

Psychotherapeut 2011 · 56:345–357
 DOI 10.1007/s00278-011-0835-2
 Online publiziert: 7. Juli 2011
 © Springer-Verlag 2011

Redaktion

T. Fydrich, Berlin
 A. Martin, Erlangen
 W. Schneider, Rostock



**Punkten Sie online auf
 CME.springer.de**

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME-Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist für ärztliche Psychotherapeuten mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Für psychologische Psychotherapeuten ist diese Fortbildungseinheit von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
 69121 Heidelberg
 E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

Matthias Vogel

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universität Rostock

Dissoziation

Tradition, Bedeutung und Wesen eines psychischen Phänomens

Zusammenfassung

Dissoziation bzw. dissoziative Störungen sind eine uneinheitliche und vielgestaltige Form psychischen Erlebens, deren Hauptmerkmal die Desintegration bestimmter, üblicherweise integrierter psychischer Funktionen ist. Dieser Beitrag stellt die wichtigsten Gesichtspunkte dieser Erscheinungen zusammen. Hierbei zeigt sich, dass trotz der langen Tradition des Dissoziationskonzepts viele Fragen ungeklärt bleiben. So gibt es unterschiedlichste Auffassungen über die Ätiologie dissoziativer Störungen, und auch die Methoden zur klinischen Erfassung sind keineswegs einheitlich. Einigkeit herrscht hingegen über die Bedeutung dissoziativer Phänomene in psychiatrischen und psychosomatischen Inanspruchnahmepopulationen. Hier treten sie häufig in Koinzidenz mit anderen Syndromen auf und werden von vielen Klinikern als Komplikation für therapeutische Prozesse wahrgenommen. Im Widerspruch dazu lassen neuere Untersuchungen den Schluss zu, dass multimodale Ansätze in der Behandlung durchaus erfolgversprechend sind, wenn sich die Therapie an den individuellen Vorbedingungen orientiert.

Schlüsselwörter

Dissoziative Störung · Belastungsstörungen, traumatisch · Kognition · Gedächtnis · Komorbidität

Dissociation. Tradition, significance and nature of a psychological phenomenon

Abstract

Dissociation and dissociative disorders represent a heterogenous phenomenology of symptoms which are understood as a result of the disintegration of certain usually integrated functions of the psyche. Despite an ongoing debate among scientists about its causation the assumption of a trauma-related etiology is carried forward both in clinical and scientific contexts. Therapists often believe dissociation to constitute an infirm basis for psychotherapeutic treatments. Contrarily, research suggests several kinds of therapeutic interventions and combinations thereof in particular, to be effective in relieving patients even of complex dissociation if certain requirements are met. This review summarizes the historical and conceptual implications as well as recent developments in the concept, diagnosis and therapy of dissociation.

Keywords

Dissociative disorders · Stress disorders, traumatic · Cognition · Memory · Comorbidity

Die Bedeutung dissoziativer Phänomene in psychiatrischen und psychosomatischen Inanspruchnahmepopulationen ist groß. Häufig treten sie in Koinzidenz mit anderen Syndromen auf und können therapeutische Prozesse komplizieren. Ziele der Therapie sind neben der Symptomreduktion die Auseinandersetzung mit einem etwaigen Trauma, die strukturelle Festigung und ggf. die Rehabilitation des Patienten. Multimodale Ansätze zeigen die besten Ergebnisse. Der vorliegende Beitrag vermittelt dem Therapeuten hierzu einen umfassenden Überblick, damit er betroffenen Patienten eine individuell gestaltete Behandlung entsprechend ihrer jeweiligen Bedürfnisse und Voraussetzungen bieten kann.

Begriffsgeschichte

Pierre Janet untersuchte dissoziative Symptome Ende des 19. Jahrhunderts systematisch und prägte den Ausdruck der psychologischen Dissoziation (Janet 1925). Dabei dürften seine Konzepte von Charcot beeinflusst gewesen sein, dessen Schüler er war und aus dessen wegweisenden Forschungen zur Hysterie das Konzept der psychologischen Dissoziation heuristisch hervorging.

Hysterie ist als nosologische Entität obsolet, blickt aber auf eine lange Begriffsgeschichte zurück. Die altgriechische Wurzel des Begriffs – **► hystera (die Gebärmutter)** – hebt die psychosexuelle Konnotation des ursprünglichen, bereits in der Antike formulierten Hysteriekonzepts hervor. Die pathogenetischen Vorstellungen jener Zeit gingen von einem Uterus aus, der beim Ausbleiben einer Schwangerschaft eine Wanderung durch den Körper unternahme und so zu funktionellen Problemen führe. Die implizite Annahme, die Hysterie sei ein per definitionem weibliches Geschehen, wurde erst durch Charcot revidiert, der im Rahmen seiner systematischen Untersuchungen nach zeitgenössischer Terminologie als hysterisch bezeichnete Phänomene auch bei Männern experimentell induzierte (Spitzer u. Freyberger 2008). Diese litten initial infolge von Eisenbahnunglücken an passager aufgetretenen und hypnotisch reproduzierbaren motorischen Ausfällen, die in Verbindung mit dem Hysteriebegriff erstmals als Antwort auf „wiederholte Schrecken“ erklärt wurden. Der Tradition ihres Lehrers verhaftet entwickelten Janet und Freud das Hysteriekonzept weiter und differenzierten es zu jeweils eigenen Varianten aus. Beide gingen dabei davon aus, dass die der Hysterie zugeordneten Symptome ganz wesentlich mit psychischen Ursachen zusammenhingen. Während Janet von

► psychologischen Automatismen in Verbindung mit einer unterbewussten (d. h. in der Tiefe des Bewusstseins verankerten) Matrix präformierter assoziativer Kontexte ausging, betonte Freud den dem Bewusstsein a priori verschlossenen Charakter des Unbewussten. Janet verstand unter den „automatismes psychologiques“ wechselseitige Verknüpfungsvorgänge zwischen Gedanken (Kognitionen), Absichten (Konationen), Gefühlen (Emotionen) und Handlungen (Aktionen), die jeweils als bruchstückhafte Elemente des Bewusstseins sowohl biologisch als auch psychologisch bestimmt seien und die meisten Wechselwirkungen eines Individuums mit der Umwelt „automatisch“, also nicht in vollstem Maß bewusst, steuern würden (van der Kolk 1989). Den Sitz dieser Automatismen bzw. ihrer die eingehenden Informationen und resultierenden Handlungen ordnenden und integrierenden Matrix nannte Janet das Unterbewusste: eine individuelle Erfahrungssammlung, die den jeweiligen Erfahrungsschatz kategorisiert und für den Abgleich mit aktuellen Sinneseindrücken verfügbar hält. Das Wechselspiel zwischen den im Unterbewussten organisierten Erfahrungen und dem individuellen Temperament formt aus der Sicht Janets die psychologische Einzigartigkeit eines Menschen. Dissoziative Phänomene beruhen demnach auf einer **► hereditären Grundlage**, die unter dem Einfluss äußerer belastender Ereignisse eine Abspaltung der psychologischen Automatismen aus dem Bewusstsein begünstigt, wenn bestimmte „Schrecken“ mithilfe der vorhandenen kognitiven Schemata des Unterbewussten nicht integriert werden können. Dann würden diese Erlebensfragmente aus dem Bewusstsein herausgelöst und eine eigene, bewusst nicht mehr kontrollierbare Dynamik entfalten. Folge wären dissoziative Symptome oder pathologische Automatismen. Freud (1895) sah den entscheidenden pathogenetischen Vorgang der Hysterie (hierzu zählte er auch die Dissoziation; Breuer 1895) in der Konversion, worunter er ohne eindeutige ätiologische Festlegung den „rätselhaften Sprung aus dem Seelischen ins Körperliche“ verstand. Er vermutete hinter diesem Rätsel das Wirken unbewusster Konflikte, die – so seine Annahme – aus der Unvereinbarkeit genital-sexueller Wünsche mit inneren Normen resultieren und eine energetische Spannung erzeugen, die sich in der Wendung zum Symptom entlädt.

