

DISSOZIATIVE STÖRUNGEN: EINE NICHT IMMER LEICHT ZU DIAGNOSTIZIERENDE ERKRANKUNG

Dirk Büchter

Fallbeispiele

Eine 16-jährige Patientin wird bei uns wegen einer schweren bulimisch anorexischen Essstörung vorgestellt. In der erweiterten Anamnese stellt sich heraus, die Patientin habe als Achtjährige plötzlich nicht mehr hören können. Der HNO Arzt habe dann eine Versorgung mit Hörgeräten verordnet. Kurze Zeit später völlig normales Hörvermögen. Ein Jahr später deutliche Visusverschlechterung und Brillenversorgung, auch hier nach einigen Monaten spontane Besserung. In der psychotherapeutischen Behandlung konnte die Patientin berichten, dass sie seit dem achten Lebensjahr von ihrem Onkel sexuell missbraucht wurde, ihr aber keiner zugehört oder gesehen habe, welche Qualen sie erleiden musste.

Die 15-jährige Kantonsschülerin stellt sich mit Schmerzen und Bewegungseinschränkung im linken Bein zuerst beim Hausarzt vor. Zuweisung zum MRI, dort scheinbar Entzündungsreaktion im Hüftgelenk. Trotz medikamentöser Therapie rasche Verschlechterung, die letztlich zu einer völligen Bewegungsfähigkeit und Versorgung mit einem Rollstuhl führte. Selbst im Familienurlaub musste die Patientin an den Strand getragen werden. Nach dem Urlaub Vorstellung in unserer Abteilung. In der psychotherapeutischen Behandlung war es der Patientin möglich über den Konflikt in der Familie zu sprechen. Die Eltern wollten unbedingt, dass sie die Kantonsschule besucht. Die Patientin ist dem Wunsch der Eltern zwar gefolgt, wollte aber unbedingt eine Lehre absolvieren. Nachdem die Eltern diesem Wunsch nachkamen war das Gehen wieder möglich.

Einleitung

Dissoziative Störungen wurden früher als Konversionsstörungen bezeichnet. Damit sollte die ursprüngliche psychoanalytische Annahme, dass sich ein emotionaler Konflikt in einem körperlichen Symptom ausdrückt (konvertiert), dargestellt werden. Begriffe wie Hysterie oder hysterische Neurose bezeichnen dasselbe und sind sicherlich vielen noch bekannt.

Wie häufig sind dissoziative Störungen

Die Häufigkeit der dissoziativen Störungen hat über die letzten Jahre abgenommen. Unter den kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten machen sie etwa 1 – 2% der Patienten aus. Das typische Manifestationsalter liegt im Jugend- bzw. im frühen Erwachsenenalter. Mädchen sind etwa drei Mal so oft von dissoziativen Störungen betroffen wie Jungen. Die meisten dis-

soziativen Störungen dauern nur kurz, das heisst Wochen oder Monate. Selten können sich aber auch chronische Störungen entwickeln.¹⁾

Was ist eine dissoziative Störung und wie entsteht sie

Die dissoziativen Störungen lassen sich bezüglich ihrer Genese mittels des Stress-Vulnerabilitäts-Modells verstehen. Gemeinsam ist allen Ausprägungen dissoziativer Symptome, dass sie gleichsam als Reaktion auf massive und unerwartete Traumatisierungen entstehen. Sowohl bei dissoziativen Amnesien als auch bei der dissoziativen Fugue oder den dissoziativen Identitätsstörungen lassen sich im Vorfeld der Störungen massive Stressexpositionen bei den Patienten feststellen wie z.B. Misshandlungen, Kriegserlebnisse, Beziehungskonflikte oder andere scheinbar unlösbare Konfliktsituationen.²⁾ Dissoziative Reaktionen können daher als Verhaltensweisen gedeutet werden, in denen die Psyche sich vor im Moment scheinbar unlösbaren Problemen flüchtet, indem sie jene Teile des Bewusstseins, die diesem Problem exponiert sind von der übrigen Identität abspaltet, um dem Individuum einen Raum zur Reorganisation und Traumabewältigung zu geben. Unter neurobiologischen Aspekten sind bei solch massiven Stressexpositionen zwei sich primär gegenüberstehende Verhaltensmuster zu unterscheiden, welche beide teilweise zur Erklärung dissoziativer Phänomene herangezogen werden können.⁹⁾

1. Das Kampf- und Fluchtreaktionsmuster: Ein Individuum reagiert mit einer generalisierten Alarmreaktion auf extreme externe Bedrohungen, indem ein erhöhter Sympathikotonus eine Kampf- oder Fluchtreaktion vorbereitet. Dieses als Hyperarousal bezeichnete Stadium ist gekennzeichnet durch eine zentral gesteuerte Abgabe von katecholaminergen Substanzen und corticotropen Hormonen.

