



Sophie Winterfeld

Trauma und Dissoziation durch organisierte Gewalt

Hilfreich behandeln und begleiten bei
gezielt erzeugter Dissoziativer Identitätsstörung

Sophie Winterfeld

Trauma und Dissoziation durch organisierte Gewalt

Hilfreich behandeln und begleiten bei gezielt
erzeugter Dissoziativer Identitätsstörung

VANDENHOECK & RUPRECHT

ISBN 978-3-525-40914-5
ISBN 978-3-647-40914-6 (PDF)
ISBN 978-3-666-40914-1 (eLibrary)
ISBN 978-3-647-99183-2 (EPUB)
DOI <https://doi.org/10.13109/9783666409141>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2026 Brill Deutschland GmbH, Robert-Bosch-Breite 10, 37079 Göttingen, Deutschland

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk sowie einzelne Teile desselben sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Verlags nicht zulässig. Text- und Datamining zu kommerziellen Zwecken bedarf der Genehmigung des Verlags.

Vandenhoeck & Ruprecht und Brill Deutschland GmbH sind Teil von De Gruyter Brill.
www.degruyterbrill.com

Fragen zur allgemeinen Produktsicherheit: productsafety@degruyterbrill.com

Umschlagabbildung: © sharply_done/iStock
Satz: SchwabScantechnik, Göttingen
Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen

Inhalt

1 Mein Ausgangspunkt	11
2 Grundlagen der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS)	14
2.1 Dissoziation als Kontinuum	14
2.2 Diagnosekriterien und Hinweise auf eine DIS	15
2.3 Neurobiologie der DIS	24
3 Was ist organisierte Gewalt?	27
3.1 Definition	27
3.2 Vorkommen und Datenlage	28
4 Haben Täter:innen es zu gut gemacht?	31
4.1 Der Unterschied zwischen einer reaktiven und einer gezielt erzeugten DIS	31
4.2 Ausgewählte empirische Befragungsergebnisse	33
4.3 Hierarchische Strukturen in gezielt erzeugten Systemen	39
4.4 Programmierungen und gezielt erzeugte Strukturen	41
4.5 Arten von Programmierungen	46
5 Betroffene einer gezielt erzeugten DIS behandeln und begleiten	65
5.1 Praktische Arbeit mit gezielt erzeugten Strukturen und Programmen	65
5.1.1 Arbeit mit Wächteranteilen	75
5.1.2 Umgang mit aktivierten Programmen	80
5.1.3 Visualisierung gezielt erzeugter Strukturen	82
5.1.4 Umgang mit gezielt erzeugten Strukturen	83
5.1.5 Fallbeispiel: Bruch mit gezielt erzeugten Strukturen und neue Wege	92

5.2	Arbeit mit sehr großen Systemen	95
5.3	Arbeit am Co-Bewusstsein	99
5.4	Was tun, wenn Stabilisierungstechniken das Gegenteil bewirken?	108
5.5	Abgrenzung zwischen realen Erfahrungen und falschen Erinnerungen	113
5.6	Die Schwierigkeit der Realisation bei Betroffenen und ihre Relevanz	122
5.7	Umgang mit anhaltendem Täterkontakt	127
6	Was macht Therapie und Beratung wirklich hilfreich und effektiv	135
6.1	Umfang und Zeit	135
6.2	Sicherheit als zentrale Grundlage therapeutischer Arbeit	140
6.3	Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung	142
6.4	Fachliches Wissen, Hartnäckigkeit und roter Faden	146
6.5	Körperkontakt in der Therapie?	152
7	Hürden und Stolperfallen in Therapie und Beratung	154
8	Hinweise für Gutachter:innen, Leistungsträger und Behörden ...	174
9	Was ich als selbst betroffene Fachkraft Kolleg:innen mit auf den Weg geben möchte	180
10	FAQ – Häufige Fragen aus Fortbildungen und Praxis	184
	Danksagung	192
	Glossar	194
	Literatur	199

FALLBEISPIELE



KURZZUSAMMENFASSUNGEN



MERKSÄTZE



EXKURSE



REFLEXIONSFRAGEN



Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) ist als Diagnose in den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10/11 und DSM-5 verankert und zählt zu den Traumafolgestörungen. Entgegen der häufigen Annahme, dass es sich dabei um eine sehr seltene Erkrankung handelt, zeigen epidemiologische Untersuchungen, dass etwa 1–1,5 % der Allgemeinbevölkerung betroffen sind (American Psychiatric Association, 2013; Johnson, Cohen, Kasen u. Brook, 2006; Mitra u. Jain, 2023; Ross, 1991; Şar, Akyüz u. Doğan, 2007). Diese Prävalenz ist vergleichbar mit anderen bekannten Störungsbildern, etwa der Schizophrenie. Fachkräfte begegnen Betroffenen somit regelmäßig im klinischen Alltag.

Neben reaktiven dissoziativen Strukturen, die als Folge überwältigender Traumatisierungen entstehen, finden sich im Kontext organisierter Gewalt auch absichtlich durch Täter:innen erzeugte dissoziative Identitätsstrukturen. Dabei werden die entstandenen inneren Anteile gezielt in bestimmte Rollen und Hierarchien gebracht und für spezifische Funktionen genutzt. Diese Form – in der Fachliteratur häufig als gezielt erzeugte DIS bezeichnet – begegnet Fachkräften oftmals ohne, dass dies auf den ersten Blick erkennbar ist. Ihre adäquate Begleitung und Behandlung erfordert spezialisiertes und vertieftes Fachwissen.

Der Ansatz dieses Buches ist schulenübergreifend. Die dargestellten Konzepte und Haltungen lassen sich unabhängig von der therapeutischen Grundorientierung anwenden. In ihren Grundprinzipien verläuft die Behandlung und Begleitung der gezielt erzeugten DIS über alle Schulen hinweg sehr ähnlich.

Dieses Buch ist ein Herzensprojekt und richtet sich primär an Fachkräfte, die mit Betroffenen organisierter Gewalt und gezielt erzeugter DIS arbeiten, sei es in Therapie, Beratung, Ambulant Betreutem Wohnen oder anderen unterstützenden Kontexten. Gleichzeitig soll es auch Betroffenen Mut machen. Auch wenn ein Ausweg aus den gezielt erzeugten Strukturen zunächst unvorstellbar erscheint, ist Veränderung möglich.

Dass ich diese Sichtweise in besonderer Weise vertreten kann, liegt an der Verbindung zweier Perspektiven. Einerseits arbeite ich als Psychologin bei einer spezialisierten Fachberatungsstelle, in der ich Menschen mit einer DIS im Kontext organisierter Gewalt begleite. Andererseits bin ich selbst Betroffene einer gezielt erzeugten DIS mit langjähriger Therapieerfahrung. Diese Doppelperspektive ermöglicht, Fachlichkeit und Erfahrungswissen miteinander zu verbinden.

