

8. Dissoziative Störungen

8.1 Einleitung

Dissoziative Symptome und Störungen gehören klinisch und konzeptuell zu den schillerndsten Phänomenen in der Psychiatrie und Psychotraumatologie (Mentzos, 2012; Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017). So differiert nicht nur die nosologische Stellung der dissoziativen Störungen in der ICD-10 und dem DSM-5, sondern es bleibt auch offen, welche klinischen Bilder darunter zu subsumieren sind (Spitzer & Freyberger, 2017). So werden beispielsweise die Konversionsstörungen – also Erkrankungen mit einer Körpersymptomatik, die eine neurologische Ursache nahelegt, ohne dass sich diese bestätigen lässt – in der ICD-10 zu den dissoziativen Störungen gezählt, im DSM-5 jedoch den somatoformen Störungen zugeordnet. In der unklaren nosologischen Stellung spiegeln sich auch wechselhafte und widersprüchliche theoretische Modelle wider, die das Verhältnis dissoziativer Störungen zu Traumatisierungen ganz unterschiedlich konzipiert haben (Übersicht bei Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017).

8.2 Historischer Rückblick

Historisch und inhaltlich ist der Dissoziationsbegriff eng mit dem Konzept der Hysterie verbunden (Mentzos, 2012; Ellenberger, 2005; vgl. auch Kap. A2 in diesem Band). Dieser Krankheitsbegriff bezeichnete eine Vielzahl psychischer und körperlicher Funktionsstörungen ohne ausreichendes organisches Korrelat, häufig in Kombination mit einer dramatisierenden, emotionalisierenden und daher als »unecht« empfundenen Symptomdarbietung. Derartige klinische Bilder wurden bereits in der ägyptischen Hochkultur beobachtet, in der angenommen wurde, dass eine im Körper umherwandernde Gebärmutter für die vielfältige Symptomatik verantwortlich sei. Die griechische Antike übernahm diese Vorstellung und prägte den Terminus Hysterie (von dem griechischen Begriff »hystera« für Gebärmutter).

Erste wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit diesen Störungsbildern datieren aus der Neurologie des 19. Jahrhunderts. Paul Briquet legte mit seiner Systematisierung der vielgestaltigen hysterischen Symptome eine erste, phänomenologisch orientierte Ausdifferenzierung der schillernden und unscharfen Hysterie vor. Jean-Martin

Charcot entdeckte, dass sich hysterische Symptome unter Hypnose auflösen und induzieren lassen. Er vermutete, dass alterierte Bewusstseinsanteile den Pathomechanismus darstellen (Ellenberger, 2005). Dies veranlasste seinen Schüler Pierre Janet zur Einführung des Konzepts der Dissoziation als Erklärungsmodell für hysterische Phänomene. Nach ihm sind sogenannte »psychologische Automatismen« in ihrer Gesamtheit in einem phänomenalen Bewusstsein vereint. Durch traumatische Erfahrungen können sich einzelne Elemente abspalten, die dadurch der willentlichen Kontrolle und Beeinflussbarkeit entzogen werden. In der Folge wirken diese jedoch eigendynamisch weiter und sind so für die hysterischen Symptome verantwortlich. Die Bereitschaft zu dieser Dissoziation hängt dabei nicht allein von der Schwere des Traumas, sondern vielmehr von der individuellen Disposition ab. Janet formulierte somit ein erstes Diathese-Stress-Modell von Dissoziation (Ellenberger, 2005; vgl. auch Kap. A2 in diesem Band).

Auch für Sigmund Freud spielten in seinen ersten Auseinandersetzungen mit der Hysterie Traumatisierungen, insbesondere intrafamiliäre sexuelle Grenzverletzungen, und ein dissoziativer Bewusstseinszustand eine wesentliche Rolle. In seiner weiteren Theoriebildung relativierte er jedoch die Bedeutung real-traumatischer Erfahrungen zugunsten triebbedingter, konflikthafter intrapsychischer Prozesse. Folglich bestand für Freud der zentrale Mechanismus der Hysterie im Konversionsprozess, d.h. der Umsetzung eines intrapsychischen Konfliktes in ein körperliches Symptom, welches den Konflikt symbolhaft darstellt. Der innerseelische Konflikt besteht dabei zwischen verbotenen, nicht zugelassenen Wün-

schen und Phantasien (meist sexueller Natur), die ins Bewusstsein drängen, und den Strebungen, die diese Wünsche nicht zulassen. Um diesen Konflikt zu lösen, werden die Triebregungen in ein symbolisches Körpersymptom umgewandelt, ohne jedoch ins Bewusstsein zu gelangen (Köbller & Scheidt, 1997; Mentzos, 2012; Ellenberger, 2005).

Die anfänglich komplementären Konzepte der Dissoziation und Konversion, die beide eng mit der Erklärung hysterischer Phänomene assoziiert sind, entwickelten sich in der Folgezeit vergleichsweise unabhängig voneinander. Während innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft traumatisierenden Erlebnissen, insbesondere sexuellem Missbrauch in der Kindheit, kaum pathogene Potenz zugesprochen wurde, dominierte das Konversionsmodell die Auseinandersetzung mit hysterischen Erkrankungen (Krutzenbichler, 2005). Erst im Zuge theoretischer Erweiterungen, im Wesentlichen durch die psychoanalytische Ich-Psychologie und die Objektbeziehungstheorie, kam es zu einer Renaissance des Traumadiskurses, etwa durch den von Khan eingeführten Begriff des kumulativen Traumas. Moderne Konzepte einer psychoanalytischen Traumatalogie gehen von komplexen Interaktionen zwischen traumatischer Realität und psychischem Binnenraum aus (Hirsch, 2004).

