Peter Fiedler

Dissoziative Störungen

2., überarbeitete Auflage

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE

Dissoziative Störungen

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Fortschritte der Psychotherapie
Band 17

Dissoziative Störungen
von Prof. Dr. Peter Fiedler

Herausgeber der Reihe:
Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief,
Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:
Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dissoziative Störungen

von Peter Fiedler

2., überarbeitete Auflage

HOGREFE
GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Prof. Dr. Peter Fiedler, geb. 1945. 1969–1973 Studium der Psychologie in Münster. 1975 Promotion. 1978 Habilitation. 1973–1980 Wissenschaftlicher Angestellter an der Universität Münster. Seit 1980 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg. Forschungsschwerpunkte: Stottern, Ängste und Phobien, Schizophrenie, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Trauma und Traumabehandlung, Sexuelle Störungen und Sexuelle Devianz.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2002 und 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

http://www.hogrefe.de
Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:
Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format:PDF

ISBN 978-3-8409-2482-8

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Inhaltsverzeichnis

1 Dissoziative Phänomene und dissoziative Störungen 1
1.1 Dissoziative Phänomene 1
1.2 Dissoziative Störungen 2
1.2.1 Dissoziative Amnesie 3
1.2.2 Dissoziative Fugue 5
1.2.3 Depersonalisationsstörung 6
1.2.4 Konversionsstörung 8
1.2.5 Dissoziative Trance und Besessenheit 9
1.2.6 Dissoziative Identitätsstörung 11
1.3 Epidemiologische Daten 12
1.4 Verlauf und Prognose 14
1.5 Komorbidität und vorgeordnete Diagnosen 15
1.5.1 Vorgeordnete Diagnosen 16
1.5.2 Komorbidität 19
1.6 Differenzialdiagnostik: weitere Aspekte 19
1.6.1 Organisch begründbare amnestische Störungen 20
1.6.2 Amnesie und gewöhnliche Vergesslichkeit 21
1.6.3 Simulation 21
1.6.4 Besonderheiten bei einzelnen Störungsbildern 22
1.7 Diagnostische Verfahren 24
1.7.1 Strukturierte Interviews 25
1.7.2 Fragebögen 25

2 Störungstheorien und Erklärungsmodelle 26
2.1 Gedächtnis und Erinnerung 27
2.1.1 Explizites und implizites Gedächtnis 27
2.1.2 Entwicklung 28
2.1.3 Bewusst – Unbewusst 28
2.2 Dissoziative Störungen 30
2.2.1 Traumabedingte Dissoziation 30
2.2.2 Peritraumatische Dissoziation: Phänomenologie 31
2.2.3 Peritraumatische Dissoziation: Neurobiologie 33
2.2.4 Posttraumatische Dissoziation: Neurobiologie 34
2.2.5 Posttraumatische Dissoziation: Psychologie 35
2.3 Dissoziierte Identitäten 38
2.3.1 Störungsbeginn: peritraumatische Dissoziation 38
2.3.2 Entwicklung und Aufrechterhaltung 39
2.4 Trauma – Belastung – Konflikt 40

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

3 Diagnostik und Indikation 42
3.1 Erstkontakt 42
3.2 Psychologische Untersuchungen 43
3.2.1 Diagnostik der möglichen Ursachen dissoziativer Störungen 43
3.2.2 Diagnostik zur Traumaerinnerung und zum intrusiven Wiedererleben 44
3.2.3 Diagnostische Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus 45
3.3 Medizinische Untersuchungen 48
3.4 Differenzielle Indikation 49
3.4.1 Solitäre dissoziative Störung 49
3.4.2 Multiple dissoziative Störungen 50
3.4.3 Suizidalität, Gewaltneigung, gefährliche Lebenskontexte 51

4 Behandlung spezifischer dissoziativer Störungen 51
4.1 Patientenschulung: Information und Aufklärung 52
4.1.1 Patientenschulung bei dissoziativer Amnesie und Fugue . . 53
4.1.2 Patientenschulung bei Depersonalisation und Konversion . 54
4.2 Beeinflussung und Reduktion von Reizen, die dissoziative Erfahrungen aktivieren 57
4.2.1 Depersonalisation 58
4.2.2 Konversion und Trance-Erleben 59
4.2.3 Die Beachtung aktueller Belastungen und Konflikte 61
4.3 Bewältigung und Selbstmanagement dissoziativer Erfahrungen 62
4.3.1 Intrusion dissoziierter Erfahrungen 62
4.3.2 Dissoziative Amnesie 65
4.3.3 Depersonalisation 68
4.3.4 Konversion 68
4.4 Sorgenvoll zwanghaftes Grübeln 71
4.5 Narrative Psychotherapie: Kognitive Strategien und Remoralisierung 72
4.5.1 Kognitive Therapie und rationale Diskurse 73
4.5.2 Symptome als innerer „Seismograf“ 73
4.5.3 Narrative Psychotherapie und Remoralisierung 75

5 Behandlung bei dissoziativer Identitätsstörung . . 78
5.1 Das allgemeine Therapieziel und seine Ambivalenz 78
5.2 Elemente der Behandlung 79
5.2.1 Die therapeutische Beziehung 80
5.2.2 Wiederholung traumatischer Erfahrungen 81