Sowohl in Fortbildungen, die ich zu diesem Thema gebe, als auch in den Rückmeldungen meiner Klientinnen¹ wird immer wieder deutlich, wie groß der

1 In diesem Buch wird aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die weibliche Form »Klientinnen« verwendet, da die Mehrzahl der Betroffenen weiblich ist. Männliche Betroffene sind selbstverständlich in die Bezeichnung eingeschlossen.

Bedarf an spezialisierten, praxisorientierten Zugängen und Informationen ist. Gleichzeitig zeigt mir meine eigene Erfahrung als Betroffene, dass echte Veränderung möglich ist. Ein Ausweg aus tief verankerten, destruktiven Strukturen im eigenen System ist real und erreichbar. Wenn ich von einem System spreche, meine ich damit die Gesamtheit aller inneren Anteile einer betroffenen Person, die miteinander in Beziehung stehen, unterschiedliche Aufgaben übernehmen und in ihrer Gesamtheit die innere Struktur bilden. Die Erkenntnis, dass ein Ausweg aus den gemachten Strukturen möglich ist, entwickelte sich jedoch erst im Laufe meiner eigenen Erfahrungen. Lange Zeit begleitete mich das Lied *The Impossible Dream*. Es wurde für mich zu einem Sinnbild des inneren Konflikts. Hoffnung und Kampfgeist standen der Überzeugung entgegen, dass grundlegende Veränderung für mich unmöglich sei. Heute hat sich diese Perspektive gewandelt. Der unmögliche Traum ist zu einem konkreten Weg geworden, den das System bewusst geht.

Es gab in meinem Leben Zeiten, in denen selbst Fachkräfte den Eindruck hatten, dass sich nicht mehr viel bewirken lassen würde. Die Strukturen, die Täter:innen in meinem System hinterlassen hatten, erschienen zu groß, zu tief und zu mächtig. Und auch wenn ich diese Einschätzung aus damaliger Sicht nachvollziehen kann, zeigt meine Erfahrung, mit passender Unterstützung und Entschlossenheit ist nachhaltige und grundlegende Veränderung möglich. Ein System kann sich als Ganzes dafür entscheiden, den Weg aus tief verankerten, gezielt erzeugten Strukturen hin zu einem selbstbestimmten Leben zu gehen.

In vielen Jahren eigener Therapie bei unterschiedlichen Therapeutinnen habe ich erlebt, was hilfreich sein kann und auch, was weniger wirksam ist oder sich zwar für den Moment entlastend anfühlt, auf lange Sicht aber keine tiefgreifende Veränderung bewirkt. Wichtig ist mir dabei, dass dieses Buch sich nicht auf das richten soll, was man falsch machen kann, auch wenn ich am Ende einige Anmerkungen dazu machen werde. Der Fokus liegt auf Ansätzen und Methoden, die sich sowohl in meinem beruflichen Kontext als auch aus der Betroffenenperspektive als besonders hilfreich erwiesen haben und zu echten, nachhaltigen Veränderungen geführt haben. Besonders möchte ich zeigen, wie es gelingen kann, dass sich das Gesamtsystem neu strukturiert und eine innere Entscheidung trifft, die den Weg aus destruktiven Mustern ermöglicht. Den Weg hin zu einem guten und selbstbestimmten Leben zu gehen ist kein Prozess, den Fachkräfte einer betroffenen Person abnehmen können. Therapeut:innen und andere unterstützende Personen können jedoch Bedingungen schaffen, die dieses Wachstum ermöglichen. Aus eigener Erfahrung bin ich überzeugt, dass Veränderung nicht nur möglich, sondern auch verständlich, begreifbar und gestalt-

bar ist. Genau diese therapeutische Gestaltbarkeit möchte ich anhand konkreter Beispiele, Erfahrungen und theoretischer Reflexionen sichtbar machen.

In meiner Arbeit als Psychologin und Beraterin für Betroffene mit gezielt erzeugter DIS begegne ich täglich ähnlichen Themen bei Klientinnen. Ich sehe, wie hilfreich manche Interventionen sind und wie viel Schaden andere anrichten können. Ich erlebe immer wieder, dass Fachkräfte sich auf Betroffene intensiv einlassen, dann aber abrupt aussteigen, weil sie spüren, dass sie überfordert sind, ohne zu erkennen, welche Auswirkungen ein solcher Abbruch auf das System haben kann. Solchen Situationen lässt sich mit ausreichend Hintergrundwissen gut vorbeugen. Gleichzeitig sehe ich, wie Betroffene über sich hinauswachsen, wenn sie Bedingungen erfahren dürfen, die Wachstum möglich machen.

Ich weiß aus eigener Erfahrung sowie aus vielen Gesprächen mit Klientinnen, wie schwer es ist, im bestehenden Hilfesystem wirklich passende Unterstützung zu finden. Für Menschen mit gezielt erzeugter DIS gibt es bislang kaum Strukturen, die ihrem Bedarf gerecht werden. Oft stoßen Betroffene auf Unverständnis, werden in bestehende Schubladen gepresst oder gelten als zu komplex.

Umso dankbarer bin ich allen, die dieses Buch lesen und bereit sind, sich auf diese Thematik einzulassen. Es braucht keine Perfektion, sondern Offenheit. Die Bereitschaft hinzusehen, zu lernen, sich einzulassen und individuelle Wege mitzugehen.

Dieses Buch ist keine Autobiografie und enthält keine Darstellungen von Täterhandlungen oder -methoden – weder aus meiner persönlichen noch aus meiner beruflichen Erfahrung. Im Mittelpunkt steht vielmehr das fachliche Verständnis der Folgen organisierter Gewalt sowie der Faktoren, die eine Überwindung ermöglichen. Um diese zu beschreiben, greife ich auf Begriffe zurück, die teils kritisch gesehen werden, beispielsweise auf den Begriff »Programmierung«. Ich habe mich jedoch bewusst entschieden, diese Begriffe zu nutzen, da sie bestimmte innere Dynamiken treffend beschreiben, Dynamiken, die in der Fachwelt bekannt und anerkannt sind und für die ein gemeinsames Verständnis besteht. Mir geht es letztlich darum, innere Realitäten in Worte zu fassen, fernab von Diskussionen um das richtige Wording.

Ebenso bewusst wie meine Wortwahl ist die Entscheidung, dieses Buch unter einem Pseudonym zu veröffentlichen. Zum einen dient dies meinem eigenen Schutz, da ich sehr offen über innere Strukturen spreche. Zum anderen trenne ich meine persönliche Betroffenheit bewusst von meiner professionellen Arbeit als Fachkraft. In meinen Beratungen spielt meine eigene Geschichte keine Rolle, was sowohl für die Betroffenen, die ich begleite, als auch für mich selbst wichtig ist.

