

Übersichtsarbeit

Dissoziative Identitätsstörung und partielle Dissoziative Identitätsstörung

Stefan Roepke*, Kathlen Priebe*, Christian Schmahl, Birgit Kleim, Rita Rosner, Thomas Ehrling

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin: Prof. Dr. Stefan Roepke

Oberberg Fachkliniken für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin und Brandenburg: Prof. Dr. Stefan Roepke

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte: Dr. Kathlen Priebe

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin: Dr. Kathlen Priebe

Klinik für Psychosomatik und Psychosomatische Medizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg: Prof. Dr. Christian Schmahl

Psychologisches Institut, Universität Zürich: Prof. Dr. Birgit Kleim

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: Prof. Dr. Birgit Kleim

Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt: Prof. Dr. Rita Rosner

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, LMU München: Prof. Dr. Thomas Ehrling

Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Standort München-Augsburg: Prof. Dr. Thomas Ehrling

*Die beide Autoren teilen sich die Erstautorenschaft.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Diagnose Dissoziative Identitätsstörung (DIS) ersetzt im ICD-11 die Multiple Persönlichkeitsstörung und ist durch zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten) mit typischerweise Amnesien zwischen diesen gekennzeichnet. Die Persönlichkeitszustände gehen mit deutlichen Diskontinuitäten im Erleben von Selbst und Steuerungsfähigkeit einher. Bei der partiellen DIS sind die Diskontinuitäten weniger stark ausgeprägt. In dieser Übersicht werden empirische Studien zu DIS und partieller DIS zusammengefasst und diskutiert sowie Handlungsoptionen für die klinische Praxis abgeleitet.

Methode: Auf Grundlage einer Literaturrecherche in der Datenbank PubMed wurde eine narrative Übersicht erstellt.

Ergebnisse: Zur DIS liegen nur wenige empirische Studien vor, meist mit erheblichen methodischen Einschränkungen. Für die partielle DIS fehlen belastbare Daten vollständig. Die vorhandenen Befunde zeigen eine deutliche Überlappung mit anderen traumaassoziierten Störungsbildern, insbesondere mit der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Vorliegende Daten sprechen tendenziell gegen zentrale Konstrukte der DIS, insbesondere gegen die

postulierte Amnesie zwischen den Persönlichkeitszuständen. Eine belastbare Evidenz zur Wirksamkeit spezifischer Therapieverfahren liegt nicht vor.

Schlussfolgerung: DIS und partielle DIS sind bislang unzureichend validierte Diagnosen, und es liegen keine evidenzbasierten Behandlungen vor. Dissoziative Symptome werden bereits durch besser erforschte Störungsbilder wie KPTBS und BPS abgedeckt, für die validierte Therapieoptionen verfügbar sind. Die Diagnose (partielle) DIS sollte nur vergeben werden, wenn alternative Erklärungen der Symptomatik ausgeschlossen sind.

Zitierweise

Roepke S, Priebe K, Schmahl C, Kleim B, Rosner R, Ehrling T: Dissociative identity disorder and partial dissociative identity disorder. Dtsch Arztebl Int 2026; 123: 220–25. DOI: 10.3238/arztebl.m2026.0005

Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) ist laut ICD-11 durch das Vorhandensein von zwei oder mehr Persönlichkeitszuständen, sogenannten dissoziativen Identitäten, innerhalb eines Individuums gekennzeichnet (1). Diese Persönlichkeitszustände unterscheiden sich in Erleben, Wahrnehmung, Denken und Körperbezug und übernehmen wiederholt die Kontrolle über Bewusstsein und Verhalten (*Kasten 1, eKasten 1*). Das ICD-11 führt hierfür keine Beispiele an, das DSM-5 beschreibt jedoch, dass sich Einstellungen, Anschauungen und persönliche Präferenzen (zum Beispiel hinsichtlich Nahrung oder Kleidung) abrupt verändern und wieder zurückbilden können. Zudem kann das Körpererleben variieren, etwa indem sich Betroffene wie ein Kind oder wie dem anderen Geschlecht

