

Kolloquium für Psychotherapie und Psychosomatik 9.11.2015

Traumatisch bedingte Dissoziation der Persönlichkeit

Dr. med. Dominik Schönborn Praxis Luzern

Keine Firmenabhängigkeit, Mitglied Spitalrat Luzerner Psychiatrie

Folien und Video in Zusammenarbeit mit
Dr. med. Erwin Lichtenegger

Ziel:

Modell der Strukturellen Dissoziation kennen

Ablauf:

- Begriff und unterschiedliche Modelle
- Strukturelles Modell
- Diagnostik
- Forschung
- Therapie
- Pat-Video
- Diskussion

Fragen zu Beginn

- Ist eine K-PTBS eine Angststörung?
- Ist eine K-PTBS mehr als eine Angststörung?
 - Falls ja, weshalb?
- Behandeln wir eine K-PTBS hauptsächlich wie eine Angststörung?
 - Falls nein, worin besteht der Unterschied?
- Ist eine K-PTBS oft auch eine strukturelle Störung der Persönlichkeit?
 - Falls ja, wie äussert sich dies bzw. woran erkennen wir dies?
 - Wie wirkt sich dies auf die Behandlung aus?



egostates.ch



Universität
Zürich^{UZH}

Das Wichtigste zur Dissoziation

Begriff

Modelle

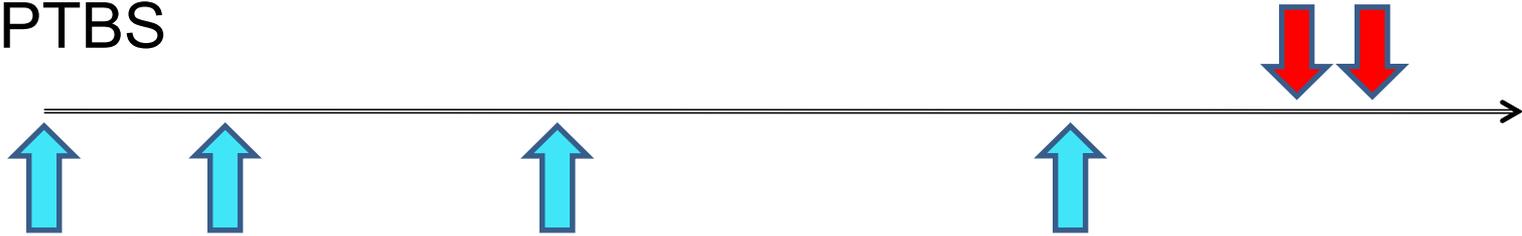
Forschung

Epidemiologie

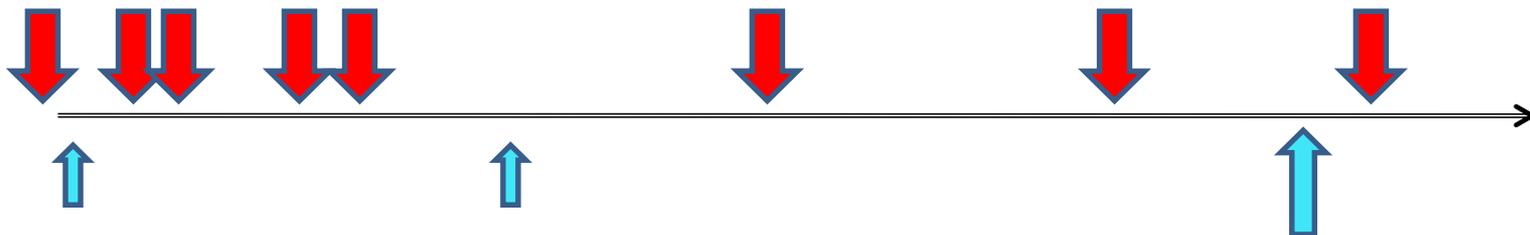
- Repetitiver Missbrauch und schwere Vernachlässigung in der Kindheit sind relativ verbreitet
- Die Folgekosten sind sehr hoch
- Aufwand für Prävention vergleichsweise tief
- Dissoziative Störungen sind relativ häufig
- Sie gehören zu den teuersten Diagnosen

Lebensverlauf typisch für PTBS versus komplexe-PTBS inkl. dissoziative Störungen:

- PTBS



- K-PTBS: viel ACE bei wenig Ressourcen Erfahrungen während Entwicklung der Persönlichkeit



↓ = «Adverse Experiences»
Adverse Childhood Experiences ACE

↑ = Ressourcen Erfahrungen

Begriff Dissoziation

- Pierre Janet 1897:
 - Désagregation - dissociation - Dissoziation
- WHO / ICD-10: Teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Motorik
- DSM-5: Störung / Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktion von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotion, Wahrnehmung, Körperbild, Motorik, Verhalten

Klassifizierung dissoziativer Störungen ICD 10

- **Umschriebene psychische dissoziative Symptomatik**
Dissoziative Amnesie F 44.0, Fugue F44.1, Dissoziativer Stupor F 44.2, Trance und Besessenheitszustände F 44.3
- **Umschriebene somatoforme dissoziative Symptomatik**
Dissoziative Bewegungsstörungen F 44.4, Krampfanfälle F 44.5, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen F 44.6, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt F 44.7
- **Schwere dissoziative Störungen**
Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung F 44.88
Multiple Persönlichkeitsstörung F 44.81

Klassifikation Dissoziativer Störungen DSM-5

- Dissoziative Identitätsstörung 300.14, F44.81
- Dissoziative Amnesie 300.12, F44.0
 - mit dissoziativer Fugue 300.13, F44.1
- Depersonalisations- / Derealisationsstörung 300.6, F48.1
- Andere spezifische Dissoziative Störung 300.15, F 44.89
- Unspezifische Dissoziative Störung 300.15, F 44.9

Dissoziative Identitätsstörung

DIS: Dissociative Identity Disorder (DSM-IV)

MP: Multiple Persönlichkeit (ICD-10)

- Anwesenheit von 2 oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder mit je eigenem überdauernden Muster von Wahrnehmung, Denken sowie Beziehung zu Umwelt und zu sich selbst
- ...welche wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen
- Unfähigkeit sich an persönlich wichtige Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden
- Nicht durch medizinische Krankheiten oder Substanzen bedingt

ICD-10	ICD-11
PTBS F43.1	PTBS
Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)	Komplexe PTBS (6B10)
-	«Prolonged grief disorder» (6B11)
Anpassungsstörung (F43.2)	Anpassungsstörung (6B13)
Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters F94.1	Reaktive Bindungsstörung (6B12)
Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (6B15)
Akute Belastungsreaktion (F43.0)	-

PTSD: Neuerung im DSM-5

- Stressorkriterium (subjektive Belastung) fällt weg
- Neu 4 (früher 3) Symptombereiche
- 3 neue Symptomkriterien
- Klinische Subtypen **mit** / ohne **Dissoziation**

Dissoziative Symptome E. Nijenhuis et.al 2001, J. Gysi 2015

Psychoforme

Positive Symptome (Bsp)

- Intrusionen affektiv, visuell, akustisch (zB dissoziative Stimmen)
- (Teil-) dissoziiertes Fühlen, Denken, Handeln

Negative Symptome (Bsp)

- Dissoz. Amnesien
- Depersonalisation
- Derealisation
- Emotionale Betäubung
- Dissoziativer Stupor

Somatoforme

Positive Symptome (Bsp)

- Dissoziative Krampfanfälle
- Körperliche Intrusionen zB dissoziative Schmerzen
- Parästhesien, Hyperästhesien

Negative Symptome (Bsp)

Alle Sinne und Motorik zB

- Anästhesie, Analgesie
- Seh- und Hörminderung
- Aphonie, Dysphonie
- Lähmung, mot. Hemmung

Untersuchungsinstrumente

- Screeningfragebogen Bsp:
 - Fragebogen zu Dissoziationserfahrungen DES II (Bernstein)
 - Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-20 (Nijenhuis)
- Strukturiertes Interview für Dissoziative Symptome (SKID-D) (Gast, Steinberg)
- Strukturiertes Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen (Ross)

Fragen nach dissoziativen Zuständen

- Erleben Sie, dass Ihre Zustände, d.h. Befindlichkeit, Gefühle, Gedanken, Reaktionen etc. stark wechseln? (Beispiele)
- Sagen andere über Sie, dass sie Sie oft unterschiedlich erleben?
- Erleben Sie manchmal unterschiedliche Seiten in sich, so dass es schwierig ist, zu wissen wer Sie eigentlich sind?
- Gibt es manchmal Schwierigkeiten sich zu erinnern, was Sie erlebt haben, als Sie in einem anderen Zustand waren?
- Gibt es Zustände, wo Sie merken, dass die Aufmerksamkeit weggeht und Sie Geräusche von weit weg hören oder sich von aussen sehen?
- Etc.