1

Mein Ausgangspunkt

Bevor ich auf die inhaltlichen Themen eingehe, möchte ich kurz beschreiben, aus welcher Perspektive ich dieses Buch schreibe und was mein fachlicher und persönlicher Ausgangspunkt ist. Beides prägt die Haltung, die sich durch dieses Buch zieht.

Fachlicher Ausgangspunkt

Ich arbeite als Psychologin bei einer spezialisierten Fachberatungsstelle, die Menschen begleitet, die organisierte Gewalt erlebt haben und in den allermeisten Fällen eine gezielt erzeugte DIS haben. In dieser Arbeit begegne ich den komplexen inneren Dynamiken, die solche Erfahrungen hinterlassen und den Bedingungen, unter denen Veränderung möglich wird. Es zeigt sich hier immer wieder, wie logisch aufgebaut und einerseits ähnlich, gleichzeitig aber auch individuell innere Strukturen bei Betroffenen sind. Fachlich ist meine Arbeit stark geprägt von einem veränderungsorientierten und beziehungs-fokussierten Ansatz. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung, dass Veränderung nicht einseitig hergestellt werden kann. Auch wenn Fachkräfte Veränderungsprozesse anbahnen und begleiten, braucht es eine grundlegende Bereitschaft der Klientin, sich im jeweils möglichen Maß auf innere Bewegung einzulassen. Ich sehe mein Ziel nicht darin, Anteile zu überzeugen, dass ihnen von Täter:innen gezielt erzeugte Regeln und Strukturen letztlich schaden oder gegen täterloyale² Anteile anzukämpfen, sondern vielmehr darin, dass das System selbst erkennt, dass es sich lohnt, Veränderung zu wagen.

2 Da es sich bei dem Begriff »täterloyale Anteile« um einen gängigen Fachterminus handelt, wird zum besseren Verständnis und zur einfacheren Lesbarkeit auf die gendersensible Schreibweise dieses Begriffs verzichtet. Dies gilt auch für weitere Begriffe in diesem Buch, wie beispielsweise »Täterkontakt«, »Täterintroyekt« u. a. Täter:innen sind hierbei jedoch selbstverständlich in die Bezeichnung eingeschlossen.

Diese Haltung prägt auch meine Fortbildungsarbeit. In Schulungen versuche ich, das Verständnis für diese Dynamiken zu vertiefen und Brücken zu schlagen zwischen Fachwissen und innerer Realität. Viele Fachkräfte empfinden das Thema zunächst als schwer greifbar. Nicht, weil ihnen Empathie fehlt, sondern weil es bislang nur wenige fundierte und praxisnahe Informationen dazu gibt. Mein Ziel ist, diesen Raum zu füllen mit Informationen, Erfahrungen und einer Haltung, die klar, respektvoll und zugewandt ist.

Persönlicher Ausgangspunkt

Neben dieser fachlichen Perspektive bringe ich auch meine eigenen Erfahrungen als Betroffene einer gezielt erzeugten DIS mit. Ich kenne viele der inneren Prozesse nicht nur theoretisch, sondern von innen heraus. Das Schwanken zwischen einerseits verzweifelt Veränderungen zu wollen und gleichzeitig an alten Strukturen festzuhalten, zwischen Funktionalität und Fühlen, zwischen Verstehen und Leugnen.

Diese Erfahrung prägt meine Haltung, ohne meine professionelle Rolle zu bestimmen. Sie ermöglicht mir, bestimmte Dynamiken schneller zu erkennen, feiner wahrzunehmen und Dinge beschreibbar zu machen. Ich erlebe diese Doppelperspektive als große Bereicherung, auch wenn sie in der Praxis viel Reflexion und klare Grenzen erfordert. Es ist mir wichtig, meine persönliche Geschichte und meine fachliche Rolle voneinander zu trennen, sie jedoch nicht gegeneinander zu stellen. Die Verbindung aus Innen- und Außenperspektive ist für mich in vielerlei Hinsicht eine Bereicherung. Sie bedeutet für mich, auf zwei Ebenen gleichzeitig zu sehen. Einerseits die fachliche Ebene, auf der ich Prozesse verstehen und strukturieren kann und andererseits die selbst erlebte Ebene, auf der ich weiß, wie sich diese Prozesse von innen anfühlen und was vielleicht trotzdem helfen könnte, wenn alle Wege versperrt zu sein scheinen.

Auf dieser Grundlage möchte ich in den folgenden Kapiteln darauf eingehen, wie sich gezielt erzeugte Dissoziation in ihrer inneren Logik zeigt, wie sie sich im therapeutischen Alltag äußert und vor allem, welche Bedingungen und praktischen Ansätze hilfreich sind, damit Veränderung und innere Freiheit möglich werden.

Ich nutze in diesem Buch die Begriffe Therapie, Beratung und Begleitung nicht immer streng voneinander getrennt. Auch wenn es zwischen diesen Arten der Hilfe wesentliche Unterschiede gibt und ich in einer Beratung oder Begleitung zum Beispiel deutlich weniger in die Tiefe arbeite als dies in einer Therapie der Fall ist, sind die Übergänge im praktischen Alltag oft fließend. Gleichzeitig halte ich es für wichtig, dass neben Therapeut:innen auch Berater:innen und andere Fachkräfte ein Bewusstsein für die inneren Strukturen und

Dynamiken von Betroffenen entwickeln und diese in ihre Arbeit einbeziehen. Aus diesem Grund lade ich Sie ein, sich bei allen verwendeten Begrifflichkeiten angesprochen zu fühlen, unabhängig davon, in welchem beruflichen Kontext Sie dieses Buch lesen.

2 Grundlagen der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS)

2.1 Dissoziation als Kontinuum

Der folgende Abschnitt gibt einen Einblick in die Grundlagen der DIS. Der Organismus des Menschen reagiert auf traumatische Erfahrungen mit Dissoziation als angeborener Überlebensmechanismus. Dissoziation ist hierbei als Kontinuum zu verstehen (Breitenbach, 2011; Van der Hart, Nijenhuis u. Steele, 2008). In der einfachsten Form entwickelt sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), bei der zwar dissoziative Symptome auftreten können, diese jedoch meist nur in geringer Ausprägung vorhanden sind. Bei anhaltenden und schwerwiegenden traumatischen Erfahrungen kann sich eine komplexe PTBS entwickeln. Diese ist seit Einführung des ICD-11 als eigenständige Diagnose anerkannt. Hierbei zeigen sich neben dissoziativen Symptomen auch anhaltende Störungen in Selbstkonzept, Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung der Betroffenen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025b). Gehen die dissoziativen Symptome weiter, können Symptomkomplexe auftreten, die im DSM-IV als DDNOS (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified) beschrieben wurden (American Psychiatric Association, 2000). In den aktuellen Diagnoseklassifikationen werden diese nun als OSDD (Other Specified Dissociative Disorder, DSM-5) bzw. partielle DIS (ICD-11) bezeichnet (American Psychiatric Association, 2022; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025b). Hier haben wir es mitunter durchaus mit Anteilen und Wechseln zu beispielsweise kindlichem Verhalten bei den Betroffenen zu tun, die Person erlebt sich in der Regel jedoch als eine Person mit verschiedenen Zuständen. In der klinischen Praxis wird in diesem Bereich auch das Konzept der Ego-State-Disorder verwendet, das sich mit der OSDD / partiellen DIS überschneidet. Dabei handelt es sich nicht um eine offizielle Diagnose, sondern um ein therapeutisches Modell. Die Bezeichnung geht auf John und Helen Watkins zurück und wurde im deutschsprachigen Raum unter anderem durch Peichl (2014) verbreitet.