Hingegen verlor das Konstrukt der Dissoziation ab etwa 1910 seine Erklärungskraft, u.a. durch die Einführung des Schizophreniebegriffs durch Eugen Bleuler und die Dominanz psychoanalytischer Erklärungs-bemühungen (vgl. auch Kap. A2 in diesem Band). Mit der zunehmenden Anerkennung der epidemiologischen und klinischen Bedeutung kindlicher Traumatisierungen und der klinischen Relevanz von traumatischem

Stress bei den Kriegsveteranen des Vietnamkrieges wurde seit den 1970er Jahren das Konzept wiederentdeckt. So unterschiedlich beide Opfergruppen sind, so zeigen sie doch übereinstimmend, dass spezifische psychische und körperliche Beschwerden – wie beispielsweise Gedächtnislücken, Entfremdungserleben, vorübergehende Anästhesie und Bewegungslosigkeit – als Folgen traumatischer Erlebnisse verstanden werden können (Übersicht bei Krause-Utz & Elzinga, 2017).

Während die sehr heterogenen einzelnen dissoziativen Symptome durchaus im Kontext von Realtraumatisierungen auftreten und auch als diagnostische Kriterien für die akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung Eingang in die Klassifikationssysteme gefunden haben, ist auf der kategorialen Ebene der Zusammenhang zwischen Trauma und dissoziativen Störungen keineswegs monokausal und

deutlich komplizierter (Lynn et al., 2014; Krause-Utz & Elzinga, 2017; Eckhardt-Henn, 2017).

8.3 Klinische Bilder

Das gemeinsame Charakteristikum der dissoziativen Störungen besteht in einem teilweisen oder vollständigen Verlust der normalerweise gelingenden Integration der Erinnerung an persönlich relevante Inhalte (autobiografisches Gedächtnis), des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung von Sinnesempfindungen sowie der Kontrolle willkürlicher Körperbewegungen, wobei eine im weitesten Sinne psychische Verursachung angenommen wird und keine ausreichende körperliche Ursache für die Symptome vorliegt (ICD-10 und DSM-5). Trotz dieser vordergründig vereinheitlichenden Definition erscheint es als sinnvoll, die phänomenologischen Unterschiede auch be-

Tab. 1: Übersicht über die dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-5

ICD-10		DSM-5	
F44.0	Dissoziative Amnesie	300.12	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue	300.13	... mit Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor		
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände		
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	300.11	Konversionsstörungen
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle		
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen		
F44.7	Dissoziative Störungen, gemischt		
F44.80	Ganser-Syndrom		
F44.81	Multiple Persönlichkeitsstörung	300.14	Dissoziative Identitätsstörung
F44.88	Sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen	300.15	Andere näher bezeichnete dissoziative Störungen
F44.9	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen	300.15	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen
F48.1	Depersonalisationsstörung	300.6	Depersonalisationsstörung

grifflich zu differenzieren und die dissoziativen Störungen in zwei Gruppen zu unterteilen (vgl. Tab. 1):

- dissoziative Bewusstseinsstörungen (Dissoziation rein auf der psychischen Ebene; Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017),
- Konversionsstörungen (Dissoziation ausschließlich auf der Körperebene; Köbller & Scheidt, 1997; Fricke-Neef & Spitzer, 2013).

Jedoch ist der Überschneidungsbereich zwischen Dissoziation auf psychischer Ebene und pseudoneurologischer Konversion sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt groß (Spitzer et al., 1999). So kommen z.B. bei einem Patienten mit dissoziativen Krampfanfällen auch häufig dissoziative Amnesien oder stuporöse Zustände vor.

8.3.1 Dissoziative Bewusstseinsstörungen

Die *dissoziativen Bewusstseinsstörungen* umfassen die Amnesie, die Fugue, die Depersonalisationsstörung, den Stupor, Trance- und Besessenheitszustände, das Ganser-Syndrom, andere näher bezeichnete dissoziative Störungen und die multiple Persönlichkeitsstörung, die in Analogie zum DSM-5 besser als dissoziative Identitätsstörung bezeichnet werden sollte.

Die *dissoziative Amnesie* ist durch eine defizitäre Erinnerung an persönlich relevante Informationen wie die eigene Identität, wichtige Lebensereignisse oder -abschnitte gekennzeichnet. Die Amnesie bezieht sich also auf das autobiografisch-deklarative Gedächtnis, wobei die vergessenen Inhalte ganz überwiegend traumatischen Charakter haben oder die psychische Integrität massiv in Frage stellen. In der Regel

ist die Amnesie unvollständig, selektiv und im Verlauf fluktuierend, übersteigt jedoch immer das Ausmaß natürlicher Vergesslichkeit.

Das zentrale Charakteristikum der *dissoziativen Fugue* besteht in einer zielgerichteten Ortsveränderung (etwa ein plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause, vom Arbeitsplatz), die über die gewöhnliche Alltagsaktivität des Betroffenen hinausgeht. Obwohl für die Zeit der Fugue eine Amnesie besteht, sind die sonstigen psychosozialen Kompetenzen wie z.B. die Selbstversorgung weitgehend erhalten, so dass die Betroffenen auf Außenstehende unauffällig wirken.