► Hystera (die Gebärmutter)

Hysterische Phänomene in Form von motorischen Ausfällen bei Männern wurden erstmals als Antwort auf „wiederholte Schrecken“ erklärt

► Psychologische Automatismen

► Hereditäre Grundlage

Freud sah den entscheidenden pathogenetischen Vorgang der Hysterie in der Konversion

„Detachment“ und „compartmentalization“

Cardena (1994) untersuchte die Verwendung des Begriffs (psychologische) „Dissoziation“ systematisch und zeigte, dass er sich in der wissenschaftlichen Praxis auf 3 Bedeutungen bezieht:

1. partiell desintegratives Geschehen in innerpsychischen Systemen,
2. veränderter Bewusstseinszustand und
3. Abwehrmechanismus.

Der Sprachgebrauch führt also distinkte Prozesse (Punkt 1 und 2) mit einer Funktion (Punkt 3) zusammen. Das Merkmal der Desintegration mentaler Inhalte wird auch als „compartmentalization“ bezeichnet und zeichnet sich durch das Fehlen einer bewussten und willentlichen Kontrolle über kognitive, emotionale und handlungsbezogene Prozesse aus, die eigentlich einer willentlichen Steuerung unterliegen. So erzeugen diese Automatismen Symptome, ohne dass es die Möglichkeit einer selbstwirksamen Beeinflussung gäbe. Dieser Mechanismus wird v. a. im Zusammenhang mit Amnesie und Konversionssymptomen für bedeutend gehalten. „Detachment“ hingegen bezeichnet die Erfahrung veränderter Bewusstseinszustände, die sich v. a. aus ► **Entfremdungseindrücken** gegenüber der eigenen Person oder der Umwelt ergeben. Begleitet werden diese Bewusstseinsveränderungen von einer emotionalen Verflachung bis hin zur totalen Indifferenz. Detachment beschreibt mithin v. a. Derealisations- und Depersonalisationsphänomene, die häufig auch bei Traumafolgestörungen wie etwa der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), aber auch bei Angststörungen und insbesondere bei Panikattacken auftreten können. Als klinisches Beispiel für Detachment gilt insbesondere das Depersonalisationssyndrom.

Zweifel an der Traumatheorie

Die Unterscheidung zwischen verschiedenen Prozessen innerhalb des Dissoziationsbegriffs stellt auch die Annahme einer einheitlichen Ätiologie aller dissoziativen Prozesse infrage und eröffnet eine differenzierende Perspektive. Diese nehmen auch Giesbrecht et al. (2008) ein, wenn sie die traumatische Genese der Dissoziation generell infrage stellen und auf eine Reihe aufschlussreicher Befunden verweisen, die die dissoziativen Phänomene in die Nähe ► **kognitiver Konstrukte** rücken. Sie führen an, dass die retrospektive Erinnerung an ein Trauma u. U. nicht valide, sondern das Resultat einer verzerrten Erinnerung sein könnte und verweisen darauf, dass ein hoher psychischer Leidensdruck auch zu intensiven Erklärungsversuchen führe, die aus sich heraus eher Ereignisse mit aversivem Charakter in den Blick nehmen würden. Hinzu kommt nach Giesbrecht, dass gerade in klinischen Populationen Patienten überrepräsentiert sind, die in Umfeldern mit erhöhten Traumatisierungswahrscheinlichkeiten leben oder diesen entstammen. Die Autoren führen ferner aus, dass die Therapie selbst die Belastung durch dissoziative Phänomene erhöhen könne, was theoretisch die Möglichkeit einer falschen Zuschreibung auf zurückliegende Ursachen eröffnet. Darüber hinaus würden die Korrelationen kognitiver Eigenschaften bzw. Konstrukte mit Dissoziation im Widerspruch zur Traumatheorie stehen. Sowohl die Neigung zu fantasieren als auch die Suggestibilität und kognitive Fehler sind mit der Dissociative Experience Scale korreliert (DES; Giesbrecht et al. 2008), was die Validität retrospektiver Traumaberichte einschränken könnte. Die Kritik Giesbrechts an der Traumatheorie der Dissoziation besagt zusammengefasst, dass die Assoziation zwischen Trauma und Dissoziation durch Selektionseffekte und Artefakte künstlich inflationiert sein könnte, sodass die traditionelle Vorstellung vom Trauma als Ursache von dissoziativen Prozessen möglicherweise in Teilen revidiert werden müsste. Darauf deuten auch Befunde hin, die Dissoziation bei verschiedenen Erkrankungen mit dem allgemeinen psychopathologischen ► **„distress“** in Verbindung bringen. So zeigte sich z. B., dass bei Patienten mit einer Schizophrenie bzw. mit neurotischen Störungen die Dissoziation als Begleiterscheinung schizophrener Syndrome bzw. posttraumatischer Symptomatik und nicht notwendigerweise als eine unmittelbare Traumafolge auftritt (Vogel et al. 2011a). Giesbrecht et al. (2008) regen zur Klärung des Zusammenhangs zwischen Trauma und Dissoziation prospektive statt retrospektiver Studien und die Untersuchung der Informationsverarbeitung mit den Mitteln der kognitiven Psychologie an. Diese Strategie könnte helfen, die unter dem Dissoziationsbegriff zusammengefassten Erscheinungen exakter nach pathogenetischen, deskriptiven und nosologischen Kriterien zu ordnen. Bis heute bleibt nämlich unerklärt, unter welchen Umständen die Ausprägung

Das Merkmal der Desintegration mentaler Inhalte wird als „compartmentalization“ bezeichnet

► Entfremdungseindrücke

Als klinisches Beispiel für Detachment gilt das Depersonalisationssyndrom

Die Unterscheidung zwischen verschiedenen dissoziativen Prozessen stellt die Annahme einer einheitlichen Ätiologie infrage

► Kognitive Konstrukte

Die Assoziation zwischen Trauma und Dissoziation könnte durch Selektionseffekte und Artefakte künstlich inflationiert sein

► „Distress“

Zur Klärung des Zusammenhangs zwischen Trauma und Dissoziation sind prospektive statt retrospektiver Studien nötig

► Kontinuumscharakter

Die Schwelle zwischen normaler und pathologischer Dissoziation ist individuell

► Sensorische und motorische Symptome

Dissoziative Symptome sind auch für andere Diagnosen von definierender Bedeutung

► Somatoforme Störungen

Einige dissoziative Phänomene sind ubiquitär und im Rahmen funktionaler Varianz erklärbar

Tab. 1 Bandbreite dissoziativer Symptome. (In Anlehnung an Freyberger u. Moller 2004)

Bewusstseinsstörungen	Gedächtnisaffektionen	Identitätsprobleme	Wahrnehmungsveränderungen
Bewusstseinsminderung (Quantitativ)	Amnesie	Identitätsunsicherheit	Derealisation
Bewusstseinstrübung (Qualitativ)	Hypermnesie	Identitätswechsel	Depersonalisation
Bewusstseinsengung (Qualitativ)	Déjà-vu	Besessenheit	Veränderte Raumwahrnehmung
Bewusstseinsweiterung (Qualitativ)	Fugue		Ekmnesie

dissoziativer Einzelsymptome oder Symptom-Cluster das Ausmaß einer gravierenden Belastung erreicht oder aber eine diagnostisch irrelevante Erlebnisvariante bleibt.

Klinische Definitionen

Der Dissoziation wird ein ► **Kontinuumscharakter** unterstellt. Dieses Kontinuum schließt alltägliche Phänomene ein, die mit einer Bewusstseinsveränderung verbunden sind. Tiefe Entspannung, „Zerstreuung“ durch Kunst und Kultur oder willkürliche Aufmerksamkeitsfokussierung durch intensive Konzentration, bei der störende Reize ausgeblendet werden, und nicht zuletzt Meditation sind Beispiele nonpathologischer Dissoziationsformen. Auf der anderen Seite des Spektrums finden sich der willkürlichen Kontrolle entzogene dissoziative Veränderungen, etwa Störungen des Einheitserlebens oder des Identitätsbewusstseins. Demnach wären verschiedene dissoziative Symptome qualitativ ähnlich, unterschieden sich aber in ihrem Ausmaß. Die Schwelle zwischen normaler und pathologischer Dissoziation ist individuell v. a. von der Schwere der Symptombelastung und vom Ausmaß der persönlichen Einschränkung bzw. vom Leidensdruck abhängig.

