

Komplexe Dissoziative Störungen Diagnostik und Therapie

Ursula Gast, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Vortrag Malente

11.03. 2006

T R A U M A

Anpassungsstörung

Akute Belastungsreaktion

Bewältigung

Depression
Angst
Somatisierung
Sucht
Dissoziation

PTSD

Integration
Kompensation

Persönlichkeitsänderung
(komplexe PTSD)
Persönlichkeitsstörung

Salutogenese

Pathogenese

Dissoziation: Definition

- Pierre Janet (1859-1947)
- Komplexer psychophysiologischen Prozess, bei dem es zu einer **Desintegration** und **Fragmentierung des Bewusstseins** kommt.
- Betroffen sind die normalerweise integrativen psychischen Funktionen, wie das **Gedächtnis**, die **Wahrnehmung** von sich selbst und der Umwelt sowie das **Identitätserleben**.

Morton Prince

- „Dissoziation einer Persönlichkeit: Eine biographische Studie zur abnormen Psychologie“ (1905)
- „Multiple Persönlichkeit“, Co-Bewusstsein
- Patientin: Christine Beauchamp
- Symptome: Schwäche, Kopfschmerzen und „Willenshemmung“, Diagnose: Neurasthenie,
- Im Laufe der Therapie andere Bewusstseinszustände mit völlig anderen Persönlichkeitszügen
- Therapie: Suche nach der „wahren“ C. B.

„Wir haben kein Recht, den Sinn dieses Wortes („bewusst“ U.G.) so weit auszudehnen, dass damit auch ein Bewusstsein bezeichnet werden kann, von dem sein Besitzer nichts weiß.

Wenn Philosophen eine Schwierigkeit darin finden, an die Existenz eines unbewussten Gedankens zu glauben, so scheint mir die Existenz eines unbewussten Bewusstseins noch angreifbarer.

Die Fälle, die man als Teilung des Bewusstseins beschreibt, wie der des Dr. Azam (Felida X, U.G.) können besser als wanderndes Bewusstsein angesehen werden, wobei diese Funktion – oder was immer es sein mag – zwischen zwei verschiedenen psychischen Komplexen hin- und herschwankt, die abwechselnd bewusst und unbewusst werden“

(Sigmund Freud, 1912/1975, S. 32)

Anna O.

- Breuer, J. (1895; 1970): Fräulein Anna O. In : Freud, S., Breuer, J. (1970) Studien über Hysterie. Fischer, Frankfurt a.M. 20 - 40
- Breuer, J. (1978). Die Krankengeschichte Bertha Papenheim. Gefunden im Sanatorium Bellevue, erstmals abgedruckt in: Hirschmüller, A. (1978). Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk von Josef Breuer. Tübingen.

Anna O.

- Es zeigten sich „zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechselten und sich im Laufe der Krankheit immer schärfer schieden. In dem einen kannte sie ihre Umgebung, war traurig und ängstlich, aber relativ normal. Im andern halluzinierte sie, war „ungezogen“, d.h. schimpfte, warf Kissen...“ (Breuer 1895/ 1987, S. 22)

Anna O.

- ...klagte, „**ihr fehle Zeit**“ (ebd.) sowie über eine „tiefe Finsternis ihres Kopfes, wie sie nicht denken könne, blind und taub werde, **zwei Ichs habe**, ihr wirkliches und ein schlechtes, was sie zu Schlimmem zwinge...“ (ebd. S. 23) .

Anna O.

- Anna O. war **amnestisch** für die Perioden des aggressiven, „krankhaften Zustandes“.
- Außerdem beschrieb die Patientin noch einen **dritten Bewußtseinszustand**. „Es saß, wie die Patientin sich ausdrückte, mindestens häufig auch bei ganz schlimmen Zuständen in irgendeinem Winkel ihres Gehirns, ein scharfer und ruhiger Beobachter, der sich das tolle Zeug ansah“ (ebd. S. 39).

Multiple Persönlichkeits

- Harriman PL. The experimental production of some phenomena related to multiple personality. J Abnorm Soc Psychol 1942; 37: 244 – 55.
- Taylor WS, Martin MF. Multiple personality. J Abnorm Soc Psychol 1944; 39: 281 – 300.
- Multiple Persönlichkeits als klinische Entität anerkannt, 76 publizierte Fälle
- Jedoch skeptische Grundhaltung
- Sutcliffe JP, Jones J. Personal identity, multiple personality, and hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 1962; 10: 231 – 69.

