

Annegret Eckhardt-Henn

Dissoziative Störungen

Klinik – Neurobiologie und Psychodynamik

– therapeutische Aspekte

Dissociative disorders

Clinical symptomatology – Neurobiology and Psychodynamic – therapeutic aspects

Dissoziative Störungen des Bewusstseins gelten gegenwärtig als spezifische Folgestörungen nach schweren, meist chronischen Traumatisierungen. Aber auch unabhängig davon können dissoziative Bewusstseinsstörungen auftreten. Die Dissoziation kann nach neueren Konzepten als eine spezifische Abwehrfunktion und gleichzeitig als ein Folgezustand nach schweren, belastenden Ereignissen verstanden werden. Neben psychodynamischen haben neurobiologische Ursachen ätiopathogenetische Bedeutung. In einer sorgfältigen Diagnostik und Differentialdiagnostik müssen vielfältige organische und psychiatrische Erkrankungen berücksichtigt werden. Spezifische Behandlungstechniken werden angewendet.

Schlüsselwörter

Dissoziation – dissoziative Bewusstseinsstörungen – dissoziative Störungen – Depersonalisation – dissoziative Identitätsstörung – Neurobiologie – Pathogenese – Psychodynamik – Psychopathologie – Spannung und Dissoziation – Therapie – Trauma

Although dissociative disorders often develop after chronic traumatization, they can also occur without preceding traumatization. Newer psychodynamic concepts explain dissociation as a specific defense constellation and as a result of specific neurobiological and neuroanatomical effects of trauma. In dissociative disorders differentiated interdisciplinary somatic and psychiatric diagnostic procedures should be performed. Many somatic and psychiatric disorders should be considered in differential diagnosis. Specific therapeutic techniques have to be applied.

Keywords

dissociation – dissociative disorders – dissociative seizures – dissociative identity disorder – dissociative disorder not otherwise specified – depersonalization and derealization – neurobiology – pathogenesis – psychodynamic therapy strategies – psychopathology – trauma

Einführung

Das Konzept der Dissoziation geht genuin auf die französische Psychiatrie des 19. Jahrhunderts zurück und ist insbesondere mit dem Namen des Psychiaters Pierre Janet verbunden. 1845 tauchte bereits bei Jacques-Joseph Moreau de Tours erstmalig der eigentliche Begriff auf (van der Hart & Horst, 1989). In seiner Dissertationsschrift „L'automatisme psychologique“ (1889) legte Janet dar, dass jeder Mensch konstitutionell mit einer gewissen Menge „nervöser psychischer Energie“ ausgestattet sei, die alle mentalen Prozesse und Funktionen zusammenhalte und steuere. Ein Defizit dieser Energie („la misère psychologique“) könnte zu einer Auflockerung der normalen Integration der Persönlichkeit führen; die Koordination mentaler Funktionen, Erinnerungen, Wahrnehmungen, Willensakte etc. innerhalb einer einheitlichen psychischen Struktur unter der Kontrolle des Selbst oder des Ich sei dann nicht mehr gegeben. Janet war mit seiner Auffassung seiner Zeit voraus und wies bereits darauf hin, dass die Ursache dieser Störung zum einen in einem angeborenen Defizit zum anderen in einem durch ein psychisches Trauma bedingten übermäßigen emotionalen Verbrauch dieser psychischen Energie begründet sein könnte (zur weiteren Begriffsgeschichte vgl. auch Weber, Kap. 1 in diesem Heft). In der berühmten Kontroverse zwischen Janet und Freud grenzte sich Letzterer von der Janet'schen Auffassung ab und entwickelte eine psychoanalytische Abwehrtheorie der Dissoziation, das sog. Konfliktmodell, das die Janet'sche Auffassung bis etwa in die 1970er-, 1980er Jahre verdrängte (Eckhardt, 2014). Um 1980 trat dann etwa zeitgleich mit der Einführung des DSM-III Janets Konzept der Dissoziation gegenüber dem Freud'schen Konzept der Verdrängung wieder in den Vordergrund (Niemeyer, 1989). Dissoziation und Dissoziativität werden nun als komplexe psychophysiologische Prozesse bezeichnet, bei denen es zu einer teilweisen oder völligen Desintegration psychischer Funktionen, der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, der Wahrnehmung des Selbst und der Umgebung kommt. Eine Unterbrechung der Wahrnehmung der Körperrepräsentation, der motorischen Kontrolle und des Verhaltens können eingeschlossen sein. Aufgrund unterschiedlicher Klassifikationskonzepte in der ICD-10 und dem DSM-V herrscht aktuell bezüglich der Frage, wie dissoziative Symptome, die sich auf körperlicher Ebene abspielen, einzuordnen sind, nicht immer Klarheit (s. u.).

Die aktuelle Klassifikation der ICD-10 und des DSM-V ist im Folgenden gegenübergestellt:

Klassifikationen der ICD-10 und des DSM-V

ICD-10		DSM-V	
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)		Dissociative disorders
F44.0	Dissoziative Amnesie	300.14	Dissociative identity disorder
F44.1	Dissoziative Fugue	300.12	Dissociative amnesia
F44.2	Dissoziativer Stupor	300.6	Depersonalization/Derealization disorder
F44.3	Trance und Besseneheitszustände	300.15	Other specified dissociative disorder

F44.4 bis F44.7	Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnes- empfindung	315	Unspecified dissociative disorder
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörung		
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle		
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen		
F44.7	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt		
F44.8	Sonstige dissoziative Störun- gen (Konversionsstörungen)		
F.44.80	Ganser-Syndrom		
F44.81	Multiple Persönlichkeit(ssstörung)		
F44.82	Transitorische dissoziative Störungen (Konversions- störungen) in Kindheit und Jugend		
F44.88	Sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)		
F44.9	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (Konversionsstörung)		

Die ICD-10 bleibt in ihrer Klassifikation sehr unklar. Sie verbindet dissoziative Bewusstseinsstörungen und dissoziative Störungen der Persönlichkeit, wie die dissoziative Identitätsstörung mit eher unscharfen Kategorien der dissoziativen Störungen der Bewegung und Sinnesempfindung, worunter sie dann wiederum die dissoziativen Krampfanfälle subsumiert und in den beiden unklaren Kategorien F44.7 – 9 dann den Begriff der Konversionsstörungen in Klammern setzt. Die Konzepte sind hier inkonsistent, was sich sowohl bei der Einordnung verschiedener Erkrankungen in die Kategorie wie auch in der Anzahl, den Symptomen, dem Verlauf und der Prognose zeigt. Alle dissoziativen Störungen auf körperlicher Ebene werden in der ICD-10 äquivalent mit den Konversionsstörungen beschrieben. Der Begriff Konversionsstörung ist aber keine rein phänomenologische Kategorie, sondern eine wie sonst in der ICD-10 pathogenetische Kategorie. Er geht ursprünglich auf die psychoanalytische Theorie zurück und wird so verstanden, dass ein spezifisches körperliches Symptom auf körperlicher Ebene einen innerseelischen Konflikt zum Ausdruck bringt, wobei im Symptom, z. B. einer Armlähmung, Triebimpuls und Abwehr deutlich werden. Im DSM-V werden körperliche Symptome unter der Kategorie „Somatic Symptom and Related Disorders“ aufgeführt, hierzu gehören die folgenden:

300.82	Somatic symptom disorder
300.7	Illness anxiety disorder
Keine Nummer	Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)
300.16	Psychological factors affecting other medical condition
300.19	Factitious disorder
300.89	Other specified somatic symptom and related disorder
300.82	Unspecified somatic symptom and related disorder

Die Konversionsstörung (funktionelle neurologische Symptomstörung) wird ja nach Symptomatik in der ICD-10 weiter in die folgenden Symptomtypen unterteilt:

- F44.4 (mit Schwäche oder Lähmung)
- F44.4 (mit abnormalen Bewegungen)
- F44.4 (mit Schlucksymptomen)
- F44.4 (mit Sprachsymptomen) (Dysphonie, verwaschene Sprache)
- F44.5 (mit Anfällen)
- F44.6 (mit Amnesie oder Erinnerungsverlust)
- F44.6 (mit speziell sensorischen Symptomen) (visuellen, olfaktorischen oder Hörstörungen)
- F44.7 (mit gemischten Symptomen)

Herausgehoben wird, dass der Beginn der Konversionsstörung mit Stress- oder traumatischen Erfahrungen sowohl psychischer als auch physischer Natur verbunden sein kann und dass die Störung häufig auch mit dissoziativen Symptomen, wie Depersonalisation, Derealisation oder einer dissoziativen Amnesie, verbunden ist.

