



Zentralinstitut
für Seelische
Gesundheit

Dissoziative Störungen – Theorie und Praxis

Christian Schmahl

Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin

1. Definition, Klassifikation und Epidemiologie
2. Ätiologie und Neurobiologie
3. Diagnostik
4. Therapie Dissoziativer Störungen auf psychischer Ebene
5. Therapie Dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene

1. Definition, Klassifikation und Epidemiologie
2. Ätiologie und Neurobiologie
3. Diagnostik
4. Therapie Dissoziativer Störungen auf psychischer Ebene
5. Therapie Dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene

Dissoziation und Konversion



Pierre Janet

„In der Hysterie findet sich eine Abspaltung (**Dissoziation**) bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein, die weiterhin aktiv bleiben und so die dissoziativen Symptome hervorrufen.“



Sigmund Freud

„Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen **Konversion** vorschlagen möchte.“

- DSM-5: ...Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität, der Emotion, der unmittelbaren Wahrnehmung von sich und der Umwelt, der Körperwahrnehmung, der Körperkontrolle und des Verhaltens.
- ICD-11: Dissoziative Störungen sind gekennzeichnet durch eine unwillkürliche Störung der normalen Integration eines oder mehrerer der folgenden Bereiche: Identität, Empfindungen, Wahrnehmungen, Affekte, Gedanken, Erinnerungen, Kontrolle über Körperbewegungen oder Verhalten.

Vergleich ICD-10/ICD-11

	ICD-10	ICD-11
Dissoziative Störungen auf psychischer Ebene	Dissoziative Amnesie (F44.0) Dissoziative Fugue (F44.1)	Dissoziative Amnesie (6B61) - mit Dissoziativer Fugue (6B61.0) - ohne dissoziative Fugue (6B61.1)
	Dissoziativer Stupor (F44.2)	-
	Dissoziative Trance- und Besessenheitszustände (F44.3)	- Trancestörung (6B62) - Besessenheitstrance-Störung (6B63)
	Multiple Persönlichkeit (F44.81)	- Dissoziative Identitätsstörung (6B64) - Partielle Dissoziative Identitätsstörung (6B65)
	Depersonalisations- / Derealisationsstörung (F48.1)	Depersonalisations- / Derealisationsstörung (6B66)
Dissoziative Störungen auf körperlicher Ebene	Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4)	Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen (6B60)
	Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)	
	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)	
	Dissoziative Störungen, gemischt (F44.7)	
Weitere, den dissoziativen Störungen zuzuordnende Diagnosen	Ganser-Syndrom (F44.80)	Andere spezifische (6B6Y, z.B. Ganser-Syndrom) und nicht spezifische dissoziative Störungen (6B6Z) Sekundäres dissoziatives Syndrom (6E65)
	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (F44.9)	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen

Dissoziation als Störung

Dissoziation nur pathologisch,

- wenn der Prozess der Dissoziation nicht mehr willentlich beeinflussbar *und*
- wenn dadurch die alltägliche Funktionstüchtigkeit beeinträchtigt wird bzw.
- wenn subjektives Leiden die Folge ist

Die Diagnose darf nicht vergeben werden, wenn die Symptome als Folge

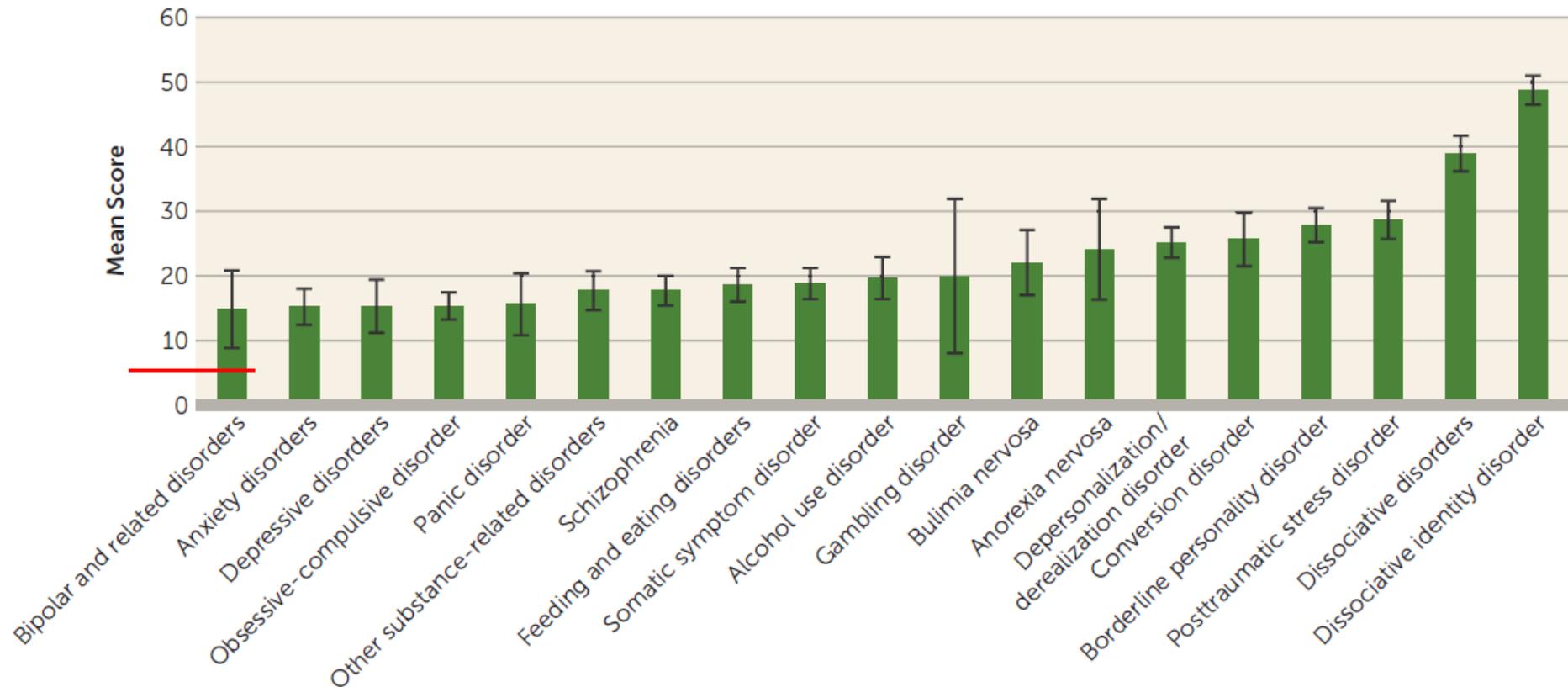
- einer Drogen/Medikamenteneinnahme,
- neurologischer Auffälligkeiten oder
- anderer medizinischer Umstände auftreten

Epidemiologische Eckdaten

Punktprävalenz	<ul style="list-style-type: none">● Dissoziative Amnesie: ca. 3–5 %● Dissoziative Störungen mit neurologischen Symptomen: ca. 0,5 %● Dissoziative Identitätsstörung: < 1 %● Depersonalisations-/Derealisationsstörung: < 1 %
Geschlechterverhältnis	Frauen > Männer ca. 3:1 (DDS 1:1)
Erkrankungsgipfel	zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr
Häufigste Komorbiditäten	Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen

Dissoziative Symptome bei psychischen Erkrankungen

FIGURE 2. Mean Dissociative Experiences Scale Score for Each Diagnostic Group in a Meta-Analysis of Dissociation in Psychiatric Disorders^a



^a Error bars indicate 95% confidence interval.

