



**Ausbildungs-Institut für
Psycho-Trauma-Therapie
- EMDR/Supervision -**

**Dr. Brigitte Bosse - Tel.: 06131 234628
www.traumainstitutmainz.de**

DID – eine Herausforderung für alle Beteiligten

Mainz, den 25. Nov. 2015

Referentin: Dr. med. Brigitte Bosse

Man sieht nur was man weiß

Strukturelle Dissoziation

Strukturelle Dissoziation nach Nijenhuis

- Primäre strukturelle Dissoziation

1 ANP, 1 EP PTSD

- Sekundäre strukturelle Dissoziation

1 ANP, mehrere EPs → komplexe PTSD,
DDNOS

- Tertiäre strukturelle Dissoziation

mehrere ANPs, mehrere EPs → DID

Strukturelle Dissoziation

Strukturelle Dissoziation nach Nijenhuis

- **Primäre strukturelle Dissoziation**

1 ANP, 1 EP PTSD

- Sekundäre strukturelle Dissoziation

1 ANP, mehrere Eps → komplexe PTSD,
DDNOS

- Tertiäre strukturelle Dissoziation

mehrere ANPs, mehrere Eps → DID

Entwicklung einer PTSD

Gedächtnissystem der Stressverarbeitung

- **Hippocampus** - Archiv des Gedächtnisses
- Biografisch
- Episodisch
- narrativ
- **Amygdala** - „Feuerwehr“ und Notsystem
- extreme Reize sind der normalen Verarbeitung entzogen
- Erinnerung ist fragmentiert, leicht zu „triggern“
- gestörte Überleitung zur Großhirnrinde - Sprachzentren blockiert

Strukturelle Dissoziation

Strukturelle Dissoziation nach Nijenhuis

- Primäre strukturelle Dissoziation

1 ANP, 1 EP PTSD

- **Sekundäre strukturelle Dissoziation**

**1 ANP, mehrere Eps → komplexe PTSD,
DDNOS**

- Tertiäre strukturelle Dissoziation

mehrere ANPs, mehrere Eps → DID

Komplexe Traumafolgestörung/BPS I

Komplexe Traumafolgestörung

→ Störung der Affektkontrolle

Borderline-Persönlichkeitsstörung

→ Störung der Beziehungsgestaltung

Strukturelle Dissoziation

Strukturelle Dissoziation nach Nijenhuis

- Primäre strukturelle Dissoziation

1 ANP, 1 EP PTSD

- Sekundäre strukturelle Dissoziation

1 ANP, mehrere Eps → komplexe PTSD,
DDNOS

- **Tertiäre strukturelle Dissoziation**

mehrere ANPs, mehrere Eps → DID

Dissoziative Identitätsstörung I

- Häufigkeit:
- bis zu 1% der Bevölkerung
- bis zu 5% bei stationären psychiatrischen Patienten
- bis zu 7% der Borderline-Patienten
- Ätiologie:
- schwere frühkindliche Gewalterfahrungen
- extreme sadistische Gewalt
- „verraten und verkauft“ – Betrayal-Trauma
- Fehlen einer guten Bindungsperson

Dissoziative Identitätsstörung II

Negative Symptome der Dissoziation

- Psychisch
 - Amnesie
 - Depersonalisation
 - Emotionale Betäubung
- Somatisch
 - Schmerzlosigkeit
 - Sensorische Wahrnehmungsverluste
 - Motorischer Funktionsausfall

Dissoziative Identitätsstörung III

Positive Symptome der Dissoziation

- Psychisch
 - Stimmen hören
 - Plötzlich auftretende Emotionen
 - Intrusionen, Flashbacks
- Somatisch
 - „Körpererinnerungen“ mit plötzlich auftretenden Körperempfindungen und Schmerzen; körperliches Wiedererleben des Traumas

Diagnose einer DID

Nach dissoziativen Symptomen muss gefragt werden!

Insbesondere nach:

- Zeitverlusten
- Wechselnden Fähigkeiten
- Wechselnde Vorlieben

Erkennen einer DID: SDQ5

- Schmerzen beim Urinieren
- Der Körper oder Teile davon sind schmerzunempfindlich
- Verändertes Sehvermögen (Tunnelblick)
- Gefühl als sei der Körper oder ein Teil davon verschwunden
- Kann nicht mehr sprechen/nur flüstern

Leben mit einer DID I

- Das Leben in zwei Welten, das Sprechen in zwei Sprachen/Sprachlosigkeit
- Brüche in der Schul- und Berufslaufbahn
- Schwierigkeiten, Vertrauen zu fassen
- Einschränkungen in der Lebensperspektive
- Unfähigkeit/Verbot, Hilfe anzunehmen

Leben mit einer DID II

- Somatische Erkrankungen werden sowohl über- als auch unterschätzt
- Unterschiedliche Innenpersonen können unterschiedliche Krankheiten aufweisen
- Störungen der Stressachse führen zu Störungen im Immunsystem

Soziale Implikationen für die Helfenden:

- Veränderung des Weltbildes
- Gefühl der Überforderung
- Gefühl der Hilflosigkeit
- Gefühl der eigenen Bedrohung
- Burnout

Therapeutische Herausforderungen

- „Launenhaftigkeit“ der PatientIn
- Scheinbare Unzuverlässigkeit der Aussage
- Widersprechende Untersuchungsergebnisse und Laborwerte
- Unerwartete Reaktionen auf körperliche Berührung und Untersuchung
- Überforderung bei vollständiger Dissoziation

Juristische Herausforderungen

- In der Regel hängt die Entstehung einer DID mit kriminellen Handlungen zusammen
- Juristische Verfolgung solcher Straftaten ist kaum möglich (eingeschränkte Aussagefähigkeit)
- Langjährige Therapie ist die Voraussetzung für eine hinreichende Stabilität – die Glaubwürdigkeit der Opfer wird umso mehr angezweifelt, je länger die Therapie gedauert hat
- Nach einer erfolgreichen Therapie sinkt meist die Bereitschaft der Opfer, überhaupt Anzeige zu erstatten

Wichtig im Umgang: Achtsamkeit

- Achtsamkeit ist das Gegenteil von Dissoziation
- Achtsamkeit bedeutet neugierig und offen wahrnehmen, was ist ohne sofort etwas ändern zu müssen.
- Annähern statt Vermeiden
- Stabilisierungsübungen
- Verbesserung der Prognose durch Kombination verschiedener therapeutischer Ansätze

Therapie

- Keine erfolgreiche Therapie ohne eine sorgfältige Diagnose und eine traumaspezifische Ausbildung
- Therapiedauer im Umfang einer analytischen Behandlung (300 Stunden und mehr)
- Die therapeutische Beziehung als Beispiel einer guten Bindungserfahrung
- Erstes Therapieziel ist die Stabilität im Alltag – lange Phase der Psychoedukation, Stabilisierung und Traumadistanzierung; Ggf. intermittierende stationäre Behandlung

Therapieziel

Gelungene Innenkommunikation oder Fusion

→ gute Alltagsstruktur, Genussfähigkeit,
Liebesfähigkeit, Arbeitsfähigkeit