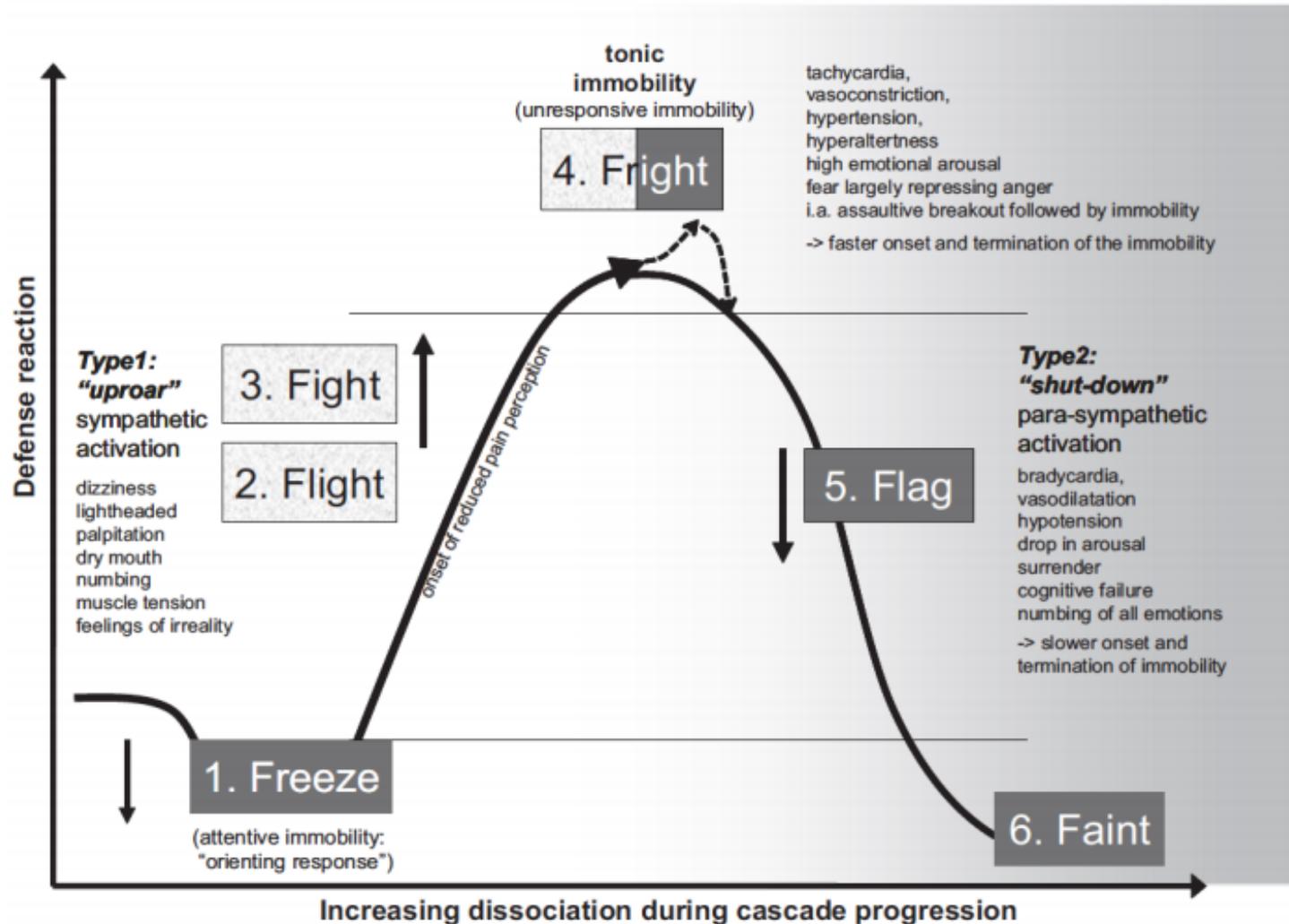
Dissoziationsmodelle

- Hysterisches Modell (alte Griechen)
- Bessenheitsmodell
- Konversionsmodell

- Stressmodell
- Strukturelles Modell
- Soziokognitives Modell

Dissociation Following Traumatic Stress

Wiederaktivierung von Stresszuständen - M. Schauer & T. Elbert



Absenkung und Einengung des Bewusstseins

- Ist das **Bewusstseinsfeld eingeengt**?

Bewusstseinsengung: Überaktivität Sympathikus

- Nichts anderes wahrnehmen, als was fokussiert wird.
- Kontextevaluation erschwert
- Eingeschränkte Körper und Gefühlswahrnehmung

- Ist der **Bewusstseinsgrad vermindert**?

Bewusstseinsabsenkung: Überaktivität Parasympathikus

- "Nicht mehr präsent sein", "weg-dissoziieren", "verreisen"
- Ähnlich Dämmer-, Schlafzustand

- Bei **beiden** Bewusstseinsänderungen:

- Das Gefühl der Identität kann erhalten sein
- Zeitgitter kann ungestört sein
- Örtliche Orientierung kann erhalten sein

