

Behandlung der Dissoziativen Störung und ihre neurobiologischen Grundlagen

Dr. W. Voigt, Dortmund

Fachklinik St. Vitus, Visbek

BUSS-Tagung, Berlin 21.03.2012

„Ich habe keine Angst davor zu sterben. Ich möchte nur nicht dabei sein, wenn es passiert.“

Woody Allen

Chronische Traumatisierungen – ein unangenehmes Kapitel

- Traumatisierungen und Traumafolgen wurden in den letzten 150 Jahren wahrgenommen, beschrieben – und wieder vergessen bzw. verdrängt:
- „Die Integration von chronischer Traumatisierung überfordert oft die integrative Kapazität von Individuen und Institutionen. Die Integration von systematischem, chronischem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern durch Pflegepersonen, die heftig verleugnet wird, testet fast jedermann Grenzen.“ *Ellert Nijenhuis*

Chronische Traumatisierung – ein unangenehmes Kapitel

- „Das Vergessen chronischen Kindesmissbrauchs und Vernachlässigung und das Weiterleben, als wäre nichts passiert, ist eine attraktive und einfache mentale Handlung.
- Diese mentale Trägheit füttert die **anscheinend normale Gesellschaft**, die durch negative Symptome (Verluste) gekennzeichnet ist. Sie wird jedoch die **Emotionale Gesellschaft** vertreiben, die durch positive Symptome gekennzeichnet ist. (Existenz und Intrusion)“
Ellert Nijenhuis

Konsequenzen bei frühem Kindesmissbrauch

Ergebnisse aus der Forschung

- Langwierige psychiatrische Störungen
- Soziale Dysfunktion
- Sexuelle Dysfunktion
- Schlechte Selbstachtung
- Gewalt und Kriminalität
- Verminderte akademische und berufliche Leistungsfähigkeit
- Substanzmissbrauch

Konsequenzen bei frühem Kindesmissbrauch

Ergebnisse aus der Forschung

- Selbstverletzung
- Gesundheitsprobleme: somatische Probleme, Beschäftigung mit dem Körper, Hochrisikoverhalten bezüglich der Gesundheit
- Sexuelle Überaktivität
- Suizidalität
- Schwangerschaft im Teenager-Alter

DIS und Krankheitskosten

- „In unserer Medicaid Untersuchungsgruppe hatte eine kleine Gruppe mit der Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung – einer Diagnose, die mit schwerer und langer interpersoneller Kindheitstraumatisierung assoziiert ist – die bei weitem höchste Rate an verschiedenen psychiatrischen Diagnosen, was sie zur teuersten Diagnose in Massachusetts in der Zeit 1997/8 machte.“
Bessel van der Kolk, 1999

- **Der simple geistige Akt des Vergessens kostet einen hohen Preis.**

Wissenschaftliche Fakten der Folgen der Kindheitstraumatisierungen zu ignorieren, ist

- einfach
- praktisch
- angst-geleitet
- emotional hoch geladen und
- extrem teuer

Ellert Nijenhuis

Hirnentwicklung I

- Die Mehrzahl der Gehirnzellen entsteht bereits in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, also bis zur 19. Woche
- Mehr als eine halbe Million Neuronen werden in einer einzigen Minute gebildet
- In der 19. Woche sind alle wichtigen Hirnstrukturen schon anatomisch erkennbar angelegt
- „Es ist, als besäßen alle sechs Milliarden Menschen auf der Erde je an die 20 Telefone, die alle nicht angeschlossen sind. Das Kommunikationspotenzial ist enorm, aber es muss erst in die Tat umgesetzt werden.“
Lise Eliot, Neurobiologin

Hirnentwicklung II

- Hauptarbeit **Synapsenbildung** von der 19. Woche bis ins zweite Lebensjahr: die Neuronen nehmen miteinander Kontakt auf und verschalten sich
- In Spitzenzeiten entstehen 1,8 Millionen neue Synapsen pro Sekunde – viel zu viele und aufs Geratewohl
- „Synapsen, die selten aktiviert werden – ob wegen nie gehörter Sprachen, nie gespielter Musik, nie ausgeübter Sportarten..... -, verkümmern und sterben ab.“ *L. Eliot*
- In der frühen Kindheit und Jugend büßt das Gehirn täglich bis zu 20 Milliarden Synapsen wieder ein
bild der wissenschaft 2/2006, S.27

Hirnentwicklung III

Studien mit MRT bei Kindern

- „Die rechte Hemisphäre ist im Bereich der Oberflächenentwicklung von der 25. Schwangerschaftswoche an mehr entwickelt als die linke, und dieser Vorsprung bleibt solange erhalten, bis die linke Hemisphäre einen postnatalen Wachstumsschub erhält, der im 2. Lebensjahr beginnt.“ (Trevvarthen, 1996)
- „Das Hirnvolumen wächst während der ersten zwei Lebensjahre rasch an. Erscheinungsform wie bei einem Erwachsenen ist mit 2 Jahren zu sehen; alle wichtigen Verbindungen sind mit 3 Jahren ausgebildet. Kinder unter 2 Jahre haben ein größeres rechtshemisphärisches Volumen.“ (Matsuzawa et al., Cerebral Cortex, 2001)

Hirnentwicklung und Bindung

- Massives Hirnwachstum geschieht im letzten Trimester der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr. (Schore, 1996)
- „Frühe Bindungserfahrung überlappen sich mit dem Wachstumsschub des Gehirns.“ (Schore, 1996)
- „Die sich früh entwickelnde rechte Hemisphäre, die für die Selbstregulation und für das implizite Selbst verantwortlich ist, wird durch Beziehungserfahrungen geformt.“ (Schore, 1994)
- „Bindungserfahrungen sind gestaltgebend, denn sie erleichtern die Entwicklung der selbst-regulierenden Hirnmechanismen.“ (Fonagy&Target,2002)

Nach Helga Matthess

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

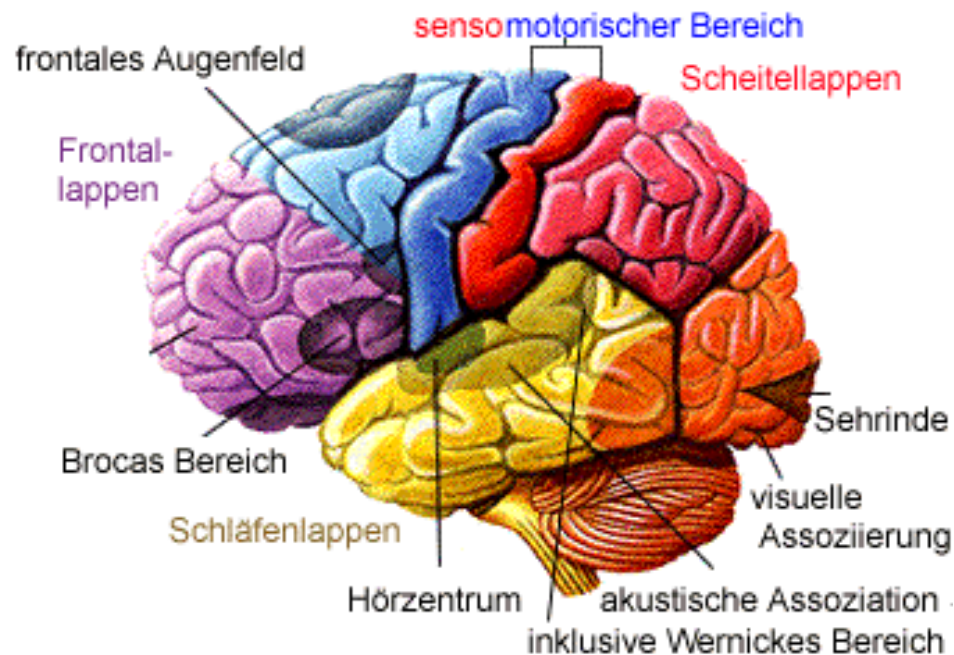
Experiment mit neugeborenen Affen (1950, Harry Harlow)

- Die neugeborenen Affen konnten wählen zwischen Drahtaffenmüttern mit Milch und (Draht)affenmüttern mit Fell
- Die Affenbabys klammerten sich 23 Stunden an die Fellmütter und wechselten nur zum Trinken zu den Drahtmüttern mit Milch.