1. Definition, Klassifikation und Epidemiologie
- 2. Ätiologie und Neurobiologie**
3. Diagnostik
4. Therapie Dissoziativer Störungen auf psychischer Ebene
5. Therapie Dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene

Ätiologie dissoziativer Störungen

Dissoziation als komplexer Reaktionsmodus auf eine

- (extreme) Belastungssituation,
- der insbesondere bei Personen mit einer erhöhten Dissoziationsneigung auftritt und
- der wiederum die spätere Neigung, auf unspezifische Belastungen mit Dissoziation zu reagieren, erhöht.

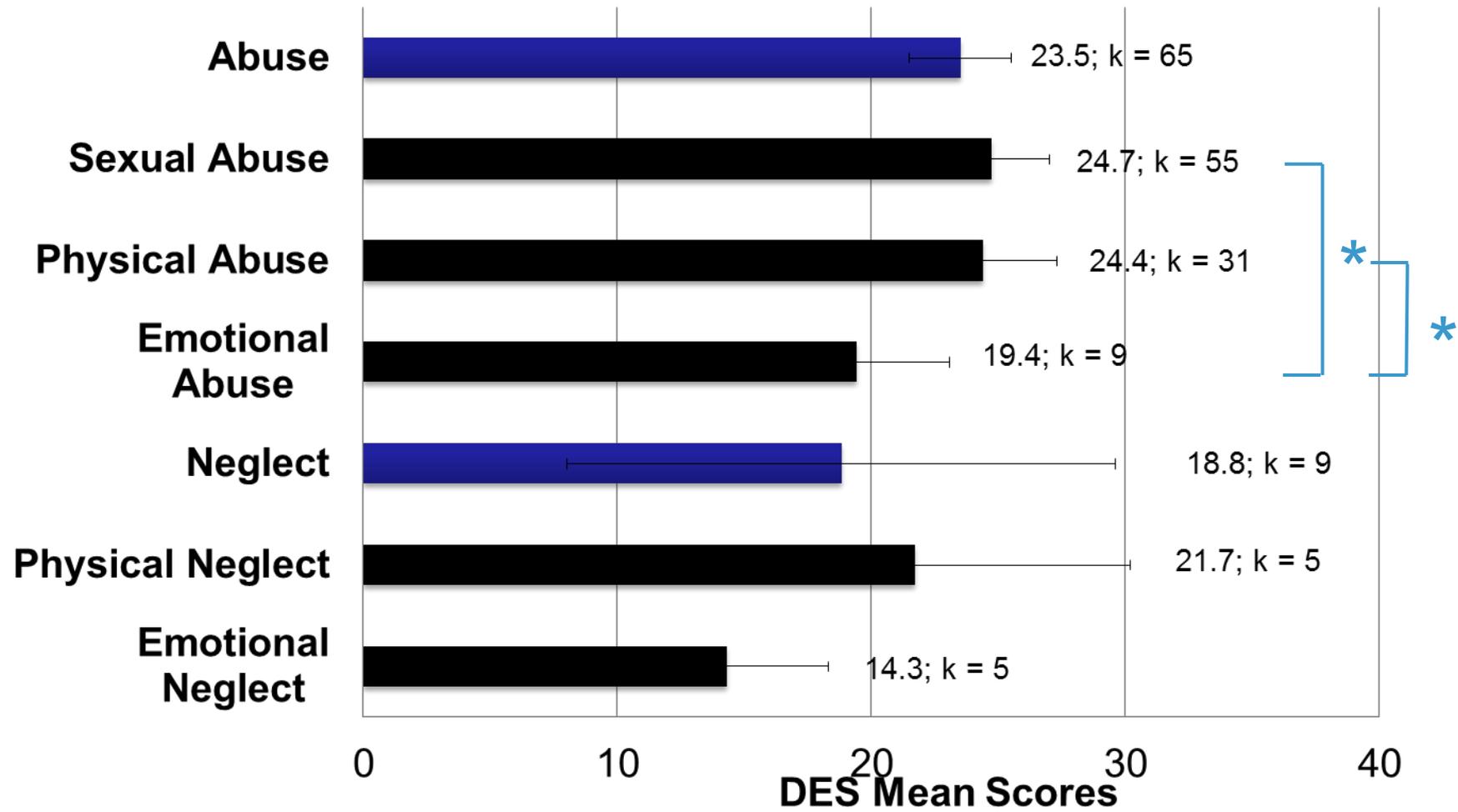
Diesem multifaktoriellen Bedingungen wird in aktuellen Therapieansätzen Rechnung getragen.

Dissoziationsneigung

Eine hohe Dissoziationsneigung kann zurückgeführt werden auf:

- Genetische Einflüsse (Jang et al. 1998, Becker-Blease et al. 2004, Koenen et al. 2005, Savitz et al. 2008)
- Persönlichkeitsvariablen: hohe Suggestibilität, mentale Absorption, starke Phantasieneigung (Giesbrecht et al. 2008)
- Alexithymie (Modestin et al. 2002, Simeon et al. 2009)
- Hohe affektive Erregung (Stiglmayr et al. 2001, 2005)
- Störung der Affektregulation (Briere & Runtz, 2015)

Reaktion auf Traumatisierung



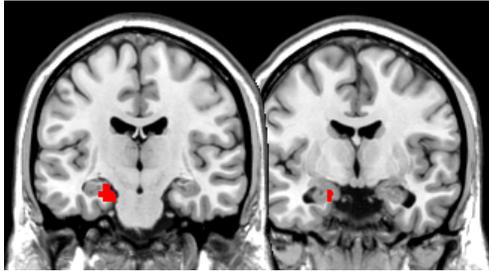
Reaktion auf Traumatisierung

Vermutung: Je früher, schwerer und chronischer das Trauma, desto wahrscheinlicher treten dissoziative Symptome auf
(DIS: 90% berichten frühkindliche Traumata)