Bildung traumassoziierter Substrukturen

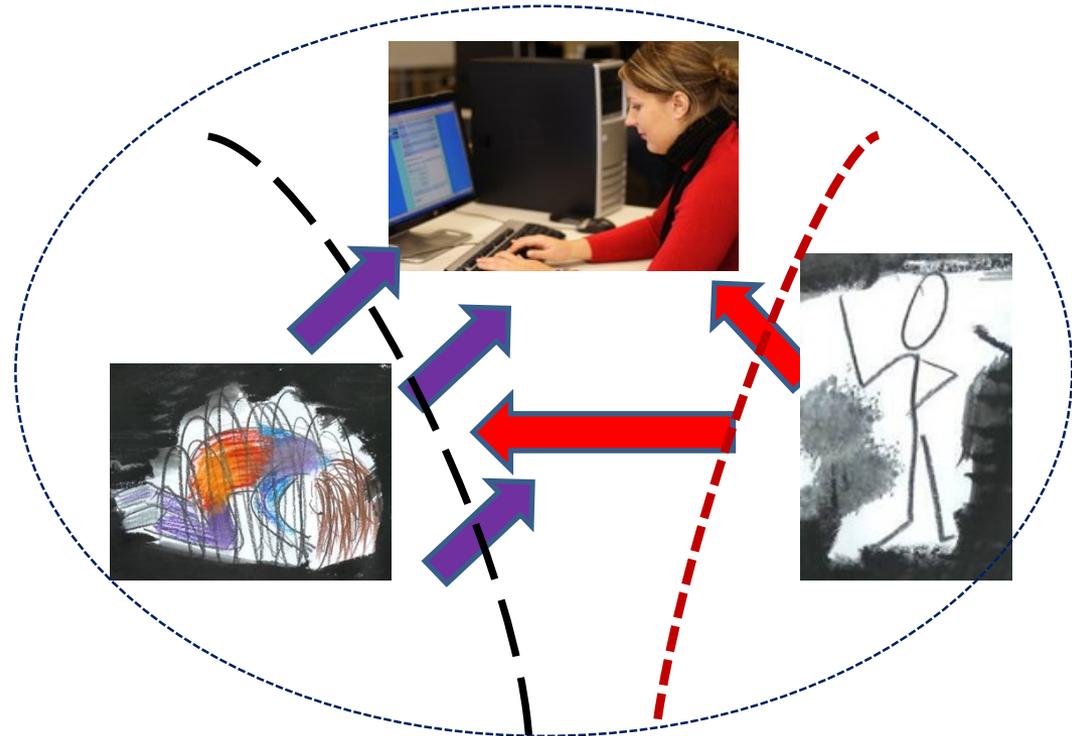


Dissoziation der Persönlichkeit

Damals, Aussenwelt



Heute, Innenwelt

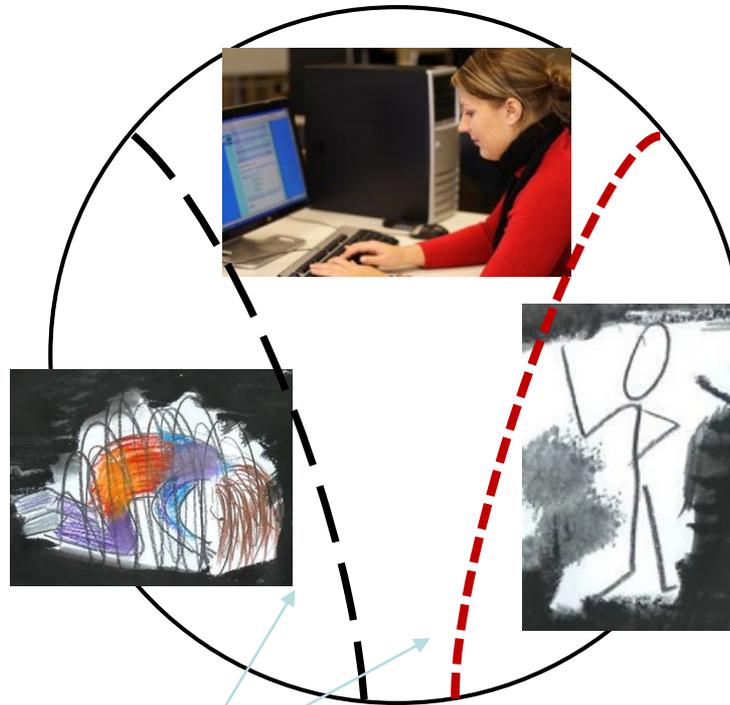


Die Trinität von Trauma

Konstellation dissoziativer Substrukturen

**Anscheinend normale
Persönlichkeit ANP**
Ignoranz, Alltagsperspektive

**Emotionale
Parts Fragilität
EPf**
Opfer-
Perspektive



**Emotionale
Parts
Kontrolle
EPc**
Täter
Perspektive

«Dissoziative Begrenzungen»

3 typische Perspektiven der komplex traumatisierten Persönlichkeit

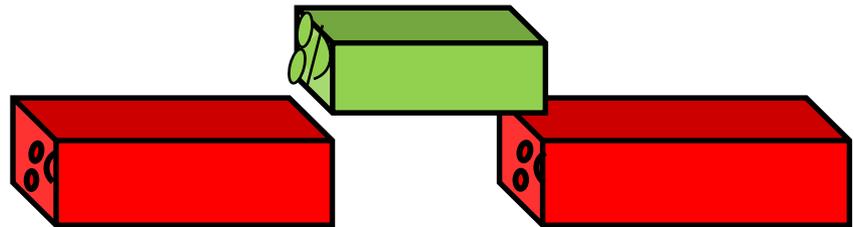
- **ANP**, Anscheinend normale Persönlichkeit. Funktion zum Preis des Nicht-Wissens. Alltagsperspektive
 - Phobie / Vermeidung von traumaassoziiertem Erleben
- **EPf , Fragilität, Verletzte Aspekte der Persönlichkeit**, Traumatische Erinnerungen, Opferperspektive,
 - Tendenz Persönlichkeit mit Traumainhalten zu überschwemmen, da nicht integriert
- **EPc, Kontrollierende, Täter imitierende Aspekte der Persönlichkeit**
 - Kontrollierend, misstrauisch, übermässig kritisch, bestrafend, sabotierend, Schuld und Scham induzierend, oft grundlegend für dysfunktionales Verhalten

Modell der strukturellen Dissoziation

van der Haart, Nijenhuis, 2006, Janet 1887

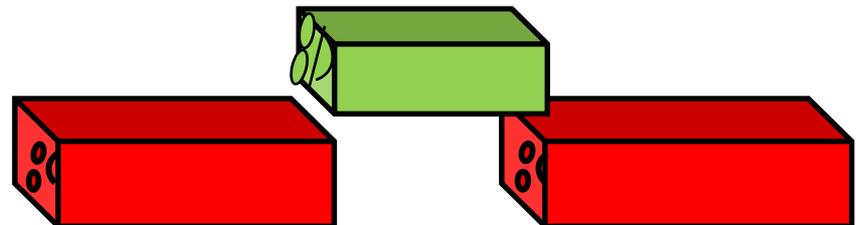
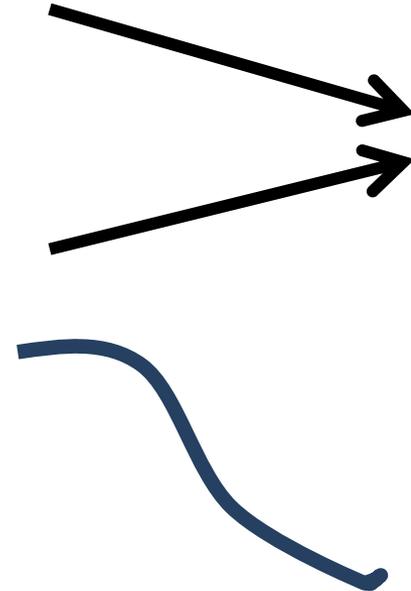
- Schwerer traumatischer Stress überfordert Integrationsfähigkeit des Kindes
- Nicht integrierte Teile der Persönlichkeit als Subsysteme
- Wechsel zwischen den Subsystemen beeinflusst Wahrnehmung, Erleben, Denken, Handeln und Identität
- Dissoziative Symptome meist Folge dieser Wechsel
- Dissoziation = Wechsel des Bewusstseins zwischen mind. 2 Subsystemen mit je eigener Ich-Perspektive

- Ich-Bewusstsein ANP
- Ich-Bewusstsein EP



Veränderungen des Bewusstseins

- Nicht jede Bewusstseins-Veränderung ist pathologisch und nicht jede dissoziativ
- Bewusstseinsfeld weit – eng
 - Einengung des Bewusstsein
- Bewusstseinsgrad hoch - tief
 - Absenkung des Bewusstseins
 - Hypervigilant bis schläfrig
- Wechsel des Ich-Bewusstseins
 - Ich-Bewusstsein ANP
 - Ich-Bewusstsein EP



Auch einer einfachen PTBS liegen dissoziative Veränderungen der Persönlichkeit zugrunde

Erleben damals,
Aussenwelt



Heute, Innenwelt



Flashbacks :
Überflutung aus
nicht integrierter Substruktur
und innerpsychische Vermeidung

Flashback als Bewusstseins-Wechsel dh als dissoziativer Zustand im engeren Sinne

- Verändertes Erleben der eigenen Identität mit Veränderung des Ich-Bewusstseins und der Umwelt Perspektive
 - *Wer sind Sie jetzt? Wie erleben Sie Ihre Umwelt?*
- Verändertes Zeiterleben
 - *In welcher Zeit sind Sie jetzt?*
- Veränderter Ortsbezug
 - *Wo sind Sie jetzt?*
- Veränderter Körperbezug
 - *Wie gross ist der Körper, zu wem gehört der Körper?*
- (Teil-) Amnesie zwischen den Zuständen?
 - *Wissen Sie, was Sie vorher gesagt, gemacht, gefühlt haben?*

Enactment und Reenactment

Nijenhuis, Weber & Varela, Spinoza

- Körper und Geist erschaffen sich ständig: Enactment
 - Fließgleichgewicht von körperlichen und psychischen Handlungen
 - Psychische Vorgänge sind mentale Handlungen
- Flashbacks entstehen durch Reenactment traumatischen Erlebens in der Gegenwart
- Dissoziative Anteile als ständiges Reenactment von Teilaspekten der traumatischen Erfahrung

Konzept der Strukturellen Dissoziation

ergänzt nach Onno van der Hart et. al.

