

Dissoziationsstörung (Konversionsstörung)



- Geschichte, Theorie, Klassifikation und Therapieansätze dissoziativer Symptome und Störungen

Dissoziation

ein psychisches Phänomen

Dissoziation ist eine uneinheitliche, vielgestaltige Form des psychischen Erlebens, deren Hauptmerkmal die **Desintegration** bestimmter, üblicherweise integrierter **psychischer Funktionen** ist.

Dissoziation

ein psychisches Phänomen

Im alltäglichen Leben stellt sich die eigene Person als Einheit dar. Man erlebt die eigene persönliche Vielfalt, auch bei z.B. starken Stimmungsschwankungen, als integriert.

Wesentliche Faktoren, die dazu beitragen sind Gedächtnis und Identität: wenn das Gedächtnis nicht funktioniert steht die Identität in Frage.

Aber auch die Kontrolle über Motorik, Sensorik, und über die Wahrnehmungen von Selbst und Umwelt gehören dazu.

Dissoziation

dissoziative Funktionsstörungen

-des **Bewusstseins**: Verminderung, Einengung, Trübung, Verschiebung
-des **Gedächtnisses** : Diss. Amnesie, Dejà- Vu, gesteigerte Erinnerung
-der **personalen Identität** : Fugue, Besessenheit, Identitätswechsel-unsicherheit
-der **Wahrnehmung von Selbst und Umwelt** : Depersonalisation, Derealisation, verändertes Zeit,- Raumerleben
-der **Motorik**: Bewegungs,- Koordinations- und Sprachstörungen
Krampfanfälle
-der **Sensibilität und Sensorik**: Sensibilitäts,- Geschmacks,- Hör-, Seh-,
Riechstörung
- (nach Spitzer et al. 2004)

Dissoziation ?

Dämmerzustand

„alles um sich herum vergessen“

Tagträume ?

Meditation ?

„nicht man selbst sein“

Amnesie ?

Trance ?

„neben sich stehen“

„sich losgelöst fühlen“

• Aktuelle Dissoziationsmodelle

Dissoziation als Kontinuum

Kontinuum zwischen Alltagsphänomenen und pathologischem Zustand

- Auf der einen Seite Alltagsphänomene
- Auf der anderen Seite schwere, der willkürlichen Kontrolle entzogene dissoziative Veränderungen
- Die Schwelle zwischen „normaler“ und pathologischer Dissoziation ist individuell

Aktuelle Dissoziationsmodelle

Detachment und Compartmentalization

- Qualitativ unterschiedlich:
 - **Detachment: Entfremdung-** veränderter Bewusstseinszustand: Derealisation/ Depersonalisation/ Ähnlichkeit zu psychotraumatologischen Konzepten wie der peritraumatischen Dissoziation/ bei Angst/Panik/ PTSD
 - **Compartmentalization:** Desintegration mentaler Inhalte: Fehlen einer bewussten Kontrolle über kognitive, emotionale und handlungsbezogene Prozesse- am ehesten nahe der Amnesie/ Konversion

Dissoziation

Beispiel

Ein Soldat an der Front kämpft konzentriert, scheinbar kontrolliert; erst wenn das Feuer sistiert und das Gefecht vorbei ist, entdeckt er, dass sein Herz rast und als er an sich hinuntersieht entdeckt er die blutende Wunde an seinem Bein. Schmerz hat er vorher nicht empfunden.

Soldaten erleben das Gefecht oft wie ein Video (Derealisation), als ob alles weit entfernt wäre.

Dissoziative Phänomene

Kontexte

- Dissoziative Zustände organischer Genese
 - z.B. Störung von Gedächtnis und Identität bei Demenz
 - Bewusstseinsveränderung unter Drogen, bei Intoxikation..
- Dissoziationen als psychisches Phänomen mit klinischer Wertigkeit
 - Dissoziative und Konversionsstörungen
 - Dissoziative Symptome im Rahmen anderer psychischer Störungen