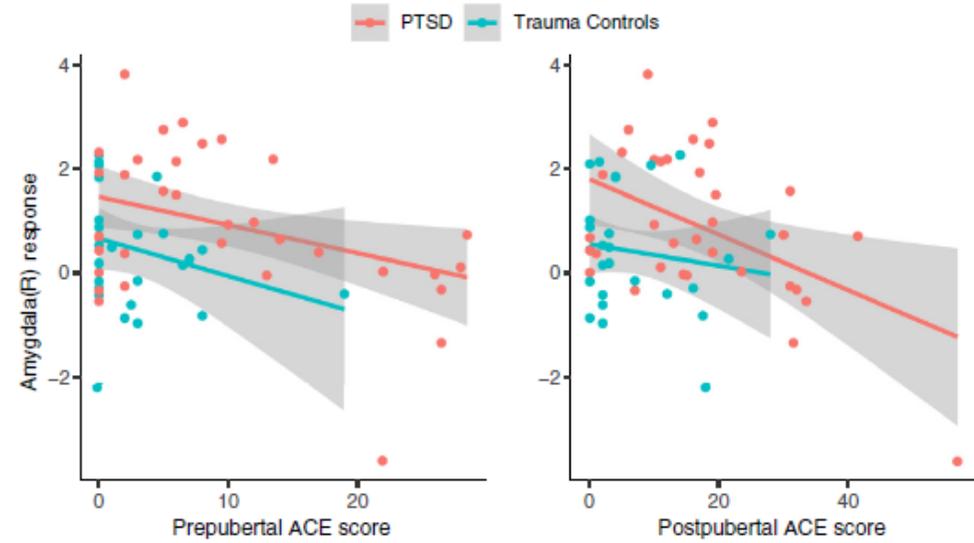
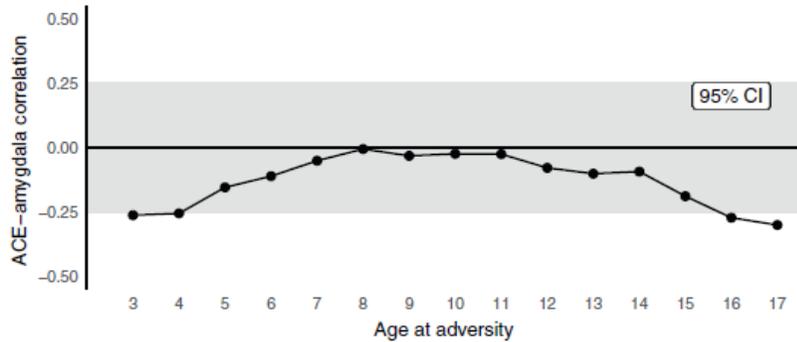
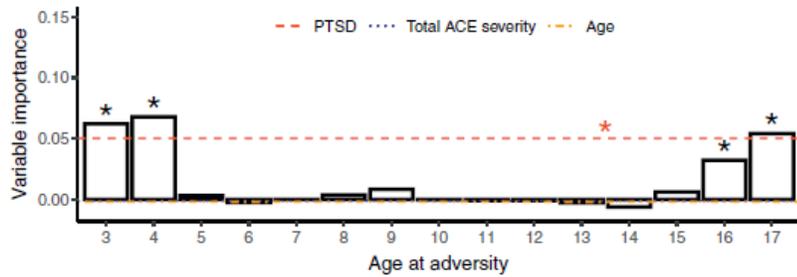
Aber: Nicht ausschließlich sexueller Missbrauch als Prädiktor, sondern auch

- Vernachlässigung zwischen 0-24 Monaten (Ogawa et al. 1996)
- Vermeidendes Bindungsverhalten (Ogawa et al. 1996)
- Fehlende affektive Beteiligung der Mutter (Dutra et al. 2009)