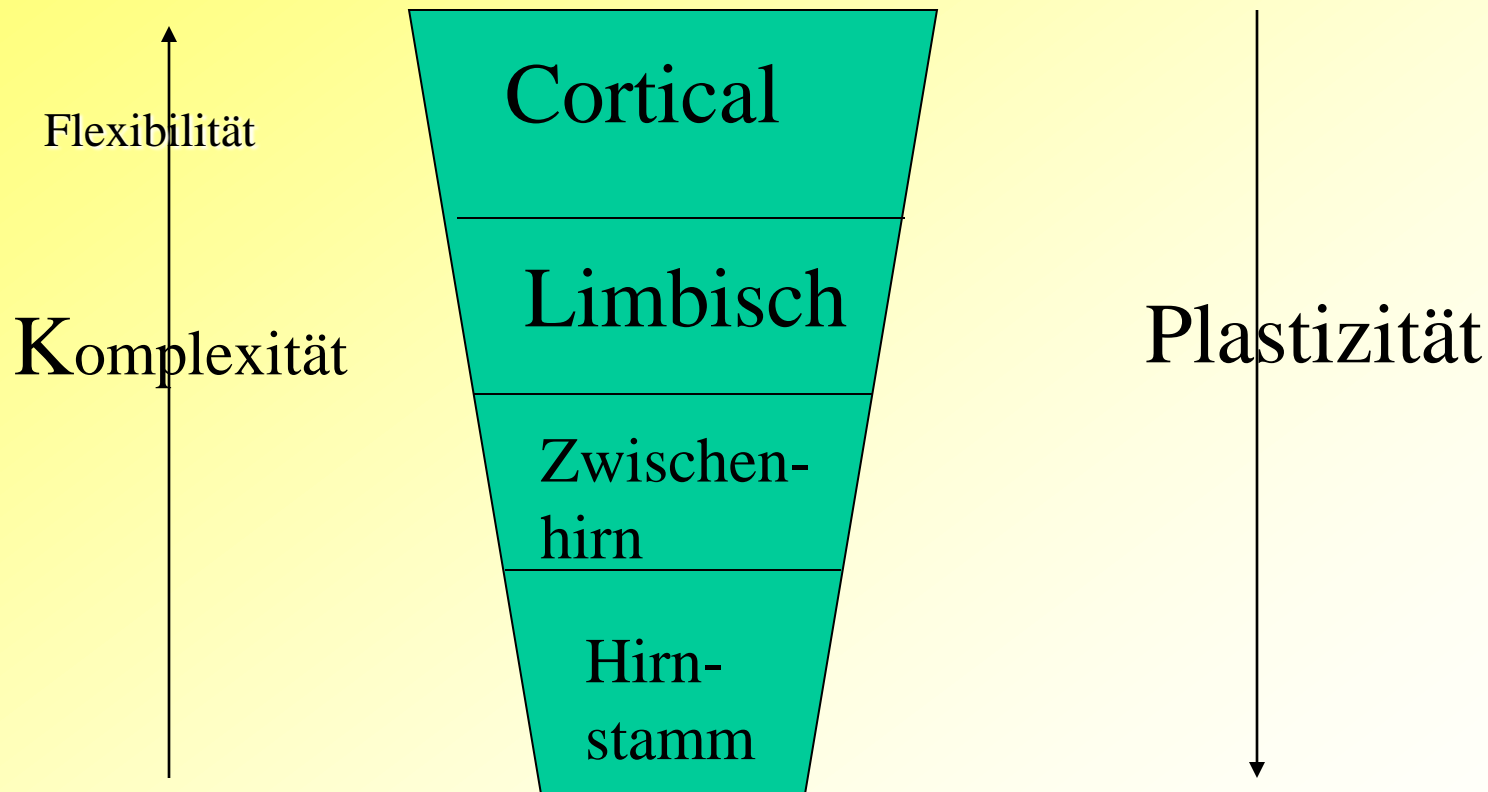
Interpersonaler neurobiologischer Ursprung des Selbst

- „Die Selbstorganisation des sich entwickelnden Gehirnes geschieht im Kontext einer Beziehung mit einem anderem Selbst, einem anderen Gehirn.“ (*Schore, 1996*)
- „Das Gefühl für das Selbst entspringt der Hirnaktivität im Austausch mit anderen Selbst.“
(*Decety&Chaminade,2003*)
- „Das Gehirn ist veränderlich, sodass seine strukturelle Organisation die Geschichte des Organismus enthält“. Das kindliche Gehirn „ist so konstruiert, dass es von der Umgebung, die es antrifft, geformt wird.“ (*Schore, 2004*)

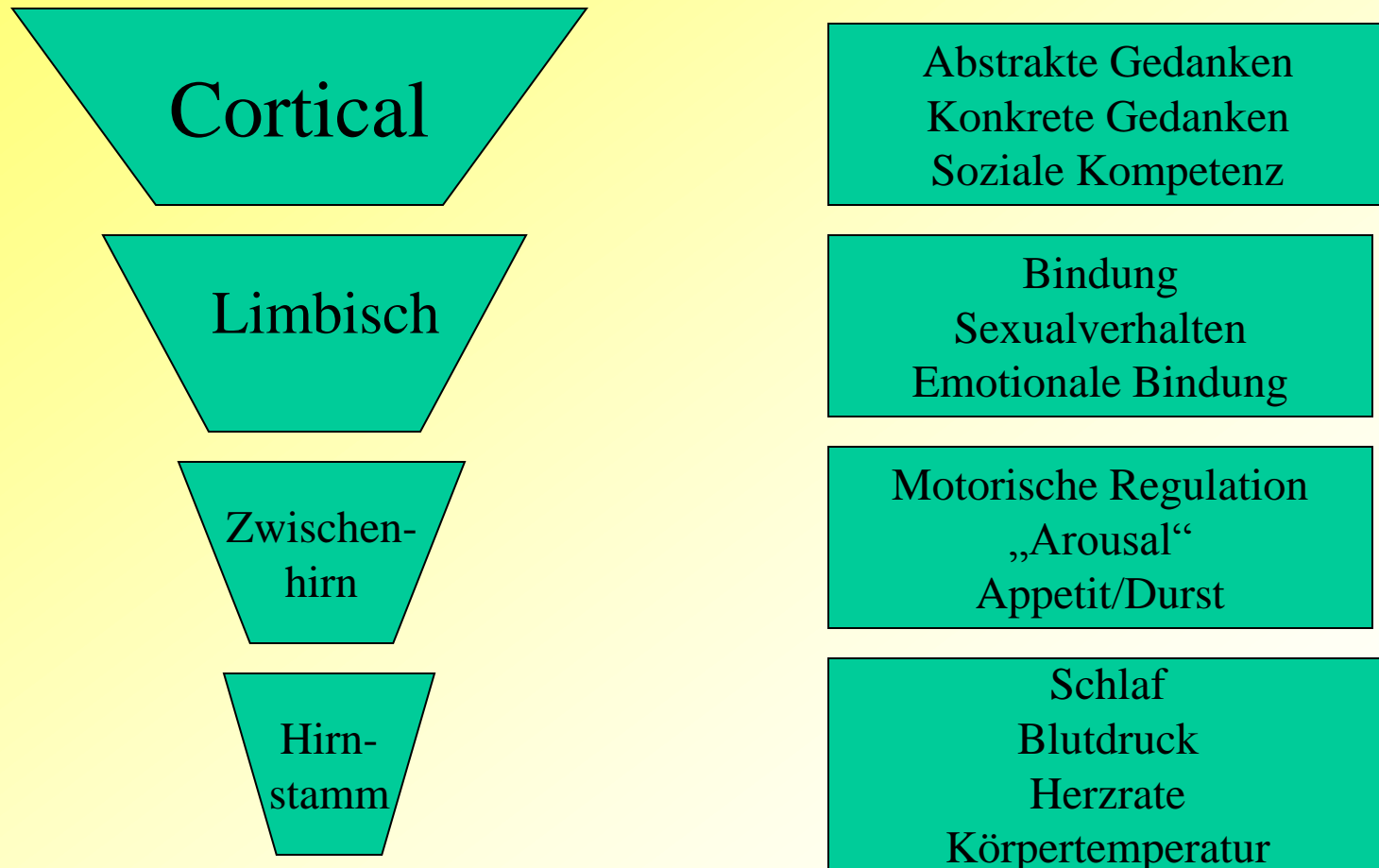
Jedes Gehirn hat verschiedene Zentren für verschiedene Aufgaben



