UNIVERSITÄT SALZBURG
VERBUND CLUSTER MITTE

# PORTFOLIO

# DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG

MARTINA MAYER (11739578) KRISTINA WÖRTL (1321707)

STUDIENFACH: SPEZIALISIERUNG INKLUSIVE PÄDAGOGIK MIT FOKUS BEHINDERUNG
LEHRVERANSTALTUNG: METHODEN UND KONZEPTE ZUR FÖRDERUNG DER WAHRNEHMUNG UND KÖRPERLICH-MOTORISCHEN ENTWICKLUNG
VORTRAGENDE: PROFESSOR DDR. MMAG. ULRIKE KIPMAN
DATUM: 08.01.2020

Ich bin nicht Ich.

Ich bin jener, der an meiner Seite geht, ohne dass ich ihn erblicke.

Und den ich oft besuche. Und den ich oft vergesse.

Jener, der ruhig schweigt, wenn ich spreche,

der sanftmütig verzeiht, wenn ich hasse,

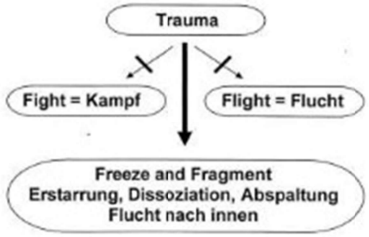
der umherschweift, wo ich nicht bin,

der aufrecht bleiben wird, wenn ich sterbe.

JUAN RAMON JIMENEZ

# Dissoziative Identitätsstörung

## Geschichte




## Ursachen

- traumatische Lebenserfahrungen
- starke Belastungssituationen
  - Unfälle
  - Naturkatastrophen
  - Missbrauch

## Entstehung

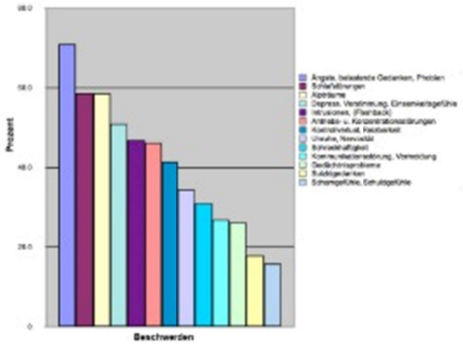
- das "Ich" kann sich nicht richtig entwickeln
- wenn der psychische oder physische Schmerz unerträglich wird
- die Persönlichkeit "spaltet" sich
- eine "andere Person" übernimmt die Schmerzen des Geschehens

## Persönlichkeiten

- zwei oder mehrere Persönlichkeiten in derselben Person
- keine Erinnerungen an alltägliche Informationen
  - alltägliche Ereignisse
  - wichtige persönliche Informationen
  - traumatische oder belastende Ereignisse
- zwei verschiedene Formen
  - Besessenheit
  - keine Besessenheit

## Fallbeispiele

- C., 16 Jahre alt
- D., 18 Jahre alt
- M., 14 Jahre alt




## Definiton

*"Die dissoziative Identitätsstörung (DIS) ist die schwerste Erkankung im Syndromspektrum der dissoziativen Störungen. Sie ist durch ein dissoziatives Funktionieren im Bereich des Bewusstseins definiert, von dem das Gedächtnis, die Wahrnehmung und das Identitätserleben betroffen sind. Bei der DIS können alle Symptome der anderen dissoziativen Störungen vorkommen, insbesondere Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Trancezustände und somatoforme Dissoziation."*

## Therapie

- Psychotherapie
  - Stabilisierungsphase
  - Expositionsphase / Traumabearbeitung
  - Integrations- und Neuorientierungsphase
- Medikamentöse Behandlung

## Folgestörungen

- Angst
- Depression
- psychosomatische Körperbeschwerden
- Selbstverletzung
- Essstörungen
- Suchterkrankungen
- Beziehungsprobleme

## Prognose

- manche Symptome können spontan kommen und gehen
- eine dissoziative Identitätsstörung verschwindet nicht von selbst
- die Erholung hängt von
  - den Symptomen und Merkmalen ab
  - der Qualität und Dauer der Behandlung
- schwere psychische Störungen benötigen einen längeren Behandlungszeitraum

# INHALTSVERZEICHNIS


1. Definition ..... 5
   1.1. Dissoziation – ein Begriffsspektrum ..... 5
   1.2. Traumatisierung und Dissoziation ..... 5
2. Symptome ..... 5
   2.1. 24 Symptome dissoziativer Störungen nach Paul F. Dell ..... 5
      2.1.1. Detaillierte Erklärung ..... 6
   2.2. Wie kann ich, als Lehrperson, eine Dissoziative Störungen bei SchülerInnen im Schulalltag erkennen? ..... 7
   2.3. Wie nehmen Betroffene eine Dissoziation wahr? ..... 8
3. Maßnahmen ..... 8
   3.1. Was tun bei dissoziativen Zuständen ..... 8
   3.2. Präventive pädagogische Maßnahmen ..... 8
   3.3. Auslöser erkennen ..... 9
   3.4. Achtsamkeitsübungen für mehr Fokussierung ..... 9
4. Fallbeispiele ..... 10
5. Die drei beliebtesten Tests / Fragebögen für dissoziative Störungen ..... 11
   5.1. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) ..... 11
   5.2. Dissoziationsfragebogen (DIS-Q) ..... 13
   5.3. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) ..... 13
6. Fazit ..... 13
7. Zusätzliche Quellen ..... 13
8. Anhang ..... 13

# 1. DEFINITION

## 1.1. Dissoziation – ein Begriffsspektrum[1]

Der Begriff „Dissoziation“ wurde vom französischen Psychiater Pierre Janet (1859 – 1947) eingeführt. Er bezeichnete damit die *„Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins“* infolge traumatisierender Erfahrungen.

Der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie „trennen, scheiden“. *„Im Zusammenhang mit menschlicher Wahrnehmung bezeichnet Dissoziation das teilweise bis vollständige Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden Funktionen der Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Motorik.“* (Wikipedia).

Unter Dissoziation versteht man schon in der Chemie bezeichnenderweise den Zerfall von Molekülen und in Psychologie und Psychiatrie die Auflösung von Bewusstseins-Zusammenhängen. Der Begriff setzt sich zusammen aus der lateinischen Vorsilbe dis mit trennender oder gegensätzlicher Bedeutung (z. B. zer-, un-, ab-, ent-, miss- usw.), socialis = lat. die Gesellschaft, das Gemeinwohl betreffend und dissociatio = Aufspaltung, Zerlegung, Trennung, Auflösung, Zerfall. Man versteht also unter Dissoziation erst einmal schlicht eine Spaltung (im Gegensatz zu dem Begriff Assoziation = Verknüpfung, z. B. bewusster oder unbewusster seelischer Inhalte).[2]

## 1.2. Traumatisierung und Dissoziation

Van der Hart et al. (2008) gehen davon aus, dass es bei chronischer Traumatisierung zu einer Dissoziation - einer Spaltung der Persönlichkeitsstruktur - kommt. Sie bezeichnen dies als Strukturelle Dissoziation. Michaela Huber (2013, S.7) vergleicht diese Spaltung der Persönlichkeitsstruktur mit dem „Zerspringen eines Spiegels“. Der Spiegel zerspringt aber nicht rein zufällig, sondern an bestimmten entwicklungsgeschichtlich vorbelasteten Sollbruchstellen in der Persönlichkeitsstruktur. Es existiert aber auch die Sichtweise, dass Dissoziation als natürliche Fähigkeit des Menschen angelegt ist, um in massiven Belastungssituationen die Psyche zu schützen. Auch im Alltag dissoziieren Menschen immer wieder, um Reizüberflutungen zu verhindern. Dies äußert sich oft in Zerstreutheit oder indem Routinehandlungen oder –Wege nicht mehr bewusst wahrgenommen werden. Besonders gut können Kinder dissoziieren, was vermutlich zur inneren Verarbeitung von Erfahrungen nötig ist. (Trauma Beratung Leipzig, 2016).

# 2. SYMPTOME

- Störung zeigt sich sehr unterschiedlich Merkmale und Symptome unterschiedlich intensiv ausgeprägt
- Es bestehen unterschiedliche Definitionen von dissoziativen Störungen. Die ICD-10, das deutsche beschreibt 13 dissoziative Störungen. Im amerikanischen Pendant DSM-5 sind nur 5 dissoziative Störungen definiert.

## 2.1. 24 Symptome dissoziativer Störungen nach Paul F. Dell[3]

| A. Dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung | B. Teilweise Abspaltung | C. Vollständige Abspaltung |
|---|---|---|
| a. Amnesie | a. Fremde Stimmen<br>▪ Hören von Kinderstimmen<br>▪ Innere Dialoge/ Streitgespräche<br>▪ Abwertende, beleidigende, Stimme | a. Wiederholte Amnesie über<br>▪ Verhalten/Handlungen<br>▪ Ortswechsel<br>▪ “Fremder” Besitz<br>▪ Notizen/Zeichnungen<br>▪ Selbstverletzungen/Suizid |

[1] https://www.kinder-jugendhilfe-ooe.at/Mediendateien/dl_fachinfo_tp2017_skriptdissoz.pdf

[2] http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_dissoziativ.pdf

[2] http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/dissoziative-stoerungen-symptome

| | | |
|---|---|---|
| b. Depersonalisation | c. Teil-dissoziiertes<br>▪ Sprechen<br>▪ Gedanken<br>▪ Emotionen/Gefühle<br>▪ Verhalten<br>▪ Zeitweise dissoziierte Fertigkeiten oder Fähigkeiten | b. Auftreten von einer anderen Persönlichkeit (Primärperson erlebt Amnesie) |
| b. Derealisation | d. Irritierende Erfahrungen von verändertem Identitätserleben | |
| c. Flashback-Erleben | e. Identitätsunsicherheit | |
| d. Somatoforme Dissoziation (Körperliche Schmerzen) | f. Vorhandensein teil-dissoziierter Selbstzustände | |
| e. Trancezustände | | |

2.1.1. Detaillierte Erklärung der 24 Symptome dissoziativer Störungen nach Paul F. Dell

A: Dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung

a. Amnesie
   - Amnesie äußert sich in Form von Gedächtnisproblemen und auffälligen Erinnerungslücken.
   - Betroffene können sich teilweise an wichtige persönliche Ereignisse oder Lebensabschnitte nicht erinnern.
   - Es können auch Amnesien an den vorherigen Tag oder bzgl. aktueller Ereignisse bestehen (Alltagsamnesien).

b. Depersonalisation
   - Bei Depersonalisation bestehen Fremdheitsgefühle bzgl. der eigenen Person.
   - Betroffene haben z.B. das Gefühl „neben sich zu stehen“ oder erleben sich als distanzierter Beobachter von sich selbst.
   - Häufig besteht auch mangelnde Empfindungsfähigkeit. Empfindungen sind nicht oder kaum spürbar.

c. Derealisation
   - Bei Derealisation besitzen die betroffenen Personen Fremdheitsgefühle bzgl. der Umgebung und anderer Menschen.
   - Die Umwelt erscheint unreal, fremd, leblos oder fern.
   - Betroffene beschreiben oft, das Umfeld würde ihnen wie hinter einer Scheibe erscheinen oder es fühle sich so an, als würden sie das Geschehen um sie herum wie einen Film betrachten.

d. Flashback-Erleben
   - Flashbacks sind Nachhallerinnerungen von traumatischen Erfahrungen, die durch einen Schlüsselreiz ausgelöst werden.
   - Die Flashbacks können von jeder Gefühlsart sein. Körperliche Flashbacks sind als Körpererinnerungen aus traumatischen Erlebnissen möglich.

e. Somatoforme Dissoziation:
   - Somatoforme Dissoziation kann sich in Form von unterschiedlichen körperlichen Symptomen zeigen (z.B. Konversionsstörungen).
   - Hierzu gehören Schmerzen (insbesondere Kopfschmerzen und Schmerzen im Genitalbereich), Lähmungen oder Schwierigkeiten beim Laufen, Sprechen oder beim Wasser lassen.
   - Ferner gehören hierzu auch Störungen der Wahrnehmung wie Tunnelblick, Blindheit, Taubheit oder Veränderungen von Hören, Schmecken und Riechen.

