

Kolloquium Psychiatrie und Psychotherapie 2019

Multiple Persönlichkeit / Dissoziative Identitätsstörung

Der lange Weg zur adäquaten Diagnostik und störungsspezifischen Behandlung

Dr. med. Erwin Lichtenegger

25.März 2019

(Folien in Zusammenarbeit mit Dr. med. Dominik Schönborn)



Gliederung

- Von P. Janet zum ICD 11
- Diagnostik dissoziative Identitätsstörung
- Modell der Strukturellen Dissoziation
- Behandlung
- Fallbeispiel



P. Janet 1859 – 1947
Arzt an der Salpêtrière in Paris

Désagregation - Dissoziation

- Behandlung von Patientinnen mit «Hysterie»
- Traumatische Ereignisse lösen emotionales Schockerlebnis aus «Emotion-Choc»
- Misslingen der Bewältigung der Traumata, fehlende Assimilation «Synthese» und «Desagregation»
- Absenkung des psychischen Niveaus «Abaissement du Niveau mental»

Weitere Entwicklung

- Erklärungsmodelle Hysterie:
 - Dissoziationsmodell (P.Janet) vs. “Konversion” (S.Freud)
- ab 70er Jahre Interesse an Psychotraumatologie: Gewalt gegen Frauen und Kinder, Gewalt gegen Kinder in Institutionen
- 1980 Multiple Persönlichkeit im DSM-III, 1991 im ICD-10,
- ab 90er Jahre dutzende Prävalenzstudien:
 - 0,4% bis 12% institutionelle Patienten, bis 1% der Bevölkerung, überwiegend Frauen
- Studien zeigen Zusammenhang schwere dissoziative Symptomatik und Beeinträchtigung der Funktionalität (Ch. Müller et. al)
- In Studien berichten Betroffene über signifikant vermehrte traumatische Gewalterfahrungen in Kindheit

Veränderungen von ICD10 zu ICD11

- Für multiple Persönlichkeit neu dissoziative Identitätsstörung (DIS) analog DSM IV und DSM5
- differenziertere und adäquatere Beschreibung
- Statt «Persönlichkeiten» neu «Persönlichkeitszustände» (“personality states”)
- Neu inkomplette dissoziative Identitätsstörung
- Aus Beschreibung von ICD10 gestrichen:
 - Diese Störung ist selten
 - wird kontrovers diskutiert
 - iatrogen bedingt? kulturspezifisches Phänomen?
 - Auftreten der Wechsel in Therapiesitzungen mit Hypnose durch Therapeut

Gliederung

- Von P. Janet zum ICD 11
- Diagnostik dissoziative Identitätsstörung**
- Modell der Strukturellen Dissoziation
- Behandlung
- Fallbeispiel

Diagnostische Schwierigkeiten

- Symptomatik komorbider Störungen im Vordergrund
 - (komplexe PTBS, Depressionen, Angststörungen, Borderline PS, Substanzmissbrauch, etc.)
- Dissoziation wird nicht als solche wahrgenommen
- kaum Zugang zu innerpsychischen Vorgängen
- Selbstentwertung, Scham aufgrund der Symptomatik
- Mangelndes Vertrauen in Andere

- fehlendes Wissen, Skeptischen Haltung, Faszination bei TherapeutIn
- Aversive Gegenübertragungsreaktionen auf PatientIn

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

ICD 11: Dissoziative Störungen

Dissoziative Störungen (6B6)

- Dissoziativ-neurologische Störungen (6B60)
- Dissoziative Amnesien (6B61)
- Trance Störung (6B62)
- “Possession trance disorder” (6B63)
- **Dissoziative Identitätsstörung (6B64)**
- **Partielle Dissoziative Identitätsstörung (6B65)**
- Depersonalisations-Derealisationsstörung (6B66)