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

5.3 Behandlungsverlauf 81
5.3.1 Sachliche Exploration und Störungsanalyse 82
5.3.2 Umgang mit unerwarteten Krisen 82
5.3.3 Beginnende Integration 83
5.4 Narrativ-kognitive Therapiestrategien 84
5.4.1 Metakognitive Integration 85
5.4.2 Narrative Therapie 86
5.5 Thema: Missbrauch 87
5.5.1 Therapeutische Strategien 88
5.5.2 Weitere beachtenswerte Aspekte 89
5.6 Aktivierung persönlicher Ressourcen 90
5.6.1 Selbstbeobachtung und Selbstevaluation 90
5.6.2 Therapeutische Kontrakte und Selbstmanagement 91

6 Krisenintervention und Stabilisierung 91
6.1 Selbst- bzw. Fremdgefährdung 92
6.2 Existenzielle Krisen und Notlagen 93
6.3 Notwendige Phasen der Stabilisierung 95
6.3.1 Stationäre und/oder ambulante Behandlung 95
6.3.2 Stabilisierung alltäglicher Beziehungen 96
6.3.3 Sich um die Patienten kümmern 96
6.3.4 Alltägliches Funktionieren als Voraussetzung und Ziel . . . 97

7 Effektivität: Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlungsempfehlungen 98
7.1 Posttraumatische und dissoziative Belastungsstörungen . . . 99
7.2 Solitäre dissoziative Störungen 100
7.3 Narrative Psychotherapie 101
7.4 Pharmakologische Kombinationsbehandlung 102

8 Weiterführende Literatur 102

9 Literatur 103

10 Anhang 109
Verlaufsaspekte organmedizinisch begründbarer amnestischer Störungen 109
Depersonalisationsstörung: Klassifikation und Übergänge zur Normalität 110
Dissoziative Identitätsstörung: Interview zur diagnostischen Eingrenzung 112
Informationsblatt: Dissoziative Störungen 113

Karte:
Kurzanleitung für die Exploration

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

1 Dissoziative Phänomene und dissoziative Störungen

Dissoziative Störungen sind sichtbarer Ausdruck der innerpsychischen Verarbeitung und Bewältigung traumatischer Erfahrungen. Untersuchungen an Menschen, die sexuellen oder gewalttätigen Übergriffen, technischen oder Naturkatastrophen, Arbeits- oder Autounfällen ausgesetzt waren, zeigen, dass bei den Betroffenen dissoziative Phänomene wie Amnesien, Depersonalisationen und Konversionen extrem häufig auftreten. Nicht nur unmittelbar, sondern auch langfristig können dissoziative Traumastörungen zur deutlichen Einschränkung der alltäglichen Funktionsfähigkeit führen. Auch Traumata, die Personen helfender Berufe, Ärzte, Polizisten, Mitarbeiter der Feuerwehr oder Psychologen bei anderen miterleben, können psychische und dissoziative Störungen zur Folge haben.

1.1 Dissoziative Phänomene

Dissoziation kann als ein Mechanismus verstanden werden, der es ermöglicht, verschiedene mentale Prozesse und Inhalte voneinander getrennt zu halten. Unter normalen, nicht pathopsychologischen Bedingungen gilt Dissoziation sogar als persönliche Kompetenz, die genutzt werden kann, mehr als eine Aufgabe gleichzeitig auszuführen, selbst wenn sich die notwendigen Handlungen hochkomplex darstellen oder erst mühselig gelernt werden müssen. So können Handlungsroutinen oder Gewohnheiten als Automatismen teilweise oder ganz (dissoziiert) außerhalb der bewussten Verarbeitung gehalten werden, während wir uns mit unserer Aufmerksamkeit gleichzeitig auf zentrale andere Dinge konzentrieren – z. B. wenn wir uns beim Autofahren mit den Mitfahrern unterhalten.

Automatismen und Gewohnheiten

Peritraumatische Dissoziation

Andererseits kann Dissoziation durch besonders belastende Ereignisse, Stress oder Traumata spontan ausgelöst werden und sich als solche der bewussten Kontrolle mehr oder weniger entziehen. Sie dient jedoch in vielen dieser Fälle ebenfalls der Bewältigung jener ursächlichen, teils extrem belastenden Erfahrungen. Bereits zeitgleich während eines Traumas auftretende Phänomene dieser Art werden unter dem Begriff „peritraumatische Dissoziation“ zusammengefasst. Dazu zählen das spontane Weglaufen aus

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

lebensgefährlichen Situationen oder das bewegungslose stuporöse Verharren bei unübersichtlicher oder unklarer Bedrohung von Leib und Leben. Einige Forscher sprechen in solchen Fällen gelegentlich positiv von einem dem Menschen innewohnenden Dissoziationspotenzial, das bei Lebensgefahr die Aufrechterhaltung eines Minimums an Handlungskontrolle, Selbstsicherheit und Identitätsgefühl sicherstellt.