B: Anzeichen für das Vorhandensein teilweise abgespaltener Selbstzustände

a. Kinderstimmen
   - Betroffene nehmen Kinderstimmen wahr, die sprechen, schreien oder weinen.
   - Die Stimmen kommen dabei nicht von außen, sondern befinden sich innerhalb des Kopfes.

- **Innere Dialoge:** Es finden innere Dialoge und Streitgespräche statt. Es kann sich so anfühlen, als besäße man unterschiedliche Meinungen zu einem Thema, in manchen Fällen kann diese Stimme herabsetzen, beschimpfen oder bedrohen.

b. Teil-dissoziatives Sprechen
   - Das sprechen wird zeitweise als nicht zu sich gehörig erlebt.
   - Man hört sich selbst sprechen, hat jedoch das Gefühl, nicht derjenige zu sein, der spricht.
   - **Teil-dissoziative Gedanken:** Eingebende, sich aufzwingende Gedanken. Gedanken scheinen aus dem Nichts zu kommen. Auch Gedankenentzug ist möglich.
   - **Teil-dissoziative Gefühle/Emotionen:** werden als aufgedrängt oder eingegeben und als nicht zu sich gehörig erlebt.
   - **Teil-dissoziative Handlungen:** werden als nicht unter der eigenen willkürlichen Kontrolle erlebt. Es scheint so, als seien Handlungen aufgedrängt oder von einer anderen Person ausgeführt. Hierzu gehören auch auffallende Veränderungen der Handschrift.
   - **Zeitweise dissoziative Fähigkeiten:** Es findet ein plötzlicher Wechsel im Funktionsniveau statt. Betroffene „vergessen" zum Beispiel wie man Auto fährt, Computer bedient oder liest. Es kann auch das eigene Alter, der eigene Name oder die Wohnanschrift vergessen werden.

c. Irritierende Erfahrungen von verändertem Identitätserleben
   - Wiederholte Erfahrungen, sich wie eine andere Person/ eine andere Identität zu fühlen oder zu handeln.
   - Zum Beispiel wie ein kleines Kind oder eine Person mit ganz anderen Ansichten und Wertvorstellungen.

d. Identitätsunsicherheit
   - Aufgrund wiederholter ich-fremder Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, Gefühle, Fertigkeiten, etc. entsteht eine Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität.

e. Vorhandensein teil-dissoziierter Selbstzustände:
   - In der Untersuchungssituation (z.B. im Therapie-Gespräch) tritt ein teil-dissoziierter Selbstzustand auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein.
   - Anschließend besteht jedoch **keine** Amnesie der Primärperson.

C: Anzeichen für das Vorhandensein **vollständig abgespaltener Selbstzustände**

a. Wiederholte Amnesien für das eigene Verhalten, "fremden" Besitz von Gegenständen, Notizen/Zeichnungen, Kurzzeit Handlungen, Selbstverletzungen/Suizidversuch
   - Es besteht ein lückenhaftes Zeiterleben mit Erinnerungslücken von zwei Stunden oder mehr.
   - Betroffene „kommen zu sich" und sind dabei eine Handlung auszuführen, ohne sich bewusst gewesen zu sein, dieses zu tun.
   - Es kann auch zu plötzliche und unerwartete Ortswechsel ohne dies bewusst entschieden zu haben und ohne sich an die Reise erinnern zu können.

b. Vorhandensein voll-dissoziierter Selbstzustände:
   - In der Untersuchungssituation (z.B. im Therapie-Gespräch) tritt eine voll-dissoziierter Selbstzustand auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein.
   - Anschließend besteht eine Amnesie der Primärperson.

## 2.2. Wie kann ich, als Lehrperson, eine *Dissoziative Störungen* bei SchülerInnen im Schulalltag erkennen?[4]

- Betroffene erinnern sich nicht an schmerzvolle und traumatische Erfahrungen oder streiten diese ab.
- Die Betroffene erscheint manchmal in einem Trance- oder Dämmerzustand; wie in einer anderen Welt.
  - Beispiel: die Lehrperson berichten eventuell von Tagträumen des Kindes
- Betroffene zeigen rasche Veränderungen in ihrer Persönlichkeit.
  - Es kann wechseln zwischen scheu und offen, furchtsam und aggressiv
- Betroffene sind ungewöhnlich vergesslich oder verwirrt in Bezug auf Dinge, die sie eigentlich wissen müssten.
- Häufig sind auch heftige Wutausbrüche, oft ohne erkennbaren Grund; in diesen Phasen verbunden mit einer ungewöhnlichen körperlichen Stärke.
- In Bezug auf Fertigkeiten, Wissen, Lieblingsspeisen etc. zeigen sich deutliche Schwankungen oft von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde.

[4] Jegodtka, Luitjens, 2013

- Es erscheint so, als würde der Betroffene lügen oder (offensichtliche) Verhaltensweisen leugnen.
- Viele dissoziierende Kinder und Jugendliche leiden unter unerklärlichen Verletzungen oder verletzen sich manchmal selbst.
- Kinder zeigen manchmal deutliche Rückentwicklungstendenzen im altersangemessenen Verhalten.
- Körperausdruck, Mimik, und Inhalt von Erzähltem passen nicht zusammen, z.B. Schreckliches erzählen und dabei lachen

### 2.3. Wie nehmen Betroffene eine Dissoziation wahr?

- Es ist wie träumen.
- Ich spüre dann keine Angst.
- Mir tut dann nichts weh.
- Ich beame mich an die Decke und schaue von oben zu.
- Ich bin in einer anderen Zeit.
- Ich stehe neben mir (schaue mir selbst zu).
- Mein Körper macht was wer will.
- Die Welt verschwimmt und wird unwirklich.

## 3. MAßNAHMEN[5]

### 3.1. Was tun bei dissoziativen Zuständen?

Folgende Maßnahmen werden in diesem Zusammenhang von Fachleuten empfohlen:

1. **Kontakt herstellen**
   a. Gezieltes Ansprechen der Person mit ihrem Namen
   b. Blickkontakt herstellen–soweit möglich
      - Traumatisierte Menschen fühlen sich bei Blickkontakt oft unwohl oder er ist für sie angstbesetzt. Betroffene sollten daher keinesfalls zu Blickkontakt gezwungen werden.
   c. Körperkontakt herstellen, z.B. Hand halten, am Arm anfassen
      - Sanfte angemessene Berührungen können elementar wichtig sein, weil es so dem Betroffenen gelingen kann, den Kontakt mit dem eigenen Körper wiederherzustellen.
      - Es kann aber auch als Übergriff empfunden werden und so die Dissoziation verstärken.
2. **Orientierung geben und Gegenwartsbezug herstellen**
      - Wir sind hier in...., ich bin ..., es ist vorbei
3. **Musterunterbrechungen jeder Art**
   a. Klienten anregen die Umgebung visuell näher zu erkunden (Farben, Formen, Gegenstände etc.)
   b. Die Klientin in die Bewegung gehen lassen, eine andere Haltung als zuvor einnehmen lassen
   c. Haptische Orientierung geben
      - Fühlen Sie mal die Lehnen, die Wand, den Boden unter ihren Füßen...
   d. Intensive sensorische Stimulationen
      - z.B. Riechstäbchen, fishermen friends, Gummi am Handgelenkschnalzen, Igelball, Eiswürfel, Chilischoten, laute Musik etc.
   e. Zuvor etablierte Anker aufrufen
      - Gegenstände, Düfte, etc.
   f. 5,4,3,2,1 –Übung
   g. Im Kontext absurde Aufgaben stellen
      - z.B. Rätsel, Rechenaufgaben, die Frage nach einem tagespolitischen Ereignis oder mit falschem Namen ansprechen

### 3.2. Präventive pädagogische Maßnahmen

Für Präventives Arbeiten ist es notwendig Auslöser oder sogenannte Trigger zu kennen und vorerst bei starken Dissoziationen diese zu vermeiden oder zu reduzieren indem Rahmenbedingungen geschaffen werde, die es dem Kind erleichtern mit der Situation besser umzugehen.

[5] Beckrath –Wilking et. al 2013; Boon et. al, 2013; Hantke, 2009

Langfristig sollten aber die Fertigkeiten im Umgang mit Triggern erweitert werden und Ressourcen gefördert werden, um wieder die Kontrolle über das eigene Erleben zu erlangen. Hierbei ist jedoch notwendig professionelle Hilfe zu vermitteln und die Verantwortungsbereich als Pädagoge/in nicht zu übertreten.

### 3.3. Auslöser erkennen

Wann, in welcher Situation, bei welchem Thema ist die dissoziative Reaktion aufgetreten und wie äußert sich diese? Wurde der Trigger erkannt, kann gemeinsam erarbeitet werden welche (Selbst)beruhigungsmaßnahmen helfen können.

| Mögliche Reize von außen | Welche Gefühle werden ausgelöst | Welches Verhalten/ Handlungsmuster werden dadurch ausgelöst? | Welche Interventionen sind erfolgreich |
|---|---|---|---|
| Verhalten / Erscheinungsbilder: | | | |
| Bewegungen: | | | |
| Arten zu sprechen/Worte: | | | |
| Situationen /Bedingungen: | | | |
| Gerüche: | | | |
| Musik? | | | |

### 3.4. Achtsamkeitsübungen für mehr Fokussierung[6]

Sehen

- Wahrnehmen und Beschreiben von Bildern und Fotos
- Wahrnehmen und Beschreiben von Personen
- Wahrnehmen und Beschreiben von Gegenständen aus dem Alltag oder von Gegenständen im Raum

Hören

- Wahrnehmen und Beschreiben von Geräuschen oder Musikinstrumenten
- Erzeugen von Geräuschen
- Wahrnehmen und Beschreiben von Musikstücken
- Wahrnehmen und Beschreiben von Rhythmen
- Wahrnehmen und Beschreiben von Geräuschen bzw. der Stille im Raum

Spüren

- „Tastsack“ mit kleinen Gegenständen
- Wahrnehmen des Körperkontakts mit dem Sessel, dem Boden
- Wahrnehmen der Körperhaltung (verschiedenen Körperhaltungen einnehmen)
- Wahrnehmungen von Empfindungen im Körper im Ruhezustand
- Wahrnehmen von einzelnen Körperteilen (in Bewegung und im Ruhezustand)
- Wahrnehmen und Beschreiben von Steinen, Muscheln, usw.
- Barfuß gehen auf verschiedenen Untergründen (im Freien)
- Partner/in blind führen
- Igelball am Körper abrollen
- Ein Ei aufstellen
- Mikado spielen

Riechen und Schmecken

[6] Apfalter, 2017

- Geruchsproben (Parfum, Gewürze, Kaffee, ätherische Öle, Essig, …
- Geschmacksproben (süß-salzig-bitter-sauer)
- Wahrnehmen und Beschreiben des Verzehrs einer Praline oder einer Rosine