2. Das Aufgabenreaktionsmuster: Diese Reaktionsweise wird vom Patienten gewählt, wenn eine Kampf- oder Fluchtreaktion nicht aussichtsreich erscheint oder auf Grund cerebraler Reifungs- und Lernprozesse noch nicht ausgebildet ist, wie dieses besonders bei Kindern und Jugendlichen der Fall ist. Auch hier kommt es zu einer initialen Antwort mit Ausschüttung von Katecholaminen und Corticosteroiden. Es folgt eine starke Aktivierung des Parasympathikus und der zentralen dopami-



Dirk Büchter

Korrespondenz:
dirk.buechter
@kispisg.ch

nergen Systeme vor allem im mesolimbischen und mesokortikalen Kortex. Dadurch wird das Affektverhalten beeinflusst. Durch Querverbindungen zum endogenen Opioidsystem erfolgt eine Modulation der Schmerzwahrnehmung, die auch eine Verzerrung der Wahrnehmung von Zeit, Ort und Realität bedingen kann. In ähnlicher Weise kann durch externe Applikation von Opioidanaloga eine dissoziative Reaktion ausgelöst werden.³⁾

Durch die verzerrte Realitätswahrnehmung können sich in diesem Zusammenhang auch einzelne Symptome dissoziativer Störungen erklären lassen wie beispielsweise die gestörte Zeit- und Ortswahrnehmung im Rahmen einer dissoziativen Fugue (Flucht, der Betroffene verlässt unerwartet seinen gewohnten Lebensbereich, etwa sein Zuhause oder seinen Arbeitsplatz, und begibt sich an einen anderen Ort). Die generelle Bereitschaft eines Individuums, auf externe Reize mit dissoziativen Störungen zu reagieren, ist von mehreren Faktoren abhängig. In diesem Zusammenhang muss als besonderer Risikofaktor bei der Entstehung von dissoziativen Störungen die frühkindliche Traumatisierung genannt werden. Hierbei steht die dissoziative Identitätsstörung im Vordergrund. Es gibt aber noch andere Prädiktoren oder Risikofaktoren für die Entwicklung einer dissoziativen Störung; zum Beispiel minimale cerebrale Dysfunktionen, Schlafentzug, Alkoholkonsum, ein ungünstiger familiärer Hintergrund mit frühkindlichen Deprivationserlebnissen etc.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die dissoziative Störung meist im Zusammenhang mit einem traumatischen oder stark belastenden Ereignis, einem unlösbaren Konflikt oder ausgeprägten zwischenmenschlichen Problemen beginnt. Ein wesentliches Merkmal aller dissoziativen Störungen ist, dass sich keine organische Ursache für die Symptome nachweisen lässt. Charakteristisch ist, dass die Symptome im Laufe der Zeit unterschiedlich stark sein können und sich unterschiedliche Symptome (z.B. Gedächtnisverlust, Empfindungsstörungen) miteinander abwechseln können. Durch belastende Situationen werden die Symptome häufig verstärkt. Teilweise ist auch selbstschädigendes Verhalten, wie Schnitt- oder Brandwunden zu beobachten. Die Patienten versuchen so aus dem dissoziativen Zustand in die Realität zurückzufinden.

Einteilung der dissoziativen Störungen

Im ICD 10 wird für alle dissoziativen Störungen ein zeitlicher Zusammenhang mit Belastungen, Problemen oder Bedürfnissen gefordert. Die Diagnose einer dissoziativen Störung darf nur gestellt werden, wenn eine körperliche Ätiologie oder ein Substanzmissbrauch als Ursache für die Störung ausgeschlossen worden sind. Es werden folgende dissoziative Störungen unterschieden:

- Dissoziative Amnesie
- Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
- Dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit)
- Dissoziative Fugue
- Dissoziativer Stupor
- Dissoziative Bewegungsstörungen
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- Trance und Besessenheitszustände
- Dissoziative Krampfanfälle³⁾⁴⁾

Dissoziative Amnesie

Den Betroffenen fehlt ganz oder teilweise die Erinnerung an wichtige, aktuelle Ereignisse. Es handelt sich meistens um belastende oder traumatische Ereignisse, wie Unfälle oder Gewalt. Die Amnesie geht dabei über eine normale Vergesslichkeit hinaus, sie ist stärker ausgeprägt oder dauert länger an.

