



Dissoziative Störungen erkennen und behandeln

Ursula Gast, Pascal Wabnitz
60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010

ursula.gast-pascal.wabnitz

1

Dissoziative Störungen erkennen und behandeln

- Definition und geschichtlicher Rückblick
 - Was sind Dissoziative Störungen?
- Phänomenologie
 - Wie treten Dissoziative Störungen in Erscheinung?
- Ätiologie:
 - Wie entstehen Dissoziative Störungen?
- Diagnose:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen erkennen?
- Differentialdiagnose:
 - Wie unterscheiden sie sich von anderen Störungen?
- Behandlungsansätze:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen behandeln?

ursula.gast-pascal.wabnitz

2

Dissoziation: Definition

- Pierre Janet (1859-1947)
- Komplexer psychophysiologischer 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**.

ursula.gast-pascal.wabnitz

3

Pierre Janet (1859-1947)



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

ursula.gast-pascal.wabnitz

4

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.

ursula.gast-pascal.wabnitz

5



- 15. 1. 1842 Wien, † 20. 6. 1925
- 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 Pappenheim. Gefunden im Sanatorium Bellevue, erstmals abgedruckt in: Hirschmüller, A. (1978). Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk von Josef Breuer. Tübingen.

ursula.gast-pascal.wabnitz

6

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)

ursula.gast-pascal.wabnitz

7

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 zwingt...“ (ebd. S. 23) .

ursula.gast-pascal.wabnitz

8

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).

ursula.gast-pascal.wabnitz

9

Bertha Pappenheim (1859–1936)

deutsch-jüdische Frauenrechtlerin,
Sozialarbeiterin und Schriftstellerin



ursula.gast-pascal.wabnitz

Multiple Persönlichkeit

- 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 Persönlichkeit als klinische Entität anerkannt, 76 publizierten Fälle
- Jedoch skeptische Grundhaltung
- Sutcliffe JP, Jones J. Personal identity, multiple personality, and hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 1962; 10: 231 – 69.

ursula.gast-pascal.wabnitz

11

Klassifikation von Dissoziation und Konversion in ICD-10 und DSM IV und V

- F44.0 dissoziative Amnesie
- F44.1 dissoziative Fugue
- F44.2 dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance- u. Besessenheitszustände
- F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilitäts- u. Empfindungsstörungen
- F44.7 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

ursula.gast-pascal.wabnitz

12

Klassifikation von Dissoziation und Konversion in ICD-10 und DSM IV und V

- F44.8 sonstige Dissoziative Störungen
- F44.80 Ganser-Syndrom
- F44.81 multiple Persönlichkeit (Dissoziative Identitätsstörung)
- F44.82 vorübergehende dissoziative Störung (Konversionsstörung) in der Kindheit und Jugend
- F44.88 sonstige nicht näher bezeichnete Dissoziative Störungen
- F44.9 nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung (Konversionsstörung)
- F48.1 Depersonalisations-/ Derealisationsstörung

ursula gast -pascal wabnitz

13

Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

(nach DSM-IV)

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

ursula gast -pascal wabnitz

14

Selbst-Zustand

- Eigenständige Existenz eines Selbst-Zustandes
 - Sicheres, überdauerndes und gut gegründetes Selbstempfinden
 - Charakteristisches, überdauerndes Muster von Verhalten und Gefühlen als Antwort auf bestimmte Stimuli
- Abgespaltene Aspekte der Gesamtpersönlichkeit
 - Unterscheidung in Alter, Geschlecht, Sprache, speziellen Fähigkeiten/Fertigkeiten oder im vorherrschenden Affekt, unterschiedlicher Zugang zu biographischem Gedächtnis

ursula gast -pascal wabnitz

15

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)

ursula gast -pascal wabnitz

16

Bei Komplexen Dissoziativen Störungen:

- Dissoziation des Selbsterlebens mit unterschiedlichen Schweregraden:
 - **vollabgespaltene** Selbstzustände
 - entspricht der Dissoziativen Identitätsstörung
 - **teilabgespaltene** Selbstzustände
 - Entspricht der Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung

ursula gast -pascal wabnitz

17

Selbst als psychische Struktur

- Zentrum von Initiative und Erfahrungen (Kohut 1977)
- Empfänger, Prozessor und Speicherort (Kluft 1988)
- Sitz des Identitätserlebens (ebd.)