Dissoziative Identitätsstörung ICD11:6B64

- Störung der Identität, zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeitszustände (“personality states”)
- Persönlichkeitszustände mit eigenen Muster von Erleben, Wahrnehmen, Interagieren mit sich, eigenen Körper und Umgebung.
- Deutliche Unterbrüche Selbsterlebens, Selbstwirksamkeit mit typischerweise amnestischen Episoden
- Unterschiedliche Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die exekutive Kontrolle des Bewusstseins und des Handelns (Switch)
- Partielle dissoziative Identitätsstörung ICD11:6B65
 - Ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert normalerweise im Alltag
 - durch einen oder mehrere nicht-dominante Persönlichkeitszustände beeinträchtigt

Fragen nach dissoziativen Zuständen

- Haben Sie Amnesien? Wann, wie langen etc?
- Haben Sie sich auch schon anders gefühlt, so dass es schwierig ist, zu wissen wer Sie eigentlich sind?
- Erleben andere Sie unterschiedlich? Falls ja wie?
- Entdecken Sie Folgen von Handlungen an die Sie sich nicht erinnern / nicht gewollt haben?
 - Unbekannte Rechnungen, Bestellungen im Internet
 - Tagebucheinträge in anderen Schriften, gesendete SMS..
 - Selbstverletzungen, Aggressive Handlungen
 - Einnahme von Alkohol, Drogen, andere

Untersuchungsinstrumente

- Screeningfragebogen
 - Fragebogen zu Dissoziationserfahrungen DES II (Dissociative Experience Scale, 28 Items, E Bernstein, F. Putnam)
 - Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-20 (E. Nijenhuis)
- Strukturiertes Interview für Dissoziative Symptome SKID-D für DSM IV) (Steinberg, U.Gast,)
- TES Therapie Einschätzungs Skala
13 Behandlungsdimensionen im Therapie-Verlauf (R. Kluft, deutsch A. Hofmann)

Gliederung

- Von P. Janet zum ICD 11
- Diagnostik dissoziative Identitätsstörung
- Modell der Strukturellen Dissoziation**
- Behandlung
- Fallbeispiel

Dissoziationsmodelle

- Konversionsmodell
 - Beschreibung somatoformer dissoziativer Symptome als Folge innerer Konflikte
- Stressmodell (M. Schauer, T. Elbert)
 - Kaskade dissoziativer als Reaktionen auf traumatischen Stress, Aktivierung Sympaticus / Parasympaticus (flight, fright, fright, flag, faint)
- Strukturelles Modell (O. van der Hart, E. Nijehuis)
 - Dissoziation der Persönlichkeit mit dissoziativen Substrukturen / Anteilen «Compartmentalization»
 - Folge schwerer repetitiver Kindheitstraumatisierung und desorganisierter (dissoziativer) Bindungserfahrungen
 - Dissoziative Symptomatik als Folge struktureller Dissoziation

Drei Perspektiven nach Komplextrauma und entsprechende voneinander dissoziierte Anteile

- **ANP**, Anscheinend normale Persönlichkeit: Nichtrealisation Traumata zum Schutz Funktionalität Alltag
 - Phobie / Vermeidung von traumaassoziiertem Erleben
- **EPf**, emotionale Persönlichkeit fragil: Verletzte Aspekte der Persönlichkeit, Traumatische Erinnerungen, Opferperspektive
 - Tendenz Persönlichkeit mit Traumainhalten zu intrudieren
 - Organisation nach Aktionssystemen (Flucht, Unterwerfung, Bindung, etc.)
- **EPk**, emotionale Persönlichkeit Kontrolle: Kontrollierende, Täter imitierende Aspekte der Persönlichkeit
 - Kontrollierend, misstrauisch, übermässig kritisch, bestrafend, sabotierend, Schuld und Scham induzierend

