

DeGPT

Deutschsprachige
Gesellschaft für
Psychotraumatologie

Psychotraumatologie: Häufig gestellte Fragen

Evidenzbasierte Antworten
auf die wichtigsten Fragen

Annex 2

Dissoziative Identitätsstörung

Impressum

Dieses Dokument einschließlich aller seiner Teile/Anhänge ist Eigentum der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der DeGPT unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Zum geschlechterbewussten Sprachgebrauch wurde in diesem Dokument ein Gender-Doppelpunkt „:“ verwendet, um beim elektronischen Vorlesen eine Sprechpause zu erhalten.

Psychotraumatologie: Häufig gestellte Fragen (Q&A). Evidenzbasierte Antworten auf die wichtigsten Fragen. Annex 2 Dissoziative Identitätsstörung.

© 2022 Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

www.degpt.de

Alle Rechte vorbehalten, Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Herausgegeben von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). In Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Psychologie, Soziale Arbeit, Pflegewissenschaft, Medizin und Jurisprudenz.

Zitieren: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (2022). „Psychotraumatologie: Häufig gestellte Fragen (Q&A). Evidenzbasierte Antworten auf die wichtigsten Fragen“ – Annex 2 Dissoziative Identitätsstörung. Online auf www.degpt.de, heruntergeladen am [Datum]

Inhalt

1	Dissoziative Identitätsstörung	3
1.1	Was ist die dissoziative Identitätsstörung (DIS)?	3
1.2	Was ist das Besondere an der Diagnostik der DIS?	3
1.3	Wie entsteht die dissoziative Identitätsstörung?	4
1.4	Welche neurobiologischen Veränderungen gibt es bei der DIS?	4
1.5	Was ist eine imitierte DIS?	5
1.6	Wie sind anhaltende Kontroversen, um die DIS zu erklären?	5
1.7	Weshalb hat die WHO die dissoziative Identitätsstörung anerkannt?	6
1.8	Wie wird eine dissoziative Identitätsstörung behandelt?	6
2	Literaturnachweise	8

1 Dissoziative Identitätsstörung

1.1 Was ist die dissoziative Identitätsstörung (DIS)?

Die Weltgesundheitsorganisation hat – basierend auf Forschung in den vergangenen 30 Jahren – die dissoziative Identitätsstörung (DIS) im Juni 2019 offiziell als neue Diagnose anerkannt und in das überarbeitete Diagnostikmanual ICD-11 aufgenommen (WHO, 2019). Früher wurde die DIS noch „multiple Persönlichkeit“ genannt, ein heute überholter und nicht mehr verwendeter Begriff.

Bei der dissoziativen Identitätsstörung und der partiellen dissoziativen Identitätsstörung (pDIS) nach ICD-11 bestehen Persönlichkeitszustände mit unterschiedlichen Mustern von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und Interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umwelt. Nach ICD-11 gehört zur Definition von Persönlichkeitszuständen, dass diese in der Lage sein müssen, vorübergehend die exekutive Kontrolle über das Handeln der Betroffenen zu übernehmen. Bei der DIS sind diese Wechsel teilweise verbunden mit Amnesien für unbeteiligte bzw. alltagsferne Persönlichkeitszustände. Menschen mit DIS verhalten und/oder erleben sich so, als gäbe es mehrere verschiedene Personen in ihnen. Leidensdruck entsteht durch die teilweise erheblichen Alltagsamnesien, durch die mangelnde Kontrolle über das eigene Denken, Fühlen, Erleben und Handeln sowie durch die hieraus bedingten gestörten sozialen Interaktionen.



„Dissociative Identity Disorder“ in der ICD-11: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1829103493>

1.2 Was ist das Besondere an der Diagnostik der DIS?

Wie in der ICD-11 beschrieben, ist die DIS eine komplexe Erkrankung. Eines ihrer wesentlichen Merkmale ist, dass Betroffene aus Angst, Scham, Insuffizienzgefühlen, Verunsicherung, Selbstzweifeln, Misstrauen, Anosognosie und anderen Gründen lange nicht über ihre Symptome zu sprechen wagen oder nicht darüber reden können. Daher können Betroffene Abklärungsfragen oft ausweichen oder sie falsch verneinen. Sie weisen meist auch nicht selbst aktiv auf die Symptome hin. Im klinischen Erstkontakt imponieren jedoch häufig Sekundär- oder Folgeprobleme als „greifbarere“ Beeinträchtigungen wie Depressionen, Angst, psychosomatische Symptome, Selbstverletzung, Essstörungen, Suchterkrankungen oder Beziehungsprobleme. Oft werden erst im Zuge eines therapeutischen Beziehungsaufbaus die bewusstseinsferneren und häufig schambesetzten dissoziativen Symptome offenbart, wodurch dann das Vorhandensein anderer Persönlichkeitszustände offensichtlich wird. Auch kann die Symptomatik des dissoziativen Stimmenhörens zur Fehldiagnose der „Schizophrenie“ führen. (Gast et al. 2006).