Plastizität und Gehirnorganisation



Hierarchien der Gehirnfunktionen



Wofür brauchen wir Bindung= Körperkontakt?

- Körperkontakt führt zur Aktivierung des Parasympathikus, also zu einer Entspannungsreaktion, die auch entsteht
- durch den vertrauten Geruch der Pflegepersonen
- Oder durch den Herzschlag der Mutter, den wir schon lange kennen
- Körperkontakt fördert das Hirnwachstum, z.B. durch Kangerooing

Wofür brauchen wir Bindung= Augenkontakt?

- Um die Bestätigung für unser Tun in den Augen und der Mimik unserer Eltern/Pflegepersonen lesen zu können und damit unser Selbst, unser Selbstwertgefühl und unseren Selbstwirksamkeitsglauben aufzubauen
- Um mit Hilfe unserer Spiegelneuronen soziale Interaktionen zu erlernen

Wahrnehmung und Überleben mit Hilfe unserer Spiegelneurone

- Wahrnehmung ist simulierte Aktion mit Hilfe unserer Spiegelneuronen
- Spiegelneuronen spiegeln die Aktion eines anderen in uns wieder
- Spiegelneuronen sind während der Beobachtung und der Ausführung einer Aktion aktiv
- Das Überleben ist abhängig von unserer Fähigkeit, vorherzusagen, was geschehen wird, wenn wir uns in die eine oder andere Richtung bewegen

Affektregulation - Bindung

- Bindung ist wichtig, um Affekte und Impulse kontrollieren zu lernen
- Mutter und Vater sind die externen Affektregulatoren
- Das fehlt bei sexuellem Kindesmissbrauch, Gewalt und Vernachlässigung
- Soziale Bindung erhöht die integrative Kapazität, z.B. bei guter therapeutischer Bindung
Trauma = Phobie vor Bindung und vor Verlust:
cave: Therapeutische Bindung nicht zu eng

Normale kindliche Dissoziationsfähigkeit

- Kinder gehen mit 3-4 Jahren hin und her zwischen realer Wahrnehmung und Dissoziation. Bei normaler Entwicklung geht die Dissoziation immer weiter zurück
- Amygdala ist von Anfang an entwickelt, der Hippokampus ist erst nach 3 Jahren entwickelt, der Präfrontallappen braucht 25 Jahre für die abgeschlossene Entwicklung:
- Kinder haben eine niedrige integrative Kapazität, die Entwicklung des Gehirnes braucht Zeit und gute Lebenserfahrung

Neurobiologische Korrelate der Angst

- Durch das traumatische Ereignis wird ein extrem intensiver Angstreiz ausgelöst
- Dies führt zu starker unmittelbarer Reaktion der Amygdala = Konditionierung an die mit dem Ereignis verbundenen visuellen, akustischen, gustatorischen u.a. Sinnesreize: Triggerung
- Das traumatische Ereignis wird gut in das *implizite* Gedächtnis eingespeichert und defizitär in das *explizite* Gedächtnis

Reiner Beck, 2006

Neurobiologische Korrelate der Angst

- In der Amygdala gespeicherte Angstreaktionen können nicht gelöscht werden, sondern nur gehemmt werden.
- Die Hemmung erfolgt überwiegend vom orbitofrontalen Cortex in Zusammenarbeit mit dem Hippocampus (Verarbeitung und Speicherung von Kontextinformationen)
- Dysfunktion des medialen und präfrontalen Cortex
- Deaktivierung des Brocca-Areals (Sprachverarbeitung)

Reiner Beck, 2006

Neurobiologie der PTSD

- Eine schwere PTSD geht mit einer Schädigung des Hippocampus einher (Grawe, 2004, S.158ff) durch zeitweise oder dauerhaft zu hohem Cortisolspiegel
- Ein anlagemäßig kleiner Hippocampus stellt ein genetisches Risiko für die Ausbildung einer PTSD dar (Zwillingsuntersuchungen bei Vietnamkämpfern , Gilbertson et al. 2002)

Neurobiologie der dissoziativen Störung

- Bei schwer traumatisierten Menschen ist das Hippocampusvolumen bis zu 25% vermindert; die Ursache (Schrumpfung durch Stresshormone oder von Geburt an kleiner angelegt) ist noch nicht geklärt. Ellert Nijenhuis konnte nachweisen, dass sich das Hippocampusvolumen wieder normalisieren kann nach jahrelanger (8-10 Jahren) Therapie.

Neurobiologie der PTSD

- Ursachen der mangelhaften Encodierung des Erlebten in das episodische Gedächtnis:
 1. Ein bereits vorgeschädigter Hippocampus
 2. Die Beeinträchtigung der aktuellen Gedächtnisbildung durch einen zu hohen Level von Stresshormonen
 3. Die vermiedene Auseinandersetzung mit dem Erlebten (Grawe, 2004, S.162)

Klassische traumabezogene Konditionierung

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

- beinhaltet die Assoziation mit Ereignissen, die in besonderer Weise das überwältigende Erlebnis signalisierten oder begleiteten. Dies führt dann dazu, dass im Anschluss die vorher neutralen Reize eine Repräsentanz dieses Erlebnisses reaktivieren und dazu beitragen, das originale oder ein nahes verwandtes traumatisches Reaktionsmuster auszulösen.

Wie arbeitet das Gehirn/ der Verstand im täglichen Leben und bei Bedrohung ?