ursula gast -pascal wabnitz

18

Paul Dell 2009

*“The phenomena of pathological dissociation are recurrent, jarring, involuntary intrusions into executive functioning and sense of self
Thus, dissociative symptoms are startling, alien invasions of one’s mind and one’s experience”*

ursula gast -pascal wabnitz

19

Dissoziative Störung: Kriterium A

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

ursula gast -pascal wabnitz

20

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

ursula gast -pascal wabnitz

21

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

ursula gast -pascal wabnitz

22

Nomenklatur

- **DSM-III-(R): 1980**
Multiple Persönlichkeit(sstörung) (300.14)
- **DSM-IV: 1994**
Dissoziative Identitätsstörung (300.14)
- **ICD-10: 1991**
Multiple Persönlichkeit (F44.81)
- **DSM-V-Vorschlag: Dissoziative Selbst-Störung**

ursula gast -pascal wabnitz

23

Multiple Persönlichkeit 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).

ursula gast -pascal wabnitz

24

Prävalenz der DIS

- 0,5 bis 1 % der Allgemeinbevölkerung
- Waller NG, Ross CA (1997)
- Johnson et al. 2006
- Bis zu 5% in stationären psychiatrischen Stichproben
- Gast et al. 2001
- Foote et al. 2006

Gast U, Rodewald F: *Prävalenz dissoziativer Störungen*. In Reddemann L, Hofmann A, Gast U Thieme 2003

Borderline-Persönlichkeitsstörungen:

- 2% der Bevölkerung
- 10% (-20%?) in klinischen Populationen (Kernberg, Dulz, Sachsse 2000)

ursula gast -pascal wabnitz

25

Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients

Author	N	% DD	% DID	% DDNOS
Draijer & Langeland (1993)	160	5		
Friedl & Draijer (2000)	122	8,2	1,6	6,6
Gast et al.(2001)	115	4,5-9	0,3-3	2,7-6
Horen et al (1995)	48	17	6	2
Knudsen et al. (1995)		8,2	4,7	
Latz et al. (1995)	175 (w)		12	19,32
Modestin et al. (1996)	207	5	0,4	1,9
Rifkin et al. (1998)	100 (w)		1	
Ross et al. (1991)	299		3,3	
Saxe et al. (1993)	110	15	4	8
Tutkun et al. (1998)	166	10,2	5,4	4,8

ursula gast -pascal wabnitz

26

Aktuelle Kontroverse

- iatrogenes Modell:
- Therapeuten suggerieren Symptomatik durch Hypnose
- „multiple identity enactment“
- (McHugh 1993; Merskey 1992; Spanos 1994)

ursula gast -pascal wabnitz

27

Aktuelle Kontroverse

Gleaves DH (1996). *The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence*. *Psychological Bulletin* 120, 42 – 59.

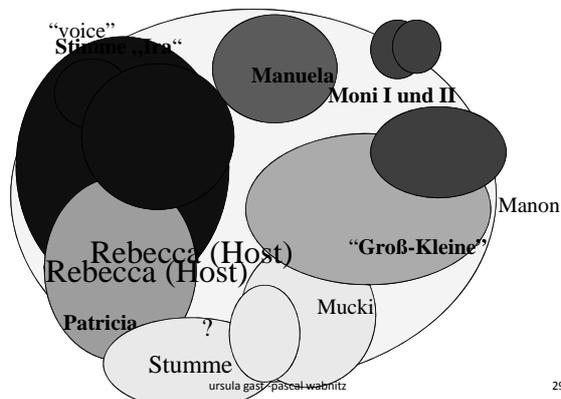
Gleaves DH, May CM, Cardena C (2001). *An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder*. *Clinical Psychological Review* 21, 577-608.