Dissoziation im historischen Kontext



Hysterie von der Antike bis ins 19. Jahrhundert

- Dissoziative Phänomene und Konversionssymptome wurden bis ins 19. Jahrhundert unter dem Begriff der **Hysterie** subsumiert. (Hystera – Gebärmutter)
- Hysteriekonzept der Antike: Die Ursache wurde bereits vor Christi in der Gebärmutter gesehen. Konzeptionell ging man davon aus, dass die Gebärmutter, wenn zu lange sexuell unbefriedigt, im Körper suchend umherschweift, Organe abdrückt und einengt, sich auch im Gehirn manifestiert. Dies führe dann zum typischen „hysterischen“ Verhalten.
- Unter diesem Konzept: reine Frauenerkrankung- führte über Jahrhunderte zu zahlreichen verstümmelnden Eingriffen bei Frauen

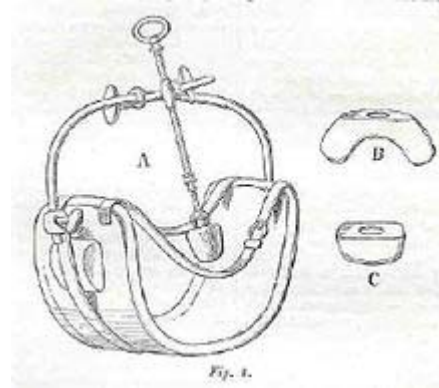
Dissoziation im historischen Kontext



Die Dissoziation ist gewissermassen auf ihrem Irrweg aus den Pariser Salons des 19. Jahrhunderts, wo sie dem Spektakel des Bürgertums diente, in den Labors der Naturwissenschaften angekommen.



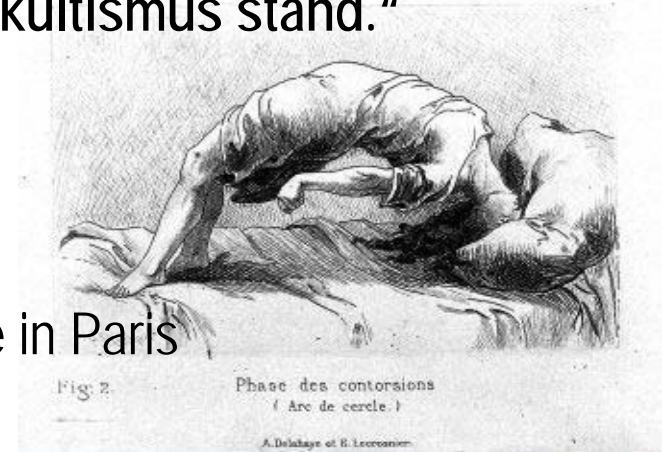
Charcot, Babinski mit Blanche Wittmann (Pat.), vorne sitzend: Gilles de la Tourette in der Sâlpêtrière in Paris.



„Charcot war ein Aufklärer, der mit einem Fuss noch im Okkultismus stand.“

P.O. Enquist in „Blanche und Marie“

- Hysterie als psychisches Phänomen
- Wissenschaftl. Arbeiten; Demonstrationen in der Salpêtrière in Paris
- Hysterische Phänomene auch bei Männern beschrieben und induziert
- Ätiologie: „Antwort auf wiederholte Schrecken“



Dissoziation im historischen Kontext



Pierre Janet (1859-1947)

- 1889: „L`automatisme psychologique“ - Theorie zur Funktionsweise der Psyche: das Wechselspiel zwischen den im Unterbewussten organisierten Erfahrungen und dem **individuellen Temperament** formt die Einzigartigkeit des Menschen.
- 1925 : Begriff der psychologischen Dissoziation: Verselbstständigung ansonsten verbundener Automatismen durch Einengung des Bewusstseins durch
- **intensive emotionale Reaktion auf belastende traumatische Ereignisse**: überwältigende Affekte, Verlust der integrierenden Kapazität des Bewusstseins, Einengung des Bewusstseins, Dissoziation.



