

Dissoziative Störungen

Ursachen – Diagnosen - Behandlung



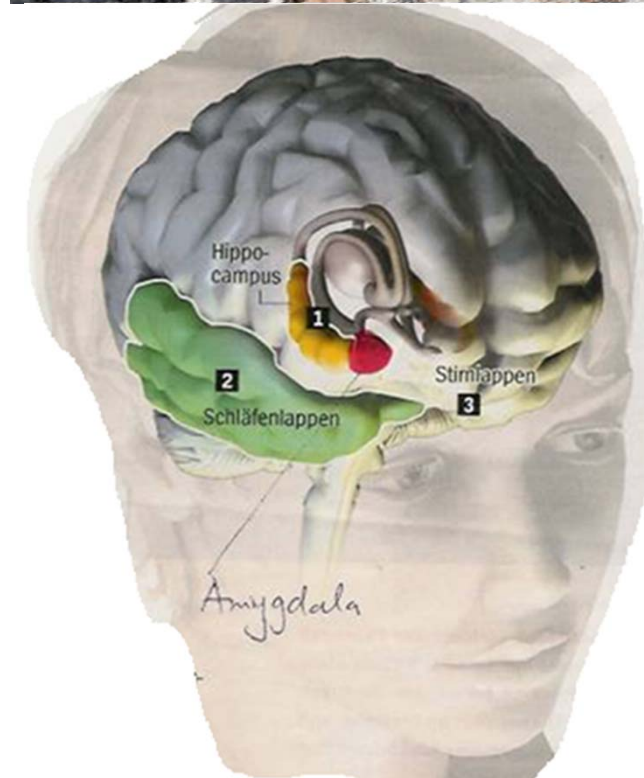
Michaela Huber

www.michaela-huber.com

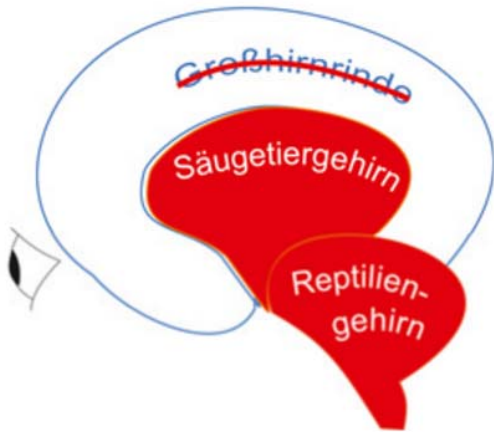
www.dgtd.de

Was ist ein Trauma?

- Eine Wunde oder Verletzung. Unfälle, Naturkatastrophen, Gewalt, Krieg, Vertreibung, Vernachlässigung, existenzielles Verlassen, auch Entwürdigung und seelische Grausamkeiten werden von Erlebten in spezifischer Weise abgespalten, wenn sie existenziell bedrohlich und überwältigend waren.
- Traumatisiert wird man nicht durch ein bestimmtes Ereignis, sondern dessen körperliche, seelische, geistige und Beziehungs-Folgen (auch transgenerational via Epigenetik).
- Ein Trauma entsteht, wenn die integrative Kapazität des Gehirns überfordert ist und dieses eine Notreaktion ausführt: Die Erfahrung wird in Bestandteile aufgesplittert (primäre Dissoziation). Soziale Unterstützung ist der wesentliche protektive Faktor vor z.B. PTBS und KTBS.
- PTBS: chronisches Wiedererleben – Einschränkung – Übererregung
- KPTBS: Mangel an Impulskontrolle, Selbstfürsorge, Sinnhaftigkeit, sicherer Bindung, adäquater Körperwahrnehmung



Warum muss ein Lebewesen dissoziieren unter hohem Stress?



- Weil es unter existenzieller Bedrohung „Verteidigungsreaktionen“ zeigen, und dabei alle anderen Reaktionen (Spiel, alltägliches Funktionieren...) ausblenden muss.
- Diese archaischen, auch bei Tieren vorkommenden, Verteidigungsreaktionen wie Fluchtreflexe, „Mit aller Kraft ums Leben kämpfen“, Erstarren und Totstellen, sowie Bindungsschrei, Totale Unterwerfung, Rückzug und Erholung stellen neurobiologische „Aktionssysteme“ dar, die dem Überleben dienen.
- Aber bei Bindungstrauma: Bindungssystem und Verteidigungssystem werden gleichzeitig aktiviert!