Hier bleibt das Konzept allerdings wieder unklar. Es wird m. E. nicht deutlich, ob hier dissoziative somatoforme Symptome mit den Konversionssymptomen gleichgesetzt werden oder nicht. Das Konzept der „somatoformen Dissoziation“ (vgl. Nijenhuis, 2006) wird hier nicht rezipiert. Meines Erachtens ist es nicht sinnvoll, die dissoziativen Symptome der Bewegung und „Schmerzempfindung“ mit den Dissoziativen Bewusstseinsstörungen gleichzusetzen, weil die dissoziativen Bewusstseinsstörungen in der Regel mit einem sehr viel schwereren klinischen Verlauf, einer stärkeren Beeinträchtigung und einer engeren pathogenetischen Assoziation mit schwerer Traumatisierung verbunden sind.

Im DSM-V gibt es noch die Kategorie „Trauma and Stressor-Related Disorders (trauma- und stressorbezogene Störungen). Hierunter ist die 309.81, die „Posttraumatic Stress Disorder“, kategorisiert. Hier finden wir die Spezifizierung „Posttraumatische Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen“: Depersonalisation und Derealisation. Die Dissoziative Amnesie wird hier nicht aufgeführt, aber es wird unter „Komorbidität“ darauf hingewiesen, dass viele Individuen mit dissoziativer Amnesie irgendwann in ihrem Leben eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, insbesondere dann, wenn die traumatischen Erinnerungen, die eine Amnesie auslösen, ins Bewusstsein kommen.

Bei den differentialdiagnostischen Kriterien der dissoziativen Identitätsstörung wird betont, dass einige traumatisierte Menschen sowohl eine posttraumatische Belastungs-

störung als auch eine dissoziative Identitätsstörung haben können (s. u.). Einige Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung zeigen auch dissoziative Symptome, wie eine Amnesie für bestimmte Aspekte des Traumas, wie dissoziative Flashbacks, Symptome von Intrusion und Vermeidung, negative Veränderungen der Kognition und Stimmung und ein Hyperarousal, das sich auf das traumatische Ereignis bezieht. Andererseits zeigen Patienten mit dissoziativen Identitätsstörungen dissoziative Symptome, die nicht als eine Manifestation einer posttraumatischen Belastungsstörung eingeordnet werden können, z. B. Amnesien für tägliche Ereignisse, nicht traumabezogene, dissoziative Flashbacks mit folgender Amnesie für den Inhalt des Flashbacks, disruptive Intrusionen, die mit den dissoziativen Identitätszuständen verbunden sind, sowie unregelmäßige, teils voll ausgeprägte dissoziative Veränderungen zwischen den verschiedenen Identitätszuständen.

Wir wissen heute, dass eine peritraumatische Dissoziation und auch eine weiterhin bestehende dissoziative Symptomatik das Risiko der Entwicklung einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung erhöht und diese besser vorhersagt als andere Symptombereiche (Murray, Ehlers & Mayou, 2002; Brand & Stadnik, 2014).

Epidemiologie

Hierzu gibt es unterschiedliche Angaben. Nach einer Studie von Spitzer et al. (2007) lag die Prävalenz pathologischer dissoziativer Störungen zwischen 0,3 und 1,8 %. Deutlich höher war sie bei folgenden Subgruppen: psychiatrische stationäre Patienten 5,4 %, Essstörungen 4,8 %, ambulante psychosomatische Patienten 2,2 %. Nach Spiegel et al. (2011) können die Prävalenzraten je nach kulturellen Faktoren leicht zwischen 2 und 3 % divergieren.

Unterschieden werden muss hier noch zwischen akuten und chronischen dissoziativen Symptomen. Wir wissen heute, dass 70 % aller Menschen, die ein traumatisches Ereignis erleben, während der Situation oder in den Stunden bis Wochen danach an dissoziativen Phänomenen leiden. Diese lassen aber auch relativ rasch wieder nach. Nach einer neueren Studie von Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz (2006) wird die Prävalenz bei psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Patienten mit bis zu 30 % angegeben.

Wichtig ist, dass viele dissoziative Störungen zunächst nicht erkannt werden, weil die Patienten nicht spontan darüber berichten. Dies hat einerseits damit zu tun, dass sie viele der Symptome als ich-synton erleben, dass ihnen die Symptome gar nicht als pathologische Symptome auffallen oder dass sie sich für die Symptome schämen bzw. von ihnen geängstigt sind und aus Angst, als verrückt eingestuft zu werden, nicht davon erzählen. Außerdem leiden die Patienten häufig an komorbiden, nichtdissoziativen Symptomen und Erkrankungen, die eine zugrunde liegende dissoziative Störung maskieren können (Steinberg, 2004; Dell & O'Neil, 2009).

Manifestation nach Alter

Bei zwei Dritteln der Patienten manifestieren sich die Symptome zwischen dem Beginn der Adoleszenz und dem 3. Lebensjahrzehnt. Bei komplex traumatisierten Patienten kommt

es überdurchschnittlich häufig im Alter zwischen 35 und 45 Jahren zur Dekompensation der bis dahin angewandten Coping-Strategien. Dies ist insbesondere bei weiblichen Patienten der Fall (vgl. Mattheß & Schüepp, 2013).

Klinische Symptomatik

Allgemeine dissoziative Symptomatik

Dell & O'Neil (2009) unterscheidet eine partielle von einer vollständigen pathologischen Dissoziation. Dissoziative Störungen werden subjektiv oder auch von Beobachtern als eine Unterbrechung oder Diskontinuität der normalen Integration des Bewusstseins, der Erinnerung, der Identität, der Emotionalität, der Wahrnehmung, der Körperrepräsentation, der motorischen Kontrolle und des Verhaltens empfunden und beschrieben. Jedes Gebiet des psychologischen und körperlichen Funktionierens kann davon potentiell betroffen sein. Ein klinischer Erklärungsversuch lehnt sich an die Schneider'schen Negativ- und Positiv-Symptome bei der Schizophrenie an und unterscheidet zwischen fehlenden Funktionen, wie z. B. Erinnerungen, Gefühlszuständen, Körperempfindungen. Das normale bewusste Funktionieren wird aufgrund dieser dissoziativen Funktionsstörungen unterbrochen. Davon abgegrenzt werden „positive dissoziative Symptome“, die sich durch ein nicht steuerbares, als intrusiv erlebtes „Zuviel“ charakterisieren lassen. Hierzu gehören plötzlich auftretende Flashbacks als überwältigend erlebte und willentlich nicht beeinflussbare Gefühle, plötzliche visuelle Bilder, intrusive Gedanken oder Erinnerungen und auch Erinnerungen auf körperlicher Ebene, die sich in Form von somatischen Beschwerden äußern. Die subjektive Wahrnehmung und die subjektive Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Lebensanforderungen wird davon stark beeinträchtigt. Wichtig ist, dass bei den intrusiven Erinnerungen und Flashbacks in der Folge oft dissoziative Amnesien auftreten, die gewissermaßen dazu da sind, die belastenden und ängstigenden Inhalte der Flashbacks wieder aus der subjektiven bewussten Wahrnehmung zu löschen.

Dell & O'Neil (2009) beschreibt Intrusionen, die nur partiell vom Bewusstsein ausgeschlossen sind, und Intrusionen, die vollständig vom Bewusstsein ausgeschlossen sind. Diese Unterscheidung ist bereits auf Janet (1889) zurückzuführen. Bei der vollständigen pathologischen Dissoziation, wie z. B. einer Amnesie, ist dem Individuum in diesem Moment nicht mehr zugänglich, was es während der amnestischen Periode fühlte oder tat. Bei der partiellen pathologischen Dissoziation ist sich der Betroffene gleichzeitig der unfreiwilligen, ich-fremden Intrusion in seine exekutiven Funktionen und sein Selbstgefühl bewusst.

Außer bei der dissoziativen Amnesie haben betroffene Patienten immer ein bewusstes Erleben aller anderen dissoziativen Intrusionen. Insgesamt kommen partielle pathologische dissoziative Symptome nach Dell & O'Neil (2009) sehr viel häufiger vor als die dissoziative Amnesie.

Nach Dell & O'Neil (2009) werden 6 Symptomcluster als allgemeine Symptome pathologischer Dissoziation unterschieden.

Generelle Erinnerungsprobleme

Zum Beispiel schlechte Erinnerungen an den Vortag, häufige Vergesslichkeit, subjektives Erleben, dass wichtige Ereignisse vergessen wurden, Gefühl, dass eine schwache Erinnerung eine Quelle von Schwierigkeiten im täglichen Leben ist. Die subjektiv als schwach erlebte Erinnerung wird als Belastung erlebt. Diese Erinnerungsschwächen müssen von rezidivierenden Episoden manifester Amnesien unterschieden werden.

Depersonalisation und Derealisation (s. u.)