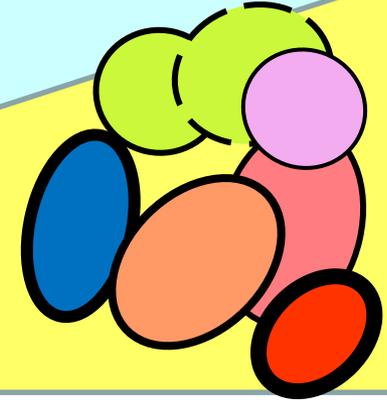
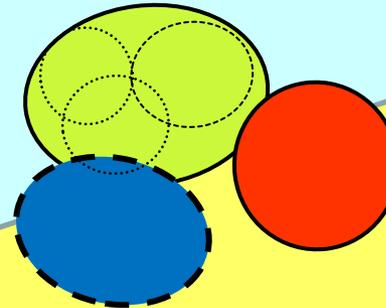
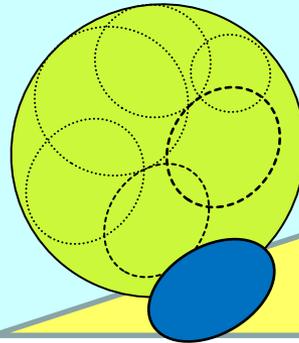
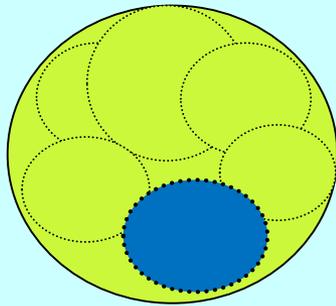
Persönlichkeit
ohne
Dissoziation

Dissoziation der Persönlichkeit

Primäre

Sekundäre

Tertiäre



Nicht-
dissoziative
«Anteile»,
Zustände

1 ANP
1 EP

1 ANP
mehr als 1 EP

Mehrere ANP
mehrere EP

ANP = Anscheinend Normale Persönlichkeit
EP = Emotionaler Persönlichkeitsanteil

Konzept der Strukturellen Dissoziation

Bsp für Diagnosen ergänzt nach Onno van der Hart et. al.

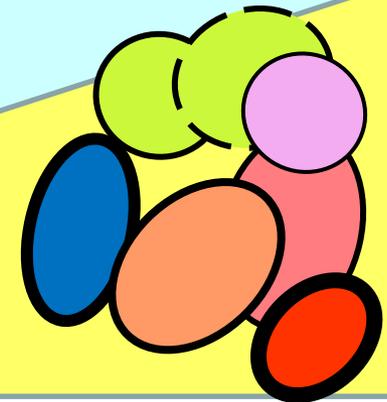
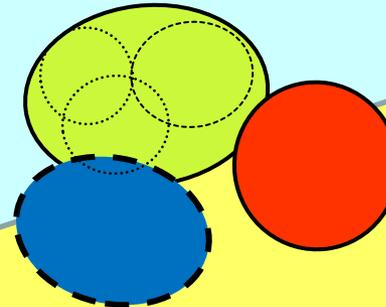
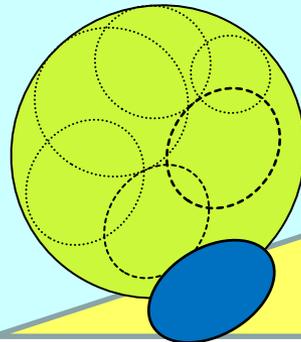
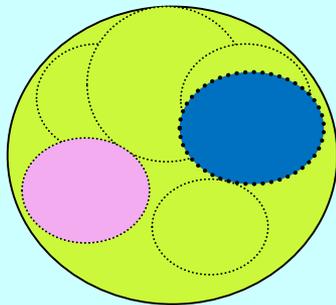
Persönlichkeit
ohne
Dissoziation

Dissoziation der Persönlichkeit

Primäre

Sekundäre

Tertiäre



Bsp:
BPS (Ich
Zustände)