- **psychotraumatologisch orientiertes Dissoziationskonzept auf Basis eines Vulnerabilitäts- Stress- Modell**

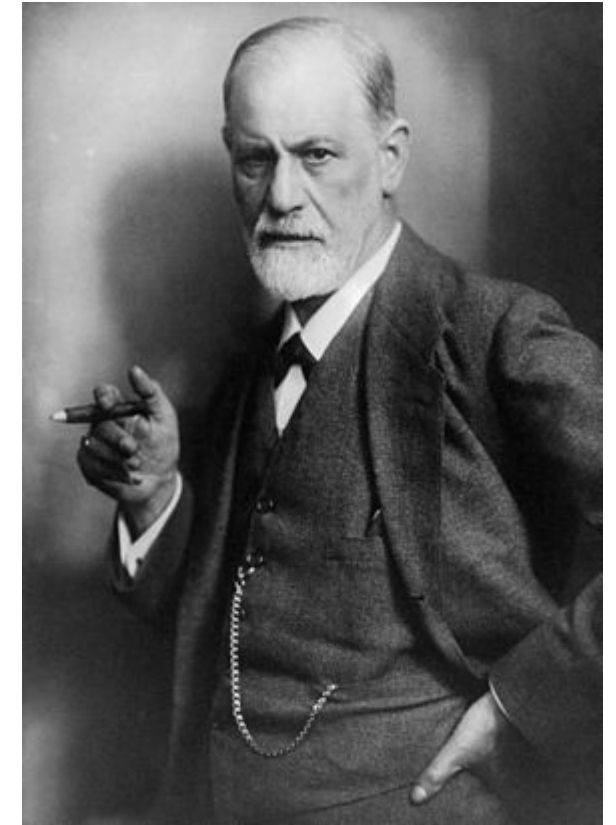


Dissoziation im historischen Kontext



Sigmund Freud (1856-1939)

- „Der rätselhafte Sprung vom Seelischen ins Körperliche“
- Pathogenetischer Vorgang der Hysterie/ Dissoziation :
Konversion : intrapsychische Konflikte
- Nicht zugelassene Wünsche und Phantasien, die in das Bewusstsein drängen (meist sexueller Natur) vs dem Bestreben, diese Wünsche nicht im Bewusstsein zuzulassen;
d.h. :
 - **Umwandlung abgewehrter Triebregungen in Körpersymptome**



Dissoziation

Ätiologische Ansätze heute

- Bis heute, aufbauend auf Janet, vermuten viele Autoren ein **posttraumatisches Syndrom** hinter der Dissoziation- im Sinne einer Abspaltung aversiver mentaler Inhalte nach äußeren Widrigkeiten, die dann eigendynamische Symptome auslöst.
 - genetische Disposition eingeschlossen
- Dagegen, aufbauend auf Freud sehen viele, v.a. psychodynamisch orientierte Autoren, die Dissoziation als **Antwort auf innerseelische und interpersonelle Konflikte**, deren Einwirken als Bedrohung der Ich- Integrität erlebt wird.
 - Dabei zu beachten: strukturpathologische Phänomene, die eine Vulnerabilität darstellen.

Dissoziation

Ätiologie: Dissoziation und Trauma

- Eine einheitliche Ätiologie aller dissoziativen Prozesse ist sehr unwahrscheinlich
 - Dissoziationen sind häufig assoziiert mit Traumafolgestörungen/ traumat. Erleben
 - Aber: **dissoziative Phänomene / Störungen sind nicht immer auf ein Trauma zurückzuführen**
 - Die Validität retrospektiver Traumaberichte wird oft angezweifelt (prospektive Studien gefordert)
 - Dissoziatives Erleben wird im Rahmen der verschiedenen Krankheitsbilder eher mit dem Begriff des „Distress“ in Verbindung gebracht.

(krit. Diskussion dazu Giesbrecht et al. 2008)

Dissoziation

Ätiologie unter spezieller Beachtung der Konversion



- Kompromiss zwischen Triebwunsch und introjektiver Abwehr: im Symptom wird der korrespondierende Konflikt symbolisch zum Ausdruck gebracht. **Verschiebung der Konfliktspannung vom originären Kontext in einen körperlichen.**