Die Klassifikationssysteme International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10) und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) beziehen den Begriff der Dissoziation übereinstimmend auf „den partiellen oder vollständigen Verlust der normalerweise gelingenden Integration der jeweiligen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität und Wahrnehmung“. Im Unterschied zum DSM berücksichtigt die ICD-10 in ihrer deskriptiven Definition der Dissoziation auch ► **sensorische und motorische Symptome**, die unter dem Begriff der Konversion zusammengefasst sind.

Generell werden dissoziative Symptome als eine Bandbreite verschiedenster Erscheinungen in sehr unterschiedlichen Ausprägungen verstanden. In der ICD-10 werden bestimmte dissoziative Erlebensweisen teilweise als eigenständige Kategorien aufgeführt und andere als Symptom zur Definition bestimmter Störungen herangezogen. Zur Verdeutlichung der Bandbreite dissoziativer Symptome werden diese in ■ **Tab. 1** zusammengetragen.

Kategoriale dissoziative Störungen

In der ICD-10 werden innerhalb der Störungskategorie „Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]“, F.44, die in ■ **Infobox 1** aufgeführten Diagnosen differenziert.

Dissoziative Symptome sind auch für andere Diagnosen von definierender Bedeutung, wie etwa bei der akuten Belastungsreaktion (nach ICD-10 z. B. Bewusstseinsengung, Stupor, Amnesie), der PTBS (nach ICD-10 z. B. Hypermnesie, Vigilanzminderung, d. h. Bewusstseinstrübung oder -engung), der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Depersonalisation oder Derealisation). Im Gegensatz zur ICD-10 werden Konversionsstörungen im DSM nicht mit den dissoziativen Störungen zusammengefasst, sondern gehen in den ► **somatoformen Störungen** auf.

Epidemiologie

In der Allgemeinbevölkerung wird die Prävalenz dissoziativer Erscheinungen sehr unterschiedlich angegeben. Erwartungsgemäß sind einige Phänomene ubiquitär und im Rahmen funktioneller Va-

Infobox 1 Störungskategorie „Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]“, F.44 der ICD-10

- *Dissoziative Amnesie*: in der ICD-10 der Verlust der Erinnerung an kurz zurückliegende wichtige, meist traumatische Ereignisse. Eine weitergehende Definition (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) bezieht in den Begriff der Amnesie aber auch das Vergessen biografisch relevanter Informationen ein
- *Dissoziative Fugue*: Sie bezeichnet einen plötzlichen und später nicht erinnerbaren Ortswechsel
- *Dissoziativer Stupor*, also das Fehlen oder die Verringerung von Willkürbewegungen und „normalen Reaktionen auf äußere Reize“ (Haltungsverharren)
- *Trance und Besessenheitszustände*: zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung. Der Eindruck, der Herrschaft durch andere Personen, Geister oder andere Kräfte zu unterliegen
- *Dissoziative Bewegungsstörungen*, i. e. motorische Defizite aller Art ohne organische Verursachung
- *Dissoziative Krampfanfälle*, d. h. psychogen verursachte Krampfanfälle, in ihren krampfartigen Bewegungen können sie epileptischen Anfällen ähneln
- *Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen*: sensible Defizite aller Art ohne organische Verursachung, z. B. Verlust der normalen Hautempfindung, Seh-, Hör-, Riechverluste
- *Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt*
- *Andere dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) einschließlich*
- *Ganser-Syndrom*, ein Bild inkorrekten („Vorbei“)-Antwortens, häufig in Verbindung mit anderen dissoziativen Symptomen
- *Multiple Persönlichkeitsstörung*, d. h. Vorhandensein mehrerer Persönlichkeiten bzw. getrennter Identitäten in einem Individuum
- *Transitorische dissoziative Störung (Konversionsstörung) in Kindheit und Jugend und*
- *Sonstige dissoziative Störung*

rianz erklärbar. So berichten Mulder et al. (1998; ■ **Tab. 2**), dass 53,3% der Untersuchten in einer großen Allgemeinbevölkerungsstichprobe gelegentlich infolge schwankender Aufmerksamkeit (die im dissoziativen Kontext mit ► **unwillkürlicher Aufmerksamkeitslenkung** erklärbar sind) soeben Gesagtes nicht gehört haben und sich so zu Nachfragen gezwungen sahen. Dies weist auf dissoziative Symptome als alltägliche Phänomene hin. Eine gravierende Belastung durch dissoziative Symptome liegt diesen Autoren zufolge bei 6,3% der Allgemeinbevölkerung vor. Andere Autoren (Putnam et al. 1996) beziffern die Häufigkeit schwerwiegender Dissoziation in der Allgemeinbevölkerung auf 5%; Spitzer u. Freyberger (2007) geben Prävalenzraten von 2,0–3,3% für als pathologisch typisierte Dissoziationsformen (etwa Fugue oder Amnesie im Sinne der ICD-10) an. Zur Unterscheidung zwischen pathologischer und nichtpathologischer Dissoziation werden typischer Weise „Cut-off“-Werte der jeweiligen Erhebungsinstrumente benutzt. Die Erhebung dissoziativer Erlebensweisen v. a. bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen erfolgt aber meistens dimensional durch die Ermittlung von Summen-Scores, sodass es kaum Erkenntnisse zur Verbreitung einzelner, ohnehin sehr seltener Dissoziationskategorien (wie Fugue) in Verbindung mit nichtdissoziativen Störungen gibt. Konversionsstörungen sind mit einer geschätzten Prävalenz von 0,6% selten (Priebe u. Schmahl 2009). Allerdings werden konversive Erscheinungen ohne Krankheitswert zumindest in bestimmten Subgruppen anscheinend wesentlich häufiger erlebt, wie beispielsweise eine Lebenszeitprävalenz von 48,7% bei Frauen aus der türkischen Bevölkerung vermuten lässt (Sar et al. 2009). Tatsächlich impliziert das Modell der psychologischen Dissoziation aus historischen und konzeptionellen Gründen eine Häufung beim weiblichen Geschlecht, die aber nicht in allen Studien bestätigt wird (Spitzer u. Freyberger 2008).

Dissoziation als akzessorisches Syndrom

Einige Autoren konnten zeigen, dass andere Faktoren mit der Dissoziationsneigung enger korreliert sind als das Geschlecht. Dies gilt v. a. für übrige psychopathologische Veränderungen, z. B. im Sinne einer Depression oder Angsterkrankung. Der wechselseitige Zusammenhang anderer psychopathologischer Syndrome mit Dissoziation ist ziemlich unstrittig und scheint für praktisch alle relevanten klinischen Syndrome zu gelten. Dieser ► **intersyndromale Effekt** ist anscheinend auch stärker als die Korrelation zwischen Trauma und Dissoziation. So ist es auch nicht verwunderlich, dass in klinischen Stichproben bei Weitem höhere Ziffern zur Verbreitung dissoziativer Phänomene ermittelt werden: Die Häufigkeit dissoziativer Störungen in psychiatrischen Stichproben wird sowohl unter

► Unwillkürliche Aufmerksamkeitslenkung

Konversionsstörungen sind mit einer geschätzten Prävalenz von 0,6% selten

► Intersyndromaler Effekt

In der klinischen Wirklichkeit ist die psychologische Dissoziation bei unterschiedlichen Störungen eines der Symptome

► Hohe Koinzidenzraten

► Posttraumatisches Syndrom

Psychoanalytisch bzw. psychodynamisch gesehen ist Dissoziation ein Antwortmodus auf innerseelische und interpersonelle Konflikte

