



RUB

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG

Josefine Hirdes, Imke Malek, Marius Kunna, Georg Grethe

Psychiatrie – Neuropsychologische Aspekte | PD Dr. Patrizia Thoma | 06.07.2020



Gliederung



Störungsbild, Symptomatik und Diagnostik



Ätiologie



Kognition und Neurologie



Therapie



Dissoziative Identitätsstörung Störungsbild, Symptomatik und Diagnostik



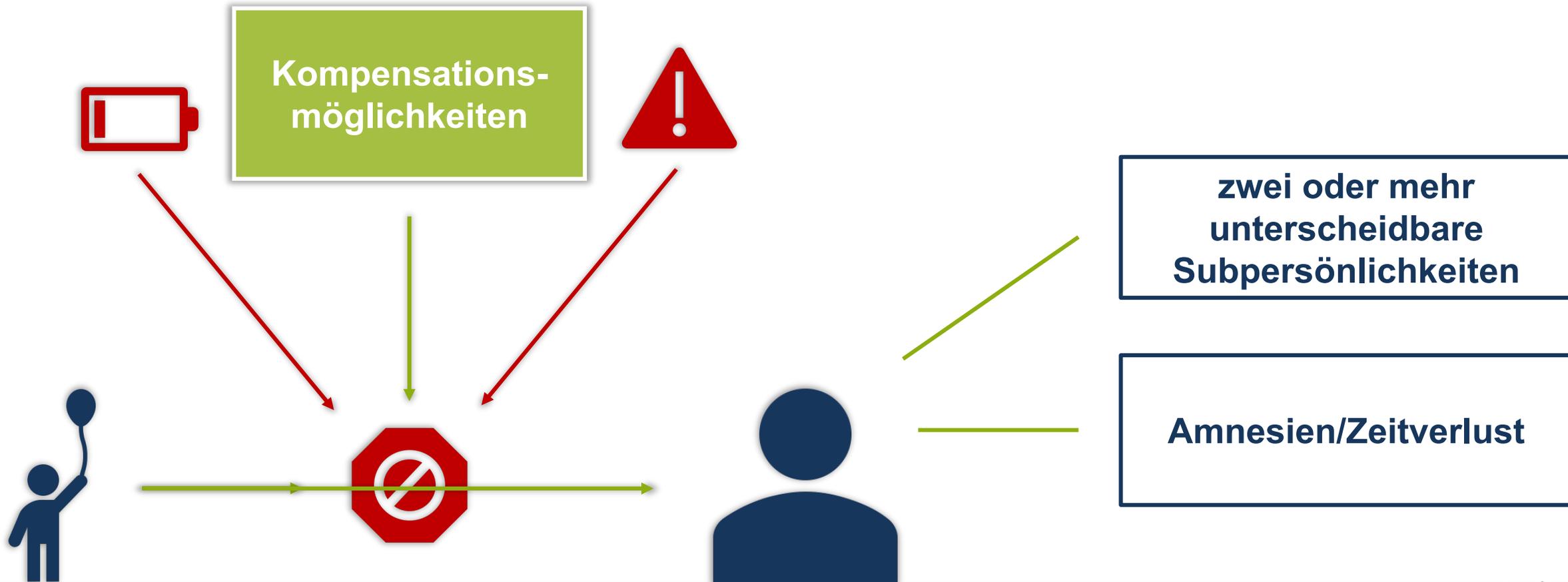
Symptomatik

**zwei oder mehr
unterscheidbare
Subpersönlichkeiten**

Amnesien/Zeitverlust



Symptomatik



Störungsbild

ICD-10 (F44.81)



„Multiple Persönlichkeitsstörung“

DSM-V (F44.81)



„Dissoziative Identitätsstörung“

„Dissoziative Störungen sind durch eine Störung und/oder eine Unterbrechung der normalen Integration verschiedener kognitiver Prozesse, z.B. Bewusstsein oder Gedächtnis, gekennzeichnet.“ (*DSM-V*)