Dissoziation

Lerntheoretische Ätiologische Ansätze

- Dissoziation als **klassische Konditionierung** (Innere Reize / äußere Stimuli)
 - Sensitivierung gegenüber Auslösereizen, dann Generalisierung, dann Verhaltensänderung führen zu
 - Fixierung der dissoziativen Verarbeitung im Sinne **operanter Konditionierung**
 - d.h.: zunächst sinnvoll im Sinne Schutzmechanismus, dann aber im ungünstigen Fall entsteht eine eigendynamische psychische Belastung.
- Weitere Ansätze:
 - Kognitionspsychologisch: Diskrepanz zwischen Aufmerksamkeitsgraden für äußere bzw. innere Stimuli
 - Veränderte Funktion des expliziten und des impliziten Emotionsgedächtnis

Heuristische Modelle

- Mentzos 2009: Dissoziation, Konversion und histrionische Persönlichkeit als Kontinuum mit dem verbindenden Element einer charakteristischen unbewussten Inszenierung, deren Zweck die Modifikation intrapsychischer Zustände sein soll.
 - Hier finden sowohl posttraumatische Zustände als auch individuelle Konfliktthemen einen äußeren Ausdruck.

Neurobiologie der Dissoziation

- Auffälligkeiten
 - In der Hypothalamus- Hypophysen-Nebennieren- Achse
 - Im serotonergen, noradrenergen, glutamatergen System und im endogenen Opioidsystem
 - Strukturelle und funktionelle Auffälligkeiten in zentralnervösen Netzwerken



f-MRT- Befunde bei **PTSD vom dissoziativen Subtyp**

Lanius et al. 2010

Unter Konfrontation mit einem trauma-assoziierten Stimulus im MRT ergaben sich charakteristische, dem intrusiven Typus gegenläufige Aktivierungsmuster in Hirnregionen, die für Erregungs- und Emotionsregulation zuständig sind:

- starke Aktivität des dorsalen, vorderen Cingulum und des medialen präfrontalen Kortex
- Gleichzeitig massive down-Regulation von vorderer Insel und Amygdala



