

Dissoziative Störungen

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Zusammenfassung | 2 |
| Einleitung..... | 2 |
| Was versteht man unter einer dissoziativen Störung?..... | 3 |
| Welche Formen der dissoziative Störungen werden unterschieden? | 3 |
| Dissoziative Amnesie..... | 3 |
| Dissoziative Fugue | 4 |
| Depersonalisations- und Derealisationssyndrom | 4 |
| Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung) | 5 |
| Dissoziativer Stupor..... | 5 |
| Dissoziative Bewegungsstörungen..... | 5 |
| Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen..... | 6 |
| Trance- und Besessenheitszustände..... | 6 |
| Dissoziative Krampfanfälle..... | 6 |
| Ganser-Syndrom..... | 6 |
| Mischformen..... | 6 |
| Wie häufig sind dissoziative Störungen und wie verlaufen sie? | 6 |
| Wie entstehen dissoziative Störungen?..... | 7 |
| Umweltfaktoren: Traumata und starke psychische Belastungen..... | 7 |
| Entstehung einzelner dissoziativer Störungsbilder..... | 8 |
| Individuelle Eigenschaften..... | 8 |
| Wie werden dissoziative Störungen diagnostiziert? | 9 |
| Wie werden dissoziative Störungen behandelt? | 10 |
| Psychotherapie..... | 10 |
| Medikamentöse Behandlung | 12 |
| Quellen..... | 13 |

Zusammenfassung

- Dissoziationen können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein: Von leichten Symptomen, die fast jeder schon einmal erlebt hat, bis hin zu schwer ausgeprägten Störungen.
- Dissoziationen treten oft nach traumatischen Erfahrungen oder starken psychischen Belastungen auf. Es wird angenommen, dass sie ein Schutzmechanismus sind, um die Psyche vor unerträglichen Belastungen zu schützen.
- Es werden eine Reihe unterschiedlicher Störungsbilder unterschieden. Die häufigsten bzw. bekanntesten sind die dissoziative Amnesie, die dissoziative Fugue, das Depersonalisations- und Derealisationssyndrom und die dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung).
- Dissoziative Störungen werden häufig nicht erkannt, oder die Symptome werden mit anderen Erkrankungen verwechselt. Deshalb ist eine sorgfältige Diagnostik sehr wichtig.
- Behandelt werden dissoziative Störungen in der Regel mit einer Psychotherapie, die sich an der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (Traumatherapie) orientiert. Ergänzend können Psychopharmaka und weitere Verfahren wie Bewegungstherapie oder Paar- und Familientherapie eingesetzt werden.

Einleitung

Fast jeder hat schon einmal **dissoziative Symptome** erlebt: Etwa das **Gefühl**, „weggetreten zu sein“ oder „neben sich zu stehen“. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn man etwas routinemäßig macht (zum Beispiel Autofahren) oder sich stark auf eine Sache konzentriert. Im normalen Leben empfinden Menschen ihre Gedanken, Gefühle, Sinneseindrücke, Erinnerungen und Handlungen als zusammengehörig und als Teil ihrer Person – doch bei einer Dissoziation sind diese wie „voneinander abgetrennt“. Dissoziationen können sehr unterschiedliche Formen annehmen und in ihrer Intensität und Zeitdauer deutlich variieren.

Stärkere dissoziative Symptome können auftreten, wenn jemand eine extreme psychische Belastung erlebt – zum Beispiel einen Autounfall oder einen gewalttätigen Übergriff. Dann kommt es oft vor, dass der Betroffene die Geschehnisse als „unwirklich, wie im Traum“ erlebt oder sich später nicht mehr an alle Details erinnern kann. Meist halten die Symptome aber nur über einen kurzen Zeitraum an. Von einer dissoziativen Störung spricht man erst, wenn die Symptome sehr häufig und/oder über eine längere Zeit auftreten und zu deutlichem Leiden und Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen führen.

Was versteht man unter einer dissoziativen Störung?

Bei einer dissoziativen Störung kommt es zu einem teilweisen oder vollständigen „Auseinanderfallen“ (Desintegration) von normalerweise zusammenhängenden psychischen Fähigkeiten. Das können die Sinneswahrnehmung, das Gedächtnis, das Bewusstsein, die eigene Identität oder die Kontrolle über die Körperbewegungen sein. Typische Symptome sind zum Beispiel, dass jemandem die Erinnerung an bestimmte Zeitabschnitte fehlt, dass Berührungen nicht mehr

wahrgenommen werden, dass die Körperbewegungen gestört sind oder dass jemand eine Zeit lang seine Identität verliert.

