

ZUR BEHANDLUNG DER DISSOZIATIVEN IDENTITÄTSSTÖRUNG- THERAPEUTISCHE HALTUNG UND RAHMENSETZUNG ALS MODELL FÜR GESUNDUNG UND INTEGRATION

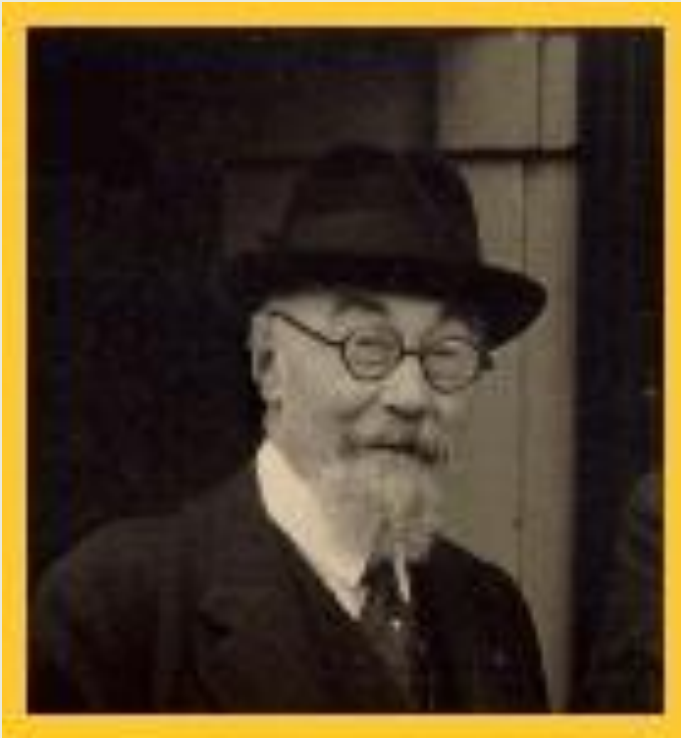
NTAG CURTIUS-KLINIK IN BAD MALENTE

Ursula Gast - Vortrag am 10.11.2012



- **Was sind Dissoziative Störungen?**
- **Behandlungsstandards**
- **Spezifische Herausforderungen**
- **Rahmen und Grenzen**
- **Fallstricke –und wie man sie verhindern kann.....**

Pierre Janet (1859-1947)



Janet, P. (1889).
*L'automatisme
Psychologique*. Paris:
Félix Alcan.

Führte den Begriff der
Dissoziation in die
Fachwelt ein

Morton Prince

3

- „Dissoziation einer Persönlichkeit: Eine biographische Studie zur abnormen Psychologie“ (1905)
- „**Multiple Persönlichkeit**“, Co-Bewusstsein
- Patientin: Christine Beauchamp
- Vor-Diagnose: Neurasthenie,
- Im Laufe der Therapie zeigen sich unter Hypnose andere, auch kindliche Persönlichkeites-Anteile

Josef Breuer (1842 – 1925)

4



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. Hirschmüller, A. (1978). Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk von Josef Breuer. Tübingen.

Bertha Pappenheim (1859–1936)



Mädchenheim
Neu-Isenburg

deutsch-jüdische
Frauenrechtlerin,
Sozialarbeiterin und
Schriftstellerin



Dissoziative Störungen

6

- Weder DSM-IV TR noch ICD-10 stellt eine umfassende Definition zur Verfügung
- Statt dessen stellen beide eine kurze Beschreibung voran
- DSM-IV: wesentliches Merkmal (“essential features”)
- ICD-10: allgemeine Kennzeichen (“common theme”)
- Unterschiede in Zugehörigkeit, Prävalenz, Symptom-Muster, Verlauf, Outcome

Definition nach *Nijenhuis & van der Hart (2011)*

7

- **Dissoziation bei Trauma**
- hat eine Aufspaltung der Persönlichkeit zur Folge
- und zwar des gesamten psychobiologischen Systems, das die charakteristischen mentalen und verhaltensmäßigen Aktionen bestimmt
- Dissoziation der Persönlichkeit stellt das Kernmerkmal des Traumas dar
- Aufspaltung in Apparently Normal Person (ANP) und Emotional Person (EP)
- *Nijenhuis & van der Hart (2011)*

Dissoziation bei Trauma

8

- Dissoziation der Persönlichkeit vollzieht sich, wenn das Individuum nicht über die Fähigkeit verfügt, belastende Lebensereignisse teilweise oder in Gänze zu integrieren
- Dissoziation stellt dabei teilweise eine Anpassungsleistung, in der Regel gleichzeitig aber auch eine Behinderung der Anpassungsfähigkeiten dar
- *Nijenhuis & van der Hart (2011)*