Die Diagnostik von Menschen mit einer DIS ist daher meist eine Prozessdiagnostik erforderlich, die Zeit und fundierte klinische Erfahrung der Psychotherapeut:innen benötigt. Für die Diagnostik sollten ergänzend evidenzbasierte Fragebögen verwendet werden (Gysi, 2020).

1.3 Wie entsteht die dissoziative Identitätsstörung?

Die WHO schreibt im Begleittext der ICD-11, dass die DIS *„gewöhnlich mit schweren oder chronischen Traumatisierungen assoziiert ist, dazu gehören körperliche, sexuelle oder emotionale Gewalt“* (WHO, 2019).

Heute gilt als wissenschaftlich erwiesen, dass bei der dissoziativen Identitätsstörung in der Regel ein Zusammenhang mit schwerer Gewalt besteht, wobei zu den genauen Wirkmechanismen noch Forschungsbedarf besteht (Reinders & Veltman, 2021).

Die Behauptung, dass die DIS durch Suggestion, durch Therapie, durch Medienberichte oder übertriebene Fantasie psychisch erkrankter Menschen ausgelöst werden kann, gilt heute als wissenschaftlich veraltet (Piedfort-Marin et al., 2021; Brand et al., 2016). Das Fantasie-Modell kann jedoch für Menschen zutreffen, die fälschlicherweise glauben, an einer DIS zu leiden („imitierte DIS“). Dies ist in der Regel ein Hinweis auf eine andere psychische Störung. (Pietkiewicz et al. 2021).



Literatur dazu: Reinders, A.A. and D.J. Veltman, Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? The British Journal of Psychiatry, 2021. 219(2): p. 413-414.

1.4 Welche neurobiologischen Veränderungen gibt es bei der DIS?

In den vergangenen Jahren sind verschiedene Studien zur Neurobiologie der DIS veröffentlicht worden, welche die Störung auch auf neuroanatomischer Ebene bestätigt haben (Blihar et al., 2020).

So sind z.B. bei Menschen mit DIS im Vergleich zu Kontrollgruppen verschiedene Hirnstrukturen kleiner; hierzu gehören Hippocampus, Hirnstrukturen für Empfindungen und Achtsamkeit sowie Strukturen für die Ausführung von Bewegungen und das Angstlernen. Zudem sind die Leitungsbahnen der weißen Substanz vergrößert, die mit der Regulation von Flucht und Kampf zu tun haben (Blihar et al., 2020).

In Untersuchungen mit Positronen-Emissions-Tomographie, funktioneller Magnetresonanztomografie und EEG konnten je nach aktivierten Persönlichkeitszuständen verschiedene Reaktionsweisen nachgewiesen werden. Hierbei zeigte sich in alltagsbezogenen Persönlichkeitszuständen eine erhöhte Durchblutung in Hirnbereichen, die Gefühle unterdrücken. In emotionalen Persönlichkeitszuständen war die Durchblutung in Hirnbereichen aktiviert, die mit Angst und Flucht zu tun haben (Schlumpf et al., 2013; Reinders et al., 2012). Bei Konfrontation mit einem Trauma zeigte sich in einem nicht beteiligten

Annex 2 – Dissoziative Identitätsstörung

Persönlichkeitsanteil eine normale Frontalhirnaktivierung, im Persönlichkeitsanteile, der das Trauma erlebt hatte, eine Verminderung der Frontalhirnaktivität. Somit konnten unterschiedliche Reaktionen von zwei verschiedenen Anteilen auf den selben dargebotenen Reiz gesehen werden. (Reinders et al., 2003)

Basierend auf den fundierten neurobiologischen Erkenntnissen der vergangenen Jahre erweisen sich frühere Zweifel am Krankheitsbild der dissoziativen Identitätsstörung deshalb heute als unbegründet. Diese Befunde trugen mit zu der Entscheidung der WHO bei, dass diese Diagnose in den aktuellen Diagnosekatalog der ICD-11 aufgenommen wurde.



[Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., & Waechter, R. \(2020\). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. European Journal of Trauma & Dissociation, 4\(3\), 100148.](#)

1.5 Was ist eine imitierte DIS?

Manchmal gehen Menschen fälschlicherweise davon aus, an einer dissoziativen Identitätsstörung zu leiden. Sie kommen irrtümlich auf die Diagnose, weil sie durch Medienberichte, Laien, soziale Medien und, Literatur auf das Krankheitsbild aufmerksam gemacht oder durch nicht ausreichend qualifizierte Fachpersonen falsch diagnostiziert wurden. Diese Fälle werden „imitierte DIS“ oder „falsch positive DIS“ genannt (Pietkiewicz et al., 2021).

So zeigen sich in sozialen Medien manchmal Menschen, die vermutlich nicht an einer DIS leiden und ihre angeblichen Anteile offen darstellen. Ein Kernelement der DIS ist jedoch, dass sich Persönlichkeitszustände aufgrund ausgeprägter Scham und Angst möglichst nicht zeigen -und erst im Laufe störungsspezifische Therapie zugänglicher werden.

In einer qualifizierten professionellen Diagnostik kann eine imitierte DIS identifiziert werden, weil sich deren Symptom-Präsentation von einer echten DIS deutlich unterscheidet.

1.6 Wie sind anhaltende Kontroversen, um die DIS zu erklären?

Die DIS als traditionelles psychiatrisches Störungsbild ist von Beginn an mit dem Stigma der mangelnden Glaubhaftigkeit belastet. Intra- und interpersonelle Tabus, die das Ausmaß erlittener Gewalterfahrungen nicht in das individuelle, öffentliche und wissenschaftliche Bewusstsein gelangen lassen, könnten hier eine wichtige Rolle spielen. Eine entsprechende Stigma-Forschung sollte sich der wichtigen Frage annehmen, weshalb die dissoziative Identitätsstörung lange umstritten war und noch heute– trotz von der WHO anerkannter Diagnose und Aufnahme in die ICD-11– angezweifelt wird (Gast 2022).

Plakative Darstellungen in Romanen und Hollywoodfilmen („Michelle Remembers“, „The Three Faces of Eve“ oder „Sybil“) trugen zusätzlich zu einem verzerrten und

vorurteilbehafteten Bild der DIS (damals „multiple Persönlichkeit“ genannt) bei. (Sampson, 2020).

Auch Fachleute können von falschen Vorstellungen ausgehen: Statt einer diskreten und schambesetzten Symptomatik wird oft ein florides, dramatisches Erscheinungsbild mit offenkundig wechselnden Identitäten vermutet (ISSTD 2011; Brand et al 2016). In der Psychiatrie- und Psychotherapieausbildung von Psychiater:innen und Psycholog:innen wird meist wenig zu dieser Diagnose geschult, obwohl Studien von einer Prävalenz von 0,5–1% in der Gesamtbevölkerung und 5% in stationären psychiatrischen Patientenpopulationen ausgehen (Gast & Rodewald, 2003). Dies ist zu vergleichen mit einer Prävalenz der Schizophrenie von 1–1,5% (Rössler, 2011).



Richard J. Loewenstein (2018) Dissociation debates: everything you know is wrong, Dialogues in Clinical Neuroscience, 20:3, 229-242, DOI: [10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein](https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein)

1.7 Weshalb hat die WHO die dissoziative Identitätsstörung anerkannt?

Mit den Anpassungen in der ICD-11 will die WHO Stigmatisierung durch unzeitgemäße Zuordnung zu pathologischem Kontext vermeiden. Zudem sollen durch die neue Codierung Betroffene Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten, die ihnen bisher oft verwehrt waren (Sievers, 2021).

Die WHO hat die dissoziative Identitätsstörung – basierend auf umfangreicher Forschung (Dorahy et al, 2014; Reinders & Veltman, 2021) in langen wissenschaftlichen Prüf- und Konsensverfahren – in der ICD-11 neu und präzise definiert. Damit sollen, gestützt auf internationalen Behandlungsstandards, fachgerechte Behandlungen angeboten und Leid verhindert bzw. reduziert werden. Die ICD-11 gilt für Fachleute als Referenzsystem, auf das sie sich bei der Diagnostik und der darauffolgenden Therapie beziehen müssen. Für die Behandlung der DIS gibt es internationale Richtlinien, an die sich Psychotherapeut:innen halten sollten (ISSTD, 2011).