Hierunter werden unterschiedliche Entfremdungsgefühle bzw. Formen des Gefühles vom eigenen Körper, dem eigenen Selbst oder den eigenen Handlungen entkoppelt zu sein (getrennt zu sein), verstanden. Der eigene Körper wird als merkwürdig, unwirklich, fremd, mechanisch, roboterhaft oder nicht zum Selbst gehörend wahrgenommen. Die Derealisation ist meistens mit der Depersonalisation kombiniert. Dabei werden Änderungen in der Beziehung zwischen dem Selbst und der Umgebung empfunden, wie z. B. das Gefühl, sich hinter einer Glasscheibe zu befinden; die Welt ist entfernt, weit weg, neblig oder sie droht zu verschwinden. Ebenfalls kann sich das auf wahrgenommene Menschen beziehen. Außerdem kann das Zeitgefühl verändert sein, z. B. dass die Zeit langsamer oder ganz schnell verläuft. Es können andere Sinneswahrnehmungen, wie das Hören, das Sehen, das Fühlen betroffen sein.

Posttraumatische Flashback-Erlebnisse

Flashbacks gehören zu der zentralen intrusiven Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei Patienten mit komplexeren Dissoziativen Störungen oder einer Dissoziativen Identitätsstörung (DID) kommen Flashbacks häufig vor. Sie können sich auf jeden Kanal der sensorischen und affektiven Erfahrung beziehen (vgl. Dell & O'Neil, 2009). Intrusive und unkontrollierbare autonome Erfahrungen von visuellen Bildern, Geräuschen, Berührungsempfindungen, Geruchsempfindungen und akustischen Wahrnehmungen sowie Affektzuständen führen zu dem sehr belastenden Gefühl, sich aktuell wieder in der traumatischen Situation zu befinden. Diese unkontrollierbaren Flashback-Erlebnisse gehören zu den quälendsten und am meisten ängstigenden Symptomen von Menschen mit schwereren dissoziativen Störungen.

Somatoforme Symptome

Dissoziative somatoforme Symptome können äußerst vielfältig sein und sich auf unterschiedliche körperliche Empfindungen beziehen. So können sonderbare Veränderungen der körperlichen Funktion auftreten, die nicht durch eine physische oder medizinische Ursache zu erklären sind. Vor allem funktionelle neurologische Symptome kommen vor in Form von Bewegungsstörungen, Lähmungserscheinungen, Gefühlsstörungen, Problemen bei der Harnentleerung, Schluckstörungen, aber auch unerklärbaren Schmerzzuständen oder anästhetischen Zuständen sowie Sehstörungen (z. B. Tunnelblick), einer akustischen Distanzierung (das Gefühl, taub zu sein) oder physischen Sensationen, nicht mehr empfinden zu können; ebenfalls können Zitteranfälle und Anfälle, die epileptischen Anfällen sehr ähnlich sein können, vorkommen. Letztere wären m. E. eher den Dissoziativen Bewusstseinsstörungen zuzuordnen (vgl. Eckhardt-Henn, 2011b).

Hier sollten Konversionssymptome, die auch unbewusste Inhalte, teilweise konflikthafte Inhalte haben können, von partiellen posttraumatischen flashbackartigen Körpererinnerungen, die mit dem Trauma in spezifischem Zusammenhang stehen und dem implizierten Erinnerungssystem zuzuordnen sind, unterschieden werden.

Trancezustände

Die Patienten oder aber die Beobachter beschreiben, dass der Betroffene lange Zeit, teilweise sogar Stunden abwesend wirkt, immer auf einen Punkt starrt und nicht mehr reagiert. Trancezustände sind für die umgebenden Menschen sehr gut festzustellen, allerdings nicht immer sofort, sondern manchmal erst verzögert.

Intrusionen anderer Selbst-Zustände, die bewusst wahrgenommen werden.

Das Hören unterschiedlicher Stimmen, z. B. Kinderstimmen.

Das Hören zweier oder mehrerer Stimmen, die Kontroversen haben, die streiten.

Verfolgende Stimmen, die negative Kommentare oder Drohungen aussprechen oder aber auch zu selbstverletzenden Handlungen aufrufen.

Sprachliche Einwürfe, die nicht intendiert sind oder aber auch Äußerungen, die nicht zu sich selbst gehörig empfunden werden, so als ob sie selbstständig aus dem eigenen Mund herauskommen.

Auftreten von Gedanken oder Abzug von Gedanken.

Gemachte oder intrusive Gefühle und Emotionen.

Gemachte oder intrusive Impulse.

Gemachte oder intrusive Handlungen.

Vorübergehender Verlust eigentlich gut etablierten Wissens oder Fertigkeiten.

Beunruhigende Wahrnehmungen einer Veränderung des Selbst.

Profunde und chronische Verwirrung über das eigene Selbst.

Vollständig dissoziierte Intrusionen, die in die exekutiven Funktionen und das Selbst einbrechen.

Amnesien

Bei Menschen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung (DID) kann es durch unterschiedliche Symptome dazu kommen, dass sie die Existenz anderer voll dissoziierter Handlungsweisen von anderen Persönlichkeitszuständen (Formulierung) erkennen. Dies kann durch Zeitverlust passieren oder durch das Gefühl, nicht mehr zu wissen, wie man von A nach B kam oder wie man in eine bestimmte Situation kam. Die Betroffenen finden sich plötzlich in einem Raum oder an einem Ort wieder, wo sie nicht wissen, wie sie dort hingekommen sind.

Selbstverletzende Handlungen können vorkommen, d. h., dass die Betroffenen sich plötzlich in einem Zustand wiederfinden, wo sie Verletzungen haben und bluten oder plötzlich feststellen, dass sie bestimmte Handlungen durchführen und sich nicht daran erinnern können, diese beabsichtigt und begonnen zu haben.

Fugue-Zustände

Hier müssen klassische Fugue-Zustände, die eher selten auftreten, bei der DID aber häufiger vorkommen, von kleineren Alltags-Fugue-Zuständen unterschieden werden. Das kann z. B. auch eine Situation sein, wo man aus einem Albtraum wach wird und sich

plötzlich woanders als im Bett befindet, oder man befindet sich plötzlich unter dem Bett, in einer Ecke, in einer Abstellkammer etc.

Handlungen werden nicht erinnert, sondern von anderen berichtet. Der Betroffene hat keine Erinnerung daran.

Es werden plötzlich Gegenstände gefunden, deren Herkunft nicht erinnerlich ist.

Es werden plötzlich Folgen von bestimmten Handlungen erkannt, aber der Betroffene kann sich nicht daran erinnern, diese Handlungen selbst durchgeführt zu haben.

Je nachdem, welche der Symptome im Vordergrund stehen oder wie viele der Symptome in welcher Qualität und Häufigkeit auftreten, unterscheiden wir die folgenden abgegrenzten wichtigen dissoziativen Störungsbilder:

- Depersonalisations- und Derealisationszustände
- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Identitätsstörung
- Komplexe dissoziative Störung nicht anders spezifiziert (not otherwise specified, DDNOS)
- Somatoforme dissoziative Symptome/Konversionssymptome

Seltenere dissoziative Zustände sind die Dissoziative Fugue, der Dissoziative Stupor, Trance- und Besessenheitszustände.

Die häufigsten Störungsbilder

Depersonalisations- und Derealisationssyndrome, F48.1 (300.6)

Nach dem DSM-V (300.6) werden folgende Kriterien definiert (vgl. AWMF-Leitlinie S2k Reg. Nr. 051-030 [in press] Michal et al., 2014):

A. Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen von Depersonalisation, Derealisation oder beidem:

Depersonalisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit, Entferntsein oder das Gefühl, ein außenstehender Beobachter gegenüber den eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen, Körper oder Handlungen zu sein (z. B. Wahrnehmungsveränderungen, gestörtes Zeitempfinden, Empfindung des Selbst als unwirklich oder abwesend, emotionale und/oder körperliche Taubheit).

Derealisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit und Entferntsein in Bezug auf die Umgebung (z. B. werden Personen oder Dinge als unwirklich, traumartig, wie hinter einem Nebelschleier, leblos oder verzerrt empfunden).

B: Während der Depersonalisation oder Derealisation bleibt die Realitätsprüfung intakt.

C: Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

D: Die Störung ist nicht auf physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Droge, Medikation) oder einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. epileptische Anfälle) zurückzuführen.

E: Die Störung wird durch keine andere seelische Erkrankung besser erklärt, wie z. B. eine Schizophrenie, Panikstörung, Depression, akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere dissoziative Störung.