Komplexe Dissoziative Störungen:

- **DSM-III-(R): 1980**
Multiple Persönlichkeit(ssstörung) (300.14)
- **DSM-IV: 1994**
Dissoziative Identitätsstörung (300.14)
Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (300.15)
- **ICD-10: 1991**
Multiple Persönlichkeit (F 44.81)
Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (F 44.88)
- **DSM-V-Vorschlag: **Dissoziative Selbst-Störung****

ICD 10 (WHO 1991)

„Diese Störung ist selten, und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kultur-spezifisch ist“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, S. 182).

Prävalenz der DIS

- **0,5 bis 1 % der Allgemeinbevölkerung**

Waller NG, Ross CA (1997). The prevalence ...of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. Journal of Abnormal Psychology 106, 499 - 510.

Gast U, Rodewald F: Praevalenz dissoziativer Stoerungen. In Reddemann L, Hofmann A, Gast U Thieme 2003

- **Bis zu 5% in stationären psychiatrischen Stichproben**

- *Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM: Prevalence of Dissociative Disorders among psychiatric inpatients in a German University Clinic. J Nerv Ment Dis 2001; 189: 249 – 256.*

Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

(nach DSM-IV)

- Durchgehendes Muster dissoziativen Funktionierens
- mangelnde Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen Gedächtnis, Wahrnehmung und Identität
- Vorhandensein von mindestens zwei unterscheidbaren „Identitäten“ oder Selbstzuständen (self-states), die wechselweise Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen.

Klassifikation

(DSM-V-Vorschlag nach Dell 2001b, 2002):

- **Einfache Dissoziative Störungen:**
 - Dissoziative Amnesie
 - Dissoziative Fugue
 - Dissoziative Depersonalisation
 - Somatoforme Dissoziation
- **Komplexe Dissoziative Störungen:**
 - **Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung**
 - **Dissoziative Identitätsstörung**
(Multiple Persönlichkeitsstörung)

Schweregrade der Identitäts- Dissoziation

- **vollabgespaltene Selbstzustände**
 - **Dissoziative Identitätsstörung**
- **teilabgespaltene Selbstzustände**
 - **Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung**

Dell-Klassifikation I

- **A-Symptome:** umschriebene dissoziative Symptome (z.B. Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Flashbacks oder Trancezustände), keine Beeinträchtigung des Identitätserlebens
- **B-Symptome:** Anzeichen für teil-dissoziierte Aktivitäten dissoziierter Persönlichkeitsanteile (z.B. innere Stimmen, als ich-fremd erlebte Gedanken, Gefühle, Handlungen, Identitätsunsicherheit etc.)
- **C-Symptome:** voll dissoziierte Handlungen dissoziierter Persönlichkeitsanteile (Amnesien im Alltagserleben)

Dissoziative Störung:

Kriterium A

- Gedächtnisprobleme, z.T. schwere Amnesien für autobiographisches Material
- Depersonalisation
- Derealisation
- Flashback- Erleben
- pseudoneurologische Symptome
- Weitere somatoforme Symptome
- Trancezustände

Kriterium B: Teilabgespaltene Selbstzustände

- Nicht zu sich gehörig erlebte(s)
 - Sprechen – Denken – Fühlen - Verhalten
 - Fertigkeiten oder Fähigkeiten
- Pseudohalluzinationen (Stimmen hören)
 - kindliche Stimmen
 - innere (widerstreitenden) Dialoge
 - verfolgende Stimmen
- verändertes Ich- Erleben und Verunsicherung über das eigene Ich