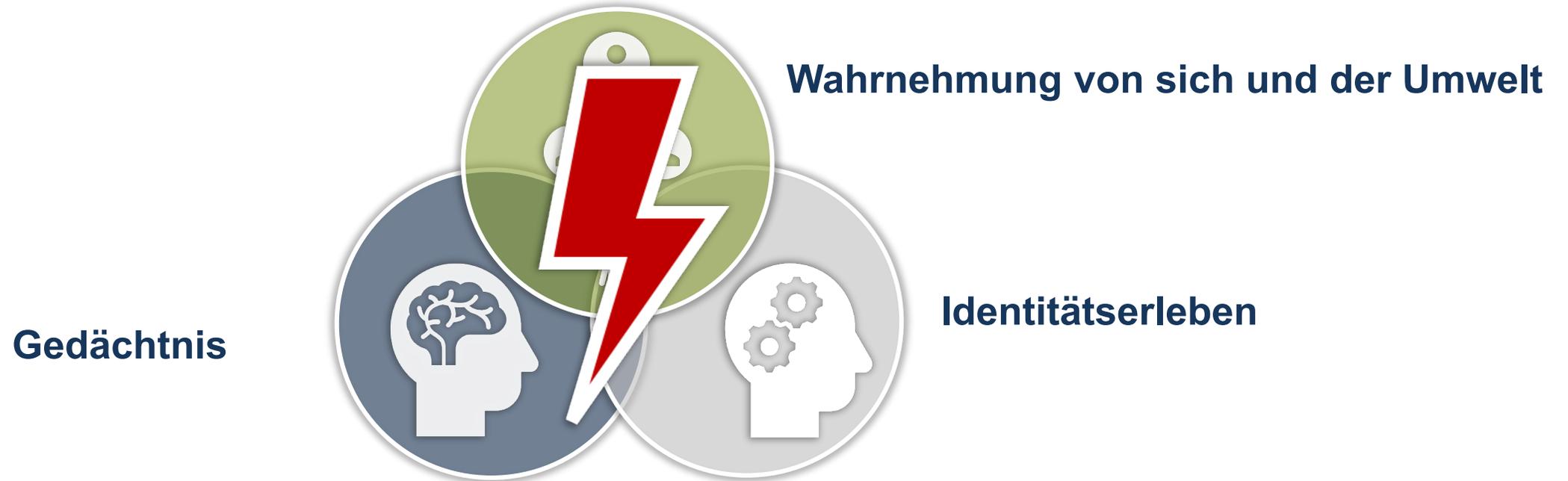
Entstehung der Symptomatik



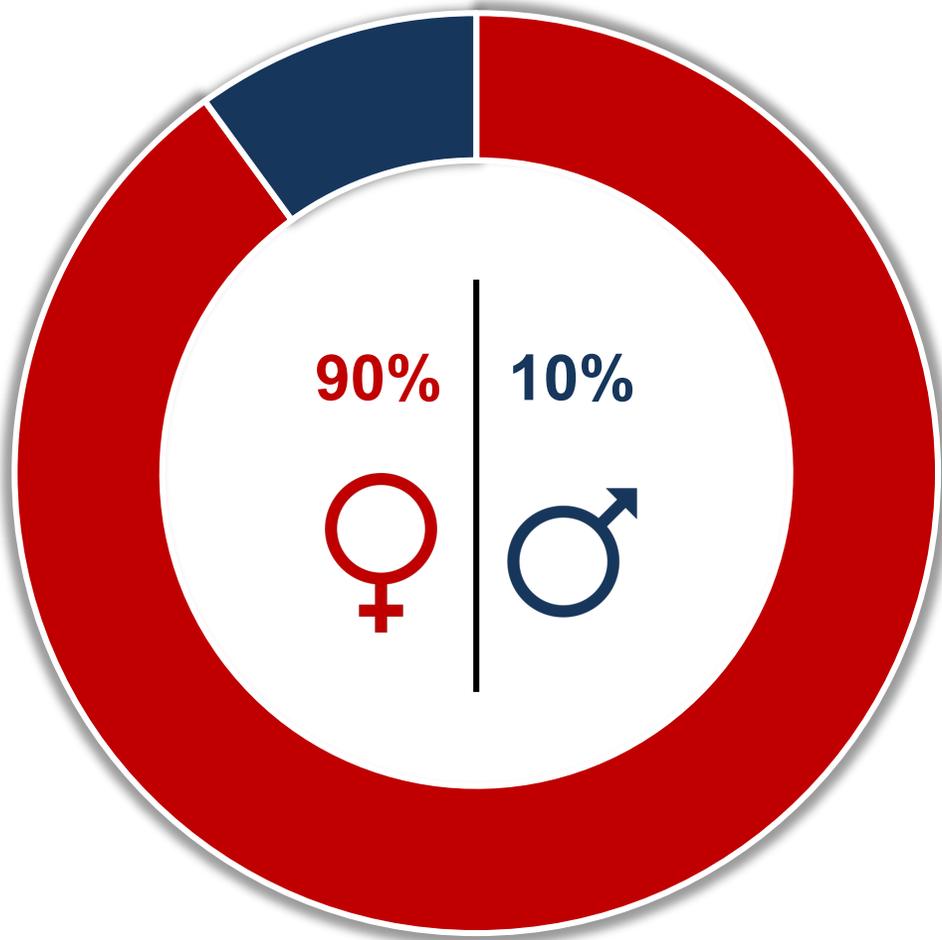
Entstehung der Symptomatik

Dissoziative Störungen

Erkrankungen, bei denen die normalerweise *integrierenden Funktionen* des Bewusstseins nachhaltig beeinträchtigt sind



