

DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG DISSOZIATIVER STÖRUNGEN

Carsten Spitzer & Harald J. Freyberger

Zusammenfassung

Einleitend werden die Veränderungen im Hysterieverständnis und die damit verbundene Wiederbelebung des Dissoziationskonzeptes skizziert, um dann die moderne Klassifikation der dissoziativen Störungen in der ICD-10 und dem DSM-IV zu erläutern. Für die Behandlungsplanung erscheint jedoch die rein phänomenologisch orientierte Diagnostik nicht ausreichend; vielmehr müssen u.a. Krankheitsverarbeitung und -konzept, psychosoziales Funktionsniveau, psychiatrische Komorbidität und Realtraumatisierungen in der Vorgeschichte berücksichtigt werden. Allein vor diesem Hintergrund lassen sich differentielle Therapieindikationen und -empfehlungen für dissoziative Störungen auf kognitiv-psychischer und körperlicher Ebene formulieren. Diese beinhalten sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologisch-psychodynamische Aspekte im Sinne einer integrativen, konfliktorientierten Psychotherapie. Abschließend wird die diagnostische Kategorie der multiplen Persönlichkeitsstörung kritisch diskutiert.

Schlüsselwörter Dissoziative Störungen - Hysterie - Klassifikation - integrative Psychotherapie

Summary

We describe the changes in the understanding of hysteria and the closely linked renaissance of the concept of dissociation. Subsequently, the modern classification of the dissociative disorders in the ICD-10 and the DSM-IV are discussed. However, we emphasize that a merely descriptive diagnosis is not sufficient for the planning of the therapy. The clinical diagnosis needs to include numerous aspects, among them coping processes, the patient's concept of his disease, the psychosocial functioning, psychiatric comorbidity and real traumatization. Only on this basis therapeutic decisions can be made. The psychotherapy of dissociative disorders includes both behavioural and psychodynamic aspects leading in an integrative, conflict-orientated approach. Finally, the diagnostic category of multiple personality disorder is critically evaluated.

Keywords Dissociative disorders - hysteria - classification - integrative psychotherapy

Historische Vorbemerkung

Die Entwicklung des Dissoziationsbegriffs ist historisch und inhaltlich eng mit der Geschichte der Hysterie verknüpft. Es ist hier jedoch nicht möglich, diese Verbindung erschöpfend darzustellen (vgl. dazu Mentzos, 1986; Wölk, 1992; Spitzer et al., 1996). Vielmehr sollen lediglich die wichtigsten Entwicklungsschritte ausgeführt werden.

Als entscheidenden Pathomechanismus zur Entstehung hysterischer Symptome formulierte erstmals umfassend Janet (1907) das Grundkonzept der Dissoziation oder Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewußtsein. Die dissoziierten Erlebnisanteile oder Funktionssysteme entziehen sich nach seiner Vorstellung dem persönlichen Bewußtsein, bleiben jedoch weiterhin aktiv und sind so für die dissoziativen Phänomene verantwortlich.

Nach einer Hochphase des Dissoziationmodells zur Jahrhundertwende und in dem ersten Jahrzehnt danach folgte ein rascher Interessenverlust (Freyberger & Spitzer, 1996b). Dieser gründet v.a. auf Freuds klinischem und theoretischem Verständnis der Hysterie (1895). Er betonte zwar auch die Wichtigkeit eines dissoziierten Bewußtseinszustandes zur Entstehung hysterischer Symptome, sah jedoch den zentralen Mechanismus im Konversionsprozeß (Hoffmann & Hochapfel, 1995). In den folgenden Jahren blieb dann das psychoanalytische Konversionsmodell bestimmend für das Verständnis hysterischer Störungen.

