Diagnostik und Differentialdiagnostik komplexer dissoziativer Störungen, insbesondere der Dissoziativen Identitätsstörung

Workshop 14
Jahrestagung der DGTD e.V.
14. + 15. September 2018
Mainz

Ute Bluhm-Dietsche

Themen des Seminars

- Was ist Dissoziation?
- Diagnose „Dissoziative Störung“
- Differentialdiagnosen
- Diagnosestellung

Annahmen über Dissoziation

- Dissoziation ist selten
- Dissoziation ist an einem auffälligen Verhalten im Sinne von zu wenig Reaktion erkennbar
- Pat. „dissoziiert“,
  - wenn sie/er nicht mehr auf Ansprache reagiert
  - wenn sie/er starr da sitzt und sich nicht mehr bewegt
  - Wenn sie/er in sich zusammensinkt und sich nicht mehr bewegt

Zahlen zu Dissoziativen Störungen

Insgesamt keineswegs selten!

Lebenszeitprävalenz für beeinträchtigende Symptomatik:

- 2-4 % in der Allgemeinbevölkerung
- 15 % der ambulanten psychiatrischen PatientInnen
- 30 % der stationären psychiatrischen PatientInnen

(aus: Kathlen Priebe, Christian Schmahl, Christian Stiglmayr: *Dissoziation: Theorie und Therapie*, Springer-Verlag, Berlin 2013)

Prävalenz für DIS:

- 1-3 % in der Allgemeinbevölkerung
- 1-5 % bei psychiatrischen PatientInnen

(verschiedene Studien aus Nordamerika, Europa und der Türkei)

- 5 % DIS und DDNOS in Deutschland (Gast et. al 2001)

PatientInnen kommen oft mit unspezifischen Symptomen oder einer anderen Diagnose 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 Wahrnehmungsstörungen“, die sehr schambesetzt sind und die sie vor anderen zu verbergen suchen
- leiden an Ängsten und Depressionen
- leiden an körperlichen Symptomen, für die keine medizinische Erklärung gefunden wurde
- haben Beziehungsprobleme
- haben Angst, „verrückt zu sein“
- sind oft hochmisstrauisch
- erleben sich als „anders“ als andere Menschen

Was ist Dissoziation?

- Kommt sprachlich aus dem Lateinischen *dissociare* = trennen, teilen
- Gegenteil von Assoziation, lateinisch *associare* = vereinigen, verbinden, verknüpfen, vernetzen

Was ist Dissoziation?

- Es gibt mehrere unterschiedliche Konzepte!

Definitionen von Dissoziation in den Diagnosemanualen

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.“

DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):

Dissociative disorders are characterized by a **disruption of and/or discontinuity** in the normal integration of consciousness, memory, identity, emotion, perception, body representation, motor control, and behavior. Dissociative symptoms can potentially disrupt every area of psychological functioning.

This chapter includes dissociative identity disorder, dissociative amnesia, depersonalization/derealization disorder, other specified dissociative disorder, and unspecified dissociative disorder.

ICD 11 (Version 2018)

Dissociative disorders are characterized by **involuntary disruption or discontinuity** in the normal integration of one or more of the following: identity, sensations, perceptions, affects, thoughts, memories, control over bodily movements, or behaviour. Disruption or discontinuity may be **complete, but is more commonly partial**, and **can vary from day to day or even from hour to hour**. The symptoms of dissociative disorders are not due the direct effects of a medication or substance, including withdrawal effects, are not better explained by another Mental, behavioural, or neurodevelopmental disorder, a Sleep-wake disorder, a Disease of the nervous system or other health condition, and are not part of an accepted cultural, religious, or spiritual practice. Dissociative symptoms in dissociative disorders are **sufficiently severe to result in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.**

Konversion – Dissoziation

Entstanden aus dem Konzept der **„Hysterie“**

- Beschreibungen schon in der Antike bei Platon und Hypokrates
- geschlechtsspezifisch Frauen betreffend
- Ursache wurde in einer wandernden Gebärmutter gesehen (griech. „hystera“)
- 19. Jahrhundert:
    - Charcot: Hypnose mit hysterischen Pat.
    - Briquet-Syndrom: polysymptomatischen Typ der Hysterie (Somatisierungsstörung)