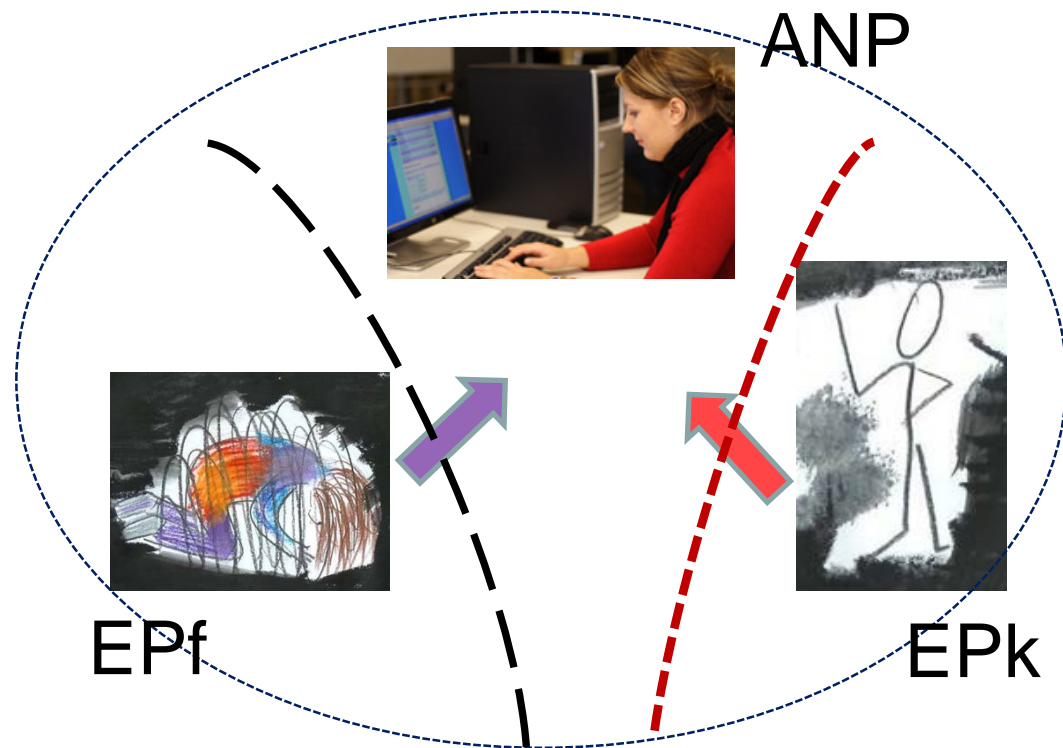


Verinnerlichung früherer traumatischer Erfahrungen

Damals, Aussenwelt



Heute, Innenwelt

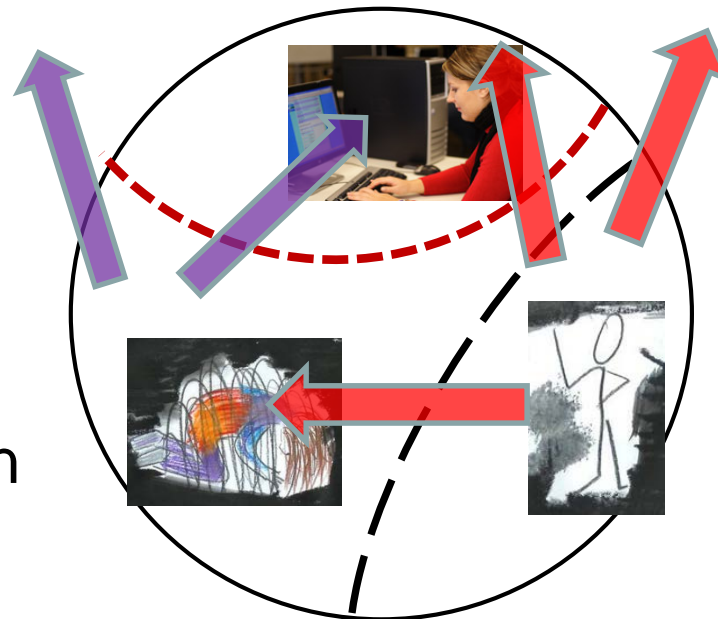


Innere Dynamik bei struktureller Dissoziation

Persönlichkeitsanteil(e) mit Alltagsperspektive **ANP** Bewältigung Alltag,

Emotionale **Anteile EPf**

- Wiedererleben Traumata durch täterloyale Anteile
- Inszenierung von Reviktimisierungen in äusseren Beziehungen