Depersonalisations- und Derealisationssyndrom

«... Ich möchte nur schlafen und an nichts denken. Ich halte mir dann meine Ziele vor Augen. Ich möchte mich mit meinem anderen Ich vertragen können und mich nicht weiter verletzen müssen. Ich möchte auf andere Menschen zugehen können ohne zu denken, die wollen nur Böses von ...» Nach Prof. Dr. A. Streeck-Fischer, Tagung Klinik Sonnenhof, am 9.11.2017.

Es handelt sich beim Depersonalisations-Derealisationssyndrom (DDS) um eine relativ häufige seelische Erkrankung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, die jedoch nur selten diagnostiziert wird. Oft beginnt die Depersonalisations-Derealisationsstörung nach einem Angstfall, einer körperlichen Erkrankung oder der Einnahme von Drogen wie z.B. Cannabis. Nicht selten können Betroffene aber auch zunächst keinen Auslöser benennen.

Während einer Depersonalisation ist die Selbstwahrnehmung verändert. Die betroffene Person fühlt sich in ihrem eigenen Körper fremd oder fühlt sich von ihrem Selbst losgelöst und beobachtet sich von aussen. In diesem Zustand empfindet sie keine emotionalen Reaktionen und hat das Gefühl, ihre Handlungen nicht vollständig kontrollieren zu können. Gleichzeitig reagiert sie aber normal und angemessen auf ihre Umwelt.

Bei einer Derealisation wird die Umwelt als unwirklich, fremd oder verändert wahrgenommen. So kann eine bisher neutrale Umgebung dem Betroffenen plötzlich eigenartig unbekannt, seltsam bekannt («deja-vu») oder verändert erscheinen.

Eine vorübergehende Depersonalisation oder De-realisation kommt auch bei Gesunden vor, aber auch bei anderen psychischen Störungen sind diese Symptome häufig anzutreffen. So zum Beispiel bei Panikattacken, Depressionen, Phobien, Zwangsstörungen oder bei der Schizophrenie.

Dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit)

Hierbei handelt es sich um eine schwere Form der dissoziativen Störung. Es treten verschiedene voneinander abgetrennte Zustände der Persönlichkeit auf, die jeweils eigene Gefühle, Charaktereigenschaften, Vorlieben und Erinnerungen haben. Die unterschiedlichen Persönlichkeitszustände treten im Wechsel auf und wissen meist nichts von den anderen Anteilen. Sind die Betroffenen in einem bestimmten Persönlichkeitszustand, können sie sich nicht erinnern, was ein anderer Persönlichkeitsanteil getan oder erlebt hat.

Es kann aber auch vorkommen, dass die verschiedenen Persönlichkeitszustände nur teilweise dissoziiert sind. In diesem Fall wissen die verschiedenen Anteile voneinander und können beobachten, was geschieht, wenn gerade ein anderer Anteil die Kontrolle hat – sie können dies jedoch nicht oder nur schwer beeinflussen.

Die dissoziative Identitätsstörung beginnt oft schon in der Kindheit. Meist leiden die Betroffenen gleichzeitig an anderen psychischen Störungen, wie Depressionen oder Essstörungen. Die Betroffenen versuchen oft die Symptome zu verheimlichen, aus diesem Grund wird die Erkrankung oft übersehen oder erst im Erwachsenenalter diagnostiziert.

Dissoziative Fugue

Bei einer dissoziativen Fugue (Flucht) verlässt der Betroffene unerwartet seinen gewohnten Lebensbereich, etwa sein Zuhause oder seinen Arbeitsplatz und begibt sich an einen anderen Ort. Der Betroffene wirkt nach aussen hin normal und kann sich weiter selbst versorgen. Während der Fugue kann er sich ganz oder teilweise nicht mehr an seine Vergangenheit und seine eigene Identität erinnern. In manchen Fällen nehmen die Betroffenen auch eine neue Identität an, die sich von der eigentlichen Persönlichkeit unterscheiden kann. Der Fugue-Zustand kann wenige Stunden aber auch bis zu mehreren Monaten anhalten. Eine Erinnerung der Ereignisse während der Fugue ist oft nicht möglich.