Sie dient als klinisches Modell, ist jedoch in den Diagnosemanualen nicht enthalten. Die letzte Stufe im Kontinuum der Dissoziation ist schließlich eine vollständige DIS, die sowohl im DSM-5 als auch im ICD-11 als eigenständige Diagnose aufgeführt ist. Die DIS stellt somit die höchste Stufe einer Schutzreaktion auf schwere und wiederholte traumatische Erfahrungen dar, die sich nur dann ausbildet, wenn die erlebte Gewalt in der frühen Kindheit begonnen hat (American Psychiatric Association, 2022; Breitenbach, 2011; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025b; Van der Hart et al., 2008). Abbildung 1 soll dieses Modell des Kontinuums der Dissoziation veranschaulichen.

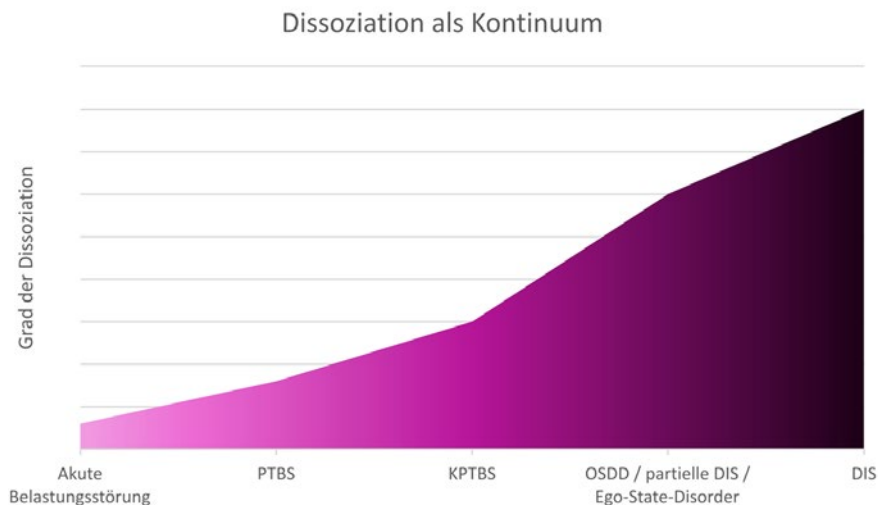


Abbildung 1: Dissoziation als Kontinuum.

DISSOZINATION ist ein Kontinuum, auf dem unterschiedliche Formen innerer Spaltung entstehen können. Sie ist Ausdruck einer Überlebenslogik, nicht einer Krankheit im klassischen Sinne. Das Verständnis dieses Spektrums ist die Basis, um die Dynamiken einer DIS zu verstehen.



2.2 Diagnosekriterien und Hinweise auf eine DIS

In der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-11, die den aktuellsten diagnostischen Standards entspricht, ist die DIS unter 6B64 kodiert. Im bisherigen ICD-10 war sie noch unter dem alten Begriff Multiple Persönlichkeitsstörung

(F44.81) geführt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025a). Obwohl der ICD-11 seit dem 01.02.2022 in Kraft getreten ist, liegt bisher noch keine offizielle deutsche Übersetzung vor. Für dieses Buch wird daher die Entwurfsfassung der deutschen Übersetzung verwendet, da davon ausgegangen werden kann, dass sich Änderungen in der späteren Originalversion nur minimal auswirken. Die DIS wird dort folgendermaßen beschrieben:

»Die dissoziative Identitätsstörung ist durch eine Identitätsstörung gekennzeichnet, bei der zwei oder mehr verschiedene Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten) vorliegen, die mit deutlichen Unterbrechungen des Selbst- und Handlungsgefühls einhergehen.

Jeder Persönlichkeitszustand beinhaltet ein eigenes Muster des Erlebens, der Wahrnehmung, der Vorstellung und der Beziehung zu sich selbst, dem Körper und der Umwelt.

Mindestens zwei verschiedene Persönlichkeitszustände übernehmen immer wieder die Kontrolle über das Bewusstsein und die Funktionsweise des Individuums in der Interaktion mit anderen oder mit der Umwelt, z. B. bei der Ausführung bestimmter Aspekte des täglichen Lebens, wie Elternschaft oder Arbeit, oder als Reaktion auf bestimmte Situationen (z. B. solche, die als bedrohlich empfunden werden).

Veränderungen des Persönlichkeitszustands gehen mit entsprechenden Veränderungen in den Bereichen Empfindung, Wahrnehmung, Affekt, Kognition, Gedächtnis, motorische Kontrolle und Verhalten einher.

Typischerweise kommt es zu Episoden von Amnesie, die schwerwiegend sein können.

Die Symptome lassen sich nicht besser durch eine andere psychische Störung, eine Verhaltensstörung oder eine neuromentale Entwicklungsstörung erklären und sind nicht auf die direkten Auswirkungen einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem zurückzuführen, auch nicht auf Entzugserscheinungen, und auch nicht auf eine Erkrankung des Nervensystems oder eine Schlaf-Wach-Störung.

Die Symptome führen zu einer bedeutsamen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.« (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025b).

Die Diagnosekriterien allein spiegeln den Praxisalltag jedoch nur bedingt wider und wirken zunächst oft etwas abstrakt. Deshalb werden im Folgenden einzelne Punkte aus Sicht des praktischen Alltags beleuchtet.

»Die dissoziative Identitätsstörung ist durch eine Identitätsstörung gekennzeichnet, bei der zwei oder mehr verschiedene Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten) vorliegen, die mit deutlichen Unterbrechungen des Selbst- und Handlungsgefühls einhergehen.«

In meiner Erfahrung kommt kaum ein Fall vor, bei dem eine betroffene Person nur zwei unterschiedliche Identitäten aufweist. Auch bei einer rein reaktiven DIS gibt es in den meisten Fällen zumindest etwa fünf unterschiedliche Anteile. Die Anteile, die für alltägliche Aufgaben zuständig sind – sogenannte Alltagspersonen oder Alltagsanteile – weisen dabei in der Regel selbst keine klassische Identitätsstörung auf, sondern nehmen sich als vollständige Person wahr. Oftmals ist ihnen zu Beginn der Behandlung aufgrund der dissoziativen Barrieren noch nicht einmal bewusst, dass es weitere Anteile gibt.