Fazit: Valide Diagnose, aber unzureichende Diagnosekriterien

ursula gast -pascal wabnitz

28

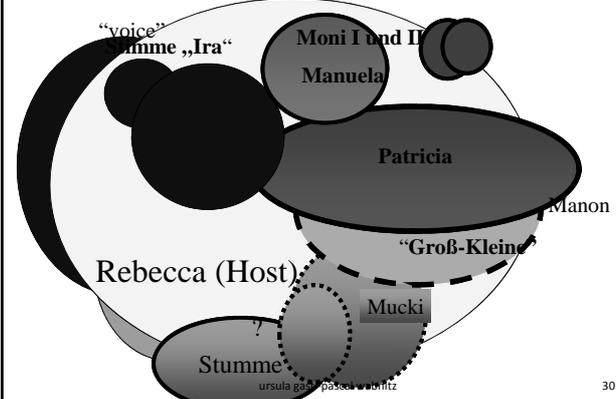
“System” der Selbstzustände



ursula gast -pascal wabnitz

29

System der Selbstzustände



ursula gast -pascal wabnitz

30

Diagnostik und Differential-Diagnostik Dissoziativer Störungen

- Definition und geschichtlicher Rückblick
 - Was sind Dissoziative Störungen?
- Phänomenologie
 - Wie treten Dissoziative Störungen in Erscheinung?
- Ätiologie:
 - Wie entstehen Dissoziative Störungen?
- Diagnose:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen erkennen?
- Differentialdiagnose:
 - Wie unterscheiden sie sich von anderen Störungen?
- Behandlungsansätze:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen behandeln?

ursula gast -pascal wabnitz

31

Trauma und Dissoziation

- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *J Nerv Ment Dis*, 194, 78-82.
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: a longitudinal follow-up. *Dev.Psychopathol.*, 18, 233-251.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Dev.Psychopathol.*, 13, 233-254.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev.Psychopathol.*, 9, 855-879.

ursula gast -pascal wabnitz

32

Trauma und Dissoziation

Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dorfel, D., Rohleder, N., & Werner, (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci.Biobehav.Rev.*, 30, 1004-1031.

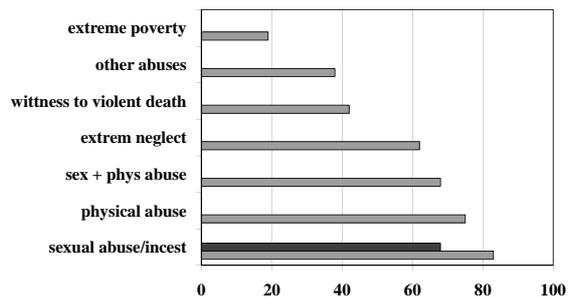
Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., & Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am.J.Psychiatry*, 163, 630-636.

ursula gast -pascal wabnitz

33

Types of childhood trauma

reported by 100 DID-patients in the NIMH-survey
Putnam et al. 1986



ursula gast -pascal wabnitz

34

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

ursula gast -pascal wabnitz

35

Strukturelle Dissoziation

Nijenhuis, van der Hart, & Steele (2003)

Die Dissoziation der traumatisierten Persönlichkeit erfolgt zwischen emotionalen (Sub-)Systemen

- Überlebenssystem („Notprogramm“)
- System der Alltagsbewältigung

ursula gast -pascal wabnitz

36

Strukturelle Dissoziation

Nijenhuis, van der Hart, & Steele (2003)

- zwei verschiedene, prototypische Selbst- oder Persönlichkeitszustände:
- alltagsangepasste apparently normal Person (ANP)
- traumaangepasste emotional „Person“ (EP)

ursula.gast-pascal.wabnitz

37

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

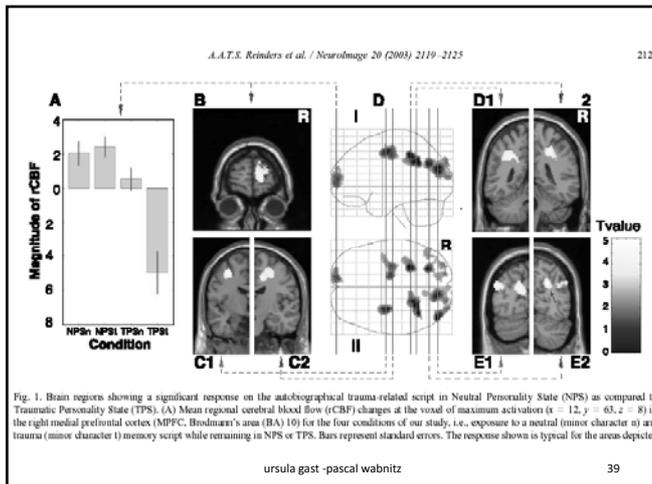
One brain, two selves.