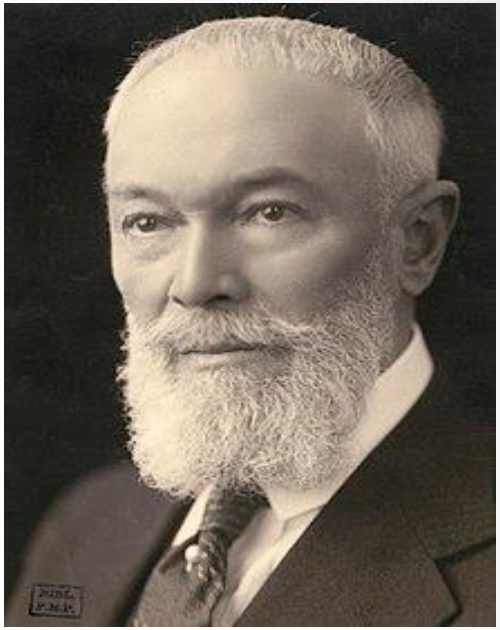
Berühmter Fall: Anna O.

Bertha von Pappenheim, österreichische Frauenrechtlerin

- Wurde behandelt von Dr. Breuer, später von S. Freud, Fall veröffentlich in „Studien zur Hysterie“
- Behandelt mit „Redekur“ zur Verarbeitung traumatischer Erlebnisse
- Heutige Diagnose: Dissoziative Identitätsstörung

Konversion – Dissoziation

Pierre Janet (1859-1947)

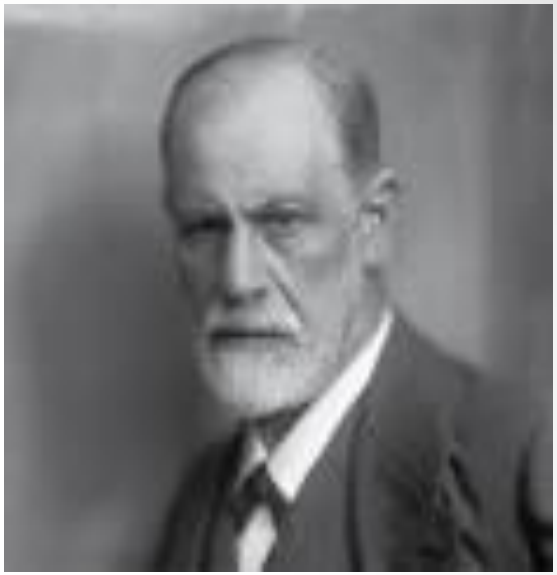


Prägte den Begriff **„Dissoziation“**

Stellte Zusammenhang dissoziativer Phänomene mit sexueller Traumatisierung im Kindesalter her, beschrieb positive und negative dissoziative Symptome und unterschied somatoforme und psychische dissoziative Symptome

Konversion – Dissoziation

Sigmund Freud (1856 – 1939)



Prägte den Begriff der **Konversionsneurose**:

Ein unerträglicher psychischer Konflikt, v.a. bezogen auf kindliche Triebwünsche, wird in körperliche Symptomatik umgewandelt (konvertiert).

Dissoziation

- komplexer psychophysiologischer Vorgang, bei dem es zu einer Desintegration und Fragmentierung normalerweise integrierter psychischer Funktionen kommt
- Betroffen sind die normalerweise integrativen psychischen Funktionen des Gedächtnisses, die Wahrnehmung von sich selbst und seinem Körper, der Umwelt sowie das Identitätserleben
- Definition betont den krankhaften Charakter
- Dissoziation tritt häufig im Zusammenhang mit traumatisierenden Erlebnissen auf
- Dissoziation hat aber auch eine Schutzfunktion, ist eine Fähigkeit, die Überleben sichert

Verschiedene Herangehensweisen an die Begrifflichkeit Dissoziation

1. Dissoziation als Symptom
   - Beobachtbare Symptome
   - Geschilderte Symptome

2. Dissoziation als Ausdruck der traumassoziierten Organisation der Persönlichkeit

Phänomenologisches Erscheinungsbild dissoziativer Symptome

„Normale“ Dissoziative Phänomene

- Absorption
- Tagträumen
- Tranceartige Zustände, z.B. beim Autobahnfahren
- Imagination

Dissoziative Symptome

Negative S.	Positive S.
Amnesie	Intrusionen/Flashbacks
Herabgesetzte Sinnesempfindungen	Verstärkte Sinnesempfindungen
- Augen: Blindheit	- Bildhafte Intrusionen
- Ohren: Taubheit	- Stimmenhören
- Haut: Taubheit	- Kribbeln bis zu Schmerzen
- Geruch, Geschmack: Verlust	- z.B. Rauch u.a.
Analgesie/Anästhesie	Schmerzen ohne äußere Ursache
Herabgesetzte Aufmerksamkeit	Vermehrte, bzw. veränderte A.
Benommensein/Trance	sich außerhalb von sich selbst erleben
Bewegungsunfähigkeit	Bewegungsunruhe