»Jeder Persönlichkeitszustand beinhaltet ein eigenes Muster des Erlebens, der Wahrnehmung, der Vorstellung und der Beziehung zu sich selbst, dem Körper und der Umwelt. (...) Veränderungen des Persönlichkeitszustands gehen mit entsprechenden Veränderungen in den Bereichen Empfindung, Wahrnehmung, Affekt, Kognition, Gedächtnis, motorische Kontrolle und Verhalten einher.«

Hier ist wichtig zu betonen, dass verschiedene Anteile nicht einfach unterschiedliche Stimmungen oder Anpassungen an verschiedene Kontexte sind, wie etwa Unterschiede zwischen Arbeitsleben und Privatleben. Es handelt sich vielmehr um eigenständige Persönlichkeiten, die sich in Interessen, Vorlieben, Charakter, Körperhaltung, Stimme, Handschrift und Fähigkeiten unterscheiden.

In der Regel existieren mehrere Alltagspersonen, die vom Trauma nichts wissen oder die Ereignisse eher emotionslos von außen betrachten. Durch den angeborenen Überlebensmechanismus der Dissoziation sicherte diese Aufspaltung das Überleben. Alltagspersonen können hochfunktional sein. Wenn überhaupt, fällt meist nur ein kleiner Bruchteil traumatischer Erfahrungen auf, besonders zu Beginn der Behandlung, wenn die dissoziativen Barrieren noch hoch sind.

Gleichzeitig gibt es Kind- oder Jugendliche-Anteile, die typischerweise das Alter der jeweiligen Traumatisierung widerspiegeln. Bei einem Wechsel zu einem beispielsweise 5-jährigen Kind-Anteil wird dieser nicht nur kindlich wirken, sondern auch mit einer Kinderstimme sprechen oder malen wie ein Kind. Auch die Motorik und Fähigkeiten entsprechen dem Alter, so kann dieser Anteil beispielsweise normalerweise nicht Auto fahren, auch wenn die Alltagspersonen regelmäßig mit dem Auto unterwegs sind. Auch Charakter, Vorlieben sowie Interessen sind eigenständig. Ein Beispiel aus meiner eigenen Betroffenenperspektive: Die meisten der Kinder-Anteile lieben Karamellbonbons. Ein anderer Kind-Anteil findet den Geschmack hingegen ganz furchtbar. Oftmals

haben Anteile auch eigene Namen, wobei dies gerade bei sehr großen Systemen nicht immer der Fall sein muss, was ich später unter Kapitel 5.2 näher erläutern werde.

»Mindestens zwei verschiedene Persönlichkeitszustände übernehmen immer wieder die Kontrolle über das Bewusstsein und die Funktionsweise des Individuums in der Interaktion mit anderen oder mit der Umwelt, z.B. bei der Ausführung bestimmter Aspekte des täglichen Lebens, wie Elternschaft oder Arbeit, oder als Reaktion auf bestimmte Situationen (z.B. solche, die als bedrohlich empfunden werden).«

Bei der hier beschriebenen Übernahme der Kontrolle spricht man von sogenannten Wechseln oder Switches. Innerhalb von Sekundenbruchteilen kann ein Anteil scheinbar verschwinden, während ein anderer plötzlich nach vorne kommt, also die Kontrolle über Bewusstsein, Handlungen und Erleben übernimmt und von außen wie eine eigenständige Person wahrgenommen wird. Zu Beginn der Therapie geschieht dies häufig eher zufällig. Wechsel treten meist zwischen Alltagspersonen auf, die bestimmte Aufgaben übernehmen (z.B. Arbeiten oder Alltagssituationen) oder als Reaktion auf Trigger, die einen Kind-Anteil oder andere emotionale Anteile nach vorne bringen. In dieser Phase sind die Wechsel meist unkoordiniert und das System hat nur wenig Einfluss darauf. Mit fortschreitender Therapie wird es in der Regel möglich, bewusst und gezielt zwischen Anteilen zu wechseln.

Manche Betroffene hören andere Anteile innerlich sprechen oder weinen. Bei Fachkräften, die wenig Erfahrung mit einer DIS haben, führt dies leider häufig zu Fehldiagnosen wie Schizophrenie, was im schlimmsten Fall zu ungeeigneten und retraumatisierenden Behandlungen führt. Deshalb ist eine klare Differenzierung entscheidend. Schizophrenie ist eine primäre psychotische Erkrankung, die zu Störungen von Denken, Wahrnehmung und Verhalten führt. Stimmen werden dabei typischerweise als von außen kommend erlebt und geben häufig Befehle. Eine DIS hingegen ist eine Traumafolgestörung und ein Überlebensmechanismus. Stimmen oder innere Dialoge werden in der Regel als von innen kommend im Kopf wahrgenommen und spiegeln unterschiedliche Anteile wider. Befehle sind selten, können aber bei bestimmten Anteilen, z.B. täterloyalen Anteilen, auftreten. Eine sorgfältige Diagnostik ist entscheidend, um beide Störungen klar voneinander zu unterscheiden und Fehlbehandlungen zu vermeiden.

»Typischerweise kommt es zu Episoden von Amnesie, die schwerwiegend sein können.«

Die Amnesien treten in der Regel immer dann auf, wenn zwischen verschiedenen Identitäten gewechselt wurde. Ein Anteil weiß dann meist nicht, was

geschehen ist, während ein anderer Anteil vorne war und die Kontrolle über Bewusstsein und Handeln hatte. Solche Zeitverluste können wenige Minuten oder Stunden umfassen, aber auch mehrere Tage dauern, abhängig davon, wie lange ein anderer Anteil vorne war. Typische Phänomene sind beispielsweise, dass eine Alltagsperson Verabredungen und Termine nicht erinnert oder Menschen und Orte nicht wiedererkennt. So kann es beispielsweise passieren, dass die Alltagsperson wieder auftaucht, jedoch nicht weiß, wo sie sich befindet oder warum sie dort ist. Ein Beispiel aus der Praxis: Täter:innen bringen eine Betroffene regelmäßig zur selben Bushaltestelle, nachdem sie zuvor sexuell ausgebeutet wurde. Die Alltagsperson hat keine Erinnerung daran, dass andere Anteile zwischenzeitlich vorne waren und sie Täterkontakt hatte. Sie wundert sich lediglich, warum sie immer wieder an dieser Haltestelle ist, obwohl sie doch eigentlich vorhin noch auf der Couch saß und Fernsehen geschaut hat. Weitere Hinweise auf Amnesien sind plötzlich auftauchende Gegenstände oder Kleidung, von denen unklar ist, wie sie in den eigenen Kleiderschrank kamen. Eine Klientin erlebte zum Beispiel, dass sie als Alltagsperson, die Sexualität eher abweisend gegenübersteht, auf ihrem Handy immer wieder gespeicherte Websites mit expliziten SM-Inhalten fand. Diese hatte ein anderer Anteil dort abgespeichert, ohne dass die Alltagsperson davon wusste.