Bei der *Depersonalisationsstörung* wird das eigene Selbst als verändert, entfremdet und unwirklich wahrgenommen. Gedanken, Gefühl und Handlungen werden als nicht mehr zum Selbst gehörig erlebt. Die Betroffenen schildern, dass sie »wie Roboter« funktionieren, das eigene Tun erscheint automatenhaft. Auch einzelne Körperteile werden als verändert (viel dicker oder dünner, wie tot) empfunden. Obwohl die Patienten nach außen unauffällig bleiben, erleben sie ihren Zustand als ich-dyston. Auch die emotionale Reagibilität ist deutlich eingeschränkt, was häufig als quälend erlebt wird. Im Extremfall versuchen Betroffene durch Selbstverletzungen den Depersonalisationszustand vorübergehend zu beenden.

Der *dissoziative Stupor* zeichnet sich durch eine beträchtliche Verringerung oder ein vollständiges Fehlen willkürlicher Spontanbewegungen, der Sprache und der normalen Reaktionen auf Licht, Geräusche oder Berührung aus. Im Gegensatz zu organisch stuporösen Bildern ist der Muskeltonus normal und die aufrechte Haltung und die Atmung bleiben erhalten. Gerade beim dissoziativen Stupor ist eine schnelle Diffe-

rentialdiagnostik wichtig, weil sich daraus erhebliche therapeutische Konsequenzen ergeben.

Dissoziative Trance- und Besessenheitszustände sind überwiegend in Ländern der Dritten Welt zu beobachten und sind durch einen vorübergehenden Verlust der persönlichen Identität und Umgebungswahrnehmung gekennzeichnet. Einerseits kommt es zu tranceartigen Bildern mit Bewusstseins-einengung und eingeschränkter Psychomotorik. Andererseits finden sich Zustandsbilder, bei denen die Betroffenen davon überzeugt sind, sie würden von einer Gottheit, einem Geist oder einer unheimlichen Kraft beherrscht. Dieser Überzeugung folgt ihr Verhalten, was dadurch oft bizarr und inadäquat wirkt.

Das führende Merkmal des *Ganser-Syndroms* stellt das sogenannte »haarscharfe« Vorbeiantworten im Gespräch dar: So antworten beispielsweise die Betroffenen auf die Frage: »Wie viel ist 2 plus 2?« mit »5«. Diese Störung kommt sehr selten vor und wird überwiegend in forensischen Settings berichtet.

Bei der *anderen näher bezeichneten dissoziativen Störung* (Other Specified Dissociative Disorder) herrschen dissoziative Symptome vor, ohne dass jedoch die Diagnosekriterien für eine spezifische dissoziative Störung vollständig erfüllt werden. Typische Beispiele hierfür sind chronische und wiederkehrende Syndrome gemischter dissoziativer Symptome, bei welchen die Identitätsstörungen mit weniger ausgeprägten Diskontinuitäten des Bewusstseins des eigenen Selbst einhergehen (Typ 1), Fälle von Identitätsstörungen infolge anhaltender und intensiver Manipulationen unter Zwangsbedingungen (z.B. »Gehirnwäsche«, Gedankeneinflussung, Indoktrination in Ge-

fangenschaft oder Rekrutierung durch Sekten bzw. Kulte; Typ 2), akute dissoziative Reaktionen auf belastende Ereignisse (Typ 3) oder die dissoziative Trance (Typ 4; die in der ICD-10 eine eigenständige diagnostische Kategorie darstellt).

Als charakteristisch für die *multiple Persönlichkeitsstörung* (multiple personality disorder, MPD) gilt das Vorhandensein von zwei oder mehreren verschiedenen Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitsanteilen innerhalb eines Individuums, wobei jeweils nur eine in Erscheinung tritt. Jeder Teil hat sein eigenes Gedächtnis, eigene Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt in unterschiedlich zeitlichem Ausmaß die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen. In der Regel haben die verschiedenen Persönlichkeitsanteile keinen Zugang zu der Existenz oder den Erinnerungen der anderen Anteile. Klinisch wegweisend ist die direkte Beobachtung eines Wechsels zwischen den verschiedenen Persönlichkeit(santeil)en, die im Englischen als »switches« bezeichnet werden (Gast, 2017). Im DSM-IV erfolgte eine Umbenennung der MPD zur dissoziativen Identitätsstörung (dissociative identity disorder, DID). Die nosologische Stellung der DID ist umstritten, und die umfassendste Kritik findet sich in dem sogenannten soziokognitiven Modell der DID (Spanos, 2001). Ob veränderte Diagnosekriterien (Gast, 2017) zu einer besseren Akzeptanz führen, bleibt abzuwarten. Aus klinischer Perspektive ist jedoch unbestritten, dass gerade biografisch früh, schwer und chronisch traumatisierte Patienten unterschiedliche Persönlichkeitskonfigurationen zeigen. Daher ist es folgerichtig, die DID als posttraumatische Störung zu konzipieren. Hingegen ist derzeit offen, ob die DID am besten als eigene klinische Entität, als Variante der

komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung oder als Syndrom innerhalb der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu verstehen ist.

8.3.2 Konversionsstörungen

Zu den Konversionsstörungen zählen die Bewegungsstörungen, die Krampfanfälle sowie die Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Fricke-Neef & Spitzer, 2013). Im Gegensatz zur ICD-10, welche die Konversions- und dissoziativen Störungen in einer Kategorie bündelt, subsumiert das DSM-5 die Konversionsstörungen als eine Variante unter die Kategorie der somatischen Belastungs- und verwandter Störungen.

Die *dissoziativen Bewegungsstörungen* umfassen alle psychogenen Dysfunktionen der Willkürmotorik, wobei Lähmungen aller Schweregrade am häufigsten sind. Es kommen jedoch auch A- bzw. Dysphonien, Dysarthrien, Dyskinesien und Koordinationsstörungen (z.B. Ataxie, Abasie und Astasie) vor. Oft gleicht die Symptomatik tatsächlichen neurologischen Erkrankungen, etwa einer brachiofazial betonten Hemiparese bei einem cerebralen Insult oder einem »bunten« Bild wie bei der multiplen Sklerose.