Diagnostische Kriterien nach Dell (2001) (1)

Einfache dissoziative Störungen:

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

Diagnostische Kriterien nach Dell (2001) (2)

Komplexe Dissoziative Störungen:

- Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DDNOS = Dissociative Disorder Non Otherwise specified) mit teilweise abgespaltenen Selbstzuständen
- Dissoziative Identitätsstörung (DIS) (im ICD 10 noch als Multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet)

Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD 10

- 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)
- Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)
- Gemischte dissoziative Störung (F44.7)
- 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)

Ebenfalls als Dissoziative Störungen einzustufen:

Sonstige neurotische Störungen (F48)

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

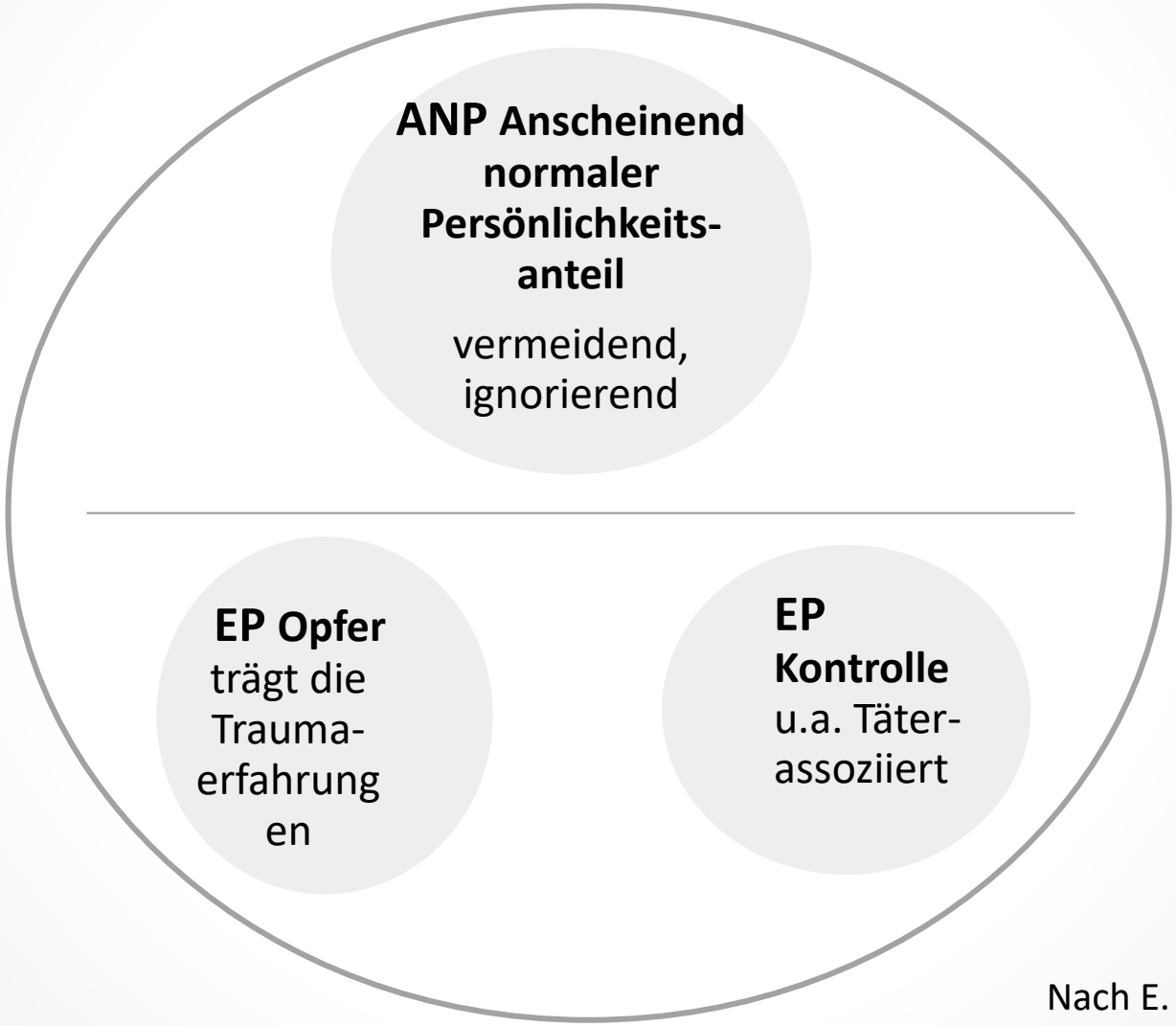
Dissoziative Störungen ICD 11, Version 2018

