

gehen allgemein „Problemaktualisierung“ und ist einer der vier grundlegenden Wirkmechanismen einer jeden Psychotherapie.

**Rolf Heinzmann**  
Indianaring 45  
76149 Karlsruhe

### Tatsächliche Prävalenz eventuell niedriger

Das Ausmaß soziokultureller und iatrogenen Einflüsse auf die Entstehung der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) wird unverändert kontrovers diskutiert.

Nachdem früher Einzelfälle eher alternierender Persönlichkeiten berichtet wurden, stieg vor allem nach der Buchveröffentlichung des Falls „Sybil“ 1973 in den USA die Anzahl sowohl der Fälle insgesamt als auch der Identitäten innerhalb eines Individuums sprunghaft an. 1976 erfolgreich verfilmt, wurde der Fall „Sybil“ erst 1998 als iatrogene DIS und Pseudologia phantastica aufgedeckt: Sowohl das seinerzeit rätselhafte Krankheitsbild als auch die Erinnerungen der Patientin an frühkindliche Traumata beruhten auf Suggestionen der Psychotherapeutin (1).

In der wissenschaftlichen Diskussion wird neben einer Unterdiagnostizierung ebenso eine Überdiagnostizierung angenommen. Auffallend ist, dass die DIS überwiegend in Nordamerika und einigen westeuropäischen Staaten diagnostiziert wird, in den meisten anderen Staaten, darunter auch Frankreich und Großbritannien, hingegen nicht oder nur selten. Hohe Prävalenzangaben wie im vorliegenden Artikel sind vor diesem Hintergrund kritisch zu hinterfragen und keineswegs zu verallgemeinern. Bei der iatrogenen DIS muss, wie bei anderen psychotherapeutischen Kunstfehlern auch, von einer Dunkelziffer ausgegangen werden.

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation ist viel weniger eindeutig als dargestellt (2). Retrospektive Studien bergen in sich die Gefahr, Scheinkorrelationen zu konstruieren, solange die Echtheit der retrospektiv berichteten Traumata nicht verifiziert ist. Es existiert kein psychopathologisches Symptom, von dem aus spezifisch auf ein Ereignis in der Vergangenheit geschlossen werden kann.

Die dargestellten ersten Ergebnisse neurobiologischer Untersuchungen zeigen psychophysiologische Korrelate auf. Spezifische ätiologische Implikationen ergeben sich hieraus nicht. So sind auch die Ergebnisse prospektiver Längsschnittuntersuchungen und einer Untersuchung an eineiigen Zwillingen mit der These einer traumabedingten Hippocampus-Atrophie nicht vereinbar (3).

### LITERATUR

1. Stoffels H, Ernst C: Erinnerung und Pseudoerinnerung: Über die Sehnsucht, Traumaopfer zu sein. *Nervenarzt* 2002; 73: 445–51.
2. Giesbrecht T, Merckelbach H: Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. Ein kritischer Überblick. *Nervenarzt* 2005; 76: 20–7.
3. Volbert R: Sind Traumaeinprägungen spezifisch? Konsequenzen für die aussagepsychologische Begutachtung. *Praxis der Rechtspsychologie* 2006; 16: 249–69.

**Dr. med. Ulrike Straeter**  
**Dipl.-Psych. Ivonne Schürmann**  
**Dr. med. Wolf Braun**  
Landesversorgungsamt Nordrhein-Westfalen/Bezirksregierung Münster  
Albrecht-Thaer-Straße 9  
48147 Münster  
E-Mail: Ulrike.Straeter@bezreg-muenster.nrw.de

### Hervorragender Artikel

Herzlichen Glückwunsch zur Veröffentlichung dieses hervorragenden Übersichtsartikels. Allen traumatherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen wird dieser Artikel in vieler Hinsicht aus der Seele sprechen.

Den Autoren ist es gelungen, dieses schwierige Krankheitsbild verständlich und nachvollziehbar darzustellen. Für die hausärztlichen Kollegen scheint es mir wichtig, dass sie die dargelegten Anhaltspunkte in die Hand bekommen, denn oft haben sie den ersten Kontakt mit diesen Patienten. Und Aufklärung tut Not.