Zur Renaissance des Dissoziationskonzeptes kam es etwa Ende der 70er Jahre (Eckhardt, 1996). Zu dem wiedererwachten Interesse haben verschiedene klinische und theoretische Strömungen beigetragen wie z.B. die Hypnose, die traditionell eng mit der Hysterie und der Dissoziationstheorie verbunden ist (Spitzer et al., 1996). So wurden die phänotypischen Ähnlichkeiten zwischen hypnoiden und dissoziativen Bildern als fruchtbarer Forschungsansatz gewertet (Frankl, 1990). In diesem Zusammenhang steht auch Hilgards „Neodissoziationstheorie“ (zitiert nach Eckhardt, 1996). Die Psychotraumatologie trug ebenfalls wesentlich zur Wiederbelebung der Auseinandersetzung mit dissoziativen Phänomenen bei. So haben in den U.S.A. einerseits die gesamtgesellschaftlichen und individuellen Langzeitfolgen des Vietnamkrieges eine wichtige Rolle gespielt (Bremner et al., 1992; Marmor et al., 1994), andererseits aber auch die Entdeckung, daß körperlichem, v.a. sexuellem Mißbrauch in der Kindheit eine viel größere epidemiologische Bedeutung zukommt als bisher angenommen (Russel, 1983; Terr, 1991; Egle et al., 1997). Daß dissoziative Psychopathologie als Traumafolge zu verstehen ist, konnte in verschiedenen Studien empirisch belegt werden (Bryer et al., 1987; Chu et al., 1990). Innerhalb der psychodynamischen Forschung wurde das Dissoziationskonzept besonders im Rahmen Ich-psychologischer Modellvorstellungen, wie etwa der Narzißmustheorie (z.B. Kohut,

1973) und im Borderline-Persönlichkeitsstörungskonzept (z.B. Kernberg, 1978), weiterentwickelt. Dabei ist kritisch anzumerken, daß auch innerhalb dieser Theorienbildung viele Aspekte ungeklärt bleiben wie etwa die Frage nach dem Verhältnis zwischen Dissoziation und anderen Abwehrmechanismen (z.B. Spaltung oder Verdrängung) oder die spezifische psychodynamische Rolle dissoziativer Phänomene (Eckhardt, 1996). Zudem mußte die Psychoanalyse erkennen, daß die Hysterie keine einheitliche Erkrankung darstellt. Diese konzeptuelle Krise wurde durch eine zunehmend differenziertere Betrachtungsweise überwunden, die u.a. dem Dissoziationsmodell eine wichtige Funktion zuschreibt (Mentzos, 1986; Hoffmann & Hochapfel, 1995).

Vergegenwärtigt man sich diese Begriffsgeschichte, so wird eine nicht zu übersehende Überdeterminierung des Dissoziationsmodells und die daraus resultierende begriffliche Unschärfe verständlich. Daher ist zu Recht gefragt worden, ob mit der Aufgabe des Hysterie- und Wiederbelebung des Dissoziationsbegriffs überhaupt etwas gewonnen sei (Frankl, 1990; Wölk, 1992). Um diesem Problem gerecht zu werden, muß der jeweilige theoretische Kontext, in dem Dis-

soziation gebraucht wird, stets berücksichtigt werden. Unter diagnostisch-klassifikatorischen Aspekten ist somit eine rein deskriptive Verwendung von Dissoziation und dissoziativen Störungen zu empfehlen.

Diagnostik der dissoziativen Störungen

Dissoziative Störungen in der ICD-10, dem DSM-III-R und dem DSM-IV

Die moderne Klassifikation der hysterischen Störungen in den operationalen Diagnosesystemen ICD-10 (Dilling et al., 1994; DSM-III-R (Wittchen et al., 1989) und DSM-IV (Saß et al., 1996) beruht auf dem Vorrang deskriptiver Merkmale vor ätiopathogenetischen Modellvorstellungen. Trotz dieser grundlegenden Gemeinsamkeit haben die unterschiedlichen Entwicklungen des Dissoziationsverständnisses dazu geführt, daß die Konzeptualisierung der dissoziativen Störungen im europäischen und nordamerikanischen Raum nicht einheitlich ist (Spitzer et al., 1996). Dies wird bei der Gegenüberstellung von ICD-10 und DSM-III-R bzw. DSM-IV deutlich (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1
„Hysterie“ in der ICD-10, dem DSM-III-R und dem DSM-IV