zugehörig erleben (2). Zwischen den Persönlichkeitszuständen kann, muss aber nicht, eine Amnesie bestehen. Die Störung wird mit schweren und wiederholten Kindheitstraumata in Verbindung gebracht (3). Bei der partiellen DIS tritt die Übernahme der Kontrolle durch andere Persönlichkeitszustände nur temporär, teilweise oder seltener auf und die Diskontinuitäten sind weniger stark ausgeprägt (*Kasten 2, eKasten 2*). Der Unterschied zwischen DIS und partieller DIS ist auf Symptomebene im Wesentlichen graduell. Im ICD-10 wurde das Störungsbild als Multiple Persönlichkeitsstörung geführt, mit dem Vermerk, dass die Diagnose selten sei und ihre Ätiologie, hinsichtlich iatrogener oder kulturspezifischer Faktoren, kontrovers diskutiert werde. Dabei wurde erwogen, dass Symptome durch Überzeugungen von Behandlern, nicht lege artis durchgeführte Therapien oder durch Medien induziert oder verstärkt werden sein könnten. Dieser Hinweis entfällt im

Informationen zu dieser CME

Dieser Beitrag wurde von der Ärztekammer Nordrhein zertifiziert.

Die Fragen finden Sie unter <http://daebl.de/R95>. Einsendeschluss ist der 16.04.2027.

Die Teilnahme ist möglich unter cme.aerzteblatt.de

ICD-11, das sich stärker am US-amerikanischen Konzept gemäß DSM-5 (2) orientiert (*eKasten 3*). Diese Übersicht fasst die relativ wenigen vorliegenden Studien zu Ätiologie, Prävalenz, Diagnostik und Behandlung der DIS und partiellen DIS zusammen und unterzieht sie einer kritischen Bewertung.

Methode

In der Datenbank PubMed wurde eine Literaturrecherche mit den Suchbegriffen „dissociative identity disorder“ oder „multiple personality disorder“ (Datum 08.01.2025) und den Suchbegriffen „other specified dissociative disorder“ oder „complex dissociative disorders“ oder „complex dissociative disorder“ oder „dissociative disorder not otherwise specified“ (Datum 14.02.2025) durchgeführt. Eingeschlossen wurden nur Originalarbeiten, Metaanalysen und Fallserien von Gruppen (Stichprobengröße größer 1), in denen entweder Teilnehmende mit (partieller) DIS oder klinische oder gesunde Stichproben mit Merkmalen einer (partiellen) DIS untersucht wurden.

Ergebnis der Literatursuche

Ohne Duplikate ergab die Literatursuche insgesamt 878 Treffer. Zwischen 1980 (erste identifizierte Studie) und 2025 wurden 272 Studien zu „DIS/Multiple Persönlichkeitsstörung“ beziehungsweise „Nicht Näher Bezeichneten Dissoziative Störung“ identifiziert, die den Einschlusskriterien entsprachen, und um eine aktuelle Psychotherapie-Studie ergänzt (4). Dies entspricht weltweit pro Jahr etwa 6 datenbasierten Veröffentlichungen. 140 Einzelfallberichte wurden nicht berücksichtigt. Studien zur partiellen DIS fehlen bislang vollständig. In vielen Studien liegt in der untersuchten Population von Patientinnen und Patienten mit DIS eine 100 %ige Komorbidität mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beziehungsweise remittierten PTBS vor (e1–e9). Weiterhin basieren viele Untersuchungen auf denselben kleinen (N = 11 beziehungsweise N = 32) Stichproben von Teilnehmenden mit DIS (e6–e10), (*Kasten 3*). So wurden in den 10 Jahren zwischen 2011 und 2021 in den weltweit 18 Publikationen zur Ätiologie nur 47 neue Fälle mit DIS eingeschlossen (5).

Prävalenz

Die Diagnose DIS wird signifikant häufiger bei Frauen als bei Männern gestellt, mit in der Literatur berichteten Geschlechterverhältnissen von bis zu 8:1 (e11, e12). In Deutschland lag 2023 für die stationären psychiatrischen und psychosomatischen Fälle ein Geschlechterverhältnis von circa 17:1 vor (w:m, Hauptdiagnose nach PEPP, (6)). Eine Übersicht und Metaanalyse über Punktprävalenzstudien in Europa und den USA fand eine Prävalenz der DIS von 1,3 % in der Allgemeinbevölkerung und 3,9 % unter Studierenden (7). Für Deutschland würde das über 1 Million Betroffene bedeuten. Eine Übersicht von 2009 über Punktprävalenzstudien aus psychiatrischen Einrichtungen in Europa und den USA fand 5–21 % Prävalenz der DIS in psychiatrischen Kliniken und 12–29 % im ambulanten psychiatrischen Bereich (e13). Alle nach PEPP abrechnenden psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland meldeten 2023 insgesamt 381 Fälle (0,045 % aller Fälle) mit einer DIS (F44.81) als Hauptdiagnose und 660 Fälle (0,079 %) als Nebendiagnose (6). Bereits Befra-