Meist beginnt die Störung **in Zusammenhang mit einem traumatischen oder stark belastenden Ereignis**, einem unlösbaren Konflikt oder ausgeprägten zwischenmenschlichen Problemen. Ein wesentliches Merkmal aller dissoziativen Störungen ist, dass sich keine organische Ursache für die Symptome nachweisen lässt. Stattdessen wird angenommen, dass die Symptome durch psychische Faktoren – meist eine extreme psychische Belastung – zustande kommen.

Charakteristisch ist auch, dass die Symptome im Lauf der Zeit unterschiedlich stark sein können und sich unterschiedliche Symptome (zum Beispiel Gedächtnisverlust, Empfindungsstörungen) miteinander abwechseln können. Gleichzeitig werden die Symptome oft durch belastende Situationen verstärkt.

Teilweise tritt bei dissoziativen Störungen auch selbstschädigendes Verhalten auf. So fügen sich manche Patienten Schnitt- oder Brandwunden zu, um sich aus dem dissoziativen Zustand in die Realität zurückzuholen.

Welche Formen der dissoziativen Störungen werden unterschieden?

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM) unterscheiden jeweils etwas andere Krankheitsbilder, die hier zusammenfassend dargestellt werden.

Dissoziative Amnesie

Bei einer dissoziativen Amnesie **fehlt dem Betroffenen ganz oder teilweise die Erinnerung an wichtige, aktuelle Ereignisse** – meist an belastende oder traumatische Ereignisse wie Unfälle oder Gewalt. Die Amnesie geht dabei über eine normale Vergesslichkeit hinaus – das heißt, sie ist stärker ausgeprägt oder dauert länger an.

Fallbeispiel

*Herr G. wird als Überlebender eines Flugzeugunglücks einige Stunden nach seiner Rettung von einer Untersuchungskommission befragt. Er hat das Unglück unverletzt überstanden und sich an der Rettung der anderen Fluggäste beteiligt. In dieser ganzen Zeit war er normal ansprechbar und zeigte keine Anzeichen eines Schocks. Bei der Befragung berichtet er, sich daran zu erinnern, wie er einen bewusstlosen Fahrgast zu einer Seitenluke des Flugzeugs geschleppt und zu anderen Helfern heruntergelassen habe. An andere Ereignisse kann er sich nicht erinnern – erst wieder daran, dass ihm jemand im Sanitätszelt eine Tasse Tee gereicht hat. Von anderen Helfern wird jedoch berichtet, dass Herr G. nach der ersten Rettungsaktion noch mehrere Passagiere aus dem Flugzeug geborgen hat.**

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.

Dabei wirkt er 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 eine neue Identität an – diese ist dann oft geselliger und weniger zurückhaltend als die eigentliche Persönlichkeit. Der Fugue-Zustand kann von einigen Stunden bis zu mehreren Monaten lang anhalten. Hinterher können sich die Betroffenen meist nicht an die Ereignisse während des Fugue-Zustands erinnern.

Fallbeispiel

*Eine junge Frau wird bewusstlos und verwaht in einem Park gefunden. Als sie aufwacht, weiß sie nicht, wer sie ist und wie sie in den Park gekommen ist. Nach monatelanger Behandlung in einer Klinik stellt sich heraus, dass die 34-Jährige vor ein paar Jahren mit einem Vorgesetzten, der verheiratet war, ein Verhältnis angefangen hatte und mit ihm in eine andere Stadt „durchgebrannt“ war. In dieser Zeit brachen alle Kontakte zu ihrer Familie und zu früheren Freunden ab. Nach der ersten Zeit wurde sie jedoch von ihrem Partner jahrelang wie eine Gefangene im Haus festgehalten und körperlich und seelisch misshandelt – bis ihr schließlich die Flucht gelang. Als sie im Park aufgefunden wird, ist sie im Zustand der Fugue und kann sich weder an die Zeit der Misshandlungen noch an ihr früheres Leben und ihre Herkunftsfamilie erinnern.***

Depersonalisations- und Derealisationssyndrom

Während einer **Depersonalisation** ist die **Selbstwahrnehmung verändert**: Die betroffene Person fühlt sich in ihrem eigenen Körper fremd oder fühlt sich von ihrem Selbst lösgelöst und beobachtet sich wie 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 seine 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 in anderer Weise verändert erscheinen.