1.8 Wie wird eine dissoziative Identitätsstörung behandelt?

Für die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung bestehen Behandlungsleitlinien:

- International Society for the Study of Dissociation (ISSTD): Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. 2011; in Gast U, Wirtz G: Deutsche Bearbeitung: Expertenempfehlung für die Behandlung von DIS bei Erwachsenen. Trauma & Gewalt 2014; 8(1):7–71

Annex 2 – Dissoziative Identitätsstörung

Gemäß diesen Guidelines wird eine Phasenbehandlung empfohlen (ISSTD, 2014).

Die Behandlung beginnt mit der sorgfältigen Diagnostik, die oft längere Zeit beansprucht und im Verlauf regelmäßig aktualisiert werden muss (Gysi, 2020). Aufgrund der Schwere und der Komplexität der dissoziativen Symptomatik wird in der ersten Behandlungsphase der Fokus auf Sicherheit und Stabilisierung gelegt, da viele Betroffene bei zu frühem Durcharbeiten traumatischer Erinnerungen destabilisieren (ISSTD, 2014).

Oft ist zu Beginn eine sozialpsychiatrische Stabilisierung notwendig, die eine Medikation (z.B. zur Unterstützung bei Schlafstörungen, bei Affektregulationsproblemen, zur Reduktion von Intrusionen und Flashbacks oder bei komorbiden Störungen), eine psychosoziale Vernetzung (z.B. Sozialarbeit, Hausarztmedizin, psychiatrische Pflege) und eine somatische Stabilisierung beinhaltet (Bailey & Brand, 2017). Wie bei der posttraumatischen Belastungsstörung arbeiten ambulante und stationäre Hilfsangebote idealerweise eng zusammen (Reddemann et al., 2022).

Psychotherapeutisch liegt der Fokus speziell zu Beginn einer Behandlung oft auf der Arbeit an Bindungsverletzungen (Vertrauens- Probleme, Übertragungs-Verzerrungen) und der Therapie vorherrschender komorbider Störungen (z.B. Sucht, Essstörungen, Depressionen, Angststörungen). Es folgt Verhaltensstabilisierung und Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Erinnerungen (Brand et al, 2012). Dazu gehört ein multimodales, gegenwartsbezogenes Vorgehen mit Fokus auf Psychoedukation und kognitiv-behavioralen Interventionen, sowie dem Verständnis von Bindungsdynamiken auf Basis von psychodynamischen und bindungsfokussierten Theorien. Betroffene lernen gesunde Strategien im Umgang mit Dissoziation, posttraumatischem Wiedererleben, Affektregulationsproblemen, selbstschädigenden Handlungen und anderen dysfunktionalen Strategien (Brand et al., 2019; Steele et al., 2017). Die Berücksichtigung der dissoziativen Symptomatik einschließlich der schrittweisen Einbeziehung der vorliegenden Persönlichkeitszustände ist entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung (Jepsen et al, 2014, ISSTD-Guidelines).

Wenn Betroffene über eine ausreichende Fähigkeit im Umgang mit belastenden Gefühlen und Symptomen verfügen und im Alltag ausreichend sicher sind, wird in der zweiten Behandlungsphase mit dem vorsichtigen Aufarbeiten posttraumatischer Erinnerungen begonnen (Brand et al, 2012; Gonzalez et al., 2012). Bestehende Konfrontationsverfahren müssen auch hier unter Berücksichtigung der Persönlichkeitszustände modifiziert werden (Steele et al. 2017)

In der dritten Behandlungsphase beginnen Betroffene mit zunehmender Stabilisierung sich neu zu orientieren, neue Beziehungen einzugehen und gesündere Lebensperspektiven zu entwickeln und umzusetzen (Steele et al., 2017).

Eine störungsspezifische Behandlung kann die Lebensqualität verbessern und Gesundheitskosten einsparen (Myrick et al, 2017). Trotzdem benötigt die Behandlung in der Regel mehrere Jahre. Selbstverletzungen und Suizidalität stellen oft eine Herausforderung für die Betroffenen und ihr privates und professionelles Umfeld. Häufig komorbide auftretende psychische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Sucht, Essstörungen und Zwangsstörungen können die Behandlung erschweren und zusätzlich verlängern.