- Die Evolution hat „**emotional – arbeitende Systeme**“ (**emotional operating systems**) erschaffen (Panksepp,1998): **psychobiologische Systeme**, die nur eine begrenzte Flexibilität bei Reaktionen haben
- **Alltägliches Funktionieren**: Essen, Trinken, Bindung(Kind → Eltern, Eltern → Kind), Fortpflanzung, Spielen, soziale Rangordnung, genauso wie Angst, Wut etc.
- **Funktionieren bei Bedrohung**: Verteidigung (Fanselow&Lester,1998)
- Die **Hauptaufgabe dieser Systeme** ist, in der Welt Verhaltensmuster und mentale Prozesse durchzuführen sowie mit der Welt um uns herum in Verbindung zu treten: deshalb nennen wir sie **Aktionssysteme**

Emotional-arbeitende Systeme umfassen spezifische Gehirnbereiche, die in neuronalen Netzwerken organisiert sind.

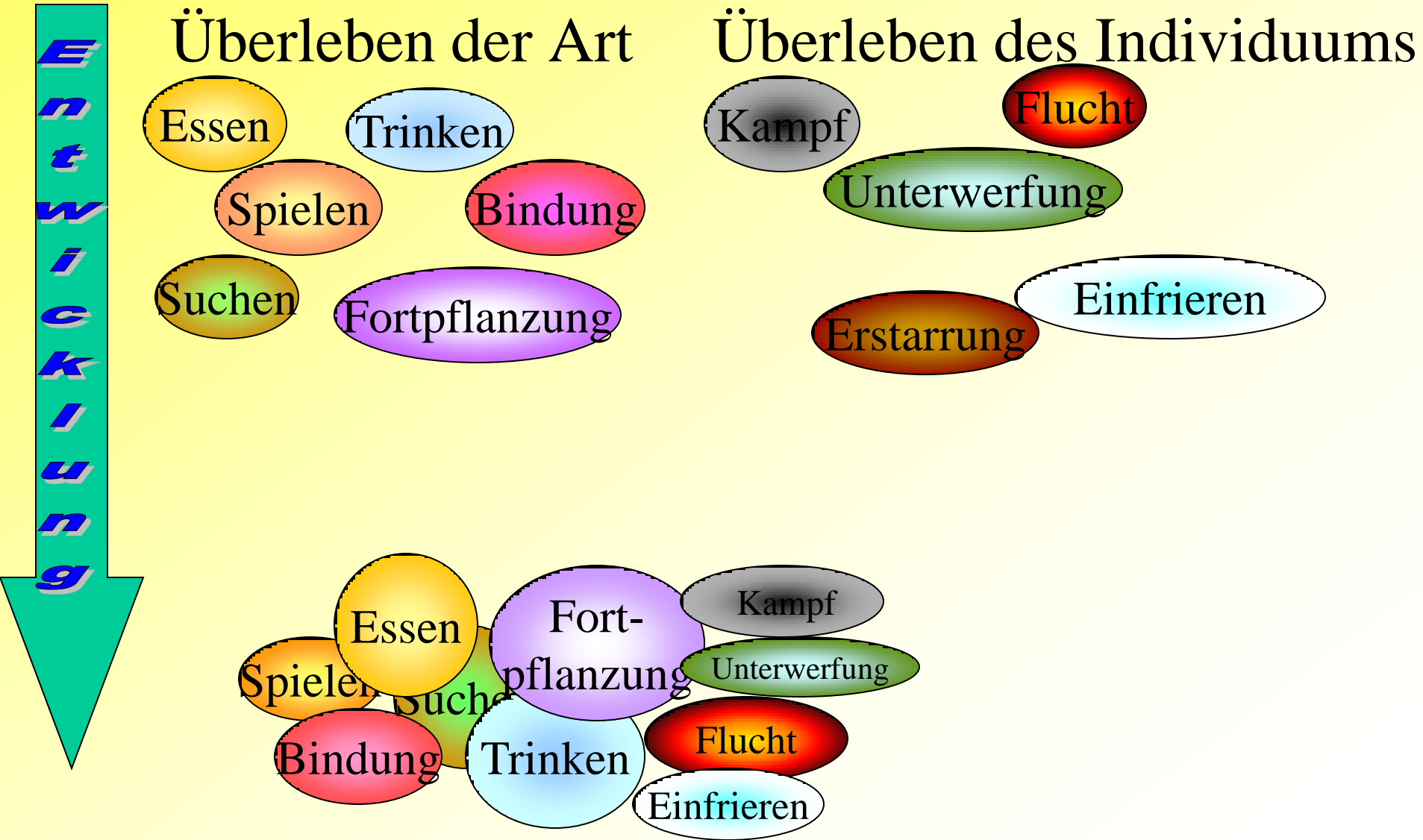
Hauptaufgabe dieser Systeme ist, in der Welt Verhaltensmuster und mentale Prozesse durchzuführen:
somit sind sie **Aktionssysteme**.

Ellert Nijenhuis

Theorie der Strukturellen Dissoziation

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

Normale Integrative Entwicklung



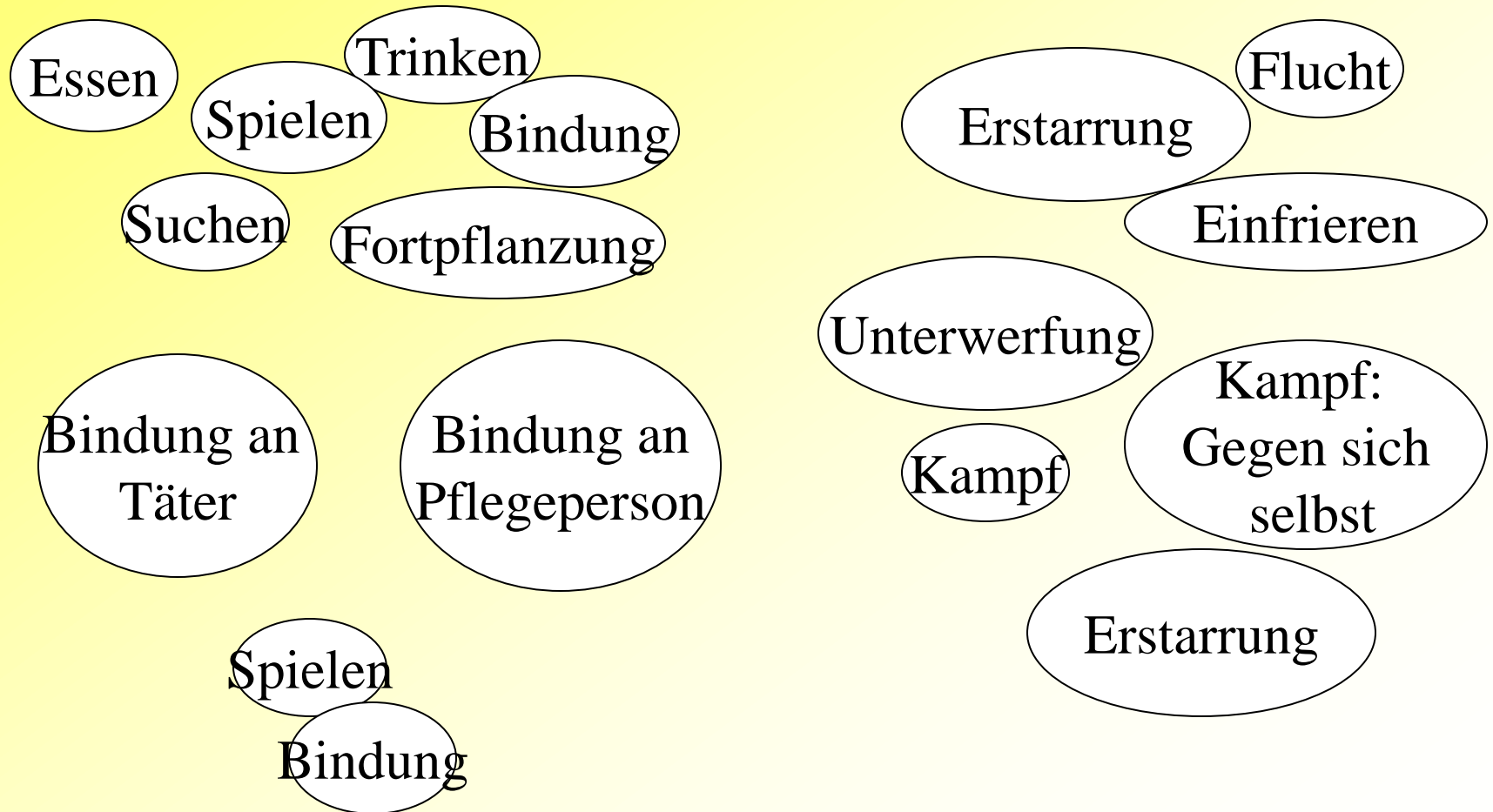
Theorie der Strukturellen Dissoziation

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

Beinträchtigung durch Traumatisierung während des integrativen Entwicklungsprozesses