► Strukturpathologische Phänomene

► Unbewusste Inszenierung

Tab. 2 Auszugsweise Darstellung von dissoziativen Symptomen in der Allgemeinbevölkerung

Symptome	Nie ^a (%)	Gelegentlich ^a (%)	Oft ^a (%)	Fast immer ^a (%)	Häufigkeit als Kategorie ^b (%)
Vergesslichkeit	61,7	29,4	7,1	1,8	6 (Amnesie)
Neben-sich-Stehen	90,0	8,7	1,1	0,3	
Unkenntnis des Wegs zum Aufenthaltsort	94,9	3,9	0,9	0,3	0 (Fugue)
Derealisation	93,3	5,3	1,1	0,4	2,8
Depersonalisation	94,2	4,4	1,2	0,3	
Identitätsunsicherheit	87,6	9,5	2,3	0,5	3 (dissoziative Identitätsstörung)

^aNach Mulder et al. 1998. ^bNach Ross et al. 1990.

ambulanten als auch stationären Behandlungsbedingungen mit 25–30% angegeben (Übersicht bei Vogel et al. 2011a). Diese Zahlen machen klar, dass die psychologische Dissoziation in der klinischen Wirklichkeit nicht primär als eigenständige Krankheitskategorie bedeutsam ist, sondern vielmehr als ein Symptom neben anderen bei unterschiedlichen Störungen. Dies ist für depressive, Angst-, somatoforme, Zwangs- und Essstörungen, aber auch für Persönlichkeitsstörungen und psychotische Erkrankungen belegt (Übersicht bei Vogel et al. 2011a). Die Dimension dieser Syndromkoinzidenzen wird durch die bei Patienten mit dissoziativen Störungen gefundenen ► **hohen Koinzidenzraten** mit anderen Erkrankungen unterstrichen: Bei 30% liegt zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung, bei 25–90% eine Angststörung, bei 70–90% eine Depression und bei 15% eine somatoforme Störung vor (Spitzer u. Freyberger 2007). Etwa ein Viertel der Patienten mit einer Borderline-Störung erlebt zumindest moderate, hingegen erleben 3% schwere Dissoziation (Zanarini et al. 2000). In Verbindung mit einer PTBS lässt sich aus Studien eine schwere Belastung durch dissoziative Symptome in 33 bis ca. 50% der Fälle herleiten (Mulder et al. 1998; Zucker et al. 2006), wobei sich bei chronischer PTBS eine erhöhte Belastung durch imaginative Erlebensweisen, Amnesie und Depersonalisation/Derealisation zeigte (Zucker et al. 2006).

Ätiologische Modelle

Die Auffassung Janets, nach der aversive mentale Inhalte infolge äußerer Widrigkeiten abgespalten werden, um so eigendynamisch Symptome auszulösen, machen sich noch heute viele Autoren zu eigen, die in der Dissoziation ein ► **posttraumatisches Syndrom** vermuten (Bremner 2010).

Andererseits ist aber – insbesondere in der Psychoanalyse – die Vorstellung sehr verbreitet, dass vielfältige Konflikte zu dissoziativen bzw. konversiven Symptombildungen führen können, worin Freuds Konzeption vom Unbewussten, der Abwehr und vom (Trieb)-Konflikt als Basis der Neurosen entsprochen wird, auch wenn die Konfliktthematik nach neuerer Auffassung variabler definiert wird. Im Sinne psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Vorstellungen (Eckhardt-Henn u. Hoffmann 2004) handelt es sich um einen Antwortmodus auf innerseelische und interpersonelle Konflikte, deren Einwirken als Bedrohung der Ich-Integrität erlebt wird. Diesbezüglich liegt es nahe, dass in der Anlage der Ich-Strukturen eine Disposition zur erhöhten Vulnerabilität bzw. Protektion gegenüber dissoziativen Bewältigungsweisen liegen kann. Solche ► **strukturpathologische Phänomene** können u. U. erst durch Konfliktspeicherung ans Tageslicht treten, indem sie sich in Form dissoziativer Phänomene einen Ausdruck geben. Als Ursache werden ungünstige Entwicklungsbedingungen angesehen, die beispielsweise als Missbrauch oder fortwährende Deprivation im emotionalen oder körperlichen Sinne zum Tragen kommen und zu einer geringen Selbstkohäsion und hohen Instabilität innerer Objekte führen. Auslöser für dissoziative Symptombildungen sind in der tiefenpsychologischen Perspektive Situationen, die mit triebhaften Versuchungen oder entsprechenden Versagungen einhergehen. Mentzos (2009) verbindet Dissoziation, Konversion und die histrionische Persönlichkeit zu einem Kontinuum, dessen verbindendes Element (nämlich den hysterischen Modus) er nicht in einem spezifischen Konflikt, sondern in einer charakteristischen ► **unbewussten Inszenierung** vermutet, deren Zweck die Modifikation intrapsychischer Zustände sein soll. Diese werden in der Inszenierung aufgehoben bzw. kaschiert, indem sich beispielsweise unbändige Wut durch eine zerbrechlich schwache Fassade oder quälende Unsicherheit durch mächtige Potenz zur Schau stellt. Tatsächlich bietet dieses Modell eine tragfähige heuristische Grundlage, auf der beispielsweise posttrauma-

tische (kompensationsbedürftige) Zustände oder aber individuelle Konfliktthemen einen plausiblen gemeinsamen äußeren Ausdruck finden. Dissoziation, Konversion und histrionische Züge sind demnach wie verschiedene Aggregatzustände einer inneren Realität, deren Ausprägung je nach dem definitiven Zusammenwirken äußerer und innerer Bedingungen variabel bleibt.

Offensichtlich steht die Symptominisation auch in Verbindung mit ► **Realtraumatisierungen** im Sinne des Kriteriums A1 der PTBS. Ein Trauma schweren Ausmaßes kann auch bei Gesunden dissoziativen Phänomenen vorangehen, wobei in diesen Fällen der traumatische Kontext das individuelle Vermögen zum Schutz vor dem Vernichtungsreiz vermutlich so sehr strapaziert, dass das Trauma nicht funktional verarbeitet werden kann. Allerdings gibt es auch Hinweise, dass dieser Zusammenhang sowohl von vulnerabilitätsfördernden („trait dissoziation“) als auch protektiven Mechanismen moduliert wird (soziale Unterstützung). Diese Befunde lassen vermuten, dass die Pathogenese posttraumatischer Dissoziation nicht ausschließlich mit dem Trauma zusammenhängt (Giesbrecht et al. 2008). Repetitive dissoziative Erlebensweisen eines Traumas können im Übrigen mit einer gelingenden Verarbeitung durchaus vereinbar sein, wenn im Rahmen z. B. introspektiver Fähigkeiten und günstiger sozialer Unterstützung eine Reflexion und kognitive Kontrolle der teilweisen Entkopplung psychischer Funktionen möglich wird, die im Idealfall die Gleichgewichte zwischen labilisierenden und stabilisierenden Erlebensanteilen allmählich wiederherstellt. Es hat sich bewährt, zwischen Typ-I-Traumata (kurz andauernde, heftige Traumatisierung) und Typ-II-Traumata (lang andauernde, komplexe Traumatisierung) zu unterscheiden.

Triebkonflikt als Grundlage der Konversion. Für die Konversionsstörungen gilt im Besonderen, dass sie, psychodynamisch betrachtet, eine Kompromissbildung zwischen dem Triebwunsch und seiner Abwehr anzeigen, die in der Symptombildung den korrespondierenden Konflikt symbolisch zum Ausdruck bringt. Immer wieder wird betont (Mentzos 2009; S. 201 ff.), dass ► **introjektive Abwehr** mit dem Charakter der Identifikation eine Schlüsselrolle für die Konversion spielt. Nach diesem Modell kommt es zu einer Verschiebung der Konfliktspannung vom originären Kontext in einen körperlichen. Hierbei stellen funktionelle Syndrome Fragmente sensorischer oder motorischer Akte dar, die über keine bewusste Sinnverknüpfung mit zugrunde liegenden Wünschen, Absichten und Fantasien etc. mehr verfügen, sondern als ein Teil dieses Ganze repräsentieren. Weil die innerpsychische Verarbeitung zu rudimentären „Konfliktresten“ eine innerpsychische Barrierefunktion markiert, wird im körperlichen Ausdruck ein primärer (konfliktentlastender) Krankheitsgewinn gesehen, während das symptomassoziierte Krankheitsverhalten (Arztkontakte, Krankenschreibungen etc.) häufig auch einen sekundären Krankheitsgewinn ermöglicht. Dieser kann natürlich zur Aufrechterhaltung des Symptoms beitragen, ein weiterer, nicht im engsten Sinne traumabezogener Pathomechanismus.