Als wichtigste diagnostische Merkmale wird beschrieben, dass anhaltende oder wiederkehrende Episoden von Depersonalisation, Derealisation oder beidem auftreten. Diese Episoden sind durch ein Gefühl der Unwirklichkeit oder des Entfremtseins von bzw. der Fremdheit gegenüber dem eigenen Selbst oder Aspekten des Selbst gekennzeichnet (Kriterium A1). Gedanken, Gefühle, Handlungen werden nicht mehr zum Selbst gehörig erlebt. Die Betroffenen beschreiben, dass sie „wie Roboter funktionieren“, das eigene Tun erscheint automatenhaft. Körperteile können als verändert, viel dicker oder dünner (wie tot) empfunden werden, und das affektive Empfinden, auch das sexuelle Erleben sowie das Schmerzerleben, können verändert sein. Auch andere Sinnesempfindungen, wie Hören, Sehen, Tast- und Berührungsempfindungen, können gestört sein, ebenso allgemeine Körpergefühle (Hunger, Durst, Appetit). Der Zustand wird als ich-dyston erlebt und führt oft zu starker Angst oder zu starker Beschämung (z. B. der Angst, verrückt zu werden). Manchmal werden Depersonalisationssymptome auch als „diffuser Schwindel“ oder „Benommenheit“ beschrieben.

Episoden der Derealisation sind durch ein Gefühl der Unwirklichkeit oder des Entfremtseins von bzw. der Fremdheit gegenüber der eigenen Umwelt – Personen, Objekte oder die gesamte Umgebung – gekennzeichnet (Kriterium A2). Die Betroffenen fühlen sich oft so, als ob sie von einem Nebel umgeben werden, sich in einem Traum oder einer Blase befänden oder als ob sich zwischen ihnen und ihrer Umwelt ein Vorhang oder eine Glaswand befände. Die eigene Umgebung kann als künstlich, farblos oder leblos wahrgenommen werden. Häufig werden subjektive visuelle Verzerrungen, wie Verschwommensehen, verstärkte Sehschärfe, geweitetes oder verengtes Gesichtsfeld, Zweidimensionalität oder Flachheit, verstärkte Dreidimensionalität oder veränderte Größen von Objekten (Makropsie oder Mikropsie) beschrieben. Ebenso können akustische Verzerrungen auftreten, bei denen Geräusche und Stimmen als gedämpft oder viel lauter wahrgenommen werden. Als Kriterium C wird im DSM-V das Vorhandensein eines klinisch relevanten Leidenszustandes oder einer signifikanten Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen gefordert. Typische Begleitsymptome des Depersonalisations-Derealisationssyndroms sind hypochondrische Ängste (Angst, verrückt zu sein, oder Angst, einen Gehirnschaden zu haben). Oft ist es subjektiv schwierig, sich Erinnerungen lebhaft ins Gedächtnis zu rufen und sie als persönlich und als emotional zu empfinden. Unspezifische, diffuse somatische Symptome, wie Schwindel, Kopfdruck, Benommenheit und Kribbeln, kommen vor. Manchmal führt die Symptomatik zu einem zwanghaften Grübeln. Häufig kommen eine ausgeprägte Ängstlichkeit und Depressivität vor.

Komorbidität

Mehr als die Hälfte der Betroffenen zeigte eine komorbide depressive Störung, knapp die Hälfte eine Angststörung, etwa 16 % leiden an komorbiden Zwangsstörungen, 14 % an Agoraphobien; bei 8 % werden bipolare Störungen, bei 7 – 5 % Drogen- oder Alkoholabhängigkeiten beschrieben (Baker et al., 2003). Niedrig ist hingegen die Komorbidität mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. Zu den drei häufigsten komorbiden Persönlichkeitsstörungen gehören die ängstliche(-vermeidende), die Borderline- und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (vgl. Simeon, 2004; Michal, 2013). An wichtigen Differentialdiagnosen werden die folgenden aufgeführt: autistische Stressreaktion, Hypochondrie, schwergradige depressive Störungen, Zwangsstörungen, andere dissoziative Störungen, Angststörung, psychotische Störungen, substanzinduzierte Störungen, organisch bedingte psychische Störungen, organisch bedingte körperliche Störungen.

Prävalenz

Man kann davon ausgehen, dass etwa die Hälfte aller Erwachsenen einmal in ihrem Leben Symptome von Depersonalisation oder Derealisation erlebt. Eine manifeste Depersonalisations-Derealisationsstörung ist deutlich seltener und tritt mit einer Lebenszeitprävalenz in- und außerhalb der USA von ungefähr 2 % auf (DSM-V 2013). Wahrscheinlich ist die Dunkelziffer höher.

Als Auslöser können überfordernde psychosoziale Belastungen (zwischenmenschlich, finanziell, beruflich) und der Konsum illegaler Drogen genannt werden. Eine Depersonalisations-Derealisationsstörung kann oft mit einer depressiven Episode oder mit Panikattacken beginnen, die sich dann im Verlauf wieder zurückbilden, während die DDS bestehen bleibt.

Dissoziative Amnesie

Dissoziative Amnesien können akut oder chronisch rezidivierend vorkommen. Es handelt sich um partielle oder vollständige Erinnerungslücken an bestimmte Lebensereignisse oder Lebensphasen. Bestimmte autobiographische Informationen können nicht mehr erinnert werden. Die Amnesie kann generalisiert (selten) auftreten, d. h., alle Ereignisse eines bestimmten Zeitraumes werden nicht erinnert, Informationen zur eigenen Person, zur eigenen Herkunft, zu Familienangehörigen, Bezugspersonen, berufliche Informationen werden nicht mehr erinnert; sie kann lokalisiert (häufiger) vorkommen, d. h., dass zeitlich umschriebene Ereignisse, z. B. eine Naturkatastrophe oder eine belastende Situation, nicht mehr erinnert werden. Bei den selektiven Amnesien werden einige, aber nicht alle Ereignisse eines bestimmten Zeitraumes nicht mehr erinnert. Bei der systematischen Amnesie werden bestimmte Kategorien von Erinnerungen verloren oder bestimmte Teilaspekte eines Ereignisses werden nicht mehr erinnert. Sehr oft treten dissoziative Amnesien in der Folge von sehr belastenden oder traumatischen Erlebnissen, Unfällen, schweren Krankheiten, körperlichen oder sexuellen Übergriffen u. a. auf.

Die Symptome können von manchen Patienten subjektiv zunächst nicht wahrgenommen werden, im weiteren Verlauf können sie aber äußerst beeinträchtigend sein und eine starke subjektive Belastung und eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensaktivitäten verursachen.

Die Störung ist nicht besser durch eine Dissoziative Identitätsstörung (DID), eine Posttraumatische Belastungsstörung, eine Akute Belastungsstörung oder eine Somatische Symptomstörung oder eine andere neurokognitive Störung zu erklären.

Viele Betroffene sind, insbesondere wenn es sich um eine globale Amnesie oder auch um chronisch rezidivierende Amnesien handelt, in ihren sozialen Aktivitäten sehr stark beeinträchtigt. Bei manchen Betroffenen können dissoziative Amnesien in der Folge oder im Zusammenhang mit Flashback-Erlebnissen auftreten. Eine erhöhte Rate von selbstverletzenden Handlungen, Suizidversuchen und anderem Hochrisikoverhalten wird beschrieben.

An komorbiden Erkrankungen kommen vor allem depressive, funktionell neurologische Störungen vor. Die Prävalenz liegt bei Erwachsenen (USA) bei 1,8 % (DSM-V).

Amnesien können plötzlich auftreten, insbesondere die generalisierte Amnesie tritt plötzlich auf. Zwischen den Episoden kann der Betroffene asymptomatisch wirken.

Dissoziative Identitätsstörung, 300.14 (F44.81)

Das zentrale Symptom ist die Präsenz zweier oder mehrerer voneinander unterscheidbarer Persönlichkeitszustände oder eine Wahrnehmung des Besessenseins (Kriterium A). Mit der Unterbrechung des jeweiligen Persönlichkeitsidentitätszustandes geht eine plötzliche Unterbrechung des Selbstgefühls, des Gefühls, selbst ausführende Kraft zu sein, einher. Damit verbunden sind Veränderungen in Verhalten, Affekt, Bewusstsein, Erinnerung, Wahrnehmung, Kognition und/oder sensorisch-motorischer Funktionen. Nach dem DSM-V können diese Zeichen entweder subjektiv empfunden oder von anderen beobachtet werden.

Hinzukommen unterschiedliche Ausprägungen von Amnesien (s. o.). Die Symptome verursachen eine signifikante Belastung oder eine Verminderung der sozialen, beruflichen u. a. Alltagsaktivitäten.

Die Symptome sind nicht als physiologische Effekte/Folgen von einem Substanzgebrauch oder anderer medizinischer Auffälligkeiten zu verstehen.