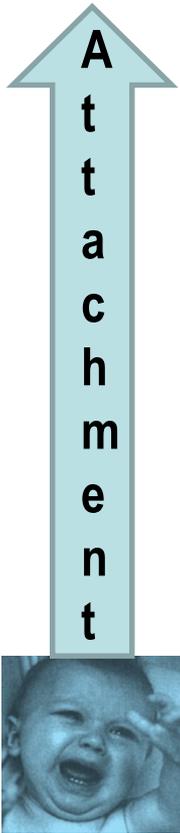
Einfache
PTBS mit
Flashbacks

K-PTBS mit
dissoziativen
Symptomen

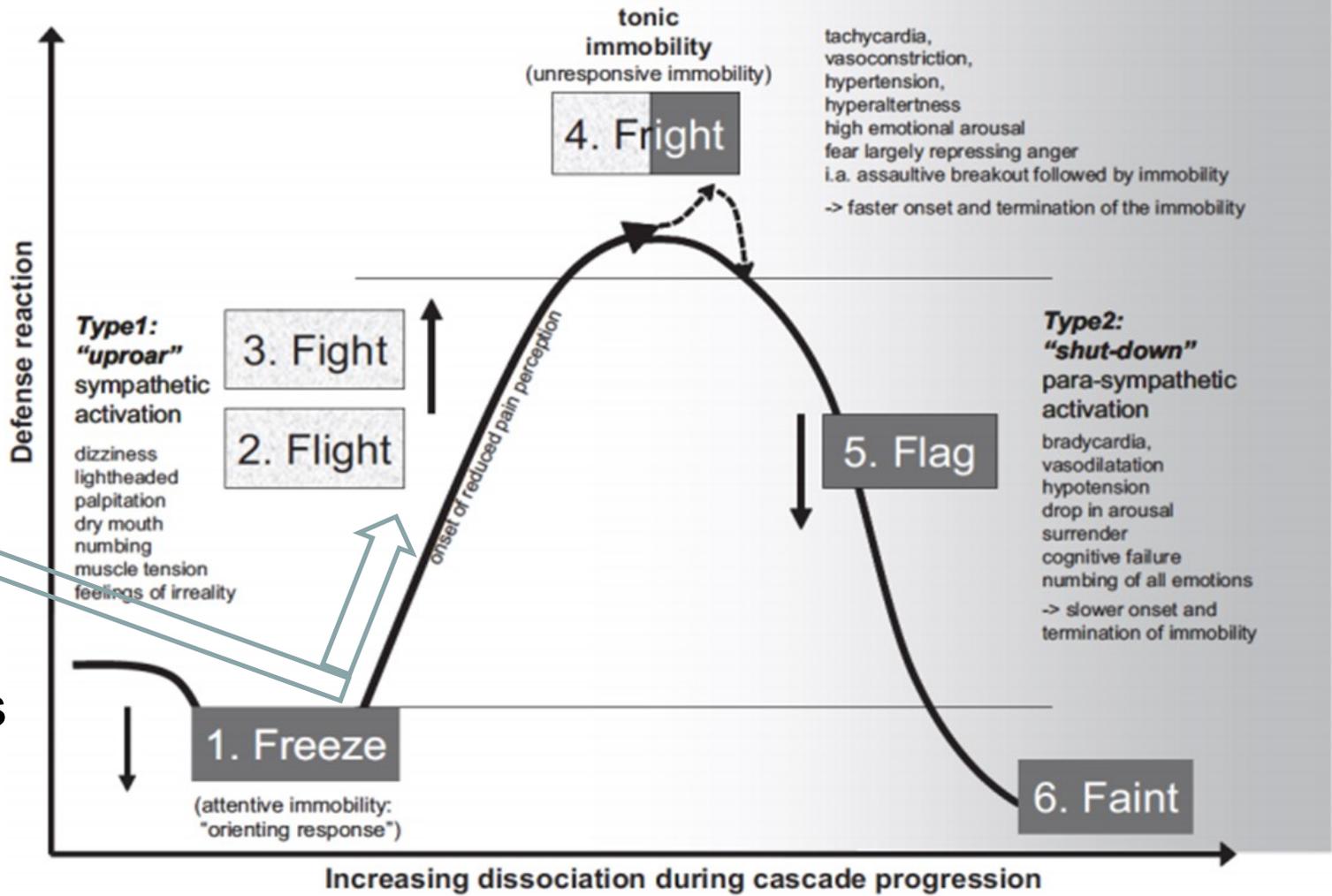
DIS

Bindungs- und Verteidigungs-System unter Bedrohung

modifiziert nach M. Schauer & T. Elbert



Bindungs-Schrei



Desorganisierte, «dissoziative» Bindung

- Gleichzeitige Aktivierung von Bindungssystem UND Verteidigungssystem bzgl. derselben Bindungsperson
 - Sich widersprechendes «Hin zu» und «weg von»
- Schwer bis nicht integrierbare Bindungserfahrung
 - Grundstein für Entwicklung von Dissoziation
- Forschung: Dieser Bindungstyp ist grösserer Risikofaktor für spätere Psychopathologie (insbesondere für Dissoziation) als Trauma-Ereignisse per se
 - Tragik: oft treten gestörte Bindung und Trauma zusammen auf
 - Sichere Bindung nach traumatisierender Erfahrung als potenter Schutzfaktor!



egostates.ch



Universität
Zürich^{UZH}

Forschung zu Dissoziation

mit Dank
an Dr. phil. Yolanda Schlumpf

früher am psychologischen Institut USZ
heute Forschung Clenia Littenheid AG



Forschung und Dissoziation

- Nur wenig Forschung:
 - 2000-2010 weniger als 10/a zu DIS
- Begriffsverwirrung «Dissoziation»: viele Gruppen definieren nicht, was sie untersuchen
- Unterschiedliche Modelle werden miteinander verglichen (Äpfel mit Birnen)
- «Schwierige instabile Patienten»

Umstrittene Ätiologie DIS

A) Genuine Störung bedingt durch

- Chronische Traumatisierung
- Gestörte Bindung

B) Iatrogene oder artifizielle Störung bedingt durch

- Fantasiefähigkeit, Suggestion und Suggestibilität
- Rollenspiele

= Soziokognitives Modell

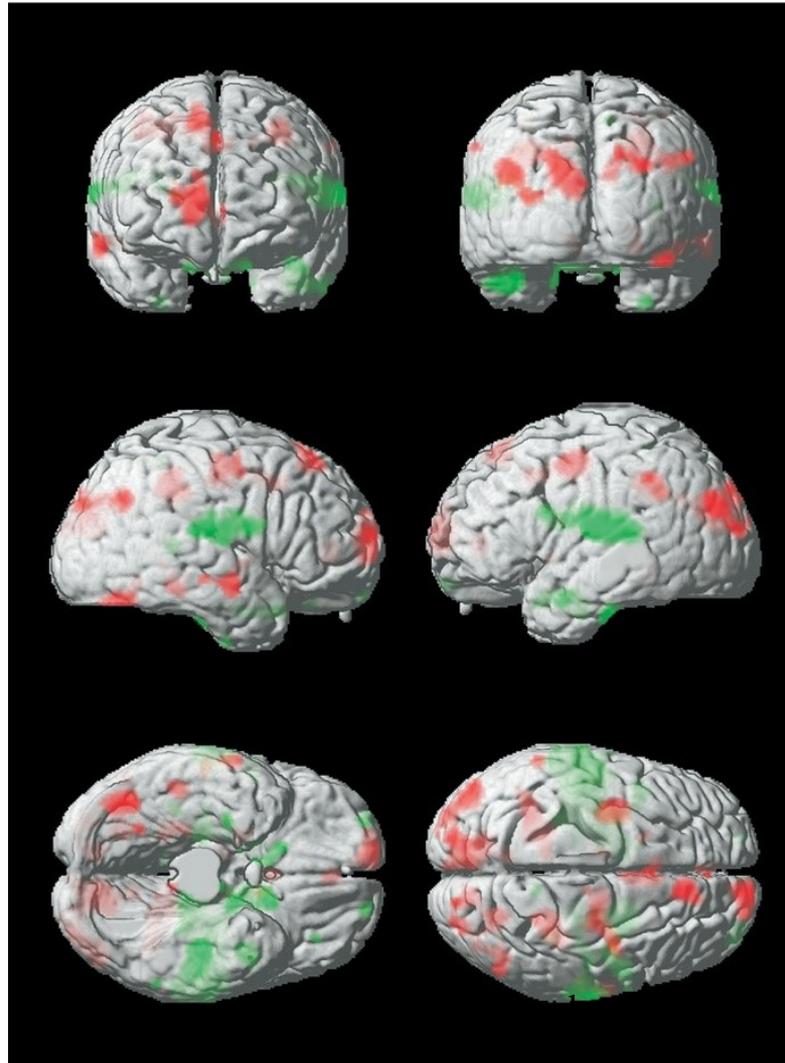
- Viele Anhänger
- Keine empirische Grundlagen basierend auf Studien mit DIS Patienten

Neurobiologische Studien zu DIS bzw. K-PTBS dissoziativer Subtyp

Exposition von DIS Pat in Zustand ANP und
Zustand EP im Vergleich mit gesunden
Kontrollgruppen

- Symptomprovokation: Tonband mit
Traumaskript und Untersuchung mit PET
- Exposition mit vorbewussten visuellen Stimuli
mittels fMRT
- Untersuchungen im Ruhezustand mittels
Perfusionsmessung fMRT/ASL

Unterschiede der neuronalen Aktivität (PET) beim Anhören von Traumaskripts bei Pat mit DIS im Zustand ANP und im Zustand EP



Reinders 2006

Die empirischen Daten zeigen u.a.

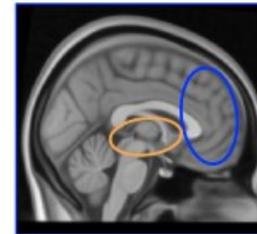
- Menschen mit DIS sowie mit PTBS vom dissoziativen Subtyp zeigen
 - Eindeutige neurobiologische Unterschiede
 - zwischen einem «traumafokussierten» emotional unterregulierten und einem «traumaneutralen» emotional überregulierten Persönlichkeitsanteil (entsprechend EP und ANP),
 - welcher durch hochsuggestible Menschen und professionelle Schauspieler nicht imitiert werden konnten

Review von Boyesen & Van Bergen 2013; Hermann et al. 2006; Reinders et al., 2012; Schlumpf et al., 2013, 2014, Lanius, 2010; Reinders et al., 2006

Dr. phil. Yolanda Schlumpf zur Neurobiologie der DIS (2015)

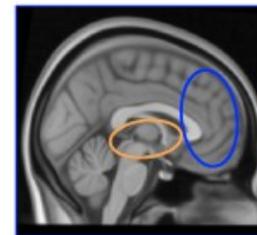
EP

- **Emotional unterreguliert**
 - Hyperarousal
 - Symptome des Wiedererlebens



ANP

- **Emotional überreguliert**
 - Hypoarousal
 - Depersonalisation, Derealisation



(Reinders et al., 2006, 2014; Schlumpf et al., 2013, 2014)

Zusammenfassung DIS Forschung

- Empirische Daten stehen in Übereinstimmung mit dem Modell der Strukturellen Dissoziation
- Empirischen Daten falsifizieren das Soziokognitive Modell



egostates.ch



Universität
Zürich^{UZH}

Therapie dissoziativer Störungen speziell Konfrontation

«Therapie Richtung»

Integration und Differenzierung
anstelle von Dissoziation

Verbindungen knüpfen zwischen dem
voneinander Dissoziierten

Wer kann das tun?

