

# **Die Dissoziative Identitätsstörung**

## **“State of the art“**

Ursula Gast, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Vortrag Universität Bielefeld

15.03.2006

# Nomenklatur: Komplexe Dissoziative Störungen:

- **DSM-III-(R): 1980**  
**Multiple Persönlichkeit(sstörung) (300.14)**
- **DSM-IV: 1994**  
**Dissoziative Identitätsstörung (300.14)**  
**Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (300.15)**
- **ICD-10: 1991**  
**Multiple Persönlichkeit (F 44.81)**  
**Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (F 44.88)**
- **DSM-V-Vorschlag: Dissoziative Selbst-Störung**

# T R A U M A

Anpassungsstörung

Akute Belastungsreaktion

Bewältigung

Depression  
Angst  
Somatisierung  
Sucht  
Dissoziation

PTSD

Integration  
Kompensation

Persönlichkeitsänderung  
(komplexe PTSD)  
Persönlichkeitsstörung

Salutogenese

Pathogenese

# Dissoziative Identitätsstörung

- Definition und Geschichtlicher Rückblick
- Aktuelle Diskussion
- Symptomausprägung
- Traumagenese
- Neurobiologische Befunde
- Klinische Beispiele
- Therapieansätze
- Zusammenfassung und Fazit

# Dissoziation: Definition

- Pierre Janet (1859-1947)
- Komplexer psychophysiologischer Prozess, bei dem es zu einer **Desintegration** und **Fragmentierung des Bewusstseins** kommt.
- Betroffen sind die normalerweise integrativen psychischen Funktionen wie das **Gedächtnis**, die **Wahrnehmung** von sich selbst und der Umwelt sowie das **Identitätserleben**.

# Morton Prince

- „Dissoziation einer Persönlichkeit: Eine biographische Studie zur abnormen Psychologie“ (1905)
- „Multiple Persönlichkeit“, Co-Bewusstsein
- Patientin: Christine Beauchamp
- Symptome: Schwäche, Kopfschmerzen und „Willenshemmung“, Diagnose: Neurasthenie,
- Im Laufe der Therapie andere Bewusstseinszustände mit völlig anderen Persönlichkeitszügen
- Therapie: Suche nach der „wahren“ C. B.

# Multiple Persönlichkeit

- Harriman PL. The experimental production of some phenomena related to multiple personality. J Abnorm Soc Psychol 1942; 37: 244 – 55.
- Taylor WS, Martin MF. Multiple personality. J Abnorm Soc Psychol 1944; 39: 281 – 300.
- Sutcliffe JP, Jones J. Personal identity, multiple personality, and hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 1962; 10: 231 – 69.
- Multiple Persönlichkeit als klinische Entität anerkannt, 76 publizierte Fälle
- Jedoch skeptische Grundhaltung

# Anna O.

- Breuer, J. (1895; 1970): Fräulein Anna O. In : Freud, S., Breuer, J. (1970) Studien über Hysterie. Fischer, Frankfurt a.M. 20 - 40
- Breuer, J. (1978). Die Krankengeschichte Bertha Papenheim. Gefunden im Sanatorium Bellevue, erstmals abgedruckt in: Hirschmüller, A. (1978). Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk von Josef Breuer. Tübingen.



# Anna O.

- Es zeigten sich „zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechselten und sich im Laufe der Krankheit immer schärfer schieden. In dem einen kannte sie ihre Umgebung, war traurig und ängstlich, aber relativ normal. Im andern halluzinierte sie, war „ungezogen“, d.h. schimpfte, warf Kissen...“ (Breuer 1895/ 1987, S. 22)

# Anna O.

- ...klagte, „**ihr fehle Zeit**“ (ebd.) sowie über eine „tiefe Finsternis ihres Kopfes, wie sie nicht denken könne, blind und taub werde, **zwei Ichs habe**, ihr wirkliches und ein schlechtes, was sie zu Schlimmem zwinge...“ (ebd. S. 23) .

40 DEUTSCHE

+ 10

BERTHA PAPPENHEIM



HELFER DER MENSCHHEIT

BUNDESPOST

K.H. WALTER

L. SCHNELL

# Nomenklatur: Komplexe Dissoziative Störungen:

- **DSM-III-(R): 1980**  
**Multiple Persönlichkeit(sstörung) (300.14)**
- **DSM-IV: 1994**  
**Dissoziative Identitätsstörung (300.14)**  
**Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (300.15)**
- **ICD-10: 1991**  
**Multiple Persönlichkeit (F 44.81)**  
**Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (F 44.88)**
- **DSM-V-Vorschlag: Dissoziative Selbst-Störung**

## ICD 10 (WHO 1991)

„Diese Störung ist selten, und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kultur-spezifisch ist“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, S. 182).