Kasten 1

Wesentliche diagnostische Merkmale der Dissoziativen Identitätsstörung nach ICD-11*

- Identitätsstörung mit zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen (dissoziative Identitäten), verbunden mit Diskontinuitäten im Selbstbild und in der Handlungsfähigkeit
- Jede Identität hat eigene Muster im Erleben, Wahrnehmen, Denken und in der Beziehung zu Körper und Umwelt.
- Mindestens zwei Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Bewusstsein und das Verhalten, zum Beispiel im Alltag (Erziehung, Arbeit) oder in speziellen Situationen (zum Beispiel bei Bedrohungen).
- Die Veränderungen der Persönlichkeitszustände führen zu Veränderungen in Empfinden, Wahrnehmung, Emotion, Kognition, Gedächtnis, Motorik und Verhalten.
- Episoden von Amnesie, die über gewöhnliches Vergessen hinausgehen, sind typisch.
- Symptome sind nicht besser durch andere psychische Störungen erklärbar.
- Keine Auswirkungen von Substanzen, Medikamenten, neurologischen Erkrankungen oder Schlafstörungen.
- Die Symptome führen zu erheblicher Beeinträchtigung in persönlichen, sozialen oder beruflichen Bereichen; die normale Funktion ist nur durch erheblichen Zusatzaufwand möglich.

* von den Autoren übersetzt und gekürzt, nach (1)

gungen in den 1990er Jahren in der Schweiz und den Niederlanden ergaben, dass 10 beziehungsweise 42 % der befragten Psychiaterinnen und Psychiater die Diagnose jemals vergeben haben (e14, e15). Eine Erklärung dieser Diskrepanz in den Prävalenzangaben könnten nicht-repräsentative Stichproben, geringe Validität der Diagnoseinstrumente, Untersucher-Bias oder eine geringe Validität der DIS-Diagnose sein. Für die partielle DIS liegen keine Prävalenzraten vor.

Ätiologie

In der Literatur konkurrieren zwei Modelle zur Ätiologie der DIS: das Traumamodell (8) und das soziokognitive Modell (9). Das erstere, zurückgehend auf Pierre Janet, versteht Dissoziation als Abwehrmechanismus der Traumabewältigung, bei dem belastende Erfahrungen zwar im Gedächtnis gespeichert, jedoch in Persönlichkeitszustände abgespalten werden. Eine Weiterentwicklung stellt das Modell der strukturellen Dissoziation dar, das eine Kontinuität von der PTBS bis zur DIS abbildet und therapeutische Strategien ableitet (e16). Das soziokognitive Modell postuliert, dass mediale Einflüsse und psychotherapeutische Ansätze bei Menschen, die oft bereits an einer psychischen Erkrankung leiden und eine erhöhte Suggestibilität und Fantasieneigung haben, die Zuschreibung von Symptomen auf verschiedene Persönlichkeitszustände fördere (9). Metaanalysen und Übersichtsarbeiten zeigen Zusammenhänge sowohl zwischen Suggestibilität und dissoziativen Symptomen (10) als auch zwischen Traumata und Dissoziation (8, 11). Ein neuer integrativer Ansatz versucht eine Synthese beider Modelle und erklärt die Symptome der DIS durch Fehlfunktionen normalerweise adaptiver Prozesse (9). Schematherapeutische Ansätze interpretieren die Persönlichkeitszustände als Modi

Kasten 2

Wesentliche diagnostische Merkmale der partiellen Dissoziativen Identitätsstörung*

