., Putnam, F.W. & Carlson, E. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300 – 321.

Waller, N.G. & Meehl, P.E. (1997). *Multivariate taxometric procedures: distinguishing types from continua*. Newbury Park: Sage

Dr. med. Ulrike Gast
Leiterin der Psychotherapie-Weiterbildung der
Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, D-30625 Hannover

Die Kunsttherapie konnte dank einer Projektförderung durch die Wilhelm-Bitter-Stiftung durchgeführt werden ([zurück](#)).