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

ursula.gast-pascal.wabnitz

38



ursula.gast-pascal.wabnitz

39

Diagnostik und Differential-Diagnostik Dissoziativer Störungen

- Definition und geschichtlicher Rückblick
 - Was sind Dissoziative Störungen?
- Ätiologie:
 - Wie entstehen Dissoziative Störungen?
- Phänomenologie
 - Wie treten Dissoziative Störungen in Erscheinung?
- Diagnose:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen erkennen?
- Differentialdiagnose:
 - Wie unterscheiden sie sich von anderen Störungen?
- Behandlungsansätze:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen behandeln?

ursula.gast-pascal.wabnitz

40

DID: Unspezifische Merkmale:

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

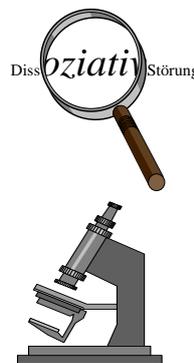


ursula.gast-pascal.wabnitz

41

Operationalisierte Diagnostik:

- Suchinstrument: **DES**
(Carlson & Putnam)
Dissociation Experience Scale
- Diagnoseinstrument: **FDS** (Spitzer & Freyberger)
Fragebogen für Dissoziative Symptome
 - 44 Items
- Diagnoseinstrument: **SKID-D** (Steinberg)
 - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen
 - 277 Items



ursula.gast-pascal.wabnitz

42

Multidimensional Inventory of Dissociation (MID):

- Entwickelt von Dell 2000, 2001
- Selbstbeurteilungs-Fragebogen
- Vereint Vorteile von Screening-Skalen und strukturierten Interviews
- erlaubt eine einfache und ökonomische Durchführung und Auswertung
- ermöglicht eine Differentialdiagnose Dissoziativer Störungen nach DSM-IV-Kriterien

ursula.gast-pascal.wabnitz

43

Komplexe Dissoziative Störungen:

Differentialdiagnose

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

ursula.gast-pascal.wabnitz

44

Komplexe Dissoziative Störungen: Organische Ausschluß-Diagnose:

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

ursula.gast-pascal.wabnitz

45

SKID-D: Amnesie

Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, daß es größere Lücken in Ihrem Gedächtnis gibt?

Wenn Ja: Können Sie beschreiben, wann so etwas vorgekommen ist und woran Sie diese Lücken gemerkt haben?

Wie oft kommt das vor?

ursula.gast-pascal.wabnitz

46

SKID-D: Amnesie

Hat es jemals Stunden oder Tage gegeben, die zu fehlen schienen, oder für die Sie sich keine Rechenschaft ablegen konnten?

Wenn Ja: Wieviel Zeit fehlte?

Wie oft passierte das?

ursula.gast-pascal.wabnitz

47

Videoclip: Frau B. (42j., 1 Kind, berentet)

Traumatische Lebensereignisse:

- Körperliche Misshandlungen durch Familienmitglieder in der Kindheit
- Durch Großvater wiederholt zu sexuellen Handlungen gezwungen worden
- Sexueller Missbrauch durch Fremden

Diagnosen:

- Rezidivierende depressive Störung (F 32.1)
- PTBS (F 43.1)
- Verdacht auf DIS (F 48.8)

ursula.gast-pascal.wabnitz

48

Frau B. schildert folgende
Gedächtnisprobleme im SKID-D-Interview

- Dissoziative Amnesie
- „weiße Flecken“ bei traumatische erlebten Sexualkontakt sowie in der Zeit während und nach der Entbindung
- Nur fragmentarische Erinnerung an die Schulzeit
- Alltagsamnesien (2-3 / Woche)
- Amnesie am Vortag: „Zeit fehlt“

ursula.gast-pascal.wabnitz

49

SKID-D: Fugue

Haben Sie sich jemals an einem Ort wiedergefunden, ohne sich daran erinnern zu können, wie Sie dorthin gekommen sind?