- **Top-down-Regulation im Sinne kortiko-limbischer Inhibition**

Neurobiologie der Dissoziation

f-MRT- Befunde bei PTSD vom dissoziativen Subtyp

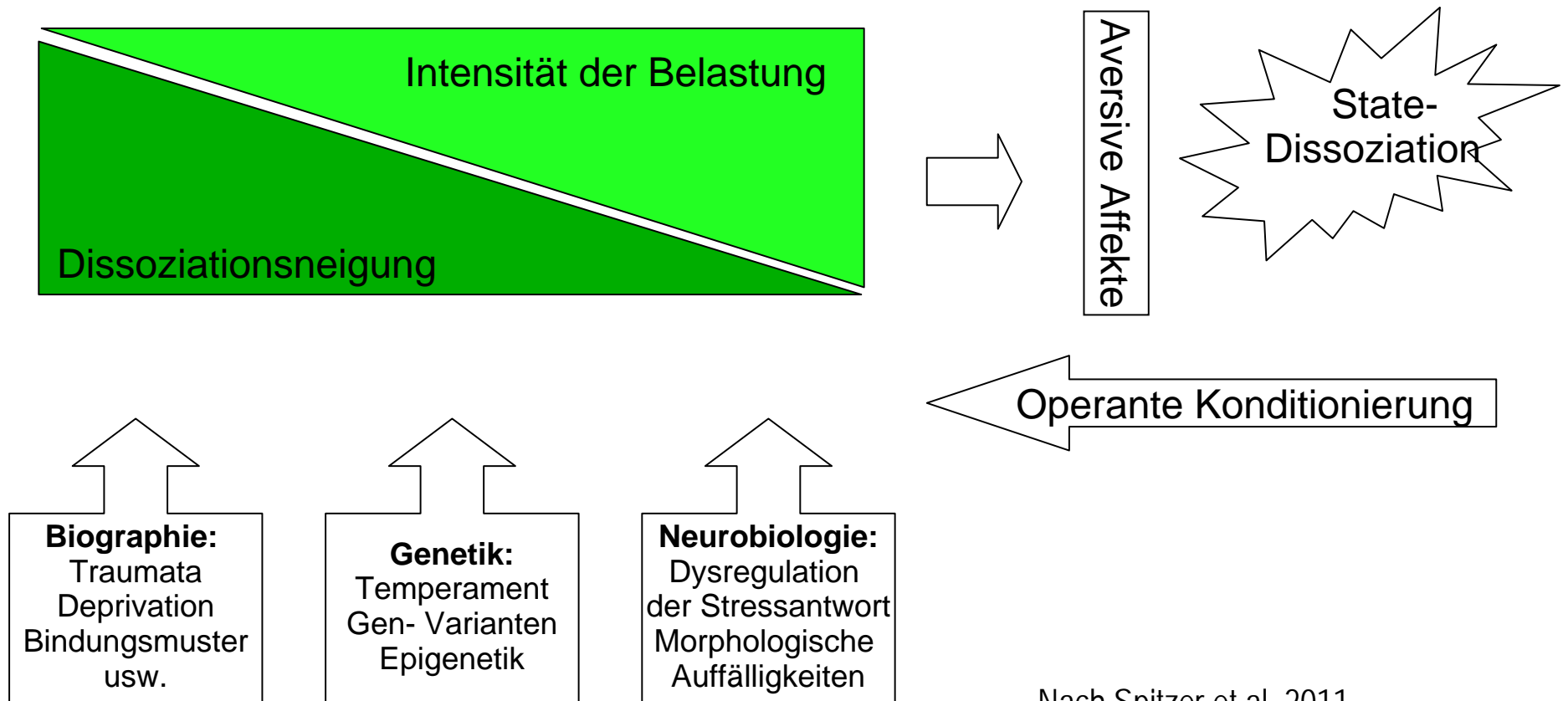
Lanius et al. 2010



- Wird ein bestimmtes Maß an Angst überschritten, hemmt der mediale präfrontale Kortex limbische Strukturen, v.a. die Amygdala und damit die weitere Emotionsverarbeitung
 - „Abschalten“ der Emotionsverarbeitung /der Amygdala
 - d.h. fehlende affektive Beteiligung
 - Typischerweise Derealisation/Depersonalisation
 - Unterstreicht die Bedeutung intensiver aversiver Gefühle für den Entstehungsprozess von Dissoziationen.

Dissoziation

Integratives ätiologisches Modell



Nach Spitzer et al. 2011

Dissoziative Phänomene im Kontext verschiedener Störungsbilder

- Dissoziative Phänomene treten bei vielen Störungen auf (Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, affektive Störungen..)
 - als Symptome nur bei akuter Belastungsreaktion und PTSD in den Klassifikationssystemen angegeben

Als Krankheitsbild neben den dissoziativen Störungen:

- **Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (F48.1)**
 - Es besteht zwar eine Störung von Teilbereichen der persönlichen Identität
 - aber keine Störung von Wahrnehmung, Gedächtnis, Bewegung
 - **Nicht traumaassoziiert**

F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

- F44.0 dissoziative Amnesie
 - F44.1 dissoziative Fugue
 - F44.2 dissoziativer Stupor
 - F44.3 Trance und Besessenheitszustände

- F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen = **Konversionsstörung** (DSM)

- F44.5 dissoziative Krampfanfälle
 - F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
 - F44.7 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt

- F44.8 andere
 - .80 Ganser-Syndrom
 - .81 multiple Persönlichkeit = **dissoziative Identitätsstörung** (DSM)
 - .82 vorübergehende dissoziative Störungen in der Kindheit und Jugend
 - .88 sonstige näher bezeichnete dissoziative St. (Konversionsstörungen)
- F44.9 nicht näher bezeichnete

Beachte: im DSM-IV gehören die Konversionsstörungen zu den somatoformen Störungen

Dissoziative Störung

-Allgemeine Kriterien-

- Psychisch, nachgewiesen nicht organisch bedingter, teilweiser oder vollständiger Verlust der normalen Integration von Gedächtnis, Bewusstsein, Empfindung und Willkürmotorik.
- Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle ist diesbezüglich gestört
- Symptomatik mit starken und raschen Schwankungen
- Der Patient schiebt alle Probleme auf das Symptom und leugnet auch offensichtliche Konflikte
- Es lässt sich eine zeitnahe Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unerträglichen inneren Konflikten oder gestörten Beziehungen aufzeigen.