ICD-10		DSM-III-R und DSM-IV	
F44	DISSOZIATIVE STÖRUNGEN	DISSOZIATIVE STÖRUNGEN	
F44.0	dissoziative Amnesie	300.12	psychogene Amnesie
F44.1	dissoziative Fugue	300.13	psychogene Fugue
F44.2	dissoziativer Stupor		
F44.3	dissoziative Trance- und Besessenheitszustände		
F44.4	dissoziative Bewegungsstörungen	300.11	Konversionsstörung (gehört zu den somatoformen Störungen)
F44.5	dissoziative Krampfanfälle		
F44.6	dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen		
F44.7	dissoziative Störungen, gemischt		
F44.8	andere		
F44.80	Ganser-Syndrom		
F44.81	multiple Persönlichkeit	300.14	multiple Persönlichkeitsstörung/ dissoziative Identitätsstörung
F44.88	andere näher bezeichnete		
F44.9	nicht näher bezeichnete	300.15	nicht näher bezeichnete
F45	SOMATOFORME STÖRUNGEN	SOMATOFORME STÖRUNGEN	
F45.0	Somatisierungsstörung	300.81	Somatisierungsstörung
F45.1	undifferenzierte Somatisierungsstörung	300.70	undifferenzierte somatoforme Störung
F45.3	somatoforme autonome Funktionsstörung		
F45.4	anhaltende somatoforme Schmerzstörung	307.80	somatoforme Schmerzstörung
F48	Sonstige neurotische Störungen		
F48.1	Depersonalisations-/ Derealisationsstörung	300.60	Depersonalisationsstörung (gehört zu den dissoziativen Störungen)
F60	PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN (Achse II)	
F60.4	histrionische Persönlichkeitsstörung	301.50	histrionische Persönlichkeitsstörung

Gemeinsam ist beiden Systemen die Bezeichnung „dissoziativ“ für Störungen, die sich auf der Bewußtseins- oder kognitiven Ebene manifestieren, wie z.B. die Amnesie. In den DSM-Klassifikationen zählt dazu auch die Depersonalisationsstörung, welche in der ICD-10 unter den sonstigen neurotischen Störungen aufgeführt wird. Der wesentliche Unterschied besteht darin, daß sich die DSM-Systeme stärker an der klinisch führenden Phänomenologie orientieren und daher körperliche Störungen ohne nachweisbares organpathologisches Korrelat unter den somatoformen Störungen abbilden. Dazu zählen auch die pseudoneurologischen Konversionsstörungen. Die ICD-10 hingegen nähert die hysterischen Funktionsausfälle auf kognitiv-psychischer und pseudoneurologischer Ebene einander an, indem die dissoziativen und Konversionsstörungen in einer einzigen diagnostischen Kategorie zusammengefaßt werden. Trotz dieser „nomenklatorischen Verwirrung“ (Hoffmann et al., 1995) wird diese Zusammenführung als Fortschritt gewertet, da Dissoziation als „integrierender und basaler Pathomechanismus“ bei beiden Störungen eine entscheidende Rolle spielt (Nemiah, 1988a; 1988b). Zur Klassifikation und Konzeptualisierung der somatoformen Störungen sei auf den Beitrag von Hiller und Rief in diesem Heft verwiesen.

Klinische Diagnostik

Entsprechend dem Anspruch, einen „a-theoretischen“ Ansatz zu verfolgen, sind die diagnostischen Kriterien für die dissoziativen Störungen in den Klassifikationssystemen sehr deskriptiv gehalten. Die diagnostischen Leitlinien für dissoziative Störungen der ICD-10, welche im deutschen Sprachraum die entscheidendere Rolle spielt, sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2

Merkmale der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD-10: Diagnostische Leitlinien und Forschungskriterien.

Diagnostische Leitlinien

1. Klinische Charakteristika, wie sie für die einzelnen Störungen (Amnesie, Fugue, Anfälle, Paresen, etc.) typisch sind.
2. Keine körperliche Erkrankung, welche die Symptome ausreichend erklären könnte.
3. Nachweis einer psychogenen Verursachung, d.h. zeitlicher Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung (auch wenn diese vom Patienten selbst geleugnet werden).

Forschungskriterien

1. Kein Nachweis einer körperlichen Krankheit, welche die für diese Störung charakteristischen Symptome erklären könnte (es können jedoch körperliche Störungen vorliegen, die andere Symptome verursachen).
2. Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.