Prävalenz



Gesamtbevölkerung: 0,5% – 1%

Psychiatrische Patientenpopulationen 5%

Problem:
**Patienten werden gar nicht oder häufig
fehldiagnostiziert**



Symptomatik

Manifestation von verschiedenen Persönlichkeitszuständen



Amnesie zwischen verschiedenen *Subpersönlichkeiten* möglich



Übernehmen wechselweise die Kontrolle über das Erleben und Verhalten des Individuums

Verschiedene *Subpersönlichkeiten*

Anscheinend normale Persönlichkeit (ANP)



- Sozial angepasst
- Im Alltag funktionierend
- Traumatische Erinnerungen vermeidend

Emotionale Persönlichkeit (EP)



- Traumatische Affekte und Erinnerungen
- Wirken in ANPs hinein
- Können für Minuten bis Stunden die Kontrolle über das Bewusstsein übernehmen

- In der Regel 8 – 10 verschiedene *Subpersönlichkeiten*
- Grad an Bewusstsein für „die Anderen“ kann individuell unterschiedlich sein und sich im Verlauf der Therapie ändern

Hinweise für die Diagnosestellung

- **Im Erstkontakt fallen meist zunächst Sekundär- oder Folgeprobleme auf**
 - Depressionen, Angst, Beziehungsprobleme
- **Dissoziative Symptome werden oft erst im Zuge des therapeutischen Beziehungsaufbaus berichtet**
- **Vorsicht vor suggestiver Diagnostik**
 - Umfassendes strukturiertes Interview notwendig (z.B. *SKID-D*)



Differentialdiagnostik



- **Schizophrenie: Pseudohalluzinatorischer Charakter der dissoziativen Wahrnehmungen**
- Abgrenzung: Bei der DIS fehlen die meisten formalen sowie inhaltlichen Denkstörungen



- **Borderline-Persönlichkeitsstörung, affektive Störungen, Angststörungen**
- Wichtig: können allerdings zusätzlich zur DIS vorliegen



- **Artifizielle oder vorgetäuschte DIS**
- Abgrenzung: Symptome des Persönlichkeitswechsels meist sehr plakativ