Eine vorübergehende Depersonalisation oder Derealisation kommt auch bei Gesunden häufig vor. Außerdem treten die Symptome oft bei anderen psychischen Störungen auf, zum Beispiel bei Panikattacken, Depressionen, Phobien, Zwangsstörungen oder bei einer Schizophrenie. Ein Depersonalisations- und Derealisationssyndrom wird deshalb nur diagnostiziert, wenn die Symptome sehr häufig auftreten oder über lange Zeit anhalten, zu deutlichem Leiden oder Beeinträchtigungen führen und nicht im Rahmen einer anderen psychischen Erkrankung zu erklären sind.

Depersonalisation und Derealisation werden im DSM zu den dissoziativen Störungen gezählt, im ICD-10 zählt das „Depersonalisations- und Derealisationssyndrom“ zu den „anderen neurotischen Störungen“.

Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung)

Hierbei handelt es sich um eine schwere Form der dissoziativen Störung. Es treten **zwei oder mehr verschiedene, voneinander abgetrennte Zustände der Persönlichkeit** auf, die jeweils eigene Gefühle, Charaktereigenschaften, Vorlieben und Erinnerungen haben. Die unterschiedliche 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 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. In diesem Fall wird meist eine „dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet“ diagnostiziert.

Die dissoziative Identitätsstörung beginnt oft schon in der Kindheit. Meist leiden die Betroffenen gleichzeitig an anderen psychischen Störungen, etwa an Depressionen oder Essstörungen. Deshalb, und weil die Betroffenen oft versuchen, die Symptome zu verheimlichen, wird die Erkrankung oft übersehen und meist erst im Erwachsenenalter diagnostiziert.

Die Störung wird in der ICD-10 als „multiple Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet und zu den „sonstigen dissoziativen Störungen“ gezählt.

Dissoziativer Stupor

Beim dissoziativen Stupor sind die **willkürlichen Bewegungen, die Sprache und die normalen Reaktionen auf äußere Reize** wie Licht, Geräusche oder Berührungen deutlich **vermindert oder fehlen ganz**. Die Betroffenen sind vollkommen erstarrt, sprechen nicht, reagieren nicht auf Ansprache und essen und trinken nicht. In diesem Zustand ist es nicht möglich, mit ihnen Kontakt aufzunehmen. Sie sind jedoch nicht bewusstlos, atmen normal, haben eine normale Muskelspannung und können eine aufrechte Körperhaltung einnehmen.

Dissoziative Bewegungsstörungen

Bei dieser Störung kommt es zu einem **teilweisen oder vollständigen Verlust der Bewegungsfähigkeit** bei einer oder mehreren Gliedmaßen, zu einer eingeschränkten Sprechfähigkeit oder zu Störungen bei der Koordination von Bewegungen. Zum Beispiel können Zittern (Tremor), Verkrampfungen, Muskelzucken, Gangstörungen, parkinson-ähnliche Symptome oder die Unfähigkeit, alleine zu stehen, auftreten. Die Symptome ähneln oft neurologischen Bewegungsstörungen – es lässt sich jedoch keine organische Ursache nachweisen.

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Bei diesem Störungsbild **gehen die sensorischen Empfindungen ganz oder teilweise verloren**. So kann die Empfindung der Haut an bestimmten Körperstellen, einem bestimmten Körperteil oder am ganzen Körper fehlen. Oder es kommt zu einem teilweisen oder vollständigen Ausfall des Sehens, Hörens oder des Riechvermögens. Dass jemand überhaupt nicht mehr sehen oder hören kann, kommt jedoch selten vor.

Trance- und Besessenheitszustände

Bei einem dissoziativen Trance-Zustand **verändert sich vorübergehend das Bewusstsein, wobei das Gefühl der persönlichen Identität verloren geht**. Gleichzeitig ist das Bewusstsein auf die

unmittelbare Umgebung oder auf bestimmte Reize in der Umgebung eingengt. Dabei werden immer wieder diesselben Bewegungen, Haltungen und Sätze wiederholt.

Bei der dissoziativen Besessenheits-Trance **nimmt der Betroffene** über einen begrenzten Zeitraum **eine neue Identität an, die einem Geist oder einer Gottheit zugeschrieben wird**. Die Diagnose wird nur gestellt, wenn der Trancezustand außerhalb einer religiös oder kulturell akzeptierten Situation auftritt – zum Beispiel einem religiösen Trance-Ritual, das in vielen Kulturen vorkommt.