Besonders frühe Traumata sind wesentlich für die Entstehung von struktureller Dissoziation



- „In Langzeit- und prospektiven Studien wurde ein Zusammenhang festgestellt zwischen aversiven Ereignissen wie mangelnde Fürsorge durch Bindungspersonen und somatoformen wie psychoformen dissoziativen Symptomen (Diseth, 2006; Dutra et al, 2009, Ogawa et al., 1997).“ (s. Nijenhuis & Van der Hart 2011)
- Vor allem frühe Kindheitstraumata (besonders Gewalterfahrungen) sowie frühe Bindungsstörungen und die Abwesenheit von elterlichem Schutz gehen dissoziativen Störungen häufig voraus.
- Epigenetik zeigt (z.B. Kaskadentheorie von Teicher): Frühe massive Stresserfahrung lässt das Gehirn und das Stress-System anders aufbauen: Präfrontaler Cortex, Balken und linke Großhirnhälfte im Aufbau geschädigt; Amygdala-System alarmiert dauernd; fragmentierte Speicherung hält an auch bei „relativ normalem Stress“. Man muss früh eingreifen, sonst chronifizieren die dissoziativ bedingten Störungen von Wahrnehmung, Gedächtnis, sozialen Beziehungen....

DSM V: Neue Ordnung der Diagnosen

1. Trauma- und Belastungs-bezogene Störungen:

- Akute Belastungsstörung (Wiedererleben, negative Affekte, dissoziative Symptome, Vermeidung, Übererregung – direkt nach dem Trauma, 3 Tage bis einen Monat lang)
- Reaktive Bindungsstörung (andauernd? Schwer?)
- Beziehungsstörung mit Enthemmung (dito)
- PTBS (mit dissoziativen Symptomen? Mit verzögertem Beginn?)
- Anpassungsstörungen (innerhalb von 3 Mon. nach Beginn der Belastung, Leiden und Beeinträchtigung, mehr als gewöhnliche Trauer: mit depressiver Stimmung? Angst? Gemischt? Mit Störung des Sozialverhaltens? Der Emotionen UND des Sozialverhaltens? Gemischt? Akut oder anhaltend)?
- Andere Trauma- und Belastungs-bezogene Störungen (z.B. Störung durch eine andauernde komplexe Trauerreaktion)
- N.n.b. Trauma- und Belastungs-bezogene Störungen



DSM V: Posttraumatische Belastungsstörung

- A. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod**, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt: 1. direkt; 2. bei anderen; 3. erfahren, dass einem Nahestehenden passiert; 4. wiederholt konfrontiert mit aversiven Details (etwa Helfer) – Konfrontation durch elektronische Medien nicht, es sei denn beruflich bedingt.
- B. Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome des *Wiedererlebens*** (1. Intrusionen, 2. Träume, 3. Flashbacks i.S. dissoziativer Reaktionen, als ob sich das Ereignis wieder ereignen würde (bei Kindern evtl. im Spiel); 4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen; 5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit Hinweisreizen.
- C. Anhaltende Vermeidung** von Reizen, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind: 1. Vermeidung von belastenden Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen, die s. auf das Ereignis beziehen; 2. Vermeiden von Personen, Orten, Aktivitäten etc., die sich auf das Ereignis beziehen.

DSM V: Posttraumatische Belastungsstörung (2)