ANP

EP



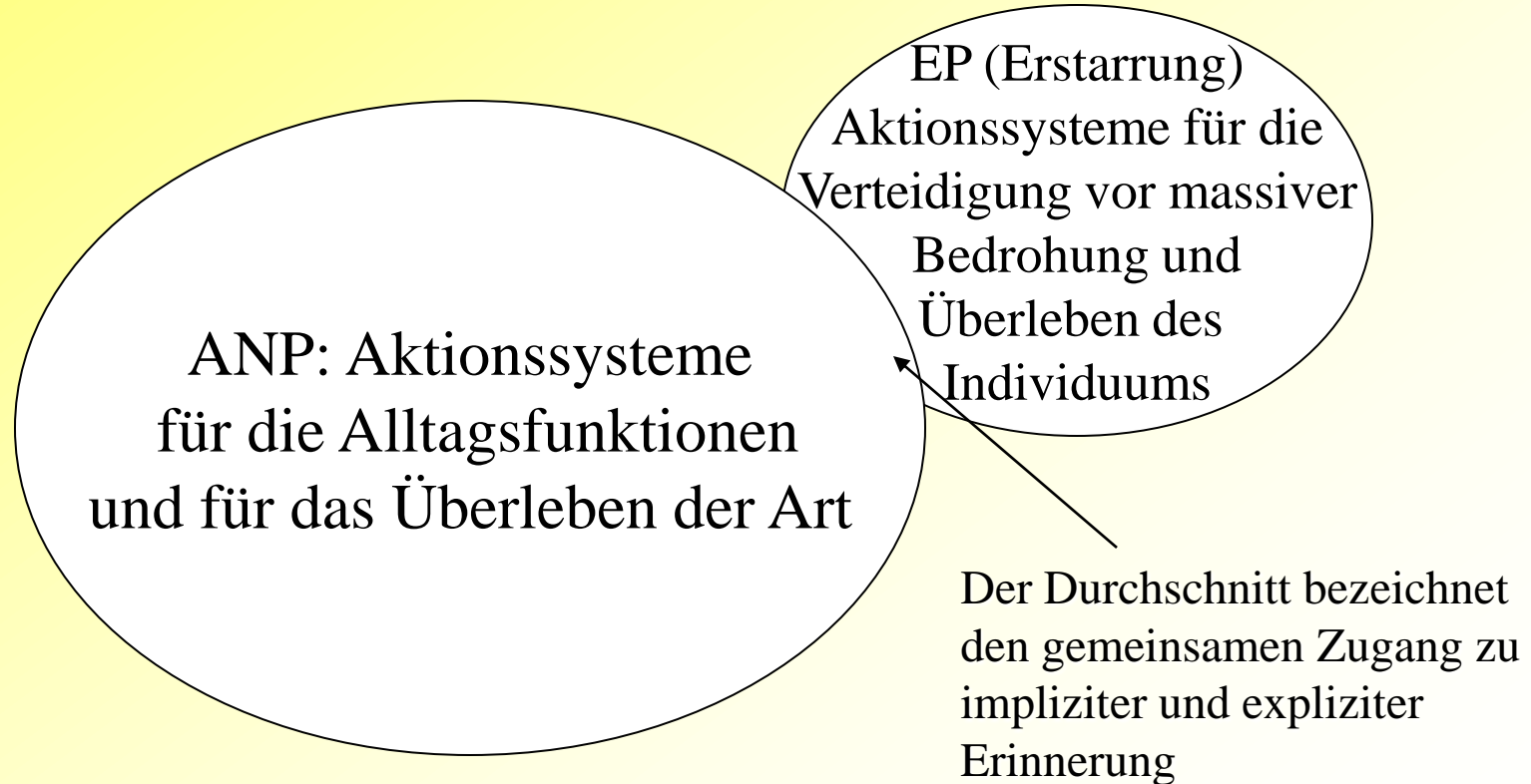
Theorie der Strukturellen Dissoziation

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

Primäre Strukturelle Dissoziation

1 ANP=Anscheinend normaler
Persönlichkeitsanteil

1 EP=Emotionaler
Persönlichkeitsanteil



Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil

- Vermittelt durch Aktionssysteme für das Überleben der Art, d.h. Anpassung an das Alltagsleben und dient der Reproduktion
- Vermeidet traumatische Erinnerungen und damit assoziierte EP's
- Rückzug aus dem Bewusstseinsbereich, aber bewusster als EP
- Gewöhnlich höherer Bewusstseinsgrad als EP, aber niedriger als bei Gesunden

Emotionaler Persönlichkeitsanteil

- Vermittelt durch Aktionssysteme für das Überleben des Individuums in Situationen mit großer körperlicher Bedrohung, einschließlich Lebensbedrohung
- Fixiert auf traumatische Ereignisse
- Starke Reaktion auf klassische, kontextuelle und evaluative Konditionierung
- Desorientiert in Ort, Zeit und Identität
- Rückzug aus dem Bewusstsein
- Kann einen niedrigen Grad an Bewusstsein einschließen

Diagnostische Kategorien bei der strukturellen Dissoziation *nach*

E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2005

- 1. Einfache posttraumatische dissoziative Störung**
 - Primäre strukturelle Dissoziation (einfache ANP/einfache EP)
 - Akute Stress-Störung
 - einfache Posttraumatische Stress-Störung
 - Einfache somatoforme dissoziative Störung
 - Dissoziative Amnesie