- 6B60 Dissociative neurological symptom disorder
- 6B61 Dissociative amnesia
- 6B62 Trance disorder
- 6B63 Possession trance disorder
- 6B64 Dissociative identity disorder
- 6B64 Partial dissociative identity disorder
- 6B66 Depersonalization-derealisation disorder
- (6E65 Secondary dissociative syndrome)
- 6B6Y Other specified dissociative disorders
  6B6Z Dissociative disorders, unspecified

Strukturelle Dissoziation

- Erstmals beschrieben von Pierre Janet (1859 – 1947): „Dissoziation und Emanzipation von Systemen von Ideen und Funktionen“
- Aktuelle Modellentwicklung von Ellert Nijenhuis, Onno van der Hart und Kathy Steele („Das verfolgte Selbst“ 2006)
- 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



Nach E. Nijenhuis 2016

Handlungs- oder Aktionssysteme

- Sind psychobiologische Systeme, die im Laufe der Entwicklung integriert werden
- Bei Traumatisierung, v.a. im früheren Kindesalter ungenügende Integration
- 2 Hauptkategorien:
  - Annäherung an die Belohnungen und Pflichten des Alltagslebens
  - Vermeidung körperlicher Bedrohungen und Flucht vor ihnen

Handlungssysteme des Alltags

- Regelung des Kräftehaushalts
- Bindung
- Erforschung der Umgebung
- Fortpflanzung/Sexualität
- Fürsorge
- Spiel

Handlungssysteme der Verteidigung

- „Bindungsschrei“
- Hypervigilanz/Kontrolle der Umgebung
- Flucht
- Erstarrung/Analgesie
- Kampf
- Unterwerfung/Anaesthesie
- Erholung/Wundversorgung/Rückzug
- Wiederaufnahme der Alltagsaktivitäten

ANP: **Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil**

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

EP: Emotionaler Persönlichkeitsanteil:

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

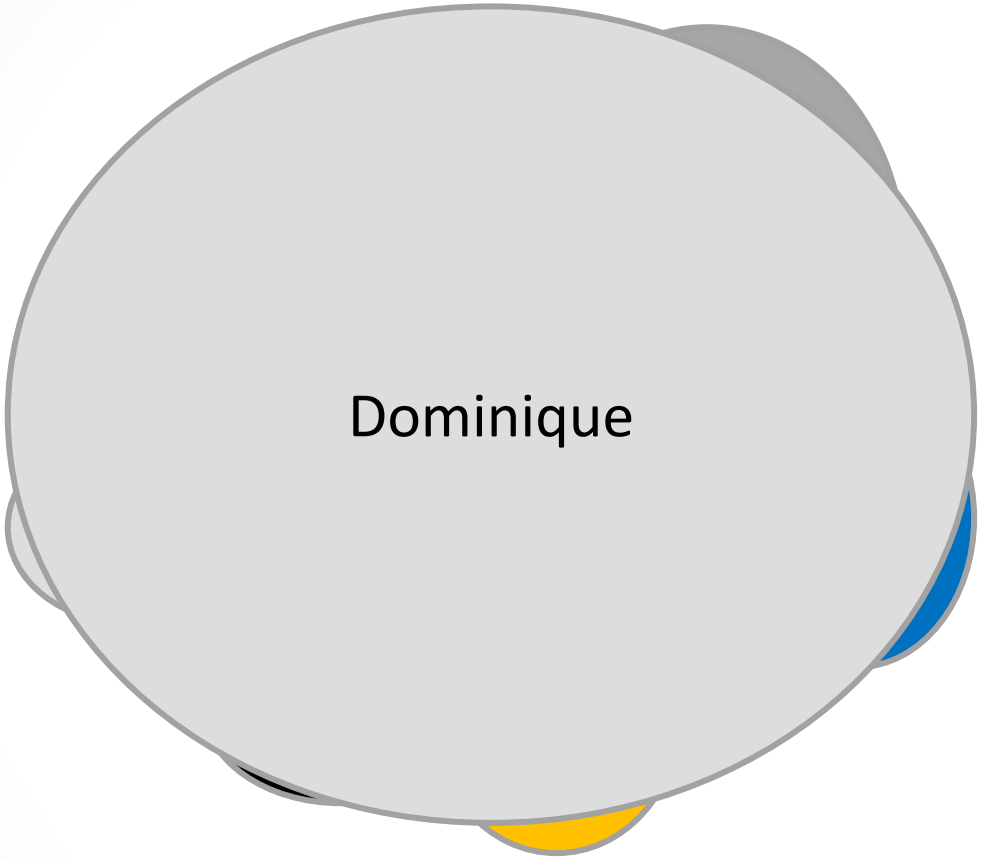
Charakteristika des ANP

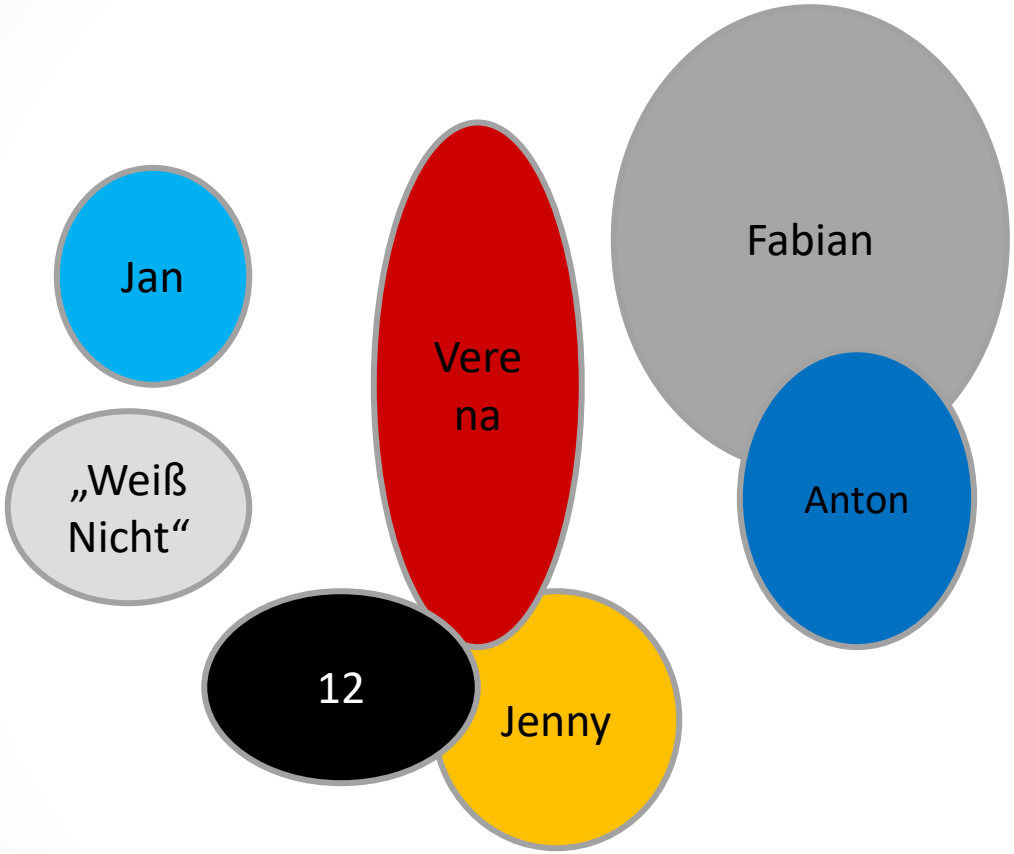
- Fähigkeiten aus den Alltagshandlungssystem
- Vermeidung der Emotionalen Persönlichkeitsanteile
- Dadurch oft Nichterinnern oder Bagatellisierung traumatischer Erinnerungen
- Ignorieren oder bagatellisieren von Handlungen der EPs, sowohl des Opfer-EPS (Angst, Rückzug), als auch des Kontroll-EPs (z.B. aggressives Verhalten)

Charakteristika der EPs

- Fähigkeiten aus dem Verteidigungssystem
- Tragen die traumatischen Erinnerungen (Opfer-EP)
- Tragen die täteridentifizierten Erinnerungen (oft Kontroll-EP)
- „Leben“ in der Vergangenheit
- „Erleben“ die Gegenwart aus der Sicht der Vergangenheit

Seht ihr den Mond dort stehen? -
Er ist nur halb zu sehen,
Und ist doch rund und schön!
So sind wohl manche Sachen
Die wir getrost belachen
Weil unsre Augen sie nicht sehn.
(Matthias Claudius: Abendlied. 3. Strophe 1779)


Dominique


Jan
„Weiß Nicht“
Vere na
Fabian
Anton
12
Jenny

Multiple Persönlichkeitsstörung ICD 10 (1)

- Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt nur eine nachweisbar ist.
- Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen.
- Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.
- Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F0) oder durch psychotrope Substanzen (F1).