Bei Nicht-Alltagsanteilen ist es unterschiedlich, ob es Amnesien gibt. Es gibt Anteile, die eher eine beobachtende Rolle haben und durchgängig mitbekommen, was gerade passiert, unabhängig davon, welcher Anteil vorne ist. Andere Anteile kennen nur ihren eigenen Ausschnitt und wissen vielleicht nicht einmal, dass es noch andere Anteile im System gibt. So kann es zum Beispiel vorkommen, dass es in der Therapie zu einem Wechsel kommt und der Anteil, der dann da ist, gar nicht genau weiß, wo er ist oder wer die Therapeutin³ ist. Anteile versuchen so etwas oftmals zu verstecken. Für Fachkräfte kann es daher hilfreich sein, zunächst zu fragen: »Magst du mir sagen, wer du bist?« (bei Kind-Anteilen in der Du-Form) und »Weißt du denn, wo du bist und wer ich bin?«

»Die Symptome führen zu einer bedeutsamen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.«

Hier ist wichtig festzuhalten, dass viele Betroffene oft eine lange Zeit sehr funktional sein konnten und ein fast unauffälliges, scheinbar normales Leben führten, ohne offensichtliche Beeinträchtigungen. In der Praxis trifft man daher

3 Zur einfacheren Lesbarkeit nutze ich die männliche und weibliche Form von Therapeut:in zufällig wechselnd. Die jeweils anderen Geschlechter sind hierbei selbstverständlich in die Bezeichnung eingeschlossen.

eher selten auf Klientinnen, die bereits in der Kindheit stark auffällig oder in vielen Lebensbereichen beeinträchtigt waren.

Insbesondere bei einer gezielt erzeugten DIS legen es Täter:innen bewusst darauf an, dass die Betroffenen nach außen hin möglichst unauffällig wirken. Die dissoziativen Barrieren beginnen häufig erst im Erwachsenenalter zu bröckeln. Und selbst dann melden sich Klientinnen zu Beginn der Behandlung selten direkt mit der Aussage, sie seien traumatisiert und hätten eine DIS. Zunächst stehen oft andere Symptome im Vordergrund, wie depressive Verstimmungen oder Selbstverletzungen, die der Grund dafür sind, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Anteile können mitunter von innen heraus durch Alltagspersonen hindurch agieren, beispielsweise indem die Alltagsperson den starken Drang bekommt, Dinge zu tun, die ihrer eigentlichen Vorstellung widersprechen.

Meist zeigt sich das tatsächliche Ausmaß der Dissoziation und der Anzahl der Anteile erst im Verlauf der Therapie. Ein Nachlassen der dissoziativen Barrieren kann dann zunächst dazu führen, dass die Klientin stärker als vor Beginn der Therapie beeinträchtigt ist und Schwierigkeiten hat, ihren Alltag stabil zu gestalten. Kritiker:innen nutzen dies mitunter, um zu behaupten, der Betroffenen sei es zuvor einigermaßen gut gegangen und erst die Therapie habe die Symptome verursacht. Hier muss klar unterschieden werden: Ein kurzfristiger Therapieerfolg, der die dissoziativen Barrieren stärkt oder Symptome oberflächlich kontrolliert, hält in der Regel nicht langfristig. Langfristige und nachhaltige Veränderungen werden erreicht, indem die dissoziativen Barrieren schrittweise verringert, die Anteile gehört und Raum für Integration geschaffen wird. Auch wenn dies den Preis hat, dass die Klientin in vielen Fällen zunächst deutlich eingeschränkter sein wird und vielleicht auch nie mehr so funktional sein wird, wie sie es einst war, lässt sich auf dieser Basis eine echte Stabilität und ein echter, nachhaltiger therapeutischer Erfolg erzielen.



Eine DIS kann in frühen Phasen leicht übersehen oder fehldiagnostiziert werden. Das volle Ausmaß zeigt sich häufig erst im Laufe der Therapie mit nachlassenden dissoziativen Barrieren.

Das folgende Fallbeispiel aus meiner persönlichen Betroffenenperspektive soll zeigen, wie sich eine DIS in verschiedenen Phasen zeigen kann.



Fallbeispiel aus meiner eigenen Betroffenenperspektive:

Meine Kindheit wirkte auf den ersten Blick nahezu perfekt. Nach außen hin – und auch für mich selbst – war alles heil, schön, harmonisch. Ich erinnere mich sogar daran, einmal gesagt zu haben: »Andere Kinder tun mir leid – niemand hat so eine

gute Kindheit wie ich.« Und in gewisser Weise stimmte das auch. Ich war ehrgeizig, spielte ein Instrument, machte Leistungssport, war Klassensprecherin, hatte Freundschaften und erhielt Auszeichnungen für soziales Engagement und außergewöhnliche schulische Leistungen. Es war die perfekte heile Welt. Und trotzdem gab es immer wieder kleine Risse, Dinge, die irgendwie nicht ins Bild passten. Ich hatte Angst vor Männern, Probleme mit Berührungen und schämte mich entsetzlich für alles, was auch nur im Entferntesten mit Sexualität zu tun haben könnte. Über viele Jahre hinweg litt ich unter einer Sprechstörung, obwohl organisch alles unauffällig war. Besonders stark war meine Angst vor allem, wenn es um medizinische Themen ging. Ich wusste nicht, weshalb ich so reagierte, aber hatte beispielsweise vor Blutdruckmessgeräten oder einem EKG panische Angst. In der dritten Klasse sagte ich im Sexualkundeunterricht, dass es nicht stimme, dass der eigene Körper einem selbst gehöre, spätestens beim Arzt sei das nicht mehr so.

Auch im Bereich Bindung zeigten sich ungewöhnliche Muster (für die es selbstverständlich auch zahlreiche andere Erklärungen als eine Traumatisierung geben könnte, die dennoch nicht ins Bild der perfekten Bilderbuchkindheit passten): Nach außen hin hatte ich viele gute Kontakte, aber emotionale Nähe blieb oberflächlich. Wären Freunde zum Beispiel umgezogen, hätte mich das kaum berührt. Gleichzeitig konnte ich in kürzester Zeit eine übermäßige emotionale Bindung entwickeln, wie etwa zu einer Hotelangestellten im Urlaub, deren Abschied ich monatelang mit intensiver Trauer und Weinkrämpfen verarbeitete. Für mich war es ein Gefühl, als wäre sie gestorben. Und doch hinterfragte ich nichts davon. Ich war ein funktionierendes, fröhliches Kind, nach außen hin vollkommen unauffällig.