Wenn Ja: Können Sie mir beschreiben, was passierte?

Wie oft kommt das vor?

ursula.gast-pascal.wabnitz

50

SKID-D: Depersonalisation

Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob Sie sich von einem Punkt außerhalb Ihres Körpers beobachten, (sich aus der Entfernung sehen oder einen Film über sich selbst sehen)?

Wenn Ja: Können Sie beschreiben, was sie erlebten?

Wie oft haben Sie so eine Erfahrung gemacht?

ursula.gast-pascal.wabnitz

51

Frau B. schildert folgende Symptome der
Depersonalisation/Identitätsunsicherheit im SKID-D-Interview

- Gefühl von „zwei und mehr Personen“ im eigenen Körper.
- Einzelnen Anteile wollen immer häufiger „zu ihrem Recht kommen“, „haben etwas zu sagen“ und „müssen geschützt werden“.
- Alltagsaktivitäten werden häufig von anderen Anteilen übernommen.
- Innenanteil übernimmt für kurze Zeit die Kontrolle über das Verhalten während des Interviews.
- Reorientierung in Zeit und Raum erforderlich.

ursula.gast-pascal.wabnitz

52

SKID-D: Derealisation

Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, daß Ihnen vertraute Umgebungen oder Menschen ungewohnt oder unwirklich erscheinen?

Wenn Ja: Was war das für eine Erfahrung?

Wie oft haben Sie so eine Erfahrung gemacht?

ursula.gast-pascal.wabnitz

53

SKID-D: Identitätsunsicherheit

Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, daß in Ihrem Inneren ein Kampf stattfindet (darum stattfindet, wer Sie eigentlich sind)?

Wenn Ja: Was ist das für eine Erfahrung? Wie oft kommt das vor?

ursula.gast-pascal.wabnitz

54

Frau B. schildert folgende Symptome der Identitätsunsicherheit im SKID-D-Interview

- „Wenn ich darüber spreche, gehen die Kämpfe im Inneren wieder los“, „Viele im Inneren versuchen ihr Recht einzufordern und schlagen dann ganz unverhofft zu“
- Innenanteile können die Kontrolle über das Erleben und Verhalten übernehmen wenn diese das Bedürfnis danach haben.
- „Ich muss jetzt gerade darum kämpfen die Kontrolle zu behalten“.
- Frau B. ruft um Hilfe als der innere Druck zu groß wird und muss reorientiert werden.

ursula.gast-pascal.wabnitz

55

SKID-D: Identitätswechsel

Haben Sie sich jemals so gefühlt oder so verhalten, als seien Sie ein Kind?

Hat man Ihnen erzählt, daß Sie sich wie ein Kind verhalten?

Wenn Ja: Was war das für eine Erfahrung?

Können Sie die kindliche Rolle näher beschreiben?

Wie oft kommt das vor?

ursula.gast-pascal.wabnitz

56

SKID-D: Identitätswechsel

Haben Sie sich jemals so verhalten, als ob Sie eine völlig andere Person wären?

Wurde Ihnen jemals von anderen gesagt, daß Sie eine andere Person zu sein scheinen?

Wenn Ja: Was wurde Ihnen gesagt?

ursula.gast-pascal.wabnitz

57

Dissoziationsphänomene

- Trance
- Innerer Kampf
- Switch

ursula.gast-pascal.wabnitz

58

Diagnostik und Differential-Diagnostik Dissoziativer Störungen

- Definition und geschichtlicher Rückblick
 - Was sind Dissoziative Störungen?
- Ätiologie:
 - Wie entstehen Dissoziative Störungen?
- Phänomenologie
 - Wie treten Dissoziative Störungen in Erscheinung?
- Diagnose:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen erkennen?
- Differentialdiagnose:
 - Wie unterscheiden sie sich von anderen Störungen?
- Behandlungsansätze:
 - Wie kann man Dissoziative Störungen behandeln?

ursula.gast-pascal.wabnitz

59

Behandlungsstudien

- 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

ursula.gast-pascal.wabnitz

60

Therapeutische Herangehensweise:

Bei **einfachen** dissoziativen Störungen (Dissoziativer Amnesie, Fugue und Depersonalisation):