Epidemiologie

Dissoziative Störungen insgesamt

- Prävalenz: uneinheitlich
- 2 - 6,3 % in der Allgemeinbevölkerung
- Symptomraten von bis zu 30% mit standardisierten Interview (z. B. DES)
- Frauen : Männer = 3 : 1

Konversionsstörungen

- In der Allgemeinbevölkerung 0,6 %
- im stat. neurologischen Bereich: 8-9%
- im stat. psychiatrischen Bereich: 6-8%
- Prävalenz: Frauen : Männer = 4 : 1

Dissoziative Störungen

- Verlauf -

- nahe zeitliche Verbindung zu traumatischen Ereignissen, Konflikten oder gestörten Beziehungen
- häufig Remission nach Wochen und Monaten, (bes. bei Beziehung zu einem akutem Ereignis)
- chronische Verläufe (oft Lähmungen und Gefühlsstörungen) bes. bei langsamem Beginn, bei unlösbaren Konflikten oder interpersonellen Schwierigkeiten
- ungünstige Prognose bei einer Symptombdauer länger als 1 – 2 Jahre

F44.0 Dissoziative Amnesie

- Partielle oder vollständige überwiegend retrograde Amnesie für kürzliche traumatisierende oder belastende Ereignisse (evtl. Zugang nur durch Fremdanamnese)
- Oft Unfälle, Trauer, oft unvollständig, fragmentiert
- Fehlen von hirnorganischen Störungen, Intoxikation oder extremer Erschöpfung
- DD: amnestisches Syndrom nach Drogen, Alkohol oder sonst. organisch; Korsakow-Syndrom, SHT
 - Am Schwierigsten: Simulation

F44.1 Dissoziative Fugue

Kennzeichen der dissoziativen Fugue

- zielgerichtete Ortsveränderung von zu Hause bzw. dem Arbeitsplatz, manchmal an Orte, zu denen eine gefühlsmäßige Beziehung besteht
- dabei scheinbar geordnetes Verhalten, fallen meist nicht auf
- gelegentlich Annahme einer neuen Identität, manchmal nur kurz; erstaunlich vollständig, überzeugend
- DD postiktale Fugue bei Epilepsie und
 - Am Schwierigsten: Simulation

F44.2 Dissoziativer Stupor

- Kriterien für Stupor erfüllt
- Keine organische Genese erkennbar
- Keine adäquate psychische Störung bekannt
- Kurz zuvor: belastende Ereignisse, interpersonale, soziale Probleme..
- DD: depressiver, katatoner, manischer Stupor, organische katatone Störung

F44.3 Trance und Besessenheitszustände



Nur Krankheitswert, wenn

- nicht normaler Bestandteil kultureller oder religiöser Riten
- Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen erzeugt wird

Trance:

- vorübergehende Veränderung des Bewusstseinszustandes und vorübergehender Verlust des Gefühls für die eigene Identität
- Einengung der Umgebungswahrnehmung, stereotype Verhaltensweisen außerhalb der eigenen Kontrolle

Besessenheit:

- Veränderung des Bewusstseinszustandes, rituelle, kontrollierte Verhaltensweisen, aber oft auch retrograde Amnesie
- neue Identität an Stelle der gewohnten; wird einem Gott /Geist o.ä. zugeschrieben

Dissoziative Störungen der Bewegung und Sinnesempfindung (F44.4- F44-7)

- Verlust/Veränderung von Bewegungsfunktionen oder Empfindungen ohne adäquate somatische Ursache
- **Symptomatik folgt den Vorstellungen des Patienten von einer körperlichen Erkrankung und nicht physiologischen Gegebenheiten**
- Meist hilft der Funktionsverlust dem Pat., einem unangenehmen seelischen Konflikt auszuweichen
- Pat. leugnet die Konflikte oft, auch wenn es anderen deutlich ersichtlich ist
- Die Ausprägung der Behinderung wechselt, hängt vom emotionalen Zustand des Pat. und der Anzahl der anwesenden Personen ab
- „**belle indifference**“ gibt es auch bei somatischen Erkrankungen
- Sobald Schmerzen oder andere veg. vermittelte Empfindungen hinzukommen: F45

Diagnostische Leitlinien

F44.4- F44-7



- Somatische Verursachung muss ausgeschlossen sein
- Andere psychiatrische Krankheitsbilder müssen ausgeschlossen sein (Wahn, psychotrope Substanzen)
- Eine überzeugende Theorie zur Entstehung der Erkrankung über soziale und psychologische Hintergründe muss existieren
- Schwierig: Simulation

F44.4 dissoziative Bewegungsstörung



- Vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit
- Lähmungen können partiell oder vollständig, schwach oder stark sein
- Häufig auch Koordinationsstörungen, unterschiedlicher Art und Ausprägung
- Weitere Symptome: Zittern, Schütteln, Dysarthrie, Aphonie ..