Eine Klientin von mir sagte kürzlich: »Eigentlich müsste man bei den Kindern, die am meisten lachen, am genauesten hinschauen.« Rückblickend trifft das auch auf mich zu. Die einzelnen Risse in der Fassade wären vielleicht erkennbar gewesen, aber wer würde bei einem glücklichen, leistungsstarken Kind an schwere Traumatisierungen denken?

Mit etwa 14 Jahren änderte sich etwas. Ich bekam plötzlich Panikattacken, immer begleitet von der Angst, ohnmächtig zu werden. Ich begann, bestimmte Wege zu vermeiden, hielt mich an Gartenzäunen fest, aus Angst umzufallen, aber funktionierte trotzdem weiter und versuchte die Angst zu verbergen. Zwei Jahre später, mit 16, begann ich, mich selbst zu verletzen und entwickelte eine Essstörung. Ich wusste nicht genau warum, ich wusste nur, dass es mir nicht gut ging. Es tauchten erste Flashbacks auf, jedoch nur zu verhältnismäßig harmlosen Situationen aus dem Elternhaus, die mich dennoch massiv belasteten. Rückblickend war das der Punkt, an dem die heile Welt zu bröckeln begann. Ich fing an, eine Therapie zu machen. Zwar wurde erkannt, dass ich dissoziative und traumabezogene Symptome zeigte, allerdings ohne klare Erinnerungen an die Ursachen. Der Fokus der Behandlung lag

auf der Symptombekämpfung, die DIS blieb unerkannt. Die Therapie schien zunächst zu helfen und nach einiger Zeit war ich scheinbar geheilt und stabil – abgesehen von der anhaltenden massiven Angst vor medizinischen Themen. Ich war überzeugt, dass es mir gut ginge, solange ich alles Belastende mied und mich keinesfalls mit dem Thema Trauma beschäftigte. Und das funktionierte eine Zeit lang. Rückblickend hat die Therapie durch den Fokus auf Stabilisierung und Symptomreduktion unbeabsichtigt dazu beigetragen, die Dissoziation zu verstärken. Die aufbrechenden inneren Barrieren schlossen sich und die Fassade der heilen Welt hielt vorerst wieder.

Doch immer wieder passierten Dinge, die sich nicht einordnen ließen. Mit 19 verliebte ich mich während eines Praktikums in meinen fast 50-jährigen Anleiter. Er nutzte das aus, küsste mich und ich erstarrte. Ich dissoziierte und wusch mir später stundenlang den Mund mit Seife vor Ekel. Doch auch dieses Erlebnis verschwand scheinbar spurlos hinter der Fassade und ohne von mir hinterfragt zu werden. Erst als junge Erwachsene begannen die Barrieren erneut zu bröckeln und ich suchte ein weiteres Mal Hilfe auf. Ich selbst dachte nicht im Entferntesten an eine DIS und auch meine Fachberaterin nicht, die bis dahin keine Erfahrungen mit einer DIS gehabt hatte. Doch mit der Zeit fiel ihr auf, dass bestimmte Verhaltensweisen und Zustände nicht erklärbar waren. Obwohl ich alles im Zusammenhang mit Sexualität kaum ertragen konnte, kam ich manchmal plötzlich im Rotlichtviertel zu mir. In der Beratung kam es zu Wechseln zu kindlichen Anteilen. Die Fachberaterin zögerte lange, aber irgendwann war klar, dass ich eine DIS habe.

Mit dem Bewusstwerden dieser inneren Dynamik begann eine schwierige Phase. Ich wechselte später zu einer niedergelassenen Therapeutin mit viel Erfahrung im Bereich der gezielt erzeugten DIS. In dieser Zeit zeigte sich das tatsächliche Ausmaß der inneren Aufspaltung, der erfahrenen Gewalt und der Traumatisierung, die all dem zugrunde lag. Die ersten Jahre waren geprägt von innerem Chaos, Überflutung, destruktiven Dynamiken und massiven Krisen. Ich zweifelte immer wieder an mir selbst. Was war bloß aus meiner vermeintlich heilen Welt geworden und wie fremd waren mir all die Dinge, die Anteile erzählten. Rückblickend war das die Phase, in der die DIS erstmals in ihrem vollen Ausmaß sichtbar wurde, auch wenn sich viele Anteile oder von Täter:innen gezielt angelegte Strukturen erst im Laufe der jahrelangen Therapie zeigten. Zugleich war das Aufbrechen der Dissoziation aber auch der Beginn eines langen Weges hin zu echter und authentischer Stabilität und zu einem Leben jenseits der dissoziierten heilen Welt.



Die **DIS** ist eine komplexe Traumafolgestörung, die durch das Vorhandensein mehrerer unterschiedlicher Identitäten – auch Anteile genannt – gekennzeichnet ist. Diese übernehmen abwechselnd die Kontrolle über Bewusstsein und Verhalten, wodurch es zu deutlichen Veränderungen im Erleben, Denken, Fühlen und Fähig-

keiten kommt. Häufig bestehen Amnesien für Zeiträume, in denen ein anderer Anteil vorne war. Betroffene wirken im Alltag anfangs oft funktional, wodurch die Störung lange unerkannt bleiben kann. Nachhaltige Stabilität entsteht jedoch erst, wenn die DIS erkannt und dissoziative Barrieren verringert werden.

Exkurs: Unterschied zwischen DDNOS/OSDD nach DSM-IV und DSM-5, einer partiellen DIS nach ICD-11 und einer vollständigen DIS



In der klinischen Praxis stellt sich häufig die Frage, wodurch sich eine vollständige DIS von einer partiellen DIS beziehungsweise einer DDNOS oder OSDD (im klinischen Sprachgebrauch teils als Ego-State-Disorder beschrieben) unterscheidet. Die Diagnose DDNOS nach DSM-IV beziehungsweise OSDD nach DSM-5 beschreibt Fälle, bei denen dissoziative Symptome und Anteile vorhanden sind, jedoch nicht alle diagnostischen Kriterien einer vollständigen DIS erfüllt werden.

Die partielle DIS nach ICD-11 beschreibt ebenfalls das Vorhandensein dissoziativer Anteile. Diese übernehmen jedoch nicht regelmäßig oder nicht vollständig die exekutive Kontrolle über Bewusstsein und Verhalten. Stattdessen wirken sie überwiegend intrusiv von innen heraus, etwa durch Gedanken, Impulse, Emotionen, Körperempfindungen oder Handlungsdrang.

Die folgende Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über typische Unterschiede zwischen einer DDNOS beziehungsweise OSDD, einer partiellen DIS und einer vollständigen DIS.

Tabelle 1: Unterscheidung zwischen DDNOS beziehungsweise OSDD / partieller DIS und vollständiger DIS.