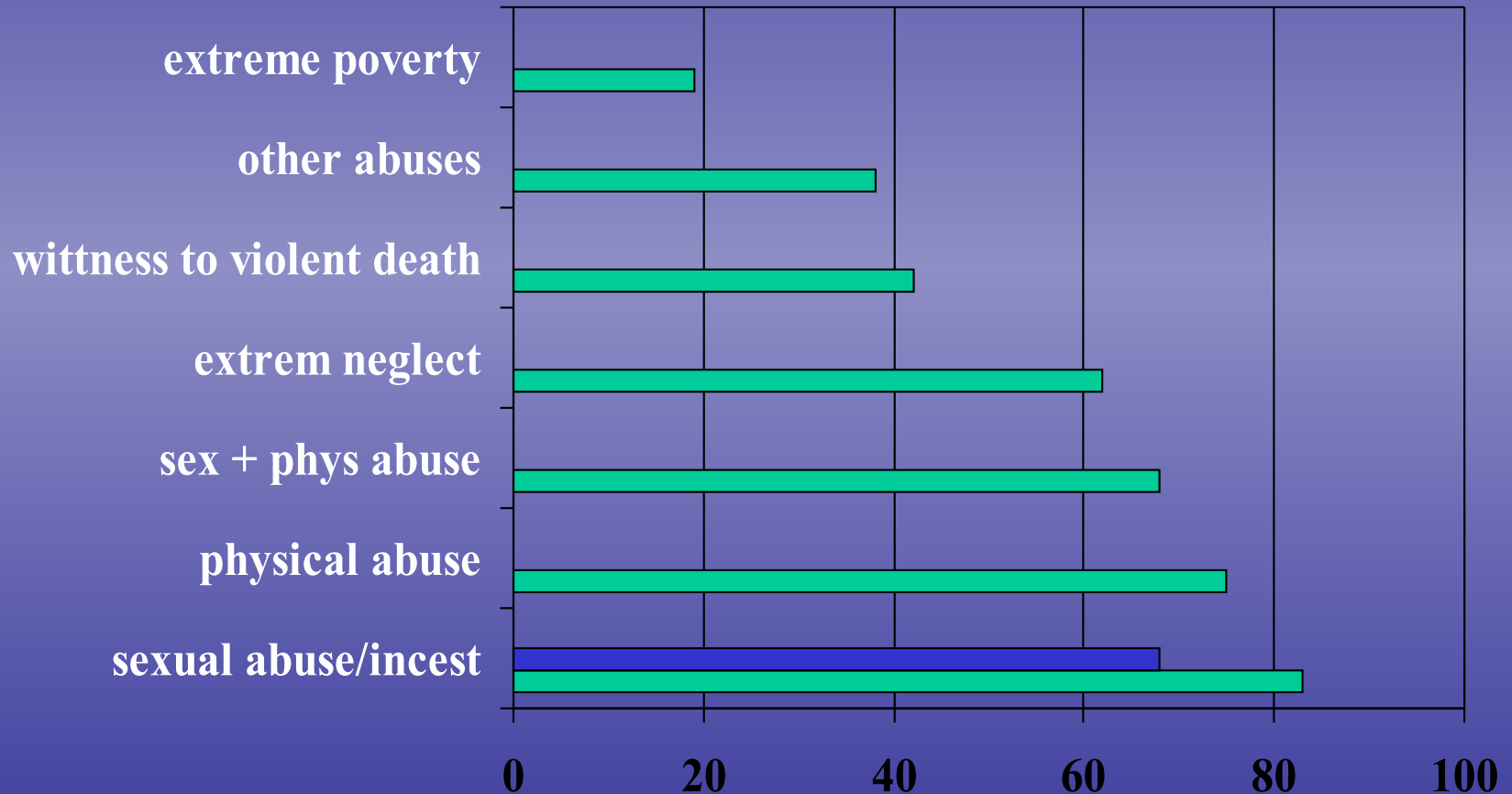
Kriterium C: Vollständig abgespaltene Selbstzustände (alter)

- Krasse Diskontinuität im Zeiterleben:
 - Zeit verlieren
 - Herauskommen
 - Fugue-Episoden
- Nicht erinnerbares Verhalten
 - Von Anderen beobachtetes Verhalten
 - Finden von Sachen in seinem Besitz
 - Finden von (Auf-)Zeichnungen
 - Evidente Anzeichen für kürzliches Verhalten
 - Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen

Types of childhood trauma

reported by 100 DID-patients in the NIMH-survey

Putnam et al. 1986



Prävalenz von Traumata in der Kindheit bei DIS/NNBDS-Patienten

Boon & Draijer	1993	N = 71	94% phys. und/oder sex. Traumatisierungen
Coons & Milstein	1986	N = 20	75% sex. Traumata
Putnam	1986	N = 100	83% sex. Traumata 75% phys. Traumata
Ross et al.	1990	N = 102	90% sex. Traumata 82% phys. Traumata
Ross et al.	1989	N = 236	79% sex. Traumata 74% phys. Traumata

Reinders A, Nijenhuis ERS, Paans A, Kotf J, Willemsen A, Boerm JA.

One brain, two selves.