Dissoziative Krampfanfälle

Bei dieser Störung treten **Krampfanfälle mit plötzlichen, krampfartigen Bewegungen** auf, die einem epileptischen Anfall ähneln können. Es kommt jedoch nicht zur Bewusstlosigkeit. Stattdessen kann ein stupor- oder trance-ähnlicher Zustand auftreten. Symptome, die bei epileptischen Anfällen vorkommen können, wie Zungenbiss, ein plötzlicher Urinverlust oder Verletzungen durch einen Sturz, treten bei dissoziativen Krampfanfällen jedoch selten auf.

Ganser-Syndrom

Bei dieser seltenen Störung **reden bzw. antworten die Betroffenen am Inhalt des Gesprächs vorbei**. So werden selbst einfache Fragen wie "Was ist die Farbe der Sonne" falsch, zum Beispiel mit "grün" beantwortet. Die Störung wird auch als Pseudodemenz oder Pseudodebilität bezeichnet und tritt häufig bei jüngeren bis mittelalten männlichen Patienten auf. In der ICD-10 wird das Ganser-Syndrom zu den „sonstigen dissoziativen Störungen“ gezählt.

Mischformen

Es können auch Mischformen aus den oben beschriebenen Störungsbildern auftreten.

Wie häufig sind dissoziative Störungen und wie verlaufen sie?

Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben an einer dissoziative Störung zu erkranken, liegt **bei etwa zwei bis vier Prozent**. Meist tritt die Erkrankung zum ersten Mal vor dem 30. Lebensjahr auf, dabei nimmt die Häufigkeit mit zunehmendem Alter ab. **Frauen** sind von dissoziativen Störungen **etwa drei Mal so oft betroffen wie Männer**.

Die meisten dissoziativen Störungen halten nur kurze Zeit, meist einige Wochen oder Monate lang, an und gehen dann spontan wieder zurück. Es können sich aber auch chronische Störungen entwickeln – vor allem dann, wenn der Beginn mit unlösbaren (zwischenmenschlichen) Problemen verbunden war. Günstig für den Verlauf ist es dagegen, wenn die dissoziative Störung frühzeitig behandelt wird.

Die **verschiedenen Arten dissoziativer Störungen** sind dabei **unterschiedlich häufig**. Relativ verbreitet ist die dissoziative Amnesie: Sie kommt Schätzungen zufolge bei sieben Prozent der Bevölkerung mindestens einmal im Lebens vor. Eine dissoziative Identitätsstörung liegt bei etwa einem Prozent der Bevölkerung vor. Sehr selten sind dagegen die dissoziative Fugue, der dissoziative Stupor, dissoziative Bewegungs- und dissoziative Sensibilitäts- und

Empfindungsstörungen. Experten schätzen, dass nur je 0,3 Prozent der Menschen einmal im Leben von dissoziativen Bewegungstörungen bzw. dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen betroffen sind, nur 0,2 Prozent von einer dissoziativen Fugue und nur etwa 0,1 Prozent von einem dissoziativen Stupor.

Oft treten dissoziative Symptome auch **in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen** auf – zum Beispiel bei Depressionen, Angststörungen, der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder der Schizophrenie. Liegt gleichzeitig eine andere psychische Erkrankung vor, ist das Risiko für eine lang anhaltende dissoziative Störung erhöht.

Wie entstehen dissoziative Störungen?

Fachleute nehmen an, dass Dissoziationen und dissoziative Störungen durch ein **Zusammenwirken von Umweltfaktoren und individuellen Eigenschaften** entstehen.

Umweltfaktoren: Traumata und starke psychische Belastungen

Untersuchungen deuten darauf hin, dass Dissoziationen oft durch das **Erleben eines Traumas** ausgelöst werden. 90 Prozent der Patienten mit schweren dissoziativen Symptomen haben im Vorfeld eine traumatische Erfahrung gemacht.

Es wird angenommen, dass die traumatische Erfahrung zu einer **starken Stressreaktion** und zu einer Überforderung der Psyche führt. Bei einer Stressreaktion wird vermehrt das **Stresshormon Cortisol** ausgeschüttet, das die Funktion des Hippocampus (Gehirnregion, die für das Abspeichern und Abrufen von Erinnerungen zuständig ist) beeinträchtigen kann. Das kann dazu führen, dass bestimmte **Informationen nicht im Langzeitgedächtnis gespeichert werden** oder so gespeichert werden, dass sie vorübergehend nicht zugänglich sind. Dies könnte ein **Schutzmechanismus** sein, der es den Betroffenen ermöglicht, in der Extremsituation handlungsfähig zu bleiben.