So habe ich die Gelegenheit ergriffen und in den von mir geleiteten Balintgruppen für Hausärzte auf diesen Artikel mit guter Resonanz aufmerksam gemacht. Ich wünsche mir, dass viele ärztliche und psychologische Kollegen ihn gelesen haben.

**Dr. med. Helga Ströhle**  
Wolfstraße 6  
89547 Gerstetten

### Epidemiologische Studien notwendig

Die Autoren interpretieren in ihrer Übersicht die multiple Persönlichkeit (ICD-10) beziehungsweise dissoziative Identitätsstörung (DSM-IV) als Unterform einer so genannten „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“. Andere Erkrankungen (zum Beispiel Borderline-Persönlichkeitsstörung, Somatisierungsstörung) werden in eine Nähe von „posttraumatischen Erkrankungen“ gestellt. Sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV existiert jedoch keine Kategorie „posttraumatische Erkrankungen“. Berücksichtigt wurde allein die singuläre posttraumatische Belastungsstörung. Eine „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ ist kein Bestandteil dieser Klassifikationssysteme. Es fragt sich hier, ob es hilfreich ist, eine nosographische Parallelwelt jenseits der (durchaus nicht unverbindlichen) klinisch-diagnostischen Leitlinien der WHO zu etablieren.

Die Assoziation von sexuellem Missbrauch in der Kindheit und späterer psychischer Erkrankung wurde oft untersucht. Der Einfluss anderer Faktoren ist gesichert, wurde aber weit weniger evaluiert (1). Daher wird das von den Autoren vorgeschlagene lineare Modell – „wonach die Erkrankung als psychobiologische Antwort auf die erlittenen Traumatisierungen (...)“ eintritt – dem komplexen und nur zum Teil aufgeklärten Bedingungsgefüge dissoziativer Störungen nicht gerecht. Die behauptete Wirksamkeit der von den Verfassern vorgeschlagenen Kombination psychodynamischer, kognitiv-behavioraler, hypnotherapeutischer und traumaadaptierter psychotherapeutischer Verfahren über mehrere Jahre ist nicht erwiesen

und wird in kritischen Übersichten auch nicht empfohlen (2).

Im DSM-IV, das zuletzt 2000 revidiert wurde, wird darauf hingewiesen, dass die Prävalenz der DIS nach wie vor kontrovers diskutiert wird. Diese unentschiedene Lage besteht auch weiterhin. Eine Klärung der tatsächlichen Häufigkeit der DIS bedarf weiterer epidemiologischer Untersuchungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es genuine und iatrogene Formen der DIS gibt; letztere sind dann nicht oder nur gesondert zu erfassen.

### LITERATUR

1. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE: Sticks, stones and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 993–1000.
2. Lambert MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. Fifth Edition. New York: Wiley 2004.

**Dr. med. Wolfgang Wölk**  
MDK Westfalen-Lippe  
Von-Steuern-Straße 5  
48143 Münster  
E-Mail: wwolk@mdk-wl.de

### Schlusswort

Wir begrüßen das lebhaftes Echo auf unseren Artikel, zumal wir die Diskussion über das Krankheitsbild der DIS für dringend erforderlich halten.

### Evidenz des posttraumatischen Modells

Der Zusammenhang von Trauma und Dissoziation hat hohe wissenschaftliche Evidenz. Er ist durch retrospektive Studien (auch durch 1 im Leserbrief Wölk), Metaanalysen sowie prospektive und longitudinale Studien (siehe auch 3, 15, 18 und 22 unseres Beitrages sowie [1–3]) gestützt. Zusätzlich zum Trauma sind weitere Risikofaktoren – hoher posttraumatischer Stress sowie verminderte Möglichkeiten der Affektregulation – (4) erforderlich, um dissoziative Symptome zu entwickeln. In der Debatte über neurologische Korrelate stimmen die Befunde abnorm kleiner Hippocampi bei DIS-Patientinnen (5, 6) mit der posttraumatischen Genese der Erkrankung überein.