# Prävalenz der DIS

- 0,5 bis 1,5 % der Allgemeinbevölkerung

*Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. J Psychiat Res 2006; 40: 131 – 40*

*Waller NG, Ross CA (1997). The prevalence ...of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. Journal of Abnormal Psychology 106, 499 – 510*

*Gast U, Rodewald F: Praevalenz dissoziativer Stoerungen. In Reddemann L, Hofmann A, Gast U Thieme 2003*

# Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients

Author	N	% DD	% DID	% DDNOS
Draijer & Langeland (1993)	160	5		
Friedl & Draijer (2000)	122	8,2	1,6	6,6
Gast et al.(2001)	115	4,5-9	0,9-3	2,7-6
Horen et al (1995)	48	17	6	2
Knudsen et al. (1995)		8,2	4,7	
Latz et al. (1995)	175 (w)		12	19,32
Modestin et al. (1996)	207	5	0,4	1,9
Rifkin et al. (1998)	100 (w)		1	
Ross et al. (1991)	299		3,3	
Saxe et al. (1993)	110	15	4	8
Tutkun et al. (1998)	166	10,2	5,4	4,8

# Prävalenz der DIS

- Bis zu 5% in stationären psychiatrischen Stichproben
- *Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM: Prevalence of Dissociative Disorders among psychiatric inpatients in a German University Clinic. J Nerv Ment Dis 2001; 189: 249 – 256.*



# Comorbidität

Psychiatrische Störungen als Komorbidität der DIS nach Ellason et al. (1996).

*Achse I Störung*

*Ellason et al. (1996)*

*N=135*

Affektive Störung v.a. Major Depression.

98,1%

Pseudopsychotische Störung v.a. schizioaffektive St.

74,3%

Angststörung, v.a. Panikstörung

89,7%

# Aktuelle Kontroverse

- Keine valide Diagnose
- iatrogenes Modell:
- Therapeuten suggerieren Symptomatik durch Hypnose
- „multiple identity enactment“
- (*McHugh 1993; Merskey 1992; Spanos 1994*)

# Aktuelle Kontroverse

*Gleaves DH (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. Psychological Bulletin 120, 42 – 59.*

*Gleaves DH, May CM, Cardena C (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. Clinical Psychological Review 21, 577-608.*

*Fazit: Valide Diagnose, aber unzureichende Diagnosekriterien*

# Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

( nach DSM-IV )

- Durchgehendes Muster dissoziativen Funktionierens
- mangelnde Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen Gedächtnis, Wahrnehmung und Identität
- Vorhandensein von mindestens zwei unterscheidbaren „Identitäten“ oder Selbstzuständen (self-states), die wechselweise Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen, verbunden mit Amnesie

## **Klassifikation (DSM-V-Vorschlag nach Dell 2002):**

- **Einfache Dissoziative Störungen:**
  - Dissoziative Amnesie
  - Dissoziative Fugue
  - Dissoziative Depersonalisation
  - Somatoforme Dissoziation
- **Komplexe Dissoziative Störungen:**
  - **Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung**
  - **Dissoziative Identitätsstörung  
(Multiple Persönlichkeitsstörung)**
    - *Dell PF: Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. J Nerv Ment Dis 2002; 190: 10-15.*

# Dell-Klassifikation I

- **A-Symptome:** umschriebene dissoziative Symptome (z.B. Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Flashbacks oder Trancezustände), keine Beeinträchtigung des Identitätserlebens
- **B-Symptome:** Anzeichen für teil-dissoziierte Aktivitäten dissoziierter Persönlichkeitsanteile (z.B. innere Stimmen, als ich-fremd erlebte Gedanken, Gefühle, Handlungen, Identitätsunsicherheit etc.)
- **C-Symptome:** voll dissoziierte Handlungen dissoziierter Persönlichkeitsanteile (Amnesien im Alltagserleben)

# Dissoziative Störung:

## Kriterium A

- Gedächtnisprobleme, z.T. schwere Amnesien für autobiographisches Material
- Depersonalisation
- Derealisation
- Flashback- Erleben
- pseudoneurologische Symptome
- Weitere somatoforme Symptome
- Trancezustände

# Kriterium B: Teilabgespaltene Selbstzustände

- Nicht zu sich gehörig erlebte(s)
  - Sprechen – Denken – Fühlen - Verhalten
  - Fertigkeiten oder Fähigkeiten
- Pseudohalluzinationen (Stimmen hören)
  - kindliche Stimmen
  - innere (widerstreitenden) Dialoge
  - verfolgende Stimmen
- verändertes Ich- Erleben und Verunsicherung über das eigene Ich