Psychotherapeutisch liegt der Fokus speziell zu Beginn einer Behandlung oft auf der Arbeit an Bindungsverletzungen (mit der Klärung von Übertragungsverzerrungen) und der Therapie komorbider Störungen (z.B. Sucht, Essstörungen, Depressionen, Angststörungen).

2 Literaturnachweise

- Bailey, T. D. & Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 170-185.
- Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., & Waechter, R. (2020). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 100-148.
- Brand, B. L., Myrick, A. C., Loewenstein, R. J., Classen, C. C., Lanius, R., McNary, S. W. Pain, C. & Putnam, F. W. (2012). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 490.
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A. & Middleton, W. (2016). Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000100>
- Brand, B. L., Schielke H.J., Putnam K.T., Putnam F.W., Loewenstein R.J., Myrick A., Jepsen E.K.K., Langeland W., Steele K., Classen C.C., Lanius R.A. (2019). An online educational program for individuals with dissociative disorders and their clinicians: 1-year and 2-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress* 32(1): 156-166.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417.
- Gast, U. (2022): Stigma und Tabu in der Kontroverse um die Dissoziative Identitätsstörung. In: Becker, Th. 2022 (Hrsg.) Trauma, Dissoziation und Inspiration.
- Gast U. & Rodewald F. (2003). Prävalenz dissoziativer Störungen. Reddemann, L., Hofmann, A., Gast, U. (Hrsg.). Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme. 37–46.
- Gast U, Rodewald F, Hofmann A, Mattheß H, Nijenhuis E, Reddemann L, Emrich HM (2006) Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 47, 3193–3200.
- Gonzalez, A., Mosquera, D. & Morrison, M. R. (2012). EMDR and dissociation: The progressive approach. Al.
- Gysi, J. (2020). Diagnostik von Traumafolgestörungen: Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. Hogrefe: Bern.
- International Society for the Study of Dissociation (ISSTD): Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. 2011; in Gast U, Wirtz G: Deutsche Bearbeitung: Expertenempfehlung für die Behandlung von DIS bei Erwachsenen. *Trauma & Gewalt* 2014; 8(1):7–71

Annex 2 – Dissoziative Identitätsstörung

- Jepsen, E. K., Langeland, W., Sexton, H., & Heir, T. (2014). Inpatient treatment for early sexually abused adults: A naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 142.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Loewenstein, R. J. (2018) Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20 (3), 229-242, DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein
- Myrick, A. C., Webermann, A. R., Langeland, W., Putnam, F. W., & Brand, B. L. (2017). Treatment of dissociative disorders and reported changes in inpatient and outpatient cost estimates. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1375829.
- Mikhaylova, O. (2022). A struggle for definition: explanatory models of satanism in sociology. *SN Social Sciences*, 2(7), 1-21.
- Piedfort-Marin, O., Rignol, G. & Tarquinio, C. (2020). Le trouble dissociatif de l'identité: les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179 (4), 374-385.
- Pietkiewicz, I.J., Banbura-Nowak, A., Tomalski, R. & Boon, S. (2021). Revisiting False-Positive and Imitated Dissociative Identity Disorder. *Front Psychol*, 12, Doi: 10.3389/fpsyg.2021.637929.
- Reddemann, O., Schellong, J., Lueger-Schuster, B., Frommberger, U., Liebermann, P., & Köllner, V. (2020). Versorgungskonzepte und Versorgungsrealität bei Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 14(2), 144-157.
- Reinders, A.A. & D.J. Veltman. (2021). Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 413-414.
- Reinders, S. A. A. T., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PloS one*, 7(6), Doi: 10.1371/annotation/4f2000ce-ff9e-48e8-8de0-893b67efa3a4.
- Reinders et al 2003, *Neuroimage* Dec;20(4):2119-25.
- Rössler, W. (2011). Epidemiologie der Schizophrenie, *Schweiz Med Forum*, 11(48); 885-888.
- Sampson, V. (2020). The Portrayal of Dissociative Identity Disorder in Films. *ELON JOURNAL*, 79.
- Schlumpf, Y.R., Nijenhuis, E. R.S., Chalavi, S., Weder, E.V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A. & Jänke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 3, 54-64.
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). Die Behandlung traumabasierter Dissoziation. Eine praxisorientierte, integrative Vorgehensweise. Probst: Lichtenau.
- WHO (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en>. Entwurfsfassung Deutsch: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html