- Identitätsstörung mit zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen (dissoziative Identitäten), verbunden mit Diskontinuitäten im Selbstbild und der Handlungsfähigkeit. Jeder Persönlichkeitszustand hat eigene Muster im Erleben, Wahrnehmen, Denken und in der Beziehung zum Selbst, Körper und zur Umwelt.
- Ein dominanter Persönlichkeitszustand agiert im Alltag (zum Beispiel Erziehung, Arbeit), wird jedoch von einem oder mehreren nichtdominanten Zuständen (dissoziative Intrusionen) beeinträchtigt.
- Diese Intrusionen können kognitiv (eindringende Gedanken), affektiv (Gefühle wie Angst, Wut oder Scham), sensorisch (zum Beispiel Stimmen, visuelle Wahrnehmungen, Berührungsempfindungen), motorisch (unwillkürliche Bewegungen) oder verhaltensbezogen (Handlungen ohne Eigensteuerung) sein.
- Die nichtdominanten Zustände übernehmen nicht wiederholt die Kontrolle über Bewusstsein und Funktion, um im Alltag zu agieren (zum Beispiel Erziehung, Arbeit), können jedoch in seltenen und begrenzten Episoden temporär die Kontrolle übernehmen (zum Beispiel in emotionalen Extremsituationen oder bei Selbstverletzungen).
- Symptome sind nicht besser durch andere psychische Störungen erklärbar.
- keine Auswirkungen von Substanzen, Medikamenten, neurologischen Erkrankungen oder Schlafstörungen
- Symptome führen zu erheblichen Beeinträchtigungen im persönlichen, sozialen oder beruflichen Bereich; normale Funktion ist nur durch erheblichen Zusatzaufwand möglich.

* von den Autoren übersetzt und gekürzt, nach (1)

(12). Auffällig ist das nahezu vollständige Fehlen empirischer Daten zu Kindern, obwohl die DIS im Kindesalter beginnt (5). Fallzahlen aus allen deutschen psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Krankenhäusern, die nach PEPP abrechnen, zeigen beispielsweise für 2023 keinen einzigen Fall einer DIS (F44.81) bei den unter 15-Jährigen und nur 21 Fälle bei den 15–20-Jährigen als Hauptdiagnose und 43 Fälle als Nebendiagnose (6).

Amnesien

Nach ICD-11 sind Episoden von Amnesien, die über gewöhnliches Vergessen hinausgehen, für die Diagnose der DIS typisch, aber nicht zwingend erforderlich. Dies stellt eine konzeptuelle Änderung im Vergleich zu ICD-10 und DSM-5 dar, in denen Amnesien als notwendiges Kriterium gelten. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser Änderung fehlt. In der Literatur werden zwei Arten von Amnesien beschrieben:

- eine mit dem Wechsel der Identitäten verbundene (teilweise) Amnesie für die jeweils andere Identität und deren Erinnerungen, die sogenannte Inter-Identitäts-Amnesie und
- eine dissoziative Amnesie für frühere Traumata, die potenziell reversibel ist.

Obwohl Betroffene subjektiv eine Amnesie zwischen den Identitäten beschreiben, konnten die meisten experimentellen Studien diese objektiv nicht bestätigen (e17, 13–19). Therapeutisch schließt sich daraus, dass Strategien, die die subjektive Überzeugung der „Getrenn-

heit“ und damit der Wahrnehmung „viele zu sein“ stärken (zum Beispiel solche, die eine weitere Differenzierung der Identitäten beinhalten), kontraindiziert sind und die Fehlannahme, keinen Gedächtnistransfer zwischen den Identitäten zu haben, korrigiert werden sollte (20).

Die Häufigkeit und die Mechanismen einer über das normale Vergessen hinausgehenden Amnesie nach Traumata sind umstritten (21). Viele Studien zeigen, dass traumatische Ereignisse häufig gut erinnert werden (22), während in retrospektiven Befragungen 15–30 % von früheren Erinnerungslücken berichten (23, e18). Prospektive Studien mit dokumentierten Traumata finden, dass 14–38 % diese Ereignisse später nicht angeben (24), wobei das Nicht-Berichten vor allem dann auftritt, wenn nicht direkt nach dem Trauma gefragt wird. Die Daten sprechen zudem für alternative Erklärungen wie normales Vergessen, frühkindliche Amnesie oder die Entscheidung, nicht darüber zu sprechen (22). Insgesamt ergeben sich aus den verfügbaren Untersuchungen keine belastbaren Belege für eine dissoziative Amnesie (22, 24). Weiterhin liegen valide Daten vor, die zeigen, dass insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer nachgewiesenen hohen Suggestibilität die Gefahr besteht, Pseudoerinnerungen (falsche Erinnerungen, (22)) zu induzieren. Vor diesem Hintergrund gelten suggestive Techniken als kontraindiziert.

Diagnostik

Bei allen gängigen Diagnoseinstrumenten, dem Strukturierten Klinischen Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D, (26), deutsch (e26)) als Goldstandard, dem Dissociative Disorders Interview Schedule (27), deutsch (e27)) und dem Multidimensional Inventory of Dissociation (28) sind der Selbstbericht, das heißt die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen, für die Diagnosestellung ausreichend. Es ist nicht erforderlich, dass die untersuchende Person oder Dritte direkt einen Identitätswechsel beobachten.