Multiple Persönlichkeit (ICD 10) (2)

- „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“

Dissoziative Identitätsstörung (DSM 5)

- Durchgehendes Muster dissoziativen Funktionierens
- Mangelhafte Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen Gedächtnis, Wahrnehmung und Identität
- Amnesie besteht nicht nur für traumatische Ereignisse, sondern auch für Alltagsereignisse
- 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, müssen nicht mehr direkt beobachtet werden können, es reicht der Bericht der Pat.

Dissoziative Identitätsstörung ICD11 2018

Dissociative identity disorder is characterized by disruption of identity in which there are two or more distinct personality states (dissociative identities) associated with marked discontinuities in the sense of self and agency. Each personality state includes its own pattern of experiencing, perceiving, conceiving, and relating to self, the body, and the environment. At least two distinct personality states recurrently take executive control of the individual's consciousness and functioning in interacting with others or with the environment, such as in the performance of specific aspects of daily life such as parenting, or work, or in response to specific situations (e.g., those that are perceived as threatening). Changes in personality state are accompanied by related alterations in sensation, perception, affect, cognition, memory, motor control, and behaviour. There are typically episodes of amnesia, which may be severe.

Partial dissociative identity disorder (ICD 11 2018)

Partial dissociative identity disorder is characterized by disruption of identity in which there are two or more distinct personality states (dissociative identities) associated with marked discontinuities in the sense of self and agency. Each personality state includes its own pattern of experiencing, perceiving, conceiving, and relating to self, the body, and the environment. One personality state is dominant and normally functions in daily life, but is intruded upon by one or more non-dominant personality states (dissociative intrusions). These intrusions may be cognitive, affective, perceptual, motor, or behavioral. They are experienced as interfering with the functioning of the dominant personality state and are typically aversive. The non-dominant personality states do not recurrently take executive control of the individual's consciousness and functioning, but there may be occasional, limited and transient episodes in which a distinct personality state assumes executive control to engage in circumscribed behaviours, such as in response to extreme emotional states or during episodes of self-harm or the reenactment of traumatic memories.

Formen der Ausgestaltung der DIS

„Echte DIS“

- **Verdeckte Form**: Diskret; Anteile der Gesamtpersönlichkeit sind verdeckt; Patientin ist sich der anderen Anteile nicht oder kaum bewusst (über 90 %)
- **Floride oder offene Form**: Anteile sind der Patientin relativ bewusst und werden eher offen gezeigt (unter 10 %); (Beispiel: TV-Dramedy „The United States of Tara“ bzw. “Taras Welten“)
- Auf eine „Echte DIS“ kann sich eine **zusätzliche Ausgestaltung** „aufpropfen“, wobei dies bei der offenen DIS (oder eine durch Therapie bewusster wahrgenommenere DIS) vermutlich häufiger passiert.

„**Echte DIS plus**“:

- Verdeutlichungstendenzen
- Aggravation
- DIS plus zusätzlicher Simulation von Dissoziativen Symptomen

Zudem kann eine zusätzliche Persönlichkeitsakzentuierung vorliegen.

Echte DIS plus histrionische Persönlichkeit (-Struktur? –Störung?)

- Histrionische Ausgestaltung verschiedener Anteile
- ggf. hohe narzisstische Besetzung der dissoziativen Fähigkeiten
- ggf. offene und histrionische Präsentation der „Anteile“ („Guten Tag, wir sind das Feen-Volk. Wir sind multipel und haben 117 Anteile. Kennen Sie sich damit aus?“)
- ggf. hohes interaktionelles Potential
- ggf. Mitagieren eines faszinierten professionellen Helfernetzes

PSEUDO-DIS:

Imitierte DIS: Patienten, die - teils unbewusst motiviert - das DIS-Symptomprofil nachmachen (simulieren):