Setzt man voraus, daß die Diagnose auch immer Behandlungsanleitungen impliziert, so wird klar, daß diese fast ausschließlich phänomenologisch orientierte Kategorisierung als therapeutische Grundlage nicht ausreicht. Auch der Hinweis auf eine psychogene Verursachung ist letztendlich so allgemein gehalten, daß sich daraus keine Therapierichtlinien ableiten lassen.

Es erscheint daher für eine optimale Behandlungsplanung unerlässlich, neben der klinischen Phänomenologie weitere Dimensionen des Störungsgeschehens im diagnostischen Prozeß zu erfassen (Freyberger & Spitzer, 1996b). Dabei ist auch zu berücksichtigen, daß bei vielen Patienten die dissoziative Psychopathologie zwar klinisch häufig im Vordergrund steht, diese jedoch bei der großen Mehrheit von weiteren psychischen Störungen im Sinne der Komorbidität begleitet wird (Tomasson et al., 1991; Spitzer et al., 1994). Damit wird bereits auf der phänomenologischen Ebene deutlich, daß die dissoziative Störung nur ein Teilaspekt eines komplexeren Störungsgeschehens ist.

Um dieses systematisch abzubilden, erscheint es sinnvoll, sich bei der sehr heterogenen Patientengruppe mit dissoziativen Störungen an den verschiedenen Dimensionen bzw. Achsen der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 1996) zu orientieren. Bei den dissoziativen Störungen spielen dabei bestimmte Dimensionen eine besonders wichtige Rolle.

So sind Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (OPD Achse I) wichtige Variablen für eine differentielle Psychotherapieindikation. Verschiedene Studien konnten zeigen, daß Patienten mit körperlichen dissoziativen Störungen einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn, ein eher somatisch ausgerichtetes Krankheitskonzept mit entsprechend geringerer Psychotherapiemotivation als andere neurotisch gestörte Patientengruppen und eine schlechte psychosoziale Integration aufweisen (Krull et al., 1990; Kapfhammer et al., 1992).

In den Anfängen der Psychoanalyse galt die ödipal-sexuelle Konfliktkonstellation als zentraler intrapsychischer Mechanismus für die „hysterische“ Symptombildung. Die weitere psychodynamische Forschung konnte jedoch auch orale und narzißtische Konflikte als bestimmend nachweisen (Mentzos, 1986; Hoffmann & Hochapfel, 1995). Desweiteren wurde deutlich, daß nicht alle intrapsychischen Konflikte, sondern auch konflikthafte äußere Lebensbedingungen bzw. Traumatisierungen eine zentrale Rolle bei der Ausbildung dissoziativer Psychopathologie spielen (Mentzos, 1986; Maxion et al., 1987). Besonders der kindliche, v.a. sexuelle Mißbrauch ist in diesem Zusammenhang wieder sehr stark in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt (Egle et al., 1997). Verschiedene empirische Studien konnten dabei einen Zusammenhang zwischen Intensität, Dauer und Zeitpunkt des Mißbrauchserlebnisses sowie dem Ausmaß dissoziativer Phänomene belegen (Übersicht bei Chu et al., 1997). Gerade am Beispiel der Störungen mit multipler Persönlichkeit läßt sich die pathogenetische Bedeutung kindlicher Mißbrauchserlebnisse eindrücklich aufzeigen (Coons et al., 1986; Ross et al., 1991).

An dieser Stelle sei noch kurz auf das Phänomen der

Symptomwahl eingegangen, welches bei den dissoziativen pseudoneurologischen Störungen eine nicht unwesentliche Rolle spielt. Hatte Freud postuliert, daß in dem klinischen Symptom (z.B. einer Armlähmung) der intrapsychische Konflikt symbolhaft zum Ausdruck gebracht wird, gehen moderne Konzepte von einer multifaktoriellen Symptomentstehung aus. Dazu zählen neben der Symbolisierung des intrapsychischen Konflikts Erfahrungen aus der eigenen Krankengeschichte, aber auch Identifizierungen mit engen Bezugspersonen sowie Aspekte des sekundären Krankheitsgewinnes. Werden all diese Aspekte berücksichtigt, so kann man in der Mehrzahl der Fälle gleichsam eine Überdeterminierung des Symptoms erkennen (Mentzos, 1986; Hoffmann & Hochapfel, 1995). Zuletzt möchten wir erneut betonen, daß bei der Indikationsstellung, Planung und Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen stets berücksichtigt werden muß, daß die Diagnose einer dissoziativen Störungen rein phänomenologisch orientiert ist, d.h. sie erlaubt keine Schlußfolgerungen zur Ätiopathogenese, Psychodynamik oder Behandlungsvoraussetzungen. All diese Dimensionen müssen bei der sehr heterogenen Patientengruppe mit dissoziativen Störungen berücksichtigt werden, um auf ihrer Grundlage eine differenzielle Psychotherapieindikation zu stellen.