F 44.5 dissoziative Krampfanfälle



Mehr oder weniger genaue Nachahmung epileptischer Anfälle. Einteilung z.B. nach Betts:

- Atonische Ohnmachtsanfälle
- Sturzanfälle mit konsekutiver motorischer Entäußerung (z.B. „arc de cercle“)
- Zitter- Schüttelanfälle
- GM-ähnliche Anfälle (4% fälschlich psychogen eingeordnet)
- selten Zungenbiss, Urininkontinenz oder Verletzungen beim Sturz
- Stupor- oder tranceähnlicher Zustand anstelle von Bewusstlosigkeit

F 44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen



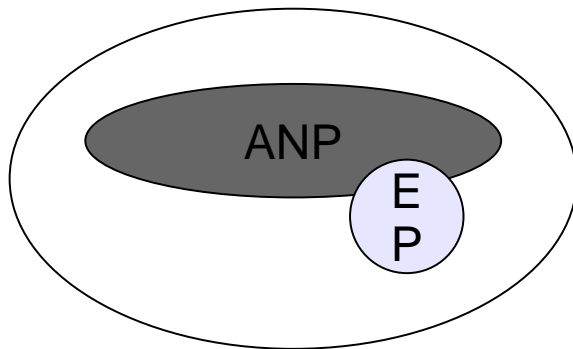
- Die Grenzen der anästhetischen Hautareale entsprechen eher den Vorstellungen der Patienten als dem med. Wissen.
- Oft können die angegebenen sensorischen Verluste nicht die Folge einer neurologischen Läsion sein.
- Oft werden sensorische Verluste von Klagen über Parästhesien begleitet.
- Am häufigsten sind Empfindungs- oder Sehstörungen (selten Visusverlust, häufiger „Tunnelblick“ oder verschwommenes Sehen)
- Dissoziative Taubheit oder Anosmie sind selten



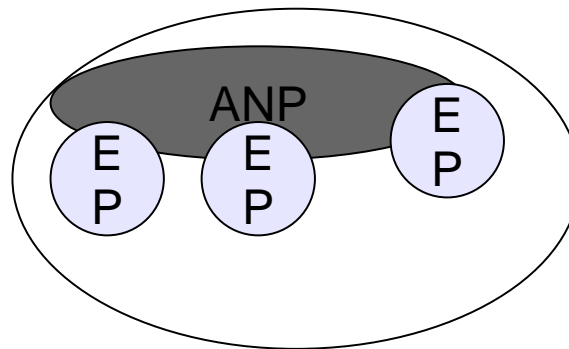
- F44.80: Ganser-Syndrom (Vorbeireden)
- F 44.81 multiple Persönlichkeit
 - Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten in einem Individuum
 - jede Persönlichkeit ist vollständig mit eigenen Erinnerungen, Vorlieben und Verhaltensweisen
 - zu einem Zeitpunkt ist nur eine Persönlichkeit sichtbar
 - die Existenz der anderen Persönlichkeit(en) ist häufig nicht bewusst
 - Wechsel meist begrenzt auf belastende Situationen und Therapiesitzungen
 - meist Dominanz einer Persönlichkeit

- Modell der strukturellen Dissoziation bei DIS

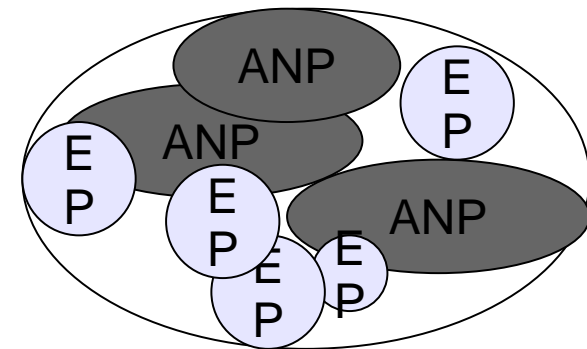
nach Van der Haart und Nijenhuis



Primäre strukturelle Dissoziation



Sekundäre strukturelle Dissoziation



Tertiäre strukturelle Dissoziation

Psychotherapie (AWMF-Leitlinien 2006)