Besonderheit der neuen Definition

9

- Dissoziation bezieht sich auf Aufspaltung der Persönlichkeit
- Dissoziative Symptome sind Manifestationen der Existenz von zwei oder mehr dissoziierter Anteile der Persönlichkeit
- Aktivierte dissoziierte Anteile der Persönlichkeit lassen sich auf Aktionen ein, die ein eigenes Bewusstsein und Ich –Bewusstsein entwickeln

Strukturelle Dissoziation

10

Primäre Strukturelle Dissoziation:

- Entspricht der einfachen PTBS und teilweise der ABS (akute Belastungsstörung)
- Ein EP (Verteidigung) und ein ANP vorhanden

Sekundäre Strukturelle Dissoziation:

- Entspricht der komplexen PTBS, Disorder of Extreme Stress oder DDNOS, auch Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Ein ANP und mehrere EP (Kampf, Flucht, Einfrieren, Unterwerfung)
- Sequentielle oder parallele Aktionssysteme

Tertiäre Strukturelle Dissoziation:

- Entspricht der Dissoziativen Identitätsstörung
- Mehrere ANP (Arbeit, Mutter, Ehefrau) und mehrere EP
- *Nijenhuis et al. (2007, 2009)*

Primäre Strukturelle Dissoziation:

11



- Myers, C.S.
- "A contribution to the study of shell shock".
- Lancet, 1', 1915, pp. 316–320

(Sekundäre) Strukturelle Dissoziation

12



Marilyn van Derbur
Tagkind – Nachtkind

ANP und mehrere EPs
(Kampf, Flucht, Einfrieren,
Unterwerfung)



Tertiäre Strukturelle Dissoziation:

13

- U.S-Dramedy: United States of Tara



Strukturelle Dissoziation

14

Primäre Strukturelle Dissoziation:

- Entspricht der einfachen PTBS und teilweise der ABS (akute Belastungsstörung)
- Ein EP (Verteidigung) und ein ANP vorhanden

Sekundäre Strukturelle Dissoziation:

- Entspricht der komplexen PTBS, Disorder of Extreme Stress oder DDNOS, auch Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Ein ANP und mehrere EP (Kampf, Flucht, Einfrieren, Unterwerfung)
- Sequentielle oder parallele Aktionssysteme

Tertiäre Strukturelle Dissoziation:

- Entspricht der Dissoziativen Identitätsstörung
- Mehrere ANP (Arbeit, Mutter, Ehefrau) und mehrere EP
- *Nijenhuis et al. (2007, 2009)*

Sekundäre und tertiäre Strukturelle Dissoziation

15

- Komplexe PTBS, Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung, auch Borderline-Persönlichkeitsstörung, Dissoziative Identitätsstörung
 - Erfordern ein hoch strukturiertes Vorgehen
 - Erfordern gleichzeitig hohe Flexibilität in der Beziehungsgestaltung, dadurch oft
 - Schmalere Korridor zwischen Begegnung und Grenzüberschreitung

Komplexe PTBS: psychodynamischer Behandlungsansatz

16

- Rangfolge der therapeutischen Maßnahmen:
 - Sicherheit, Selbstkontrolle
 - Selbstfürsorge, Gefühle regulieren
 - Mentalisierung
 - Schonende Trauma-Bearbeitung
 - Schädliche Beziehungsmuster korrigieren - konfliktzentrierte Psychotherapie

□ Phasen:

1. Stabilisierung

2. Traumaexposition

3. Wideranknüpfen

Wöller (2006): *Trauma und Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York: Schattauer 2006,

Wöller et al. (2012): Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse—Principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76[1], 69–93

Gesamtbehandlungsplan bei Dissoziativen Störungen

17

- Phasenorientiertes Vorgehen:
- Überwindung der tertiären vor der sekundären und vor der primären Dissoziation
- Überwindung verschiedener Phobien
 - Vor Bindung und vor abgespaltenen self-states
 - Vor traumatischen Erfahrungen
 - Vor Intimität und Nähe
 - Van der Hart, Nijenhuis & Steel (2006)

Therapeutische Implikationen

- Abgespaltene Anteile der Persönlichkeit aktiv ansprechen
- In die Therapie „einladen“
- „Alle“ sind willkommen und wichtig
- Nur durch die Mitarbeit „Aller“ ist die Therapie sinnvoll und aussichtsreich
- „Innere Landkarte“ erstellen
 - (z.B. *Kluft in Reddemann, Hofmann und Gast 2011*)