Diagnostische Verfahren

Zur spezifischen Diagnostik dissoziativer Störungen wurde im amerikanischen Raum eine Reihe verschiedener Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren entwickelt (Spitzer et al., 1996). Diese haben den Nachteil, daß sie sich an den diagnostischen Leitlinien der DSM-Systeme orientieren und somit pseudoneurologische Konversionsstörungen nicht erfassen. Von den Screeningverfahren, die allesamt Selbstbeurteilungsinstrumente sind, liegt nur für die *Dissociative Experience Scale* (Bernstein et al., 1986) eine autorisierte deutsche Bearbeitung vor. Dieser *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (FDS; Freyberger et al., im Druck) beinhaltet die 28 Items der Originalfassung, welche Dissoziation auf psychischem Niveau erfragen. Für die deutsche Version wurden weitere 16 Items hinzugefügt, um auch dissoziative Symptome gemäß der ICD-10, also v.a. pseudoneurologische Konversionssymptome, zu erfassen. Der FDS besitzt ähnlich befriedigende bis gute teststatistische Parameter wie die amerikanische Originalfassung (Test-Retest Reliabilität = 0,88; Cronbachs Alpha = 0,93) und diskriminiert gut zwischen Patienten mit einer klinisch führenden dissoziativen Symptomatik, Patienten ohne dissoziative Störung und gesunden Kontrollpersonen (Freyberger et al., im Druck).

Die beiden bisher entwickelten Fremdbeurteilungsverfahren stellen strukturierte Interviews zur differenzierteren Diagnostik dissoziativer Störungen gemäß DSM-III-R bzw. DSM-IV dar. Jedoch liegen weder für das *Dissociative Disorder Interview Schedule* (DDIS; Ross et al., 1989) noch für das *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (bzw. DSM-IV) Dissociative Disorders* (SCID-D; Steinberg, 1990, 1993) offizielle deutsche Fassungen vor.

Neben diesen speziellen Instrumenten zur Diagnostik

dissoziativer Psychopathologie bzw. Störungen erlauben auch allgemeine diagnostische Interviews dissoziative Störungen zu erfassen. Die *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) sind ein strukturiertes Interview mit befriedigenden Reliabilitäts- und Validitätsbelegen (Maurer et al., 1991; Gülick-Bailer et al., 1996). Als strukturiertes Interview steht das *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) zur Verfügung, welches ebenfalls gute teststatistische Gütekriterien aufweist (Wittchen & Semler, 1990).

Therapie der dissoziativen Störungen

Die Behandlung der dissoziativen Störungen ist eine Domäne der Psychotherapie. Eine Psychopharmakotherapie ist per se nicht indiziert. Liegen jedoch komorbide psychische Störungen vor, so sollte eventuell eine entsprechende Begleitmedikation erwogen werden, insbesondere bei schweren Depressionen oder Angststörungen.

Obleich traditionellerweise die Psychoanalyse als *die* Behandlungsmethode für „hysterische“ Störungen gilt, ist u.E. bei der Therapie der dissoziativen Störungen die Polarität zwischen Psychoanalyse versus Verhaltenstherapie nicht sinnvoll, sondern vielmehr ein „integrativer“ psychotherapeutischer Ansatz vorzuziehen (Senf & Broda, 1996). Elemente aus beiden Schulen sollten in eine Art therapeutischen Stufenplans eingebettet sein. Dennoch sollte das Schwergewicht und das Ziel auf einer konfliktbearbeitenden psychodynamisch orientierten Psychotherapie liegen, sofern die prinzipiellen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Verhaltenstherapeutische Interventionen sind vor allem dann sinnvoll, wenn sich die individuelle Konfliktodynamik mit dem Patienten nicht angemessen herausarbeiten läßt, aus intellektuellen oder kognitiven Gründen ein konfliktbearbeitende Therapie nicht in Frage kommt oder angesichts eines hohen Chronifizierungsgrades die Therapieziele vor allem auf symptomatologischem Niveau anzusiedeln sind (Zielke & Sturm, 1994).