# Kriterium C: Vollständig abgespaltene Selbstzustände (alter)

- Krasse Diskontinuität im Zeiterleben:
  - Zeit verlieren
  - Herauskommen
  - Fugue-Episoden
- Nicht erinnerbares Verhalten
  - Von Anderen beobachtetes Verhalten
  - Finden von Sachen in seinem Besitz
  - Finden von (Auf-)Zeichnungen
  - Evidente Anzeichen für kürzliches Verhalten
  - Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen

# Studie zur Diagnostik komplexer Dissoziativer Störungen

Ursula Gast, Frauke Rodewald, Cornelia Dehner-Rau,  
Bastian Claaßen, Evelyn Kowalewsky, Veronika Engl,  
Luise Reddemann, Hinderk. M. Emrich

Medizinische Hochschule Hannover  
Ev. Johannes-Krankenhaus Bielefeld  
Deutsche Forschungsgemeinschaft Bonn  
(2000-2005)

# Studie zur Diagnostik komplexer Dissoziativer Störungen

- Validierung diagnostischer Instrumente (SKID-D, MID-D)
- Systematische Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes
- Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und dissoziativen Symptomen
- N = 150, davon 42 DIS; 25 DDNOS  
Kontrollgruppe: 53 gemischt psychiatrische Patienten und 30 Gesunde

**(N = 150)**

**Major  
Dissociative Disorders (DD)**  
DID and DDNOS  
N = 67

**Mixed Psychiatric Disorders  
(non-DD)**  
N = 53

**DID**  
n = 42

**DDNOS**  
n = 25

**Trauma-associated  
(PTSD, BPD etc.)**  
n = 19

**Other mixed  
psychiatric disorders**  
n = 34

**Non-Clinical Controls (CG)**  
N = 30

# Testgütekriterien

Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen  
(SKID-D bzw. SCID-D-R von Steinberg 1994)

Multidimensionale Inventar dissoziativer Symptome (MID von  
Dell 2002)

Beide Instrumente weisen sehr gute Test-Güte-Kriterien auf

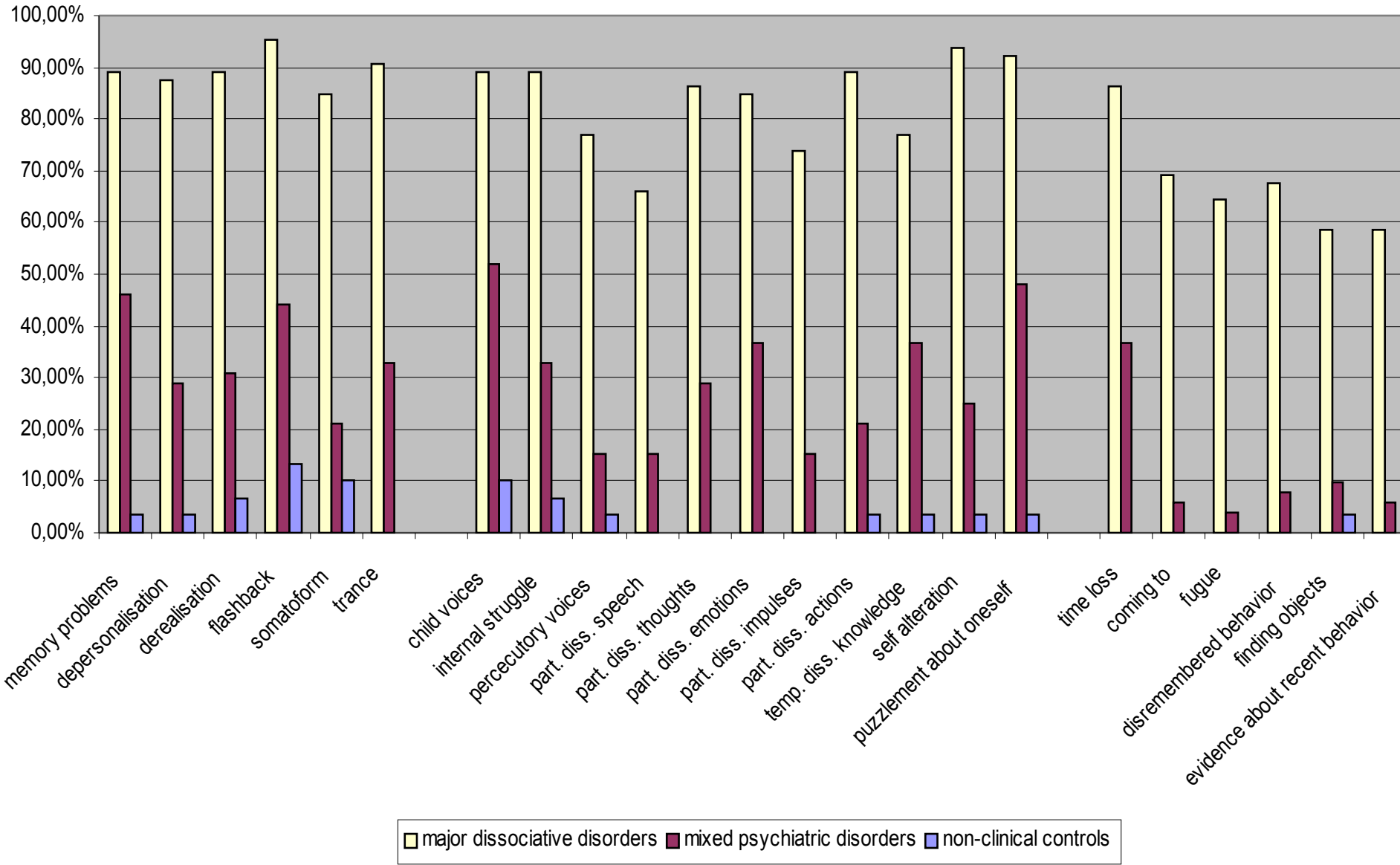
Sensitivität  $_{SKID-D} = .99$ , Spezifität  $_{SKID-D} = .99$ , Interrater-Reliabilität des  
SKID-D:  $\kappa = .96$ ;