Behandlungsstudien DIS/NNBDS

19

- indirekte Effektivitätsmessungen nach dem Standard der International Society for the Study of Dissociation, ISSD 1997
 - Putnam & Loewenstein, 1993; Loewenstein, 1994; Ross und Dua, 1993
- standardisierte, aber unkontrollierte Studie
 - Ellason & Ross, 1997
- Naturalistische Studien: Brand et al. 2009a; 2009b
- kontrollierte Behandlungsstudien fehlen bislang
- Medizinisch-wissenschaftliche Evidenz: Level III

Guidelines

20

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *J Trauma Dissociation*. 2005 und 2011.
Deutsche Bearbeitung: http://www.vielfalt-info.de/mediapool/43/438672/data/ISSD-Richtlinien_2006.pdf

Sekundäre und tertiäre Strukturelle Dissoziation

21

- Komplexe PTBS, Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung, auch Borderline-Persönlichkeitsstörung, Dissoziative Identitätsstörung
 - Erfordern ein hoch strukturiertes Vorgehen
 - Erfordern gleichzeitig hohe Flexibilität in der Beziehungsgestaltung, dadurch
 - Schmalere Korridor zwischen Begegnung und Grenzüberschreitung

„Stabile Instabilität“

22

- Wechselnde Selbstbilder erschweren
 - kohärente Zukunftsplanung
 - konstante Beziehungsgestaltung,
- fehlende Erfahrungen und innere Modelle für Konfliktlösungen erschweren die sozialen Beziehungen
- fehlende Affektwahrnehmung und -modulation erschweren eine innere Leitlinie zur Lebensgestaltung