Hinsichtlich der zu treffenden Entscheidung, ob eine Gruppen- oder Einzeltherapie indiziert ist, liegen bisher keine systematischen Untersuchungen vor. Es gibt jedoch Hinweise darauf, daß psychodynamisch orientierte Gruppenverfahren besonders dazu geeignet sind, dissoziative Phänomene zu identifizieren und zu korrigieren (Freyberger et al., 1996a). Die Frage nach dem Behandlungssetting, d.h. ambulante oder stationäre Therapie, ist nicht grundsätzlich zu entscheiden, sondern kann nur vor dem Hintergrund der individuellen Voraussetzungen des Patienten geklärt werden. Als hilfreich bei der Indikationsstellung zur stationären Psychotherapie haben sich folgende Kriterien erwiesen:

1. Die Symptomatik läßt eine ambulante Behandlung nicht zu wie z.B. dissoziative Halbseitenlähmung oder wiederholte dissoziative Krampfanfälle mit schweren psychosozialen Beeinträchtigungen.
2. Es liegt Therapieresistenz über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten in der ambulanten Behandlung vor.
3. Die dissoziativen Störungen rezidivieren häufig und führen zu einer bedeutsamen psychosozialen Funktionseinschränkung.

4. Es findet sich eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen.
5. Im therapeutischen Prozeß kommt es zu Symptomverschiebungen und Komplikationen.

Diese Komplikationen beinhalten schwere Krisen mit Suizidalität, Selbstbeschädigungen, psychotischen oder depressiven Episoden sowie Angststörungen. Sie treten zumeist dann auf, wenn die hinter der dissoziativen Psychopathologie versteckte Konfliktdynamik sichtbar wird. Dies ist z.B. gehäuft der Fall, wenn es bei Reinszenierungen erlittener Realtraumatisierungen im therapeutischen oder nicht-therapeutischen Raum. Selbst bei behutsamer Therapieplanung ereignen sich diese Komplikationen gelegentlich auch bei dramatischen symptomatologischen Besserungen (v.a. bei pseudoneurologischen dissoziativen Störungen).

Da die überwiegende Mehrzahl der Patienten mit dissoziativen Störungen sowohl pseudoneurologische als auch psychische dissoziative Symptome aufweist, scheint eine Trennung der entsprechenden Therapieansätze eher künstlich zu sein. Dennoch sprechen v.a. pragmatische Argumente für diese Differenzierung. So konnten epidemiologische Arbeiten zur Hospitalisierungspraxis belegen, daß Patienten mit vorrangig pseudoneurologischer Konversionssymptomatik fast ausschließlich primär in somatischen Abteilungen, besonders in der Neurologie, aufgenommen werden. Dieser Umstand beinhaltet wichtige Implikationen, die in dem jeweiligen Therapiekonzept berücksichtigt werden müssen.

Die Behandlung pseudoneurologischer dissoziativer Störungen

Daß Patienten mit pseudoneurologischen dissoziativen Störungen primär mit somatisch ausgerichteten Fächern in Berührung kommen, beruht v.a. auf dem Umstand, daß größtenteils keine sicheren Kriterien zur phänomenologischen Differenzierung zwischen organischen und psychogenen Störungen vorliegen. Zudem findet sich nicht selten eine Komorbidität mit organischen Erkrankungen, entweder unabhängig oder aber häufiger im Sinne einer psychogenen „Ausgestaltung“ eines somatischen Kernes, wie dies z.B. häufig bei den sogenannten Hysteroepilepsien beobachtet wird. Berücksichtigt man das weitere, daß in der Neurologie nur selten eine positive psychiatrische Diagnose gestellt wird, so wird verständlich, warum diese Patienten häufig umfangreichen diagnostischen Prozeduren unterzogen werden. All diese Faktoren führen zu einer Etablierung bzw. Fixierung eines somatischen Krankheitskonzeptes.