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

ursula gast -pascal wabnitz

61

Therapeutische Herangehensweise:

- **Komplexe** Dissoziative Störungen sind posttraumatische Störungen
- Häufig liegen frühkindlicher Traumatisierungen zu Grunde
- Oft in Form von körperlicher, seelischer Vernachlässigung / Misshandlung und/oder sexueller Misshandlung
- Sie erfordern ein hoch strukturiertes psychotherapeutisches Vorgehen

ursula gast -pascal wabnitz

62

Dissoziation

- Kann sich zu gewohnheitsmäßigen Mechanismus in Stresssituationen „einschleifen“.
- Aus ehemaligen Schutzmechanismus wird Vermeidungsmechanismus
- wird hinderlich, um eine Situation angemessen zu bewältigen
- verhindert (z.B. in Form von Amnesie, Depersonalisation und Derealisation) Integration neuer emotionaler Erfahrungen
- **schmälert therapeutische Wirkung**

ursula gast -pascal wabnitz

63

- Übungen zur Selbstbeobachtung (Linehan 1996, Haddock 2001)

- Was ist gerade passiert, bevor die Dissoziation begann? In welcher Situation war ich gerade?
- Was habe ich gerade gefühlt, körperlich und emotional?
- Was ist das letzte, an das ich mich erinnern kann? (wichtige Frage bei dissoziativen Amnesien)
- Woran habe ich die Dissoziation bemerkt?
- Was habe ich versucht zu vermeiden (z.B. Auseinandersetzung im Gespräch, sich zur Wehr setzen, sich abgrenzen, oder: Nähe zuzulassen).
- Was hätte ich stattdessen tun können?

ursula gast -pascal wabnitz

64

Behandlungstechniken:

Dissoziative Identitätsstörung Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung

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

ursula gast -pascal wabnitz

65

Therapeutische Interventionen

- abgespaltene Aspekte/Anteile aktiv in die Therapie einzubeziehen und sie „einladen“, sich an der Therapie zu beteiligen.
- Botschaft vermitteln, dass alle Aspekte bedeutsam sind und nur durch die Mitarbeit und Berücksichtigung aller Selbstaspekte eine Therapie sinnvoll und aussichtsreich ist
- Überblick über das Ausmaß der Abspaltung
- Qualität der Amnesie
- Stimmen hören

ursula gast -pascal wabnitz

66

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

ursula gast -pascal wabnitz

67

Zielsetzungen bei der Therapie komplexer Dissoziativer Störungen

- Reduzieren von Getrenntheit der Selbst-Zustände
- Reduzieren von Konflikten zwischen Selbst-Zustände
- Erreichen von Übereinstimmung in der Wahrnehmung der Selbst-Zustände

(Nach Kluft 2003)

Spezifische psychodynamische Techniken

- Modifizierte Grundregel
- Aktive Kontaktaufnahme zu „Anderen“
- Kartieren des Selbst-Systems
- Interventionen innerhalb des gesamten Selbst-Systems
- Träume als via regia zum Unbewussten und „anderswo Gewusstem“
- Gleichwertige und gleichbleibende Behandlung der Selbst-Zustände

ursula gast -pascal wabnitz

68

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)