Neuroimage 2003 20: 2119 –2125

- Unterschiedliche Reaktion auf Traumascript:
- EP: verstärkte Durchblutung derjenigen Hirnbereiche, die allgemein bei Bedrohungsreaktionen aktiviert werden.
Verminderte Aktivität in den frontalen Hirnbereichen, die übermäßige emotionale Reaktionen auf eine vermutete Bedrohung hemmen
- ANPs verstärkte Aktivität in den inhibitorischen frontalen Hirnbereichen, aber auch in Bereichen des Parietallappens, vergleichbar mit Depersonalisationserkrankungen

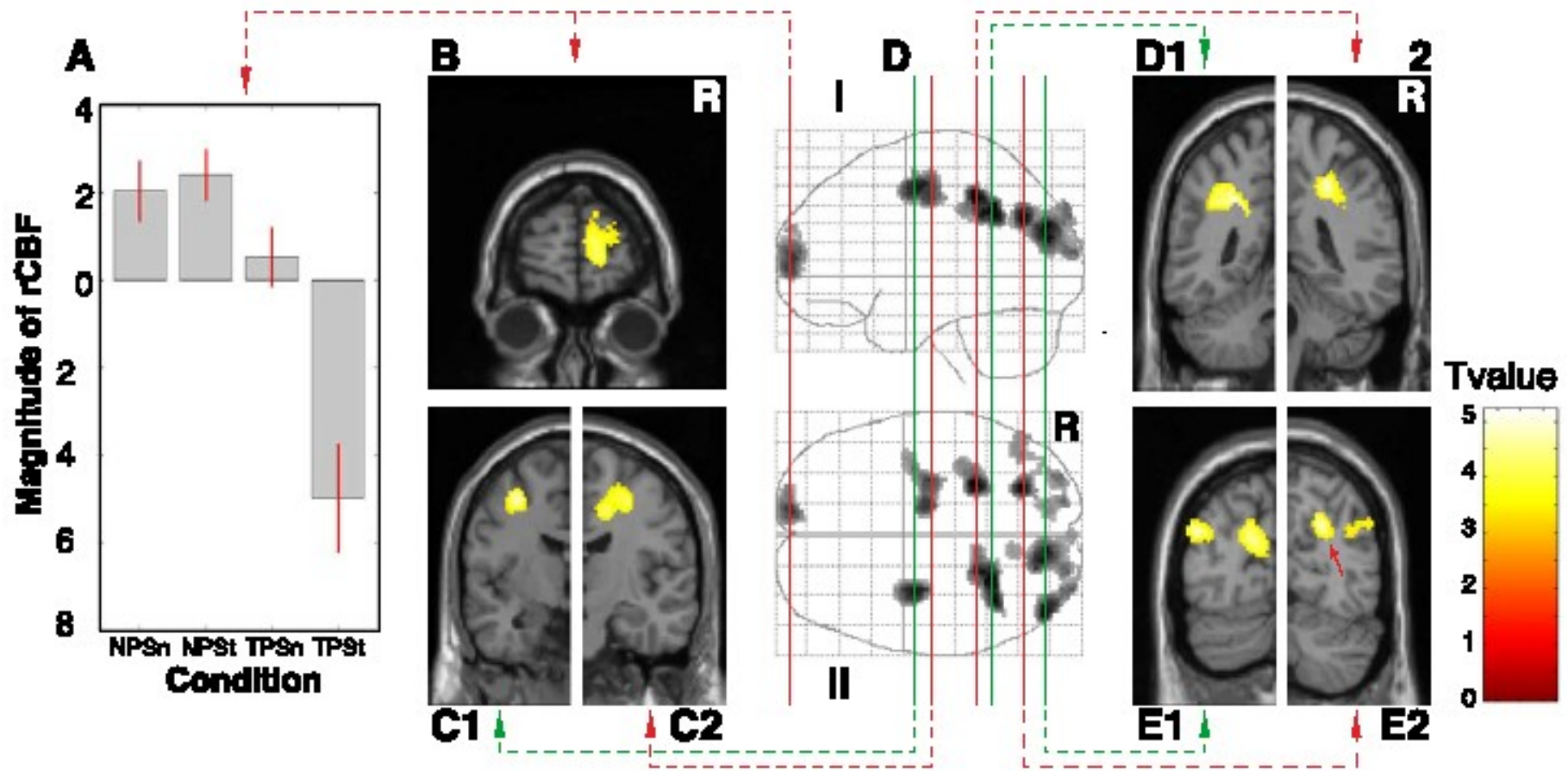


Fig. 1. Brain regions showing a significant response on the autobiographical trauma-related script in Neutral Personality State (NPS) as compared to Traumatic Personality State (TPS). (A) Mean regional cerebral blood flow (rCBF) changes at the voxel of maximum activation ($x = 12, y = 63, z = 8$) in the right medial prefrontal cortex (MPFC, Brodmann's area (BA) 10) for the four conditions of our study, i.e., exposure to a neutral (minor character n) and trauma (minor character t) memory script while remaining in NPS or TPS. Bars represent standard errors. The response shown is typical for the areas depicted

Komplexe Dissoziative Störungen: **Differentialdiagnose**

- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Schizotypische Persönlichkeitsstörung
- Schizophrenie F20.6
- Affektive Störungen F 32 u.33
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Angststörungen
- Gemischte Dissoziative Störung
- Vortäuschen (selten v.a. forensisch)
- Iatrogen