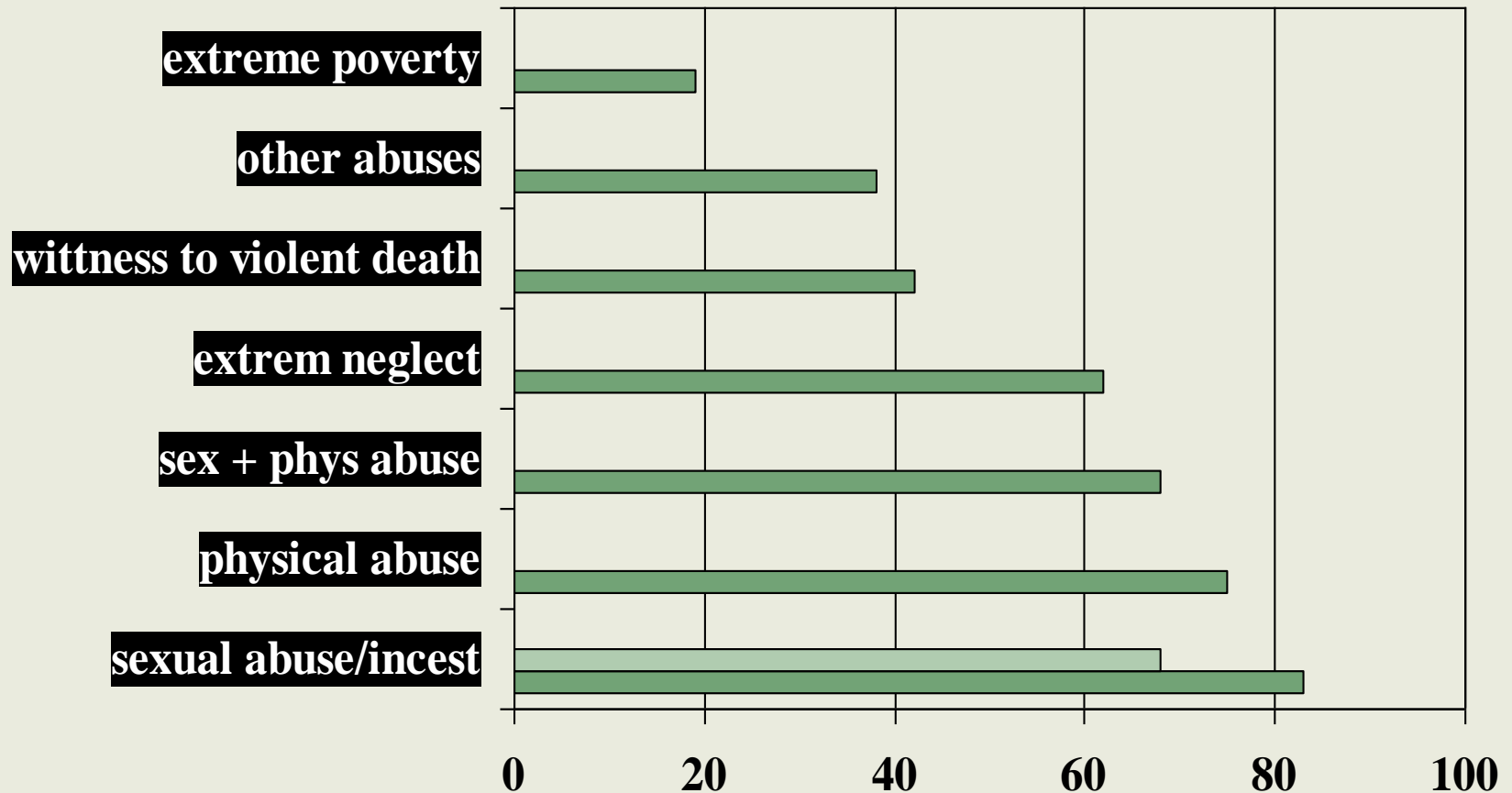
Spezifische Herausforderungen

23

- Behandlungsverlauf bei **sekundärer und tertiärer Strukturelle Dissoziation** ist krisenreich und beanspruchend
- Anamnestisch traumatische Lebenserfahrungen
- Wechselhafte und intensive Gegenübertragungs-Gefühlen

Types of childhood trauma reported by 100 DID-patients

NIMH-survey Putnam et al. 1986



Spezifische Verletzlichkeit für Verstrickungen

25

- Es fehlt ein stabiles, kontinuierliches, selbstbeobachtendes und reflektierendes Ich.
- Notwendige Informationen über zurückliegende Erfahrungen sind aufgrund komplexer Amnesien häufig nicht verfügbar.
- *(nach Kluft 1996; Putnam 1989)*

Spezifische Verletzlichkeit für Verstrickungen

26

- Pseudoillusionäre Verkennungen über Getrenntheit der verschiedenen Persönlichkeitszustände begünstigen Lösungsversuche auf Kosten eines anderen Persönlichkeitszustandes
- Wechsel nach einer bestimmten Aktivität oder Handlung macht es schwierig, aus Erfahrungen zu lernen und entsprechende Konsequenzen zu ziehen.
- *(nach Klufft 1996; Putnam 1989)*

Spezifische Verletzlichkeit für Verstrickungen

27

- Masochistische Selbstbestrafungs-
Neigung verhindert die (Selbst-) Heilung
- Neigung zu Retraumatisierungen durch
Erstarrung und Lähmung in
Gefahrsituationen verhindert das
Erlernen angemessener
Bewältigungsmechanismen
- *(nach Kluft 1996; Putnam 1989)*

Spezifische Verletzlichkeit für Verstrickungen

28

- Hohe Hypnotisierbarkeit und spontane Trance-Zustände als inadäquater Bewältigungs-Mechanismus
- Sie verstärken den Effekt der beeinträchtigten Selbstwahrnehmung
- Intrusive Flashback-Phänomene beeinträchtigen die Selbstwahrnehmung und erschweren die Unterscheidung zwischen Phantasie und realem Ereignis
- *(nach Kluft 1996; Putnam 1989)*

Spezifische Verletzlichkeit für Verstrickungen

29

- Das Fehlen von familiärer Unterstützung aus der Herkunftsfamilie (häufig intrafamiliärer Missbrauch)
- Ein unbeständiges, unangemessenes und unter Umständen forderndes Verhalten führt dazu, dass soziale Unterstützung entzogen wird, soziale Isolierung
- *(nach Kluft 1996; Putnam 1989)*

Spezifische Herausforderungen

30

- Re-Inszenierungen von Grenzüberschreitung
- Rütteln am Behandlungs-Rahmen, Testen von
 - Grenzen
 - Regeln
 - Rollen und anderen Elementen des Rahmens
- Krisen sind behandlungsimmanent
 - Überwindung dissoziativer Barrieren labilisiert bisherige Bewältigungs-Strategien

Spezifische Herausforderungen

31

- Professionelle Skepsis im beruflichen Umfeld, insbesondere bei DIS:
 - kann Etablierung eines stützenden kollegialen Netzwerkes erschweren
 - kann die Schaffung eines notwendigen therapeutischen Rahmens erschweren (Kostenbewilligung)
 - Evtl. Notwendigkeit „unkonventioneller“ Wege
 - Gefahr der Isolierung und des mangelnden kollegialen Austausches