Lerntheoretische Ansätze (Fiedler 2001). Sie konzipieren Dissoziation im Sinne einer ► **klassischen Konditionierung**, wobei innere (trauma- und stressassoziierte) Reize mit äußeren Stimuli gekoppelt sind. Dieses Assoziationslernen geht mit einer Sensitivierung gegenüber Auslösereizen und deren Generalisierung einher; resultierende Verhaltensänderungen (z. B. Vermeidungsverhalten) bewirken dann im Sinne eines ► **operanten Lernens** eine Fixierung der dissoziativen Verarbeitung. Diese ist initial durchaus funktional, wenn beispielsweise peritraumatische Dissoziation die Psyche vor überwältigend destruktiver Information schützt, wird aber ungünstigenfalls durch die beschriebenen Lernprozesse zu einer eigendynamischen psychischen Belastung. Kognitionspsychologische Modelle erklären Dissoziation als Diskrepanz zwischen den Aufmerksamkeitsgraden für äußere bzw. innere Stimuli mit der Folge, dass diese äußeren oder inneren Stimuli teilweise vom Bewusstsein ausgeschlossen bleiben. Auch eine veränderte Funktion des expliziten und impliziten ► **Emotionsgedächtnisses** wird mit pathologischer Dissoziation in Verbindung gebracht. Nach Yates u. Nasby (1993) ist das Gedächtnis in Erinnerungsnetzwerken organisiert, zwischen dessen Schaltstellen hemmende und stimulierende Prozesse stattfinden, die zu Assoziationen oder Disassoziationen beitragen. Durch so entstehende dissoziative Barrieren wird die Verbindung zwischen Affekten und Erinnerungen u. U. entkoppelt. Die Codierung und Assimilierung eines Traumas im expliziten Gedächtnis könnte so eingeschränkt werden, was den bewussten Zugang zur traumatischen Erinnerung erschwert. Autobiografische Erinnerungen, die emotionale, motivationale und phänomenologische Inhalte umfassen, könnten die der Dissoziation innewohnenden psychischen Prozesse widerspiegeln (Sutin u. Stockdale 2010).

► Realtraumatisierungen

Sowohl vulnerabilitätsfördernde als auch protektive Mechanismen modulieren die Traumaverarbeitung

► Introjektive Abwehr

► Klassische Konditionierung

► Operantes Lernen

Kognitionspsychologische Modelle erklären Dissoziation als Diskrepanz zwischen den Aufmerksamkeitsgraden für äußere bzw. innere Stimuli

► Emotionsgedächtnis

► Endogenes Opioidsystem

► Thalamus

Die Amygdala ist an der Organisation stressinduzierten Verhaltens beteiligt

Der „Fragebogen dissoziative Symptome“ gilt als anerkannter Erhebungsstandard

► Dissoziatives Taxon

Die beobachtungsbasierte Erhebung ist dem „Selbst-Rating“ bei der Erfassung dissoziativer Störungen vorzuziehen

Tab. 3 Psychometrische Verfahren zur Erfassung dissoziativer Symptome und Störungen

Verfahren	Quelle	Art der Erfassung	Funktion
Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	Spitzer et al. 2005	Selbstbeurteilung	Screening und Verlaufsbeobachtung
AMDP-Modul Dissoziation und Konversion (AMDP-DK)	Spitzer 2004	Fremdbeurteilung	Screening und Verlaufsbeobachtung
Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-D)	Gast et al. 2000	Fremdbeurteilung	Kategoriale und differenzialdiagnostische Erfassung dissoziativer Störungen

AMDP Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie.

Neurobiologische Hypothesen. Priebe u. Schmahl (2009) führen das ► **endogene Opioidsystem** als morphologisch-neurophysiologisches Korrelat von Depersonalisation, Derealisation und Wahrnehmungsveränderungen an. Weitere Neurotransmittersysteme, die im Zusammenhang mit Dissoziation als bedeutend diskutiert werden, sind auch das glutamaterge und das serotonerge System.

Neuroanatomisch ist der ► **Thalamus** als Schaltstelle von Bedeutung, die sensorische Afferenzen bzw. Informationen prozessiert, ehe sie an Kortex, Hippocampus oder Amygdala weitergeleitet werden. Diese beteiligt sich auch an der Organisation stressinduzierten Verhaltens. Bei experimentell induzierter Depersonalisation konnte eine Deaktivierung der Amygdala gezeigt werden (Priebe u. Schmahl 2009). Dissoziatives Erleben bei Patienten mit Borderline-Störung bzw. PTBS wurde mit einer gesteigerten Aktivität des medialen präfrontalen Kortex in Verbindung gebracht (Priebe u. Schmahl 2009).

Diagnostik

Allgemeines

Grundsätzlich gilt, dass die Diagnostik dissoziativer Phänomene wegen ihrer Vielfalt und Varianz schwierig ist. Hinzu kommt, dass die Instrumente hierzu zahlreich und nicht in allen Untersuchungen identisch sind. Der „Fragebogen dissoziative Symptome“ (Spitzer et al. 2005), die deutsche Version der DES, gilt als anerkannter Erhebungsstandard und liegt zahlreichen Untersuchungen zum Thema zugrunde. Er bildet die Ausprägung von 28 dissoziativen Items auf einer visuellen Analogskala ab; hierbei ist das Kriterium der Schwere als die Zeitdauer der Beeinträchtigung durch diese Symptome definiert. Die Güte der DES ist anerkannt, auch wenn es um die interne Struktur des Tests eine Kontroverse gegeben hat (Giesbrecht et al. 2008).

Die Entwicklung eines ► **dissoziativen Taxons** (Kategorie pathologischer Dissoziation), das die Erkennung pathologischer Dissoziationsvarianten ermöglichen soll, steht im Widerspruch zum vielfach angenommenen Kontinuumscharakter der Dissoziation, der die Übergänge zwischen verschiedenen Varianten und Ausprägungen dissoziativer Erscheinungen fließend gestaltet (Giesbrecht et al. 2008). Diese reichen von Schwankungen der zugrunde liegenden Funktionen in einem eher unbedeutenden Ausmaß über deren flüchtig-desintegrative Dysfunktion bis hin zu schwerer pathologischer Störung. Die Test-Retest-Reliabilität des dissoziativen Taxons wurde den Erwartungen an ein stabiles Konstrukt nicht gerecht (Giesbrecht et al. 2008). Dies wird dadurch erklärt, dass der angenommene Kontinuumscharakter der Dissoziation bei der Untersuchung klinischer Stichproben verzerrt zur Darstellung kommt, d. h. die Extrema hier überrepräsentiert sind. Klinische Stichproben können so zu einer unausgewogenen und extremen Interpretation verführen, die keine Rückschlüsse auf die Allgemeinbevölkerung erlaubt. Auch deshalb ist der Analogieschluss auf korrespondierende Ursachen verschiedener Ausprägungen innerhalb des dissoziativen Spektrums problematisch.