Komplexe Dissoziative Störungen:
Organische Ausschluß-Diagnose:

- Temporallappen-Epilepsie
- Medikamenten- und Drogen-induzierte dissoziierte Symptomatik

DID: Unspezifische Merkmale:

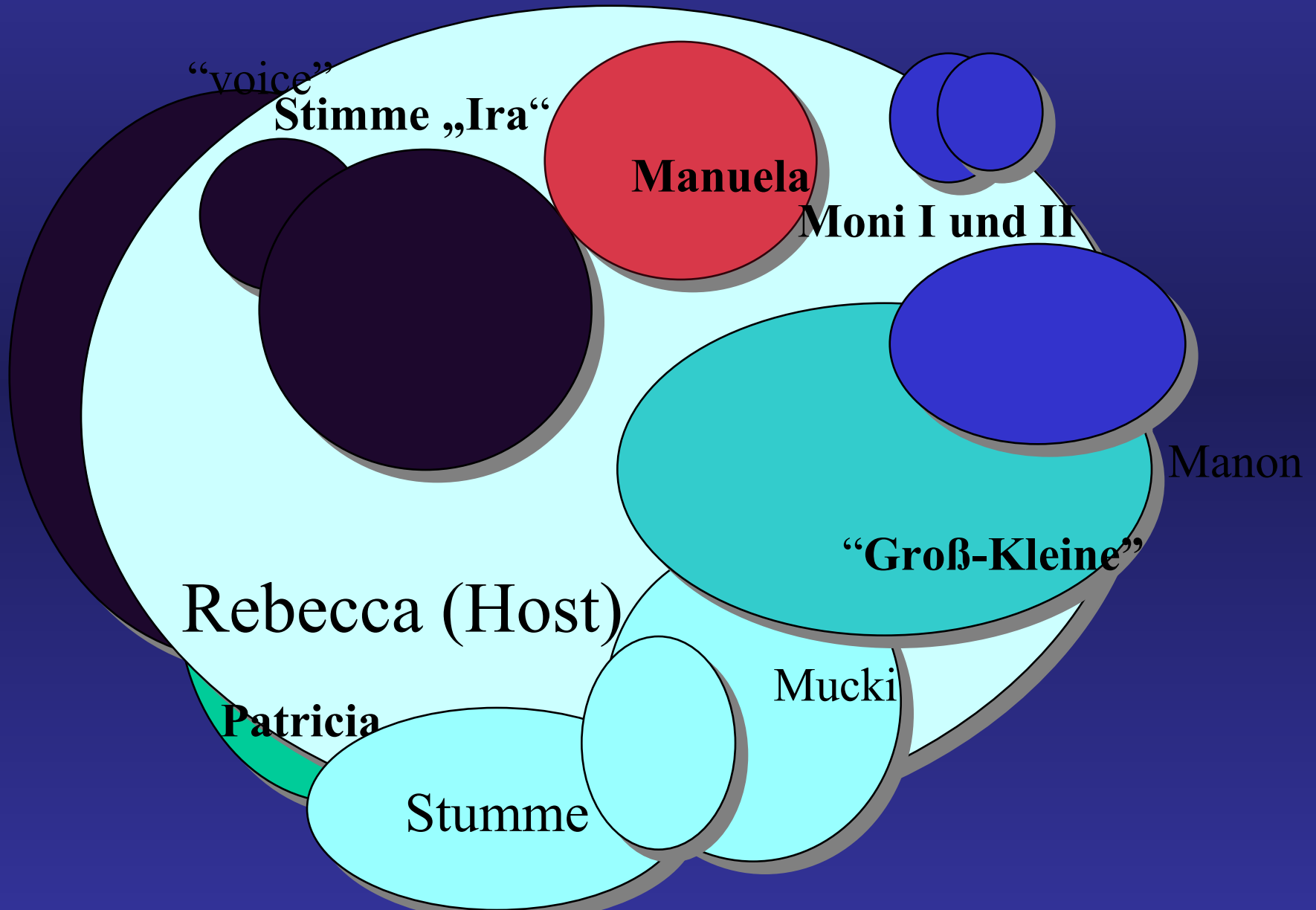
- Traumat. Erfahrungen in Kindheit
- Mißlingen von Vorbehandlungen
- Drei oder mehr Vordiagnosen,
“Atypische” Störung
 - Depression
 - Persönlichkeitsstörung
 - Schizophrenie
 - Somatisierungsstörung, Schmerz
 - Eßstörungen
- Selbstverletzendes Verhalten
- Psychiatr. und somatische Symptome
- Fluktuierende Symptome
- Amnesie für Kindheit 6-11 L.