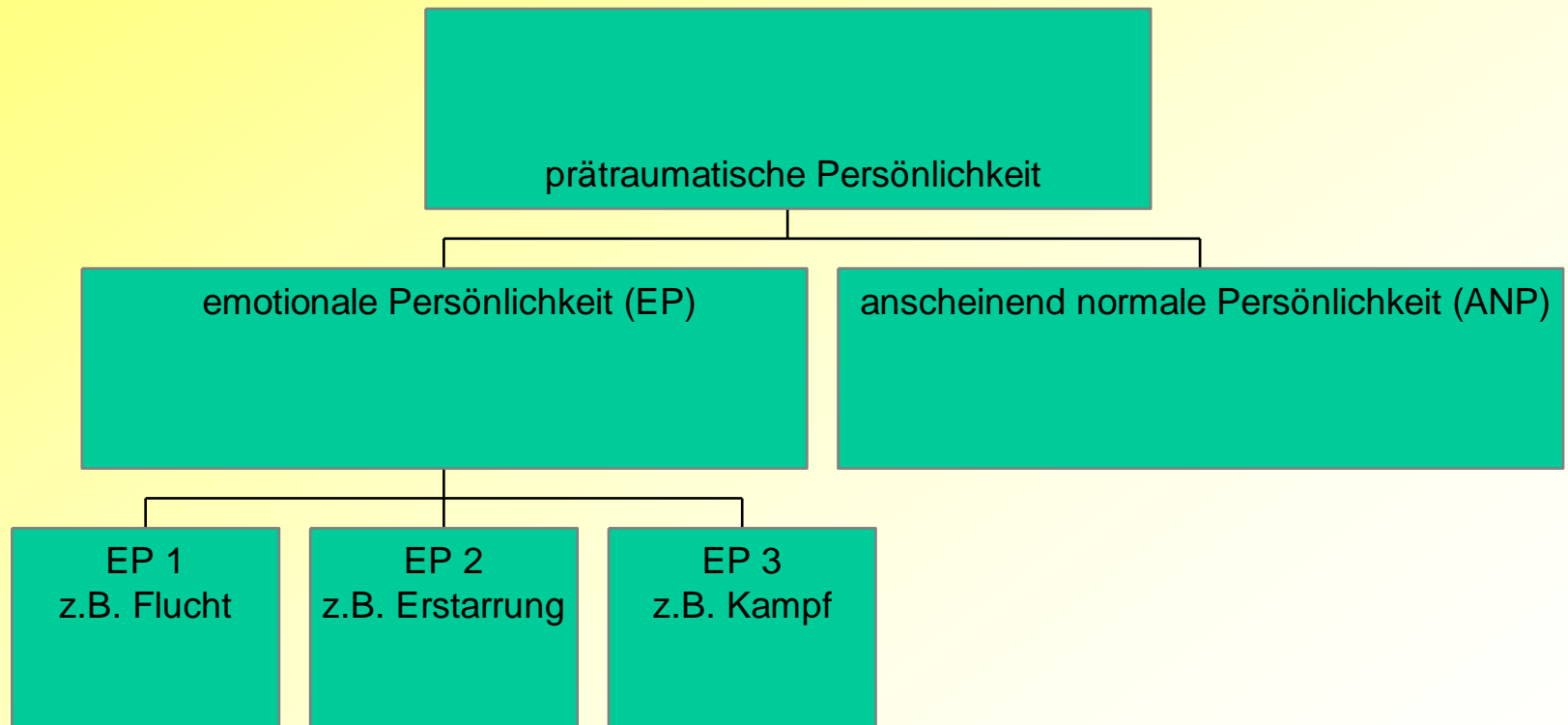
Diagnostische Kategorien bei der strukturellen Dissoziation *nach* *E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2005*

1. **Komplexe posttraumatische diss. Störung**

- Sekundäre strukturelle Dissoziation (einfache ANP/2 oder mehr EP)
- Komplexe Posttraumatische Störung
- Störungen durch extremen Stress (DESNOS)
- Traumabezogene Borderline-PS
- Komplexe somatoforme dissoziative Störungen
- Dissoziative Amnesie
- Nicht näher bestimmte diss. Störung (DDNOS)

Sekundäre strukturelle Dissoziation

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004



Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

- **Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen**
 - a) Affektregulation
 - b) Umgang mit Ärger
 - c) Selbstverletzung/Selbstbeschädigung
 - d) Suizidalität
 - e) Störungen der Sexualität
 - f) Exzessives Risikoverhalten
- **Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins**
 - a) Amnesien
 - b) vorübergeh. dissoz. Episoden und Depersonalisation

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

- **Störungen der Selbstwahrnehmung**
 - a) Wirkungslosigkeit
 - b) Stigmatisierung
 - c) Schuldgefühle
 - d) Scham
 - e) Isolation
 - f) Bagatellisieren
- **Störungen in den Beziehung zu anderen Menschen**
 - a) Unfähigkeit zu vertrauen
 - b) Reviktimisierung
 - c) Viktimisierung anderer Menschen

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

- **Somatisierung**
 - a) Somatoforme Beschwerden
 - b) Hypochondrische Ängste
- **Veränderungen von Lebenseinstellungen**
 - a) Fehlende Zukunftsperspektive
 - b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen

Übersicht Dissoziation

Psychisch

- **Negative Symptome**
- Amnesie
- Depersonalisation
- Emotionale Betäubung

- **Positive Symptome**
- Stimmenhören
- „Gemachte“ Emotionen
- Wiedererleben des Traumas
- Kognitive Komponenten

Somatisch

- **Negative Symptome**
- Schmerzlosigkeit
- Körperliche Betäubung
- Motorische Hemmung

- **Positive Symptome**
- Lokalisierte Schmerzen
- „Gemachte“ Körperempfindungen
- Wiedererleben d. Traumas
- Körperliche Komponenten

Psychoforme Dissoziation

Beispiele von DIS-Q Items

- Es gibt Momente, in denen ich mich nicht erinnern kann, wo ich am Tag (oder an den Tagen) davor war (*Amnesie*)
- Manchmal sagt man mir, dass ich mich so verhalte, als ob Freunde oder Familienmitglieder Fremde für mich wären (*Identitätsfragmentierung*)
- Es geschieht, dass ich in den Spiegel schaue ohne mich zu erkennen (*Depersonalisation*)
- Es kann passieren, dass ich das Gefühl habe, dass andere Menschen, andere Dinge und die Welt um mich herum nicht real sind (*Derealisation*)

Somatoforme Dissoziation

SDQ-20 Items

- Manchmal ist mein Körper oder ein Teil meines Körpers Schmerzen gegenüber unempfindlich (*Analgesie*)
- Manchmal fühlt es sich so an, als ob mein Körper oder ein Teil meines Körpers verschwunden wäre (*visuelle /kinästhetische Anästhesie*)
- Manchmal kann ich (oder nur mit großer Anstrengung) sprechen, oder überhaupt nur flüstern (*Motorische Hemmung*)
- Manchmal ist das Urinieren schmerzhaft

Diagnostische Kategorien bei der strukturellen Dissoziation *nach*

E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2005

1. Komplexe posttraumatische dissoziative Störung

- Tertiäre strukturelle Dissoziation (2 oder mehr ANP/2 oder mehr EP)
- Dissoziative Identitätsstörung

Tertiäre strukturelle Dissoziation

*E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele
2004*

- Tritt dann auf, wenn unausweichliche Aspekte des Alltagslebens eine assoziative Verbindung mit dem zurückliegenden Trauma gewonnen haben. Das ist etwa der Fall, wenn durch Generalisierungslernen (im Alltagsleben) konditionierte Reize entstanden sind, die ihrerseits traumatische Erinnerungen reaktivieren können.