Dissoziationspotenzial

Posttraumatische Dissoziation

Bleiben dissoziative Phänomene auch nach und außerhalb von traumatischen Situationen bestehen und/oder treten sie bereits unter alltäglichen, stressarmen Belastungen dergestalt auf, dass sie das funktionale Handeln in diesen Situationen erheblich einschränken oder anderweitig ungünstig beeinträchtigen, ist die Diagnose einer psychischen Störung nahe liegend. Psychische dissoziative Störungen können posttraumatisch als sich wiederholende Einzelphänomene auftreten. Sie können aber auch Teilphänomene unterschiedlicher psychischer Störungen sein. In der Folge von Traumaerfahrungen gilt das Auftreten der entsprechend bezeichneten Posttraumatischen Belastungsstörung als besonders prototypisch, deren wesentliche Bestimmungsstücke dissoziative Störungen der unterschiedlichsten Art sein können.

1.2 Dissoziative Störungen

Die dissoziativen Störungen sind gekennzeichnet durch einen mehr oder weniger deutlichen Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns. Zumeist handelt es sich um eine kurzzeitige Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt. Der Verlust von integrativen Funktionen des Bewusstseins stört, verändert oder verhindert die Erfahrung der Ganzheitlichkeit der eigenen Person. Diese betreffen z. B. die Erinnerung an die Vergangenheit, das Identitätsbewusstsein oder das Erleben von Kontrolle über Körperempfindungen und Körperbewegungen. Sie können plötzlich oder allmählich auftreten und sowohl vorübergehender Natur sein wie auch chronisch verlaufen.

Störung ganzheitlich erlebter Erfahrungen

Dissoziative Phänomene und Symptome treten nur selten als Einzelstörungen in Erscheinung. Häufig sind sie eingebunden in komplexe Prozesse der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Deshalb gehören sie auch zur Symptomatik anderer psychischer Störungen, die sich in der Folge traumatischer und belastender Lebensereignisse entwickeln können. Dies gilt beispielsweise für Phobien, für die posttraumatische Belastungsstörung, die Depression, die Schizophrenie oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Hohe Komplexität

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Es gibt inzwischen gute Gründe und Belege, dissoziative Phänomene im Kontext anderer psychischer Störungen nicht nur als zugehörige Merkmale zu betrachten. Auch bei anderen Störungen werden sie vor allem dann beobachtet, wenn sich deutliche Hinweise auf traumatische Vorerfahrungen der Betroffenen finden.

Die nachfolgende Darstellung der einzelnen dissoziativen Störungen orientiert sich sowohl am DSM-IV-TR (APA, 2000) wie an der ICD-10 (WHO, 1992), weil sich beide Systematiken in einigen Aspekten grundlegend voneinander unterscheiden.

1.2.1 Dissoziative Amnesie

Die dissoziative Amnesie (ICD: F44.0) kennzeichnet eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche autobiografische Informationen zu erinnern, die zumeist traumatischer oder belastender Natur sind.

Tritt die dissoziative Amnesie solitär und ohne weitere psychische Komplikationen auf, gilt sie zugleich als die am wenigsten gravierende Störung. Das Erinnerungsvermögen stellt sich vielfach sehr spontan und zumeist vollständig wieder ein. In diesen Fällen bleiben zumeist keine weiteren Beeinträchtigungen zurück. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, weshalb Betroffene schließlich wegen ihrer Gedächtnisstörung um Behandlung nachsuchen.

Wann ist Amnesie psychische Störung?

Von „Störung“ sollte nur gesprochen werden, wenn der Erinnerungsverlust andauert und zu subjektivem Leiden oder zu erheblicher Funktionsbeeinträchtigung führt. Die Patienten schildern ihr Störungserleben üblicherweise mit Konzentrationsstörungen, Ratlosigkeit oder Gequältsein wegen der Erinnerungslücken. Depressionen, wie sie gelegentlich im Zusammenhang mit anderen dissoziativen Störungen auftreten können, werden eher selten beobachtet.

Differenzialdiagnostik: zeitliche Erstreckung von Amnesien
Bei Berücksichtigung des Zeitpunktes eines auslösenden Ereignisses und des Eintritts in eine Amnesie lassen sich drei Zeitabschnitte unterscheiden: • *Retrograde Amnesie:* Der Erinnerungsverlust bezieht sich auf Ereignisse, die *vor* der Belastungssituation liegen; Geschehnisse nach dem Trauma können erinnert werden, gelegentlich auch das traumatische Ereignis oder Anteile desselben. • *Posttraumatische Amnesie:* Es besteht ein Verlust der Erinnerung für Geschehnisse, die sich mit Latenz an das traumatisierende Ereignis anschließen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

- *Anterograde Amnesie:* Es können Ereignisse nicht erinnert werden, die in einem zeitlich engen Zusammenhang mit dem Trauma stehen; es fehlen also Erinnerungen an Geschehnisse, die in der Zeit vor, während und/oder nach dem Ereignis liegen.

Verlust autobiografischer Erinnerungen

Bei der dissoziativen Amnesie ist die Erinnerungsstörung fast immer zeitlich begrenzt *anterograd*. Sie schließt üblicherweise die Zeit des erlebten Traumas mit ein und endet Stunden, Tage oder (selten) einige Wochen danach. Der Gedächtnisverlust betrifft zumeist autobiografische Erinnerungen. Er kann im Extrem den zeitweiligen Verlust der persönlichen Identität mit einschließen.