System der Selbstzustände



System der Selbstzustände



Behandlungsrichtlinien

Wie bei allen (komplexen) posttraumatischen Störungsbildern erfolgt die Behandlung in drei Schritten (J. L.Herman 1992) :

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Postintegrative Phase

Therapieziel: **Integration**

Behandlungsrichtlinien

issd.org

International Society for the Study of
Dissociation

dissoc.de

- deutscher Fachstudiengruppe der ISSD

Behandlungstechniken:

Bei Dissoziativer Amnesie,

Fugue und Depersonalisation:

- individuelle Psychotherapie
- tiefenpsychologischer Ansatz
- Arbeit an den Auslösern
- Erarbeitung von anderen Coping-Strategien

Behandlungstechniken:
Dissoziative Identitätsstörung
Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung

- Individuelle Psychotherapie
- Sozialpsychiatrische Interventionen
- Tiefenpsychologischer Ansatz
- Traumazentrierte Zusatztechniken
- **Orientiert an Persönlichkeitssystem**
- 3 Phasen: Stabilisierung, Traumabearbeitung, Rehabilitation
- Psychopharmakotherapie

Komplexe Dissoziative Störung

Spezifische psychodynamische Techniken

- Modifizierte Grundregel
- Aktive Kontaktaufnahme zu anderen Persönlichkeits- bzw. Selbstzuständen
- Kartieren des Persönlichkeitssystems
- Berücksichtigung des gesamten Persönlichkeitssystems

Stabilisierung

- Innere und äußere Sicherheit
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung >
- Diagnosestellung und –mitteilung >
- Erstellen der inneren Landkarte und
Rekonstruktion der Lebensgeschichte >
- Entwicklung von innerer Verständigung
und Zusammenarbeit >

Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

- sicherer, verlässlicher Rahmen
- aktive Beziehungsgestaltung durch
 - Psychoedukation
 - Behandlungsziel aktiv ansprechen: Selbst-kontrolle
-verantwortung, -fürsorge
 - Übertragungsverzerrungen korrigieren
- Ressourcenorientierte Techniken
 - Z.B. Imagination
 - kontrollierte Dissoziation

Modifizierte Grundregel

(nach Kluft 2003)

„Es sind Beiträge von allen Anteilen willkommen. auch von denen, die hinter den Kulissen aktiv sind. Wenn es nicht möglich ist, dass Sie direkt mit mir sprechen, können Sie mir vielleicht indirekt ihre Ansicht mitteilen, z.B. über den Anteil, der gerade vorne ist. Und wer auch immer draußen sei, möge bitte weitergeben, was er innen hört.“

In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U Psychotherapie der Dissoziativen Störungen. Thieme 2003

- *„Es ist in unseren letzten Gesprächen deutlich geworden, dass es da noch andere in Ihnen gibt. Ich möchte auch diese anderen gerne ansprechen und alle Anteile einladen, an der Behandlung teilzunehmen. Deshalb werde ich häufiger über Sie als Karin hinwegsprechen, um auch die anderen zu erreichen. Deshalb werde ich gelegentlich solche Formulierungen benutzen wie: ‚Ich bitte Sie alle mal herzuhören‘ oder ‚Sie alle‘, damit mir auch als Therapeut bewußt ist, dass ich es mit einem Gesamtsystem von „Persönlichkeiten“ zu tun habe.“ (Kluft 2003)*