Wesentlich ist weiterhin, dass die DSM-basierte Diagnose mittels SKID-D den im ICD-11 geforderten Ausschluss, nicht besser durch andere psychische Störungen erklärbar, nicht berücksichtigt. Die überwiegende Mehrzahl der empirischen Studien basiert jedoch auf dem DSM-System (5).

Seit Einführung des Konzeptes der DIS haben klinische Experten auf die Herausforderung der Diagnosestellung hingewiesen: Bis zur Diagnosestellung würden oft viele Jahre vergehen, die Symptome seien nur in sehr begrenzten Zeitfenstern diagnostizierbar, bei der Erstuntersuchung seien oft keinerlei Anzeichen der Störung erkennbar und vor einer Therapie würden selbst nahe Verwandte oft keine offensichtlichen Symptome erkennen (e28). Eine alternative Erklärung für die Instabilität des klinischen Bildes könnte auch eine geringe Validität der DIS-Diagnose sein.

Differenzialdiagnosen

Dissoziative Symptome wie Derealisation, Depersonalisation, Amnesie, veränderte Zeitwahrnehmung, Lücken im Bewusstsein und sensorische Fehlwahrnehmungen kommen bei der PTBS und häufiger noch bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) vor (29). In

den Diagnosekriterien der ICD-11 sind diese Symptome jedoch nur teilweise explizit aufgeführt. Eine kPTBS entsteht meist nach langandauernder Traumatisierung und umfasst neben den Symptomen der PTBS zusätzliche anhaltende Probleme in der Emotionsregulation, ein negatives Selbstbild mit Scham- und Schuldgefühlen sowie Schwierigkeiten in Beziehungen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist durch Instabilität in sozialen Beziehungen, dem Selbstbild und Affekten sowie ausgeprägter Impulsivität gekennzeichnet. Kriterien der Störung sind dissoziative Symptome (zum Beispiel Derealisation, Depersonalisation) und eine Identitätsstörung. Dissoziative Symptome sind bei der BPS mit der Schwere der Gesamtsymptomatik, Fantasie-Neigung und Fragmentierung der Persönlichkeit assoziiert (30). Klinisch können sich dissoziative Symptome und Identitätsstörungen bei BPS stark mit den „dissoziativen Identitäten“ der DIS ähneln, auch wenn die ICD-11 konzeptuelle Unterschiede betont.

Die histrionische Persönlichkeitsstörung ist durch übermäßige Emotionalität und Streben nach Aufmerksamkeit gekennzeichnet. Das Vortäuschen medizinischer Symptome kann in diesem Kontext erfolgen (e29).

Bei der Schizophrenie und anderen primär psychotischen Störungen können Wahn, Ich-Störungen und akustische Halluzinationen (zum Beispiel in Form von Stimmenhören) Symptome einer DIS imitieren. Besonders Stimmenhören und Fremdbeeinflussungserleben sind auch bei der DIS beschrieben (e30). Das Vorliegen von Negativsymptomen, formalen Denkstörungen und für die Schizophrenie typischen Wahninhalten können bei der Differenzierung helfen (e31).

Bei der artifiziellen Störung geht es um das Vortäuschen, Verfälschen oder das bewusste Herbeiführen oder Verschlimmern von Symptomen (ICD-11). Inhaltlich geht es den Betroffenen um eine Behandlung oder Krankenrolle.

Simulation ist das Vortäuschen, die absichtliche Erzeugung oder erhebliche Übertreibung von Symptomen, bei denen die Täuschung durch eindeutige externe Belohnungen oder Anreize motiviert ist (ICD-11). Empirische Studien zeigen, dass DIS-Simulierende geringere Symptomausprägung als Betroffene mit DIS-Diagnose aufweisen (e32).

Komorbiditäten

Die höchste Komorbiditätsrate besteht mit der PTBS, deren Kriterien 81–100 % der Patientinnen und Patienten mit DIS erfüllen (e33). Zudem zeigen 30–70 % eine BPS (e34). Häufig sind auch affektive Störungen, Angsterkrankungen und weitere Persönlichkeitsstörungen (e35, e36). Über Selbstverletzungen berichten 48–78 %, über mindestens einen Suizidversuch 60–86 % (e37).