Die Betroffenen beschreiben sich häufig so, als ob sie plötzlich zu depersonalisierten Beobachtern ihrer „eigenen Rede und Handlung“ geworden sind und das Gefühl haben, diese nicht stoppen zu können. Sie beschreiben die Wahrnehmung von Stimmen sowie starke Gefühle, Impulse und auch sprachliche oder andere Handlungen, ohne das Gefühl, dass diese zu ihnen selbst gehören oder sie kontrollieren könnten. Die Symptome werden als ich-dyston und verwirrend beschrieben. Auch der Körper kann plötzlich ganz verändert wahrgenommen werden, so als ob er nicht der eigene Körper sei und nicht unter der eigenen Kontrolle stehe. Häufig kommen nichtepileptische Anfälle oder andere Konversionsstörungen vor. Ebenso sind dissoziative Fugue-Zustände typisch. Die Betroffenen entdecken dann, dass sie Reisen unternommen haben, an die sie sich nicht erinnern können. Die Patienten sind sich unterschiedlich bewusst bezüglich ihrer Symptomatik, und sie haben typischerweise die Tendenz, ihre amnestischen und anderen dissoziativen Symptome zu verheimlichen.

Eine hohe Komorbidität mit depressiven, Angststörungen, Substanzmissbrauch, selbstverletzenden Handlungen, nichtepileptischen Anfällen ist zu verzeichnen. Dissoziative Flashback-Erlebnisse sind ebenfalls typisch. Die Patienten haben dann das Gefühl, wieder in einem traumatischen Zustand zu sein. Meist ist dies verbunden mit einer Identitätsveränderung, einem partiellen oder kompletten Verlust des Kontaktes, teilweise mit Desorientierung bezüglich der aktuellen Realität und einer folgenden Amnesie für die Inhalte der Flashbacks.

In 90 % ist ein pathogenetischer Zusammenhang mit wiederholter und schwerer Traumatisierung oder überwältigenden frühen Lebensereignissen sowie langen, schmerzhaften medizinischen Behandlungen vorhanden.

Über 70 % der Patienten haben bereits mehrere Suizidversuche hinter sich, selbstverletzendes Verhalten ist sehr häufig.

Die 12-Monatsprävalenz beträgt 1,5 % (USA).

Die Erkrankung kann sich in jedem Lebensalter manifestieren.

Zu einer psychischen Dekompensation und zu Veränderungen der Persönlichkeitszustände kommt es oft durch bestimmte Auslöser: Durch die Beendigung der traumatischen Situation, z. B. durch Auszug oder Ortsveränderung, wenn die Patienten Kinder haben, die dann im gleichen Lebensalter sind wie sie selbst, als sie die traumatischen Ereignisse erlebten, oder spätere traumatische Erfahrungen, die aber auch kleinere „Traumata“, wie z. B. Unfälle, sein können oder der Tod oder der Beginn einer todbringenden Krankheit ihrer Misshandler.

Die Beeinträchtigung kann sehr variieren von minimal bis profund. Mittlerweile wissen wir, dass viele Patienten von einer adäquaten professionellen Behandlung sehr profitieren können, viele müssen langzeitbehandelt werden.

Differentialdiagnostisch sind vor allem folgende Erkrankungen auszuschließen: andere dissoziative Störungen, schwerwiegende depressive Störungen, bipolare Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, psychotische Störungen, Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Konversionsstörungen, wie funktionell neurologische Symptomstörungen, Anfallsstörungen und artifizielle Störungen und Simulanz.

Dell & O'Neil (2009) weist darauf hin, dass die Phänomenologie der dissoziativen Identitätsstörung vor allem internal und subjektiv und nicht external und beobachtbar ist. Er beschreibt, dass diese Patienten in etwa 40 bis 50 % der Zeit dissoziative Intrusionen erleben, dass sie sich dessen aber häufig gar nicht bewusst sind. Eher seien sie verwirrt, wenn sie nicht zwischen verschiedenen Persönlichkeitszuständen wechselten.

Andere Spezifische Dissoziative Störungen (300.15, F44.89) und Unspezifische Dissoziative Störung (300.15, F44.9)

Diese beiden Kategorien wurden in der DSM-V eingeführt, um Störungsbilder zu erfassen, deren Symptome zwar klinisch signifikante Belastungen oder Beeinträchtigungen sozialer beruflicher oder anderer wichtiger Lebensgebiete verursachen, aber nicht die vollen Kriterien für eine der anderen dissoziativen Störungen erfüllen. Es können chronische und wiederholte Syndrome gemischter dissoziativer Symptome vorkommen, Identitätsstörungen, die nach langen Foltermethoden auftreten, und akute dissoziative Reaktionen nach belastenden Ereignissen, die aber vorübergehend auftreten, z. B. weniger als einen Monat, manchmal auch nur wenige Stunden oder Tage andauern. Auch dissoziative Trancezustände kommen vor. Dell & O'Neil (2009) spricht von der DDNOS I (Dissociative Disorder Non Otherwise Specified), die er als eine spezifische dissoziative Störung, die aber weniger symptomatisch ist als die DID, einordnet und von einer Dissoziativen Störung II, die er abgrenzt. Allerdings bleiben die Kriterien relativ unspezifisch.

Wichtige Differentialdiagnosen

Insbesondere die Beziehung zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und der Dissoziativen Identitätsstörung sowie der Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und der Dissoziativen Identitätsstörung werden viel diskutiert.

Dissoziative Identitätsstörung und Borderline-Störung

Nach einigen Studien zur Komorbidität zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Dissoziativen Störungen finden wir hohe Überschneidungen von 31 bis 70 % (Overkamp 2005, Sar, Kundakci, Kiziltan & Yargic, 2003). Nach einer neueren Studie von Ross, Farrell und Schroeder (2014) wird ebenfalls die häufige Komorbidität der beiden Störungen betont. Es wurden Patienten im Rahmen einer stationären Traumatherapie untersucht. Die Gruppe, die am meisten symptomatisch war, war diejenige, die sowohl die Kriterien für die Borderline-Störung als auch für die DID erfüllte. In der Regel nehmen Borderline-Patienten einzelne Persönlichkeitsanteile nicht so differenziert wahr wie Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung. Mattheß (2013) weist darauf hin, dass die für Borderline-Patienten charakteristische Symptomatik, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, in der Diktion des Modells der Strukturellen Dissoziation (s. u.) auch als unkontrollierter Wechsel zwischen ANP und EP ohne Fähigkeit der Mentalisierung von emotionalen Reaktionen interpretiert werden könnte. Man könnte besonders den Faktor der Unvorhersehbarkeit und der Launenhaftigkeit sehr gut mit – nicht bewusst wahrgenommenen – Triggern und der fehlenden Kontrolle durch die ANPs erklären. Auch die Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen wäre gut vor dem Hintergrund der Reaktionen der EPs, die sich immer auf biologisches Verteidigungsverhalten beziehen, erklärbar. Sowohl bei hoch dissoziativen Patienten wie auch bei Borderline-Patienten können gewöhnliche Ereignisse traumatische Gefühle wie auch Erinnerungen evozieren und die bei einem Wechsel zwischen ANPs und EPs so typisch bekannten dramatischen Stimmungswechsel hervorrufen. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Diskussion der genaueren differentialdiagnostischen Abgrenzung oder auch der Komorbidität zwischen beiden schweren Persönlichkeitsstörungen nicht wirklich abgeschlossen ist.

Weitere wichtige differentialdiagnostische Erkrankungen

Schwergradige depressive Störungen, bipolare Störungen und psychotische Erkran-

kungen müssen abgegrenzt werden. Insbesondere bei den bipolaren Störungen und manchen psychotischen Störungen fällt die Abgrenzung oft schwer. Letztere werden oft fehldiagnostiziert, insbesondere von Psychiatern, die das Konzept der Dissoziativen Identitätsstörung nach wie vor sehr kritisch sehen. Andere Persönlichkeitsstörungen, substanz- und medikamentenbedingte Störungen, artifizielle Störungen und Simulanz sowie Konversionsstörungen im eigentlichen Sinne sollte man ebenfalls abgrenzen. Auch Anfallserkrankungen unterschiedlicher Art und andere neurologische Erkrankungen sind abzugrenzen.

Besonders häufig kommen bei Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung andere Traumafolgestörungen, depressive Störungen, Konversionsstörungen, somatische Symptombstörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen und Schlafstörungen sowie substanzbezogene Störungen vor. Selbstverletzende Verhaltensweisen und Suizidalität sind sehr ausgeprägt. Oft werden die Patienten lange Zeit nicht unter der primären Diagnose DID, sondern unter der Diagnose einer komorbiden Störung behandelt. Das Bild kann auch fluktuieren, und unterschiedliche Symptomkomplexe können jeweils im Vordergrund stehen.