Sensitivität  $_{MID} = .90$ , Spezifität  $_{MID} = .89$ ,

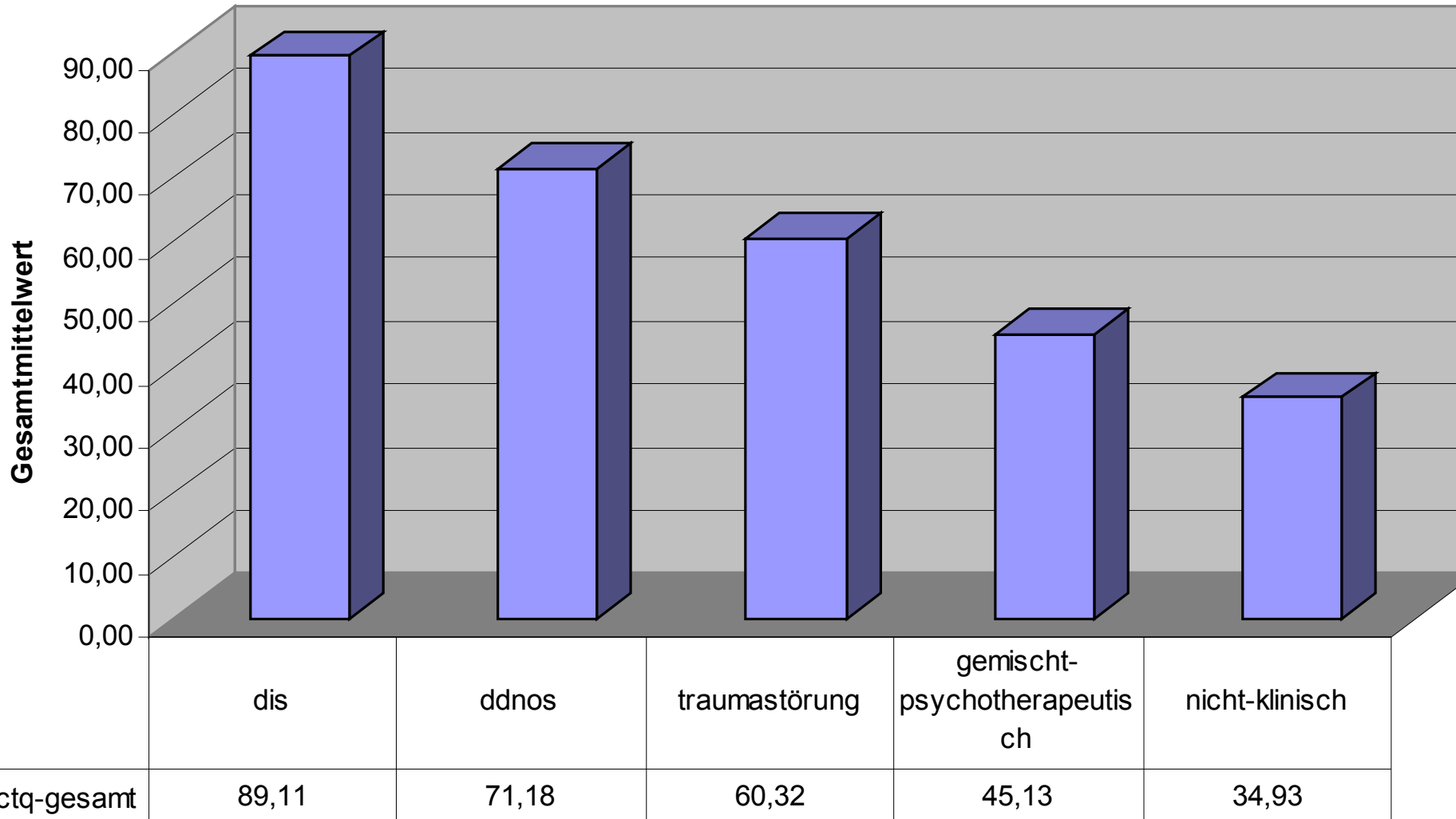
Interne Konsistenz:  $\alpha_{MID\ gesamt} = .99$ ,  $\alpha_{Subskalen} = .74 - .96$ .

