

Diagnose und Differentialdiagnose (komplexer Traumafolgestörungen und) dissoziativer Störungen

Workshop 8

Jahrestagung der DGTD e.V.

04. – 05. September 2015

Dresden

Ute Bluhm-Dietsche

Themen des Workshops

- Was ist Dissoziation?
- Dissoziative Störungen, v.a. DIS und DDNOS
- Differentialdiagnosen
- Testdiagnostik

PatientInnen kommen oft mit unspezifischen Symptomen oder anderen Diagnosen als die einer dissoziativen Störung:

- kommen oft in ihrem Alltag nicht zurecht, ohne dies wirklich erklären zu können
- haben für sich selbst unerklärliche belastende Symptome wie „Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen“, die sehr schambesetzt sind und die sie vor anderen zu verbergen suchen
- haben Beziehungsprobleme
- haben Angst, „verrückt zu sein“
- Sind oft hochmisstrauisch
- Erleben sich als „anders“ als andere Menschen
- Sehen ihre (dissoziativen) Symptome als „normal“ an
- Leiden an körperlichen Symptomen für die keine medizinische Erklärung gefunden wird

Was ist Dissoziation?

Es gibt kein einheitliches Konzept!

Was ist Dissoziation?

DSM IV:

Das entscheidende Merkmal der dissoziativen Störungen [ist] eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität oder Wahrnehmung“

ICD 10:

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionstörungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Gedächtnisses, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle der Körperbewegungen.“

Es wird meist von einem plötzlichen Beginn und Ende der dissoziativen Zustandsbilder berichtet. Sie sind selten zu beobachten, abgesehen von geplanten Interaktionen und Verfahren wie Hypnose und Abreagieren.“

Weitere bislang ungeklärte Fragen:

- Ist Dissoziation ein Kontinuum? (DSM)?
- Gibt es eine „Sprung“ zum Pathologischen (ICD)?
- Ist Dissoziation ein adaptiver Vorgang?
- Gemeinsamer Ursprung dissoziativer und somatoformer Phänomene?
 - DSM: getrennte Kapitel
 - ICD: sieht gemeinsamen Ursprung im Sinne des alten Konversionskonzepts, trennt aber Derealisation und Depersonalisation ab, weil nur Teilbereiche der persönlichen Identität betroffen sind.
 - Immer traumaassoziiert?
- Modell der strukturellen Dissoziation nach Trauma nach E. Nijenhuis und O. van der Hart (2001), basierend auf Ideen von Pierre Janet (1859 – 1947)

Diagnostische Kriterien nach Dell (2001):

Einfache dissoziative Störungen:

- Amnesien für Teile der Lebensgeschichte, traumatische Ereignisse, im Alltag
- Dissoziative Fugue (im DSM 5 zur Amnesie gehörig)
- Derealisation: veränderte Wahrnehmung der Umgebung
- Depersonalisation: Veränderte Wahrnehmung des Selbst, auch des eigenen Körpers
- Dissoziative oder somatoforme Flashbacks
- Trancezustände

Diagnostische Kriterien nach Dell (2001):

Komplexe Dissoziative Störungen:

- Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DDNOS) mit teilweise abgespaltenen Selbstzustände
- Dissoziative Identitätsstörung (im ICD 10 noch als Multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet)

Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD 10 (1)

- Dissoziative Amnesie (F44.0)
- Dissoziative Fugue (F44.1)
- Dissoziativer Stupor (F44.2)
- Trance- und Besessenheitszustände (F44.3)
- Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung (F44.4 – F44.6)
- Gemischte dissoziative Störung (F44.7)

Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD 10 (2)

- Sonstige dissoziative Störungen (F44.8)
 - Ganser Syndrom (F44.8)
 - **Multiple Persönlichkeitsstörung, heute Dissoziative Identitätsstörung (F44.81)**
 - Transitorische dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend (F44.82)
 - **Sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen (F44.88)**
- **Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (F44.9)**

Sonstige neurotische Störungen (F48)

- Depersonalisation (F48.1):
 - Entfremdungserleben der eigenen Person
- Derealisation (F48.1):
 - Entfremdungserleben der Umgebung

Dissoziative Identitätsstörung (DIS) (DSM)

- Durchgehendes Muster dissoziativen Funktionierens
- Mangelhafte Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen Gedächtnis, Wahrnehmung und Identität
- Vorhandensein von mindestens 2 Identitäten oder Selbstzuständen (self-states), die wechselweise die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen und weitgehend überdauernde Wahrnehmungen von sich selbst und der Umwelt haben
- DSM 5:
 - nicht mehr erforderlich, dass Wechsel beobachtet werden müssen, es reicht für die Diagnose das Berichten der PatientIn darüber
 - Amnesie nicht nur für traumatische Ereignisse, sondern auch für Alltagsereignisse