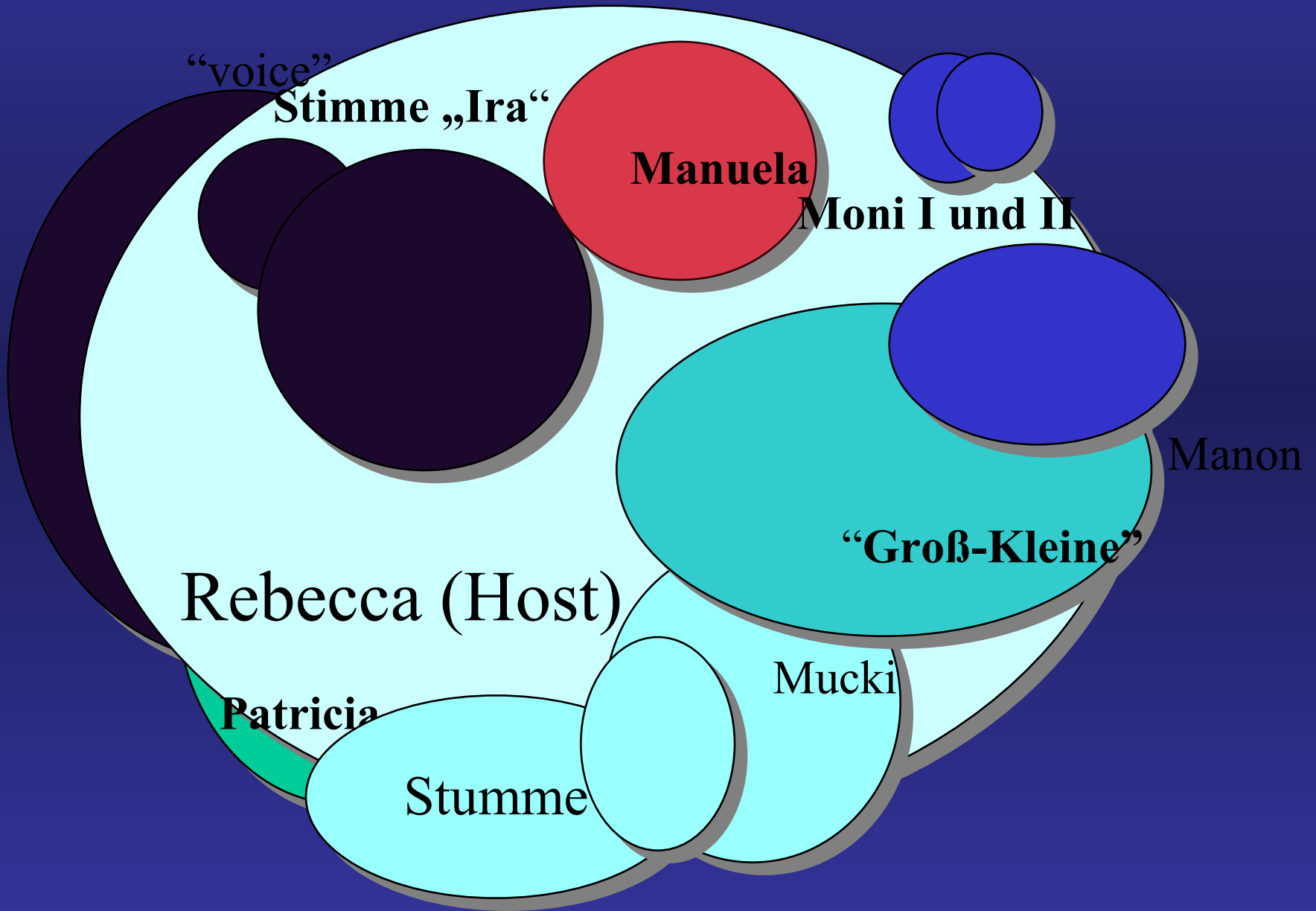
Innere Landkarte

- Behutsames Kartieren
- Widerstand vom Host (ANP) respektieren und bearbeiten
- pragmatisches Behandlungskonzept:
 - Stabilisierung des Systems
 - Stärkung kooperativer und hilfreicher Selbstzustände
 - Verhandlungen mit aggressiven oder destruktivem S. (EP)
 - Schutzraum für traumatisierte Selbstzuständen (EP)