DFG-Abschlußbericht EM 18 / 16 - 2

# Range of dissociative symptoms (MID-g-Subscales)



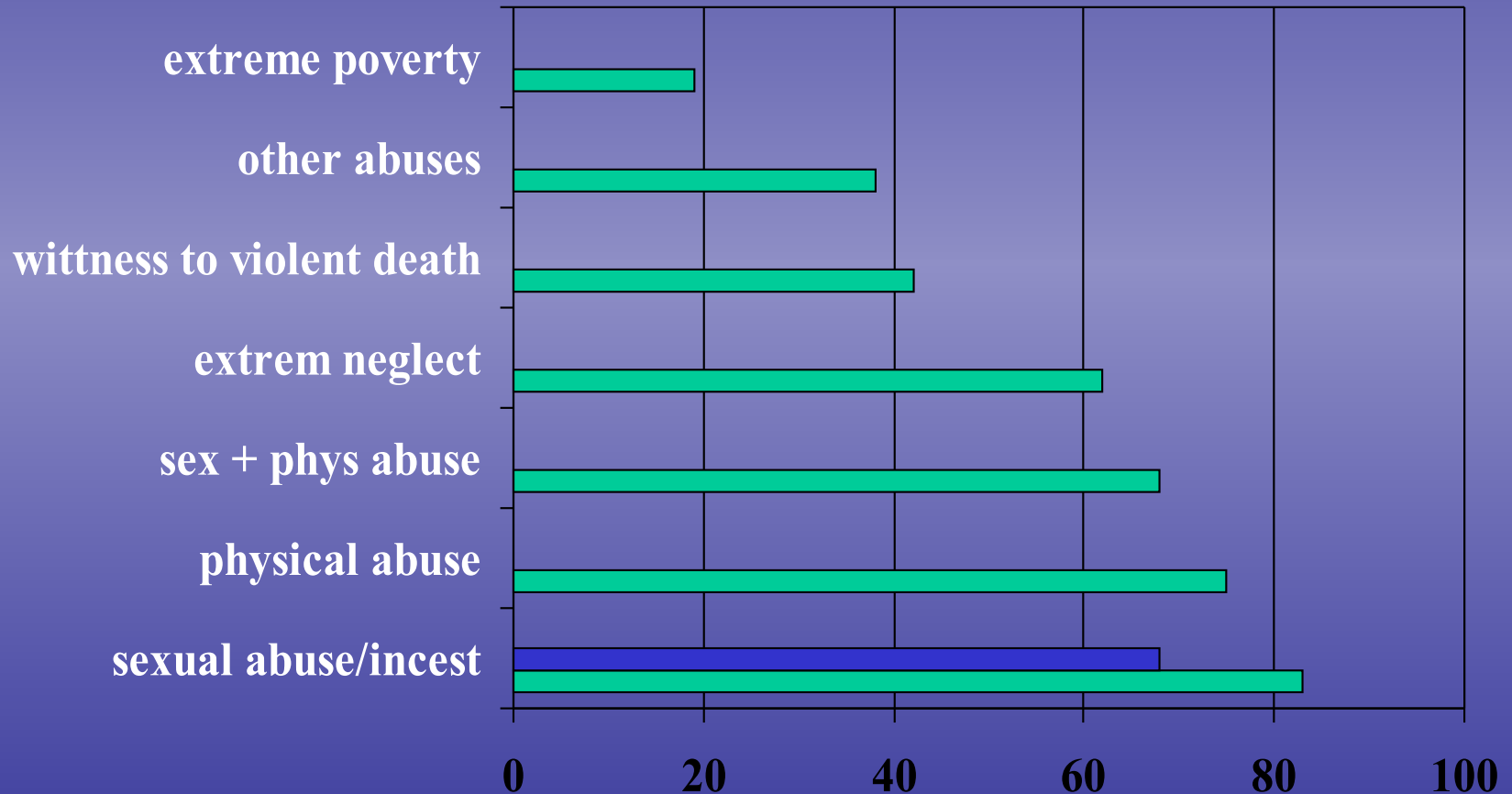
# Ausmaß an Kindheitstraumatisierungen



# Types of childhood trauma

reported by 100 DID-patients in the NIMH-survey

Putnam et al. 1986





# Prävalenz von Traumata in der Kindheit bei DIS/NNBDS-Patienten

Boon & Draijer	1993	N = 71	94% phys. und/oder sex. Traumatisierungen
Coons & Milstein	1986	N = 20	75% sex. Traumata
Putnam	1986	N = 100	83% sex. Traumata 75% phys. Traumata
Ross et al.	1990	N = 102	90% sex. Traumata 82% phys. Traumata
Ross et al.	1989	N = 236	79% sex. Traumata 74% phys. Traumata

# Neurobiologische Befunde

- *Ehling T, Nijenhuis ERS, Krikke AP. Hippocampal volume in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls: three MRI studies. Presentation at the 19<sup>th</sup> International Fall Conference of the ISSD, Baltimore, 2002*
- 21 Patientinnen mit DIS/NNBDS zeigen spezifische Atrophien, insbesondere im Bereich des bilateralen Hippocampus, des Gyrus parahippocampalis und der Amygdala.
- Patientinnen mit einer geheilten DIS (N = 13) hatten im Vergleich mit solchen, die noch nicht geheilt waren, ein größeres hippocampales Volumen

Reinders A, Nijenhuis ERS, Paans A, Kotf J, Willemsen A, Boerm JA.

One brain, two selves.

Neuroimage 2003 20: 2119 –2125

- Unterschiedliche Reaktion auf Traumascript:
- EP: verstärkte Durchblutung derjenigen Hirnbereiche, die allgemein bei Bedrohungsreaktionen aktiviert werden.  
Verminderte Aktivität in den frontalen Hirnbereichen, die übermäßige emotionale Reaktionen auf eine vermutete Bedrohung hemmen
- ANPs verstärkte Aktivität in den inhibitorischen frontalen Hirnbereichen, aber auch in Bereichen des Parietallappens, vergleichbar mit Depersonalisationserkrankungen