Dissoziative Identitätsstörung

Ätiologie



Erklärungsansätze

1. Diathese-Stress Modell (Trauma Ansatz)

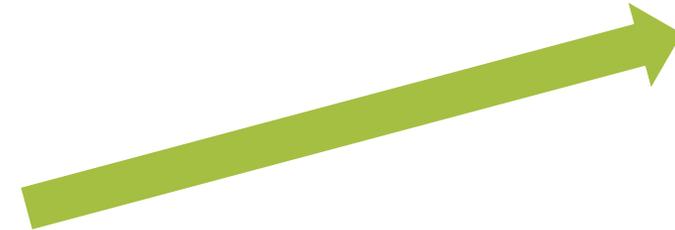


Traumata

2. Soziokognitives Modell



Störung der
Informationsverarbeitung



Dissoziative
Identitätsstörung

Diathese-Stress Modell



Kind

"Normale" Kindheitsentwicklung

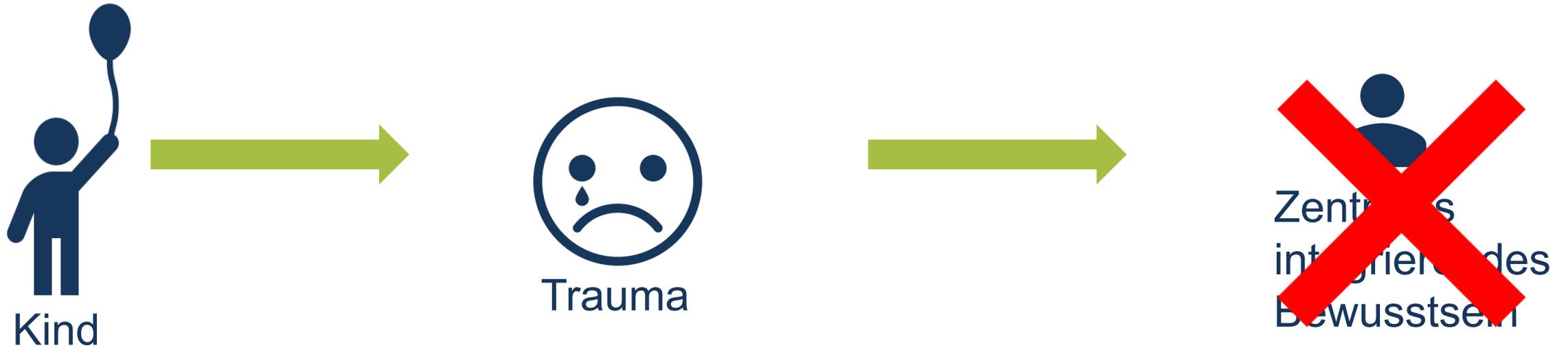


Aufwachsen



Zentrales
integrierendes
Bewusstsein

Diathese-Stress Modell



- Schwere Vernachlässigung
- Seelische, körperliche, sexuelle Misshandlung

Diathese-Stress Modell



Kind



Trauma



- Schwere Vernachlässigung
- Seelische, körperliche, sexuelle Misshandlung

- Verleugnung & Abspaltung
- Trauma ist „jemand anders“ passiert



Dissoziative
Identitätsstörung

Diathese-Stress Modell – Evidenz?