Es gibt eine Vielzahl von Instrumenten zur Erfassung von Dissoziation (■ **Tab. 3**); hierbei bietet sich das AMDP-Modul Dissoziation (Freyberger u. Moller 2004) im deutschsprachigen Raum als kurzes, reliables und praktikables Screening-Instrument an. Eine weitere Option zur interviewbasierten Erfassung dissoziativer Störungen ist das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV- dissoziative Störungen (SKID-D; Gast et al. 2000). Generell ist zur Psychometrie zu sagen, dass eine beobachtungs-basierte Erhebung dem „Selbst-Rating“ vorzuziehen ist. Der Einsatz des AMDP-Moduls führt auch zu günstigen didaktischen Effekten beim Beobachter, der so mit den verschiedenen Erscheinungen innerhalb des dissoziativen Spektrums zunehmend vertraut wird.

Infobox 2 Diagnostische Ziele

- Erfassen und Kategorisieren der dissoziativen Symptome und der psychosozialen Funktionseinschränkungen
- Erfassen aller relevanten Diagnosen, um Dissoziation im Rahmen einer anderen diagnostischen Kategorie erkennen zu können
- Differenzialdiagnose gegenüber depressiven, somatoformen und Angsterkrankungen, aber auch Schizophrenien, hirnorganischen sowie artifiziellen Störungen und Aggravation
- Erfassen des Erkrankungsbeginns und auslösender Stimuli
- Erfassen des Verlaufs mit etwaigen (sozial unterstützenden oder chronifizierenden) Einflussfaktoren
- Informative Sozialanamnese
- Einschätzung der Therapie Voraussetzungen und -motivation
- Persönlichkeitsdiagnostik (auch im Hinblick auf zu empfehlende Therapien)
- Erfassen der Vorerfahrungen des Klienten mit Psychotherapie und Psychopharmakotherapie
- Erfassen des Störungswissens und Krankheitskonzepts des Betroffenen

Differenzialdiagnostik und Bewertung der Therapie Voraussetzungen

Generell räumt die ICD-10 eine psychogene Verursachung dissoziativer und konversiver Phänomene in Verbindung mit „traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen“ ein. Die Diagnose setzt charakteristische Symptome der einzelnen dort angeführten Störungskategorien (Amnesie, Fugue, Stupor, Trance und Besessenheit, Bewegungsstörung, Krampfanfälle, Sensibilitätsstörungen) voraus, verlangt weiterhin den Ausschluss körperlicher Erkrankungen, die die Symptome erklären könnten und fordert einen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Symptom und belastender Bedingung als „Beleg für eine psychische Verursachung“.

Grundsätzlich ist eine umfassende somatische, zumeist insbesondere ► **neurologische Diagnostik** (zum Ausschluss einer multiplen Sklerose, von Anfalls- und zerebrovaskulären Erkrankungen sowie Kleinhirnsyndromen) unerlässlich, wenn dissoziative Symptome erstmals auftreten. Zu beachten ist hier auch die hohe Koinzidenz neurologischer Erkrankungen mit Dissoziation, die eine Differenzierung allein aufgrund klinischer Befunde besonders schwierig macht. Die eingehende psychiatrische und psychosomatische Diagnostik hat dann den Zweck, die Psychogenese nachzuzeichnen und ggf. therapeutische Richtungsentscheidungen zu ermöglichen.

Die Untersuchungsziele sind in ■ **Infobox 2** zusammengefasst.

Manche Autoren empfehlen die systematische Erfassung dissoziativer Symptome und Störungen mithilfe anerkannter psychometrischer Verfahren (Priebe u. Schmahl 2009; Spitzer u. Freyberger 2007). Eine Übersicht über empfohlene Verfahren gibt ■ **Tab. 3**.

Bei akzessorischer Dissoziativität ist zu prüfen, ob dissoziative Erscheinungen einer anderen Störung zugeordnet werden können (wie im Fall der Amnesie bei bestehender PTBS) bzw. inwieweit sie das klinische Bild in bedeutsamer Weise mitbestimmen oder zu dessen Verständnis beitragen können. So weisen Spitzer u. Freyberger (2007) darauf hin, dass ► **selbstverletzendes Verhalten** bei Patienten mit einer Borderline-Störung der Abwehr intensiven Entfremdungserlebens dient und sprechen in diesem Zusammenhang von der Selbstverletzung als Antidissoziativum.

Viele Kliniker machen die Erfahrung, dass dissoziierende Patienten zu einem somatisch fundierten Krankheitskonzept neigen. Dies mag für Konversionsstörungen häufig zutreffen; im Hinblick auf die psychologische Dissoziation zeigen aber eigene Befunde (Vogel et al. 2011b), dass Betroffene eher ein psychisch organisiertes Krankheitskonzept verfolgen und daher offenbar eine gewisse Therapiemotivation mitbringen. Generell ist die Kenntnis der patientenseitigen Einstellungen zur Erkrankung eine wichtige Information für den Therapeuten, weil sie sich in nachvollziehbarer Weise auf die therapeutischen Bindungen und Prozesse auswirken. Gegebenenfalls kann es auch sinnvoll sein, vor einer eigentlichen Therapie die Krankheitskonzepte und ► **Veränderungsmotivation** z. B. durch psychoedukative Maßnahmen zu beeinflussen zu versuchen.

Therapie

Strategien und Konzepte

Ebenso wie zu anderen Gesichtspunkten ist die Literatur zur Therapie dissoziativer Störungen sehr uneinheitlich. Es scheint sich aber ein Konsens zu bilden, dass psychotherapeutische Behandlungen

Die Diagnose fordert einen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Symptom und belastender Bedingung

► Neurologische Diagnostik

► Selbstverletzendes Verhalten

Die Kenntnis der patientenseitigen Einstellungen zur Erkrankung ist eine wichtige Information für den Therapeuten

► Veränderungsmotivation

Der Kontext der zu behandelnden Störung ist vorrangig zu berücksichtigen

► Multimodaler Ansatz

► Imaginative Techniken

Die wohldosierte therapeutische Beziehung in Form einer positiv korrigierenden Bindungserfahrung ist das zentrale Wirkprinzip

► Psychoedukative Elemente

Die Therapie bei Dissoziation ist auf einer individuellen Basis zu entwerfen

generell die besten Effekte zeigen (Brand et al. 2009). Dabei sprechen die meisten Befunde dafür, dass verhaltenstherapeutische Elemente ein wichtiger Bestandteil jeder Therapieplanung sind. Hierbei ist natürlich der Kontext der zu behandelnden Störung vorrangig zu berücksichtigen: Bei einer wahrscheinlich traumatischen Genese in der Merkmalskombination Typ-I-Trauma/PTBS oder Typ-II-Trauma/Borderline-Störung sollte die Therapie im Rahmen entsprechender Leitlinien erfolgen. Infrage kommen dabei sowohl tiefenpsychologische als auch verhaltenstherapeutische Strategien. Bei dissoziativen Störungen im eigentlichen Sinn (Depersonalisationssyndrom, Identitätsstörung) sollte die Therapie die Ziele einer Stabilisierung und Symptomreduktion, einer Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten und einer Persönlichkeitsintegration sowie nicht zuletzt einer Rehabilitation verfolgen. Die Studienlage ermutigt hier zu einem ► **multimodalen Ansatz**. Brand et al. (2009) gelangen in einer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass psychotherapeutisches Interventions bei der dissoziativen Identitätsstörung, dem Depersonalisationssyndrom und der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung wirksam ist. Bei allen methodischen Mängeln der zugrunde liegenden Studien erweisen sich sowohl tiefenpsychologische als auch kognitive Ansätze als auch Kombinationen hieraus als effektiv in der Reduktion dissoziativer und begleitender Symptome. Mit besonderen Empfehlungen werden ► **imaginative Techniken** und die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als adjuvante Therapiebausteine gesehen. Letztere gilt aber auch als potenziell destabilisierend und sollte daher nur auf der Grundlage einer fundierten Ausbildung und unter der Bedingung eines beständigen „containment“ (Funktion der stellvertretenden Wahrnehmung und Verarbeitung aversiver Affekte durch den Therapeuten) angewendet werden. Allgemein geht es bei der Therapie um die Integration der dissoziativen Erlebensanteile auf körperlicher, emotionaler und kognitiver Ebene sowie die Stärkung eigener und sozialer Ressourcen. Folglich sind Strategien gefordert, die die Binnenwahrnehmung (z. B. imaginative Techniken, interaktionelle tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie u. a.) stärken, die Ressourcen fördern (soziale Kompetenz, Achtsamkeit, Stressbewältigung), Desensibilisierung durch graduelle Konfrontation in sensu erzielen und das Realitätsbewusstsein stärken. Zentrales therapeutisches Wirkprinzip ist die wohldosierte therapeutische Beziehung in Form einer positiv korrigierenden Bindungserfahrung, die auch etwaigen Bindungsängsten als möglicher Dissoziationsursache Rechnung tragen muss. Denn die Dissoziation hat generell, und somit potenziell auch in der Therapie, die Funktion, den zwischenmenschlichen Kontakt zu modulieren, wobei Nähe durch Aufmerksamkeitsablenkung (Bewusstseinsveränderung) oder Derealisation begrenzt werden kann. Wichtig ist dabei auch die informierte Basis beider Seiten über die grundlegenden Störungszusammenhänge und Therapieprinzipien, weshalb ► **psychoedukative Elemente** in der Therapie unabdingbar sind. Zusätzlich kennzeichnen Empathie und eine antwortende Resonanz die therapeutische Haltung. Durch das Benennen und Differenzieren verschiedener Wahrnehmungsqualitäten verdeutlicht der Therapeut deren Akzeptanz durch die Umwelt und ermöglicht es dem Betroffenen, diese auch bei sich selbst anzunehmen. Die dauerhafte Wirkung der Therapien wird durch Ressourcen und die Balance verschiedener Lebensbereiche (wie Beziehungen, Familie, Arbeit, Freizeit usw.) gefestigt, wobei jeweils als wertvoll, unterstützend, reziprok und resonant erlebbare persönliche Beziehungen helfen, auf den dissoziativen Rückzug bzw. Kontaktabbruch zur Spannungsreduktion verzichten zu können.