## 4. FALLBEISPIELE

1. *"Liebe Frau Streeck, leider konnte ich mir nicht aussuchen auf die Welt zu kommen. Wenn es nach mir ginge, dann wäre das nicht passiert. Aber ich versuche daran zu arbeiten, vielleicht kann man ja noch etwas ändern. Aber wenn man schon so tief unten sitzt und kein Häkchen zum Festhalten hat, dann rutscht man immer weiter. Und wir streiten uns so doll im Moment. Dass ich damit auch nicht klarkomme. Haben Sie mal jemand anderen im Körper und streiten sich nur, dann könnten Sie mich wenigstens verstehen. Ich traue mich ja noch nicht mal in den Spiegel zu gucken, weil ich jedes Mal denke da starrt mich eine Fremde an.*
   *Am liebsten würde ich nur schlafen und an nichts mehr denken. Dann halte ich mir meine Ziele vor Augen, mich mit meinem zweiten Ich vertragen, aufhören mich zu verstümmeln, lernen mit fremden Menschen umzugehen, ohne gleich daran zu denken, die wollen nur Böses von mir, einfach nur ein wenig leben und alles von früher vergessen... Ich habe immer so viele Gedanken auf einmal im Kopf, von früher und heute, aber irgendwie kann ich damit nicht umgehen, dass alles Vergangenheit ist und ja auch vorbei ist." (*C., 16 Jahre alt)[7]

   - Verwirrender Wechsel in Fähigkeiten, Verhalten und Wissen

2. *„Wenn ich auf der Straße gehe, manchmal sehe ich Menschen, die so aussehen wie diese Menschen, die mich im Gefängnis gefoltert haben. Sofort bekomme ich Angst. Oder erinnere ich mich an diese Zeiten. Es gab bei der Folter eine Art von Parfüm. Und es gibt dieses Parfüm auch hier. Manchmal, wenn ich auf der Straße bin und ich rieche dieses Parfüm, dann sofort bin ich zurück in diesen Zeiten. Und ich bekomme Angst, ich zittere." (D., 18 Jahre alt)*[8]

   - *Reize, die an traumatische Situation erinnern*
   - *Intensive emotionale Reaktion, auch körperlich*
   - *Sich aufdrängende Erinnerungen*
   - *Wiedererleben, Flash-backs*

3. *„Die neue Woche ist angebrochen und ich setze mich in den Zug in Richtung Bad Hofgastein. Heute wird es klappen ganz bestimmt, es wird klappen - ich will doch in die Schule in Bad Hofgastein gehen. Ich will es und ich werde es schaffen. Die ganze Zugfahrt rede ich mir diese Sätze immer wieder vor, Frau Doktor. Doch dann kommt diese eine Haltestelle - die Haltestelle zwei Station bevor ich aussteigen muss. Mein Körper beginnt zu zittern, ich bekomme Schweißausbrüche, um die Brust wird mir ganz eng und mir wird übel. Ich kann es Ihnen nicht erklären warum und ich kann mich auch nicht immer daran erinnern. Mit diesem Zustand mache ich mich auf den Weg ins Internat. Ich fühle mich leer und so leer, dass es sich anfühlt, als wäre ich nicht hier. Ich stehe am nächsten Tag mit einem leeren Ich auf. Ich finde/gehe in meine Klasse, doch es fühlt sich an als wäre ich nicht die Person, welche hier in dieser Klasse sitzt. Es ist kaum mehr erträglich, mein Gesichtsausdruck ist leer. Und wissen Sie Frau Doktor, meine Mama meint ich lüge Sie an, aber ich lüge nicht …. Jeden Tag denke ich mir am nächsten Tag wirds besser sein und ich will wirklich in diese Schule gehen, wirklich! Am dritten Tag verbessert sich mein Wohlbefinden … und in der nächsten Woche beginnt es zwei Haltestellen bevor ich aussteigen muss wieder von vorne … ". (M., 14 Jahre alt)*[9]

   ➔ Verbildlichte Situation des jungen Mädchens

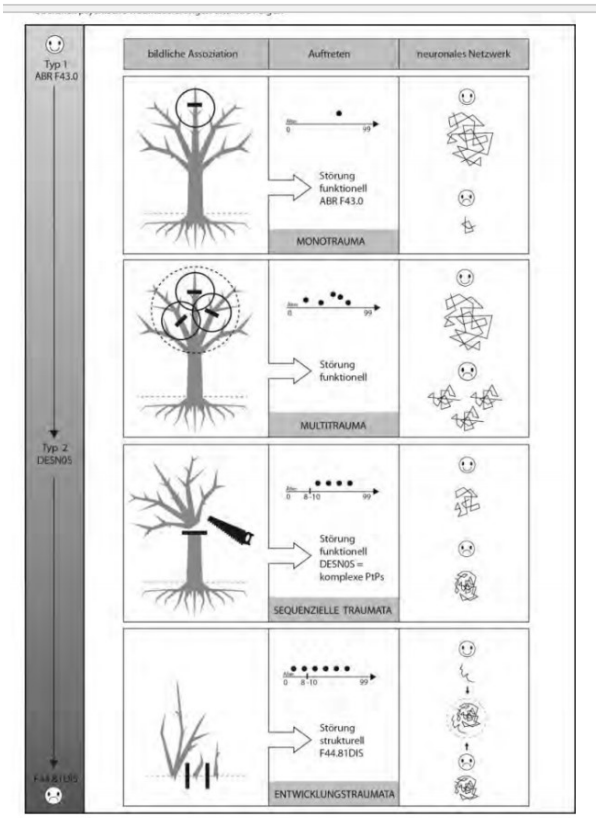
   Man stelle sich einen Baum vor. Der Baum hat viele starke Äste, welche sicher miteinander verbunden sind. Beim ersten psychischen Schockerlebnis/Schockereignis bekommt der Ast einen Riss/Sprung. Beim zweiten psychischen Schockerlebnis/Schockereignis bricht der Ast ab und nach diesem Schema zieht sich dies fort. Nimmt die betroffene Person, in diesem Fall das junge Mädchen,

[7] http://www.kjpz.ch/fileadmin/user_upload/veranstaltungen/Streeck_Praesentation_Dissoziation_Traumafolge.pdf

[8] https://www.hamburg.de/contentblob/12733838/b981ac54bb19eb6237054193c7109afa/data/sin-fachtag-trauma-bei-gefluechteten.pdf

[9] Eine Zusammenfassung vom Gespräch mit Frau Professor Dr. Kipman

eine psychische Behandlung in Anspruch, so wird nur daran gearbeitet, mit dem weiter fortlaufenden abbrechenden Ästen zu leben. Die “Dissoziative Störung” wird hier jedoch nicht behandelt. Damit der Baum nicht weiteren Schaden trägt, d.h. die Äste nicht weiter abbrechen, müsste/sollte das junge Mädchen die Schule wechseln.




## 5. DIE DREI BELIEBTESTEN TESTS / FRAGEBÖGEN FÜR DISSOZIATIVE STÖRUNG[10]

Die Tests sollten nur zur ersten Selbsteinschätzung dienen. Eine ausführliche Diagnose kann nur durch einen Facharzt für Psychiatrie oder durch einen Psychotherapeuten erfolgen. Werden die Tests ausschließlich alleine durchgeführt, so behalten die Ergebnisse ein gewisses Fehlerpotential in sich. Es können also bestehende dissoziative Störungen nicht erkannt werden oder die Ergebnisse deuten auf eine dissoziative Störung hin, die de facto jedoch nicht vorliegt. Selbst Störungen mit komplexer Dissoziation, wie die dissoziative Identitätsstörung können beim Selbstausfüllen der Tests unerkannt bleiben. Die nachfolgenden drei vorgestellten Tests/Fragebögen sind ein gutes Hilfsmittel, um eine erste Selbsteinschätzung bezüglich der dissoziativen Symptomatik vorzunehmen. Die Tests sollten jedoch nicht die professionelle Diagnostik ersetzen.

### 5.1. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) von Freyberger et al. ist die deutsche Version der Dissociative Experiences Scale (DES) von Bernstein-Carlson und Putnam und der populärste Test für dissoziative Symptome. Er kann für alle Erwachsenen ab 18 Jahren eingesetzt werden. Beim FDS handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das aus 44 zu beantwortenden Punkten (den sogenannten Items) besteht. Die zu testende Person beantwortet jeden der 44 Punkte auf einer Skala von 0 bis 100 Prozent.

Die Items erfassen dissoziative Symptome zu den folgenden vier Kategorien:

- Amnesie
  *Beispiel: „Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht mehr erinnern können.“*

[10] Abgerufen am 21.12.2019 unter von http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/dissoziative-stoerungen-test-fragebogen

- Absorption/imaginative Involviertheit
  *Beispiel: „Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, dass sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist."*
- Derealisation/Depersonalisation
  *Beispiel: „Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört."*
- Konversion
  *Beispiel: „Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte."*

Neben dem FDS existiert mit dem FDS-20 (Spitzer C et al.) eine Kurzform, die nur aus 20 statt 44 zu beantwortenden Items besteht. Der FDS-20 eignet sich vor allem für die Verlaufsmessung von dissoziativen Störungen.

### Auswertung des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Nachdem alle Punkte beantwortet worden sind, muss der Mittelwert aller Items berechnet werden. Hierzu addiert man alle Einzelwerte zusammen und teilt sie durch die Anzahl der Items (44 beim FDS und 20 beim FDS-20). Befindet sich der errechnete Mittelwert über 13 (empfohlener Cut-off-Wert für FDS/FDS-20), so deutet dies auf eine dissoziative Störung hin. Sollte das der Fall sein, so ist es ratsam, sich eingehender von einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten untersuchen zu lassen. Ein Wert von unter 13 bedeutet nicht zwangsläufig, dass keine dissoziative Störung vorliegt. Im Zweifelsfall sollte ein Fachmann/eine Fachfrau aufgesucht werden. Dieses ist vor allem dann zu empfehlen, wenn einige Punkte stark ausgeprägt sind.

## 5.2. Dissoziationsfragebogen (DIS-Q)

Der Dissoziationsfragebogen (DIS-Q) von Vanderlinden et al. ist ein weiterer populärer Fragebogen zur Selbstbeurteilung von dissoziativen Symptomen. Er wurde ursprünglich entwickelt zur Erfassung von Dissoziation im Zusammenhang mit Essstörungen, ist aber nicht darauf beschränkt. Der DIS-Q Fragebogen besteht aus 63 Items. Diese sind zu beantworten auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft genau zu). Der DIS-Q misst Identitätsunsicherheit und Identitätsfragmentierung (25 Fragen), Kontrollverlust (18 Fragen), Amnesie (14 Fragen) und Absorption (6 Fragen).

### Auswertung des Dissoziationsfragebogen (DIS-Q)

Nachdem alle 63 Punkte beantwortet worden sind, muss wie beim FDS der Mittelwert aller Items berechnet werden. Hierzu addiert man alle Einzelwerte zusammen und teilt sie durch die Anzahl der Items (63). Befindet sich der errechnete Mittelwert über 2,5 (empfohlener Cut-off-Wert für den DIS-Q), so deutet dies auf eine dissoziative Störung hin. Ist dies der Fall, so ist es ratsam, sich eingehender von einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten auf eine eventuell vorliegende dissoziative Störung untersuchen zu lassen. Ein Wert von unter 2,5 bedeutet nicht unbedingt, dass keine dissoziative Störung vorliegt. Im Zweifelsfall sollte man einen Fachmann/eine Fachfrau aufsuchen. Dieses ist vor allem dann zu empfehlen, wenn einige der Punkte stark ausgeprägt sind.

## 5.3. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) /Fragebogen für Somatoforme Dissoziation

Der Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) befasst sich mit den körperlichen Elementen der Dissoziation. Hierzu gehören unter anderem:

- Schmerzen
- Schmerzunempfindlichkeit
- Tunnelblick
- Sprachschwierigkeiten
- Krampfanfälle (siehe dissoziative Krampfanfälle)
- Blindheit
- Taubheit
- Starre/Lähmungen (siehe dissoziativer Stupor)

Der SDQ Fragebogen wurde von der niederländischen Arbeitsgruppe um Van der Hart und Nijenhuis entwickelt. Er besteht aus 20 Items, welche auf einer Skala von 1 (erlebe ich nie) bis 5 (erlebe ich sehr oft) zu beantworten sind. Mit dem SDQ-5 existiert auch eine Kurzform des Somatoform Dissociation Questionnaire. Der SDQ-5 besteht aus nur 5 Items.