Neuronale Veränderungen beobachtbar



90% der Patient*innen berichten Trauma

PTBS



Gute Erinnerung
traumatischer Inhalte

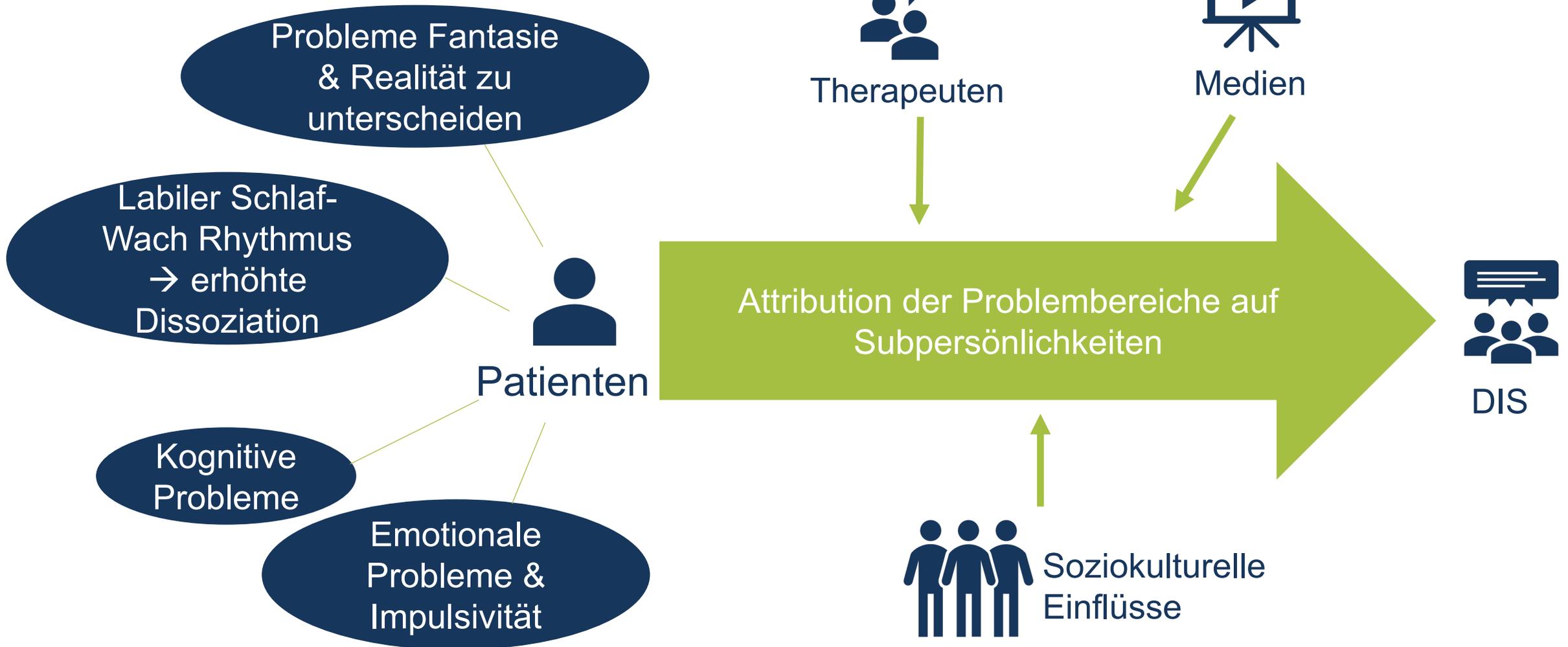
DIS



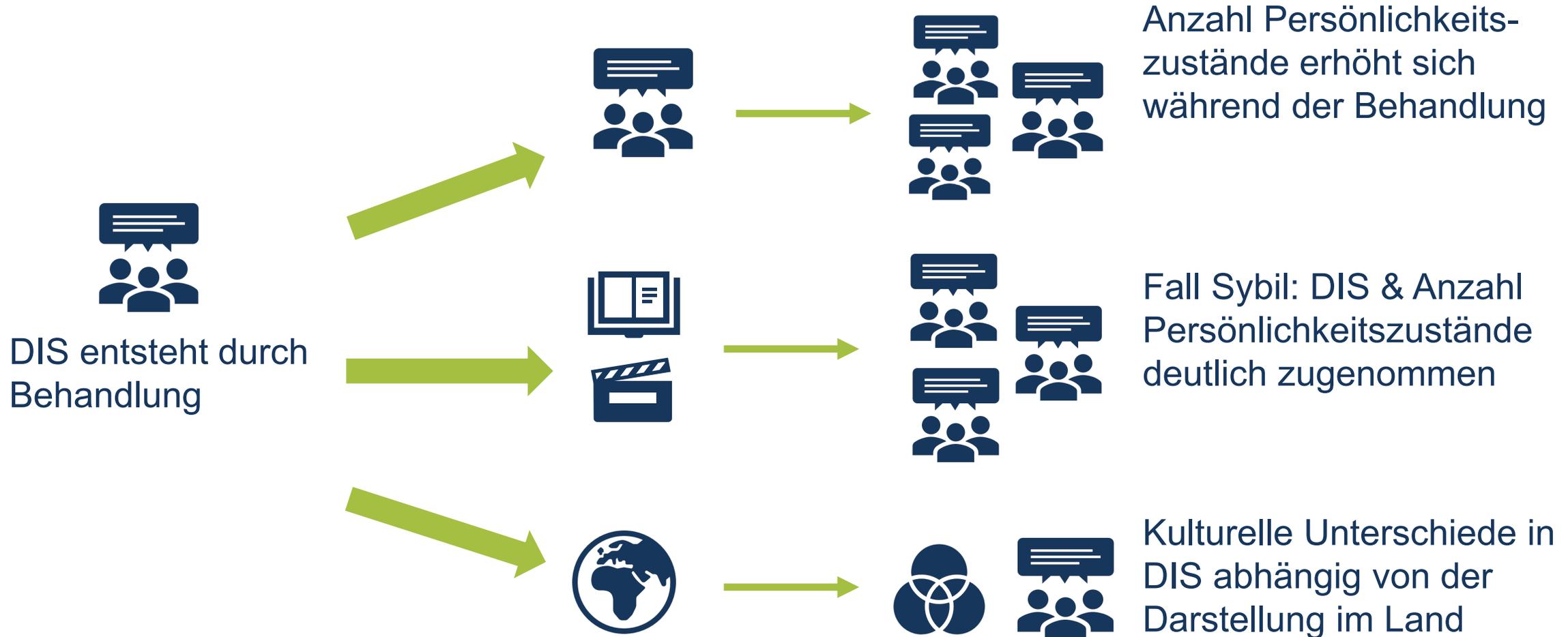
Keine Erinnerung
traumatischer Inhalte?

- Traumata wurden bisher nur retrospektiv festgestellt
--> Unklar, ob immer Trauma vorliegen und ob diese ursächlich für die DIS sind

Soziokognitives Modell



Soziokognitives Modell – Evidenz ?