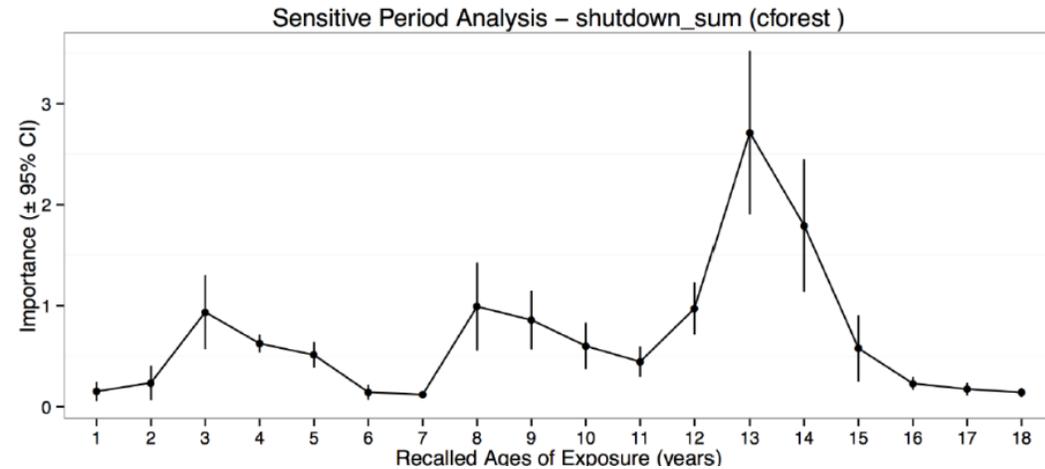
Einfluss des Trauma-Zeitpunktes



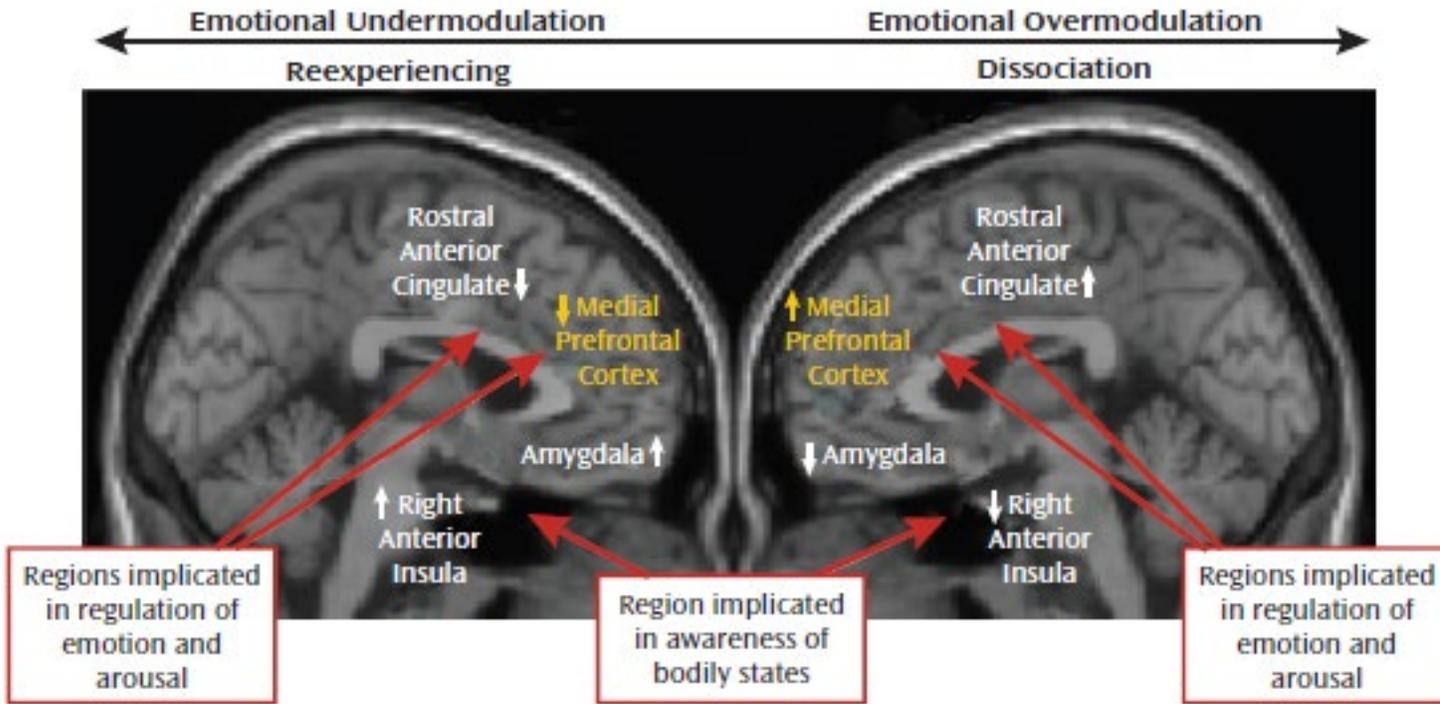
Schulze et al. 2019



Sicorello et al., Biol Psychiatry CNNI 2021



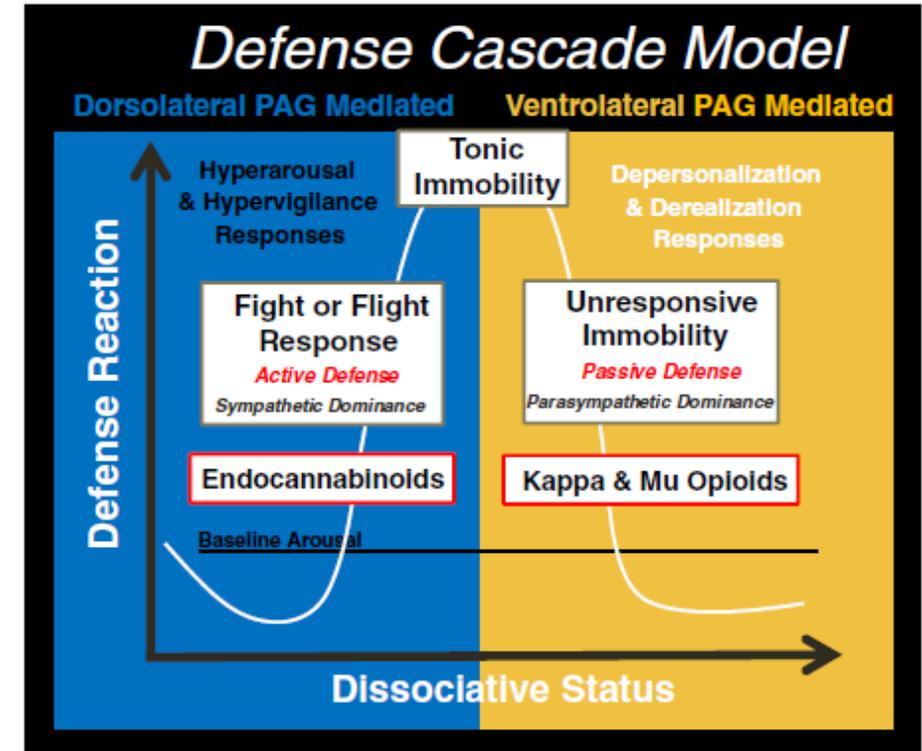
Dissoziativer Subtyp der PTBS



Lanius et al., AJP 2010

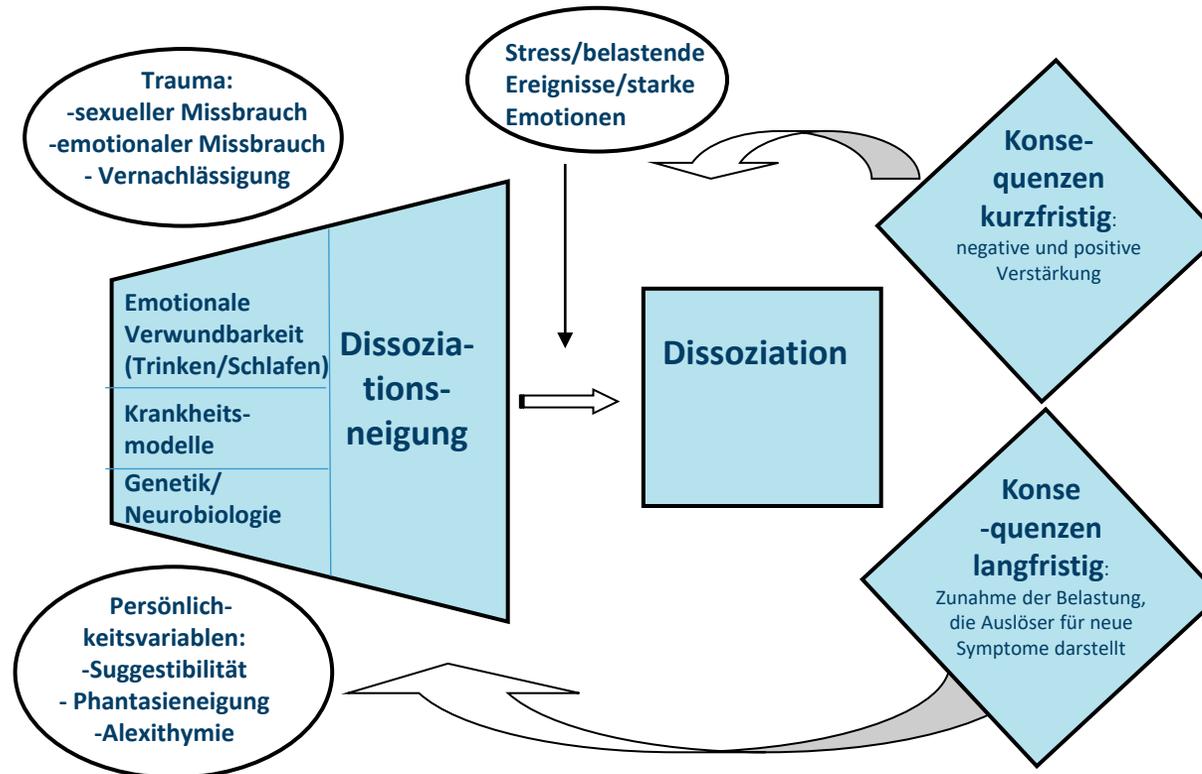
Netzwerke, die wichtig für Erregungsmodulation und Emotionsregulation sind:

- Medialer präfrontaler Kortex – vorderes Cingulum – limbisches System/ Amygdala/ Insel
- Top-down Regulation im Sinne einer kortiko-limbischen Inhibition
- Hemmung der Verarbeitung von Emotionen – klinisch: Detachment/ Entfremdung



Lanius et al., Curr Psych Rep 2018

Ätiologie-Modell



1. Definition, Klassifikation und Epidemiologie
2. Ätiologie und Neurobiologie
- 3. Diagnostik**
4. Therapie Dissoziativer Störungen auf psychischer Ebene
5. Therapie Dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene

Generelle Probleme

Generell werden dissoziative Symptome immer noch viel zu häufig übersehen

Gründe:

- Pat. kommen häufig wegen anderen Problemen (z.B. Depression)
- Es fehlen den Pat. häufig die Begriffe zum Beschreiben der Symptome
- Pat. schämen sich häufig ihrer Symptome („verrückt sein“)
- Therapeut ist sich unsicher bzgl. therapeutischem Vorgehen

=> Es sollte daher klinischer Standard sein, dissoziative Symptome im Rahmen der Erhebung des psychopathologischen Befundes zu erfragen

Erhebungsinstrumente

Art	Bezeichnung	Autoren
Strukturierte Interviews	Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D)	Gast et al. 2000
	Heidelberger Dissoziationsinventar (HDI): strukturiertes Interview	Brunner et al. 1999
	Depersonalization Severity Scale	Michal et al. 2010
Selbstbeurteilungsverfahren	Dissociative Experience Scale (DES-II)	Bernstein und Putnam 1993
	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	Spitzer et al. 2005
	Heidelberger Dissoziationsinventar (HDI): Selbstbeurteilung	Brunner et al. 1999
	Dissoziations-Spannungs-Skala (DSS)	Stiglmayr et al. 2010
	Dissociative Symptoms Scale	Carlson et al. 2018
	Cambridge Depersonalisation Scale (CDS)	Michal et al. 2004
Checkliste	AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion	AMDP 2007

Messung akuter dissoziativer Zustände (DSS-4)

- Kurzversion der Dissoziations-Spannungs-Skala (DSS; Stiglmayr et al. 2003) für den Einsatz in Labor-Experimenten oder EMA
 - Depersonalisation („die Empfindung, als ob mein Körper nicht zu mir gehört“)
 - Derealisation („die Empfindung, andere Menschen oder andere Dinge oder die Welt um mich herum seien nicht wirklich“)
 - Somatoforme Dissoziation („Probleme richtig zu hören, Geräusche erscheinen weit entfernt“)
 - Analgesie („mein Körper oder Teile davon unempfindlich gegenüber körperlichen Schmerzen“)
- Hohe Korrelation zwischen DSS-4 and DSS ($r = .952$; Stiglmayr et al., 2009)

1. Definition, Klassifikation und Epidemiologie
2. Ätiologie und Neurobiologie
3. Diagnostik
- 4. Therapie Dissoziativer Störungen auf psychischer Ebene**
5. Therapie Dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene

Dissoziative Amnesie

Eine 28-jährige Patientin kann sich nur sehr lückenhaft an ihre Kindheit und Jugend erinnern. Sie erinnert einige Episoden ihrer Schulzeit, kann jedoch kaum konkrete Ereignisse in der Familie erinnern. Erst mit dem Auszug aus dem elterlichen Haus mit 17 Jahren setzen die Erinnerungen ein. Auch aktuell leidet sie unter Gedächtnislücken. Sie merkt auf einmal, dass Stunden vergangen sind und weiß nicht, was sie gemacht hat.