- Es liegen keine empirischen Ergebnisse zur differentiellen Indikation von stationären und ambulanten Behandlungen vor.
- Dasselbe gilt für die vergleichende Evaluation unterschiedlicher Therapiemethoden (z.B. tiefenpsychologische vs kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze) oder Kombinationen.
- Eine verhaltenstherapeutische/ kognitiv behaviorale Behandlung ist vor allem dann indiziert, wenn die direkte und unmittelbare Beeinflussung der Symptomatik in der Behandlung im Vordergrund steht.
- Eine tiefenpsychologische Psychotherapie ist indiziert, wenn die Symptomatik in eine Persönlichkeitsproblematik eingebettet ist oder entsprechende biographische Belastungsmomente vorliegen und der Behandlungsauftrag des Patienten sowie seine Introspektionsfähigkeit die Anwendung dieses Verfahrens nahelegen.

(Differential)- diagnostik



Schwierig, da

- Viele Patienten die Vollkriterien dissoziativer Störungen nicht erfüllen
- Dissoziative Phänomene auch Teil anderer psychiatrischer Erkrankungen sind
- Die Komorbidität hoch ist (PST, Angst, Traumafolgestörungen..)
- Die Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Phänomenen schwierig ist (psychotisches Erleben..)

daher: **genaue Exploration** betroffener Funktionsbereiche

- Häufigkeit, Dauer, Intensität,
- Nutzung standardisierter Erhebungsinstrumente
 - Strukturierte Interviews (z. B. SKID-D),
 - Selbstbeurteilungsverfahren (z. B. DES).

Prognostisch günstige Voraussetzungen sind...

- Nicht allzu vordergründig somatisierte Symptome
- Akute Erkrankung
- Wenig Komorbidität
- Wenig sekundärer Krankheitsgewinn
- Gute Introspektion und Motivation
- Der Fokus (z.B. Konflikt) klar benannt ist
- Gute strukturelle Reife der Persönlichkeit

Therapie Basis



- Mitteilung und Besprechung der Diagnose ist bereits sehr wirksam im Sinne einer deutenden Intervention
- Wichtig auch klare Haltung zur psychischen Genese und Mitarbeit der somatischen Ärzte (befürworten der PT)
- **Medikamentöse Behandlung nur der komorbiden Störungen**
- **Therapie der Wahl: Ambulante Psychotherapie**, in einzelnen schwierigen und chronifizierten Fällen auch stationär

Therapie Basis



Therapiebeziehung:

- Akzeptierend-respektvoll, nicht konfrontativ, Pat. „hat etwas“!!
- Beachte: Patient mit subjektiv hohem Leidensdruck
- Vermittlung positiv korrigierender Beziehungserfahrung

Sorgfältige Analyse:

- Subjektives Krankheitskonzept, Introspektionsfähigkeit
- Symptomauslösende – und aufrechterhaltende Faktoren
- Psychotherapiemotivation- bei Konversionsstörungen zunächst zu schaffen, bei traumaassoziierten Diss. Störungen oft vorhanden

Therapieverfahren

Psychoedukation : Information über grundlegende Störungszusammenhänge und Therapieprinzipien

Symptomorientierte Behandlung : Physiotherapie, Logopädie, HLT.

Psychotherapie: multimodaler Ansatz lt. Studienlage am erfolgreichsten:

- „Konfliktbearbeitende“ wie auch symptom- und ressourcenorientierte Therapien
- (kognitive) Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Verfahren, Traumatherapie z.B. EMDR, differentielle Indikation
- z.B.: zugrundeliegende Konflikte herausarbeiten und über "Brückenbau" und ressourcenorientiertes Arbeiten versuchen, dem Patienten die "Aufgabe des Symptoms" zu ermöglichen