Pathogenetische Modelle

Gegenwärtig kann man die schwereren dissoziativen Bewusstseinsstörungen als komplexe Traumafolgestörungen bezeichnen. Diese Zusammenhänge werden mittlerweile durch zahlreiche empirische Arbeiten belegt (Irle, Lange, Sachsse & Weniger, 2010; Mattheß & Schüepf, 2013; Eckhardt-Henn & Hoffmann, 2004; Dell & O'Neil, 2009). Die Herausbildung eines zentralen integrierenden Bewusstseins kann durch chronische Traumatisierungen erschwert oder verhindert werden. Komplexe dissoziative Störungen können gegenwärtig als ein „Diathese-Stress-Modell“ konzeptualisiert werden. Danach sind die Erkrankungen als eine psychobiologische Antwort auf schwere, in einem bestimmten Zeitfenster der frühen Kindheit erlittene Traumatisierungen zu verstehen (vgl. Schore, 2001, u. a.). Dissoziation wird damit in Anlehnung an Pierre Janet als autoregulative Verarbeitungsstörung belastender Erfahrungen verstanden. Schwere chronische Traumatisierung führt auch auf neurobiologischer Ebene zu Veränderungen. Wahrscheinlich kommt es aufgrund dieser Veränderungen zu besonderen Störungen bestimmter Funktionen, wie der Regulation von Affektzuständen und Spannungszuständen, und damit verbunden zu einer Einschränkung der Fähigkeit zur Emotionsidentifizierung. Wir wissen außerdem, dass Menschen, die schwere traumatische Erlebnisse hinter sich haben, wahrscheinlich eine ständige zentrale Aktivierung in den neuroendokrinen humeralen Stressachsen aufweisen, die teilweise die quälenden vegetativen Symptome erklären kann. Diese Patienten geraten in Spannungszustände, die auch durch Reize, die unter der bewussten Wahrnehmungsschwelle dargeboten werden, ausgelöst werden können. Sie befinden sich daher häufig in einem Zustand des Hyperarousal, einem systemischen Alarmzustand. Diese Ergebnisse stammen vor allem aus der Untersuchung von Patienten mit bestimmten Borderline-Störungen und mit Posttraumatischen Belastungsstörungen. Wir wissen (vgl. Stiglmayr et al., 2010), dass mit zunehmender Spannung dissoziative Symptome stärker auftreten und dass sich umgedreht nach dissoziativen Zuständen Spannungszustände verstärken können; wahrscheinlich bedingen sich die beiden Phänomene gegenseitig. Mit diesen Spannungszuständen geht eine Verminderung der Emotionsidentifizierung und -differenzierung einher. Das führt dazu, dass sich die Patienten völlig überfordert

fühlen und Distanzierungsprozesse nur erschwert möglich sind. Es folgt ein Gefühl der mangelnden Fähigkeit, Probleme zu lösen, und der Hilflosigkeit. Damit ist ein erhöhter Drang, eine unmittelbare Lösung zu finden, verbunden. Wir sehen bei Patienten mit dissoziativen Störungen, dass sie im Verlauf der Erkrankung immer schneller dazu neigen, dissoziative Symptome auch in unspezifischen Spannungs- und Belastungszuständen zu entwickeln, was aber ihre Ich-Fähigkeit und ihre Bewältigungsfähigkeit zunehmend weiter schwächt. Häufig finden wir eine Kombination von dissoziativen Symptomen und selbstverletzenden Verhaltensweisen. Letztere werden oft eingesetzt, um beispielsweise schwerere Depersonaliations- oder Derealisationzustände zu beenden. Sie können auch in verändernden Persönlichkeitszuständen bei der DID vorkommen, und der Patient kann hinterher dafür amnestisch sein.

Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit (nach van der Hart et al., 2008)

Nach der Theorie der Strukturellen Dissoziation werden „Anscheinend Normale Persönlichkeitsanteile“ (ANP) von „Emotionalen Persönlichkeitsanteilen“ (EPs) unterschieden. Im Rahmen der ANPs können Patienten „anscheinend normal funktionieren“, was wahrscheinlich auf eine evolutionäre Selektion zurückzuführen ist. Die Spezies muss auch bei massiver Belastung durch die Umwelt weiterbestehen. Es bildet sich ein innerer Zustand heraus, in dem alle emotionalen Reaktionen, die die Funktionalität einschränken, „dissoziiert“ werden, d. h. nicht als eigene zugehörige Reaktionsweise wahrgenommen werden. Daneben gibt es ich-dyston erlebte Persönlichkeitsanteile (EPs), in denen die Betroffenen Gefühle und Gedanken ungefiltert und uneingeschränkt empfinden und daher andere wichtige Dinge in ihrem Leben nicht mehr wahrnehmen und dann auch den Alltagsanforderungen nicht mehr nachkommen können. In wieder anderen Zuständen werden die Gefühle wahrgenommen, aber als bedrohlich und unaushaltbar und unkontrollierbar. Oft werden sie impulshaft ausagiert. Bei den EPs handelt es sich also um nicht integrierte und nicht vereinbarte physiologische und psychische Zustände. Diese Theorie ist eng mit der Theorie des Verteidigungsverhaltens nach Panksepp (1998) verbunden. Nach der Therapie der Strukturellen Dissoziation werden aufgrund schwerer Traumatisierungen, die in einem bestimmten Lebensalter meist in der Kindheit passieren, in unterschiedliche Teile der Persönlichkeit aufgespalten. Es gibt einen oder mehrere Persönlichkeitsanteile, die hauptsächlich den Funktionen des täglichen Lebens und der Fortpflanzung dienen, und andere oder mehrere Anteile, an die traumatische Erinnerungen fixiert sind und Reaktionen, ähnlich wie z. B. der Totstellreflex bei Tieren oder anderes gegen reale oder vermutete Bedrohung zeigen. Dabei werden sowohl die negativen als auch die positiven dissoziativen Symptome als ein Ausdruck der Überforderung integrativer Fähigkeiten, der durch schwere Traumatisierung bedingt ist, verstanden.

Psychodynamische Modelle

Aus psychoanalytischer Sicht wird die Dissoziation gegenwärtig als eine komplexe Abwehrfunktion in der Folge traumatischer Erlebnisse verstanden. Dissoziative Störungen können einerseits als Konfliktpathologie, andererseits als Strukturpathologie im Sinne defizitärer Ich-Funktionen (vgl. Janet-Freud-Kontroverse) konzipiert werden. Es können insbesondere nach Beziehungstraumata, wie sexuellen und körperlichen Misshandlungen, aber auch schweren Deprivationen Bindungsstörungen entstehen und spezifische intra- und interpsychische Konflikte, die vor allem mit Gefühlen von Hilflosigkeit und

Ohnmacht, Schuld und Scham, einer Furcht vor der Wiederkehr des Traumas und Resignation bis hin zur Selbstaufgabe verbunden sind. „Sexuelle und andere körperliche Misshandlungen durch einen Elternteil, andere Familienangehörige oder nahestehenden Menschen bedeuten immer einen zerstörerischen Angriff auf das basale und lebensnotwendige Bedürfnis, einem Menschen zu vertrauen, ihm nahe zu sein, sich von ihm abhängig zu fühlen, sich einzulassen und zu binden. Dabei ist besonders die fatale Verbindung von Schmerz und Zuwendung, von Grenzverletzung, Ausbeutung und Zärtlichkeit dafür verantwortlich, dass eine unerträgliche, verrücktmachende Verwirrung im Kind entsteht und das Kind in ein unaushaltbares inneres Dilemma bringt. Je nach der spezifischen Dynamik in der Beziehung zwischen Opfer und Täter erleben die Betroffenen, dass Menschen, die sie versorgen, die sie lieben, sie gleichzeitig verraten, verletzen und existenziell bedrohen. Es kommt zu einer traumatischen Erfahrung in Form eines Bruchs der Selbst-Objektverbindungen zwischen dem Kind und den Eltern. Das Trauma unterbricht die Verbindung zwischen dem Selbst und dem empathischen Anderen. Insbesondere der psychische Verlust der missbrauchenden Figur, der enorme Verrat, den der Betroffene empfindet, die Hilflosigkeit und die Ohnmacht, die traumatische Sexualisierung und Überstimulation (Shengold) überfordern die Bewältigungsmöglichkeiten des Opfers (vgl. Eckhardt-Henn, 2011a, S. 687 ff.). Die Betroffenen verinnerlichen diese traumatischen Objektbeziehungserfahrungen und erleben innerpsychisch ein ständiges Gefühl des Bedrohtseins und damit verbundener massiver schmerzhafter Effekte und Emotionen, die ungebunden und unverarbeitet bleiben. Sie leiden an einem ständigen labilen, bedrohten Abwehrsystem. Das traumatische Erlebnis durchbricht das persönliche Bedeutungsnetz und kann nicht in einen persönlichen Bedeutungszusammenhang gestellt werden. Dabei ist die Entwicklung unterschiedlicher Persönlichkeitszustände gewissermaßen eine genuine Leistung der Psyche, ohne die ein Überleben gar nicht möglich wäre. Es entwickelt sich ein „dissoziiertes Selbst“, d. h. im analytischen Sinne eine spezifische Organisation von Selbst- und Objektrepräsentanzen oder „Netzwerken“ von Objektbeziehungserfahrungen, die zu den Misshandlungserlebnissen gehören und die affektive, kognitive, physiologische und phantasierte Ausgestaltungen dieser traumatischen Beziehungserfahrungen in abgespaltenen Ich-Zuständen enthalten, die für die übrige Persönlichkeit dann nicht zugänglich sind. Dabei besteht der Unterschied zwischen Verdrängtem und dissoziierten psychischen Inhalten vor allem darin, dass das dissoziierte Material nicht symbolisierbar und damit nicht weiter psychisch zu verarbeiten ist. In der Folge können die betroffene innere und äußere Realität nur unzuverlässig unterscheiden, ebenso wie ihre reale Wahrnehmung und ihre Phantasien. Es kommt zu einem „doppelten Zustand des Wissens und des Nicht-Wissens“ (vgl. Grubrich-Simitis, 2007). Aufgrund der komplexen Beziehungserfahrungen können Elemente der traumatischen Beziehung internalisiert/introjiziert werden. Insbesondere im Konzept der traumatischen Introjektion (vgl. Ehler-Balzer, 1996) und der „konkretistischen Fusion“ (vgl. Henningsen, 2008) wird dies verdeutlicht. Diese beinhalten eine besondere Verschmelzung mit dem Objekt, die einen nicht mentalisierbaren und somit auch nicht symbolisierbaren Aspekt der traumatischen Erfahrung enthalten, die an das Objekt gebunden bleibt.