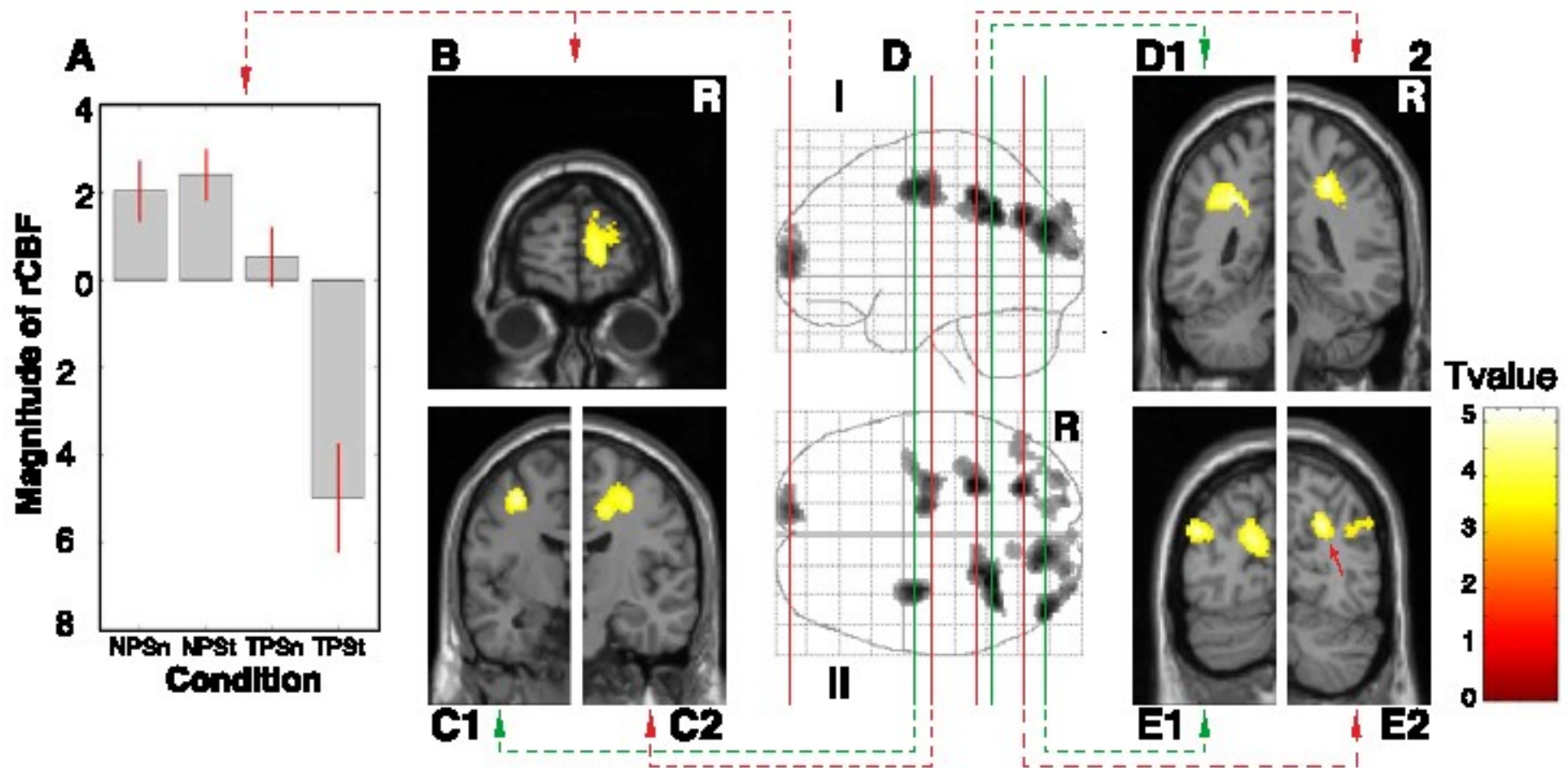