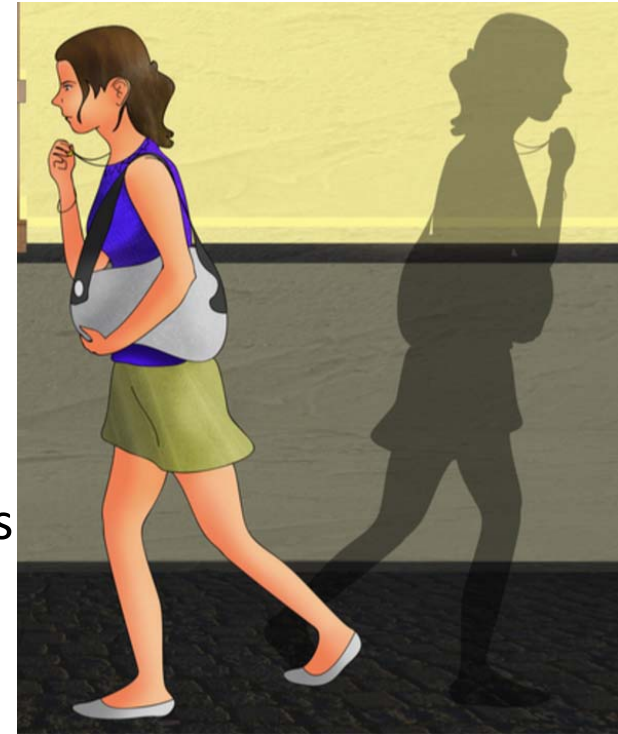
- **D. *Negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung*** im Zus.hang mit dem traumatischen Ereignis: 1. Amnesien; 2. Anhaltende und übertrieben negative Überzeugungen auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt („Man kann niemandem trauen“ etc.); 3. Verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des traumatischen Ereignisses, so dass man sich schuldig fühlt; 4. andauernder negativer emotionaler Zustand (Angst, Entsetzen, Wut...); 5. deutlich vermindertes Interesse od. Teilnahme an wichtigen Aktivitäten; 6. Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen; 7. anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (Glück, Zufriedenheit, Zuneigung).
- **E. Deutliche *Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität*** im Zus.hang mit dem traumatischen Ereignis: 2 oder mehr Symptome wie: 1. Reizbarkeit und Wutausbrüche; 2. Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten; 3. Übermäßige Wachsamkeit; 4. Übertriebene Schreckreaktionen; 5. Konzentrationsschwierigkeiten; 6. Schlafstörungen.
- **F.** Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat
- **G.** Das Störungsbild verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leid oder Beeinträchtigung
- **H.** Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bestimme ob: Mit dissoziativen Symptomen: 1. Depersonalisation; 2. Derealisation

Bestimme ob: Mit verzögertem Beginn: Erst mind. 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt.

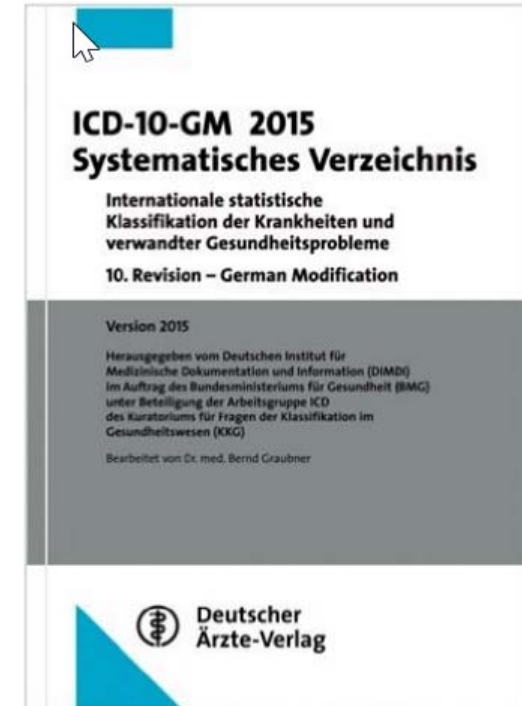
DSM V: Dissoziative Störungen

- Dissoziative Identitätsstörung
- Dissoziative Amnesie (mit Fugue?)
- Depersonalisations-/Derealisationsstörung
- Andere näher bez. Dissoziative Störung; z.B. „Identitätsstörungen, die mit weniger ausgeprägten Diskontinuitäten des Bewusstseins des eigenen Selbst und des eigenen Handelns assoziiert sind“ oder „Veränderungen der Identität oder Episoden von Besessenheit bei Personen, die keine Dissoziative Amnesie berichten“ oder „Identitätsstörungen infolge anhaltender und intensiver Manipulation unter Zwangsbedingungen“ (z.B. durch „Gehirnwäsche“, Gedankenbeeinflussung, Indoktrination, Folter...) oder akute dissoziative Reaktionen auf belastende Ereignisse, oder dissoziative Trancezustände etwa im Zusammenhang mit Bühnenhypnose etc.
- Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung (wenn man etwa in der Notaufnahme noch nicht genügend Informationen hat z.B.)