Differenzialdiagnostik: qualitative Eigenarten von Amnesien

Bezüglich des qualitativen Ausmaßes der Amnesie werden im DSM-IV-TR fünf Formen von Erinnerungsstörungen unterschieden:

- *Lokalisierte Amnesie:* Es besteht ein anterograder Gedächtnisverlust, der auf eine zeitlich genau eingrenzbare Periode beschränkt ist. Zum Beispiel kann sich ein Autofahrer an den Unfall, bei dem seine Ehefrau ums Leben kam, ebenso wenig erinnern wie an die zwei folgenden Tage, in denen er ansprechbar im Krankenhaus lag.
- *Selektive Amnesie:* Der ebenfalls anterograde Gedächtnisverlust umfasst nur *bestimmte* Ereignisse eines umgrenzten Zeitabschnittes. Zum Beispiel kann sich ein Kriegsveteran nur an bestimmte Abschnitte eines zeitlich länger dauernden schweren Gefechtes erinnern.
- *Systematisierte Amnesie:* Die betroffene Person kann sich an ganz bestimmte kategorisierbare Ereignisse oder Personen nicht mehr erinnern, wie z. B. Erinnerungsverlust an die eigene Familie oder eine bestimmte Person.
- *Generalisierte Amnesie:* Diese wird eher sehr selten beobachtet. Der Betroffene verliert in der Folge traumatischer Erfahrung für kurze Zeit alle Erinnerungen für eine mehr oder weniger große Anzahl zurückliegender Jahre oder (sehr selten) an sein bisheriges Leben. Betroffene mit diesem Störungsbild werden wegen bestehender Hilflosigkeit gewöhnlich von anderen Personen bei der Polizei oder in Kliniken vorgestellt. Das gilt häufig auch für die andauernde Amnesie.
- *Andauernde Amnesie:* Sie wird ebenfalls äußerst selten beobachtet. Hauptmerkmal ist ein *noch fortbestehender* anterograder Amnesieprozess. Der Betroffene ist seit dem Trauma nach wie vor unfähig, neu aufgetretene bzw. auftretende Ereignisse kognitiv zu integrieren und zu erinnern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Insbesondere *andauernde* anterograde Amnesien, bei denen sich keine stabilen Erinnerungen mehr aufbauen, sind eher ein Merkmal organisch bedingter amnestischer Störungen, die z. B. infolge von unfallbedingten Hirnläsionen beobachtbar sind.

Entdeckung der Amnesie

Zunächst muss überhaupt erst einmal entdeckt werden, dass eine Amnesie vorliegt. Denn normalerweise fehlt den Betroffenen selbst eine Bewusstheit dafür, dass ihnen episodisches und autobiografisches Wissen abhanden gekommen ist. Das Defizit bemerken sie häufig erst, wenn sie nur unzureichend auf Fragen anderer Personen antworten können.

1.2.2 Dissoziative Fugue

Definition

Die dissoziative Fugue wird im DSM-IV-TR beschrieben als ein „plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom gewohnten Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine Vergangenheit zu erinnern, mit Verwirrung über die eigene Identität oder mit der Annahme einer neuen Identität (teilweise oder vollständig)“ (APA, 2000/2003, S. 582). Die vollständige Übernahme einer neuen Identität wird jedoch eher selten beobachtet (Hoffmann, 2004).

Wechsel in eine neue Identität

Geschieht dies dennoch, dann kann sich diese neue Identität selbst über sehr lange Zeiträume hinweg erstaunlich vollständig ausnehmen. In der ICD-10 (F44.1) wird denn auch für die Diagnosevergabe ein strengeres Kriterium gefordert, und zwar die „Aufrechterhaltung der einfachen Selbstversorgung (Essen, Waschen) und einfacher sozialer Interaktionen mit Fremden (wie Kauf von Fahrkarten oder Benzin, Fragen nach Richtungen, Bestellen von Mahlzeiten usw.)“ (WHO, 1992/1993, S. 177). In einigen Fällen kann im Fuguezustand auch eine Reise zu früher bekannten Plätzen und Orten mit persönlicher Bedeutung erfolgen.

Wird eine neue Identität angenommen, so wird diese häufig als geselliger und weniger zurückhaltend als die ursprüngliche beschrieben. Die Person kann einen neuen Namen annehmen, eine neue Wohnung beziehen und sich in komplexen sozialen Aktivitäten engagieren, so dass das Vorhandensein des ablaufenden Fugue-Geschehens nicht zu vermuten ist.

Wechsel zurück in die ursprüngliche Identität

Der zweite „Identitätswechsel“ zurück in die Ursprungsidentität kann nun zusätzlich mit einer vollständigen oder teilweisen anterograden Amnesie gegenüber jenen Traumaereignissen verbunden sein, die die Fugue ursprünglich ausgelöst hatten. Wie bei der dissoziativen Amnesie können sich Erinnerungen an das Fugue-Geschehen allmählich von selbst (wieder) einstellen. In manchen Fällen bleibt jedoch eine anhaltende dissozi-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

ative Amnesie mit Behandlungswert bestehen. Es gibt auch Fugueerlebnisse, bei denen eine therapeutische Rekonstruktion der Fugue-Amnesie nicht gelingt.