- Durch Ansteckung (viel Kontakt und Austausch mit Patienten, die eine DIS-Diagnose haben)
- Iatrogen (durch TherapeutInnen, die unsachgemäße Hypnose anwenden und /oder ein übermäßiges Interesse an Dissoziationsphänomenen und am Vorhandensein anderer Persönlichkeitsanteile zeigen)
- Oft Kombination von Ansteckung und Iatrogenität

PSEUDO-DIS:

Factitious DIS: bewusstes, mehr oder weniger absichtsvolles Nachmachen für „innere“ Vorteile mit zwei Grundmotiven:

- **Zum Ausfüllen innerer Leere** (bei z.B. vorliegender Borderline-Symptomatik oder anderer Identitätsstörungen, z.B. "Als-ob"-Persönlichkeiten): Rigides, starres Präsentieren, „flach“, keine anschauliche Schilderung der Symptome, fassadenhaft, kochbuchartig. Kommunikation im teleologischen Modus; Mentalisierungsschwäche!
- **Attention-Seeking bei zugrundeliegender narzisstischer Störung:** Nicht-gesehen-worden-sein. Meist histrionische Ausgestaltung

Malingering: bewusstes, absichtsvolles Nachmachen für „äußeren“ Vorteil (Forensik; Beispiel Film: Primal Fear, deutsch: Zwielicht; Häftling mit Tötungsdelikt gibt vor multipel zu sein und täuscht damit seinen Rechtsbeistand

Differentialdiagnosen:

- Affektive Störungen
- Angststörungen
- Psychotische Störungen
- Anfallsleiden
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS = Disorder of Extreme Stress Non Otherwise Specified)
- Medikamenten-/Alkohol-/Drogeninduziert

Borderline-Persönlichkeitsstörung

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

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

Nach Judith Herman und B. van der Kolk 1992:

1. Störung der Affekt- und Impulsregulation
2. Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstseins (Dissoziation)
3. Veränderungen der Selbstwahrnehmung
4. Veränderungen in Beziehung zu anderen
5. Somatisierung
6. Veränderungen von Lebenseinstellungen

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

1.Störung der Affekt- und Impulsregulation:

- anhaltendes Leiden, Umgang mit Ärger, autodestruktives Verhalten, Suizidalität, Risikoverhalten

2.Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstseins (Dissoziation):

- Amnesien, zeitlich begrenzte dissoziative Episoden, Depersonalisation, Derealisation

3. Veränderungen der Selbstwahrnehmung:

- Ineffektivität, Stigmatisierung, Schuld- und Schamgefühle, Isolation, Verlust des Selbstwertgefühls

4. Veränderung in Beziehung zu anderen:

- Unfähigkeit anderen zu vertrauen, Reviktimisierung, Viktimisierung anderer Personen, Vermeidung von Sexualität

5. Somatisierung:

- Schmerzen und andere körperliche Symptome in unterschiedlichen Organsystemen, ohne somatischen Befund

6. Veränderung von Lebenseinstellungen:

- Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Verlust früher stützender Grundüberzeugungen

1.

(Herman et al. 1994)

1.

Complex post traumatic stress disorder (6B41) ICD 11 2018

Complex post-traumatic stress disorder (Complex PTSD) is a disorder that may develop following exposure to **an event or series of events of an extremely threatening or horrific nature, most commonly prolonged or repetitive events from which escape is difficult or impossible (e.g., torture, slavery, genocide campaigns, prolonged domestic violence, repeated childhood sexual or physical abuse)**. The disorder is characterized by the **core symptoms of PTSD**; that is, all diagnostic requirements for PTSD have been met at some point during the course of the disorder. In addition, Complex PTSD is characterized by 1) severe and pervasive problems in **affect regulation**; 2) persistent **beliefs about oneself** as diminished, defeated or worthless, accompanied by deep and pervasive feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event; and 3) persistent **difficulties in sustaining relationships** and in feeling close to others. The disturbance causes significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

Differentialdiagnosen (2):

- **Falsch positiv:**
  - Ausgeprägte Ego-States
  - „imitierte DIS“ bei Persönlichkeitsstörungen
  - Artefizielle/simulierte Störung, v.a. im forensischen Kontext
  - Medikamenten oder Drogen induziert
  - iatrogen

Diagnostik komplexer dissoziativer Störungen

Häufige Hindernisse:

- Bindungsstörung mit hohem Misstrauen, v.a. Autoritätspersonen gegenüber, Symptomatik wird verborgen, nicht spontan berichtet:
  - Daher: Herstellen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, dazu kann die operationalisierte Diagnostik auch beitragen
- Hohe Funktionalität des Alltagsanteils, der in die Therapie kommt
- Tendenz, die Symptomatik zu verbergen
- „Dissoziation der Dissoziation“, d.h. dissoziative Phänomene gehören zum Alltag, werden als „normal“ betrachtet

Klinische Diagnostik:

- **Beoachtung:**
  - Verhalten, Mimik, Gestik, Blick, Körperhaltung, Körpersymptome (z.B. Zittern, Starre), Sprache, Kontaktgestaltung.
- **Erfragen ohne auf Angaben zu insistieren:**
  - Dissoziativer Symptome
  - Biographie unter Einschluss traumatischer Lebensereignisse

Testdiagnostik:

- Screeningfragebögen
- Selbstbeurteilungsfragebögen
- Strukturierte Interviews

Testdiagnostik

Selbstbeurteilungsfragebögen

- **PTBS:**
  - Essener Traumainventar (ETI)
  - Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)
  - Impact of Event Scale (IES-R)
- **Kindheitstraumatisierung:**
  - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
- **Dissoziation**
  - Dissociative Experience Scale (DES)
  - Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)
  - Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ 20)
  - MID (Multidimensionales Inventar dissoziativer Symptome, P. Dell, Übersetzung U. Gast)

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

- **DES Taxon:** 8 Fragen (dt. Fassung validiert von Spitzer et al. 2015)

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

44 Fragen aus den Bereichen

- Absorption
- Intrusion
- Depersonalisation
- Derealisation
- Amnesie
- Somatische Dissoziation (Konversion)

- Kurzform mit 20 Fragen erhältlich, keine Differenzierung möglich, Cut off 13

Screeningfragebögen (2)

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

- Messung von somatofomer Dissoziation
- 20 Fragen

- **Kurzform SDQ 5**

Strukturierte Interviews:

PTBS: CAPS (Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV)

Dissoziative Störungen:

- SKID-D (Strukturiertes Interview für Dissoziative Störungen, deutsche Fassung nach SCID-D, M. Steinberg, 1994)
- SKID-D (Kurzfassung von U. Gast und F. Rodewald, 2004)
- Interview für Dissoziative Störungen und traumabezogene Symptome (IDSTS) (S. Boon, N. Draijer, H. Mattheß, 2007)

Strukturierte Interviews (1)

- **Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen, Kurzform (U. Gast, F. Rodewald 2004)**
  - Erfasst 5 dissoziative Symptome:
    - Amnesie
    - Depersonalisation
    - Derealisation
    - Identitätsunsicherheit
    - Identitätsänderung
  - Erfasst den Schweregrad für jedes der Symptome und darauf basierend einen Gesamtscore

Strukturierte Interviews (2)

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

- **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

Testdiagnostik Komplexe PTBS (DESNOS)

Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)

(Erstellt auf der Grundlage des SIDES-Interviews. Autoren: Van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastela, Spitzer (1999); dt. Übersetzung und Bearbeitung: Sack, Hofmann (2001)

40 Items, mit denen die 6 Störungsbereiche der komplexen PTBS abgefragt werden

Sekundäre Traumatisierung (2)

Hypothese zur Ätiologie:

- Ausgeprägte „peritraumatische Dissoziation“, ausgelöst durch
  - Hohe Empathiefähigkeit der TherapeutIn mit Tendenz zur Übernahme der Affekte der Pat.
  - Dadurch hohe Aktivierung der affektverarbeitenden Hirnregionen der Therapeutin mit
  - Ausgeprägter Gegenregulation durch den Präfrontalen Cortex
- Peritraumatische Dissoziation ist ein hoher Risikofaktor für die Ausbildung von PTBS-Symtomen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

- u.bluhm-dietsche@freenet.de

Literaturliste:

- *Gast, Ursula / Wirtz, Gustav (Hrsg.): Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen, Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele, Klett Cotta, Stuttgart 2016*
- *Eckhardt-Henn, A., Spitzer, C.: Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Grundlagen, Klinik, Therapie, Schattauer, 2017*
- *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, Junfermann 2008*
- *Nijenhuis, Ellert: Die Trauma-Trinität: Ignoranz – Fragilität – Kontrolle. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2016*

Literaturliste:

- *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*
- *Dissoziative Störungen, Heft 3/2017 Psychotherapie im Dialog*

Fachgesellschaften:

- *Deutsche Gesellschaft für Trauma und Dissoziation e.V. (DGTD)*
- *Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)*