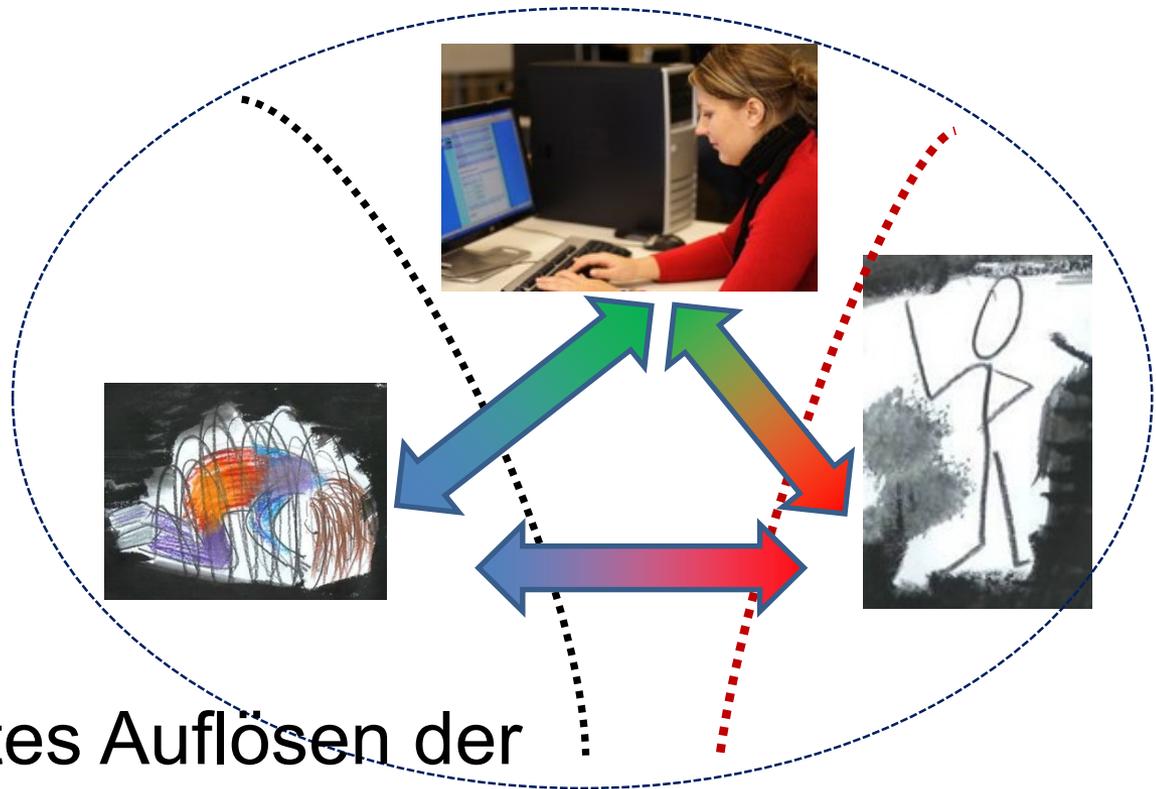
Ziele der Traumatherapie (E. Nijenhuis modifiziert)

- Synthese der traumatischen Erfahrungen
 - Sinneserfahrungen, Körpererleben, Gefühle
 - Speicherung deklarativ statt implizit
- Präsentifikation: Differenzierung von Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft
- Personifikation: Eine Identität
 - Verbinden von traumassoziierter Substrukturen
- Etablierung funktionaler Bewältigungsstrategien anstelle von Vermeidung und Ersatzhandlungen

I
N
T
E
G
R
A
T
I
O
N

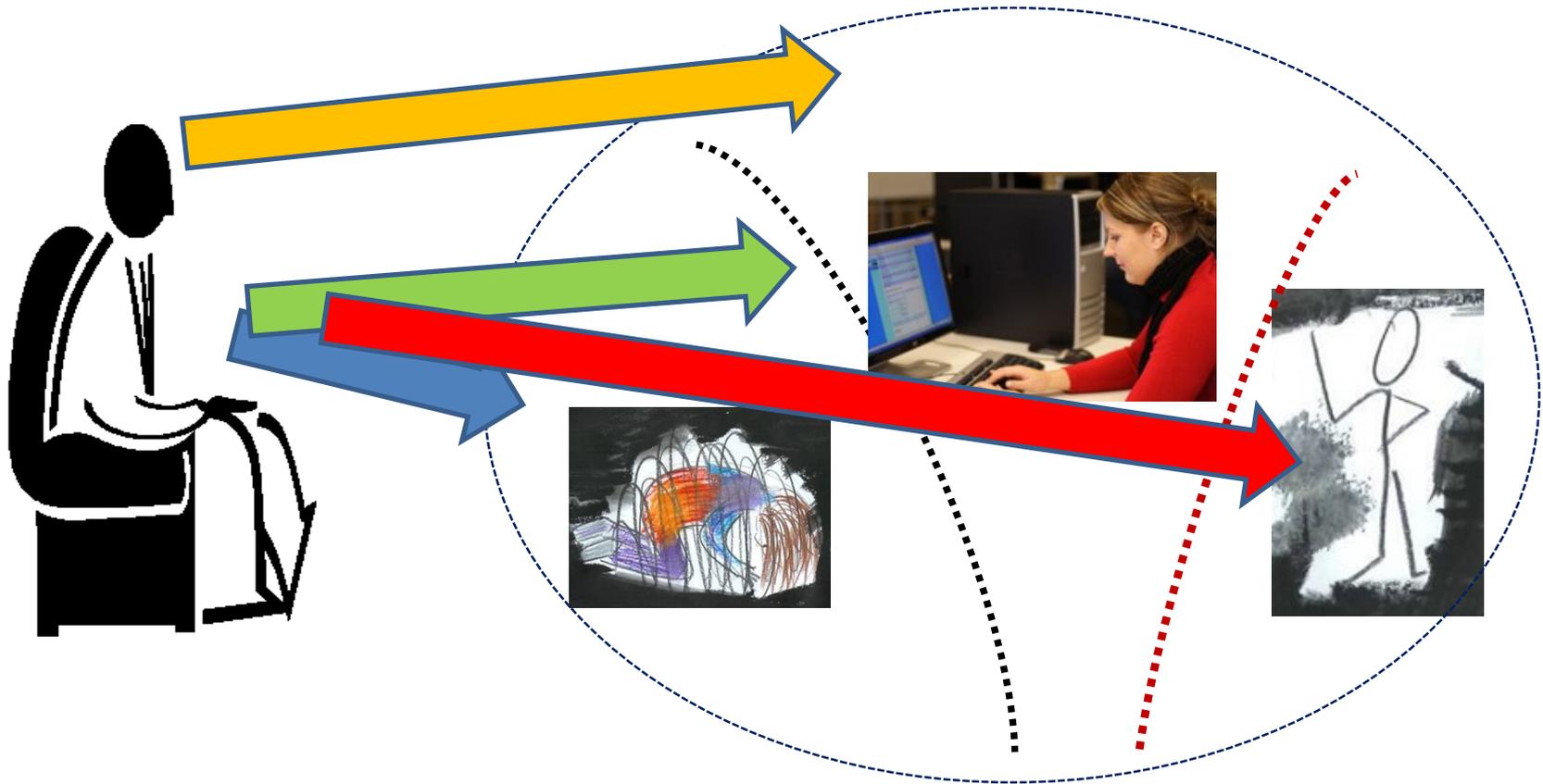
Reduktion der Dissoziation der Persönlichkeit

durch Austausch zwischen den
Substrukturen



= dosiertes Auflösen der
dissoziativen Abgrenzungen

Mit Person als Ganzes sprechen
Mit einzelndem Anteil sprechen
mit zwei und mehr Anteilen gleichzeitig reden