Dissoziative Krampfanfälle ähneln in ihrer Vielgestaltigkeit epileptischen Anfällen. Die klinische Symptomatik reicht dabei von nicht-convulsiven Synkopen (»Ohnmachtsanfälle«) über »Wutanfälle« mit Kratzen, Schlagen oder Beißen zu Anfällen, bei denen es zu rhythmischen Bewegungen kommt, die als Koitusäquivalente interpretiert wurden (z.B. »arc de cercle«) und daher auch »symbolische Anfälle« genannt werden. Im Gegensatz zu epileptischen Anfällen finden sich bei den dissoziativen Anfällen keine lichtstarren Pupillen, kaum Zungenbisse,

Einnässen oder -koten, keine vegetative Dysregulation (z.B. Blutdruckspitzen, Zyanose oder Hypersalivation) und wenig schwere Verletzungen.

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sind durch Veränderungen bzw. Ausfälle der Sensibilität und Sensorik gekennzeichnet. Klinisch kommt es zu Dys-, Hypästhesien und Anästhesien, die in ihrer Ausdehnung häufig nicht den anatomisch-physiologischen Strukturen (z.B. Dermatomen) folgen, sondern vielmehr den laienhaften Vorstellungen des Patienten entsprechen (»schneidermusterartige« Verteilung, z.B. eine handschuhartig begrenzte Anästhesie). Unter dieser Diagnose werden auch Störungen des Visus bis zur Blindheit, Hörstörungen bis zur Taubheit und Anosmie subsumiert. Liegt mehr als eine dissoziative Störung vor (z.B. eine motorische und sensible Hemisymptomatik), sollte eine dissoziative Störung, gemischt, diagnostiziert werden.

8.4 Epidemiologie

Die Prävalenz für dissoziative Bewusstseinsstörungen liegt in der Allgemeinbevölkerung bei knapp 2 bis gut 18 %, wobei abhängig von der Erfassungsmethodik und dem kulturellen Hintergrund die Angaben variieren (Spitzer & Freyberger, 2017). Die Konversionsstörungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von 0,6 % in der mitteleuropäischen Allgemeinbevölkerung deutlich seltener. Zunächst scheinen Frauen häufiger betroffen zu sein, werden jedoch die konfundierenden Effekte allgemeiner Psychopathologie kontrolliert, zeigen sich keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede in der dissoziativen Symptomatik (Spitzer & Freyberger, 2017; Kößler & Scheidt, 1997).

Bei psychiatrischen Patienten liegen die Prävalenzraten bei bis zu 30 %. Klinisch werden die dissoziativen Störungen allerdings häufig übersehen. Pseudoneurologische Störungen finden sich im stationär neurologischen Bereich bei ca. 8–9 % aller Patienten und im stationär psychiatrischen Bereich bei ca. 6–8 % der Patienten (Spitzer & Freyberger, 2017; Fricke-Neef & Spitzer, 2013).

In größeren klinisch behandelten Populationen liegt bei ca. 75 % der Patienten der Erkrankungsbeginn zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr. In Ermangelung breiter angelegter epidemiologischer und von Verlaufsstudien sind bisher noch keine präzisen Aussagen zur Inzidenz möglich. Die Praxis weist aber auf einen typischen Gipfel in der Altersverteilung vor Beginn bzw. am Anfang des dritten Lebensjahrzehnts hin.

Dissoziative Störungen, die durch ein hohes Ausmaß an Desintegration psychischer Funktionen (Krampfanfälle, Fugue, multiple Persönlichkeitsstörung) gekennzeichnet sind, verlaufen in der Regel eher chronisch. Hingegen zeigen Amnesien, Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen häufig einen episodenhaften Verlauf. Patienten mit dissoziativen Störungen weisen eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (ca. 30 %), Phobien und anderen Angsterkrankungen (25–90 %), depressiven (70–90 %) und somatoformen Störungen (ca. 15 %) auf (Spitzer et al., 2005; Fricke-Neef & Spitzer, 2013).

Das Risiko einer ungünstigen Prognose scheint dabei mit dem Ausmaß der Komorbidität, mit dem Zeitpunkt einer adäquaten Diagnosestellung und der Erkrankungs-dauer zu steigen. Als problematisch erweist sich vor allem bei Patienten mit Konversionsstörungen, dass sie zum Teil über lange

Zeiträume als neurologisch erkrankt verkannt werden. In Stichproben von Patienten mit dissoziativen Störungen, die in der Neurologie hospitalisiert wurden, wurde eine mittlere Erkrankungs-dauer von ca. 7 Jahren gefunden, bevor erstmalig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention erfolgte. Während zu Beginn einer dissoziativen Störung auslösende Ereignisse und das Auftreten der Symptomatik inhaltlich und zeitlich korreliert sind, kommt es im Verlauf häufig zu einer zunehmenden Generalisierung auf unspezifische innere und äußere Stimuli.

8.5 Diagnose und Differentialdiagnose

Für die Diagnose einer dissoziativen Störung fordert die ICD-10 das Vorliegen aller der folgenden drei Merkmale.

- klinische Charakteristika, wie sie für die einzelnen Störungen (Amnesie, Fugue, Anfälle, Paresen etc.) typisch sind;
- keine körperliche Erkrankung, welche die Symptome ausreichend erklären könnte;
- Nachweis einer psychogenen Verursachung, d. h. zeitlicher Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung (auch wenn eine solche vom Patienten selbst geleugnet wird).