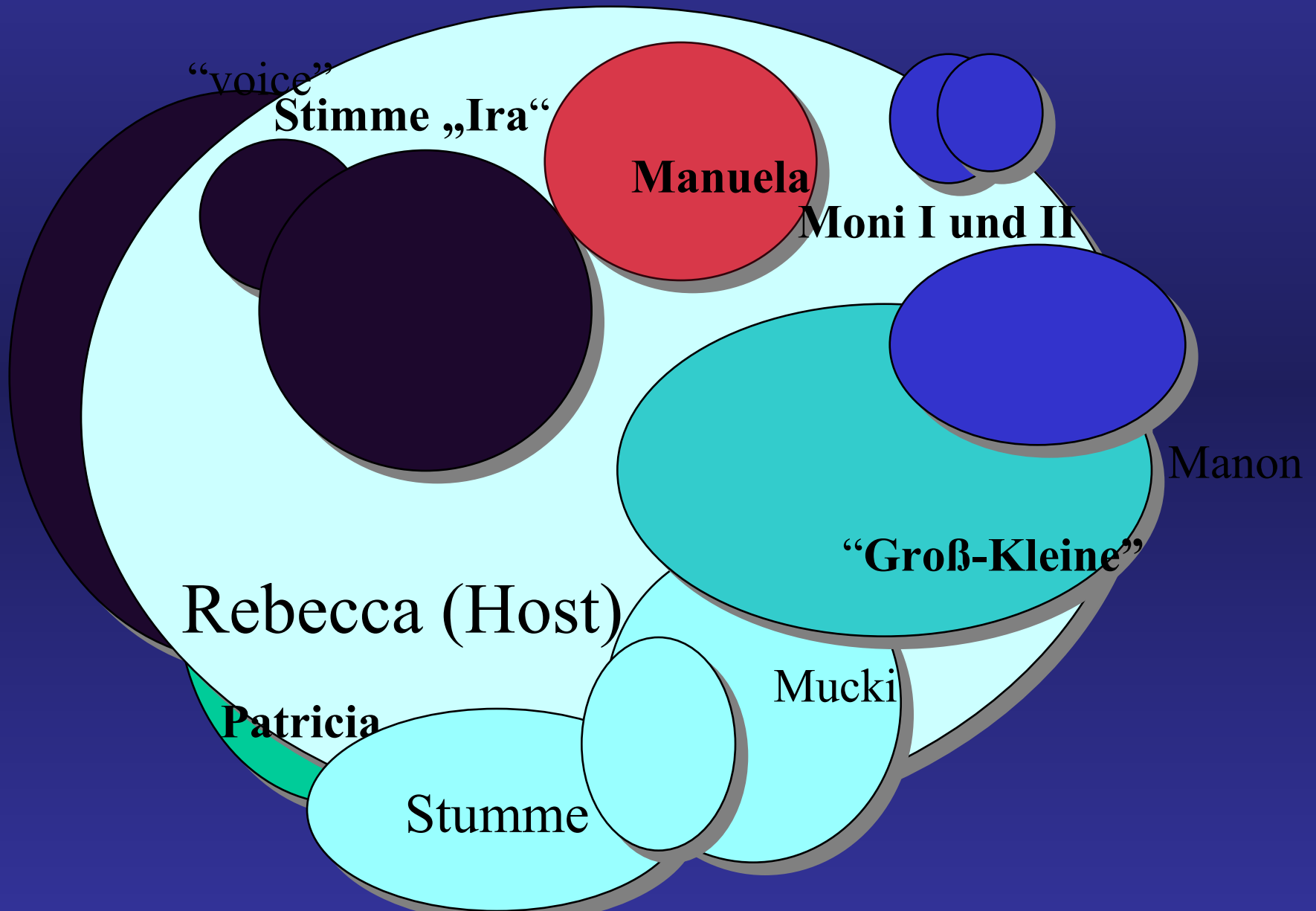