Dissoziative Identitätsstörung

Die 34-jährige Patientin zeigt während des Interviews mehrmals Wechsel im Sprechverhalten und im Verhalten. Sie wirkt häufig abwesend und kann die letztgestellten Fragen nicht erinnern. Von sich selbst spricht sie teilweise im Plural (wir), teilweise verwendet sie die 3. Person oder konkrete Namen. Auf Nachfrage berichtet sie, dass sie mehrere Personen in sich habe, die sich häufig in einem inneren Dialog befinden würden. Je nachdem, welche Person da sei, denke und fühle sie ganz anders. Sie sei unsicher darüber, wer sie eigentlich ist. Auch hätten ihr Bekannte schon mehrmals gesagt, dass sie sich wie eine andere Person verhalte.

(Partielle) Dissoziative Identitätsstörung

DIS

- **Vorhandensein von zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen** (dissoziative Identitäten)
- Mindestens zwei verschiedene Persönlichkeitszustände übernehmen immer wieder die **Kontrolle über das Bewusstsein und die Funktionsweise des Individuums**
- **Veränderungen in den Bereichen Empfindung, Wahrnehmung, Affekt, Kognition, Gedächtnis, motorische Kontrolle und Verhalten**

Partielle DIS

- **Erleben von zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen** (dissoziative Identitäten)
- **Ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert im täglichen Leben** (z. B. Elternschaft, Arbeit)
- Die **nicht-dominanten Persönlichkeitszustände übernehmen nicht regelmäßig die exekutive Kontrolle** über das Bewusstsein und die Funktionsweise der Person

Depersonalisationsstörung

Ein 32-jähriger Patient berichtet von Episoden, die ihm große Angst machen würden. Er komme sich dann stundenlang fremd und unwirklich vor. Irgendwie fühle es sich an, als ob nicht er, sondern ein anderer die Dinge erlebe und er nur zuschaue. Wenn es besonders schlimm sei, nehme er seinen Körper ganz verändert wahr. Insbesondere seine Arme und Beine würden ihm dann viel zu lang und wie Gummi vorkommen.

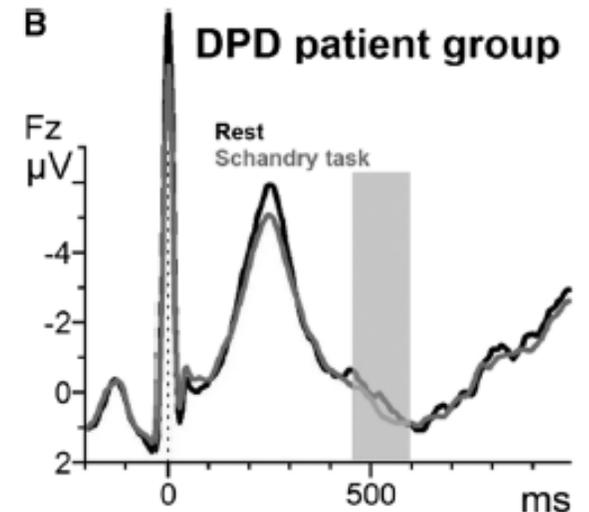
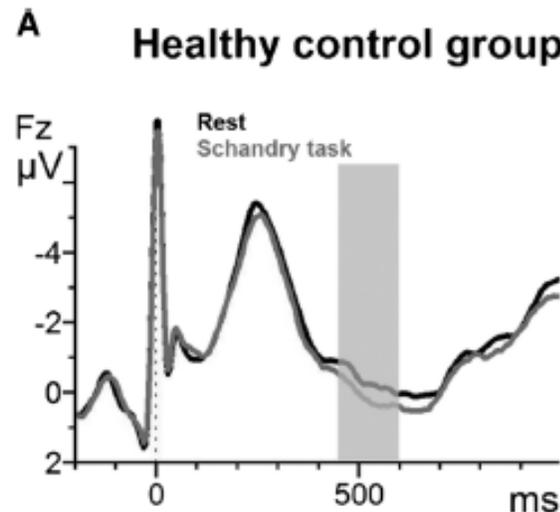
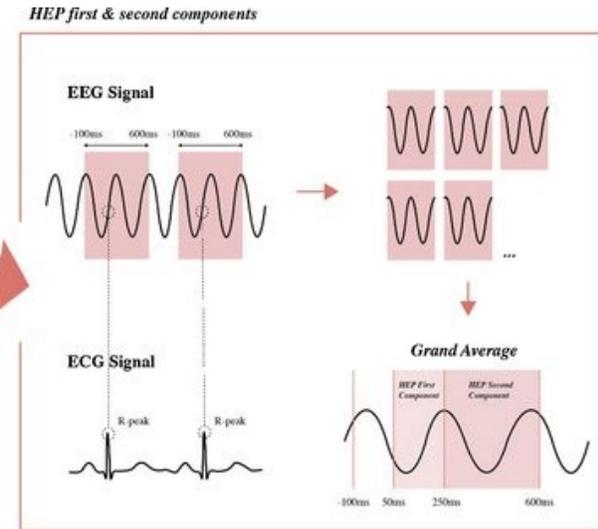
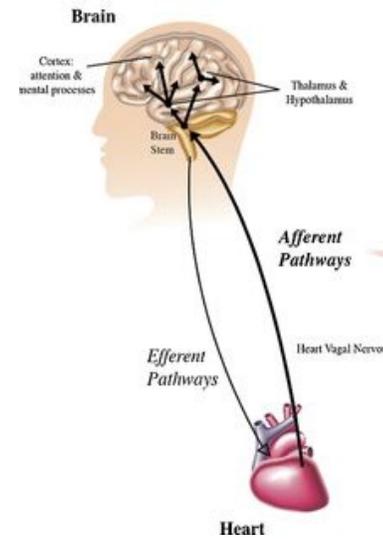
Herzschlag-evozierte-Potenziale bei Depersonalisations-/Derealisations-Störung



TABLE 1. Group Differences Between Healthy Control Individuals and DPD Patients With Regard to Demographics, Questionnaire Data, and Biochemical Measures