Dissoziative Identitätsstörung

Kognition und Neurologie



Amnesien

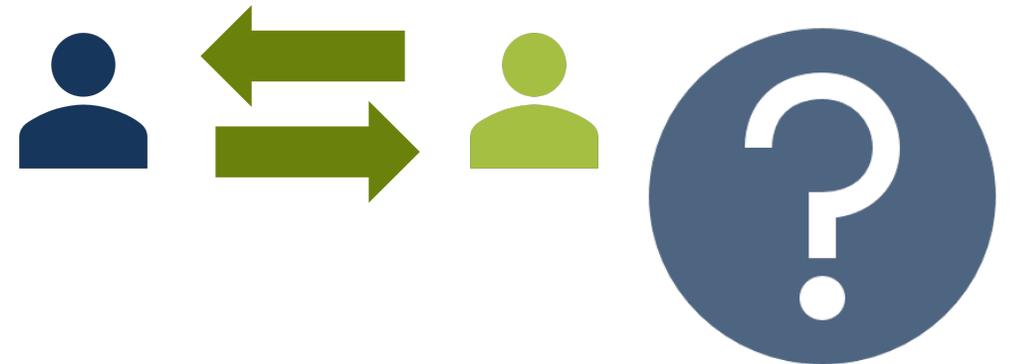
Einseitiger Amnesie



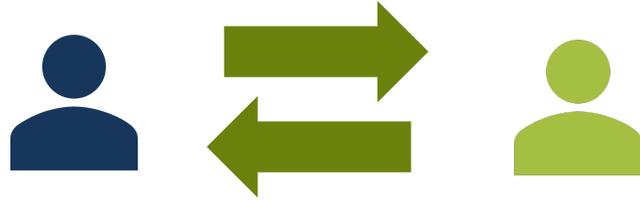
Beidseitiger Amnesie



Gegenseitiges Bewusstsein



Befunde zur Amnesie



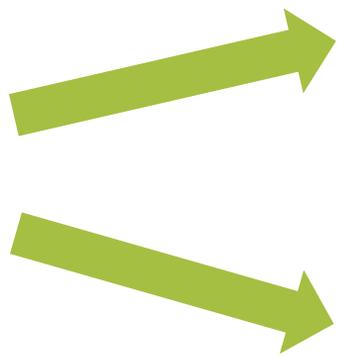
**Transfer von expliziten und
Impliziten Inhalten**



Befunde zur Amnesie



Kein Transfer von expliziten und bedingter Transfer von impliziten Inhalten



Befunde zur Amnesie

Gelernte Informationen



Emotionen



Befunde zur Amnesie



Autobiographisches Gedächtnis

DIS Patienten rufen weniger Erinnerungen aus früher Kindheit ab, als gesunde Probanden

Wechsel in jüngere kindlichere Persönlichkeiten möglich

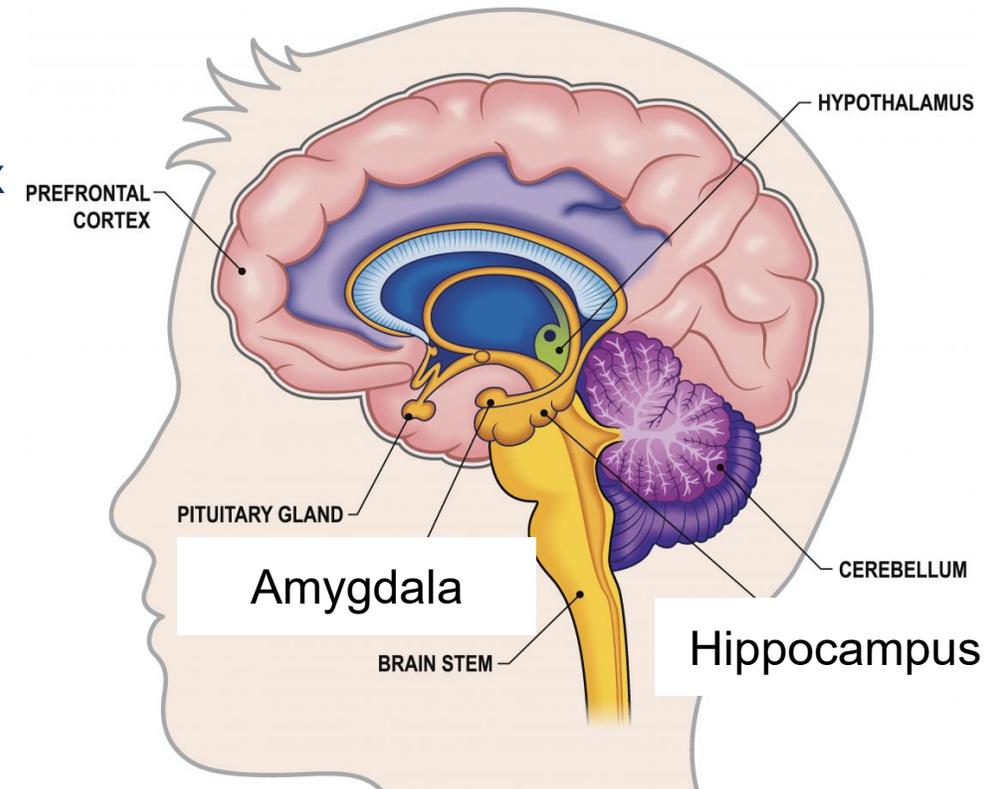


Neuroanatomische Besonderheiten

Geringere Aktivierung in Hirnarealen, die für autobiographische Gedächtnis zuständig sind