Dagegen ist die Amygdala – eine Gehirnregion, die bei emotionalen Reaktionen eine wichtige Rolle spielt – während des Traumas stark aktiviert. Dadurch können bestimmte äußere Reize ein Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen auslösen. Das könnte dazu führen, dass man sich ähnlich wie in der traumatischen Situation „wie betäubt“ fühlt oder die Sinneswahrnehmung oder die Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Psychoanalytische Konzepte gehen zudem davon aus, dass bei einer Dissoziation **unerträgliche Erlebnisse aus dem Bewusstsein verdrängt** und Gefühle und Erfahrungen, die der Betroffene nicht in sein Selbstbild integrieren kann, abgespalten werden.

Allerdings entwickeln nur etwa zehn Prozent derjenigen, die ein Trauma erlebt haben, auch Symptome einer Dissoziation. Vermutlich müssen zusätzlich zu einem Trauma **weitere Faktoren** vorliegen, damit eine dissoziative Störung entsteht. Es wird vermutet, dass **traumatische Erfahrungen in der Kindheit** das Risiko erhöhen, nach einem erneuten Trauma eine dissoziative Störung zu entwickeln. Außerdem könnten eine besonders starke, anhaltende Stressreaktion nach dem Trauma oder Schwierigkeiten bei der Regulierung von Gefühlen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine dissoziative Störung entsteht.

Darüber hinaus ist die Wahrscheinlichkeit für Dissoziationen erhöht, wenn der Körper nicht ausreichend versorgt ist – etwa bei Schlaf- oder Flüssigkeitsmangel.

Entstehung einzelner dissoziativer Störungsbilder

Eine **dissoziative Identitätsstörung** (multiple Persönlichkeitsstörung) entsteht häufig durch **schwere traumatische Erfahrungen in der Kindheit**. Es wird angenommen, dass die Aufspaltung der Persönlichkeit in verschiedene Anteile ein Schutzmechanismus vor sonst unerträglichen Erlebnissen ist: Um die körperlichen und psychischen Qualen überhaupt zu ertragen und im Alltag weiter handlungsfähig zu sein, spaltet sich die Psyche in mehrere Anteile auf. Ein Anteil begibt sich zum Beispiel in der Fantasie an einen anderen, geschützten Ort oder stellt sich vor, dass die Misshandlungen gar nicht real sind – ein anderer Anteil nimmt die Gewalt und die Schmerzen aber dennoch wahr.

Bei den **dissoziativen Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung** nehmen Experten an, dass hier **psychische Belastungen** aus dem Bewusstsein verdrängt und dann **durch körperliche Beschwerden sichtbar gemacht werden**. Gleichzeitig erhalten die Betroffenen durch die Symptome oft mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung als vorher, was dazu beitragen kann, dass die Störung aufrechterhalten wird (sekundärer Krankheitsgewinn).

Über die Ursachen des **dissoziativen Stupors** ist bisher wenig bekannt. Manche Fachleute nehmen an, dass die Symptome – die Patienten reagieren nicht mehr auf die Umwelt und bewegen sich kaum noch – dem **Totstellreflex bei Tieren ähneln**, bei dem eine bedrohliche Situation das Tier am ganzen Körper erstarren lässt. Dies ist für manche Tiere ein Schutzmechanismus in Situationen, in denen es für sie keine andere Verhaltensmöglichkeit gibt.

Individuelle Eigenschaften

Neben den Umweltfaktoren scheinen auch individuelle Eigenschaften die Wahrscheinlichkeit für dissoziative Symptome zu erhöhen. So wird vermutet, dass die Neigung zu Dissoziationen **zu einem gewissen Grad erblich bedingt** ist. Außerdem wird angenommen, dass Menschen, die besonders suggestibel oder besonders gut hypnotisierbar sind, die zu Phantasien neigen oder besonders offen für neue Erfahrungen sind, eine stärkere Neigung zu Dissoziationen haben.

Auf der anderen Seite gibt es auch **Schutzfaktoren**, die vor dem Auftreten von Dissoziationen bzw. vor der Entwicklung einer dissoziativen Störung schützen können – etwa körperliche und psychische Reifungsprozesse, bestimmte Persönlichkeitseigenschaften oder ein unterstützendes soziales Umfeld.

Wie werden dissoziative Störungen diagnostiziert?

Dissoziative Störungen werden sehr häufig nicht erkannt oder falsch diagnostiziert. Das liegt zum einen daran, dass die Symptome oft mit anderen Störungen in Verbindung gebracht werden, etwa neurologischen Erkrankungen oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zum anderen liegen gleichzeitig mit der dissoziativen Störung oft weitere psychische Erkrankungen vor, die die

dissoziativen Symptome scheinbar erklären. Aus diesem Grund ist eine **sorgfältige Diagnostik wichtig**.