Dissoziativer Stupor

Diese Form ist dadurch gekennzeichnet, dass eine beträchtliche Verringerung bis hin zur völligen Unfähigkeit vorliegt, willkürliche Bewegungen auszuführen. Es kann auch zu einem *Fehlen* von reflektorischen Reaktionen auf visuelle, auditorische oder taktile Reize kommen. Die Betroffenen sind vollkommen in einer Körperhaltung erstarrt, sprechen nicht, reagieren nicht auf Ansprechen, essen und trinken nicht. In diesem Zustand kann man keinen Kontakt mit ihnen aufnehmen. Sie sind aber nicht bewusstlos, atmen nor-

mal, haben eine normale Muskelspannung und können eine aufrechte Körperhaltung einnehmen.

Dissoziative Bewegungsstörungen

Es kommt zu einem teilweisen oder vollständigen Verlust der Bewegungsfähigkeit bei einer oder mehreren Gliedmassen. Begleitet häufig von eingeschränkter Sprechfähigkeit oder Störungen bei der Koordination von Bewegungen. Zittern, Verkrampfungen, Muskelzuckungen, Gangstörungen, Parkinson-ähnliche Symptome oder die Unfähigkeit alleine zu stehen, können ebenfalls vorhanden sein. Die beschriebenen Symptome sind neurologischen Bewegungsstörungen sehr ähnlich, es lässt sich jedoch keine organische Ursache finden.

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Bei diesem Störungsbild gehen die sensorischen Empfindungen teilweise oder ganz verloren. Die Empfindung der Haut kann an bestimmten Stellen, einem bestimmten Körperteil oder am ganzen Körper fehlen. Es kann zu einem teilweisen oder vollständigen Ausfall des Sehens, Hörens oder des Riechens kommen.

Trance- und Besessenheitszustände

Bei der dissoziativen Trance verändert sich vorübergehend das Bewusstsein. Das Gefühl der persönlichen Identität geht verloren. Gleichzeitig ist das Bewusstsein auf die unmittelbare Umgebung oder auf bestimmte Reize in der Umgebung eingeeengt. Es werden immer wieder dieselben Bewegungen, Haltungen und Sätze wiederholt.

Bei der Besessenheits-Trance nimmt der Betroffene für einen begrenzten Zeitraum eine neue Identität an, die einem Geist oder einem Gott zugeschrieben wird. Die Diagnose kann nur gestellt werden ausserhalb einer religiös oder kulturell akzeptierten Situation.

Dissoziative Krampfanfälle

Es treten Krampfanfälle auf, die einem epileptischen Anfall ähneln. Ein Bewusstseinsverlust besteht jedoch nicht. Es kann aber ein stupor- oder trance-ähnlicher Zustand auftreten.

Diagnosestellung von dissoziativen Störungen

Sehr häufig werden dissoziative Störungen nicht erkannt oder falsch diagnostiziert. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass die Symptome oft mit anderen Störungen in Verbindung gebracht werden, zum Beispiel mit neurologischen Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Ein anderer Grund kann sein, dass in Kombination mit dissoziativen Störungen auch andere psychische Erkrankungen vorliegen, die die dissoziativen Symptome scheinbar ausreichend erklären.³⁾⁴⁾

Wichtige Anhaltspunkte für eine dissoziative Störung erhält man sowohl aus dem Gespräch mit dem Patienten wie aus dem Verhalten des Patienten während des Gesprächs. Typischerweise berichtet der Patient über Gedächtnislücken oder erzählt, dass er im-

mer wieder an Orten ist, ohne zu wissen, wie er dort hingekommen ist. Im Gesprächsverlauf kann auffallen, dass der Patient oft den Faden verliert oder sein Verhalten plötzlich und auffällig wechselt. Ebenfalls sind die von den Patienten angegebenen Beschwerden oft diskordant mit den anatomischen Gegebenheiten. Besonders bei Schmerzsymptomen oder Bewegungsstörungen passen die erlebten Beschwerden nicht in die neurologischen oder anatomischen Funktionsmuster

Um einen Eindruck zu erhalten, ob eine dissoziative Störung vorliegt können Fragebogen zur Selbst- und Fremdeinschätzung eingesetzt werden (Dissociative Experience scale, Impact of Event Scale oder die Checklist für dissoziative Erfahrungen von Kindern (CDC Version 3)).