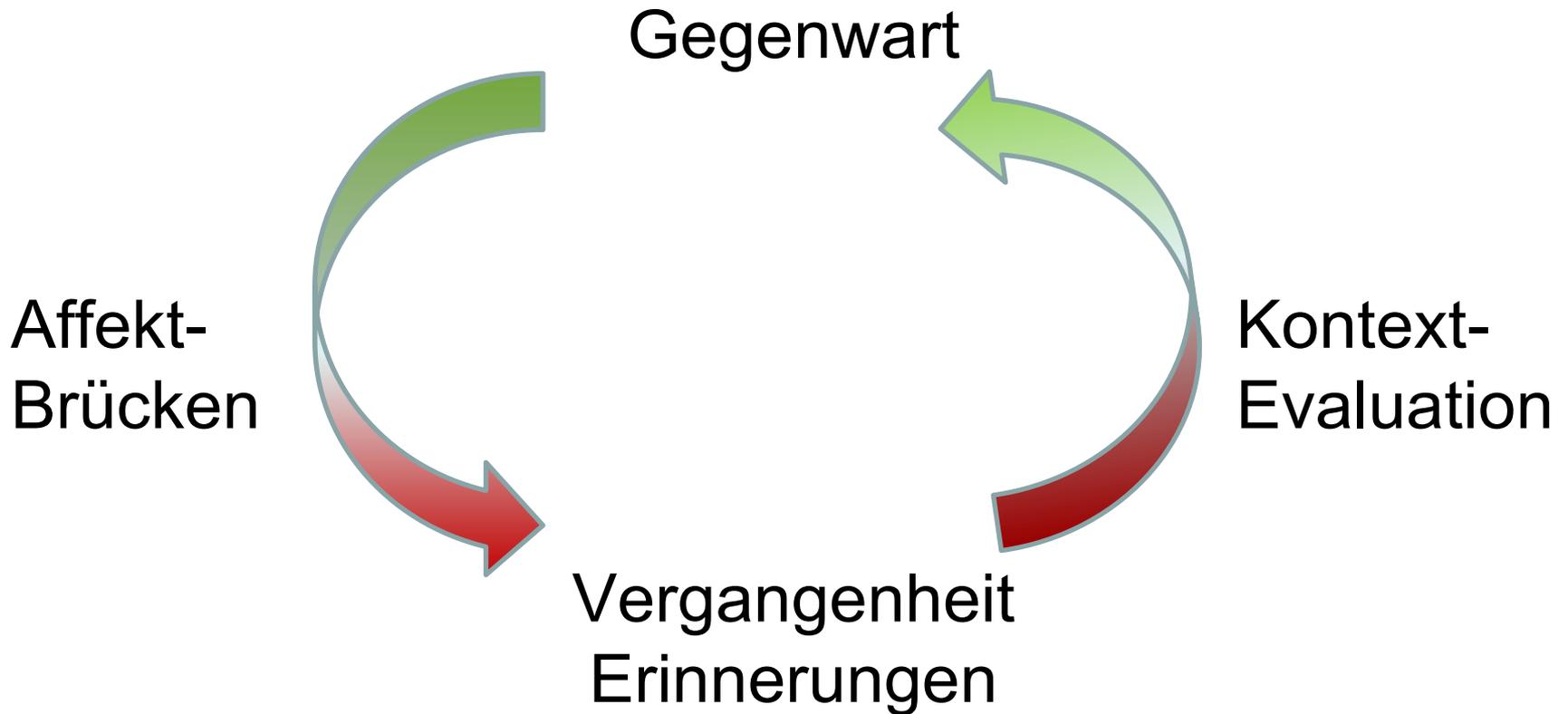
Therapie Phasen bzw. -Module

- 1: Stabilisierung und Strukturaufbau
 - Konfrontation der Phobien bzgl. Gegenwart
- 2: Bearbeitung traumatischer Erinnerungen
 - Konfrontation der Phobien bzgl. traumatischer Erinnerungen
- 3: Integration der Persönlichkeit
 - Konfrontation der Phobien bzgl. Zukunft
dh vor einem normalen Leben
- Früher als Therapie-Phasen - heute als individuell anpassbare und kombinierbare Module verstanden

Konfrontation traumatischer Erinnerungen

- Voraussetzung: Wille (Motivation) PatientIn und Fähigkeit PatientIn dabei präsent zu bleiben
- Dissoziation während Exposition verhindert Verarbeitung, Lernen und damit Integration
- Deshalb dosierte Exposition innerhalb der Verarbeitungskapazität (Window of Tolerance»

Verbinden von Gegenwart mit Erinnerungen und Vergangenheit mit Gegenwart



Bearbeitung im Window of Tolerance

nach Odgen & Minton 2000

Hyperarousal



Übermäßige sympathische Aktivierung:
reduzierte Verarbeitungsfähigkeit

u.a. durch Einengung Bewusstsein

Window of Tolerance: Stressniveau für
Verarbeitung ausreichend

Übermäßige parasympathische
Aktivierung: reduzierte
Verarbeitungsfähigkeit

u.a. durch Absenkung Bewusstsein

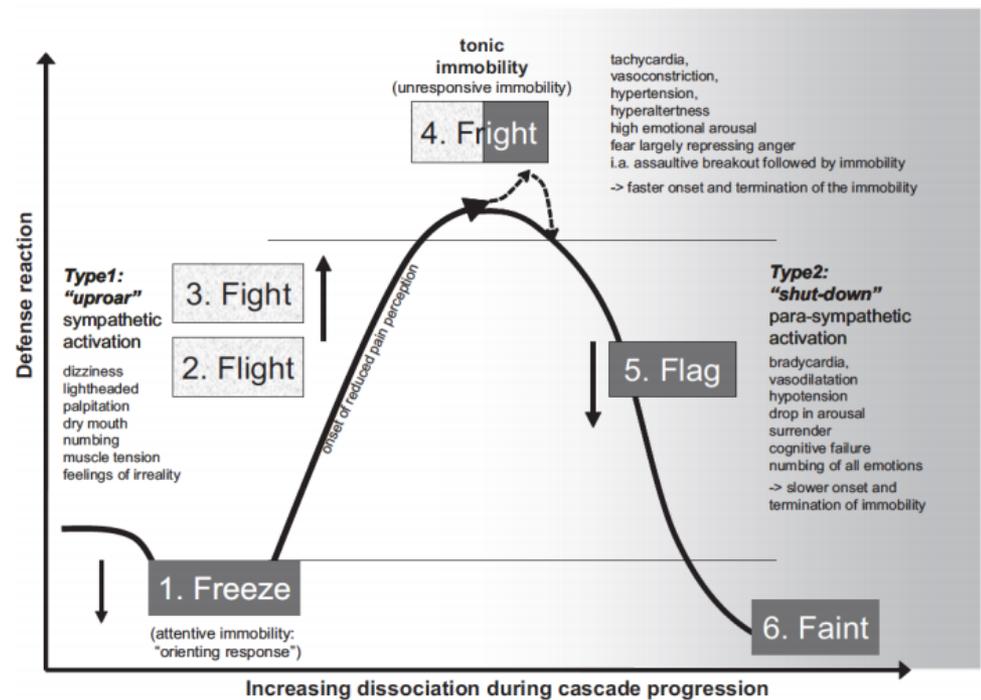
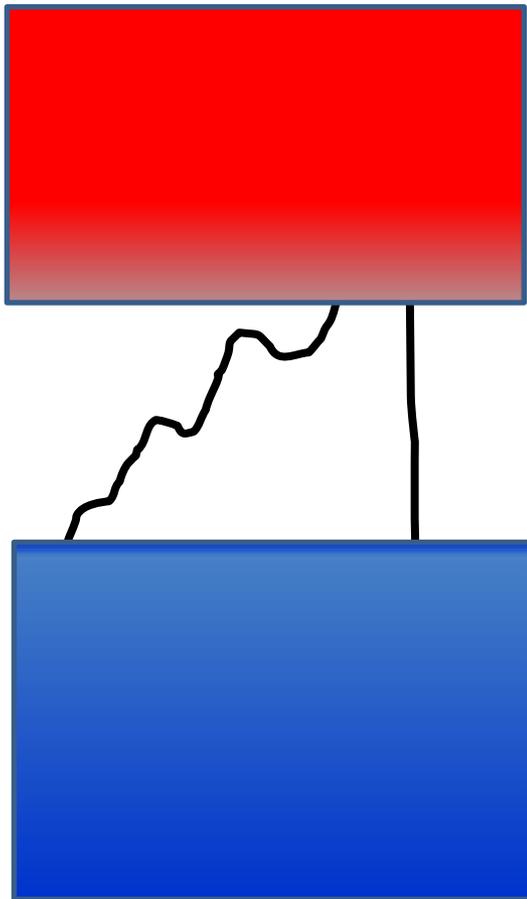
Hypoarousal