Rahmenabsprachen

32

- ▣ Länge und Termine der Sitzungen
- ▣ Kosten und Zahlungsabsprachen
- ▣ Nutzung von Krankenversicherung
- ▣ Schweigepflicht und ihre Grenzen
- ▣ Verfügbarkeit des Therapeuten zwischen den Sitzungen
- ▣ Rollen und Verantwortungen von Patient und Therapeut
- ▣ *ISSTD-Guidelines; Chu et al. 2011*

Rahmenabsprachen

33

- Bewältigung von Krisen, die zwischen den Sitzungen auftreten
- Verfahren wenn eine Krankenhauseinweisung notwendig wird
- PatientInnenakte und wer darauf Zugriff hat
- Körperkontakt zwischen TherapeutIn und PatientIn
- Einbeziehung der Familie von PatientInnen oder anderen wichtigen Bezugspersonen
- *ISSTD-Guidelines, Chu et al. 2011*

Rahmenabsprachen

34

- Anfragen oder Versuche von DIS Patienten, die Rahmenbedingungen der Therapie zu erweitern oder zu verändern, sind sehr häufig
- Entsprechende Anfragen kommen vor allem von „jungen“ Persönlichkeitsanteilen
- Möglichen Konsequenzen müssen sorgfältig geprüft werden, bevor Veränderungen vorgenommen werden
- *ISSTD-Guidelines 2011*

Rahmenabsprachen

35

- Es werden konsistente Grenzen für alle Persönlichkeitsanteile - unabhängig von ihrem Entwicklungsalter - empfohlen
- Zeitpunkt und Dauer der Sitzungen sollten definiert sein und Therapeuten sollten trotz der Komplexität der Behandlung versuchen, Sitzungen regelmäßig pünktlich zu beenden
- *ISSTD-Guidelines; Chu et al. 2011*

Rahmenabsprachen

36

- Es wird dringend davon abgeraten, jegliche persönliche Beziehungen zu DIS Patienten und anderen Überlebenden von Kindesmisshandlung einzugehen,
- selbst nach Beendigung der Therapie und selbst dann, wenn es nach dem ethischen Kodex der professionellen Organisation des Therapeuten und nach lokalen Gesetzen und Regelungen möglich wäre.
- *ISSTD-Guidelines; Chu et al. 2011*

Fallstricke für TherapeutInnen:

37

- Beziehungstests werden nicht als solche erkannt
- Re-Inszenierungen werden nicht erkannt oder unterschätzt
- Faszination der Dissoziation
- „Parteilichkeit“ für einen Persönlichkeitsanteil
- Bevorzugung „jüngerer“ Anteile
- „Lösungen“ auf Kosten anderer Anteile

Fallstricke für TherapeutInnen:

38

- Inneres Abkoppeln von den Standards
- Fehlendes Unrechtsbewusstsein
- (schleichende) „Entgrenzung“ der Kontakte
- Auch beim Therapeuten/in fehlt ggf. ein stabiles, kontinuierliches, selbstbeobachtendes und reflektierendes Ich
- Dissoziation „zu zweit“

Zusammenfassung

39

- PatintInnen mit Komplexen Dissoziativen Störungen sind besonders vulnerabel für ethische Grenzverletzungen, da
 - Kein gutes Modell für Grenzen
 - Neigung zu Re-Inszenierung
 - Schwierigkeiten mit Realitätskontrolle
 - „Lernen“ ist erschwert (Amnesie, Trance)
 - „Lösungen“ auf Kosten anderer ANPs /Eps
 - Soziale Isolierung

Zusammenfassung

40

- TherapeutInnen, die mit entsprechenden PatientInnen arbeiten, sollten sich der spezifischen Vulnerabilität bewusst sein!
 - Für gute Vernetzung sorgen
 - Supervision, Intervision
 - Auf „schleichende“ Entgrenzungen achten

Konsequenz:

41

- Niedrigschwellige Ethik-Beratung für PatientInnen und TherapeutInnen
- Mediationsangebote
- Neue Fehlerkultur
- Austausch über „schwierige Fälle“
- Was noch?

Literatur zu Dissoziation:

42

Reddemann L, Hofmann A, Gast U (2011)
(Hrsg.): Psychotherapie der dissoziativen
Störungen. Krankheitsmodelle und
Therapiepraxis - störungsspezifisch und
schulenübergreifend. Lindauer
Psychotherapiemodule. Stuttgart: Thieme. 3.
Auflage

Gast U, Wabnitz P (in Vorbereitung):
Dissoziative Störungen erkennen und
behandeln. Stuttgart, Kohlhammer.



□ Vielen Dank!