Multiple Persönlichkeit (ICD 10)

- „Diese Störung ist selten, und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Umfang sie iatrogen oder kulturspezifisch ist.“
- „Der Wechsel von der einen Persönlichkeit zur anderen vollzieht sich beim ersten Mal gewöhnlich plötzlich und ist eng mit traumatischen Ereignissen verbunden. Spätere Wechsel sind oft begrenzt auf dramatische und belastende Ereignisse oder treten in Therapiesitzungen auf, in denen der Therapeut Hypnose oder Techniken zu Entspannung oder Abreagieren anwendet“

Teilabgespaltene Selbstzustände (Fast-DIS, Dissociative Disorder Not Otherwise Specified DDNOS)

Laut Guidelines der ISSTD 2 Typen:

- 1) DIS-Fälle, bei denen das Vollbild noch nicht bestätigt wurde, z.B. durch eindeutige Manifestation der verschiedenen Persönlichkeitszustände (durch DSM 5 eigentlich hinfällig)
- 2) Fälle mit geringerer Aufspaltung der Persönlichkeit, bei denen z.B. die Amnesie nicht so ausgeprägt ist

Prävalenz der DIS

- Die DIS ist keineswegs selten!
- Prävalenzzahlen schwanken zwischen 1 – 3 % der Normalbevölkerung und 1 – 5 % auf psychiatrischen Stationen (Guidelines der ISSTD 2011)

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung oder DESNOS (Disorder of Extreme Stress non Otherwise Specified)

Nach Judith Herman und B. van der Kolk 1992:

1. Störungen der Affekt- und Impulsregulation
2. Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins (Dissoziation)
3. Störungen der Selbstwahrnehmung
4. Störungen in Beziehungen zu anderen Menschen
5. Somatisierung
6. Veränderungen von Lebenseinstellungen

Strukturelle Dissoziation (E.Nijenhuis, O. van der Hart, K.Steele)

- Erstmals beschrieben von Pierre Janet (1859 – 1947): „Dissoziation und Emanzipation von Systemen von Ideen und Funktionen“
- gekennzeichnet durch eine „Zersplitterung“ oder Desintegration psychischer Funktionen wie Sinneswahrnehmungen, Gefühle, Gedanken, Erinnerungen, Selbstempfinden
- Ausgegangen wird von psychobiologischen Subsystemen (Handlungs- oder Aktionssysteme), die normalerweise im Verlauf der Entwicklung integriert werden
- Bei früher Traumatisierung können diese Subsysteme nicht ausreichend integriert werden
- Bei Traumatisierung in späterem Alter können diese Subsysteme teilweise wieder getrennt werden

Strukturelle Dissoziation (1)

(E. Nijenhuis 2002)

ANP: Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil

- repräsentiert Handlungssysteme für die Alltagsbewältigung
- sichert das Überleben der Art
- vermeidet traumatische Erinnerungen

EP: Emotionaler Persönlichkeitsanteil:

- repräsentiert ein Handlungssystem, das dem Überleben des Individuums dient, wie z.B. Verteidigungssystem,
- Trägt die traumatischen Erinnerungen

Strukturelle Dissoziation (2)

(E. Nijenhuis, et al. 2002)

- **Primäre strukturelle Dissoziation: PTSD**
 - 1 ANP und 1 EP
 - bei einmaligem traumatischen Ereignis im Erwachsenenalter
 - Diagnose: PTBS (F43.1)

Strukturelle Dissoziation (3)

(E. Nijenhuis, et al. 2002)