Damit wird deutlich, dass dissoziative Störungen keine Ausschlussdiagnosen darstellen; vielmehr ist bei entsprechenden klinischen Verdachtsmomenten sofort eine mögliche Psychogenese zu berücksichtigen. Dennoch ist bei allen Erstmanifestationen eine eingehende somatische, vor allem neurologische Diagnostik unabdingbar. Die gleichzeitig erfolgende psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik berücksichtigt folgende Aspekte, um zum einen eine

Psychogenese plausibel zu machen und zum anderen erste Behandlungsschritte zu planen und zu initiieren (Dammann & Overkamp, 2004):

- schwere Symptomatik mit psychosozialen Funktionseinschränkungen;
- kategoriale Diagnose (primär dissoziative Störung oder Bestandteil einer »übergeordneten« Störung);
- differentialdiagnostisch relevante Symptome;
- komorbide Erkrankungen;
- Beginn und potentielle Auslöser;
- Verlauf und verlaufsmodifizierende Einflüsse;
- psychosoziale Situation;
- Therapievoraussetzungen und -motivation;
- Persönlichkeitsstruktur und -variablen;
- Vorerfahrungen mit Psychotherapie und/oder Psychopharmaka (Art, Dauer, Erfolg oder Misserfolg von Vorbehandlungen);
- Störungswissen der Betroffenen und Krankheitsmodell.

Zur erweiterten Symptomerfassung, diagnostischen Sicherheit und Verlaufsmessung können ergänzend psychometrische Verfahren als Screeninginstrumente oder im Sinne diagnostischer Interviews eingesetzt werden. International ist die Selbstbeurteilungsskala *Dissociative Experiences Scale* am besten etabliert, die als Kurz- und Langversion sowie in einer modifizierten deutschen Version als *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (FDS) vorliegt (Spitzer et al., 2015). Sie weist eine gute Validität, Reliabilität bzw. diagnostische Spezifität/Sensitivität auf und erfasst die dissoziative Symptomatik auf den Ebenen Amnesie, Absorption/imaginatives Erleben, Derealisation und Depersonalisation. Für die katego-

riale Diagnostik hat sich das in deutscher Übersetzung vorliegende *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen* (SKID-D; Gast et al., 2000) gut bewährt.

Differentialdiagnostisch ergibt sich bei allen dissoziativen Störungen die Notwendigkeit, eine ausreichend erklärende organische Basis der Symptomatik auszuschließen. Hinzu kommt, dass dissoziative Symptome bei anderen psychischen Störungen häufig vorkommen. Bei der akuten und Posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören sie gar zu den diagnostischen Kriterien. Daher ist immer zu klären, ob die dissoziative Symptomatik allein das klinische Bild dominiert oder ob sie in einen weiteren Störungszusammenhang eingebettet ist. Die zusätzliche Diagnose einer dissoziativen Störung erscheint dann als gerechtfertigt, wenn diese das klinische Bild maßgeblich mit prägt. Zu den weiteren Differentialdiagnosen gehören affektive, Angst- und somatoforme Störungen, Schizophrenien, hirnorganische und artifizielle Störungen sowie Simulationstendenzen.

Konversionsstörungen sind in erster Linie von neurologischen Krankheiten abzugrenzen, die die Beschwerden hinreichend erklären könnten. Am relevantesten sind hier Epilepsien, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Kleinhirnsyndrome und die Encephalomyelitis disseminata. Eine Differenzierung allein auf der Basis des klinischen Bildes ist in der Regel nicht möglich, zumal die Komorbidität zwischen neurologischen Erkrankungen und dissoziativen Störungen hoch ist. Liegt etwa eine gesicherte organische Störung vor, ist immer zu fragen, ob diese ausreicht, um die Symptomatik zu erklären (Fricke-Neef & Spitzer, 2013).

Bei allen differenzialdiagnostischen Erwägungen und sich daraus ergebenden diagnostischen Maßnahmen ist besonders bei den Konversionsstörungen zu beachten, dass die Betroffenen überwiegend ein somatisches Krankheitskonzept haben. Sie halten sich selbst für körperlich krank und stehen einer möglichen Psychogenese ihrer Beschwerden skeptisch bis ablehnend gegenüber. Eine umfassende Organdiagnostik birgt daher die Gefahr einer iatrogenen Fixierung dieses somatischen Krankheitskonzepts, was die Initiierung einer Psychotherapie deutlich erschwert oder gar unmöglich macht. Daher sollte in enger Kooperation mit der Organmedizin sorgfältig abgewogen werden, welche diagnostischen Maßnahmen notwendig und welche womöglich entbehrlich sind. Das ist insbesondere bei Patienten mit chronifizierten Erkrankungen relevant, die meist schon eine Vielzahl umfassender organdiagnostischer Prozeduren durchlaufen haben (Fricke-Neef & Spitzer, 2013; Spitzer et al., 2005).