Psychometrische Diagnostik

Der bekannteste und am meisten verwendete Selbstbefragungsbogen ist die „Dissociative Experience Scale“ (DES; Bernstein & Putnam, 1993). Dieser Fragebogen wurde in einer

deutschen ICD-10-adaptierten Form als Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS; Rodewald, Gast & Emrich, 2006) herausgegeben. Es handelt sich um ein Screening-Instrument für dissoziative Symptome. Als weitere wichtige, aber noch nicht auf Deutsch veröffentlichte Instrumente sind der „Dissociation Questionnaire“ (DIS-Q; Vanderlinden et al., 1991) und der „Somatoform Dissociation Questionnaire 20“ (SDQ-20; Kurzform SDQ-5) zur speziellen Diagnostik somatoformer Symptome (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1996) zu erwähnen.

An strukturierten Interview-Instrumenten ist das von Steinberg (1994) entwickelte strukturierte Interview, das von Gast (2000) ins Deutsche übersetzt und adaptiert wurde (vgl. SKID-D) zu erwähnen. Ein weiteres Interview von Boon et al. (2006) wurde bislang leider noch nicht ins Deutsche übersetzt. Es enthält im Gegensatz zum SKID-D Zusatzinformationen, wie Körpersymptomatik, Symptomclusterbildung, Ausschluss falsch positiver Symptomatik (vgl. Mattheß, 2013). Als Fragebogen zur Depersonalisations-Derealisationsstörung hat sich die Cambridge Depersonalization Scale (CDS) durchgesetzt (Sierra & Berrios, 2000). Diese wurde als deutsche, adaptierte Fassung von Michal et al. (2004) herausgegeben.

Therapeutische Aspekte

Wir wissen heute, dass rezidivierende dissoziative Symptome eine therapeutische Entwicklung und damit eine persönliche Entwicklung erschweren oder verhindern. Patienten mit dissoziativen Mechanismen reagieren im Verlauf der Erkrankung meistens auch auf nicht traumaassoziierte Auslöser. Die Dissoziation wird zu einer Art phobischen Abwehr. Die Patienten schützen sich damit vor plötzlich auftretenden, nicht differenzierbaren und als unkontrollierbar erlebten Emotionen und Affekten. Wesentlich ist es anzuerkennen, dass diese Mechanismen möglicherweise das Überleben des Patienten gesichert haben und im Moment die für ihn „bestmögliche Lösungsstrategie“ darstellen. Andererseits sollte aber mit ihm geklärt werden, dass es unbedingt darum gehen muss, diese Mechanismen aufzugeben und Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln, um mit Alltagsproblemen, Konflikten und anderen belastenden Situationen effektiver umgehen zu können.

Erschwerend für die Therapie ist, dass viele Patienten oft die Ursachen und Gründe für ihre dissoziativen Reaktionen nicht benennen können und dass diese oft auch nicht als pathogene Symptome erlebt werden. Unterschieden werden müssen leichtere dissoziative Phänomene, wie Tagträume, Trancezustände, fokussierende Absorption, von den schweren strukturellen Formen der Dissoziation, die mit einer Fragmentierung des Selbst und dem Wechsel zwischen unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen mit vollständigen Amnesien oder Fugue-Zuständen einhergehen. Letztere Patienten haben kein kohärentes Ich-Gefühl, kein Erleben von Kontinuität des Selbst und einem kohärenten Handeln. Daher führt die Dissoziation im weiteren Verlauf zu einer zunehmenden Ich-Schwächung und zu zunehmenden Folgesymptomen, wie Depressionen, Angststörungen, schädlichem Gebrauch von Substanzen, sozialem Rückzug oder selbstverletzenden Verhaltensweisen. Die Patienten fühlen sich oft ausgeliefert, ohnmächtig, haben das Gefühl, nicht selbst ihre Handlungen kontrollieren zu können, nicht selbstwirksam sein zu können, und befinden sich oft in einer chronischen Unsicherheit, dass sie etwas tun könnten, was sie nicht beabsichtigt haben. Diese Gefühle führen oft zu ausgeprägten Schamreaktionen und

nicht selten zu sozialem Rückzug. Insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehungen fühlen sich diese Menschen, vor allem auch aufgrund ihrer traumatischen Erlebnisse in frühen und wichtigen Beziehungen („Relational Trauma“), oft hilflos und ausgeliefert. Daher ist die wichtigste therapeutische Zielsetzung „die Förderung der inneren Wahrnehmung und Kommunikation und das Wiedererlangen von Affektmodulation und Steuerungsfähigkeit im Alltag sowie die Synthese und Integration der desintegrierten Wahrnehmungs- und Handlungsschemata“ (Mattheß & Nijenhuis, 2006).

Am Anfang stehen psychoedukative Interventionen. Es ist wichtig, den Patienten über die Hintergründe des dissoziativen Verhaltens, mögliche pathogenetische und neurobiologische Ursachen sowie psychoanalytische Hintergründe, z.B. die Bedeutung der Dissoziation als phobische Abwehr, aufzuklären. Viele Patienten reagieren darauf mit Entlastung, vor allem weil sie dann nicht mehr das Gefühl haben müssen, vollkommen anders oder aber verrückt zu sein.

Es ist für diese vulnerablen Menschen auch sehr wichtig, auf eine regelmäßige, stabile Lebensführung und auf eine gute Selbstfürsorge zu achten. Dazu gehören ein regelmäßiger Schlaf-wach-Rhythmus, ein möglichst restriktiver Gebrauch von Alkohol oder anderen halluzinativen Stoffen und Medikamenten, regelmäßiger Sport und körperliche Aktivität und auch der schrittweise Aufbau von sozialen Beziehungen.

Sensibilisierung von Auslösemechanismen

Im weiteren Verlauf geht es darum, den Patienten für Auslösemechanismen der dissoziativen Symptome zu sensibilisieren. Er muss lernen, bereits frühzeitig zu erkennen, wann und wie sich dissoziative Symptome ankündigen, in welchen Situationen sie vor allem ausgelöst werden. Damit verbunden geht es darum, Mechanismen und Verhaltensweisen zu entwickeln, um auch ganz akut und aktuell dagegenzuarbeiten.

Dies ist auch während der eigentlichen psychotherapeutischen Arbeit zu berücksichtigen. Jede dissoziative Reaktion sollte in einer therapeutischen Sitzung genau analysiert und bearbeitet werden. Der Therapeut muss darauf achten, den Patienten nicht zu überfordern und ihn nicht etwa durch verfrühte Konfrontation mit traumatischen Inhalten, anderen stark belastenden Inhalten oder einer verstärkten Abstinenz – wie dies in analytischen Therapien zwar sinnvoll ist, aber Patienten mit dissoziativen Störungen destabilisieren kann – in Situationen zu bringen, denen er nur noch mit dissoziativem Verhalten begegnen kann. Von Beginn an sollte an Ressourcen und der Entwicklung positiver Verhaltensweisen und Erlebnissen gearbeitet werden, die dem Patienten erneute und vermehrte Selbstkontrolle vermitteln und ihm Erfolgserlebnisse ermöglichen. Dabei sollte sich der Therapeut aber immer wieder versichern, dass es auch das Ziel des Patienten ist, die Dissoziation, die manchmal auch eine „bequeme Abwehrstrategie“ sein kann, zunehmend aufzugeben (eine Patientin: „Diese Zustände sind wie Urlaub, irgendwie auch angenehm“). Neben der psychoanalytischen „verstehenden“ Arbeit (s. u.) ist es wichtig, mit dem Patienten daran zu arbeiten, dass er neue Verhaltensmuster entwickeln kann. Dabei sind auch das Erlernen von Entspannungstechniken, sog. Grounding-Techniken (vgl. Gold & Seibel, 2009), und imaginative Techniken sehr hilfreich.