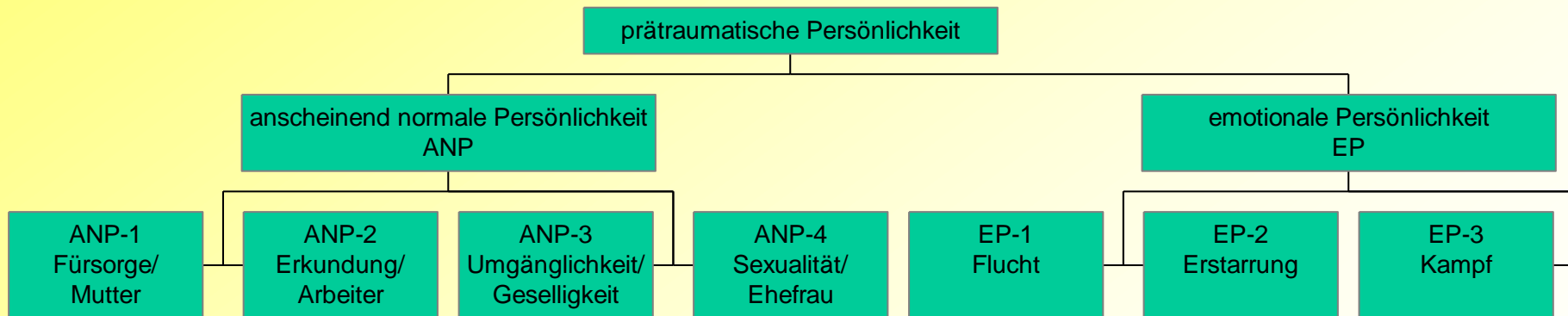
Tertiäre strukturelle Dissoziation

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2005

- Andererseits kann die Funktionsbewältigung der ANP extrem schlecht sein, sodass bereits das normale Leben selbst überwältigend ist und neue ANP geschaffen werden. Darüber hinaus kann auch die Dissoziation bei der ANP zu einer Reaktion auf Alltagsstressoren und somit Teil des Lebens werden. Tertiäre strukturelle Dissoziation schließt die Fragmentierung der ANP zusätzlich zur EP ein und liegt ausschließlich bei Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung DIS vor.

Tertiäre strukturelle Dissoziation

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004



Dissoziative Störungen F44 nach ICD 10

- Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörung ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Normalerweise besteht ein hoher Grad bewusster Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die unmittelbare Aufmerksamkeit selektiert und welche Bewegungen ausgeführt werden.

Dissoziative Störungen F44 nach ICD 10

- Von den dissoziativen Störungen wird angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle in einem Ausmaß gestört ist, das von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde wechselt. Es lässt sich schwer feststellen, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden kann.

Multiple Persönlichkeitsstörung

F 44.81 nach ICD 10

- Diese Störung ist selten, und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kulturspezifisch ist. Das grundlegende Merkmal ist das offensichtliche Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten bei einem Individuum. Dabei ist zu einem Zeitpunkt nur eine sichtbar. Jede Persönlichkeit ist vollständig, mit ihren Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben. Diese können in deutlichem Kontrast zur prämorbidem Persönlichkeit stehen..

Multiple Persönlichkeitsstörung

F 44.81 nach ICD-10

- Bei der häufigsten Form mit zwei Persönlichkeiten ist meist eine von beiden dominant, keine hat Zugang zu den Erinnerungen der anderen, und die eine ist sich der Existenz der anderen fast niemals bewusst. Der Wechsel von der einen Persönlichkeit zur anderen vollzieht sich beim ersten Mal gewöhnlich plötzlich und ist eng mit traumatischen Erlebnissen verbunden. Spätere Wechsel sind oft begrenzt auf dramatische oder belastende Ereignisse oder treten in Therapiesitzungen auf, in denen der Therapeut Hypnose oder Techniken zur Entspannung oder zum Abreagieren anwendet.

Klassische traumabezogene Konditionierung

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

- beinhaltet die Assoziation mit Ereignissen, die in besonderer Weise das überwältigende Erlebnis signalisierten oder begleiteten. Dies führt dann dazu, dass im Anschluss die vorher neutralen Reize eine Repräsentanz dieses Erlebnisses reaktivieren und dazu beitragen, das originale oder ein nahe verwandtes traumatisches Reaktionsmuster auszulösen.

Vermeidung von konditionierten traumaassoziierten Reizen *nach*

E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

- Sowohl die ANP als auch die EP verfügen nicht über die volle Realisierung des Traumas. Bei der ANP fehlt die Personalisierung des Traumas und seiner Folgen („das ist gar nicht *mir* passiert.“). Die EP erlebt nicht, dass das Trauma je endete, ihr fehlt die Möglichkeit zur Vergegenwärtigung, die Fähigkeit, vollständig in der Gegenwart zu leben. Wie die EP vermeidet die ANP typischerweise auf vielfältigen behavioralen und psychischen Wegen konditionierte Reize, die unintegrierte traumatische Erinnerungen reaktivieren könnten.

Phobie vor traumatischen Erinnerungen,
psychischen Inhalten und dissoziativen
Persönlichkeiten *nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der
Hart, K.Steele 2004*

- Die strukturelle Dissoziation funktioniert üblicherweise nicht perfekt, daher sind die traumatischen Erinnerungen des EP durch Auslöser reaktivierbar. Als Auslöser wirken potente externale und internale konditionierte Reize. Der EP kann dann in den ANP eindringen, und es entstehen die klassischen Symptome der PTBS. Wenn dann die psychische Stärke der ANP nicht zur Integration der eindringenden traumatischen Gedächtnisinhalte ausreicht, reagiert die ANP auf die Intrusionen mit der typischen psychischen Vermeidungsreaktion.

Phobie vor Bindung *nach*

E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

- Von Menschen verursachte Traumata haben das Potenzial zu einer schweren Schädigung des **emotionalen Bindungssystemes** (system of attachment, Bowlby). Wenn ein Mensch wiederholt von **bekanntem** und **vertrauten** Menschen verletzt worden ist, wird Bindung als gefährlich erlebt, und es kann sich eine Phobie vor Bindung und Intimität entwickeln. Vermittelt über das Generalisierungslernen ist kann das Opfer auch eine weitgefächerte Angst vor Bindung entwickeln: Phobie vor dem Kontakt mit dem Therapeut

Phobie vor Aspekten des Alltagslebens, gesundem Risikoverhalten und Intimität

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2005

- Weil über die **Reizgeneralisierung** die Anzahl der konditionierten Reize ständig wächst, werden mehr und mehr Bereiche des Lebens vermieden. So kommt es schließlich zu einer Phobie gegenüber dem normalen Alltagsleben. Und da das normale Leben zumindest basal auch eine gesunde Übernahme von Risiken und Situationen der Veränderungen beinhaltet, werden diese Erfahrungen des Alltagslebens konsequent vermieden: Phobien vor Situationen des Alltags

Nijenhuis, Van der Hart, Steele 2004

Phasenorientierte Trauma-Behandlung Überwindung traumabezogener Phobien *nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004*

- **Phase 1: Symptomreduzierung und Stabilisierung**
 1. Überwindung der Phobie vor dem Kontakt mit dem Therapeuten
 2. Überwindung der Phobie vor den psychischen Inhalten
 3. Überwindung der Phobie vor den dissoziierten Persönlichkeitsanteilen (ANP und EP)

Phasenorientierte Trauma-Behandlung Überwindung traumabezogener Phobien

nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004

- **Phase 2: die Behandlung der traumatischen Erinnerungen**
 1. Überwindung der phobischen Ängste mit Bezug auf die unsichere Bindung an den (die) Täter
 2. Überwindung der Phobie vor Bindung in den EP's
 3. Überwindung der Phobie vor den traumatischen Erinnerungen

Phasenorientierte Trauma-Behandlung Überwindung traumabezogener Phobien *nach E.R.S.Nijenhuis, O.Van der Hart, K.Steele 2004*

- **Phase 3: Integration und Rehabilitation**
 1. Überwindung der Phobie vor dem normalen Leben
 2. Überwindung der Phobie vor gesunder Risikoübernahme
 3. Überwindung der Phobie vor Intimität

Behandlung von PatientInnen mit einer dissoziativen Störung im stationären Setting

Voraussetzungen im stationären Setting

- Klares Behandlungskonzept, dass **alle** MitarbeiterInnen kennen und professionell leben
- Das gesamte Team ist geübt/beherzigt einen traumasensiblen Umgang
- Alle MitarbeiterInnen sind geschult im Umgang mit PatientInnen mit dissoziativen Störungen
- Es gibt regelmäßige Nachschulungen für neue MitarbeiterInnen

Die Schulung für das gesamte Team beinhaltet zunächst..