Therapie

Die aktuellste Cochrane-Metaanalyse fand keine Studien zur spezifischen Behandlung der DIS, sodass keine Aussagen zu Wirksamkeit oder Risiken gemacht werden können (31). Auch internationale und deutschsprachige Leitlinien zur evidenzbasierten Behandlung der (partiellen) DIS liegen nicht vor (12).

Hypnose, historisch eine zentrale Behandlungsform, ist bislang zur Behandlung der (partiellen) DIS nicht evidenzgestützt (31). In der klinischen Praxis erfolgt die Be-

Kasten 3

Funktionelle und strukturelle Hirnveränderungen bei der Dissoziativen Identitätsstörung

Die Studien zu funktionellen und strukturellen Hirnveränderungen bei Patientinnen und Patienten mit DIS stammen zum Großteil aus derselben Arbeitsgruppe, die mehrfach die identische kleine (N = 11 beziehungsweise N = 32) Patientenpopulation mit 100 %iger Komorbidität mit der PTBS beziehungsweise remittierten PTBS untersuchte (e2–e8, e10, 19, e19–e23). Die einzige Metaanalyse zur Hirnstruktur von Patientinnen und Patienten mit DIS schloss drei Studien ein, zwei der Studien untersuchten die identische Patientenpopulation (e24). Zusammenfassend gibt es strukturell und funktionell hohe Überlappungen zu Hirnbefunden, die bei der PTBS, besonders dem dissoziativen Subtyp nach DSM-5 (25), insbesondere im Hippocampus und präfrontalen Kortex beschrieben wurden (e25). Für die partielle DIS liegen noch keine Daten vor.

handlung häufig im Rahmen langjähriger Einzelpsychotherapien nach dem phasenorientierten Modell der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD, (32, 33)). Dieses umfasst:

- Sicherheit schaffen, Symptomkontrolle und Emotionsregulation,
- traumafokussierte Interventionen sowie
- Integration der Persönlichkeitsanteile und psychosoziale Integration.

Hinweise auf eine Symptomverbesserung stammen überwiegend aus Fallserien und naturalistischen Studien. In einer internationalen Studie mit 280 Patientinnen und Patienten zeigten sich nach 30 Monaten Verbesserungen in dissoziativer und PTBS-Symptomatik sowie eine Reduktion von Suizidalität und stationären Aufnahmen (34). Aufgrund fehlender Kontrollgruppe sind die Ergebnisse nur begrenzt interpretierbar.

Zur Evaluation der ersten Therapiephase (Emotionsregulation) liegen zwei randomisierte kontrollierte Studien vor, in denen ein Teil der Teilnehmenden die DIS-Diagnose erfüllte: Eine Gruppenintervention zeigte keine Effekte auf das psychosoziale Funktionsniveau (primärer Outcome) und die PTBS-Symptomatik (35), während ein begleitendes Onlineprogramm mittlere Effekte auf Emotionsregulation und PTBS-Symptome erzielte; eine Verbesserung dissoziativer Symptome wurde hingegen nicht berichtet (4).

Angesichts der hohen Komorbidität mit der PTBS empfiehlt die ISSTD die Anwendung entsprechender Behandlungsleitlinien. In Deutschland ist das die AWMF-Leitlinie zur Behandlung der PTBS, die traumafokussierte Interventionen priorisiert (36). Aktuell fehlen kontrollierte Studien zur Anwendung bei der DIS.

Aufgrund der hohen Komorbidität und Symptomüberlappung wurde die ursprünglich für die BPS entwickelte Dialektisch-Behaviorale Therapie auch auf die DIS übertragen (e44); eine systematische Evaluation steht