Anhaltspunkte für eine dissoziative Störung erhält der Arzt oder Psychotherapeut zunächst aus dem, was der Patient berichtet, aber auch aus seinem **Verhalten während des Gesprächs**. Typisch ist zum Beispiel, dass der Patient über häufige Gedächtnislücken berichtet oder angibt, dass er sich immer wieder an Orten wiederfindet, ohne zu wissen, wie er dorthin gekommen ist. Während des Gesprächs kann auffallen, dass der Betroffene immer wieder Gedächtnislücken hat, den Faden verliert oder dass sein Verhalten plötzlich und auffällig wechselt.

Um einen ersten Eindruck zu erhalten, ob eine dissoziative Störung vorliegen könnte, werden zudem oft **Fragebögen** zur Selbst- oder Fremdbeurteilung eingesetzt. Als Fragebögen zur Selbstbeurteilung der dissoziativen Symptome werden häufig die „Dissociative Experience Scale“ (DES) oder die „Impact of Event Scale“ (IES) verwendet.

Neben den aktuellen Symptomen fragt der Behandler den Patienten auch nach seiner aktuellen Lebenssituation und nach psychischen Problemen oder Erkrankungen in der Vergangenheit. Dabei versucht er herauszufinden, ob in der Vergangenheit ein Trauma, ein schwerwiegender Konflikt oder eine andere starke Belastung vorgelegen hat. Typische Fragen sind zum Beispiel: Welche Beschwerden liegen vor? Seit wann bestehen sie? In welchen Situationen treten sie auf, wodurch werden sie ausgelöst? Wie lange halten die Symptome normalerweise an? Zu welchen Beeinträchtigungen führen die Symptome – etwa im Beruf oder bei den sozialen Beziehungen?

Um die dissoziative Symptomatik umfassend zu beurteilen, werden oft **strukturierte Interviews** verwendet, in denen systematisch nach den verschiedenen Symptomen gefragt wird. Dazu gehören zum Beispiel das „Dissociative Disorders Interview Schedule“ (DDIS) oder das „Strukturierte klinische Interview für DSM-IV für dissoziative Störungen“ (SKID-D).

Auch **Informationen von Dritten**, zum Beispiel Auskünfte von Familienangehörigen oder Arztberichte können helfen, die Symptome richtig zu diagnostizieren.

Um auszuschließen, dass eine andere Erkrankung hinter den Symptomen steckt, muss überprüft werden, ob eine **organische Ursache für die Symptome** vorliegt. Dies könnten zum Beispiel ein Gehirntumor, eine Epilepsie, eine Migräne oder andere Erkrankungen des Gehirns sein. Bei der Untersuchung werden zum Beispiel die Reflexe, die Seh-, Geruchs- und Geschmacksnerven und die Bewegungsabläufe untersucht. In manchen Fällen wird auch eine bildgebende Untersuchung des Gehirns durchgeführt, etwa ein Computertomographie.

Außerdem muss eine dissoziative Störung sorgfältig von anderen psychischen Erkrankungen abgegrenzt werden, bei denen ähnliche Symptome auftreten können. Dazu gehören vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und in manchen Fällen psychotische Störungen wie die Schizophrenie.

Wie werden dissoziative Störungen behandelt?

Bei dissoziativen Störungen ist eine **Psychotherapie die Behandlung der ersten Wahl**. Oft ist auch eine **multimodale Behandlung** sinnvoll, bei der Psychotherapie, medikamentöse Behandlung und eventuell weitere Verfahren wie Bewegungs-, Kunst- oder Musiktherapie miteinander kombiniert werden. Je nach Bedarf können auch der Partner oder andere Familienangehörige in die Behandlung

einbezogen werden (Paar- und Familientherapie) oder Gruppentrainings, zum Beispiel zum Einüben sozialer Fertigkeiten, durchgeführt werden. Obwohl dissoziative Störungen oft schwer ausgeprägte Erkrankungen sind, ist die Prognose bei einer speziell auf die Störung zugeschnittenen Behandlung günstig.

Psychotherapie

Da man davon ausgeht, dass dissoziative Störungen meist durch traumatische Erfahrungen ausgelöst wurden, geht es in der Psychotherapie vor allem um die Bewältigung traumabezogener Symptome. Das Vorgehen ähnelt daher dem Vorgehen bei der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ([Artikel Traumatherapie](#)). Die Therapie setzt sich aus mehreren Phasen zusammen: Einer Stabilisierungsphase, der Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse (Expositionsphase) und einer abschließenden Integrations- und Neuorientierungsphase.