ICD - Klassifikationen

- F44.0 Dissoziative Amnesie
- F44.1 Dissoziative Fugue
- F44.2 Dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance- und Besessenheitszustände
- F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 Dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F44.7 Dissoziative Störungen gemischt
- F44.8 Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
- F44.80 Ganser-Syndrom
- F44.81 Multiple Persönlichkeit(ssörung)
- F44.82 Transitorische dissoziative Störungen Kindheit und Jugend
- F44.88 Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
- F44.9 Dissoziative Störung nicht näher bezeichnet



DSM V: Dissoziative Identitätsstörung

- A. **Störung der Identität, die durch zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände gekennzeichnet ist** und die in einigen Kulturen auch als das Erleben von Besessenheit beschrieben wird..., umfasst eine deutliche Diskontinuität des Bewusstseins des eigenen Selbst und des Bewusstseins des eigenen Handelns, begleitet von damit verbundenen Veränderungen des Affekts, des Verhaltens, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, des Denkens und/oder sensorisch-motorischer Funktionen. Diese Merkmale und Symptome können von anderen beobachtet oder von der Person selbst berichtet werden.
- B. Wiederkehrende **Lücken bei der Erinnerung** alltäglicher Ereignisse, wichtiger persönlicher Informationen und/oder traumatischer Ereignisse, die nicht als gewöhnliche Vergesslichkeit zu werten sind.
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise **Leiden oder Beeinträchtigungen** in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Störungsbild ist **nicht normaler** Bestandteil breit akzeptierter kultureller oder religiöser Praktiken. (Bei Kindern: Symptome können nicht besser durch imaginierte Spielkameraden oder andere Fantasiespiele erklärt werden.)
- E. Die Symptome sind **nicht Folge der physiologischen Wirkungen einer Substanz** (z.B. Blackout oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. komplex-partielle Anfälle).

DSM V: Persönlichkeitsstörungen

1. Einteilung jetzt:

- Paranoide P. / Schizoide P./ Schizotype P.
- Antisoziale P. / Borderline P. /Histrionische P. /Narzisstische P
- Vermeidend-selbstunsichere P. /Dependente P. /Zwanghafte P
- Persönlichkeitsveränderung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors
(labil/enthemmt/aggressiv/apathisch/paranoid/anders/gemischt/n.n.b.)
- Andere näher bezeichnete P./ N.n.b.P.

2. Vorschlag: Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit nach Ausmaß der Beeinträchtigung in den Dimensionen:

Identität – Selbststeuerung – Empathie – Nähe

Negative Affektivität (vs. Emotionale Stabilität) – Verschlossenheit (vs. Extraversion) – Antagonismus (vs. Verträglichkeit), Enthemmtheit (vs. Gewissenhaftigkeit) – Psychotizismus (vs. Adäquatheit)



Wie kann man Dissoziation formell diagnostizieren?

- DES
- FDS
- A-DES (J-DES)
- CDES
- HDI
- SKID-D (Gold-Standard)

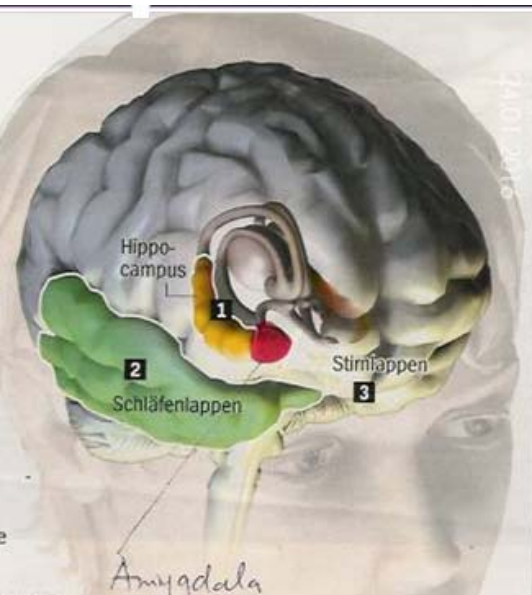


Hinweise zum SKID-D

- Das Strukturierte Klinische Interview zu Dissoziativen Störungen nach dem DSM ist umfangreich, enthält aber im wesentlichen 5 „Grundfragen“, die weiter exploriert werden können, außerdem Zusatzkapitel. Manchmal ist der FB rasch auszufüllen, man sollte aber damit vertraut sein.
- Dimensionen: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit, Identitätswechsel.
- Entscheidend: Den Schweregrad ermitteln!!