Measure	Unit	Healthy Control Group (n = 24), M (SD)	DPD Patient Group (n = 23), M (SD)	$t\chi^2$	df	p
Sex	M/F	11/13	11/12	0.02	1	.90
Age	y	26.4 (2.0)	26.8 (6.5)	-0.32	25.91	.75
BMI	kg/m ²	21.6 (2.4)	24.1 (5.3)	-2.06	28.56	.049
Questionnaire measures						
CDS trait		6.4 (8.4)	132.9 (40.9)	-14.22	22.64	<.001
CDS state		36.7 (60.0)	983.2 (393.8)	-11.16	21.90	<.001
BDHI		3.6 (3.3)	26.9 (6.5)	-9.39	24.27	<.001
STAI trait		36.8 (7.4)	62.4 (8.8)	-10.53	44	<.001
Biochemical measures						
Cortisone AUC _G	nmol min/l	543.8 (257.1)	593.2 (260.3)	-0.66	45	.52
Cortisol AUC _G	nmol min/l	55.1 (43.6)	57.5 (46.7)	-0.18	45	.86
α -Amylase AUC _G	kU min/l	5344.3 (3745.8)	9626.6 (8200.0)	-2.29	30.51	.029

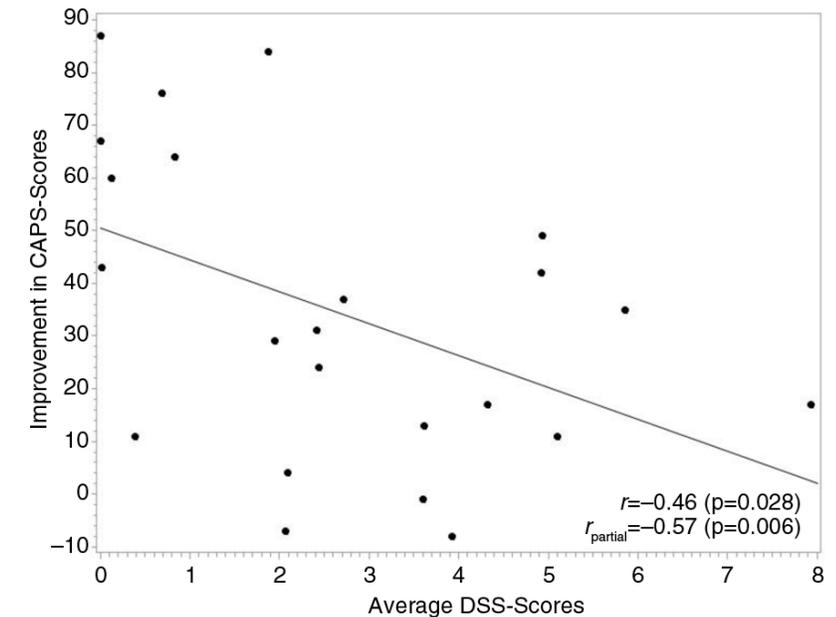
Values in bold indicate the significant differences between groups, $p < .05$ or below.
 DPD = depersonalization/derealization disorder; M = mean; SD = standard deviation; BMI = body mass index; CDS = Cambridge Depersonalisation Scale; BDI = Becks Depression Inventory; STAI = State Trait Anxiety Inventory; AUC_G = area under the curve with respect to ground.



Dissoziation als Negativprädiktor

Dissoziation konnte in mehreren Psychotherapiestudien als Prädiktor für schlechtere Therapieergebnisse identifiziert werden (Spitzer et al. 2007, Kleindienst et al. 2011, 2016)

⇒ Daher empfiehlt es sich, bei allen Patienten dissoziative Symptomatik zu erfassen und zu berücksichtigen.



Kleindienst, Schmahl et al., 2016

Behandlungsleitlinien

- Mangels kontrollierter Therapiestudien lassen sich derzeit kaum evidenzbasierte Aussagen darüber treffen, welche Behandlungsstrategien angewendet werden sollten.
- Für die DIS liegen Behandlungsrichtlinien der International Society for the Study of Trauma and Dissociation vor (ISSTD, 2011; dt. Übersetzung in Trauma & Gewalt 2014)
- Für das Depersonalisations-Derealisationssyndrom liegen AWMF-Leitlinien vor (2014)

Bedingungsfaktoren für Therapie

Für die Behandlung ist grundsätzlich zu unterscheiden:

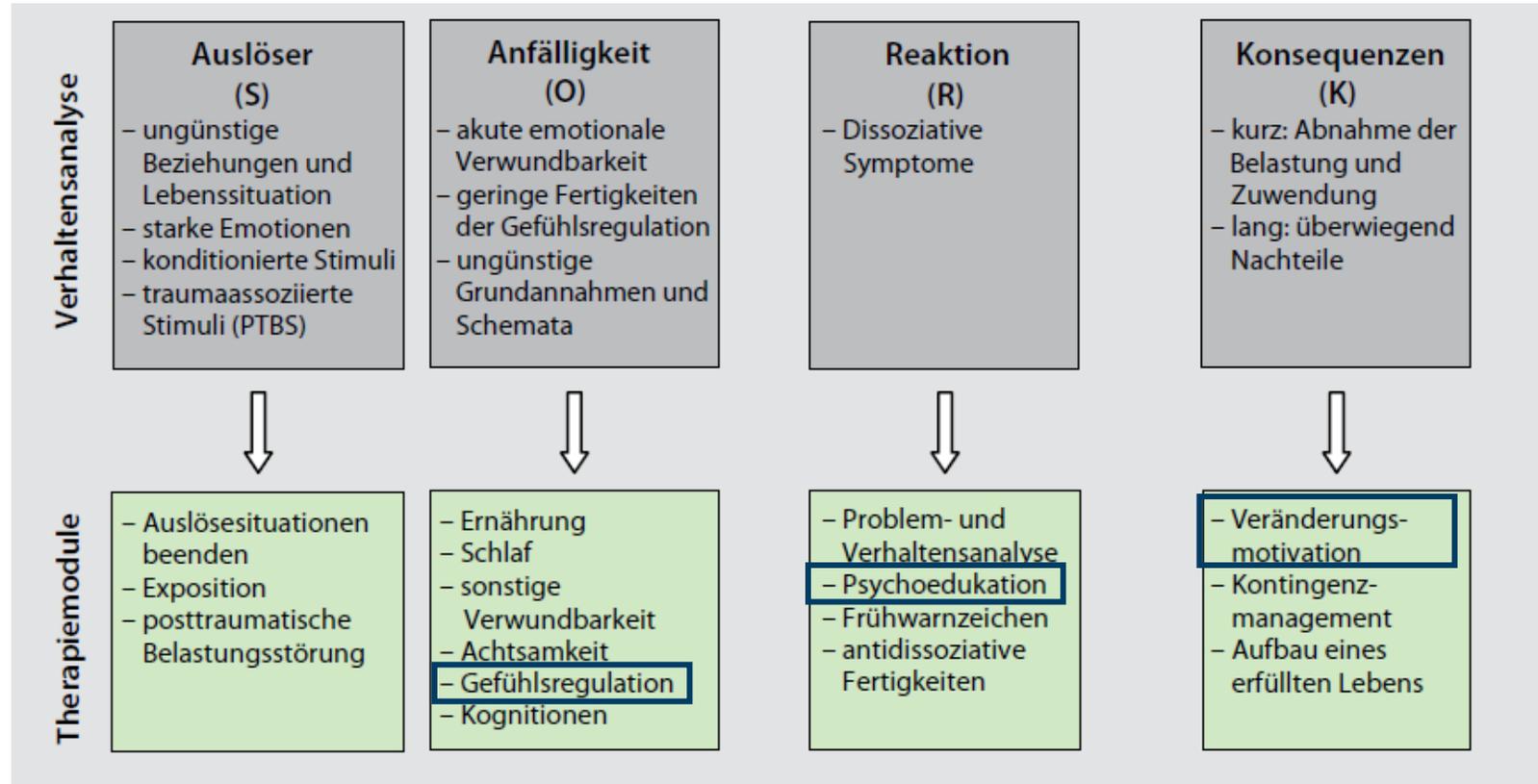
- Dissoziative Symptome überwiegend vor dem Hintergrund hoher Dissoziationsneigung?
- Dissoziative Symptome vor dem Hintergrund von hoher Dissoziationsneigung und traumatischen Erlebnissen?