8.6 Ätiopathogenese

8.6.1 Psychodynamische Konzepte

Nach psychodynamischem Verständnis (Übersicht bei Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017; Mentzos, 2012) sind dissoziative Symptome und Störungen als unspezifische Reaktionsmodi auf intrapsychische und interpersonelle Konflikte, welche die Ich-Integrität massiv bedrohen, ebenso zu verstehen wie als Folge schwerer Realtraumatisierungen. Grundlegend ist die Annahme, dass die kognitive und emotionale Reizverarbeitungskapazität überschritten wird, unabhängig davon, ob es sich um innere Reize (z. B. intrapsychische Konflikte) oder äußere Stimuli (etwa traumatische Erfahrungen) han-

delt. Somit können dissoziative Störungen als *Konfliktpathologie* konzipiert werden, wobei neben einem unspezifischen Konflikt meist eine *Strukturpathologie* im Sinne defizitärer Ich-Funktionen vorliegt. Diese kann jedoch bis zur symptomauslösenden Situation klinisch »stumm« gewesen sein. Diese strukturellen Mängel verweisen dabei auf entwicklungsbedingte Defizite, die der Ausbildung eines kohäsiven Selbst und stabiler innerer Objekte entgegenstanden, z. B. in Form von Realtraumatisierungen in sehr frühen Lebensphasen oder fortgesetzter emotionaler, psychischer und physischer Deprivation. Die Symptommanifestation erfolgt dann häufig in Versuchungs- und Versagungssituationen oder durch Reaktualisierungen. Aber auch bei strukturell gesunden Menschen können massive Traumatisierungen dissoziative Phänomene hervorrufen: Die Intensität eines exzessiven Traumas überfordert den individuellen Reizschutz und übersteigt die Fähigkeiten des Ichs, es zu bearbeiten. In der Folge wird dann durch Wiederholungen des Traumas (z. B. in Form von Träumen oder Re-Inszenierungen) eine angemessene intrapsychische Bearbeitung und dadurch eine Wiederherstellung der gestörten Homöostase angestrebt, wobei dies nicht immer gelingt.

Aufgrund der gestörten Körperfunktionen sind bei den Konversionssyndromen weitere psychodynamische Aspekte von hoher Relevanz (Köbler & Scheidt, 1997; Mentzos, 2012). So kann die »Symptomwahl« als Kompromiss zwischen Triebwunsch und seiner Abwehr verstanden werden, wobei sich der zugrunde liegende Konflikt im Symptom symbolisiert. Häufig finden sich auch unbewusste Identifikationen mit real erkrankten relevanten Objekten, die die Konversionssymptomatik determinieren. Der

Betroffene erscheint als somatisch erkrankt, was für ihn selbst oft eine Über-Ich-Entlastung bedeutet, weil der initial intrapsychische Konflikt auf eine körperliche Ebene verschoben wird (primärer Krankheitsgewinn). Im Hinblick auf seine Umwelt eröffnet ihm die vermeintliche körperliche Krankheit neue Beziehungsmöglichkeiten, da sie ihm im sozialen Raum die Übernahme der klassischen Krankenrolle erlaubt (sekundärer Krankheitsgewinn). Gerade dem letztgenannten Aspekt kommt oft eine interpersonell regulierende und damit symptomaufrechterhaltende Funktion zu (Spitzer et al., 2005).

8.6.2 Kognitiv-behaviorale Konzepte

Das kognitiv-behaviorale Verständnis (Priebe et al., 2013) ist Vulnerabilitäts-Stress-Modellen verpflichtet, welche die Dissoziation als autoregulative Verarbeitungsstörung traumatischer Erfahrungen respektive als Komponente trauma-assoziiierter Spaltungsvorgänge auffassen. Demnach werden im Zuge des traumatischen Geschehens emotionale, kognitive, motorische und sensorische Sinneseindrücke abgespalten, weil ihr Impetus und ihre Bedrohlichkeit die normale Reizverarbeitungskapazität übersteigen (peritraumatische Dissoziation). Während diese initiale Reaktion funktional ist, kann es im Verlauf zu einer dysfunktionalen Dissoziationsneigung kommen. Dissoziation fungiert dabei als Vermeidungsstrategie in sensu, d.h. die hoch aversiven emotionalen und kognitiven Elemente eines Reizes werden nicht bewusst erlebt, sondern gewissermaßen »ausgeblendet«, was kurzfristig zu einer Entlastung führt. Auf diese Weise findet dann eine operante Konditionierung statt, die dazu führt, dass die Schwelle für

dissoziation-auslösende Hinweisreize zunehmend sinkt, also eine Generalisierung eintritt.

Neurobiologische Korrelate bzw. Folgen von Traumatisierungen umfassen eine Dysregulation der Hypothalamas-Hypophysen-Nebennieren-Achse, Alterationen im serotonergen, noradrenergen, glutamatergen und im endogenen Opioidsystem sowie strukturelle und funktionelle Auffälligkeiten im präfrontalen und temporalen Kortex, im limbischen System (v.a. im Bereich der Amygdalae) und im Thalamus (Priebe et al., 2013; Winter & Schmahl, 2017; Gebauer & Daniels, 2017).

8.7 Therapie

Eine Psychotherapie gilt – unabhängig von ihrer Provenienz – als Mittel der Wahl bei den dissoziativen Störungen, obwohl systematische kontrollierte Therapiestudien ausstehen (Brand et al., 2009). Erste experimentelle psychopharmakologische Behandlungsansätze, z.B. mit Opioidantagonisten, haben sich klinisch bislang nicht durchsetzen können. Es gibt kein zugelassenes »Anti-Dissoziativum«; jedoch kann angesichts komorbider psychischer Störungen eine psychopharmakologische Mitbehandlung sinnvoll sein.