Dysfunktionalität in Amygdala Hippocampus Komplex

Atrophie im Hippocampus, im Gyrus parahippocampalis und der Amygdala



Neuroanatomische Besonderheiten

Unterschiede in den Hirnaktivitäten der Subpersönlichkeiten

Anscheinend
normale
Persönlichkeit



Emotionale
Persönlichkeit



Unterschiede zwischen den Subpersönlichkeiten



Dissoziative Identitätsstörung

Therapie



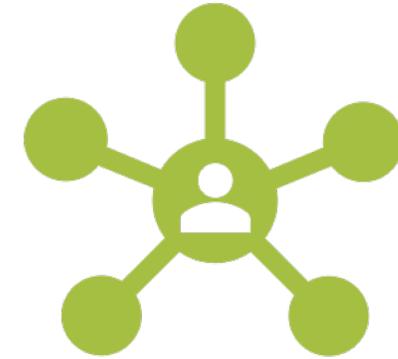
Therapieziele



Integration



Fusion



Final Fusion/
Unification

Rahmenbedingungen



Individuelle ambulante Therapie



Notfall: Hospitalisierung

- Krisenintervention und Stabilisierung

Phasenorientiertes Vorgehen (3 Phasen)

- Psychodynamische PT
- KVT
- Zusätzlich:
 - EMDR
 - Hypnose
 - Familientherapie
 - Expressive Therapien