Therapeutisches Vorgehen

- Psychotherapie gilt als die Methode der Wahl
- Modulorientiertes Vorgehen
 - Vorbereitung
 - Symptomreduktion
 - Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen

Dissoziation ist kontrollierbar, auch wenn dies anfangs von den PatientInnen nicht so erlebt wird

Modulare Therapie Dissoziativer Störungen



Priebe, Schmahl, Stiglmayr 2013

Modul Gefühlsregulation

- chronifizierte Dissoziation kann als dysfunktionaler Versuch der Gefühlsregulation verstanden werden
- meist auch andere dysfunktionale Strategien zur Emotionsregulation wie Selbstverletzungen, Substanzabusus und Ess-Brech-Anfälle

⇒ **Erlernen,**

- welche Emotionen es gibt
- woran ich diese erkenne
- wie ich mit diesen umgehe

Modul Psychoedukation

- Dissoziation häufig schambesetzt
 - Dissoziation ist ein (ehemals) sinnvoller Schutzmechanismus
 - Welche dissoziative Symptome gibt es?
 - Dissoziation ist normal
- => **Entkatastrophisierung und Entlastung**

Modul Erhöhung der Veränderungsmotivation

Erarbeitung kurz- und langfristiger Vor- und Nachteile

- Über die Erarbeitung der kurzfristigen Vorteile: Validierung
- Über die Erarbeitung der langfristigen Nachteile: Erhöhung der Veränderungsmotivation

<u>damals positiv</u> z.B. weniger Schmerzen gespürt, Möglichkeit es auszuhalten	<u>damals negativ</u> z.B. war in Schule nie richtig anwesend
<u>heute positiv</u> z.B. Notausgang bei belastenden Gefühlen	<u>heute negativ</u> z.B. drifte beim Autofahren weg