Eine lineare Korrelation zwischen sexueller Gewalterfahrung und der späteren Entwicklung einer DIS (Leserbriefe Straeter et al. sowie Wölk) wird von uns nicht beschrieben, vielmehr ein Diathese-Stress-Modell. Als Stressoren werden allerdings extrem häufig – in über 90 % der Fälle – Angaben zu traumatischen Erfahrungen in der Kindheit in Form von schwerer Vernachlässigung sowie seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlung gefunden.

### Abweichungen von den Diagnosemanualen

Die Darstellung in der ICD 10, DIS sei selten und möglicherweise iatrogen und soziokulturell bedingt, ist veraltet. Bei allen durchgeführten klinischen Prävalenzstudien fand man circa 1 bis 5 % DIS-Fälle, und zwar in den kulturell verschiedenen Ländern (USA, Kanada, Niederlande, Schweiz, Norwegen, Deutschland, Türkei; siehe 5, e2–e14 unseres Artikels. Tatsa-

che ist zudem, dass keine einzige überzeugende Studie als Beleg darüber vorliegt, dass das Symptompektrum einer DIS von Therapeuten iatrogen hervorgerufen werden kann. Der Begriff der „iatrogenen DIS“ ist daher irreführend und sollte wegen fehlender wissenschaftlicher Fundierung nicht verwendet werden, zumal er die Gefahr eines Generalverdachtes der Fehlbehandlung gegen Psychotherapeuten beinhaltet, die mit DIS-Patienten arbeiten.

Hiervon abzugrenzen ist das Problem von Fehldiagnosen, die zu Beginn der Etablierung einer Diagnose vermehrt auftreten können und dem man am sichersten mit Information und Fortbildungen entgegenwirkt. „Aktives Erfragen“ von Symptomen ist übliche Praxis einer jeden Diagnostik und darf nicht mit „suggestivem Fragen“ verwechselt werden.

### Evidenz der vorgestellten Therapieempfehlungen

Unsere Therapieempfehlungen stützen sich auf die Richtlinien der International Society for the Study of Dissociation ([www.dissoc.de/issd/issd-r0.html](http://www.dissoc.de/issd/issd-r0.html)), die von internationalen Experten verschiedener Schulrichtungen erarbeitet wurden. Hierin werden sowohl das Phasenmodell, der schulenübergreifende Ansatz als auch das aktive Einbeziehen der dissoziierten Persönlichkeitsanteile empfohlen. Kontrollierte Behandlungsstudien sind notwendig und werden zurzeit durch die holländische Regierung finanziert.

### Wahrgenommene und gemessene Prävalenz der DIS

Die Diskrepanz zwischen wahrgenommener und gemessener Häufigkeit von DIS mag damit zusammenhängen, dass auch in der professionellen Vorstellung ein eher schrilles Image über das Krankheitsbild existiert. Simulationen, Imitationen und histrionische Komorbidität kommen vor, sind jedoch selten. Die meisten DIS-Patienten imponieren primär mit Depressionen, Angststörungen, gelegentlich auch als Persönlichkeitsstörungen und zeigen nur diskrete Hinweise für die dahinterliegende schwere dissoziative Symptomatik.

### Fazit

In der Politik setzt sich zurzeit die pragmatische Einstellung durch, dass das gesellschaftliche Nicht-Be-Handeln von Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder – Phänomene, die in Deutschland nicht selten sind – langfristig teuer ist. Dies gilt auch für das Nicht-Be-Handeln von traumatisierten Kindern, die später unter anderem DIS-Patienten werden. Hier sind Kostenträger, Gutachter im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie, Medizinische Dienste der Krankenkassen sowie Versorgungsämter bei der Klärung eventueller Ansprüche im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes besonders gefordert, weil sie über Kosten den Rahmen für die Behandlungsmöglichkeiten traumatisierter Kinder und Erwachsener abstecken. Wünschenswert wäre ein intensiverer Dialog zwischen Klinikern, Forschern, Gutachtern und Kostenträgern, um auch in Zeiten knapper Kassen faire Lösungen für die Betroffenen zu finden.