Traumatherapie: Vom **Amygdala**- zum **Hippocampus**-System plus präfrontaler Kontrolle



Hippocampus-System (**Cool System** of Memory under Stress, J. Metcalfe)

Biografisch

Episodisch

Raum-zeitlich

Narrativ

Semantisch

Die Informationen sind
Moderat und
Moderiert

Amygdala (= hot system of memory under stress), implizites Gedächtnis

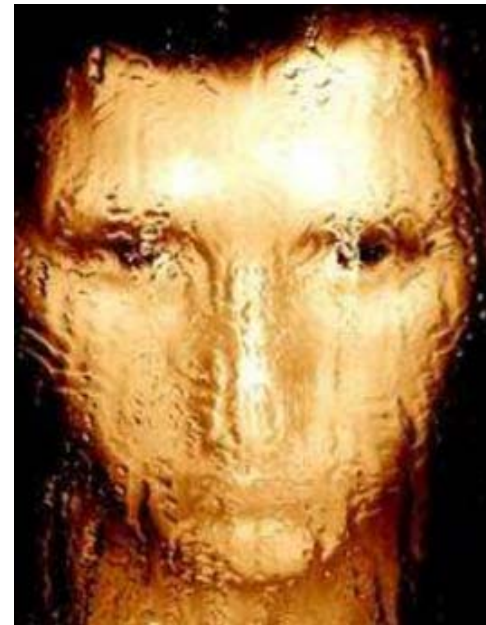
- „Nur-Ich“ (EP) „Nicht-Ich“ (ANP)
- Fragmentarisch
- Potenziell überall und immer
- Sprach-los
- Sinn-los

Die Informationen sind

- Imperativ und
- Leicht triggerbar

Neue Erkenntnisse (1)

- Früher: Dissoziation geschieht während der unmittelbaren traumatischen Einwirkung, ist also peritraumatisch. Posttraumatische dissoziative Störungen sind auch bei PTBS selten.
- Heute: Dissoziation ist der Hauptabwehrmechanismus nicht nur während traumatischer Einwirkung, sondern auch danach. PTBS *ist* eine dissoziative Störung.



Neue Erkenntnisse (2)

- Früher: Nach Diagnose und Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung: Stabilisierung und danach Durcharbeiten.
- Heute: Dito, aber: Frühtraumatisierte haben destruktive Bindungsmuster und dysfunktionale Stressbewältigungsmuster verinnerlicht. Sie müssen sichere Bindung und Distanzierung von Stress lernen.
- Traumaintegration in bits and pieces (z. B.: „Können Sie diese Erkenntnis ein paar Sekunden lang mit Ihrem Innenleben teilen?“).



Neue Erkenntnisse (3)

- Früher: Kennenlernen und Arbeit mit einzelnen Anteilen (mapping), Tiefenhypnose, Traumabearbeitung mit einzelnen Anteilen.
- Heute:
 - Arbeit am Ausstieg aus destruktiven und Aufbau konstruktiver Bindungen;
 - Innere Landkarten;
 - Verhandlungen auf der inneren Bühne;
 - Ressourcen-Verankerung (Ressourcen-Team etc.);
 - innere Rettungsaktionen und „In-Sicherheit-Bringen“ traumatisierter/verletzlicher Anteile;
 - ausgiebige Verstehens-Arbeit mit täterloyalen und täteridentifizierten Anteilen;
 - Co-Bewusstsein als Hauptziel, dabei ANPs lange schützen. 1. Ziel Noch unterschiedlich, mit innerem Informationstransfer.
 - 2. Ziel: Integration zu einem kohärenten Ich-Gefühl mit Fähigkeit zu Affektmodulation und -kontrolle.