Wichtig sind bei der Anamnese Fragen zur aktuellen Lebenssituation und nach psychischen Problemen oder Erkrankungen in der Vergangenheit. So kann versucht werden zu eruieren, ob es in der Vergangenheit ein Trauma, einen schwerwiegenden Konflikt oder eine starke Belastungssituation gegeben hat. Informationen von Drittpersonen sind neben strukturierten Interviews (Dissociative Disorders Interview Schedule) sehr hilfreich.

Grundvoraussetzung ist selbstverständlich, dass organische Erkrankungen, die ähnliche Symptome auslösen können, abgeklärt werden. Sollten sich schon zu Beginn Zweifel an einer organischen Ursache ergeben, z.B. Dermatomyositis passen nicht zu den beschriebenen Beschwerden, Bewegungsstörungen sind anatomisch unlogisch oder unmöglich, darf die Abklärung aber nicht zu weit ausufern.⁵⁾⁶⁾

Therapie

Eine multimodale Behandlung aus Psychotherapie, medikamentöser Therapie und einem weiteren Verfahren (Kunst-, Bewegungs- oder Musiktherapie) ist die erste Wahl. Der Einbezug des Familiensystems bei Kinder- und Jugendlichen ist unabdingbar. Obschon dissoziative Störungen sehr schwerwiegende Erkrankungen sind, ist die Prognose bei einer geeigneten Behandlung gut.

Eine medikamentöse Behandlung kann in manchen Fällen sinnvoll sein. Spezielle Medikamente für dissoziative Erkrankungen sind nicht vorhanden. Deshalb werden Medikamente eingesetzt, die die mit der dissoziativen Störung verbundenen anderen psychischen Symptome lindern sollen:

Antidepressiva können bei depressiver Symptomatik oder der posttraumatischen Belastungsstörung eine wertvolle Unterstützung sein. Bei Schlafstörungen können beruhigend wirkende Antidepressiva hilfreich sein.

Benzodiazepine können zwar Erregungszustände oder Ängste gut lindern, sollten jedoch nur als Notfallmedikamente eingenommen werden, da bereits nach kurzfristiger, regelmässiger Einnahme eine Abhängigkeit auftritt.⁴⁾⁷⁾⁸⁾

Die Entscheidung zu einer stationären Behandlung wird dann notwendig, wenn die Beschwerdesymptomatik stark ausgeprägt ist oder das Familiensystem derart stark belastet ist, dass es keine ausreichende Unterstützung mehr bieten kann.

Zusammenfassung

Dissoziative Störungen stellen eine sehr heterogene Gruppe psychiatrischer Erkrankungen dar. Ein einheitliches und allen Fragestellungen genügendes Erklärungsmodell zur Krankheitsentstehung gibt es jedoch nicht. Eine deutliche Besserungstendenz ist bei multimodalen Behandlungskonzepten rasch zu sehen.

Referenzen

- 1) Steinhausen, H.-C. (2000). Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 4. Aufl. S 149-151
- 2) Kardiner & Spiegel 1947, Kopelman 1987, Putnam, 1991
- 3) Weigand, T., Professor Dr. A. Warnke (2005) «Das klinische Bild dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter, ihr Verlauf und ihre Prognose», Dissertation Universität Würzburg
- 4) Arnheim, Christine (2017). Dissoziative Störungen, Therapie.de
- 5) Sonnenmoser, Marion (2004). Dissoziative Störungen: häufig Fehlgedeutet. Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 8, S. 372-373
- 6) Fiedler, Peter (2009). Dissoziative Störungen. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Springer Verlag, Heidelberg. S. 477-495
- 7) Krämer, U.; 2017; Psychotherapie im Dialog Heft 3) S. 75-77
- 8) Bronisch T (2000) Biologische Korrelate von Persönlichkeitsstörungen. In: Förstl H (Hrsg) Neuropsychiatrie. Organische Korrelate psychiatrischer Erkrankungen. Enke, Stuttgart, S 116-135
- 9) Eriksson, N.G. (1996) Early TRAUMATIC STRESS REACTION; British journal of Psychiatry, 169 S. 713-716

Autor

Dr. med. Dirk Büchter, Jugendmedizin, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.