Emotionale **Anteile,**

- Entwertung für Alltagsanteile «Kontrolle» der Opferanteile
- Inszenierung von Viktimisierungen

Modell der Strukturellen Dissoziation

ergänzt nach Onno van der Hart et. al. 2006

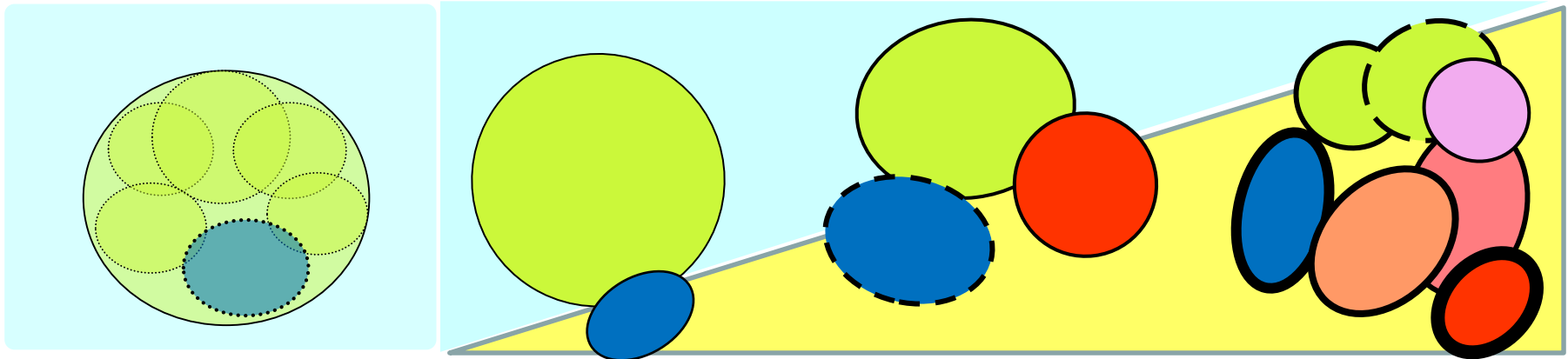
Persönlichkeit
ohne
Dissoziation

Dissoziation der Persönlichkeit

Primäre

Sekundäre

Tertiäre



Nicht-
dissoziative
Aspekte,
Zustände

1 ANP
1 EP

1 ANP
mehr als 1 EP

Mehrere ANP
mehrere EP

ANP = Anscheinend Normale Persönlichkeit
EP = Emotionaler Persönlichkeitsanteil

Gliederung

- Von P. Janet zum ICD 11
- Diagnostik dissoziative Identitätsstörung
- Modell der Strukturellen Dissoziation
- Behandlung**
- Fallbeispiel

Behandlungsrichtlinien ISSTD für DIS / DDNOS

International Society for the Study of Trauma and Dissociation
1997, rev. 2005, 2011 (Dell, Lowenstein, van der Hart, et. al)

- <https://www.isst-d.org/resources/adult-treatment-guidelines/>
- Expertenempfehlungen, keine empirisch belegten Verfahren
- Integrierte Funktionalität als Behandlungsziel
- Phasenorientierte Behandlung, individuelles Vorgehen
- Aktiver Einbezug dissoziativer Substrukturen
- Behandlungsmodalitäten:
 - Primär ambulantes Setting, Langzeit-Psychotherapie
 - Symptomorientierte Pharmakotherapie, keine Polypharmazie
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Spezielle Aspekte:
 - Äussere Sicherheit, Körperbezug, Komorbidität

Behandlung Dissoziative Identitätsstörung

4 Behandlungsphasen (R. Kluft, 1999)

- Aufbau der therapeutischen Beziehung, Diagnostik, Psychoedukation zu Störungsbild und möglicher Behandlung, Stabilisierung
- Förderung der Kommunikation / Kooperation zwischen den Teilpersönlichkeiten. Anteile wahrnehmen, kennen und respektieren lernen
- Traumabearbeitung und Integration der Teilpersönlichkeiten (Nicht bei allen DIS PatientInnen ist vollständige Integration möglich / sinnvoll)
- postintegrative Psychotherapie