Kasten 4

Historische Entwicklung

Fallberichte über Personen mit verschiedenen Persönlichkeiten reichen bis ins 16. Jahrhundert zurück (e38). Pierre Janet gilt als erster klinischer Vertreter der Annahme, traumatische Erlebnisse könnten amnestisch abgespalten und in separaten Identitäten organisiert werden. Bis in die 1980er Jahre beschränkte sich die psychiatrische Literatur weitgehend auf Einzelfallberichte (e39). Mit dem DSM-III wurde 1980 die Multiple Persönlichkeitsstörung erstmals offiziell als Diagnose aufgenommen. Zu dieser Zeit wurden unter anderem auch Unterschiede zwischen Identitäten in Bezug auf Händigkeit, Medikamentenansprechen, somatische Symptome, Allergien und Geschlechtsidentität beschrieben (e40). In damaligen Erhebungen berichteten 25–50 % der Patientinnen und Patienten von rituellem Missbrauch (e41). Die Diagnose gewann im Rahmen der sogenannten Satanic Panic an Bedeutung – einer bis heute verbreiteten Theorie, laut derer sektenartige Strukturen westliche Gesellschaften unterwandern, Menschen systematisch foltern und mittels Mind Control manipulieren. Für diese Annahmen fehlt bisher jede empirische Evidenz (e42, e43). Die diagnostischen Kriterien haben sich über die DSM-Versionen hinweg verändert: DSM-III sprach von „zwei oder mehr Identitäten“, DSM-IV ergänzte „oder Persönlichkeitszustände“, DSM-5 nennt ausschließlich „zwei oder mehr Persönlichkeitszustände“. Vorläufer der partiellen DIS finden sich im ICD-10 und DSM-IV unter „Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung“, insbesondere als Unterkategorie „DIS-ähnliche Fälle“. Empirische Studien, die eine Ableitung der heutigen Diagnose aus dieser Kategorie belegen würden, fehlen bislang.

noch aus. Derzeit läuft eine kontrollierte Studie zur Schematherapie (12), und erste Hinweise sprechen für die Wirksamkeit des transdiagnostischen Unified Protocol (37).

Ob dissoziative Symptome vor traumafokussierter Behandlung gezielt reduziert werden sollten, ist bislang ungeklärt. Eine Metaanalyse fand keinen Einfluss auf den Therapieerfolg (38), während andere Studien negative Effekte dissoziativer Symptome berichten (39, e45).

Für die Pharmakotherapie der DIS liegen derzeit keine Daten vor. Kleinere Studien bei anderen Patientengruppen deuten jedoch auf eine mögliche Wirksamkeit von Naloxon und Naltrexon bei dissoziativer Symptomatik hin (e46).

Fazit für die Praxis

Seit ihrer Einführung 1980 im DSM-III hat die Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) weitreichende konzeptuelle Veränderungen erfahren, trotz begrenzter empirischer Evidenz (Kasten 4). Relevante Annahmen wie die als typisch beschriebenen Amnesien zwischen Persönlichkeitszuständen werden durch aktuelle Forschung nicht belegt (9).

Die WHO hat im Rahmen des ICD-11 auf eine Feldvalidierung der beiden neuen Diagnosen verzichtet; erläuternde Literatur ist kaum vorhanden. Dissoziative Symptome treten häufig im Rahmen anderer Störungen auf, insbesondere bei der (k)PTBS und der BPS. Die Diagnose der (partiellen) DIS sollte daher nur gestellt werden, wenn andere Erklärungen für die berichtete Symptomatik ausgeschlossen sind, auch die artifizielle Störung und Simulation.

Da es bisher keine ausreichend evaluierte Therapie für die (partielle) DIS gibt, sollte der Schwerpunkt auf der Behandlung der Komorbiditäten, wie der PTBS oder BPS liegen, für die validierte wirksame Interventionen vorliegen.

Um eine iatrogene Herausbildung der Störung zu verhindern, sollten dissoziative Symptome und Identitätsunsicherheiten, Kernsymptome der (k)PTBS und der BPS, im therapeutischen Rahmen nicht auf unterschiedliche Identitäten attribuiert werden.

Die therapeutische Suche nach vermeintlich verdrängten Erinnerungen ist kontraindiziert; stattdessen sollte über das Risiko aufgeklärt werden, falsche Erinnerungen zu induzieren (22). Bei Patientinnen und Patienten mit ausgeprägter Überzeugung, an einer DIS zu leiden, auch ohne diagnostische Bestätigung, sowie bei bestätigter Diagnose sollte das subjektive Erleben der Betroffenen validiert werden. Gleichzeitig ist auf Interventionen zu verzichten, die eine weitere Ausformung von Identitäten fördern. Stattdessen sollte die Therapie auf die Entwicklung und Stärkung eines kohärenten Identitätsgefühls ausgerichtet sein.

Interessenkonflikt

SR erhielt Vergütung für die Tätigkeit im Advisory Board von Boehringer Ingelheim, Bionorica SE, Janssen und Otsuka sowie Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, das Bundesministerium für Bildung und Forschung und den Innovationsfond.

KP erhielt Vergütungen für Buchpublikationen und Vorträge.

ChSch erhielt Vergütung für Beratungs-Tätigkeit bei Boehringer Ingelheim und Atai Pharma sowie Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft und das Bundesministerium für Bildung und Forschung.