1.2.3 Depersonalisationsstörung

Die Depersonalisationsstörung (F48.1) kann bei vielen unterschiedlichen psychischen Störungen vorkommen. Sie ist die am häufigsten vorkommende dissoziative Störung, weshalb wir etwas ausführlicher auf sie eingehen werden (vgl. auch Anhang, S. 110). Depersonalisation gilt als besonders prototypische menschliche Reaktion auf extreme Trauma-, Stress- und Belastungserfahrungen. Als eine solche ist sie auch Symptom der posttraumatischen Belastungsreaktion bzw. der posttraumatischen Belastungsstörung wie zugleich der anderen dissoziativen Traumastörungen (Amnesie, Fugue, Konversion, dissoziative Identitätsstörung).

Differenzialdiagnostik: Symptombereiche der Depersonalisation

Unter der allgemeinen Störungsbezeichnung „Depersonalisationsstörung“ werden zwei spezifische Symptom- bzw. Phänomenbereiche unterschieden:

- *Depersonalisation* im engeren Sinne kennzeichnet eine Erfahrung, in der es zu einem subjektiven Gefühl von Fremdheit, Irrealität, Abtrennung und Ungewohntheit dem eigenen Selbst, seinen Handlungen und seiner Umgebung gegenüber kommt.
- *Derealisation* beinhaltet die subjektive Erfahrung von Veränderungen in den räumlichen und zeitlichen Beziehungen der Umgebung gegenüber, so dass z. B. eine bis dahin neutrale Umgebung plötzlich sehr bekannt *(déjà-vu)*, befremdlich unbekannt oder aber in anderer Weise verändert erscheint.

Selbstentfremdung

Detachment: losgelöst von eigenen Erfahrungen

Zur Kennzeichnung der besonderen subjektiven Erfahrungen während der Depersonalisation wurde im englischsprachigen Raum auch noch die Bezeichnung *Detachment* (Selbstentfremdung) für das Gefühl der Losgelöstheit von eigenen Erfahrungen eingeführt. Gefühle dieser Art treten zumeist unmittelbar zeitgleich während traumatischer Belastungen auf – und können sich später als Anteil einer entwickelten Depersonalisationsstörung wiederholen. Sie umfassen eine ganze Spannbreite von subjektiv fremdartig anmutenden Erlebnissen. Eine betroffene Person kann sich wie ein Roboter fühlen oder den Eindruck haben, sie erlebe alles wie in einem Traum oder Film. Dabei ist zugleich das Bewusstsein vorhanden, dass es sich nur

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

um „eine Art Gefühl“ handelt und um keine Realität. Das gilt auch für die Derealisationen, in der z. B. andere Leute unvermittelt als unvertraut oder roboterhaft erscheinen.

Spaltungserleben

Zerrissene Selbstbeobachtung

In lebensbedrohlichen Situationen kann es vorkommen, dass eine Person die Depersonalisationserfahrung innerer Spaltungsprozesse durchlebt. Es formiert sich so etwas wie eine „beobachtenden Identität“, welche „neben sich tretend“ vermeintlich „seelenruhig“ und „wie von außen her“ oder „von oben herab“ dem Traumageschehen zuschaut. Diese Phänomene treten auch bei Nahtod-Erfahrungen auf (ausführliche Beschreibungen in Fiedler, 2008). Patienten sprechen neben „Spaltung“ des Erlebens in „Opfer“ und „Zuschauer“ häufig auch von „innerer Zerrissenheit“.

Trance-Zustände

Von der Selbstentfremdung gibt es Übergänge zum Erleben von dissoziativen Trance-Zuständen, die peritraumatisch unmittelbar sowie posttraumatisch als konditionierte Reaktionen auftreten können. Die Betroffenen beschreiben sich wie „zeitweilig ohne Gefühl“, können nicht mehr klar denken, sind entsprechend nicht mehr zu planvollem Handeln in der Lage, und sie wirken in Interaktionen beziehungslos und stuporös. Häufig kommt zeitweiliges Nichterleben bzw. der Verlust des Schmerzempfindens vor, das gleichzeitig oder unabhängig vom Trance-Erleben auftreten kann.

Verlust des Schmerzempfindens

Dissoziativer Stupor

In der ICD sind für das Trance-Erleben zwei eigene Störungskategorien enthalten: als bewegungsloser dissoziativer Stupor (F44.2) oder als dissoziative Trance, in der Bewegungen ausgeführt werden können (F44.3; vgl. Kapitel 1.2.5). In der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen dominiert in der Trance sehr häufig das Gefühl der Selbstentfremdung, weshalb sie auch dem Phänomenbereich der Depersonalisation zugerechnet wird.

Begleit- und Folgewirkungen der Depersonalisation

Differenzialdiagnose erforderlich!