Stressmodelle

Window of Tolerance

-

Stresskaskade



Erweitern des Window of Tolerance während Konfrontation

- Gegenwartsbezug stärken
 - Verankerungen kognitiv, räumlich, körperlich
- Sichere Bindung TherapeutIn aktivieren
 - Augenkontakt, vorher eingeübter Körperkontakt, Stimme, Sätze
 - Imaginationen von sicherer Bindung
- Sicherheit und Kompetenzerleben stärken durch Ressourcenaktivierung
 - Imaginativ, verbal
- Akzeptanz und Fähigkeit schwierige Zustände auszuhalten, bewusst fördern
- Jede gelungene Konfrontation erweitert W.o.T.

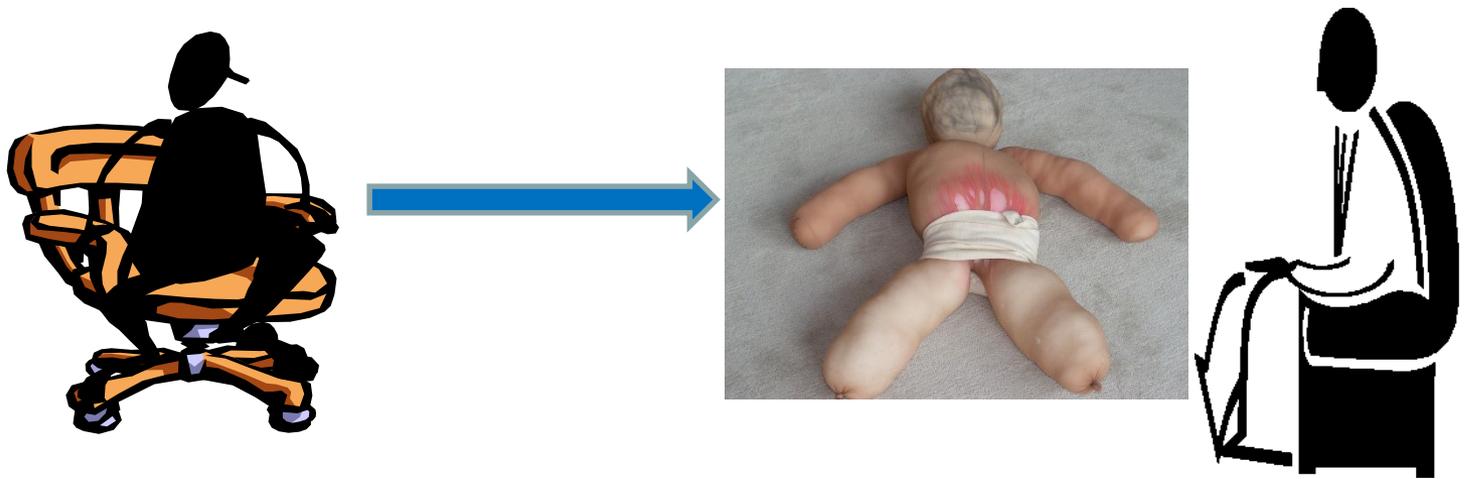
Dosierte Konfrontation

- Sicherer Zugang zu Erinnerungen an Traumatisierungen
 - Erinnerungsbrücken (Phänomene heute - Szene damals)
 - «Labeling» der Traumszenen (Stichworte, Überschriften)
- Dosierte / Fraktionierte Konfrontation
 - Kurzzeit-Konfrontation (Bsp: Fahrstuhltechnik)
 - Pendeltechniken
 - Imaginative Techniken, zB Bildschirmtechnik
 - Körperorientierte Techniken
 - EMDR
 - weitere kognitive, hypnotherapeutische, verbale
- Erleben und Kognitionen von damals immer verbinden mit neuer Bewertung von Kognitionen und Emotionen
 - Wichtiger als Intensität der Affekte

Konfrontation: Was passiert danach?

- Die Zeit nach der Konfrontation ist wichtig!
 - Jedes Verhalten nach Konfrontation als mögliche Reaktion verstehen und untersuchen
 - D.h. «Inner-Systemische» bzw. «Psycho-Dynamische» Auswirkungen einbeziehen!
 - «Positive» und «Negative» Reaktionen zusammen untersuchen und für weitere Arbeit nutzen
- Sicherheit, organischer Ablauf des Konfrontations-Prozesses

Verletzter «Anteil» wird TherapeutIn übergeben - was löst das bei uns aus? Wie gehen wir damit um?



Täter imitierendes Verhalten: Was löst das bei uns aus? Wie gehen wir damit um?



Therapie mit hochdissoziativen Menschen ist herausfordernd

- Technische Fähigkeiten
- Theoretische Kenntnissen
- Ausdauer
- Fähigkeit Trauma-Geschichten zu ertragen
- Fähigkeit den theoretischen Bezug und die Begegnung zwischen Ich und Du gleichzeitig aufrechtzuerhalten
- und dabei die eigenen Gefühle (Gegenübertragung) zu regulieren

Video «Telefonswitch» bei DIS Pat

- Bitte Schweigepflicht beachten
- Achten Sie darauf, ob Sie ANP und EP unterscheiden können und wodurch sich diese auszeichnen
- [Video](#) 4 Min Ausschnitt Dr. Erwin Lichtenegger

Literatur

- Huber Michaela, 2003; Wege der Traumabehandlung 1 und 2. Junfermann
- Nijenhuis Ellert, 2015; The Trinity of Trauma (Bd 1 und 2 von 3): Ignorance, Fragility and Control. Vandenhoeck und Ruprecht
- Ogden Pat u.a., 2010; Trauma und der Körper, Junfermann
- Peichl Jochen, 2013; Innere Kritiker, Verfolger und Zerstörer. Klett-Cotta.
- Reddemann Luise u.a., 2003; Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Thieme
- Sack Martin, 2013; Schonende Traumatherapie. Schattauer
- Van der Hart Onno, Ellert Nijenhuis, 2008; Das verfolgte Selbst, Junfermann
- Wöller Wolfgang, 2010; Trauma und Persönlichkeit, Schattauer.