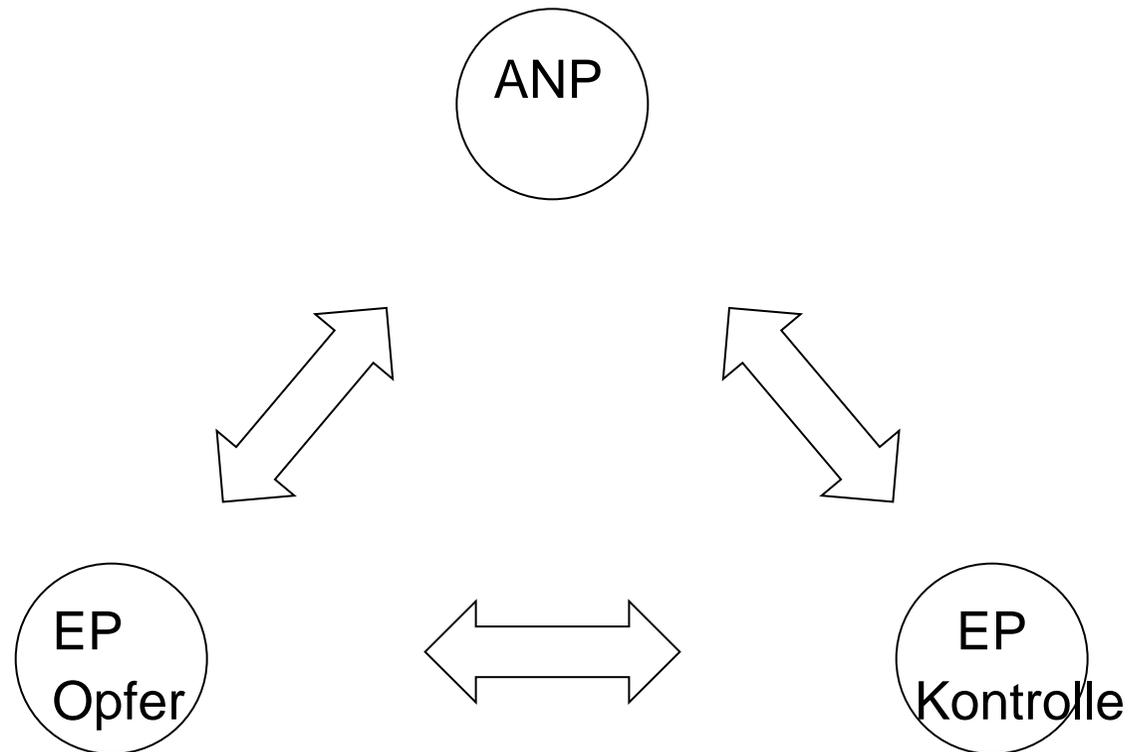
- **Sekundäre strukturelle Dissoziation:**
 - 1 ANP, mehrere EP-Systeme
 - länger bestehende Traumatisierung auf verschiedenen Ebenen im Kindesalter
 - Diagnose: Dissociative Disorder non otherwise specified (DDNOS) (F44.9)

Strukturelle Dissoziation (4)

(E. Nijenhuis, et al. 2002)

- **Tertiäre strukturelle Dissoziation:**
 - Mehrere ANPs, mit jeweils mehreren EP-Systemen
 - extreme Traumatisierung im Kleinkindalter
 - Diagnose: Dissoziative Identitätsstörung (DIS) (F44.81)

Erweitertes Modell Strukturelle Dissoziation



Differentialdiagnosen

- **Falsch negativ oder falsch positiv:**
 - Bipolare Störungen
 - Affektive Störungen
 - Angststörungen
 - Psychotische Störungen
 - Anfallsleiden
 - Borderline-Persönlichkeitsstörung
- **Falsch positiv:**
 - Ausgeprägte Ego-States
 - „imitierte DIS“ bei Persönlichkeitsstörungen
 - Artefizielle/simulierte Störung, v.a. im forensischen Kontext
 - Medikamenten oder Drogen induziert
 - iatrogen

Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Affektregulationstörung mit emotionaler Instabilität
- Oft Bindungstraumatisierung
- Angst vor Verlassenwerden und Bemühungen, das zu verhindern
- Selbstbildstörung
- Gefühl der Inneren Leere
- Häufig chronische Suizidalität

Diagnostik komplexer dissoziativer Störungen

Häufige Hindernisse:

- Bindungsstörung mit hohem Misstrauen, v.a. Autoritätspersonen gegenüber, Symptomatik wird nicht spontan berichtet:
 - Daher: Herstellen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, dazu kann die operationalisierte Diagnostik auch beitragen
- Angst, verrückt zu sein
 - Psychoedukation erforderlich
- „Dissoziation der Dissoziation“, d.h. dissoziative Phänomene gehören zum Alltag, werden als „normal“ betrachtet

Diagnostik komplexer dissoziativer Störungen

Klinische Diagnostik:

- **Beobachtung:**
 - Verhalten, Mimik, Gestik, Blick, Körperhaltung, Körpersymptome (z.B. Zittern, Starre), Sprache, Kontaktgestaltung.
- **Erfragen (vorsichtig!):**
 - Dissoziativer Phänomene
 - Biographie unter Einschluss traumatischer Lebensereignisse

Diagnostik komplexer dissoziativer Störungen

Testdiagnostik:

- Screeningfragebögen
- Selbstbeurteilungsfragebögen
- Strukturierte Interviews

Screeningfragebögen (1)

Dissociative Experiences Scale (DES, dt. FDS; Bernstein & Putnam 1986):