Die Depersonalisationsstörung kann bei vielen unterschiedlichen psychischen Störungen vorkommen. Auch in solchen Fällen lassen sich zumeist enge Verbindungen mit traumatischen oder belastenden Ereignissen finden. Differenzialdiagnostisch bleibt jedoch zu beachten, dass eine Reihe symptomatischer Auffälligkeiten die Folge einer primären Depersonalisation sein könne. Folgesymptome dieser Art sind:

- *Angststörungen:* Derealisation/Depersonalisation kann zu Ängsten und Panik führen.
- *Depressionen:* Depersonalisation führt häufig zur Dysphorie, Erschöpfung oder Apathie, verbunden mit dem Gefühl, der Depersonalisation hoffnungslos ausgeliefert zu sein.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

- *Zwangsgedanken:* Betroffenen unternehmen gelegentlich krampfhafte Versuche, Unwirklichkeitserfahrung zu ignorieren oder zu unterdrücken.
- *Hypochondrische Befürchtungen:* Diese entstehen in der Folge als subjektive Angst, ernsthaft erkrankt zu sein.

Wegen dieser und anderer Komorbiditätsbeziehungen wird die Depersonalisationsstörung in der ICD-10 nach wie vor als eigene Kategorie außerhalb der dissoziativen Störungen geführt. Im DSM ist sie jedoch eindeutig als *dissoziative* Störung vorgesehen, weil fast immer das Gefühl für Realität und damit ein wichtiger Bestandteil der Identität verloren geht.

1.2.4 Konversionsstörung

Konversion: somatoform oder dissoziativ?

Die Konversionsstörung umfasst nicht organisch erklärbare Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen, die eine neurologische oder sonstige sensorische Störung nahe legen. Obwohl dieses Störungsbild in den beiden Diagnose-Systeme DSM-IV-TR und ICD-10 phänomenologisch ähnlich konzeptualisiert wurde, ergeben sich einige prinzipielle Unterschiede im Verständnis und in der Einordnung.

- Im DSM-IV-TR wird die Konversionsstörung den somatoformen Störungen zugeordnet (APA, 2000).
- In der ICD-10 findet sich die Konversionsstörung in der Kategorie der dissoziativen Störungen (WHO, 1992/1993).

In Letzterer wird der Konversionsbegriff sogar als Synonym für „dissoziative Störungen“ in einem übergreifenden Sinne benutzt, was zwischenzeitlich zu heftigen Kontroversen geführt hat (Darstellung dieser Kontroverse bei Fiedler, 2008). Dennoch kann hier festgehalten werden, dass Konversion *als Störungsbild im engeren Sinne* in beiden Diagnosesystemen recht ähnlich aufgefasst wird. Im Bereich der Konversionssymptomatik als „dissoziative Störungen“ nimmt die ICD-10 jedoch eine Reihe ausdrücklicher Unterscheidungen vor, die im DSM-IV-TR so nicht zu finden sind:

Konversion: Differenzierungen in der ICD-10
• *Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4).* Diese kennzeichnet ein vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperglieder. Die Lähmung kann partiell, mit schwachen oder langsamen Bewegungen oder vollständig sein. Unterschiedliche Formen und verschiedene Grade mangelnder Koordination (Ataxie) können besonders in den Beinen vorkommen, so dass es zu einem bizarren Gang kommt oder zur Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen (Astasie) oder zu gehen (Abasie). Es kann auch ein übertrieben erschei-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

nendes Zittern oder Schütteln in den Extremitäten bzw. des ganzen Körpers auftreten.

- *Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6).* Dabei handelt es sich um unterschiedliche Verluste verschiedener sensorischer Modalitäten, die jedoch keine Folge neurologischer Läsionen sind. Zumeist werden aufdringliche Hauttaubheits- oder Kribbelgefühle berichtet. Die angegebenen Grenzbereiche anästhetischer Hautareale entsprechen eher den Vorstellungen der Patienten über Körperfunktionen als dem medizinischen Wissen. Ein zeitweilig vollständiger Verlust der Sehfähigkeit ist eher selten. Visuelle Störungen bestehen häufiger in einem Verlust der Sehschärfe, in einer allgemeinen Verschwommenheit „vor den Augen", in einem sog. „Tunnel-Sehen" oder in Pseudohalluzinationen.
- *Dissoziativer Stupor (F44.2).* Der dissoziative Stupor wird aufgrund einer beträchtlichen Verringerung oder des Fehlens willkürlicher Bewegungen und normaler Reaktionen auf äußere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung diagnostiziert. Der Patient liegt oder sitzt lange Zeit überwiegend bewegungslos. Obwohl Hinweise für eine Bewusstseinsstörung vorliegen, verraten Muskeltonus, Haltung, Atmung, gelegentliches Öffnen der Augen und koordinierte Augenbewegungen, dass der Patient weder schläft noch bewusstlos ist.
- *Dissoziative Krampfanfälle (F44.5).* Damit werden „Pseudoanfälle" bezeichnet, die epileptische Anfälle in ihren Bewegungen sehr stark nachahmen. Bei dissoziativen Krampfanfällen sind jedoch Zungenbiss, schwere Verletzungen beim Sturz oder Urininkontinenz selten.

