

Der o. g. Artikel stellt die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) und die Partielle DIS als unscharfe Symptomansammlungen dar, die ebenso gut durch andere, differentialdiagnostisch genannte Diagnosen erklärt werden könnten. Diese reduktionistische Perspektive wird weder der Komplexität der Symptomatik dissoziativer Störungen gerecht noch ist sie nosologisch und wissenschaftlich tragbar. Die ICD 11 definiert Dissoziation als Unterbrechung körperlicher und psychischer Funktionen: Auf körperlicher Seite können Empfindung und Wahrnehmung, Motorik und Verhalten sowie kognitive Funktionen betroffen sein, auf psychischer Ebene Erinnerungen, Gedanken, Gefühle sowie das Identitätserleben.

Bei komplexen dissoziativen Störungen wie der DIS und der pDIS finden sich in allen o. g. Bereichen organisierte Muster von Funktionsunterbrechungen. Unterschiedliche eingeschränkte Funktionskonfigurationen stehen nebeneinander, werden als fremd erlebt und können deshalb subjektiv keinem einheitlichen Ich zugeschrieben werden. Neurobiologische Studien zeigen eine veränderte Aktivität in neurologischen Netzwerken der Selbstreferenz, Körperwahrnehmung und Handlungssteuerung [1].

Zentral steht bei komplexen dissoziativen Störungen die Beeinträchtigung des „Sense of Agency“ [2]: Patient:innen erleben Handlungen und Sprechakte nicht als eigene, sondern als von jemand anderem gesteuert. Der Zusammenhang zwischen fragmentiertem Erinnerungszugriff und Selbstbewertung ist besonders wichtig: Wenn autobiografische Informationen nur selektiv verfügbar sind, lassen sich widersprüchliche Handlungen und Affekte innerhalb eines Ich-Modells kaum sinnvoll bewerten und werden anderen inneren Instanzen zugeschrieben.

In der Diskussion sollte es um eine qualifizierte Diagnostik dissoziativer Muster in den o. g. Funktionsbereichen gehen [3]. Erst auf dieser Grundlage lassen sich adäquate psychotherapeutische Behandlungsansätze realisieren und iatrogene Risiken minimieren. Andernfalls werden dissoziative Prozesse zu aufrechterhaltenden Bedingungen posttraumatischer Symptomatik.

[1] Lanius, R. A., Frewen, P. A., Tursich, M., Jetly, R., & McKinnon, M. C. (2015). Restoring large-scale brain networks in PTSD and related disorders: A proposal for neuroscientifically-informed treatment interventions. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27313. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27313>

[2] Lanius, R. A., Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (2014). *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Toward an Embodied Self*. New York: Springer.

[3] Schöne, C., Abourafia, K., & Pensel, M. C. (2024). Erweiterte Diagnostik bei dissoziativen Anfällen. *Clinical Epileptology*, 37(3), 197–202. <https://doi.org/10.1007/s10309-024-00683-8>