Merkmal	DDNOS/OSDD	Partielle DIS	Vollständige DIS
Struktur der Persönlichkeit	Mehr oder minder unterscheidbare Anteile mit engen Übergängen	Klar unterscheidbare Anteile, strukturell getrennt	Klar getrennte, autonome Anteile
Qualitativer Unterschied	Wechsel zwischen Anteilen meist fließend und weniger abrupt	Anteile wirken überwiegend intrusiv von innen heraus, zeigen sich nur selten vorne und selbst handelnd	Anteile sind regelmäßig vorne und übernehmen die Kontrolle über das Handeln
Bewusstseinskontinuität	Oft Mitwissen oder Überlappung zwischen Anteilen	Überwiegend erhalten, ggf. emotionale oder partielle Amnesien	Häufig vollständige Trennung mit Amnesien zwischen Anteilen
Subjektives Erleben	Erleben als wechselnde Zustände eines Selbst	Erleben anderer Anteile im Inneren, bei kontinuierlichem bestehendem Ich-Erleben im Äußeren	Erleben anderer Anteile, die nicht als Teil des eigenen Selbst empfunden werden und auch im Außen autonom agieren

Merkmal	DDNOS/OSDD	Partielle DIS	Vollständige DIS
Funktionale Integration	Anteile teilweise integriert	Geringe Integration trotz weitgehend erhaltener Bewusstseinskontinuität	Geringe Integration bei ausgeprägter struktureller Trennung der Anteile

Einfach ausgedrückt bestehen bei einer DDNOS beziehungsweise OSDD zwar verschiedene Zustände oder Anteile, diese bleiben jedoch stärker miteinander verbunden. Betroffene erleben andere Anteile oder Zustände häufig als deutlich verschieden, jedoch weiterhin als Teil ihres eigenen Selbst. Bei einer vollständigen DIS hingegen sind die Identitäten klar voneinander abgegrenzt und verfügen über weitgehend getrennte Wahrnehmungs-, Gedächtnis- und Handlungsräume.

Bei der partiellen DIS sind die Anteile ebenfalls klar unterscheidbar und strukturell getrennt. Dennoch handelt es sich nicht um eine lediglich schwächer ausgeprägte Form der vollständigen DIS, sondern um eine eigenständige Diagnose mit einem eigenen klinischen Erscheinungsbild. Die Anteile treten in der Regel nicht oder nur sehr selten nach vorne, sondern beeinflussen Erleben und Verhalten überwiegend von innen heraus.

Verwendet man in der Diagnostik den ICD-11 und hat eine Klientin, die nicht das Erscheinungsbild einer (partiellen) DIS zeigt, sondern Merkmale einer DDNOS/OSDD aufweist, wird diagnostisch die Kategorie andere spezifizierte dissoziative Störung (ICD-11 Code 6B6Y) verwendet.

2.3 Neurobiologie der DIS

Die DIS zeigt sich nicht nur auf psychologischer Ebene, sondern auch in neurobiologischen Veränderungen des Gehirns. Sowohl strukturell als auch funktionell lassen sich Unterschiede sowohl zwischen verschiedenen Identitätszuständen als auch im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen nachweisen.

Neuroanatomische Besonderheiten

Untersuchungen zeigen, dass das Gehirn von Menschen mit einer DIS strukturelle Besonderheiten aufweist. Vermetten, Schmahl, Lindner, Loewenstein und Bremner (2006) berichteten erstmals über verkleinerte Volumina im Hippocampus und in der Amygdala, zentrale Areale für Gedächtnis und Emotion. Diese Veränderungen gelten bis heute als Basisbefunde und lassen sich als adaptive Reaktionen auf traumatische Erfahrungen verstehen. Neuere Übersichtsarbeiten (Blihar, Delgado, Buryak, Gonzalez u. Waechter, 2020) bestätigen diese

Befunde und zeigen zusätzlich, dass auch frontale und parietale Strukturen betroffen sind. Diese Strukturen sind unter anderem wichtig für die Emotionsregulation, das Erlernen von Angst, abstraktes und rationales Problemlösen und die Selbstwahrnehmung.

In einer Studie von Reinders et al. (2019) wurden probabilistische Musterklassifikatoren darauf trainiert, anhand der Gehirnstruktur zu unterscheiden, ob es sich um eine Person mit einer DIS oder eine gesunde Kontrollperson handelt. Probabilistische Musterklassifikatoren sind Computerprogramme, die lernen, Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Ereignisse oder Merkmale zu berechnen. Dabei erkannten die Musterklassifikatoren nur aufgrund der Gehirnstruktur 72 % der tatsächlichen DIS-Fälle richtig (Sensitivität) und ordneten 74 % der Kontrollpersonen korrekt als gesund zu (Spezifität).

Funktionelle Bildgebung und neuronale Aktivierung

Die verschiedenen Anteile bei DIS-Betroffenen haben nicht nur unterschiedliche Charaktereigenschaften und Fähigkeiten, sondern zeigen auch unterschiedliche Aktivierungsmuster im Gehirn. Reinders et al. (2006) ließen Betroffene während einer PET-Untersuchung, die Blutströme im Gehirn abbildet, gezielt zwischen Anteilen wechseln. Jeder Anteil bekam traumaassoziierte Bilder gezeigt, die seine spezifischen Erfahrungen triggerten. Die Ergebnisse zeigten, dass Alltagsanteile eine erhöhte Durchblutung in Gehirnbereichen hatten, die Gefühle regulieren, während traumabezogene Anteile eine erhöhte Aktivität in Angst- und Fluchtregionen aufwiesen. Das Gehirn verarbeitete also die gleiche äußere Situation völlig unterschiedlich, je nach aktivem Anteil. Dies war konsistent zu den gleichzeitig erhobenen kardiovaskulären Reaktionen, die bei traumabezogenen Anteilen deutlich stärkere Stressreaktionen zeigten.

Bei einer anderen Studie verwendeten Schlumpf et al. (2013) neutrale und wütende Gesichter, die so kurz eingeblendet wurden, dass sie nicht bewusst wahrgenommen werden konnten. Die Reaktionen im Gehirn wurden bei DIS-Betroffenen – sowohl bei Alltagsanteilen als auch bei traumabezogenen Anteilen – sowie bei Schauspieler:innen untersucht, die einen traumabezogenen Anteil simulieren sollten. Die Ergebnisse zeigten deutliche Unterschiede zwischen Alltagsanteilen und traumabezogenen Anteilen. Keiner der Anteile gab subjektiv empfundene Angst an. Dennoch waren die Reaktionen bei Alltagsanteilen unterreaktiv und bei traumabezogenen Anteilen überreaktiv. Dies verdeutlicht, dass verschiedene Anteile selbst auf neutrale Reize unterschiedlich reagieren, auch ohne bewusste Wahrnehmung.

Beim Vergleich zwischen echten DIS-Betroffenen und den Schauspieler:innen zeigten sich insbesondere bei den neutralen Gesichtern ebenfalls deut-