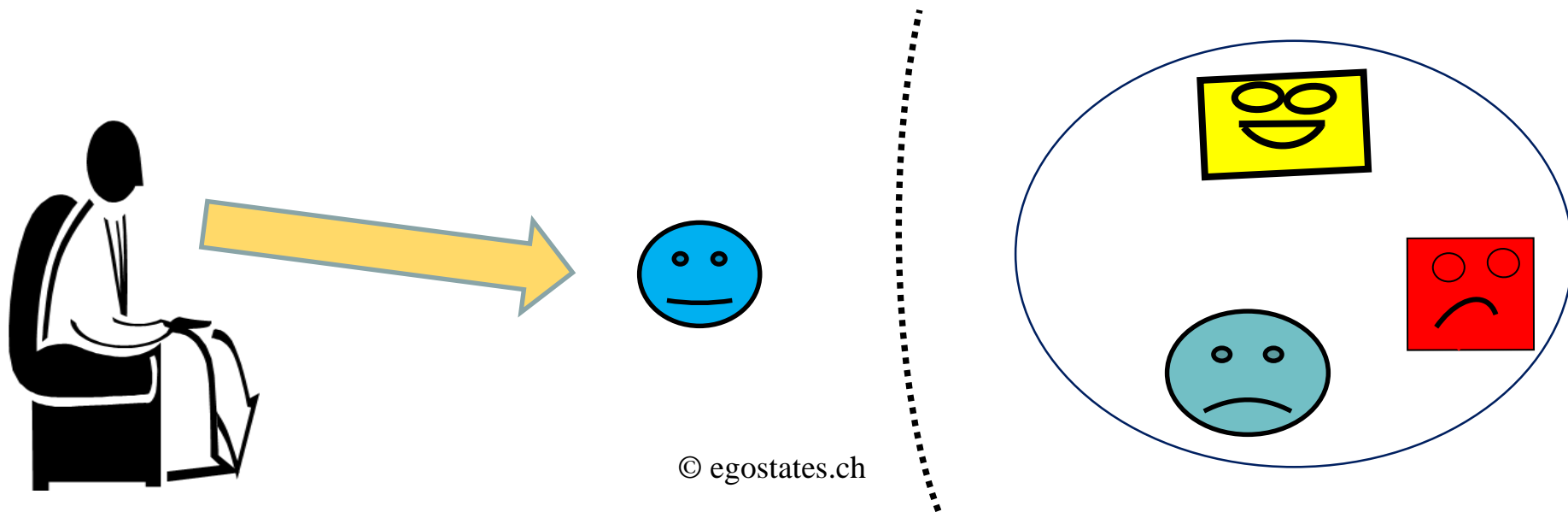
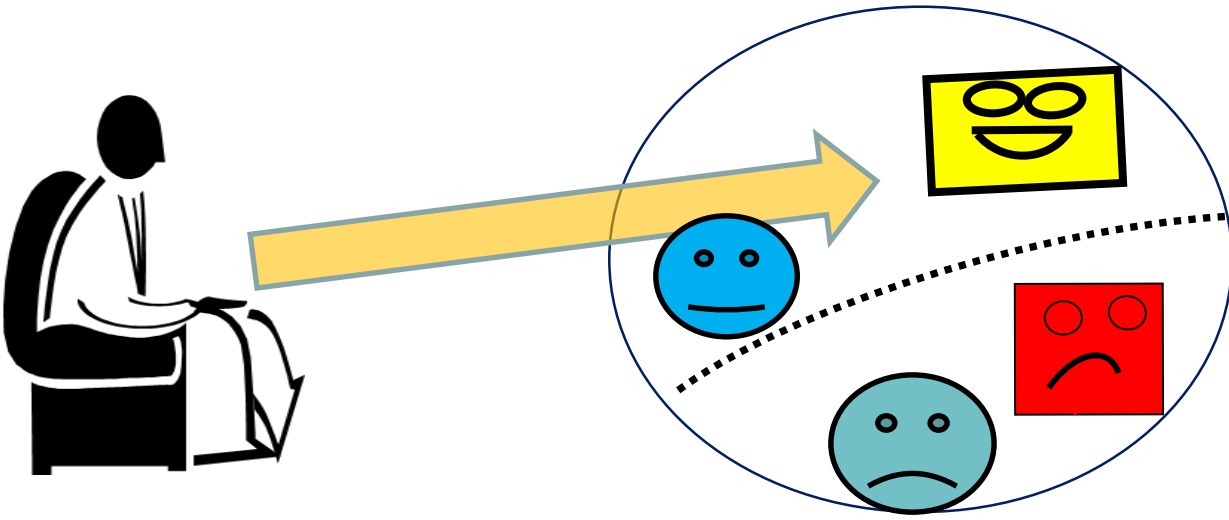
Therapeutische Grundhaltung:

- Aktive, strukturierende therapeutische Haltung
- Ressourcenorientierte Sichtweise: Patientin ist erwachsene Person, Anteile teilen Verantwortung
- Klarheit und Transparenz: Therapieziele, Setting etc.
- Nähe - Distanz regulieren, Bindungsthemen berücksichtigen
- Mögliche Gegenübertragung: Retten wollen, Nachbeeltern, Distanz, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Ärger etc.
- Verstehen vor Handeln: Fragen sind immer hilfreich; Pat. als ExpertIn für ihre Innenwelt
- Reinszenierungen erkennen und klären statt sofort reagieren
- Selbstfürsorge für Helfende: eigene Grenzen, Verletzlichkeit berücksichtigen
- Besuch von Fortbildungen zur Therapie schwerer dissoz. Störungen

Wenig hilfreiche Annahmen:

- Patientin hat verschiedene «Personen» in einem Körper die eigenständige Wesen sind.
- Ignorieren des dissoziierten Selbsterleben: «rede nur mit der Erwachsenen»
- Behandlung wie bei PTBS mit Schwerpunkt Traumakonfrontation
- Anteile los werden
- Therapeut ist **nicht** zuständig für:
 - Wohl der traumatisierten Anteile / Nachbeelterung (Gefahr von Regression)
 - Kontakt Vernetzung zwischen Anteilen
 - Anteilen Namen geben