Phase 1: Sicherheit, Stabilisierung und Symptomreduktion



Primäres Ziel:
**Sicherheit und
Stabilität**

Therapeutische Allianz
Psychoedukation

Risikoverhalten
minimieren

Phase 1: Sicherheit, Stabilisierung und Symptomreduktion



Kontrolle der
PTBS-Symptome

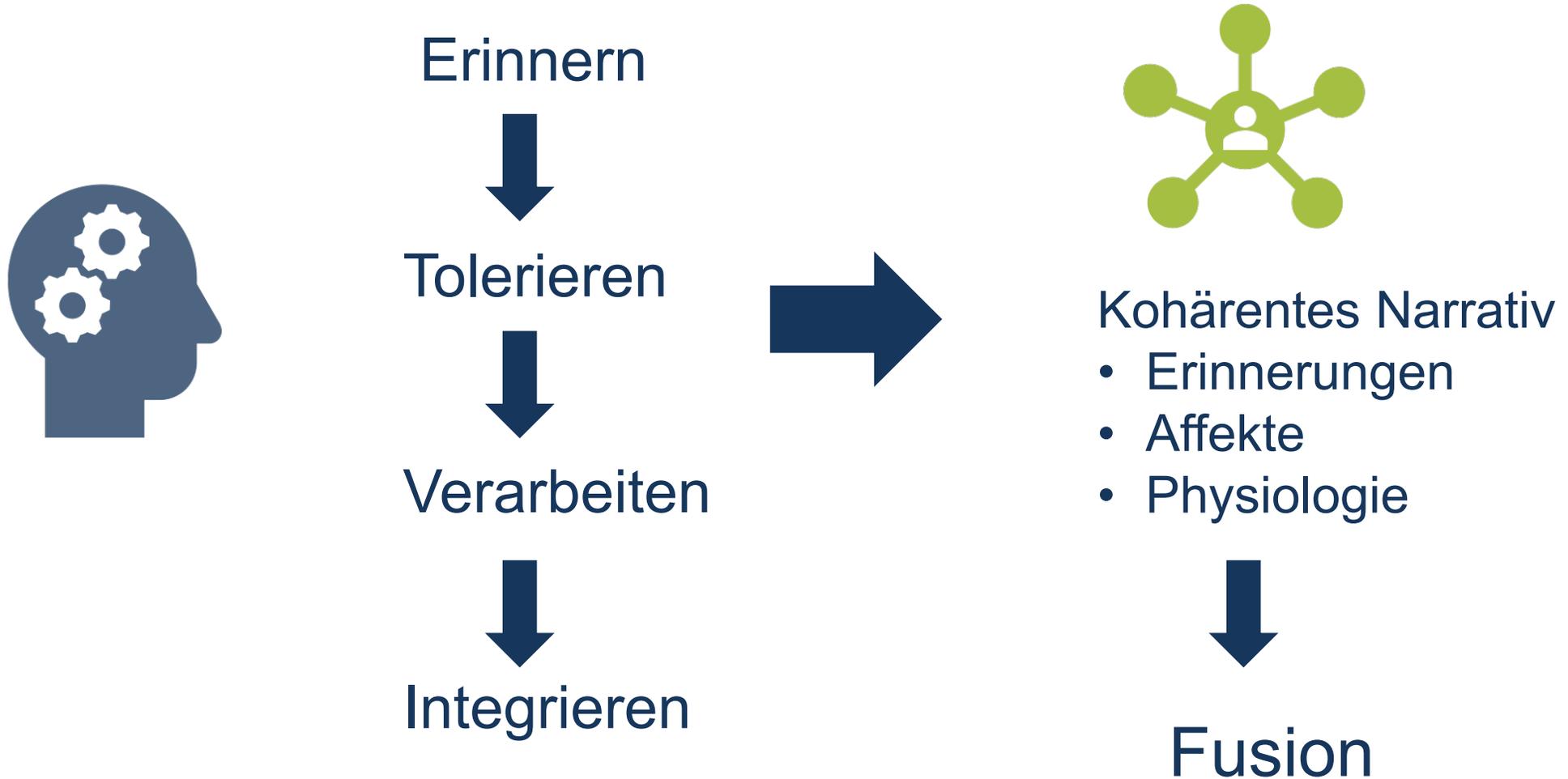
Skills Training

- Emotionsregulation
- Stresstoleranz
- Soziale
Kompetenzen

Arbeit mit verschiedenen
Teilidentitäten

- Bewusstsein
- Akzeptanz
- Kommunikation

Phase 2: Konfrontation und Integration des Traumas



Phase 3: Integration und Rehabilitation



Fokus auf Gegenwart und Zukunft

- Aktuelle Probleme
- Alltagsfunktion
- Beziehungen
- Zukunftsperspektive

Kooperation
Integration
Kohärente
Autobiographie
⇒ Stabiles Selbst

Pharmakologische Therapie

Nicht kurativ verwendet

Additives Element zur Behandlung von....

PTBS-Symptomen

Komorbiditäten -> affektive Störungen und
Angststörungen

Schlafstörungen



Not-to-dos in der Therapie

- ✘ Favoriten auswählen und unsympathische Teilidentitäten ausschließen oder “loswerden wollen“
- ✘ Suggestiv zusätzliche Subpersönlichkeiten kreieren
- ✘ Grenzüberschreitungen

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Bildquellen

- <https://filmpluskritik.files.wordpress.com/2017/10/split-movie-james-mcavoy-ending.jpg>

Literatur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. ed.; DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Dorahy, M .J. (2001). Dissociative identity disorder and memory dysfunction: The current state of experimental research and its future directions. *Clinical Psychology Review* 21(5), 771 – 795. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00068-4
- Comer, R. J., Sartory, G., Herbst, G., & Metsch, J. (2008). *Klinische Psychologie*. Beltz Verlag.
- Downar, J., Blumberger, D. M., & Daskalakis, Z. J. (2016). The Neural Crossroads of Psychiatric Illness: An Emerging Target for Brain Stimulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(2), 107– 120. doi: 10.1016/j.tics.2015.10.007
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Matthes, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47). 3193 – 3200.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision: Summary Version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12 (2), 188 – 212. doi: 10.1080/15299732.2011.537248

Literatur

- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 227 – 253. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143925
- Kong, L. L., Allen, J. J. B., & Glisky, E. L. (2008). Interidentity memory transfer in dissociative identity disorder. *J Abnorm Psychol.* 117(3), 686 – 692. doi: 10.1037/0021-843X.117.3.686
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., & van der Kloet, D. (2012). Dissociation and Dissociative Disorders: Challenging Conventional Wisdom. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 48 – 53. doi: 10.1177/0963721411429457
- Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Paans, A. M., Korf, J., Willemsen, A.T., & den Boer, J. A. (2003) One brain, two selves. *Neuroimage*, 20(4), 2119 – 2125. doi: 10.1016/j.neuroimage.2003.08.021