Je nach Schweregrad der Erkrankung kann die Therapie ambulant, teilstationär oder stationär stattfinden. Eine ambulante Therapie kann sich auch mit kürzeren stationären Aufenthalten abwechseln, zum Beispiel in Krisenphasen oder während der eher belastenden Phase der Traumabearbeitung.

Stabilisierungsphase

In dieser Phase der Therapie geht es darum, die Betroffenen psychisch zu stabilisieren, ihnen zu helfen, die Symptome zu kontrollieren bzw. zu reduzieren und ihre Fähigkeiten zur Krisenbewältigung zu verbessern.

Zu Beginn der Therapie arbeitet die Therapeutin darauf hin, ein Vertrauensverhältnis zur Patientin aufzubauen und ihr Sicherheit zu vermitteln. Gleichzeitig informiert die Therapeutin sie ausführlich über das Störungsbild und die Faktoren, die zur Entstehung der Erkrankung beitragen (Psychoedukation). Dabei erklärt sie der Patientin auch das Vorgehen in der Therapie und klärt sie darüber auf, dass das Wiedererleben traumatischer Erlebnisse Teil der Therapie ist.

In dieser Therapiephase lernt die Patientin auch, ihre Gefühle bewusster wahrzunehmen, ihren Alltag besser zu bewältigen und besser für sich selbst zu sorgen. Es werden Strategien zur Stressbewältigung eingeübt und die Stärken und Ressourcen der Patientin gezielt gefördert.

Außerdem lernt die Patientin, Dissoziationen frühzeitig zu erkennen und sie zu kontrollieren bzw. zu stoppen. Dabei werden auch Alternativen zur „Flucht“ in dissoziative Zustände eingeübt. Um das Abgleiten in einen dissoziativen Zustand zu verhindern oder wieder aus diesem herauszukommen, kann die Patientin lernen, Atemübungen, Bewegung (zum Beispiel Herumlaufen, Springen) oder starke Sinnesreize (zum Beispiel starke Gerüche oder laute Geräusche) einzusetzen.

Wichtig ist auch, dass die Therapeutin prüft, ob aktuell weitere Traumatisierungen stattfinden – etwa, wenn noch Kontakt zu einem Täter besteht. In diesem Fall ist nur eine stabilisierende Behandlung möglich. Es sollte keine Trauma-Konfrontation durchgeführt werden. Gleichzeitig überlegt die Therapeutin zusammen mit der Patientin, wie solche traumatisierenden oder belastenden Faktoren reduziert oder ganz verhindert werden können.

Expositionsphase / Traumabearbeitung

In dieser Phase arbeitet die Therapeutin darauf hin, dass der Patientin **die bisher nicht bewussten Erinnerungen wieder bewusst werden** und sie diese verarbeiten kann. Zunächst werden die traumatischen Erfahrungen langsam und schrittweise erfragt. Anschließend soll die Patientin **die mit dem Trauma verbundenen Erinnerungen, Gefühle und Bilder Schritt für Schritt wiedererleben**, um sie zu verarbeiten (Exposition). Dazu können verschiedene, schonende Verfahren eingesetzt werden, die vermeiden sollen, dass die Patienten überfordert werden oder erneut Dissoziationen erleben. Typische Verfahren sind zum Beispiel die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), die Bildschirmtechnik, bei der sich die Patienten das Traumageschehen wie auf einem Bildschirm vorstellen, oder die narrative Konfrontation (–siehe Artikel Traumatherapie). Mithilfe dieser Techniken sollen die bisher abgetrennten Erfahrungen wieder **in die übrigen Lebenserinnerungen integriert** werden. Gleichzeitig erhält die Patientin so Distanz und Kontrolle über die belastenden Erinnerungen.

In manchen Fällen wird auch Hypnose eingesetzt, um verloren gegangene Erinnerungen wieder zugänglich zu machen.

Integrations- und Neuorientierungsphase

In der abschließenden Phase der Therapie werden die traumatischen Erfahrungen weiter verarbeitet und in das übrige Leben integriert. Gleichzeitig lernen die Patienten, wieder in ihren Alltag zurückzufinden und **ihr Leben wieder alleine zu bewältigen**. In dieser Phase geht es auch darum, weitere, bisher nicht bearbeitete Belastungen oder Konflikte zu bearbeiten.