ursula gast -pascal wabnitz

69

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 >

ursula gast -pascal wabnitz

70

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

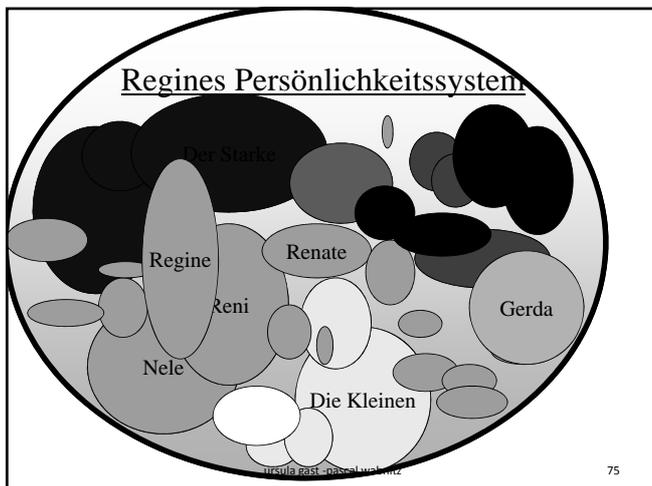
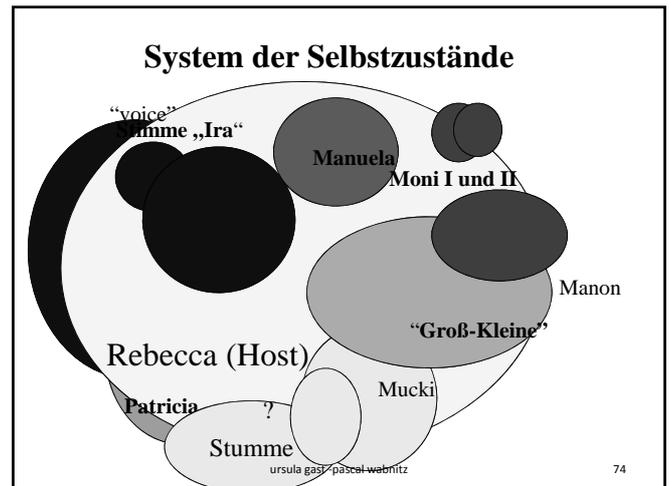
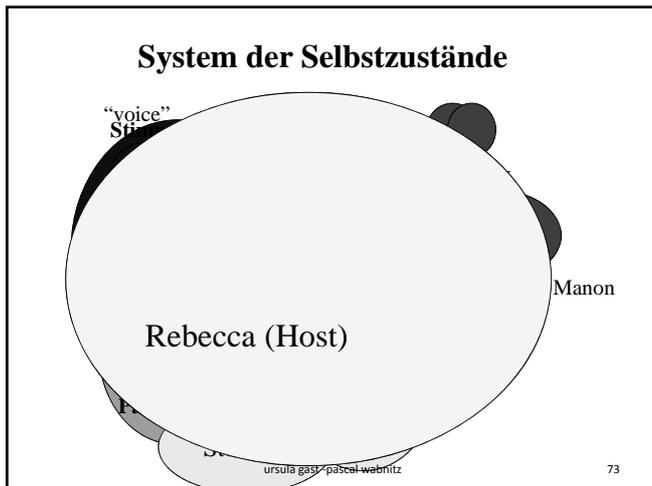
ursula gast -pascal wabnitz

71

- **„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)**

ursula gast -pascal wabnitz

72



Traumabearbeitung

Erst, wenn....

- ...ausreichend stabile therapeutische, psychosoziale und körperliche Situation
- Überwindung der tertiären Dissoziation (siehe van der Hart et al., 2006) mit
- Ausreichend guter Kommunikation

76

Keine Traumabearbeitung bei...



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

ursula gast - pascal wabnitz 77

Ziel der Traumabearbeitung

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

78

Nachintegrative Phase

- Trauerarbeit um die zerstörte Kindheit
- Verändertes Selbst- und Lebensgefühl
- Neue Bewältigungsstrategien
- „Rest“-Symptomatik:
 - Borderline-Strukturen, Essstörungen, Beziehungsprobleme
- Technik: Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern

ursula.gast-pascal.wabnitz

79

Behandlungsrichtlinien

issd.org

International Society for the Study of Dissociation

dissoc.de

- deutscher Fachstudien-Gruppe der ISSD

ursula.gast-pascal.wabnitz

80

Weiterführende Literatur

- L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.); Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend (S. 37 - 46). Stuttgart: Thieme.
- Gast, U. & Drebes, S. (2010) Dissoziative Störungen. In: V. Arolt, A. Kersting (Hrsg); Psychotherapie in der Psychiatrie (S. 313 – 333). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: Norton. Deutsche Ausgabe: Das verfolgte Selbst, Junfermann-Verlag Paderborn

ursula.gast-pascal.wabnitz

81

Diagnostische Instrumente

- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., & Keane, T.M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75-90.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The mini international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic mental interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry 59*(20), 22–33.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic stress diagnostic scale manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

ursula.gast-pascal.wabnitz

82