Es gilt der Grundsatz, dass eine Therapie bei Dissoziation ähnlich wie bei anderen komplexen psychosozial getriggerten Störungen auf einer individuellen Basis zu entwerfen ist, damit sie sich optimal den jeweiligen Bedürfnissen und Voraussetzungen anpassen kann. Hierzu zählen beispielsweise die Laienätiologie und die Erwartungen an eine Therapie. In einer eigenen Untersuchung (Vogel et al. 2011b) konnte demonstriert werden, dass Dissoziation ein psychisch fundiertes Krankheitskonzept eher fördert, während Konversionstörungen eher mit somatisch organisierten Krankheitskonzepten verbunden waren. Hier zeigte sich auch, dass begleitende Syndrome (z. B. Psychose, Depression, Angst) einen höheren Einfluss auf die Therapievoraussetzungen zu haben scheinen als die im engeren Sinne auf das Trauma zurückgeführten (in der Regel PTBS-Symptome oder Borderline-Merkmale). Andere Studien legen dar, dass Psychotherapie in vielen Fällen zunächst eine Besserung in anderen Symptombereichen als der Dissoziation bewirkt, die manchmal eher nach Jahren als nach Wochen nachhaltig remittiert (Brand et al. 2009).

Individuelle Therapieplanung

Allgemein lässt sich aus Erfahrungen herleiten, dass ► **prognostisch günstige Voraussetzungen** für eine Therapie bestehen, wenn

- nicht allzu vordergründig somatisierte (Konversions-)Symptome bestehen,
- die Erkrankung nicht chronisch ist,
- wenig psychische Komorbidität vorliegt,
- der sekundäre Krankheitsgewinn kein bedeutender motivationaler Faktor ist,
- Introspektion und Therapiemotivation günstig sind,
- ein Fokus (z. B. Konflikt) klar benannt werden kann,
- die strukturelle Reife der Persönlichkeit hinreichend ist.

Diese Überlegungen beschreiben sicherlich eine ideale Konstellation und dienen eher als Hilfe bei der Strukturierung einer Therapieplanung, als dass sie demotivieren sollten.

Die Dissoziation wird in der Therapeutenperspektive als eine Komplikation wahrgenommen, wohingegen sie bei Patienten durchaus mit einer hohen Motivation zur Therapie verbunden sein kann. Die Möglichkeit einer multimodalen Therapie lässt einige Spielräume für die flexible und individuell angepasste Planung bzw. Durchführung komplexer Behandlungen.

Werden beispielsweise psychodynamische Zusammenhänge nicht in ausreichendem Maß deutlich oder von beiden Seiten anerkannt, oder steht bei chronischen Problemen die Symptomreduktion im Vordergrund, sollte der Schwerpunkt entsprechend hin zu ► **kognitiven Elementen** verschoben werden.

Grundsätzlich ist auch auf die Adhärenz der Patienten zu achten, die bei Enttäuschungen und anderen negativen Erfahrungen in der Behandlung und der therapeutischen Beziehung zu Therapieabbrüchen neigen. Viel wichtiger als pädagogische Beeinflussung der Patienten ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient, der auch Gegenstand einer initialen Therapiephase sein kann. Die Arbeit an Krankheitskonzept und Therapiemotivation ist ein wichtiges Element der Therapie auch anderer psychosomatischer Erkrankungen, man denke nur an somatoforme Störungen.

Zur Prognose des Behandlungserfolgs bei dissoziativen Störungen (auch dissoziativen Phänomenen bei anderen Störungen) liegen vergleichsweise wenige systematische Untersuchungen vor. Grundsätzlich ist aber mit einem eher ► **chronischen Verlauf** zu rechnen, weil die Disposition zu hochgradigem dissoziativen Erleben als ein eher stabiles Persönlichkeitsmerkmal angesehen wird (Bernstein u. Putnam 1986). Dennoch wird im Hinblick auf dissoziative Störungen von einer sukzessiven Besserung begleitender Syndrome (Depression, Borderline-Merkmale etc.) und daran anschließend auch der dissoziativen Erlebensweisen unter Therapie berichtet (Coons u. Bowman 2001; Ellason u. Ross 1997). Vermutlich ist das Fehlen von Katamnesen der Hintergrund, warum Therapieeffekte nicht hinreichend fundiert beurteilt werden können. Im Hinblick auf Dissoziation bei anderen Syndromen scheint indes auch die Dissoziation mit deren Besserung abzunehmen.

Fazit für die Praxis

- Dissoziation bezeichnet ein heterogenes Konstrukt mit einer sehr großen Bandbreite klinischer und nichtklinischer Erscheinungen.
- Hinsichtlich ihrer Ätiologie ist die Annahme verbreitet, dass es sich um Reaktionsweisen handelt, die der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse dienen sollen. Diese Konzeption ist jedoch nicht unumstritten.
- Die ICD-10 verknüpft die Diagnose einer dissoziativen Störung mit spezifischen Symptomen, dem Nachweis einer Psychogenese und dem korrespondierenden Ausschluss organischer Ursachen.
- Eine besonders sorgfältige und umfassende Diagnostik ist notwendig, die sich insbesondere auch um die Abgrenzung dissoziativer Erlebensweise im Rahmen anderer psychischer Störungen bemühen muss.
- Die Therapie richtet sich am Störungsquerschnitt aus und berücksichtigt alle individuell ausgeprägten Symptombereiche. Multimodale Ansätze zeigen die besten Ergebnisse und erlauben

► Prognostisch günstige Voraussetzungen

Die Möglichkeit einer multimodalen Therapie lässt Spielräume zur Durchführung komplexer Behandlungen

► Kognitive Elemente

Bei negativen Erfahrungen in der Behandlung und der therapeutischen Beziehung neigen die Betroffenen zu Therapieabbrüchen

► Chronischer Verlauf

auch eine individuelle Therapiegestaltung entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen und Voraussetzungen.

- Ziele der Therapie sind neben der Symptomreduktion auch die Auseinandersetzung mit einem etwaigen Trauma, die strukturelle Festigung und ggf. die Rehabilitation.
- Bei Konversionssyndromen besteht die Besonderheit, dass ein Psychogeneseverständnis häufig erst etabliert werden muss.