- 28 Fragen aus den Bereichen
 - Absorption
 - Intrusion
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Amnesie
- Wird vor allen Dingen in der Forschung eingesetzt

Screeningfragebögen (2)

Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS; Freyberger et al. 1999)

44 Fragen aus den Bereichen

- Amnesie
 - Absorption
 - Depersonalisation/Derealisation
 - Konversion = Somatoforme Dissoziation
- Kurzform mit 20 Fragen erhältlich, keine Differenzierung möglich, Cut off 13

Screeningfragebögen (3)

Dissociation Questionnaire (DIS-Q, Vanderlinden et al. 1993)

- 63 Fragen aus den Bereichen
 - Absorption
 - Amnesie
 - Identitätsunsicherheit
 - Identitätsfagmentierung
 - Kontrollverlust

Screeningfragebögen (4)

Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ 20, E. Nijenhuis 1996, 1998, 1999)

- Messung von somatoformer Dissoziation
- 20 Fragen

- **Kurzform SDQ 5**

Selbstbeurteilungsfragebögen

**Multidimensional Inventory of Dissociation (MID, P. Dell 2006)
(MID-d für Deutschland übersetzt und validiert von U. Gast
2002)**

- 218 Fragen: 168 Dissoziationsfragen, 50 Validitätsfragen
- Liefert Skalenergebnisse für 23 dissoziative Symptome und Diagnosen (DIS, DDNOS, PTBS, Borderline PS)

Strukturierte Interviews (1)

**Structural Clinical Interview für DSM-IV Dissociative Disorders Revised
(SKID-D R) (Steinberg, 1994)**

**Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen
(U. Gast, F. Rodewald 2004)**

- MINI-Skid- D: U. Gast (Versuch einer Validierung P. Wabnitz,
Bielefeld 2009)
- Erfasst 5 dissoziative Symptome:
 - Amnesie
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Identitätsunsicherheit
 - Identitätsänderung
- Erfasst den Schweregrad für jedes der Symptome und darauf basierend
einen Gesamtscore

Strukturierte Interviews (2)

- **Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS)** (Ross 1997, Ross et al. 1998)
- **Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS)** (übersetzt und validiert von B. Overkamp 2005)
- Neben den 5 dissoziativen Symptomen werden zusätzlich nach DSM IV erfasst:
 - Somatisierungsstörung
 - Borderline-PS
 - Schwere depressive Episode
- Weiterhin Fragen nach Substanzmissbrauch, Schneider'schen Symptomen, Trancezuständen, Kindesmissbrauch, übernatürliche Fähigkeiten

Strukturierte Interviews (4)

Interview für Dissoziative Störungen und traumabezogene Symptome (IDSTS) (S. Boon, N. Draijer, H. Mattheß, 2007)

Ist in 5 Teile eingeteilt

1. Allgemeine Fragen zur aktuellen sozialen Situation, biographischen Anamnese, Vorbehandlungen, Alkohol, Drogen etc.
2. Körperliche Erkrankungen und somatoforme Dissoziation
3. Andere mögliche traumabezogene Symptomatik
4. Psychoforme dissoziative Symptome
5. Evaluation und Bewertung

Weitere Testdiagnostik (2)

- **Kindheitstraumatisierung:**
 - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Bernstein und Fink 1998; Bader et al. 2009)
 - Erfasst die Bereiche:
 - Missbrauch: physisch, psychisch, sexuell
 - Vernachlässigung: physisch, psychisch
 - Bagatellisierung
 - Inkonsistenzerfahrung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literaturliste:

- *Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung bei Erwachsenen, Gastherausgeber sind Ursula Gast und Gustav Wirtz, in: Zeitschrift „Trauma und Gewalt“, Heft 01, Februar 2014*
- *Reddemann, Luise, Hofmann, Arne, Gast, Ursula: Psychotherapie der dissoziativen Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend, Thieme Verlag, Stuttgart 2011*
- *Sack, Martin, Sachsse, Ulrich, Schellong, Julia: Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung, Schattauer, 2013*
- *Courtois, C.A., Ford, J.D.: Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung, Junfermann 2011*
- *Herman, Judith L: Die Narben der Gewalt. München: Kindler 1998*
- *Huber, Michaela: Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung- Teil 1, Paderborn: Junfermann 2009*
- *Huber, Michaela: Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung- Teil 2, Paderborn: Junfermann 2006*
- *Huber, Michaela: Viele sein, Ein Handbuch, Komplextrauma verstehen und behandeln, Junfermann 2011*
- *Van der Hart, Onno, Nijenhuis, Ellert R.S., Steele, Kathy: Das verfolgte Selbst, Paderborn: Junfermann 2008*