8.7.1 Dissoziative Bewusstseinsstörungen

Die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung lässt sich nach der Richtlinie der International Society for the Study of Dissociation (Gast & Wirtz, 2014) schematisch in vier Phasen unterteilen:

1. Stabilisierung,
2. Förderung der Kommunikation zwischen den Teilpersönlichkeiten,

3. Traumabearbeitung und Integration der Teilpersönlichkeiten,
4. postintegrative Psychotherapie.

Es wird darauf abgezielt, ein zunehmendes Gefühl innerer Verbundenheit und Beziehungen zwischen den alternierenden Persönlichkeitsanteilen zu fördern. Die Patienten sollen ein zunehmendes Gefühl für ein einheitliches und alltagstaugliches Selbst entwickeln. Als übergeordnetes Therapieziel gilt die vollständige Integration aller Teilidentitäten in die Gesamtpersönlichkeit (Gast, 2017; Reddemann et al., 2004).

Obwohl für die anderen dissoziativen Bewusstseinsstörungen keine Richtlinien existieren, kann, verallgemeinernd, ihre Behandlung analog den oben genannten Phasen erfolgen:

1. Stabilisierung und Symptomreduktion,
2. Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen, inneren Konflikten, interpersonellen Schwierigkeiten oder ich-strukturellen Defiziten,
3. Integration, Alltagstransfer und Rehabilitation.

Psychodynamische, kognitiv-behaviorale, hypnotherapeutische und familientherapeutische Vorgehensweisen werden kombiniert, die letztendlich auf eine genügende Affektkontrolle und Fähigkeit zur Selbststeuerung abzielen (Reddemann et al., 2004).

8.7.2 Konversionsstörungen

Auch wenn bei der Konversionsstörung eine Psychotherapie das Mittel der Wahl ist (Fricke-Neef & Spitzer, 2013), stellt gerade deren Initiierung ein besonderes Problem dar: Aufgrund ihrer körperlichen Funktionsausfälle haben die Betroffenen häufig ein soma-

tisches Krankheitskonzept, welches möglicherweise durch eine umfangreiche Organ-diagnostik iatrogen fixiert wird. In solchen Fällen ist eine vorschnelle Konfrontation mit einem Psychogenesemodell zu vermeiden; vielmehr hat sich folgendes Vorgehen bewährt (Fricke-Neef & Spitzer, 2013; Spitzer et al., 2005):

1. Aufklärung, dass psychologische Faktoren einen verlaufsmodifizierenden oder (teil-) ursächlichen Einfluss haben;
2. Anerkennung des Leidensdrucks und der psychosozialen Konsequenzen;
3. keine Beschämung durch Andeutungen, dass der Patient »nichts hat«;
4. Einleitung einer symptomorientierten Behandlung;
5. Angebot suggestiv-hypnotherapeutischer Verfahren, die den Patienten initial einen eher passiv-rezeptiven Zugang ermöglichen.

Auf der Grundlage der hierdurch gewonnenen Behandlungserfahrungen kann die differentielle Indikation einer konfliktbearbeitenden bzw. verhaltenstherapeutischen Therapie gestellt werden.

Eine *konflikt-zentrierte, psychodynamisch orientierte Vorgehensweise* ist zu wählen, wenn der Patient die prinzipiellen Eingangskriterien erfüllt. Für eine gelingende Therapie ist es dabei unbedingt ratsam, gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsziele zu erarbeiten, die auch in Abhängigkeit von der Prognose zu formulieren sind. Als prognostisch günstige Faktoren gelten bei Patienten mit Konversionsstörungen folgende spezifischen und allgemeinen Konstellationen:

- akut aufgetretene Symptomatik,
- Symptombildung nicht ausschließlich auf der Körperebene,

- erstmalige Erkrankung an einer Konversionssymptomatik,
- keine oder allenfalls geringe psychiatrische Komorbidität,
- niedriger sekundärer Krankheitsgewinn und hoher Leidensdruck,
- hohe Psychotherapiemotivation,
- hohe Einsichtsfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge,
- gutes persönlichkeitsstrukturelles Niveau,
- klar umrissener Konflikt intrapsychischer oder interpersoneller Art,
- hohe Intelligenz und Introspektionsfähigkeit.

Je nach Behandlungsziel erscheint es als sinnvoll, den Fokus der Therapie auf drei mögliche Schwerpunkte zu legen (Spitzer et al., 2005):

1. die Symptomebene,
2. die Konfliktebene (unbewusste, interpersonelle und Aktualkonflikte) und
3. die Ebene struktureller Defizite.

Verhaltenstherapeutische Interventionen (Priebe et al., 2013) sind vor allem dann sinnvoll, wenn beispielsweise angesichts eines hohen Chronifizierungsgrades die Symptomreduktion und das Inanspruchnahmeverhalten im Vordergrund stehen.

Das grundsätzlich zu bevorzugende ambulante Behandlungssetting muss bei folgenden Indikationen verlassen werden:

- schwere Symptomatik, die eine ambulante Behandlung unmöglich macht (z. B. dissoziative Halbseitenlähmung, wiederholte dissoziative Krampfanfälle),
- Therapieresistenz über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten,
- rezidivierende Störungen,
- hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen,

- Symptomverschiebungen und Komplikationen.

Neben dem Ziel einer Besserung der Symptome und einer Differenzierung der Krankheitsverarbeitung besteht die Aufgabe stationärer psychotherapeutischer Ansätze vor allem darin, die zugrunde liegende Konflikt-dynamik herauszuarbeiten. Hilfreich scheinen vor allem gruppenpsychotherapeutische Ansätze zu sein, in denen dissoziative Abwehrprozesse möglicherweise besser als in einzeltherapeutischen Settings identifiziert und korrigiert werden können (Freyberger et al., 1996). Für die therapeutische Bearbeitung der realtraumatischen Aspekte ist allerdings eine Kombination mit einer Einzeltherapie indiziert. Komplikationen, mit denen auch bei behutsamer Planung im psychotherapeutischen Prozess vor allem dann zu rechnen ist, wenn es plötzlich zu einschneidenden Symptombesserungen kommt, sind:

1. schwere Krisen mit Suizidalität, Selbstbeschädigung, psychotischen, schweren affektiven und Angstsymptomen;
2. Re-Inszenierung erlittener Realtraumatisierungen im therapeutischen oder nichttherapeutischen Raum.