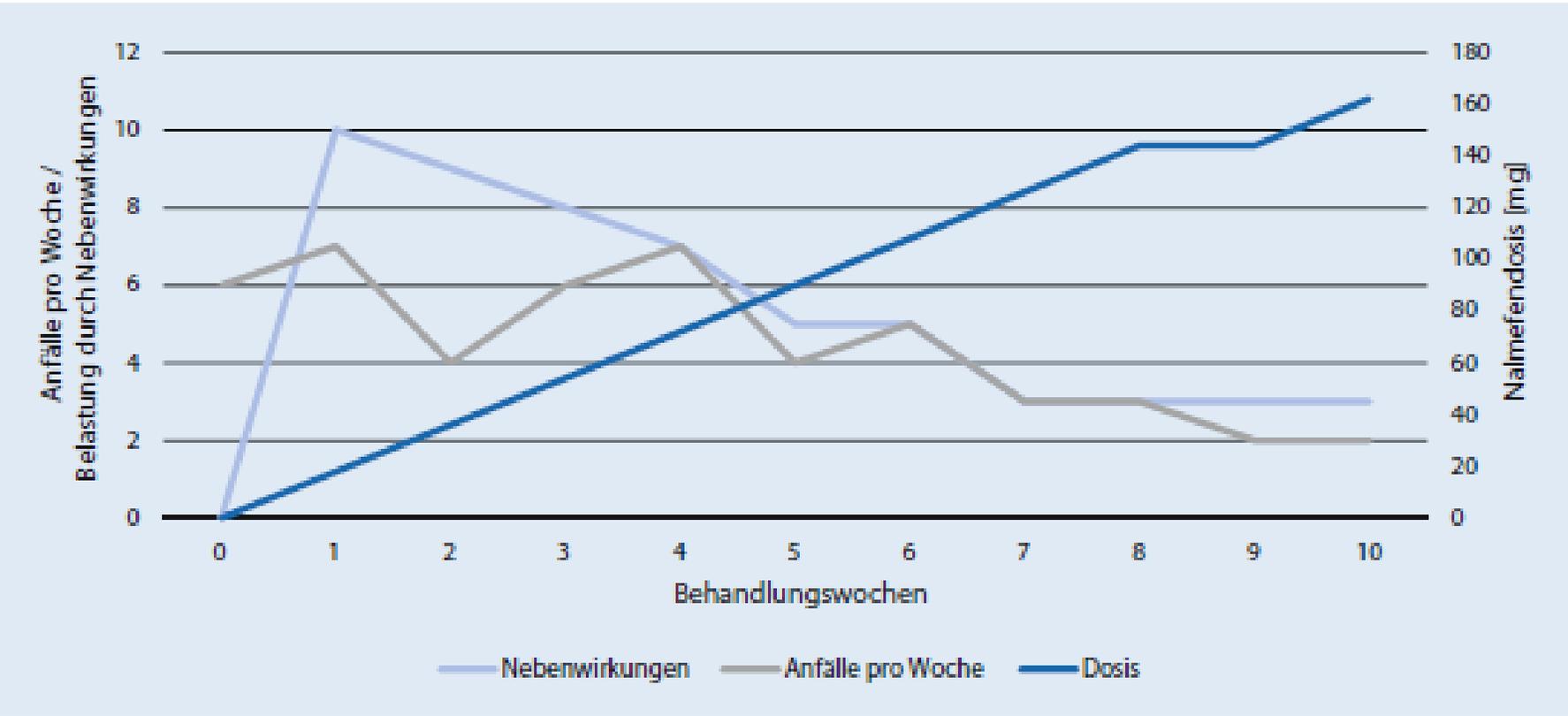
PHARMAKOTHERAPIE



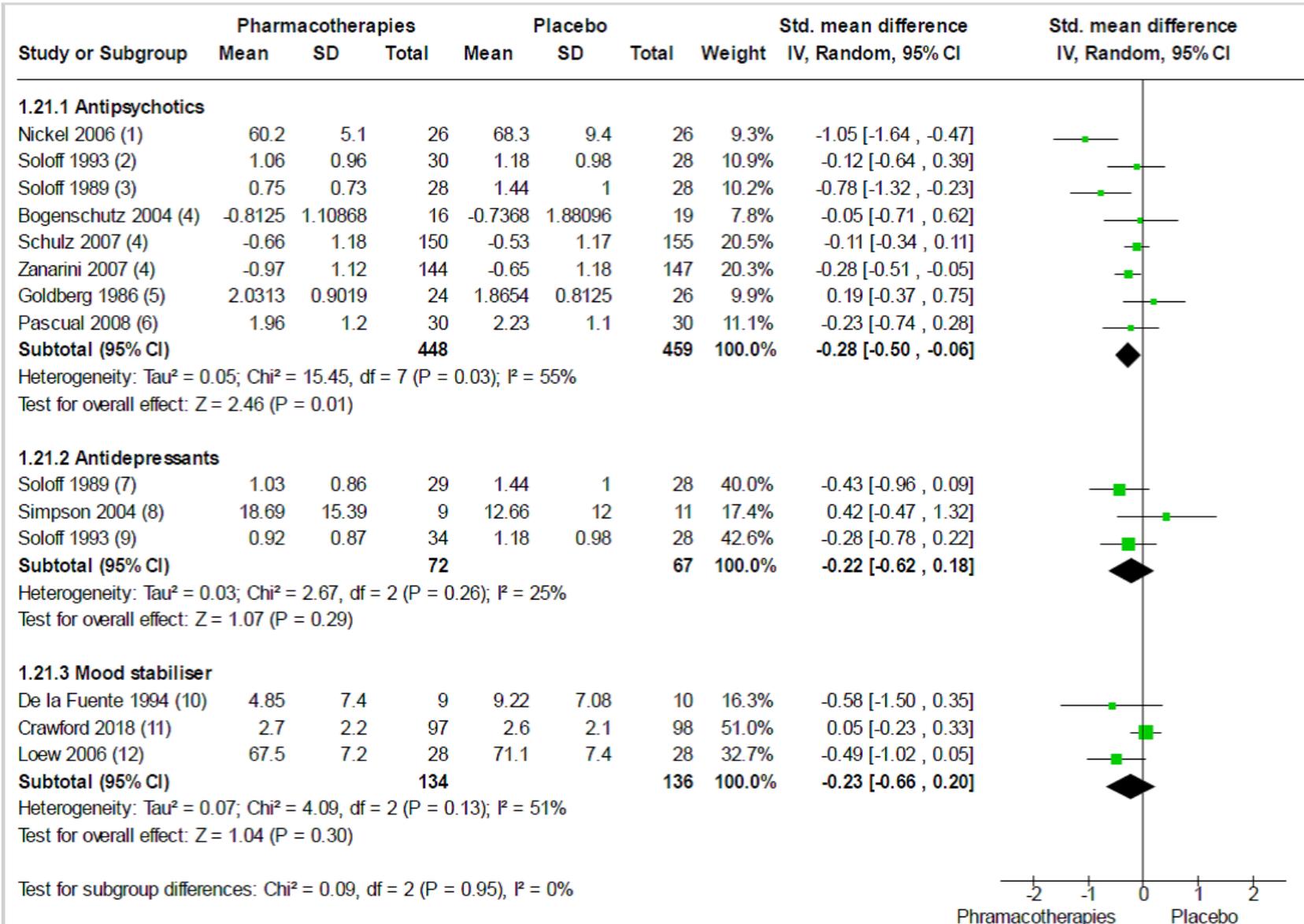
Naltrexon: Opioid-Antagonist

- untersucht bei der BPS und Dissoziativen Störungen
- offene Studien (Bohus et al. 1999; Pape und Wöller 2014)
- Randomisierte Placebo-kontrollierte Studien (Schmahl et al. 2012)
- keine statistisch signifikante Überlegenheit
- kleine (bis mittlere) Effektstärken zugunsten von Naltrexon

Nalmefen



Meta-Analyse zur pharmakologischen Beeinflussung von dissoziativen Symptomen bei Borderline-PS



- Kleiner signifikanter Effekt für Antipsychotika
- Keine signifikanten Effekte für Antidepressiva oder Stimmungsstabilisatoren
- Cave: hier auch kurze psychotische Symptome mit erfasst

Stoffers-Winterling et al., Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD012956. DOI: 10.1002/14651858.CD012956.

1. Definition, Klassifikation und Epidemiologie
2. Ätiologie und Neurobiologie
3. Diagnostik
4. Therapie Dissoziativer Störungen auf psychischer Ebene
5. **Therapie Dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene**

Dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene

6B60.0: Sehstörung

6B60.1: Hörstörung

6B60.2: Schwindel oder Benommenheit

6B60.3: Andere Empfindungsstörungen

6B60.4: Nicht-epileptische Anfälle

6B60.5: Sprachstörung

6B60.6: Parese oder Schwäche

6B60.7: Gangstörung

6B60.8: Bewegungsstörung

6B60.9: Kognitive Symptome

Ist das echt?

- Unterschätzte Prävalenz
- Diagnostische Unsicherheit
 - Keine Ausschlussdiagnose
 - Erfassung von relevanten Risikofaktoren
 - Komplexe Funktionsstörungen des Nervensystems
- Authentizität
 - Kein „Leib-Seele-Dualismus“
- Zweitrangigkeit
 - Zwar „gutartig“, aber jahrelang persistierende Defizite
- Zugehörigkeit
 - Neurologie und Psychiatrie/Psychosomatik

Kommunikative Besonderheiten

- Übertreibungen
 - „Seit wann haben Sie die Symptome“ – „schon immer“
 - „Wie stark sind die Schmerzen“ – „11/10“
- „Belle Indifference“ und Bagatellisierung
- Gestörtes Bindungsverhalten
- Der wütende Patient

Dissoziative Krampfanfälle - Evidenz

Meta-Analyse (Carlson und Perry 2017):

- 13 Behandlungsstudien , insgesamt 228 Personen
- 47% nach PT anfallsfrei
- 82% Reduktion der Anfallsfrequenz von mindestens 50%

Goldstein et al. (2020):

- 368 Pat. randomisiert in med. Standardbhdg. mit bzw. ohne KVT
- Ein Jahr nach Randomisierung kein Unterschied zwischen den Bedingungen in der Anfallshäufigkeit
- Überlegenheit der KVT-Gruppe in 9/16 sekundären Endpunkten, z.B. Zeitspanne ohne Anfälle, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität

Unterscheidung zwischen dissoziativen und epileptischen Anfällen

- Spricht für dissoziativen Anfall
 - Lange Dauer (>2 min)
 - Augen geschlossen/zugekniffen
 - Lidflattern
 - Wechselnder Verlauf
 - Asynchrone Bewegungen
 - Beckenstoßen/Hin- und Her-Bewegungen
 - Iktales Weinen
 - Erinnerung an den Anfall
- Spricht für epileptischen Anfall
 - Lateraler Zungenbiss
 - Auftreten aus dem Schlaf heraus
 - Postiktale Verwirrtheit
 - Röchelnde Atmung

Risikofaktoren und Komorbiditäten

- Belastung und Trauma
 - Akute und chronische Belastungen
- Individuelle Krankheitsvorstellungen
- Psychiatrische Komorbiditäten
 - Depression
 - Angststörungen
 - PTBS
 - Persönlichkeitsstörungen, v.a. BPS
 - Andere dissoziative Störungen

Therapie dissoziativer Störungen auf körperlicher Ebene

- Akuttherapie
 - Überreaktion durch Angehörige und Personal vermeiden
 - Unnötige Eingriffe (z.B. Intubation) vermeiden
 - Möglichst keine Medikamente
- Diagnosevermittlung als Therapiebeginn
- Psychotherapie
 - Psychoedukation
 - Anfallstagebuch
 - Antidissoziative Skills
 - Identifikation von psychosozialen Faktoren
 - Identifikation negativer Denkmuster und dysfunktionaler Emotionsregulation

Zusammenfassung

- Im ICD-11 werden dissoziative Störungen auf psychischer und körperlicher Ebene unterschieden.
- Dissoziative Störungen im eigentlichen Sinne (Depersonalisationsstörung, Dissoziative Identitätsstörung) können von dissoziativen Symptomen bei anderen psychiatrischen Erkrankungen unterschieden werden.
- Ätiologisch sollte sowohl die Dissoziationsneigung wie auch traumatische Erlebnisse beachtet werden.
- Dissoziation ist kontrollierbar, auch wenn dies anfangs von den Patienten nicht so erlebt wird.
- In der Psychotherapie wird ein phasenorientiertes Vorgehen empfohlen, in welchem das Erlernen eines funktionalen Umgang mit dissoziativen Symptomen an erster Stelle steht.
- Bei dissoziativen Störungen auf körperlicher Ebene (Krampfanfälle) kann ebenfalls ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen mit Fokus auf Emotionsregulation empfohlen werden.