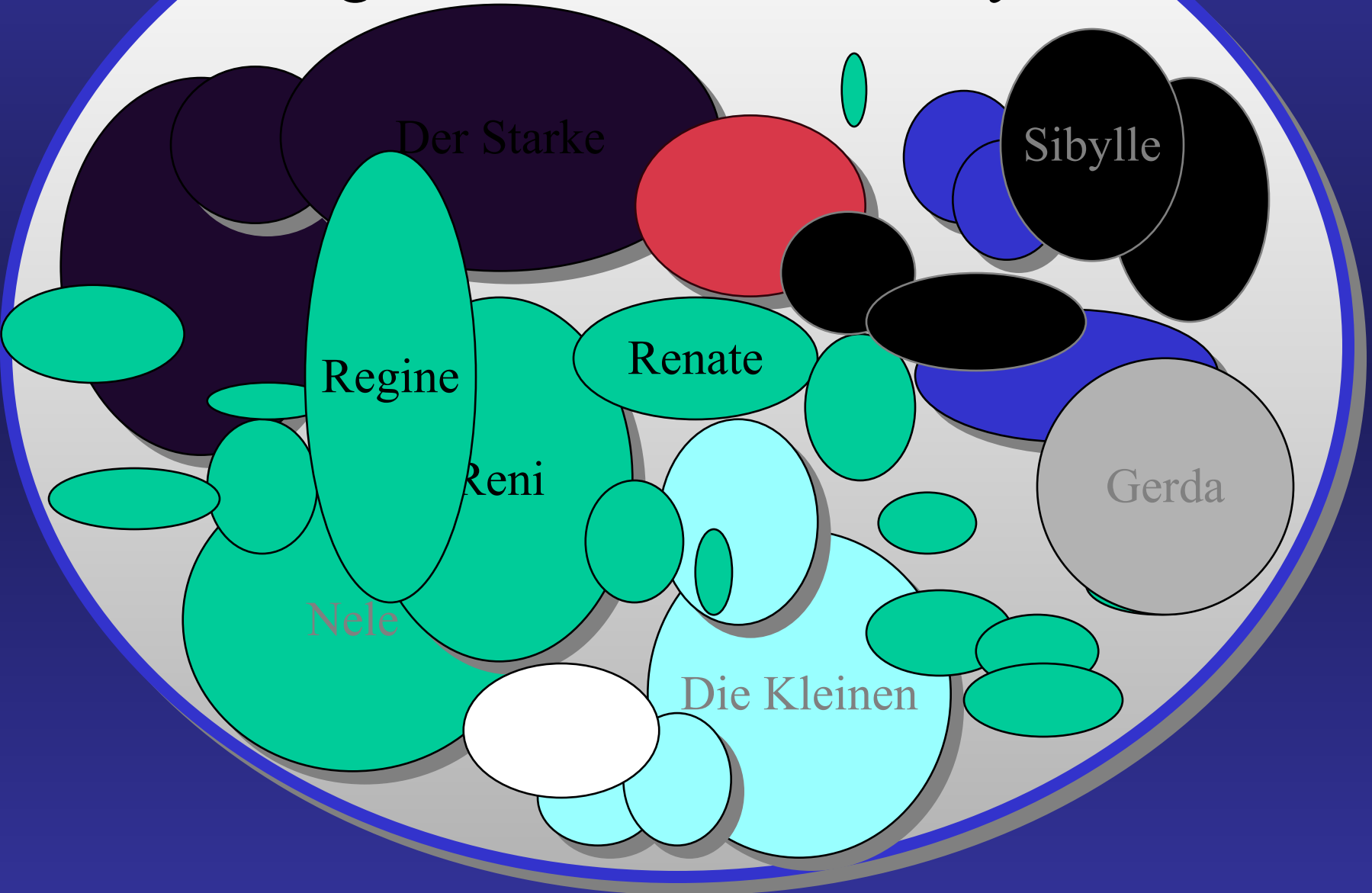
System der Selbstzustände



System der Selbstzustände



Regines Persönlichkeitssystem



Traumabearbeitung

Erst, wenn....

- ...ausreichend stabile therapeutische, psychosoziale und körperliche Situation
- ...ausreichend Selbstverantwortung, Selbstschutz, Distanzierungstechniken, Selbsttröstung,
- Symptomkontrolle (Angst, Depression, Sucht etc.)

Keine Traumabearbeitung bei...



- Täterkontakt, Gewaltbeziehung
- Suizidalität, Selbstverletzung
- Viktimisierung
- schwerer Symptomatik
- unklarer Motivation der Patientin
- Unkooperativem Selbst- Zuständen
- unsicherer sozialer Situation
- unsicherer therapeutischer Situation
- mangelnder therapeutischer Erfahrung

Ziel der Traumabearbeitung

- Rekonstruktion und Integration durch
- strukturiertes und kontrolliertes Wiedererleben
- zentraler Aspekte des Traumas, dadurch
- Transformation
- Entgiftung
- kognitive und emotionale Umstrukturierung

Techniken der Traumabearbeitung:

- Imaginative Verfahren
(Reddemann und Sachsse):
 - Sicherer Ort
 - Video- und Fernsehtechnik (Screening)
 - Fernbedienung (Flashback-stop)
 - Tresor
- Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR, Shapiro)
 - Modifiziertes Protokoll
 - Fraktionierte Abreaktion

Nachintegrative Phase

- Trauerarbeit um die zerstörte Kindheit
- Verändertes Selbst- und Lebensgefühl
- Neue Bewältigungsstrategien
- „Rest“-Symptomatik:
 - Borderline-Strukturen, Eßstörungen, Beziehungsprobleme
- Technik: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Komplexe Dissoziative Störungen....

- sind relativ häufig
- werden häufig übersehen
- sprechen auf störungsspezifische Therapieverfahren gut an
- Eine frühzeitige Diagnostik verbessert die Prognose erheblich

Vielen Dank!