Vor Diagnosestellung: Ätiologie beachten!

Ganz im Unterschied zu den meisten anderen psychischen Störungen wird in beiden Diagnosesystemen bei Vermutung einer Konversionsstörung empfohlen, mögliche *ätiologische* Faktoren (Trauma, Belastung, Konflikt) zur Diagnoseabsicherung zu berücksichtigen (in der ICD bei allen dissoziativen Störungen; vgl. Hoffmann, Eckhardt-Henn & Scheidt, 2004). Im Kern dient diese Empfehlung dazu, die Hypothese einer *psychisch* bedingten dissoziativen Störung weiter abzusichern, wenn die bei Konversionen immer erforderliche neurologische Untersuchung ohne Befund geblieben ist (vgl. Kapitel 1.6 und Kapitel 2.4).

1.2.5 Dissoziative Trance und Besessenheit

Im DSM-IV-TR stehen beide Störungsmuster noch im Forschungsanhang. In der ICD-10 werden „Trance" und „Besessenheit" bereits ausdrücklich als Störungskategorien im Bereich dissoziativer Störungen geführt (F44.3). Trance- und Besessenheitszustände finden sich gehäuft in bestimmten Kulturen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Trance und Besessenheit: kulturabhängige dissoziative Störungen
• *Dissoziative Trance.* In der dissoziativen Trance zeigt die betroffene Person eine zeitlich umschriebene erhebliche Veränderung des Bewusstseinszustandes oder einen Verlust des gewohnten Gefühls der eigenen Identität. Dieser Zustand ist üblicherweise verbunden mit einer Einengung der Wahrnehmung der unmittelbaren Umgebung oder mit einer ungewöhnlich eingeengten und selektiven Fokussierung auf Umgebungsreize. Es kommen stereotype Verhaltensweisen oder Bewegungen vor, die außerhalb der eigenen Kontrolle erlebt werden. • *Dissoziative Besessenheits-Trance.* In der dissoziativen Besessenheits-Trance kommt es zu einzelnen oder episodischen Veränderungen des Bewusstseinszustandes, die dadurch charakterisierbar sind, dass eine neue Identität an die Stelle der gewohnten Identität tritt. Dieser Fugueszustand wird regelhaft dem Einfluss eines Geistes, einer Kraft, einer Gottheit oder einer anderen Person zugeschrieben. Typisch sind folgende Symptome und Auffälligkeiten: Einerseits lassen sich stereotypisierte und kulturell festgelegte Verhaltensweisen oder Bewegungen beobachten, die als unter der Kontrolle des Besessenheits-Agens stehend erlebt werden. Andererseits folgt der Besessenheits-Trance eine vollständige oder partielle Amnesie für das Ereignis.

Beide Dissoziationsformen dürfen ausdrücklich erst dann als psychische Störungen diagnostiziert werden,

- wenn sie nicht als normaler Bestandteil allgemeiner kultureller oder religiöser Riten akzeptiert sind *und*
- wenn sie in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen.

Ritual oder Störung?

Immer dann, wenn Trance und Besessenheit als „Störung“ oder „Leidenszustand“ beschrieben werden, treten dissoziative Verfassungen zumeist *spontan und ungewollt* auf. Es kommt zu einem unerwarteten Verlust der Bewusstheit für die eigene Person und für die Umgebung. Es entsteht das Gefühl, als werde man von einer „fremden“ Person oder Macht in Besitz genommen. Betroffene sprechen plötzlich „mit fremder Zunge“ und verhalten sich unkontrollierbar und auf eine *für sie selbst* höchst befremdliche Weise. Das eigene Selbst erscheint als dissoziiert, Aktionen werden unter „fremder“ Kontrolle ausgeführt.

Als „normale“ Besessenheitstrance *ohne* Behandlungswert wären Fälle anzusehen, die eindeutig im Kontext religiöser Riten und Handlungen ohne subjektives Leiden auftreten. Die jeweiligen Riten und religiösen Handlun-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

gen sind zugleich feste Bestandteile kultureller Gepflogenheiten. Und mit deren Abschluss ist üblicherweise eine Rückkehr der Betroffenen zum normalen alltäglichen Funktionieren verbunden.

1.2.6 Dissoziative Identitätsstörung

In der ICD-10 findet sich noch die Bezeichnung „multiple Persönlichkeitsstörung“ (F44.81), die jedoch nach Einführung der neuen und genaueren DSM-IV-Bezeichnung „dissoziative Identitätsstörung“ nicht mehr benutzt werden sollte (APA, 1994).

Frühere Bezeichnung: multiple Persönlichkeitsstörung

Bis in die 1980er Jahre hinein war es für die Diagnosevergabe einer „multiplen Persönlichkeitsstörung“ erforderlich, dass die Betroffenen über zwei oder mehr alternierende „Persönlichkeitszustände“ verfügen mussten, die zugleich gegeneinander amnestisch waren *(„Dr.-Jekyll-Mr.-Hyde-Duality“)*. Beobachtungen dieser Art sind ausgesprochen selten, und mit Einführung des DSM-III (APA, 1980) wurde dieses strenge Kriterium der separierten „Persönlichkeiten“ aufgegeben (nicht jedoch das weiterhin wichtige Kriterium teilweiser Amnesie gegenüber vergangener Erfahrung).