Auswertung des Somatoform Dissociation Questionnaire

Nachdem alle Punkte beantwortet worden sind, muss die Gesamtpunktzahl berechnet werden. Hierzu werden die Werte aller Punkte aufsummiert. Die Cut-off-Werte beim SDQ sind:

- 29 Punkte beim SDQ-20
- 8 Punkte beim SDQ-5

Ist der errechnete Gesamtwert größer oder gleich dem Cut-off-Wert, so sollte man sich eingehender von einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten auf eine eventuell vorliegende dissoziative Störung untersuchen lassen. Es könnte eine dissoziative Störung vorliegen. Befindet sich das Testergebnis unterhalb des Cut-off-Wertes, so kann dennoch – wie beim FDS und DIS-Q – eine dissoziative Störung vorliegen.
Die beiden Tests SDQ-20 und SDQ-5 werden von Nijenhuis für die freie Verwendung zur Verfügung gestellt.

## 6. FAZIT

Für Betroffene ist es kein leichter Weg, sich ihrer Störung bewusst zu machen, diese zu akzeptieren und sich wieder in das „normale“ Leben zu integrieren. Es ist durchaus verständlich, dass Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung oft nicht wahrhaben wollen, was mit ihnen geschieht bzw. wollen sie es wahrhaben und lehnen es dann wieder ab. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Heilung einer dissoziativen Identitätsstörung gegeben ist. Je schwerer jedoch die Traumatisierung ist, desto länger ist dagegen im Durchschnitt der Heilungsprozess.

## 7. ZUSÄTZLICHE QUELLEN

https://www.kinder-jugendhilfe-ooe.at/Mediendateien/dl_fachinfo_tp2017_skriptdissoz.pdf

http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/dissoziative-stoerungen-symptome

https://www.netdoktor.de/krankheiten/dissoziative-stoerung/

https://www.bfu-ulm.de/hintergrund/statistik

http://www.paediatrie.at/images/AGLeiter/Psychosomatik/scheer_kamper_oegkj-konsensus_somatoforme_beschwerden_monattschrift_2016_02.pdf

https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/dissoziative-stoerungen/behandlung-mit-psychotherapie/

https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziative_Identitätsstörung

## 8. ANHANG

## Fragebogen für Somatoforme Dissoziation (SDQ- 5)

Dieser Fragebogen untersucht verschiedene körperliche Symptome und Körperempfindungen, die Sie für kurze Zeit oder über eine längere Zeitspanne erlebt haben können.

Bitte geben Sie an, ob Sie die genannten Körperempfindungen *im letzten Jahr* erlebt haben. Kreisen Sie dazu jeweils die Zahl in der erste Spalte (nach der Frage) ein, die Ihrem persönlichen Erleben der jeweiligen Empfindung am nächsten kommt. Die Zahlen stehen für folgende Einschätzungen:

1 = Das erlebe ich **nie**.
2 = Das erlebe ich **manchmal**.
3 = Das erlebe ich **mäßig oft**.
4 = Das erlebe ich **häufiger**.
5 = Das erlebe ich **sehr oft**.

Wenn Sie ein bestimmtes körperliches Symptom von sich selbst kennen, dann geben Sie nach Einschätzung der Häufigkeit seines Auftretens bitte an, ob *ein Arzt/eine Ärztin* es mit einer körperlichen Krankheit in Verbindung gebracht hat.

Kennzeichnen Sie dies durch Ankreuzen von JA oder NEIN in der Spalte »Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?«. Wenn Sie JA angekreuzt haben, schreiben Sie bitte die körperliche Ursache (falls bekannt) auf die gestrichelte Linie hinter »nämlich«.

Beispiel:

| | Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom? | | | | | Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Manchmal:* | | | | | | | |
| klappern meine Zähne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: ..... |
| habe ich Wadenkrämpfe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: ..... |

Wenn Sie in der ersten Spalte die »1« eingekreist haben (»das erlebe ich nie«), brauchen Sie in der Spalte »Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?« nichts anzukreuzen.

Haben Sie aber die 2, 3, 4 oder 5 eingekreist, *müssen* Sie in der Spalte, in der nach einer eventuellen körperlichen Ursache gefragt wird, JA oder NEIN ankreuzen.

Bitte beantworten Sie alle 20 Fragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Quelle: Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, Assen/Amsterdam/Leuven

Hier nun die Fragen:

1 = Das erlebe ich **nie**.
2 = Das erlebe ich **manchmal**.
3 = Das erlebe ich **mäßig oft**.
4 = Das erlebe ich **häufiger**.
5 = Das erlebe ich **sehr oft**.

| | Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom? | | | | | Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Manchmal:* | | | | | | | |
| 1. habe ich Schmerzen beim Urinieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: ..... |
| 2. ist mein Körper oder ein Teil davon schmerzunempfindlich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: ..... |
| 3. sehe ich Dinge in meiner Umgebung anders als normalerweise, beispielsweise so, als würde ich durch einen Tunnel schauen; oder ich sehe nur einen Teil eines Objekts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: ..... |
| 4. ist es, als wäre mein Körper oder ein Teil davon verschwunden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: ..... |
| 5. kann ich nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: ..... |

Würden Sie bitte, bevor Sie fortfahren, noch einmal überprüfen, ob Sie alle 5 Punkte beantwortet haben? Damit wir die Ergebnisse des Fragebogens besser auswerten können, bitten wir Sie noch um ein paar persönliche Angaben:

6. Alter: ... Jahre

7. Geschlecht: ○ Frau ○ Mann

8. Familienstand: ○ ledig ○ verheiratet ○ zusammenlebend ○ getrennt/geschieden ○ verwitwet

9. Ausbildungsstand: ○ SchülerIn/StudentIn ○ in einer Berufsausbildung ○ Hausfrau/Hausmann ○ arbeitslos ○ berufstätig (Teilzeit) ○ berufstätig (Vollzeit)

10. Datum: .....

11. Name: .....

Quelle: Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, Assen/Amsterdam/Leuven

# SDQ-20

Dieser Fragebogen erfragt verschiedene körperliche Symptome oder körperliche Erfahrungen, die Sie für kurze Zeit oder über eine längere Zeitspanne möglicherweise hatten.

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmass die genannten Erfahrungen im letzten Jahr auf Sie zutrafen.

Kreisen Sie dazu für jede Aussage jeweils die Zahl in der ersten Spalte ein, die am besten auf Sie zutrifft. Die Zahlen stehen für folgende Einschätzungen:

1 = Dies trifft **überhaupt nicht** auf mich zu
2 = Dies trifft **ein wenig** auf mich zu
3 = Dies trifft **mässig** auf mich zu
4 = Dies trifft **ziemlich stark** auf mich zu
5 = Dies trifft **sehr stark** auf mich zu

Wenn ein bestimmtes Symptom oder eine körperliche Erfahrung auf Sie zutrifft, dann geben Sie bitte an, ob ein Arzt/eine Ärztin es mit einer körperlichen Erkrankung in Verbindung gebracht hat.

Kennzeichnen Sie dies durch Einkreisen von *ja* oder *nein* in der Spalte *„Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?“*. Wenn Sie *ja* eingekreist haben, schreiben Sie bitte die körperliche Ursache (falls bekannt) auf die gestrichelte Linie.

Beispiel:

| | *In welchem Ausmass trifft das Symptom oder die Erfahrung auf Sie zu?* | | | | | *Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Manchmal…* | *überhaupt nicht* | *ein wenig* | *mässig* | *ziemlich stark* | *sehr stark* | | |
| klappern meine Zähne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| habe ich Wadenkrämpfe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |

Wenn Sie in der ersten Spalte die „1“ eingekreist haben („dies trifft überhaupt nicht auf mich zu“), brauchen Sie in der Spalte „Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?“ nichts anzukreuzen.

Haben Sie aber die 2, 3, 4 oder 5 eingekreist, müssen Sie in der Spalte „Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?“, *ja* oder *nein* einkreisen.

Bitte beantworten Sie alle 20 Fragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

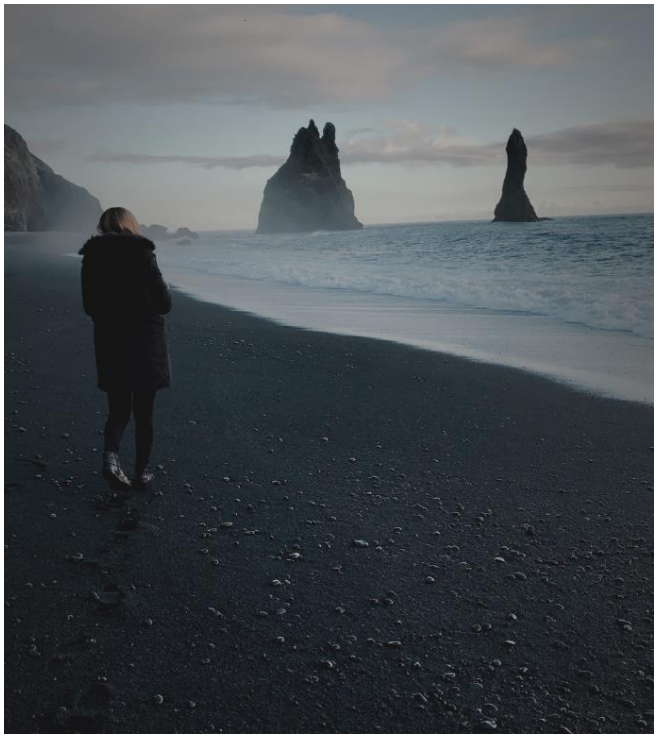
Hier nun die Fragen:

| | *In welchem Ausmass trifft das Symptom oder die Erfahrung auf Sie zu?* | | | | | *Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Manchmal…* | *überhaupt nicht* | *ein wenig* | *mässig* | *ziemlich stark* | *sehr stark* | | |
| 1. fällt es mir schwer zu urinieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 2. schmecken mir Dinge nicht, die ich sonst mag (bei Frauen: nicht während der Schwangerschaft oder Periode). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 3. höre ich Geräusche in der Nähe, als kämen sie aus weiter Ferne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 4. habe ich Schmerzen beim Urinieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 5. fühlt sich mein Körper oder ein Teil davon taub an. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 6. erscheinen mir Menschen und Dinge grösser als sonst. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 7. bekomme ich einen Anfall, der einem epileptischen Anfall ähnelt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 8. ist mein Körper oder ein Teil davon schmerzunempfindlich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 9. sind mir Gerüche unangenehm, die ich normalerweise mag. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 10. habe ich Schmerzen in meinen Genitalien (nicht während des Geschlechtsverkehrs). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 11. kann ich eine Weile nichts hören (als ob ich taub wäre). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 12. kann ich eine Weile nichts sehen (als ob ich blind wäre). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 13. sehe ich Dinge in meiner Umgebung anders als normalerweise, z. B. so, als würde ich durch einen Tunnel schauen; oder ich sehe nur einen Teil eines Objekts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 14. kann ich wesentlich schlechter oder besser riechen als sonst (obwohl ich nicht erkältet bin). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |

| *Manchmal…* | *Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom?* *überhaupt nicht* | *ein wenig* | *mässig* | *ziemlich stark* | *sehr stark* | *Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15. ist es, als wäre mein Körper oder ein Teil davon verschwunden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 16. kann ich nicht oder nur sehr mühsam schlucken. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 17. kann ich mehrere Nächte nacheinander nicht schlafen, bin aber tagsüber trotzdem sehr aktiv. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 18. kann ich nicht (oder nur sehr mühsam) sprechen oder nur flüstern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 19. bin ich eine Weile gelähmt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |
| 20. erstarre ich eine Weile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein | ja, nämlich: ..... |

Würden Sie bitte nochmals überprüfen, ob Sie alle 20 Punkte beantwortet haben?