- Die Vermittlung der Grundlagen der Psychotraumatologie einschließlich der neurobiologischen Besonderheiten des Traumagedächtnis
- Die Übungen „Innere Helfer“ und „Innerer sicherer Ort“ als Selbsterfahrung zu zweit
- Die Vermittlung der Tresorübung

Die Schulung für das gesamte Team beinhaltet als nächstes..

- Die Vermittlung der Theorie der strukturellen Dissoziation n. Hart, Nijenhuis, Steele
- Das Einüben von Dissoziations-Stopp-Techniken, d.h. Mitarbeiter lernen, eine dissoziierte PatientIn im Notfall zu reorientieren im Hier und Jetzt
- Die Kenntnis der therapeutischen Arbeit mit Pat. mit dissoziierten inneren Persönlichkeitsanteilen

Die Schulung für das therapeutische Team beinhaltet zusätzlich

- Die Vermittlung der Arbeit mit dissoziierten inneren Persönlichkeitsanteilen: der therapeutische Umgang mit
- Ängstlich-vermeidenden-flüchtenden
- In-Panik-erstarrten
- Depressiv-suizidal-sich selbstverletzenden
- Aggressiv-kontrollierenden-bedrohlichen Emotionalen Persönlichkeitsanteilen (EP´s)

Die therapeutische Arbeit bedeutet zunächst

- Unterstützung in der Abstinenzmotivation trotz Zunahme oder Auftauchen von neuen bedrohlichen (optischen bis Körper-) flashbacks, dissoziativen Zuständen, bisher dissoziierten EP's
- Schaffung äußerer Sicherheit
- Psychoedukation
- Einüben von Stabilisierungstechniken
- Ressourcenaufbau

Die therapeutische Arbeit bedeutet

- **Die Patienten zu befähigen, Dissoziationen und Flashbacks zu stoppen: Notfallkoffer!**
- Sie zu ExpertInnen ihrer Störung zu machen
- Sie in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung, ihrem Selbstwertgefühl und ihrem Selbstbewusstsein zu stärken
- Auch Trost
- Abschließen von Verträgen bei Suizidalität, Selbstverletzungen und/oder Aggressionen

Die therapeutische Arbeit im besonderen bedeutet:

- TherapeutIn unterstützt die PatientIn (ANP)
 1. die dissoziative Störung zu akzeptieren
 2. bei der **Verantwortungsübernahme für die emotionalen Persönlichkeitsanteile (EP)!!!!**
 3. die Phobie vor den EP's zu überwinden
 4. die EP's angemessen zu versorgen (z.B. mit inneren Helfern und innerem sicheren Ort)
 5. eine innere Landkarte zu erstellen
 6. bei der Vernetzung zwischen ANP und EP's

Verantwortungsübernahme

- Die innere Haltung der/s TherapeutIn, dass der/die PatientIn die Verantwortung für das innere System hat und auch übernehmen muss (mit Hilfeleistung), und die Bereitschaft des Patienten, dies zu tun, ist entscheidend für den **Therapieerfolg!!!**

Einzel- und Gruppentherapie

- Einzeltherapie ist zwingend notwendig!!
- Die Indikationsgruppen zur Informations- und Skillsvermittlung sind verhaltenstherapeutisch gestaltet
- Überprüfen, ob Pat. gruppenfähig ist
- In der Bezugsgruppe wird **nicht** über traumatische Ereignisse geredet!!

Trigger

- **Was** können sie auslösen?
Flashbacks, dissoziative Zustände oder einen Wechsel zu einem anderen Persönlichkeitsanteil (ANP/EP, EP/EP etc.)
- **Wie** lösen sie aus?
Über das exterozeptive und das interozeptive System, durch Gedanken, durch ähnliche Situationen, durch Gefühle
- **Warum** lösen sie aus?
Weil sie klassisch konditionierte Stimuli sind

Gegenmaßnahmen

- Zunächst auf der gleichen Sinnesebene suchen, also anderer Geruch, anderes Geräusch, anderer Geschmack etc.
- Dann bewusst mit einem inneren hilfreichen Satz verbinden: Diskrimination! Z.B. „ Das ist ein anderer Mann/Frau, ich bin erwachsen und kann mir Hilfe holen/mich wehren; es ist das Jahr 2012!....“

Gegenmaßnahmen

- Sollen die KlientIn befähigen, sich den Triggern zu stellen, indem sie sich aktiv im Hier und Jetzt verankert, statt zu dissoziieren oder mit Flashbacks zu reagieren
- Schon das Erstellen einer Triggerliste ist aktive Konfrontation und kann Wochen bis Monate dauern, erfordert also Mut und Geduld
- Dementsprechend kann das Finden von Gegenmaßnahmen langwierig sein, lohnt sich aber, denn
- Vermeidung ist auf die Dauer die schlechteste Lösung!

Erstellen einer Triggerliste sowie Gegenmaßnahmen

Traumatische Erinnerungen sind mit Gefühlen, Bildern, Gerüchen, Geschmack, Geräuschen, Körperwahrnehmungen, Verhaltensweisen in dissoziierten neuronalen Netzwerken gespeichert; oft ist der Zugang nicht möglich (zunächst).

Ziele im Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen

- Erhöhung der Kontrollerfahrung
- Herstellung zusätzlicher (neuronaler und Sinn-) Verbindungen
- Verringerung der Angst
- Verringerung des Erlebens von „Verrücktheit“ durch Information und Erlernen der Selbstwahrnehmung
- Erweiterung der Beziehungsfähigkeit/-erfahrung
- Vorbereitung der Bereitschaft zur Integration

Lydia Hantke

Dissoziations-Stopp durch TherapeutIn: Wann?

- Ist eine (seltene) Notfallmaßnahme
- Nur wenn KlientIn völlig überflutet ist durch flash-backs oder ein EP die Regie übernommen hat, der (körperlich) bedrohlich erscheint, z.B. Ersticken, Selbstverletzungen, Schmerzen
- Wenn KlientIn Distanzierungstechniken noch nicht beherrscht
- Ein flash-back/dissoziativer Zustand kann bedrohlich erscheinen, ist aber kein lebensbedrohlicher Zustand, deswegen ruhig bleiben: er hört irgendwann von selbst auf

Dissoziations-Stopp durch TherapeutIn: Wie?

- KlientIn laut und bestimmt ansprechen:“
Hallo, Frau Kruse...“, Zeit und Ort
nennen:“Es ist das Jahr 2012...“ sowie Ihren
Namen
- Mehrfach und lauter, wenn keine Reaktion
- Festhalten nur bei massiven
Selbstverletzungen
- Irritieren durch unlogische Aussagen

Dissoziations-Stopp durch TherapeutIn: Wie?

- Zum ruhigen Atmen animieren, mitatmen
- Ball zuwerfen und fangen lassen
(sensorischer Reiz und Aktivierung von reflexhaften Reaktionsmustern)
- KlientIn zum Gehen veranlassen, mitgehen, fest auftreten, Bodenkontakt, laut reden
- Ammoniakampulle (in dicker Gaze) zerbrechen und unter die Nase halten

Übung Dissoziations-Stopp

Vielen Dank

Für Ihre Aufmerksamkeit