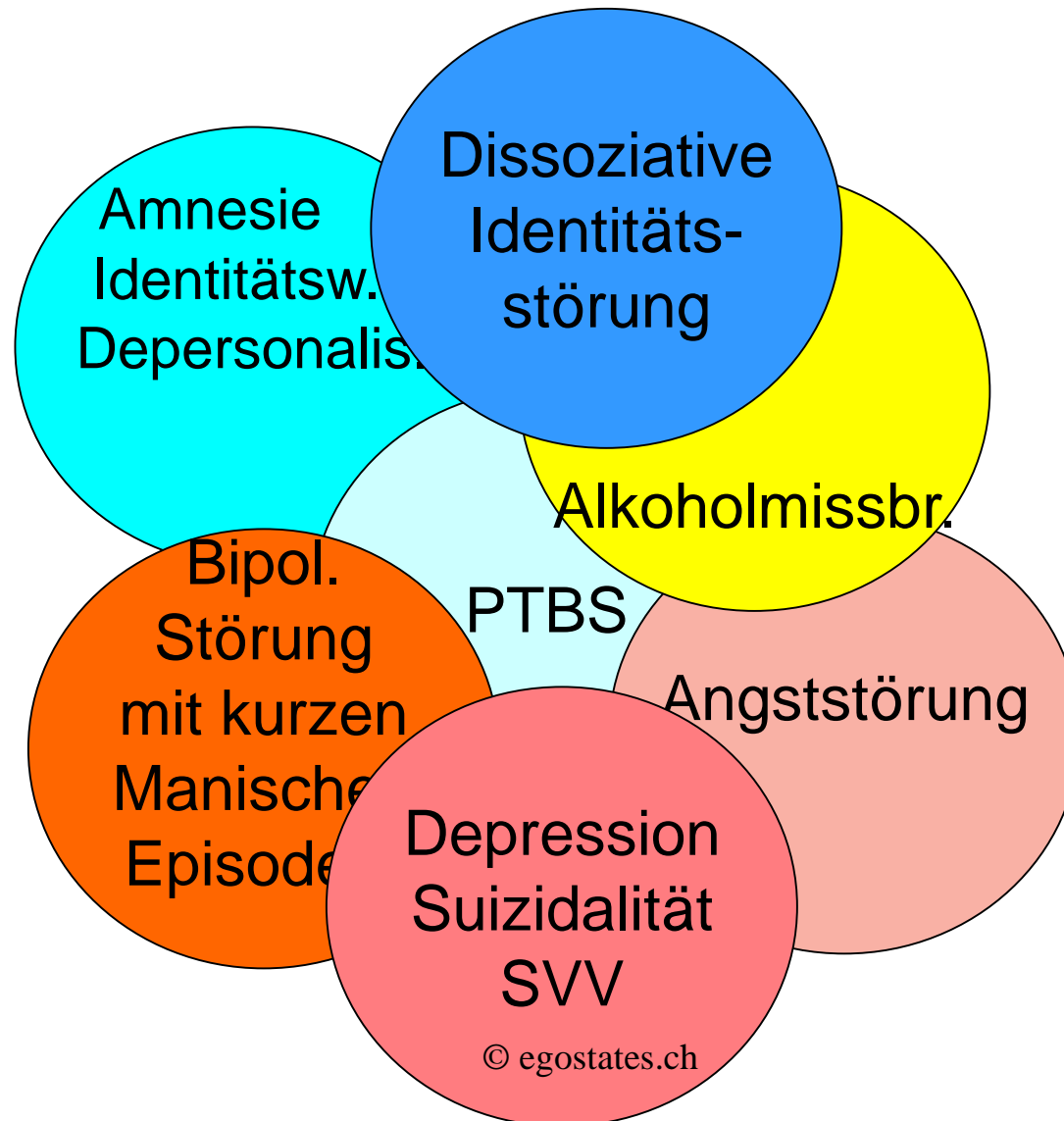
Einbezug aller Anteile vs Arbeit mit einem Anteil



Gliederung

- Von P. Janet zum ICD 11
- Diagnostik dissoziative Identitätsstörung
- Modell der Strukturellen Dissoziation
- Behandlung
- **Fallbeispiel**

Fallbeispiel Patientin mit Dissoziativer Identitätsstörung



Abstract

- **Multiple Persönlichkeitsstörung / dissoziative Identitätsstörung : der lange Weg zur adäquaten Diagnostik und störungsspezifischen Behandlung**
- Die Diagnostik dissoziativer Symptomatik, insbesondere der multiplen Persönlichkeitsstörung oder dissoziativen Identitätsstörung ist oft ein herausfordernder, längerer Prozess. Wird bei dieser Störung die Diagnose nicht oder zu spät gestellt, kann es zu Fehlbehandlungen und ungünstigen Verläufen kommen. Die neuen diagnostischen Kriterien nach ICD11 werden erläutert und mit dem Modell der strukturellen Dissoziation verglichen. Dieses Modell beschreibt die dissoziative Identitätsstörung als tiefgreifende, andauernde Dissoziation der Struktur der Persönlichkeit, welche sich als Folge komplexer Kindheitstraumatisierungen entwickeln kann. Das Modell ist auch als Grundlage für die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung hilfreich. Grundlegende Therapiestrategien werden aufgezeigt.

- <https://www.estd.org/> Europäische Gesellschaft für Trauma und Dissoziation
- <https://www.isst-d.org/> International Society for the Study of Trauma and Dissociation
- <https://www.ikp-therapien.com/psychotrauma.html>
- Weiterbildungscurriculum komplex Trauma am IKP Zürich
- <https://www.egostates.ch/> Fortbildungen zur Psychotherapie mit Persönlichkeitsanteilen