Korrespondenzadresse

Dr. Matthias Vogel

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universität Rostock
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
matthias.vogel@uni-rostock.de

Interessenkonflikt. Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174:727–735
- Brand BL, Classen CC, McNary SW, Zaveri P (2009) A review of dissociative disorders treatment studies. *J Nerv Ment Dis* 197:646–654
- Bremner JD (2010) Cognitive processes in dissociation: comment on Giesbrecht et al. (2008). *Psychol Bull* 136:1–11
- Breuer J (1895) Fräulein Anna O. In: Freud S, Breuer J (Hrsg) (1970) Studien über Hysterie. Fischer, Frankfurt a.M, S 20–40
- Coons PM, Bowman ES (2001) Ten-year follow-up study of patients with dissociative identity disorder. *J Trauma Dissociation* 2:73–89
- Cardena E (1994) The domain of dissociation. In: Lynn SJ, Rhue RW (Hrsg) Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives. Guilford, New York, S 15–31
- Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (2004) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart
- Ellason JW, Ross CA (1997) Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 154:832–839
- Fiedler P (2001) Dissoziative Störungen und Konversion. Psychologie Verlagsunion, Weinheim
- Freud S (1895) Studien über Hysterie. Springer, Wien: 1895 (gemeinsam mit Breuer J); Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt a.M, Bd 1, S 75–312; Nachtrag Breuer J, GW, Bd 1, S 217–310
- Foot B, Smolin Y, Kaplan M et al (2006) Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 163:623–629
- Freyberger HJ, Moller HJ (2004) Die AMDP-Module. Hogrefe, Göttingen
- Gast U, Zündorf F, Hofmann A (2000) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Hogrefe, Göttingen
- Giesbrecht T, Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H (2008) Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychol Bull* 134:617–647
- Janet P (1925) Psychological healing. Macmillan, New York
- Kolk BA van der, Hart O van der (1989) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 146:1530–1540
- Mentzos S (2009) Der hysterische Modus. In: Mentzos S (Hrsg) Lehrbuch der Psychodynamik. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, S 97 ff.
- Mulder RT, Beautrais AL, Joyce F, Ferguson DM (1998) Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 155:806–811
- Priebe K, Schmahl C (2009) Dissoziative Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77:595–606
- Putnam FW, Carlson EB, Ross CA et al (1996) Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 184:673–679
- Ross CA, Joshi S, Currie R (1990) Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry* 147(11):1547–1552
- Sar V, Akyuz G, Dogan O, Öztürk E (2009) The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics* 50:50–58
- Spitzer C, Wrede KH, Freyberger HJ (2004) Das AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion (AMDP-DK): Entwicklung einer Checkliste und erste Befunde zu ihren psychometrischen Charakteristika. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72:404–410
- Spitzer C, Freyberger HJ (2008) Geschlechtsunterschiede bei dissoziativen Störungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 51:46–52
- Spitzer C, Stieglitz RD, Freyberger HJ (2005) Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS). Huber, Bern
- Sutin AR, Stockdale GD (2010) Trait dissociation and the subjective affective, motivational, and phenomenological experience of self-defining memories. *J Pers* doi: 10.1111/j.1467-6494.2010.00708.x
- Spitzer C, Freyberger HJ (2007) Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen). *Psychotherapeut* 52:223–235
- Vogel M, Meyer H, Grönke S et al (2011a) Differential effects of childhood abuse and neglect: mediation by post-traumatic distress in neurotic disorder and by negative symptoms in schizophrenia? *Psychiatry Res* doi: 10.1016/j.psychres.2011.01008
- Vogel M, Grönke S, Schindler N, Schneider W (2011b) Zum Einfluss von Trauma und Traumafolgen auf die Therapiemotivation. *Z Psychiatr Psychol Psychother* (im Druck)
- Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J (2000) The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 41:223–227
- Zucker M, Spinazzola J, Blaustein M, Kolk BA van der (2006) Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *J Trauma Dissociation* 7:19–31
- Yates JL, Nasby W (1993) Dissociation, affect, and network. Models of memory: an integrative proposal. *J Trauma Stress* 3:305–326

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: CME.springer.de
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Der Begriff Dissoziation wurde ursprünglich definiert und geprägt von:

- ☐ Pierre Janet.
- ☐ Sigmund Freud.
- ☐ Kurt Schneider.
- ☐ Jean Martin Charcot.
- ☐ Emil Kraepelin.

Der Begriff Dissoziation entwickelte sich im Kontext der ...

- ☐ Schizophrenie.
- ☐ Manie.
- ☐ Demenz.
- ☐ Hysterie.
- ☐ Depression.

Nicht zu den dissoziativen Symptomen zählt ...

- ☐ Derealisation.
- ☐ Depersonalisation.
- ☐ Gedanken-laut-Werden.
- ☐ Gestörtes Zeiterleben (Ekmnesie).
- ☐ Bewusstseinsengung.

Das Ganser-Syndrom ist ...

- ☐ eine der häufigsten psychiatrischen/psychosomatischen Diagnosen.
- ☐ eine Denkstörung im Rahmen der Schizophrenie.
- ☐ ein inkorrektes („Daneben“-) Antworten.
- ☐ eine Variante der multiplen Persönlichkeitsstörung.
- ☐ eine Form von Gedächtnisstörung.

Die Ätiologie der Dissoziation ...

- ☐ ist nach wie vor umstritten.
- ☐ ist ausnahmslos traumatisch.
- ☐ ist unabhängig von anderen psychopathologischen Syndromen.
- ☐ ist für das gesamte Spektrum dissoziativer Symptome einheitlich.
- ☐ ist im Begriff der „belle indifférence“ zusammengefasst.

Kennzeichen der dissoziativen Fugue ist/sind:

- ☐ Ein Ortswechsel ohne Erinnerung daran.
- ☐ Ein psychosexueller Konflikt.
- ☐ Lähmungserscheinungen.
- ☐ Eine peritraumatische Dissoziation.
- ☐ Ein wechselndes Identitätsempfinden.

Welche Aussage zur Epidemiologie dissoziativer Störungen trifft zu?

- ☐ Dissoziative Störungen treten überwiegend im Rahmen anderer psychiatrischer, psychischer und psychosomatischer Störungen auf.
- ☐ Dissoziative Fugue tritt überwiegend bei Männern auf.
- ☐ Ein psychisches oder physisches Trauma ist der einzige Faktor, der bei allen dissoziativen Störungen vorkommt.

- ☐ Trotz methodischer Unterschiede lassen sich die Prävalenzen für die verschiedenen dissoziativen Symptome zuverlässig schätzen.
- ☐ Die Erkrankungsraten dissoziativer Störungen zeigen saisonale Schwankungen.

Welche der folgenden Erkrankungen umfasst definitionsgemäß dissoziative Symptome?

- ☐ Die posttraumatische Belastungsstörung.
- ☐ Das Korsakow-Syndrom.
- ☐ Die Zwangsstörung.
- ☐ Die hebephrene Schizophrenie.
- ☐ Die schizoide Persönlichkeitsstörung.

In der Therapie der Dissoziation ...

- ☐ führt eine tiefenpsychologische Gruppentherapie zu unerwünschter Regression.
- ☐ haben Serotonin-Wiederaufnahmehemmer den Vorrang vor Verhaltenstherapie.
- ☐ sind multimodale Konzepte am effektivsten.
- ☐ müssen depressive Symptome vorauslaufend behandelt werden.
- ☐ zeigen imaginative Verfahren keine therapeutische Wirkung.

Die Prognose dissoziativer Störungen ...

- ☐ ist noch zu wenig systematisch untersucht.
- ☐ hängt entscheidend davon ab, ob Psychopharmaka verordnet werden.
- ☐ ist bei multiplen Persönlichkeitsstörungen besonders günstig.
- ☐ wird durch sekundären Krankheitsgewinn verbessert.
- ☐ ist so schlecht, dass mit beruflicher Invalidität zu rechnen ist.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de