Fig. 1. Brain regions showing a significant response on the autobiographical trauma-related script in Neutral Personality State (NPS) as compared to Traumatic Personality State (TPS). (A) Mean regional cerebral blood flow (rCBF) changes at the voxel of maximum activation ( $x = 12, y = 63, z = 8$ ) in the right medial prefrontal cortex (MPFC, Brodmann's area (BA) 10) for the four conditions of our study, i.e., exposure to a neutral (minor character n) and trauma (minor character t) memory script while remaining in NPS or TPS. Bars represent standard errors. The response shown is typical for the areas depicted

# System der Selbstzustände



# System der Selbstzustände



# Behandlungsrichtlinien

**issd.org**

International Society for the Study of  
Dissociation

**dissoc.de**

- deutscher Fachstudiengruppe der ISSD

# Behandlungsstudien

- indirekte Effektivitätsmessungen nach dem Standard der International Society for the Study of Dissociation, ISSD 1997
  - Putnam & Loewenstein, 1993; Loewenstein, 1994; Ross und Dua, 1993
- standardisierte, aber unkontrollierte Studie
  - Ellason & Ross, 1997
- kontrollierte Behandlungsstudien fehlen bislang
- Medizinisch-wissenschaftliche Evidenz: Level III



# Behandlungsrichtlinien

Wie bei allen (komplexen) posttraumatischen Störungsbildern erfolgt die Behandlung in drei Schritten (J. L.Herman 1992) :

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Postintegrative Phase

Therapieziel: **Integration**

Behandlungstechniken:  
**Dissoziative Identitätsstörung**  
**Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung**

- Individuelle Psychotherapie
- Sozialpsychiatrische Interventionen
- Tiefenpsychologischer Ansatz
- Traumazentrierte Zusatztechniken
- **Orientiert an Persönlichkeitssystem**
- 3 Phasen: Stabilisierung, Traumabearbeitung, Rehabilitation
- Psychopharmakotherapie

- **Zielsetzungen bei der Therapie komplexer Dissoziativer Störungen**

- Reduzieren von Getrenntheit der Selbst-Zustände
- Reduzieren von Konflikten zwischen Selbst-Zustände
- Erreichen von Übereinstimmung in der Wahrnehmung der Selbst-Zustände

*(Nach Klufft 2003)*

- **Spezifische psychodynamische Techniken**

- Modifizierte Grundregel
- Aktive Kontaktaufnahme zu „Anderen“
- Kartieren des Selbst-Systems
- Deutungen innerhalb des gesamten Selbst-Systems
- Träume als via regia zum Unbewussten und „anderswo Gewusstem“
- Gleichwertige und gleichbleibende Behandlung der Selbst-Zustände

Zusammenfassung:

# Die Dissoziative Identitätsstörung

- Ist eine valide Diagnose  
*Gleaves DH, May CM, Cardena C (2001)*
- Ist eine relativ häufige Diagnose  
*Gast et al. (2001), Johnson et al. (2006)*
- Hohe Comorbidität, hohe Dysfunktionalität  
*Ellason et al. (1996), Johnson et al. (2006)*
- Ist eine Traumafolgeerkrankung  
*Gleaves DH (1996), Reinders, Nijenhuis et al. (2003)*
- Spricht auf störungsspezifische Therapieverfahren gut an (*Ellason & Ross, 1997*)

# Fazit I:

- Die beschriebenen Befunde stehen im Kontrast zur bislang geringen professionellen Akzeptanz des Krankheitsbildes.
- Die DIS-Diagnose wird bisher in Deutschland wenig akzeptiert und entsprechend selten gestellt

## Fazit II:

Es ist ein fundierter wissenschaftlicher Diskurs hinsichtlich Entstehung, Diagnostik und Behandlung der DIS in Deutschland erforderlich.

Diagnose- und Behandlungsprogramme sollten in die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung implementiert und wissenschaftlich evaluiert werden.

Hausärzte, Psychiater und Psychotherapeuten sollten bei entsprechenden Verdachtsmomenten an eine mögliche DIS denken und eine weiterführende Diagnostik und Therapie einleiten.

Vielen Dank!