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, Assen-Amsterdam-Leuven
Deutsche Version: Müller-Pfeiffer, Zürich 2008



# DISSOZIATIVE STÖRUNG

Erstellt von Bernadette Kneidinger und Anna Knoll

IPB 5.2

Methoden und Konzepte zur Förderung der Wahrnehmung und körperlich- motorischen Entwicklung

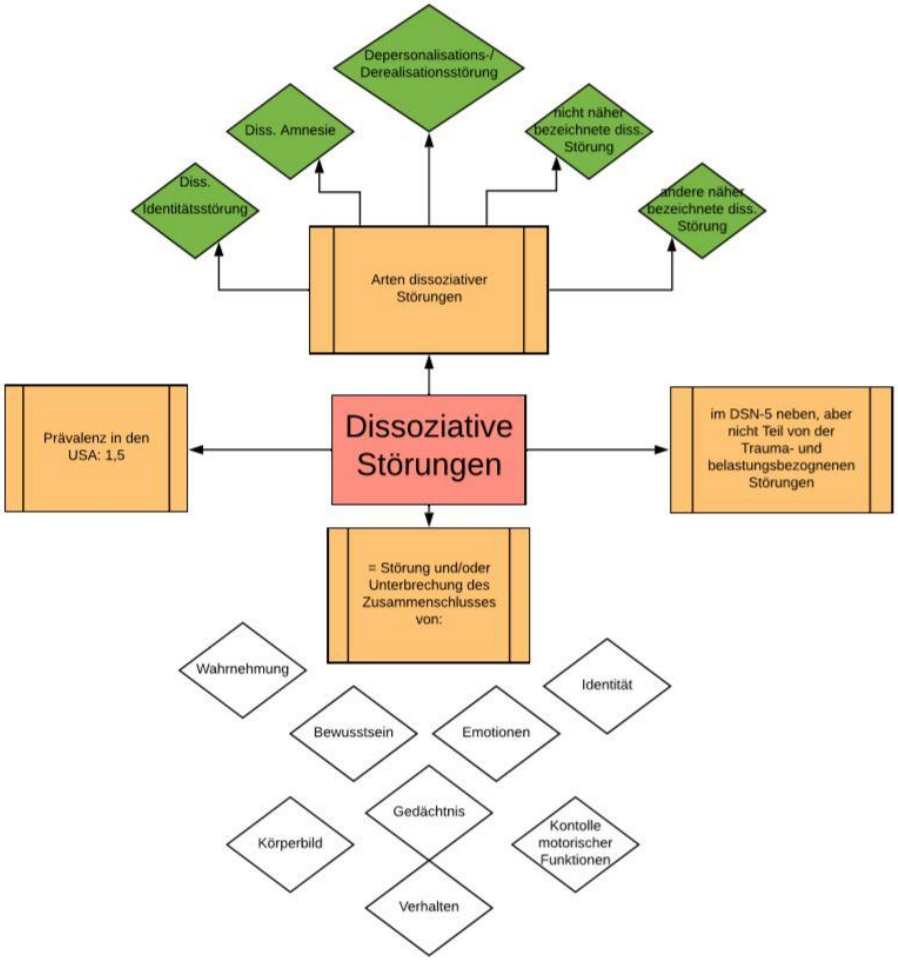
WS 2019

LVL: Ulrike Kipman

# Inhalt

1. Allgemein ..... 1
2. Dissoziative Identitätsstörung ..... 2
3. Dissoziative Amnesie ..... 4
4. Depersonalisations-/ Derealisationsstörung ..... 6
5. Andere Näher Bezeichnete Störung ..... 7
6. Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung ..... 8
7. Tests ..... 8
8. 5 Fallbeispiele ..... 10
9. Perspektiven einer „Therapie“ ..... 16
10. Literatur ..... 17

# 1. Allgemein




**Graphik 1:** Allgemeine Übersicht über das Krankheitsbild

Dissoziative Störungen (Siehe Abb.1) sind charakterisiert durch eine Störung und/oder eine Unterbrechung des normalen Zusammenschlusses von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten.

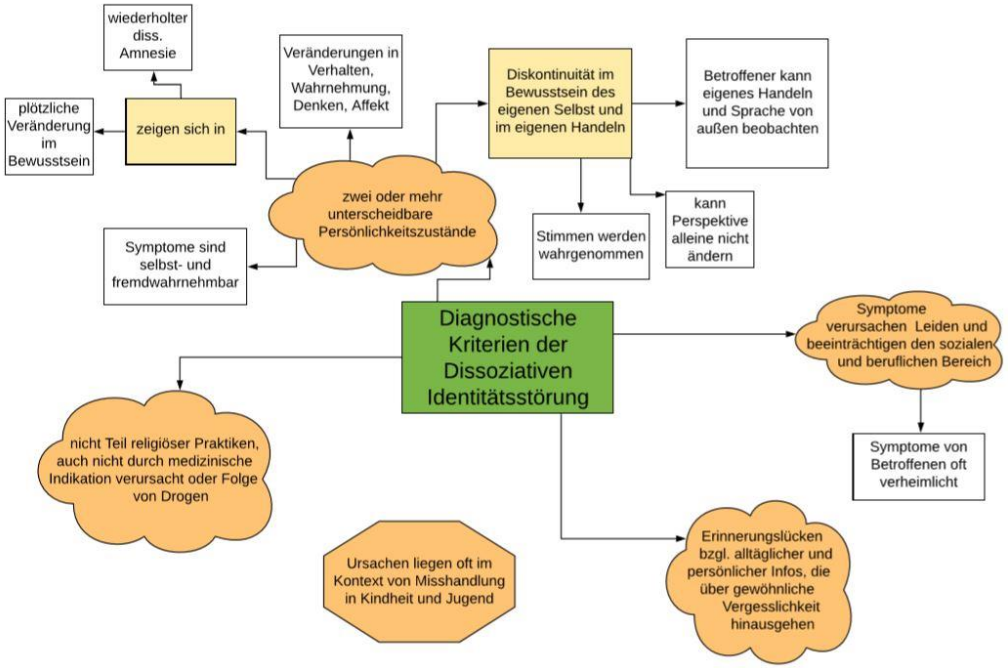
Verschiedene Arten dissoziativer Störungen sind: Dissoziative Identitätsstörung, Dissoziative Amnesie, Depersonalisations-/Derealisationsstörung, Andere Näher Bezeichnete Dissoziative Störung und die Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung.

Allgemeine Symptome dissoziativer Störungen stellen sich dar als: unerwünschte Störung des Bewusstseins und Verhaltens, Verlust des fortlaufenden subjektiven Erlebens (z.B. Fragmentierung der Identität, Depersonalisation, Derealisation), Probleme beim Abruf leicht zugänglicher Informationen und der Kontrolle psychischer Funktionen.

Im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-5) werden die Dissoziativen Störungen neben, aber nicht als Teil der Trauma- und belastungsbezogenen Störungen platziert.

Dissoziative Störungen treten in den USA mit einer Prävalenz von 1,5% auf.

# 2. Dissoziative Identitätsstörung




**Graphik 2:** Übersicht zu den diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung.

| | Diagnostische Kriterien |
|---|---|
| A. | • zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände<br>• in manchen Kulturen als Besessenheit bezeichnet<br>• Diskontinuität des Bewusstseins des eigenen Selbst/Handelns<br>• Veränderungen des Affekts, Verhaltens, Bewusstseins, Gedächtnisses, Wahrnehmung, Denken, sensorisch-motorischer Funktionen<br>• → Symptome können selbst- und fremd wahrgenommen werden! |
| B. | • Erinnerungslücken: alltägliche, persönliche Informationen sowie traumatische Ereignisse<br>• → keine gewöhnliche Vergesslichkeit! |
| C. | • Symptome verursachen Leiden und beeinträchtigen soziale sowie berufliche Bereiche |
| D. | • Störungsbild ist nicht Teil akzeptierter kultureller oder religiöser Praktiken, nicht Teil medizinischer Indikation (z.B. Anfälle) und auch nicht Folge physiologischer Wirkung von Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen, etc.) |
| E. | • bei Kindern: Störungsbild kann nicht besser durch imaginierte SpielkameradInnen oder Fantasiespiele erklärt werden |

**Tabelle 1:** Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung.

Die in A beschriebenen unterscheidbaren Persönlichkeitszustände werden je nach Motivation, Stressniveau, Kultur, innerer Konflikte und Dynamiken sowie Resilienz entweder offen präsentiert oder verdeckt. Zwei Symptome erleichtern das Erkennen von verdeckten wechselnden Persönlichkeitszu-

ständen: Erstens eine wiederholte dissoziative Amnesie und zweitens eine plötzliche Veränderung/Diskontinuität im Bewusstsein des eigenen Selbst.

Die Diskontinuitäten im Bewusstsein des eigenen Selbst bzw. im eigenen Handeln äußert sich dadurch, dass das eigene Handeln sowie die eigene Sprache von außen beobachtet werden kann, ohne diese Außenperspektive bewusst verlassen zu können. Zudem können Stimmen wahrgenommen werden oder starke Affekte auftreten, ohne dass diese als eigene erkannt und kontrolliert werden können. Diese subjektiven Empfindungen können auch von Außenstehenden beobachtet werden.

Dissoziative Amnesien treten im Rahmen der dissoziativen Identitätsstörung anhand dreier Merkmale auf: Lücken im Langzeitgedächtnis, Lücken bei sicheren Gedächtnisinhalten (z.B. bei Fertigkeiten, die man eigentlich schon kann: Auto fahren, Lesen) und bei alltäglichen Aufgaben und Handlungen, an die man sich nicht mehr erinnern kann. Insgesamt ist die dissoziative Amnesie bei der dissoziativen Identitätsstörung nicht auf belastende oder traumatische Ereignisse begrenzt.

Nicht jede dissoziative Identitätsstörung ist für die Außenwelt offensichtlich, zudem neigen Betroffene dazu, Symptome im Zusammenhang mit der Amnesie zu bagatellisieren.

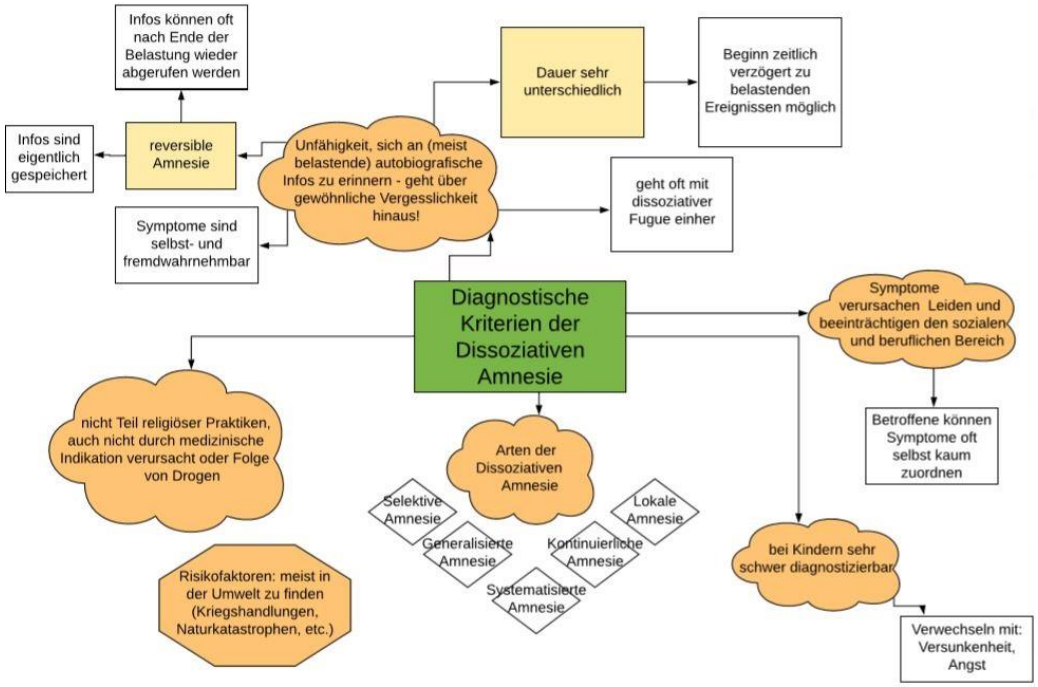
Im spirituellen Bereich sind immer wieder Menschen mit Symptomen ähnlich der dissoziativen Identitätsstörung anzutreffen, aber diese werden als Teil spiritueller Praktiken angesehen. Menschen mit einer diagnostizierten dissoziativen Identitätsstörung haben im Gegensatz dazu einen Leidensdruck, da die Symptome unerwünscht und unfreiwillig auftreten.