8.8 Fazit

Bei allen dissoziativen Störungen können Realtraumata eine prominente Rolle spielen – sei es in der Ätiologie, als symptomauslösendes Ereignis oder als den Verlauf komplizierende Faktoren. Hier kann es nützlich sein, eine traumazentrierte Psychotherapie (oder Elemente daraus) zu wählen (Sachsse, 2004). Unabhängig von der Art der Psychotherapie gestaltet sich die Behandlung von Patienten mit dissoziativen Bewusstseins-

und Konversionsstörungen häufig als längerfristiger Prozess, bei dem sich ambulante und stationäre Behandlungen im Sinne einer Intervalltherapie abwechseln können.

Leider liegen bisher keine kontrollierten Psychotherapiestudien zu dissoziativen Störungen im engeren Sinne vor (Brand et al., 2009). Ein klinisch erfolgreiches Vorgehen scheint unserer Auffassung nach davon abzuhängen, dass die Betroffenen in ihrem Krankheits-, Pathogenese- und Ätiologieverständnis respektiert und nicht mit Interventionen konfrontiert werden, die ihre Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, ihre Konflikteinsicht und ihr strukturelles Niveau überfordern. Insbesondere die Betroffenen mit einem neurologischen oder anderweitig somatischen Krankheitsverständnis sind in einem sorgfältigen Vorgehen dort »abzuholen«, wo sie sich in ihrem, möglicherweise noch brüchigen, Psychogeneseverständnis befinden.

8.9 Literatur

- Brand B. L., Classen C. C., McNary S. W. & Zaveri P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 646–654.
- Bremner J. D. & Marmar C. R. (Hrsg.) (1998). *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dammann G. & Overkamp B. (2004). Diagnose, Differentialdiagnose und Komorbidität dissoziativer Störungen des Bewusstseins. In: Reddemann L., Hofmann A. & Gast U. (Hrsg.). *Psychotherapie dissoziativer Störungen*. Stuttgart: Thieme, 3–25.
- Eckhardt-Henn A. (2017). Dissoziation als spezifische Abwehrfunktion schwerer traumatischer Erlebnisse – eine psychoanalytische Perspektive. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 127–143.
- Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.) (2017). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Ellenberger H. F. (2005). *Die Entdeckung des Unbewussten*. Zürich: Diogenes.
- Freyberger H. J., Drescher S., Dierse B. & Spitzer C. (1996). Psychotherapeutic outcome among inpatients with neurotic and personality disorders with and without benzodiazepine dependence syndrome. *European Addiction Research*, 2, 53–61.
- Fricke-Neef C. & Spitzer C. (2013). Konversionsstörungen. *Nervenarzt*, 84, 395–406.
- Gast U. (2004). Dissoziative Identitätsstörung – valides und dennoch reformbedürftiges Konzept. In: Reddemann L., Hofmann A. & Gast U. (Hrsg.). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme, 26–36.
- Gast U. (2017). Die Dissoziative Identitätsstörung. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 310–341.
- Gast U. & Wirtz G. (2014). International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen. *Trauma & Gewalt*, 8, 7–71.
- Gast U., Zündorf F. & Hofmann A. (2000). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen (SKID-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Gast U., Rodewald F., Kersting A. & Emrich H. M. (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut*, 46, 289–200.
- Gebauer C. & Daniels J. (2017). Neurochemische und neuroendokrinologische Befunde. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 116–124.
- Hirsch M. (2004). *Psychoanalytische Traumatalogie. Das Trauma in der Familie. Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Köbler M. & Scheidt C. E. (1997). *Konversionsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Krause-Utz A. & Elzinga B. (2017). Peritraumatische Dissoziation und Informationsverarbeitung.

- tung, In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 186–216.
- Krutzenbichler S. (2005). Sexueller Missbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart. In: Egle T.U., Hoffmann S.O. & Joraschky P. (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer, 170–179.
- Lynn S.J., Lilienfeld S.O., Merckelbach H., Giesbrecht T., McNally R.J., Loftus E.F., Bruck M., Garry M. & Malaktaris A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, 140, 896–910.
- Mentzos S. (2012). *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*. 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Priebe K., Schmahl C. & Stiglmayr C. (2013). *Dissoziation*. Berlin: Springer.
- Reddemann L., Hofmann A. & Gast U. (Hrsg.) (2004). *Psychotherapie dissoziativer Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Sachsse U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Spanos N.P. (2001). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Spitzer C. & Freyberger H.J. (2017). Klassifikatorische Ansätze und Epidemiologie. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 219–231.
- Spitzer C., Spelsberg B., Grabe H.J., Mundt B. & Freyberger H.J. (1999). Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 291–294.
- Spitzer C., Grabe H.J., Barnow S. & Freyberger H.J. (2005). Dissoziative Störungen mit pseudoneurologischer Konversionssymptomatik – Besonderheiten und Therapieempfehlungen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 4, 162–172.
- Spitzer C., Stieglitz R.D. & Freyberger H.J. (2015). *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS)*. 3. Aufl. Bern: Huber.
- Winter D. & Schmahl C. (2017). Strukturelle und funktionelle Veränderungen des zentralen Nervensystems bei Dissoziation. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 95–109.