BK erhielt Vergütungen für Vorträge, darüber hinaus Forschungsförderung durch den Schweizerischen Nationalfonds, Horizon Europe, HMZ Hochschulmedizin Zürich.

RR erhielt Vergütungen für Buchpublikationen und Vorträge, sowie Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, das Bundesministerium für Bildung und Forschung und den Innovationsfond.

TE erhielt Vergütungen für Vorträge sowie für Beratungstätigkeit bei der Oberberg GmbH, darüber hinaus Forschungsförderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, das Bundesministerium für Bildung und Forschung, den Innovationsfond und den Wellcome Trust.

Manuskriptdaten

eingereicht: 02.05.2025, revidierte Fassung angenommen: 12.01.2026

Literatur (Kurzfassung)

1. <https://icd.who.int/>
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013. doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.
3. Foote B, et al.: Am J Psychiatry 2006; 163: 623–9.
4. Brand BL, et al.: Psychol Trauma 2025; 17: 1717–27.
5. Boysen GA: J Nerv Ment Dis 2024; 212: 174–86.
6. Statistisches Bundesamt, PEPP-Statistik, Abfrage 2025.

7. Kate MA, et al.: J Trauma Dissociation 2020; 21: 16–61.
8. Dalenberg CJ, et al.: Psychol Bull 2012; 138: 550–88.
9. Lynn SJ, et al.: Annu Rev Clin Psychol 2022; 18: 259–89.
10. Merckelbach H, et al.: Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice 2022; 9: 2–26.
11. Vonderlin R, et al.: Psychol Med 2018; 48: 2467–76.
12. Huntjens RJC, et al.: Eur J Psychotraumatol 2019; 10: 1684629.
13. Elzinga BM, et al.: J Abnorm Psychol 2003; 112: 237–43.
14. Huntjens RJC, et al.: Behav Res Ther 2016; 87: 216–24.
15. Huntjens RJ, et al.: PLoS One 2012; 7: e40580.
16. Huntjens RJ, et al.: J Abnorm Psychol 2003; 112: 290–7.
17. Huntjens RJ, et al.: Mem Cognit 2002; 30: 1033–43.
18. Kong LL, et al.: J Abnorm Psychol 2008; 117: 686–92.
19. Dimitrova LI, et al.: J Psychiatr Res 2024; 174: 220–9.
20. Lilienfeld SO: Perspect Psychol Sci 2007; 2: 53–70.
21. Lynn SJ, et al.: Clin Psychol Sci 2023; 11: 725–43.
22. McNally RJ: Top Cogn Sci 2024; 16: 661–74.
23. Elliott DM: J Consult Clin Psychol 1997; 65: 811.
24. Pope HG Jr, et al.: Br J Psychiatry 1998; 172: 210–5; discussion 216–7.
25. Misitano A, et al.: J Trauma Dissociation 2024; 25: 349–65.
26. Steinberg M: The SCID-D: Dissociation assessment in therapy, forensics and research. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing 2023.
27. Ross CA, et al.: Am J Psychiatry 1990; 147: 1698–9.
28. Dell PF: J Trauma Dissociation 2006; 7: 77–106.
29. White WF, et al.: Psychol Med 2022; 52: 1629–44.
30. Al-Shamali HF, et al.: Aust N Z J Psychiatry 2022; 56: 1252–164.
31. Ganslev CA, et al.: Cochrane Database Syst Rev 2020; 7: CD005331.
32. International Society for the Study of Trauma and Dissociation: J Trauma Dissociation 2011; 12: 188–212.
33. Yeates S, et al.: J Trauma Dissociation 2024; 25: 248–78.
34. Brand B, et al.: Psychol Trauma 2009; 1: 153–171.
35. Bækkelund H, et al.: BMC Psychiatry 2022; 22: 338.
36. Schäfer I, et al.: S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. 2019.
37. Mohajerin B, et al.: Cogn Behav Pract 2020; 27: 270–89.
38. Hoeboer CM, et al.: BJPsych Open 2020; 6: e53.
39. Kleindienst N, et al.: Psychol Med 2025; 55: e59.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Stefan Roepke
stefan.roepke@charite.de



Zusatzmaterial
vollständige Literatur inkl. eLiteratur, eKasten:
www.aerzteblatt.de/m2026.0005 oder über QR-Code

Englische Version:
www.aerzteblatt-international.de