Dissoziative Identitätsstörung: Störungsbeschreibung
Gemäß DSM-IV-TR erhalten die verschiedenen gezeigten Persönlichkeitszustände abwechselnd die Kontrolle über die Person. Als solche bilden sie eine Entität mit einem überdauernden, erinnerbaren und begründbaren Gefühl eines Selbst und mit für sie charakteristischen und konsistenten Verhaltens- und Erlebensmustern (APA, 2000).
Eine solche Beschreibung entspricht jedoch eher einer heute bereits als „klassisch“ zu bezeichnenden Störungsauffassung. Im Sinne einer „modernen“ Störungskonzeption auf Grundlage der Forschungen der vergangenen Jahre wird die dissoziative Identitätsstörung über das Fehlen oder über die Brüchigkeit eines ganzheitlichen Selbst-Erlebens beschrieben (vgl. Cardeña, Lewis-Fernández, Bear, Pakianathan & Spiegel, 1996):
Übergreifend kennzeichnend für die unterschiedlichen Facetten der dissoziativen Identitätsstörung ist die Unfähigkeit der Betroffenen, *verschiedene Aspekte der Identität, des Gedächtnisses und des Bewusstseins zu integrieren*. Es gelingt ihnen nicht, innerpsychisch eine ganzheitlich erlebte oder ganzheitlich wirkende Selbstsicht bzw. Erfahrungswelt aufzubauen.

Zerissenheit im Selbst-Erleben

Mit der neuen Bezeichnung „dissoziative Identitätsstörung“ wird das klinische Bild dieser dissoziativen Störung eindeutiger charakterisiert: Die Betroffenen präsentieren keine „multiplen Persönlichkeitsstörungen“. Die Persönlichkeitsmetapher sollte also mit Bedacht gewählt werden, schon um das

Keine Persönlichkeitsstörung!

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Störungsbild nicht in die Nähe der „Persönlichkeitsstörungen“ zu rücken. Es ist angemessener, zukünftig möglichst nur noch folgende Begrifflichkeiten zu verwenden:

- wechselnde Identitäten,
- dissoziierte Identitäten,
- wechselnde Persönlichkeitseigenarten,
- wechselnde Persönlichkeitszustände,
- wechselnde Persönlichkeitsmuster,
- wechselnde Rollen oder Rollenmuster,
- Rollenfluktuation.

Die Übergänge zwischen Identitäten werden häufig durch psychosoziale Belastungen oder besonders intensive emotionale Erfahrungen ausgelöst (Tanz, Musik, Betroffenheit). Es dauert gewöhnlich nur Sekunden, um von einer Identität in eine andere zu wechseln.

Prototypische Unterschiede der Identitäten

Gewöhnlich existiert eine *primäre Identität*, die den Namen der Person trägt. Diese ist in der Regel passiv, abhängig, hat Schuldgefühle und ist depressiv gestimmt. Die charakteristischen Eigenarten der übrigen Identitätszustände stehen häufig im deutlichen Gegensatz zur Primäridentität (sind z. B. fröhlich, kindlich, feindselig, kontrollierend-dominant oder selbstzerstörerisch).

Störung der Gefühlsmodulation

Die Betroffenen scheinen weiter große Schwierigkeiten bei der Modulation von Gefühlen zu haben, was zur Fehldiagnose „Borderline“ führen kann. Sie beziehen ihre subjektive Sicherheit offensichtlich daraus, dass sie in zeitweilig festgefügte Personzustände wechseln, die jeweils durch eine ganz bestimmte, aktuell dominierende Gefühlslage oder Persontypik festgelegt sind: Sie sind zeitweilig entweder ärgerlich oder fühlen keinen Ärger, sie sind gelegentlich sexuell promiskuös, und erscheinen kurze Zeit später als fast zölibatär. Sind sie hoch erregt, haben sie gleichzeitig Schwierigkeiten, sich wieder zu beruhigen.

Insbesondere dann, wenn die Patienten bereits psychotherapeutisch vorbehandelt wurden (etwa mittels Hypnose als einer Interventionsform), weisen die Betroffenen gelegentlich mehr als höchstens fünf (bei Männern) oder zehn (bei Frauen) unterschiedliche Identitäten mit unterschiedlichen Namen auf. Weil die Gefahr einer iatrogenen Störungsausweitung besteht, ist diagnostisch und therapeutisch behutsam darauf zu achten, dass dem vorbestehenden Störungsbild keine weiteren Identitäten hinzugefügt werden.

1.3 Epidemiologische Daten

Schätzungen zur Prävalenz dissoziativer Störungen in der Allgemeinbevölkerung schwanken zwischen zwei und sechs Prozent. Bei direkten Fragebogen-Erhebungen in einer US-Bevölkerungsstichprobe mit der Dissocia-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus P. Fiedler: Dissoziative Störungen (ISBN 9783840924828)
© 2013 Hogrefe Verlag, Göttingen.