Ursachen der dissoziativen Identitätsstörung sind zumeist in der Kindheit bzw. Adoleszenz im Kontext von Misshandlung oder schmerzhaften multiplen medizinischen Behandlungen zu finden. Auslöser der Störung kann beispielsweise die Beendigung einer traumatischen Situation sein.

Durch eine angemessene Behandlung können Betroffene eine deutliche Verbesserung der privaten und beruflichen Funktionsfähigkeit erreichen.

Komorbide Störungen können depressive Störungen, traumatische und belastungsbezogene Störungen, Persönlichkeitsstörungen (Borderline), Somatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzkonsumstörungen, Zwangsstörungen und Schlafstörungen sein.

# 3. Dissoziative Amnesie




**Graphik 3:** Übersicht der diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Amnesie.

| Diagnostische Kriterien | |
|---|---|
| A. | • Unfähigkeit, wichtige autobiografische Informationen abzurufen<br>• Infos meist traumatischer bzw. belastender Natur<br>• keine gewöhnliche Vergesslichkeit<br>• Arten: Lokale, Selektive und Generalisierte Amnesie sowie Systematisierte und Kontinuierliche Amnesie |
| B. | • Symptome verursachen Leiden und beeinträchtigen soziale sowie berufliche Bereiche |
| C. | • Störungsbild nicht Folge physiologischer Wirkung von Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen, etc.), medizinischer Krankheitsfaktoren oder anderer neurologischer Erkrankungen |
| D. | • kann mit Dissoziativer Fugue (= absichtliche Reise oder zielloses Umherirren) verbunden sein |

**Tabelle 2:** Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Amnesie.

Diese autobiografischen Informationen, die nicht mehr erinnert werden können, sind eigentlich erfolgreich im Gedächtnis gespeichert und könnten ohne dissoziative Amnesie mühelos erinnert werden. Daher ist die dissoziative Amnesie immer reversibel im Gegensatz zu Amnesien, die z.B. durch neurobiologische Schädigungen entstanden sind.

Die verschiedenen Arten von dissoziativer Amnesie unterscheiden sich hinsichtlich der Art und des Umfangs an Informationen, die nicht mehr erinnert werden können. Die Lokale Amnesie ist die häufigste Form, hier können Ereignisse, die einen bestimmten Zeitabschnitt betreffen, nicht mehr abgerufen werden. Bei der Selektiven Amnesie werden einige, aber nicht

alle Ereignisse während eines Zeitabschnittes erinnert. Die Generalisierte Amnesie kommt sehr selten vor, beginnt akut und ist gekennzeichnet durch einen kompletten Gedächtnisverlust für die eigene Lebensgeschichte. Zusätzlich kann semantisches und prozedurales Wissen verloren gehen. Die Generalisierte Amnesie kommt gehäuft bei Kriegsveteranen, Opfern sexueller Gewalt oder in extremen Stress- und Konfliktsituationen vor.

Bei der Systematisierten Amnesie werden bestimmte Kategorien von Informationen ausgeblendet (z.B. Erinnerungen an die eigene Familie), bei der Kontinuierlichen wird jedes neue Ereignis sofort vergessen.

Eine dissoziative Amnesie kann von dissoziativen Flashbacks begleitet werden. Meist findet sich in der Vorgeschichte der Betroffenen gehäuft selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche und Ähnliches.

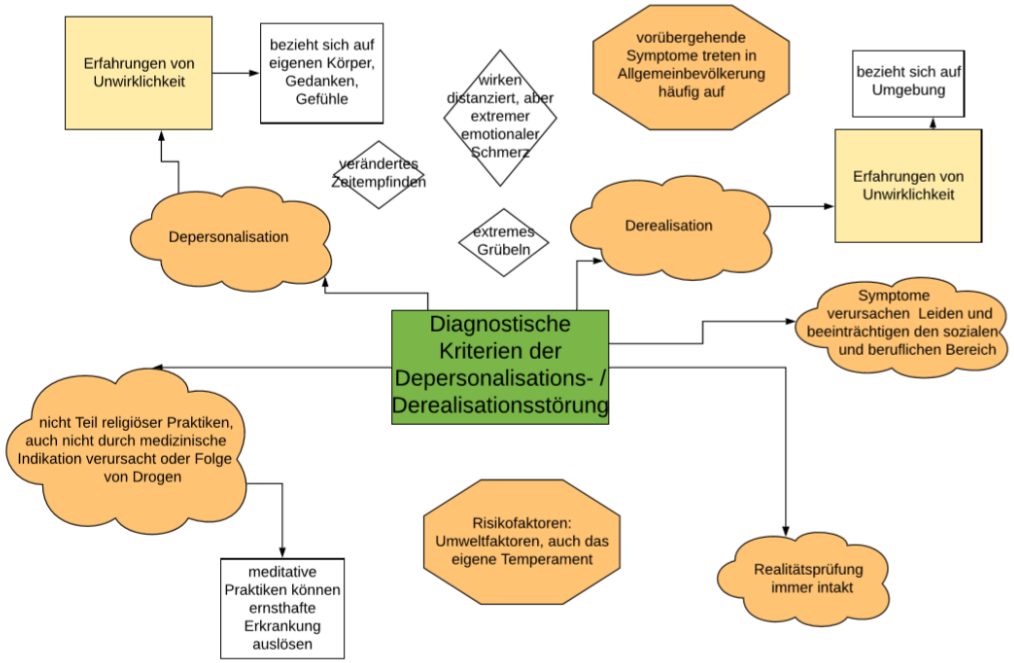
Im Gegensatz zur Amnesie, die meist plötzlich auftritt, ist der Beginn einer Lokalen oder Selektiven Amnesie oft schwer auszumachen, da Betroffene die Symptome kaum selbst zuordnen können. Erschwert wird dies durch die Tatsache, dass der Beginn zeitlich verzögert zu belastenden Ereignissen sein kann. Die mögliche Dauer einer dissoziativen Amnesie erstreckt sich von wenigen Minuten über mehrere Jahrzehnte. Bildet sich die Amnesie wieder zurück, kann das Erinnern von einst vergessenen Informationen zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine dissoziative Amnesie besonders schwer diagnostizierbar, da Symptome auch anderen Beeinträchtigungen wie Angst, Versunkenheit, Unaufmerksamkeit oder Lernstörungen zugeordnet werden können.

Risikofaktoren sind vor allem in der Umwelt zu finden, beispielsweise Kriegshandlungen, Missbrauch in der Kindheit, Genozid, Naturkatastrophen. Das Ende traumatischer Umstände kann eine rasche Besserung bewirken. In Kulturen mit sehr restriktiven sozialen Normen können sogar z.B. Ehekonflikte oder familiäre Schwierigkeiten eine dissoziative Amnesie auslösen.

Betroffene sind meist auf allen Ebenen des psychosozialen Funktionsniveaus beeinträchtigt.

# 4. Depersonalisations-/ Derealisationsstörung




**Graphik 4:** Übersicht zu den diagnostischen Kriterien der Depersonalisations-/Derealisationsstörung.

| | Diagnostische Kriterien |
|---|---|
| A. | • Depersonalisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit bezüglich eigener Gedanken, Gefühle, eigener Körper<br>• Derealisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit gegenüber der Umgebung |
| B. | • Realitätsprüfung ist immer intakt |
| C. | • Symptome verursachen Leiden und beeinträchtigen soziale sowie berufliche Bereiche |
| D. | • Störungsbild nicht Folge physiologischer Wirkung von Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen, etc.), medizinischer Krankheitsfaktoren oder anderer neurologischer Erkrankungen |

**Tabelle 3:** Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Depersonalisations-/Derealisationsstörung.

Betroffenen fällt es oft schwer, ihre Symptome zu beschreiben, sie befürchten, „verrückt“ zu sein oder eine irreversible Gehirnschädigung zu haben. Ein verändertes Zeitempfinden sowie extremes Grübeln sind Merkmale dieser Störung.

Vorübergehende Depersonalisations- bzw. Derealisationssymptome treten in der Allgemeinbevölkerung häufig auf. So erlebt beispielsweise etwa die Hälfte aller Erwachsenen mindestens einmal im Leben eine Episode von Depersonalisation bzw. Derealisation.

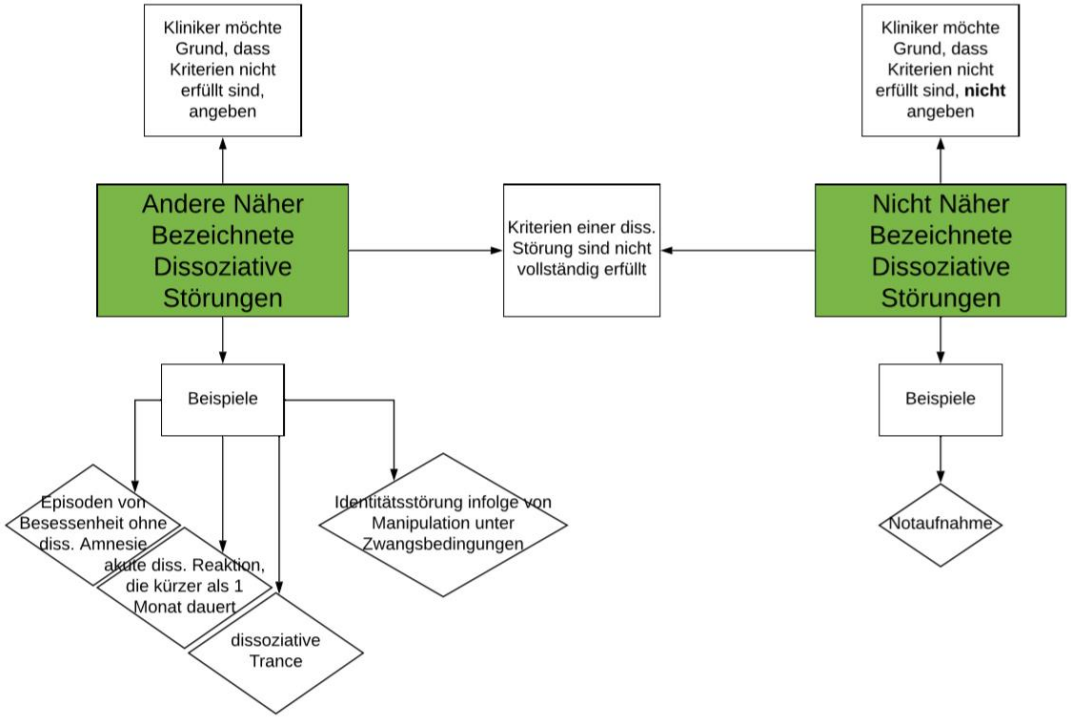
Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 16 Jahren, wobei es auch früher auftreten kann und ein Beginn nach dem 40. Lebensjahr sehr ungewöhnlich ist. Auslöser können Stress, Verschlechterung der Stimmung, Angstsymptome, überstimulierende Situationen, Beleuchtung oder Schlafmangel sein.