Besonderheiten bei einzelnen dissoziativen Störungen

Bei einer **dissoziativen Identitätsstörung** versucht die Therapeutin im Lauf der Therapie, die verschiedenen **Persönlichkeitsanteile zu einer Gesamtpersönlichkeit zu integrieren** – was aber nicht immer vollständig gelingt. In jedem Fall arbeitet die Therapeutin daran, dass die Patientin die verschiedenen Anteile kennenlernt und diese immer mehr miteinander kommunizieren. So erreicht die Patientin nach und nach immer mehr ein Gefühl von Identität.

Bei **dissoziativen Störungen, die mit körperlichen Symptomen einhergehen** (etwa dissoziativen Bewegungsstörungen, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen oder dissoziativen Krampfanfällen) gehen die Betroffenen meist davon aus, dass eine körperliche Erkrankung vorliegt. Viele weigern sich zunächst, eine psychische Ursache für die Symptome zu akzeptieren. In diesem Fall vermittelt die Therapeutin der Patientin, dass **die Symptome zwar real sind, aber keine körperliche Ursache dahinter steckt**. Erst wenn die Patientin dies akzeptiert hat, können die Symptome im Rahmen der Psychotherapie behandelt werden.

Medikamentöse Behandlung

In manchen Fällen ist es sinnvoll, begleitend zur Psychotherapie eine medikamentöse Behandlung durchzuführen. Es gibt allerdings bisher **keine Medikamente, die speziell bei dissoziativen Symptome wirksam sind**. Deshalb werden meist Medikamente eingesetzt, die die mit der dissoziativen Störung verbundenen anderen psychischen Erkrankungen bzw. Symptome lindern sollen.

Liegen zum Beispiel depressive Symptome oder Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung vor, können sie mit Antidepressiva behandelt werden. Dabei werden meist neuere **Antidepressiva** aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) eingesetzt. Antidepressiva können dazu beitragen, die Stimmung zu verbessern, Ängste zu lindern und den Antrieb zu erhöhen oder auch zu verringern. Bei Schlafstörungen können beruhigend wirkende Antidepressiva wie Mirtazapin oder Trazodon hilfreich sein.

Kommt es bei einem Patienten zu starken Stimmungsschwankungen, können **Mood Stabilizer** (Antiepileptika) verschrieben werden. Diese haben zum Teil auch eine antidissoziative Wirkung.

Benzodiazepine (Beruhigungsmittel) werden bei Patienten mit dissoziativen Störungen aus verschiedenen Gründen verordnet: Etwa, um die erhöhte Erregung zu verringern oder Angst zu lindern. Dabei ist zu beachten, dass Benzodiazepine schon nach relativ kurzer regelmäßiger Einnahme (etwa vier Wochen) abhängig machen können. Deshalb sollten sie höchstens als „Notfallmedikamente“ **über einen kurzen Zeitraum** eingenommen werden, zum Beispiel bei akuten Krisen.

Liegt gleichzeitig zur dissoziativen Störung eine psychotische Erkrankung vor oder ähneln die Symptome denen einer Psychose, können **Neuroleptika** (Medikamente zur Behandlung von Psychosen) verordnet werden. Sie werden in manchen Fällen auch eingesetzt, um schwer beeinflussbare Flashbacks oder sich aufdrängende Erinnerungen zu dämpfen. In diesen Fällen ist oft eine relativ niedrige Dosierung ausreichend. Die Behandlung mit Neuroleptika sollte nur über längere Zeit fortgesetzt werden, wenn sie tatsächlich zu einer Besserung der Symptome führt.

Hier können Betroffene nach psychotherapeutischer Unterstützung suchen: [Therapeutensuche](#)
von Dr. Christine Amrhein

Quellen

1. Fiedler, Peter (2009). Dissoziative Störungen. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Springer Verlag, Heidelberg. S. 477-495.
2. Diagnostik und Behandlung komplexer dissoziativer Störungen. Webseite des Infonetzes Dissoziation, <http://www.infonetz-dissoziation.de/index.html>
3. Sonnenmoser, Marion (2004). Dissoziative Störungen: Häufig fehlgedeutet. Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 8, S. 372-373.
4. DIMDI (2016). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Version 2016

* Fallbeispiel angelehnt an: Fiedler, Peter (2008). Dissoziative Störungen und Konversion: Trauma und Traumabehandlung. Beltz PVU, Weinheim.

** Fallbeispiel angelehnt an: Fiedler, Peter (2009). Dissoziative Störungen. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Springer Verlag, Heidelberg. S. 477-495.