In einem mehrstufigen, längerfristigen Behandlungsprogramm, das zwischen stationären und ambulanten Intervallen wechseln kann, ist es immer das erste Ziel, dissoziative Mechanismen zu reduzieren und aufzugeben und darüber wieder eine ausreichend stabile Alltagsfunktionalität zu erreichen. Erst dann kann eine weitere differenzierte psychotherapeutische Arbeit, die sich mit der Traumakonfrontation, aber auch mit spezifisch konflikthaftern Inhalten beschäftigt, beginnen.

Bezüglich der Grundhaltung gegenüber schwereren dissoziativen Störungen, die mit wechselnden Persönlichkeitszuständen einhergehen, ist es wichtig, dem Patienten deutlich zu machen, dass seine Innenwelt nicht aus konkreten, abgetrennten Persönlichkeiten besteht, sondern dass er unterschiedliche Persönlichkeitszustände als wenig integriert erlebt, aber dass diese alle zu ihm gehören und er aus „einer Persönlichkeit“ besteht.

Das Modell der strukturellen Dissoziation (s. o.) kann hier hilfreich sein.

Dabei ist die kontinuierliche Arbeit an dem Erkennen, dass die emotional belasteten Seiten der Persönlichkeit durch bestimmte Belastungen der Alltagsanforderungen entstehen und damit verbundene Gefühle, wie Ängstlichkeit, Traurigkeit, Überforderung, bestimmte Probleme in der Emotionsregulation und Verunsicherungen in zwischenmenschlichen Beziehungen zu tun hat, basal.

Traumakonfrontation

Die eigentliche Konfrontation mit Erinnerungen an belastende Lebensereignisse und Traumata (direkte Traumaarbeit) sollte erst nach einer guten Vorbereitung erfolgen, keinesfalls frühzeitig und niemals ausschließlich. Die Patienten sollten bereits über Stabilisierungsmöglichkeiten (wie oben beschrieben) verfügen, um die Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen nicht als Überforderung und erneute traumatische Erfahrung zu erleben.

Psychodynamische Therapie

Hier sei insbesondere auf die Übersicht von Kluft (2011) verwiesen.

Literatur

- Baker, D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M (2003): Depersonalization Disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 182, 428-433
- Bernstein, EM & Putnam, FW (1993): An update on the dissociative experience scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Boon S, Draijer N, Mattheß H (2006): Diagnostisches Interview zu dissoziativen und traumabezogenen Symptomen. www.psychotraumatology-institute-europe.com
- Brand, BL & Stadnik, R (2014): What contributes to predicting change in treatment of dissociation: Initial levels of dissociation, PTSD, or overall distress? *Journal of Trauma and Dissociation*, 14, 328-341.
- Dell, PF & O'Neil JA (2009): The phenomena of pathological dissociation. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V beyond* (pp. 225-237). London: Routledge.

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5™, American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing (2013)
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Eckhardt, A. (1996), Die Dissoziation – Klinische Phänomenologie, Ätiologie und Psychodynamik. In G.H. Seidler (Hrsg.), *Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels* (S. 37-55). Stuttgart: Enke.
- Eckhardt-Henn, A. (2011 a). Dissoziative Störungen. In Uexküll, *Psychosomatische Medizin, theoretische Modelle und klinische Praxis* (Hrsg. Adler et al.; 7 Aufl., S. 681-690). München: Urban & Fischer.
- Eckhardt-Henn, A. (2011 b). Klinik, Differentialdiagnose und Psychodynamik bei dissoziativen Anfällen. *PID*, 4, 298-304.
- Eckhardt-Henn, A. (2014). Dissoziation. In W. Mertens (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (4. Aufl.; S. 188-193). Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckhardt-Henn, A. & Hoffmann, S.O. (2004). *Dissoziative Bewusstseinsstörung. Theorie, Symptomatik, Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Ehlert-Balzer, M. (1996). Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 291-314.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 623-629.
- Gast U, Oswald T, Zündorf F (2000): *Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D)*, deutsche Fassung. Hogrefe-Verlag Göttingen
- Gold SN, Seibel SL (2009): *Treating Dissociation: A contextual approach in: Dell PF, O’Neil JA (2009). Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V and beyond* Routledge, London, 625-636
- Grubrich-Simitis, J. (2007). Trauma oder Trieb – Trieb und Trauma: Wiederbetrachtet. *Psyche*, 7, 637-656. Grubrich-Simitis J. (2008) *Realitätsprüfung anstelle von Deutung. Eine Phase in der psychoanalytischen Arbeit mit Nachkommen von Holocaust-Überlebenden. Psyche*, 62, 1091-1121
- Janet, P. (1889): *L’automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan (Reprint: Paris: Société Pierre Janet 1973)
- Kluft, R.P. (2011). Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der Dissoziativen Störung. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (3. Aufl., 64-90). Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Mattheß, H. (2013). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. Störungsbilder mit schwerer dissoziativer Persönlichkeitsintegration mit der Wertigkeit einer Persönlichkeitsstörung. In W. Wöller (Hrsg.), *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl., 113-135). Stuttgart: Schattauer.
- Mattheß, H. & Schüepp, R. (2013). Dissoziative Störungen. In N. Sack, U. Sachsse & Scheljon, J. (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von folgenschwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 421-436). Stuttgart: Schattauer.
- Michal, M. (2013). Das Depersonalisations-Derealisations-Syndrom. *PSYCH up 2 date* 7, 33-48.
- Michal, M. et al. (2014) *AWMF-Leitlinien Depersonalisation, S2k Reg.Nr. 051-030* (in press)
- Michal, M., Sann, U., Niebecker, N., Lazanowsky, C., Kernhof, K. et al. (2004). Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisations-Syndroms mit der deutschen Version der Cambridge Depersonalization Scale (CDS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 367-374.
- Murray, J., Ehlers, A. & Mayou, R.A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accidents survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363-368.
- Nijenhuis, E., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The Development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 688-195

- Nijenhuis E, Mattheß H (2006): Traumabezogene strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. PiD – Psychotherapie im Dialog, 7: 393-398
- Overkamp, B. (2005). Diagnostische Untersuchungen zur Dissoziativen Identitätsstörung in klinischen Populationen in Deutschland. Dissertation. München: Ludwig-Maximilians-Universität, Psychologisches Institut.
- Panksepp, J. (1998). Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Rodewald, S., Gast, U. & Emrich, H.M. (2006). Screening for major dissociative disorders with the FDS, the German version of the Dissociative Experience Scale. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56, 249-58.
- Ross, C.A., Ferrell, L. & Schroeder, E. (2014). Co-occurrence of dissociative identity disorder in borderline personality disorder. Journal of Trauma and Dissociation, 15, 79-90.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E. & Yargic, I.L. (2003). The axis-I-dissociative Disorder of comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. Journal of Trauma and Dissociation, 4, 119-136.
- Schore, AN (2001): The effects of early trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. Infant Ment Health Journal, 22, 201-269
- Shengold, L. (1989). Soul Murder. The effects of childhood abuse and deprivation. New York: Fawcett Columbine.
- Sierra, M. & Berrios, G.E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization. Psychiatry Research, 93:153-164.
- Simeon D (2004): Depersonalization Disorder: a contemporary overview. CNS Drugs 18, 343-354
- Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernandez R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, Cardena E, Dell PF (2011): Dissociate Disorders in DSM-IV, *Depress Anxiety* 28 (2), 824-852
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2007): „Pathologische Dissoziation“ – ein sinnvolles Konzept? *Trauma und Gewalt* 1, 34-44
- Steinberg, M. (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R) Vol. 2. American Psychiatric Press.
- Stiglmayr, C.E. (2010). Spannung und Dissoziation. *PTT*, 2, 91-103.
- Van der Hart O, Horst R (1989): The dissociation theory of Pierre Janet, *J Trauma Stress* 2 (4), 397-412
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R. & Steele, K. (2008). Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.
- Vanderlinden, J., van Dyck, R., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: A study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation*, 4, 180-184.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Annegret Eckhardt-Henn
Medizinische Klinik 2, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Bürgerhospital, Klinikum Stuttgart
Tünzhofer Str. 14 – 16 | 70191 Stuttgart
Tel: 0711-278-22701 | a.eckhardt@klinikum-stuttgart.de