Das Temperament ist ein Risikofaktor, insofern man ein auf Schadensvermeidung ausgerichtetes Temperament hat. Risikofaktoren aus der Umwelt sind: zwischenmenschliche Kindheitstraumata, Misshandlung und Vernachlässigung oder auch unerwartete Ereignisse wie beispielsweise ein plötzlicher Todesfall in der Familie. Weitere Auslöser können Stress, Depressionen, Angst und der Konsum von Drogen sein.

Symptome, die jenen einer Depersonalisations- bzw. Derealisationsstörung ähnlich sind, können im Kontext meditativer Praktiken auftreten. Obwohl sie als Teil religiöser bzw. kultureller Praktiken betrachtet werden, können diese eine ernsthafte Erkrankung auslösen.

Betroffene wirken äußerlich oft distanziert im Verhalten, leiden aber meist gleichzeitig unter extremen emotionalen Schmerz.

# 5. Andere Näher Bezeichnete Störung




**Graphik 5**: Stellt eine Übersicht über die Anderen- und Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung dar.

Die charakteristischen Symptome einer dissoziativen Störung herrschen vor, aber die Kriterien einer dissoziativen Störung sind nicht vollständig erfüllt und der Klinker möchte den Grund angeben, warum die Kriterien nicht erfüllt sind.

Beispielhafte Beschwerdebilder könnten sein:

- Chronische und wiederkehrende Syndrome gemischter dissoziativer Symptome, z.B. Episoden von Besessenheit ohne dissoziativer Amnesie
- Identitätsstörungen infolge anhaltender und intensiver Manipulation unter Zwangsbedingungen, z.B. Gehirnwäsche, Folter, politische Gefangenschaft, bei denen ein Bewusstes Infragestellen der Identität auftritt
- Akute dissoziative Reaktionen auf belastende Ereignisse, wobei diese Reaktionen Stunden, Tage, aber jedenfalls weniger als einen Monat dauern
- Dissoziative Trance, bei der es zu einem kompletten Verlust oder einer akuten Einengung des Bewusstseins für die unmittelbare Umgebung kommt, wobei diese Erscheinung nicht typischer Bestandteil breit akzeptierter religiöser oder kultureller Praktiken ist

# 6. Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung

Die charakteristischen Symptome einer dissoziativen Störung herrschen vor, aber die Kriterien einer dissoziativen Störung sind nicht vollständig erfüllt und der Klinker möchte den Grund nicht angeben, warum die Kriterien nicht erfüllt sind, weil beispielsweise zum aktuellen Zeitpunkt nicht genügend Informationen zur Diagnose vorliegen, beispielsweise in der Notaufnahme.

# 7. Tests

Folgende Testverfahren wurden in den 5 Fallbeispielen zur Erstellung eines psychologischen Gutachtens verwendet:

## BDI II

(Beck Depressions Inventar) → Das BDI II stellt ein Instrument zur Beurteilung der Schwere der Depression bei Erwachsenen dar. Zu 21 Symptomen der Depression werden jeweils 4 Aussagen vorgegeben, von denen diejenige auszuwählen ist, die am besten beschreibt, wie sich der Beurteiler in den vergangenen beiden Wochen gefühlt hat. Bei zwei Items (Veränderungen der Schlafgewohnheiten und Veränderungen des Appetits) gibt es Vorgaben, die sich sowohl auf die Ver-minderung als auch auf die Vermehrung von Schlaf und Appetit beziehen. Dabei ist ebenfalls nur eine Aussage auszuwählen.

## ETI

(Essener Trauma-Inventar) → Das ETI wurde speziell zur Diagnostik von psychotraumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen (Posttraumatische Belastungsstörung PTSD und Akute Belastungsstörung ABS) entwickelt. Bei der Auswertung können vier Subskalen (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation) und zwei Gesamtskalen (ETI-PTSD und ETI-Total) berechnet werden. Mit Hilfe der Subskalen- und Gesamtskalenwerte ist die dimensionale Einschätzung des Schweregrades der Symptomatik möglich. Wenn ein traumatisches Erlebnis vorliegt, kann durch den Ver-

gleich der Skalenwerte mit Cut-off-Werten eine Screeningdiagnose PTSD bzw. ABS gestellt werden.

## PSSI

(Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar) → Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen erfasst wird. Diese sind als nicht-pathologische Entsprechungen der in den psychiatrischen diagnostischen Manualen DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert. Das PSSI umfasst 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind: PN (eigenwillig-paranoid), SZ (zurückhaltend-schizoid), ST (ahnungsvoll-schizotypisch), BL (spontan-borderline), HI (liebenswürdig-histrionisch), NA (ehrgeizig-narzisstisch), SU (selbstkritisch-selbstunsicher), AB (loyal-abhängig), ZW (sorgfältig-zwanghaft), NT (kritisch-negativistisch), DP (still-depressiv), SL (hilfsbereit-selbstlos), RH (optimistisch-rhapsodisch), AS (selbstbehauptend-antisozial).

Rorschachtest  Der Rorschachtest ist ein psychodiagnostisches Testverfahren und gehört zu den projektiven Tests. Ziel ist es, die gesamte Persönlichkeit des Probanden zu erfassen. Der Proband interpretiert dazu Tintenklecksmuster.

## SCL 90 ®

(Symptom-Checklist-90-Standard) → Die SCL-90® misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person inner-halb eines Zeitraumes von sieben Tagen bis heute. Sie gehört zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der psychischen Belastung. Die SCL-90®-S bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

## SVF-120

(Stressverarbeitungsfragebogen) → Der Stressverarbeitungsfragebogen ermöglicht die Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen. Der SVF stellt kein singuläres Testinstrument dar, sondern ein Inventar von Methoden, die sich auf verschiedene Aspekte der Stressverarbeitung beziehen. Die Standardform des SVF 120 (Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K.W.) dient der Er-fassung von 20 über je einen Subtest definierten Stressverarbeitungsweisen im Sinne zeit- und situations- (stressor-) stabiler Personenmerkmale: Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Entspannung, Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmaka Einnahme.

## SWT

(Sterne-Wellen-Test) → Der SWT ist ein projektives (graphoskopisches) Verfahren und erlaubt Einblicke in die Persönlichkeit, in das individuelle Welt-Erleben und in möglicherweise unbewusste Konflikte.

## WZT

(Wartegg Zeichentest) → Beim WARTEGG-Test handelt es sich um ein graphoskopisches Verfahren. Anders als bei Fragebogenverfahren, bei denen sich der Patient selbst beschreiben soll verhilft die zeichnerische Darstellung Gestaltungskräften zum Ausdruck sodass mittelbar über Darstellung und Ausdruck charakterologische Qualitäten erkenn-bar werden. Der Patient projiziert Erlebnisse, Erlebnispotenzen in das zeichnerische Bild. Die Auswertung erfolgt nach Merkmalen der graphischen Ausführung, nach Arten der Anfangsszeichen-Auffassung, nach der charakterologischen Projektion und nach den Lösungsarten.

# 8. 5 Fallbeispiele

Nachfolgend stellen wir 5 anonymisierte Fallbeispiele aus der Praxis vor.

| **Fallbeispiel 1** | |
|---|---|
| Situation | Frau W. berichtet, dass es ihr in der derzeitigen Schule nicht gut gehe. Sie habe mit September die Schule gewechselt und sei im Internat in Hofgastein, um eine Tourismusausbildung zu machen. Sie habe sich die Schule mit der Mutter gemeinsam angesehen und habe auch Interesse am Berufsfeld. Sie sei begeistert gewesen. Nun sei sie dort im Internat und fühle sich überhaupt nicht wohl. Wenn sie zur Schule hinfahre bekomme sie Symptome wie eine Enge in der Brust, Unwohlsein etc. Sie weine dort viel, könne sich nicht gut konzentrieren, sei von ihrer Zimmernachbarin leicht genervt., mache sich Sorgen, sei angespannt, habe Gefühlsausbrüche und habe das Gefühl, nicht |

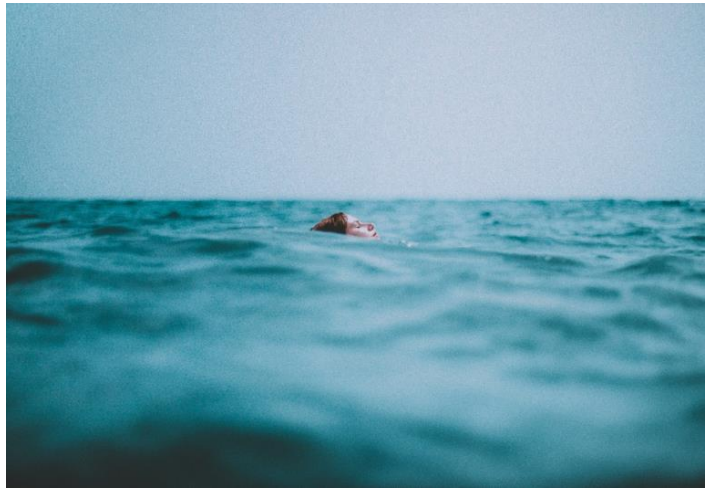
| | |
|---|---|
| | dorthin zu gehören.<br>Die Mutter berichtet davon, dass Frau W. ein eher ängstliches Kind sei, sie habe schon früher Angst gehabt, dass etwas zu brennen beginne oder ähnliches. |
| Tests zur Erstellung des Gutachtens | • SVF120<br>• PSSI<br>• SCL90 |
| Gutachten auf Basis der Testungen | Es zeigt sich bei Frau W. eine selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur. Beide Temperamentskomponenten sind bei ihr überaktiviert, d.h. sowohl die sensorische Erregbarkeit als auch die motorische Aktivierbarkeit. Das ganzheitliche Fühlen und Erkennen von Zusammenhängen einschließlich der Selbstwahrnehmung bei ihr erschwert. Der Selbstzugang ist fallweise gehemmt. Die Instabilität des Selbstbildes ist eine Begleiterscheinung. Sie ist sensibel bei Kritik, zeigt sich in Gesellschaft eher zurückhaltend und verfügt über eine ausgeprägte Fähigkeit, eigene Erwartungen und Einschätzungen bis hin zu komplexen Modellen ihrer Umwelt infrage zu stellen und zu revidieren, wenn widersprüchliche Informationen auftauchen. Die selbstkritische Haltung mündet bei ihr in die Besorgnis, vor anderen etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen. Angst vor negativer Beurteilung, Schüchternheit und soziales Unbehagen sind typisch. Susi hat eine erhöhte Sensibilität für den negativen Aspekt, die zu einer starken Hemmung des Selbstzugangs führt und damit das selbstsichere Verhalten erschwert. Bei ihr zeigt sich auch eine Unfähigkeit, angenehme Erfahrungen zu genießen.<br>Sie zeigt eine starke Somatisierung und auch ein noch suboptimales Stressverarbeitungsprofil mit Entwicklungsfeldern in den Bereichen Schuldabwehr, Ablenkung, Reaktionskontrolle und Positive Selbstinstruktion (positive Strategien ausbauen) und in den Bereichen Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Selbstbeschuldigung (negative Strategien verringern). |
| Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik | sensorische Erregbarkeit und motorische Aktivierbarkeit sind überaktiviert<br>erschwerte Selbstwahrnehmung sowie instabiles Selbstbild |
| Diagnose | Belastungsstörung/psychischer Schock/Krisenreaktion<br>Selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur |

| Fallbeispiel 2 | |
|---|---|
| Situation | Die Patientin gibt an, dass sie immer wieder psychische Probleme habe und mehrere traumatische Erlebnisse hinter sich habe. Sie sei von ihrem Bruder in der Kindheit jahrelang sexuell missbraucht worden und befinde sei von ihrem Freund, von dem sie sich schwer trennen könne, geschlagen worden. Dieser sei derzeit in Haft. Sie sei bereits in der Christian Doppler Klinik stationär behandelt worden. Sie leide an einer Borderlinestörung. Sie habe 2 Kinder, die sich 14-tägig sehe, der Bub wohne bei den Großeltern, das Mädchen beim Vater. |
| Tests zur Erstellung des Gutachtens | PSSI<br>ETI<br>WZT<br>SWT |
| Gutachten auf Basis der Testungen | Es zeigt sich eine starke Belastung und eine partielle PTBS.<br>Frau W. zeigt eine emotional-instabile Persönlichkeitsstruktur mit selbstbehauptend-antisozialen, abhängigen und depressiven Akzentuierungen: Sie hat demnach eine spontane Begeisterungsfähigkeit für positive Wahrnehmungen und lehnt gleichzeitig impulsiv Dinge oder Personen ab, die negative Eigenschaften zeigen. Die Instabilität des Selbstbildes ist eine Begleiterscheinung. Beide Temperamentskomponenten sind überaktiviert, d.h. sowohl die sensorische Erregbarkeit als auch die motorische Aktivierbarkeit. Das ganzheitliche Fühlen und Erkennen von Zusammenhängen einschließlich der Selbstwahrnehmung ist bei ihr erschwert. Der Selbstzugang ist gehemmt. Frau W. hat zudem ein vertieftes Erleben der eigenen und fremden Gefühle und erlebt positive Reize gedämpft. Persönliche Ressourcen von ihr sind bei ihr stark in Mitleidenschaft gezogen. Sie ist meist nicht in der Lage, vorausschauend zu planen und hat Probleme damit, sich den Normen der Gesellschaft anzupassen. Das chronisch aktivierte Selbst kann nicht von unangenehmen Erfahrungen lernen, weil diese nicht zugelassen werden.<br>In den projektiven Verfahren zeigen sich starke Hinweise auf eine Verletzlichkeit in Gefühlsdingen. Dynamik und Spannkraft dürften derzeit eingeschränkt vorhanden sein. Der SWT gibt Hinweise auf eine starke emotionale Belastung. Es lässt sich eine starke Gefühlsbetonung und eine starke emotionale Unruhe vermuten. Sie kann offenbar ihre kognitiven Funktionen nicht immer willentlich ansteuern und leidet unter Unruhe. Die Diskrepanz zwischen Denken und Fühlen ist hoch. |
| Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik | • spontane Begeisterungsfähigkeit für positive Wahrnehmungen, bei gleichzeitiger impulsiver Ablehnung von Dingen oder Personen, die negati- |

| | |
|---|---|
| | ve Eigenschaften zeigen<br>• Selbstwahrnehmung sowie ganzheitliches Fühlen sind erschwert<br>• instabiles Selbstbild<br>• sensorische Erregbarkeit und motorische Aktivierbarkeit sind überaktiviert<br>• vertieftes Erleben der eigenen und fremden Gefühle<br>• positive Reize gedämpft erlebt<br>• hohe Diskrepanz zwischen Denken und Fühlen |
| Diagnose | • Borderline-Typ<br>• Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung |

| Fallbeispiel 3 | |
|---|---|
| Situation | Die Patientin gibt an, sie sei als Kind von ihrer Mutter weggegeben worden. Sie sei zuerst in einem Heim gewesen und sei dann adoptiert worden. Die Kindheit bei den Adoptiveltern sei durchwachsen gewesen und sie habe auch Gewalt erlebt. Sie sei in Verhaltenstherapie und wolle unter Umständen eine Traumatherapie beginnen. Sie habe eine Tochter, weshalb sie nicht stationär in eine Klinik gehen könne, außer sie habe die Möglichkeit, das Kind mitzunehmen. Sie sei alleine und habe keine Unterstützung. |
| Tests zur Erstellung des Gutachtens | ETI<br>BDI II<br>SCL 90 ® |
| Gutachten auf Basis der Testungen | Das Profil aus dem SCL 90 ® ergibt, dass die Patientin eine Vielzahl von Symptomen hat. Sie ist niedergeschlagen, unsicher im Sozialkontakt, leidet an Gedankenkreisen, Schlafstörungen und Einsamkeitsgefühlen. Sie ist leicht reizbar und mache sich viele Sorgen. Die grundsätzliche psychische Belastung ist erhöht |

| | |
|---|---|
| | und die Anzahl der Symptome ist breit.<br>Aus dem BDI II ergibt sich ein Wert von 26, sie fällt damit in den Bereich einer mittelschweren Depression.<br>Der ETI ergibt, dass eine starke Belastung und eine partielle PTBS vorliegen. |
| Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik | • leicht reizbar<br>• unsicher im Sozialkontakt, möglicherweise Schwierigkeiten in der sozialen Wahrnehmung |
| Diagnose | • Anpassungsstörung<br>• Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |



| Fallbeispiel 4 | |
|---|---|
| Situation | Die Patientin gibt an, ihr Mann sei völlig unerwartet an plötzlichem Herztod verstorben. Sie habe einen neuen Partner, mache diesen aber fallweise verantwortlich für ihre Probleme. Sie habe HPV gehabt und es sei ihr die Gebärmutter entfernt worden. Nach der Entfernung sei sie immer noch positiv gewesen und sie habe Sorge gehabt, dass sie auch in der Scheide befallen sei. Inzwischen sei der Test negativ aber sie habe ständig Sorge, sich anstecken zu können und habe, was die Sexualität betrifft, immer wieder Sorgen und könne es nicht unbeschwert genießen. Sie leide an Alpträumen. Die Tochter habe Morbus Chron bekommen, sie selbst sei mit HPV erkrankt gewesen. Sie leide an Gedankenkreisen. |
| Tests zur Erstellung des Gutachtens | ETI<br>BDI II<br>SCL90 ® |

| | |
|---|---|
| Gutachten auf Basis der Testungen | Die Patientin hat nach dem SCL 90 R eine Vielzahl von Symptomen. Sie ist ängstlich, depressiv, somatisiert stark und leidet an Gedankenkreisen. Die grundsätzliche psychische Belastung, die Intensität der Belastung und die Breite der Symptome sind über dem Normbereich.<br>Aus dem BDI II ergibt sich ein Wert von 17, sie fällt damit in den Bereich einer leichten Depression.<br>Im ETI ergibt sich keine vollständige Passung auf eine PTBS, der Gesamtwert liegt mit 29 Punkten im auffälligen Grenzbereich. Es liegt demnach eine starke Belastung vor, es kann aber keine vollständige PTBS festgestellt werden. |
| Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik | • Ängstlichkeit könnte ein Hinweis darauf sein, dass manche Wahrnehmungen nicht „realistisch“ verarbeitet werden |
| Diagnose | • Leichte depressive Episode<br>• Anpassungsstörungen |

| Fallbeispiel 5 | |
|---|---|
| Situation | Die Patientin berichtet in der Anamnese davon, kaum aus dem Haus zu gehen. Sie sei seit Jahren alkoholabhängig und sei derzeit im Krankenstand. |
| Tests zur Erstellung des Gutachtens | ETI<br>BDI II<br>PSSI |
| Gutachten auf Basis der Testungen | Im ETI ergibt sich eine vollständige Passung auf eine PTBS: Die Patientin hat 6 Traumata erlebt (5 persönlich und eines als Zeugin).<br>Sie neigt daher dazu, eigene Absichten sehr deutlich zu erleben und hat Probleme damit, sich anderen anzuvertrauen. Sie hat eine eingeschränkte Ausdrucks- und Erlebnisintensität sowie eine Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen. Das ganzheitliche Fühlen und Erkennen von Zusammenhängen ist erschwert, ebenso wie die Selbstwahrnehmung. Sie ist unsicher und hat eine abhängige Persönlichkeitsakzentuierung. Zudem zeigt sie ein übermäßig aufop- |

| | |
|---|---|
| | ferndes Verhalten gegenüber den Bedürfnissen anderer Personen.<br>Die schwere Depression der Patientin wurde mit dem BDI II festgestellt. |
| Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik | • Defizite in der Selbstwahrnehmung<br>• eingeschränkte Erlebnisintensität, die auch mit einer eingeschränkten Ausdrucksintensität gekoppelt ist<br>• ganzheitliches Fühlen ist erschwert |
| Diagnose | • Posttraumatische Belastungsstörung<br>• Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome<br>• Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen |

## 9. Perspektiven einer „Therapie“

Der Begriff Therapie steht hier unter Anführungsstrichen, da sie von ausgebildeten Fachleuten durchgeführt wird, wir Lehrkräfte therapieren nicht, wir diagnostizieren auch nicht! Unsere Aufgabe ist es vielmehr, einerseits Betroffene bzw. SchülerInnen in persönlichen Problemsituationen zu Beratungsstellen, PsychologInnen, etc. weiterzuleiten, und andererseits die Möglichkeiten, die wir als Lehrkräfte zur Veränderung und Verbesserung der Situation haben, auszunutzen.

Grundsätzlich gibt es mehrere Handlungsalternativen, wenn eine Person dissoziiert:

- Man kann die Situation, die Dissoziationen hervorruft, vermeiden. Eine Vermeidung ist zwar nicht immer möglich, aber wenn beispielsweise jemand in Tunneln dissoziiert, kann man grundsätzlich meistens außen herum fahren oder woanders hinziehen bzw. woanders arbeiten. Die triggernde Situation zu vermeiden wäre oft eine verhältnismäßig einfache, ressourcenschonende Vorgehensweise, die Dissoziationen zu bekämpfen.
- Man kann die Situation, die Dissoziationen hervorruft, verändern. Dies kann insofern schwierig sein, da die Person meist selber nicht genau weiß, welcher Aspekt einer Situation, also welche konkrete Wahrnehmung (Geruch, Farbe, Geräusch, etc.) die Dissoziation hervorruft. Grundsätzlich wäre es aber auch eine verhältnismäßig einfache und ressourcenschonende Vorgehensweise.
- Eine Psychotherapie ist eine begleitende, oft auch die einzige realisierbare Handlungsalternative, wenn eine Person dissoziiert.

Die Baummetapher erklärt, warum eine Vermeidung der Situation zu bevorzugen ist:

Jede Dissoziation geht mit einer Art psychischem Schock einher, da wird ein Zweigerl des Baumes (= gesunder Mensch) abgeschnitten. Anfangs wachsen die Zweigerl noch nach, wenn nicht zu oft und nicht zu viel was weggeschnitten wird. Aber irgendwann, wenn das Wegschneiden nicht aufhört, also die psychischen Schocks nicht aufhören, kann es dem Baum auch zu viel werden und es wächst nicht mehr alles nach, im schlimmsten Fall geht er ein, das bedeutet, der Mensch trägt dann längerfristige psychische Folgen davon). Am allerbesten wäre es also, wenn es möglich ist, in Kombination mit einer Psychotherapie die psychischen Schocks, die mit Dissoziationen einhergehen, zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass sie nicht mehr auftreten.

An diesem Punkt, wenn es um die Vermeidung oder Veränderung von Situationen geht, haben wir Lehrkräfte mitunter einen Handlungsspielraum. Konkrete Vorgehensweisen müssen dann aber klarerweise im Team mit den Betroffenen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, etc. erarbeitet werden.

# 10. Literatur

Falkai, P. & Wittchen, H. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. (2. Auflage). Hogrefe: Göttingen.

www.flipsnack.com

www.pixabay.com