Die Arzt-Patienten-Interaktion ist dabei nicht selten von einem typischen Beziehungsmuster geprägt: Am Anfang der neurologischen Behandlung werden die Symptome akut und dramatisch präsentiert, wobei die Patienten einen hohen somatischen Beschwerdedruck mit einer großen Bereitschaft zur Akzeptanz durchaus invasiver diagnostischer Maßnahmen signalisieren. Dabei werden ihre „bemühten und guten“ Behandler initial häufig idealisiert. Wenn dann jedoch über die zunehmende Kumulierung negativer diagnostischer Befunde und gleichzeitig offensichtlicher werdende Verhaltensauffälligkeiten der Patienten Zweifel an der somatischen Be-

gründung („Echtheit“) des Krankheitsbildes aufkommen, verändert sich die Beziehung einschneidend, besonders dann, wenn kein alternatives psychotherapeutisches Behandlungsangebot in die Beziehung integriert werden kann. Die Patienten mit ihrem primär somatischen Krankheitskonzept erleben an ihrem medizinischen Gegenüber, das ihnen möglicherweise signalisiert „sie haben nichts“ signalisiert eine erhebliche Kränkung, die nicht selten zu einer Verstärkung der zur Aufnahme führenden Symptomatik oder zu einem Behandlungsabbruch (und damit zu einer Reinszenierung an einem anderen Ort) führt. Bei den ärztlichen Behandlern dominieren in der Gegenübertragung vor allem Gefühle des Getäuscht-worden-Seins und - sofern keine psychotherapeutischen Angebote unmittelbar verfügbar sind - der Hilflosigkeit, was dann häufig zu einer raschen Entlassung der Patienten („bei uns sind sie falsch“) führt. Somit wird der mögliche psychotherapeutische Zugang nicht selten dadurch determiniert, zu welchem Zeitpunkt ein psychologischer Mediziner und/oder Psychologe hinzugezogen wird.

Das Behandlungskonzept hat also zu berücksichtigen, daß die Patientengruppe mit pseudoneurologischer Symptomatik übermäßig häufig ein eher somatisches Krankheitsverständnis mit der Tendenz zur Etablierung typischer Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellationen aufweist. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, den durch die Symptomatik ausgedrückten Beschwerdedruck zu respektieren und nicht durch vorschnelle Konfrontation einen Beziehungskonflikt auszulösen, in dem der Behandler das Psychogenesekonzept vertritt und der Patient über die Verstärkung alter und die Entwicklung neuer Symptome eine zu Grunde liegende körperliche Störung nachzuweisen versucht. Der Dissoziation kommt in diesem Zusammenhang die Funktion eines Abwehrprozesses zu, der den Patienten davor schützt, den zugrunde liegenden Konflikt wahrzunehmen und möglicherweise relevante schwere Realtraumatisierungen zu erinnern.

Am Anfang jeder psychotherapeutischen Behandlung hat daher vor einer Konfrontation mit der Psychodynamik der Patienten eine sorgfältige Analyse der jeweiligen Behandlungsvoraussetzungen inklusive des Krankheitskonzepts, der Behandlungsbereitschaft, der Introspektionsfähigkeit und des Regressionspotentials zu stehen. In Abhängigkeit von den Ergebnissen sollten konfrontative Schritte sorgfältig vorbereitet und in einen Gesamtbehandlungsplan integriert werden. Dabei kann es im stationären Bereich notwendig sein, die Patienten im Rahmen eines Konsultations-Liaison-Angebotes über einen längeren Zeitraum in der Neurologie zu betreuen mit dem Ziel, Aspekte eines psychogenetischen Krankheitskonzepts und eine differenzierte Psychotherapiemotivation zu erarbeiten. Nach übereinstimmender Auffassung zahlreicher Autoren empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- Aufklärung des Patienten, daß mit hoher Wahrscheinlichkeit psychische Ursachen einen verlaufsmodifizierenden, teilursächlichen oder ursächlichen Einfluß auf seine derzeitige Symptomatik haben. Dabei sollte nachdrücklich betont werden, daß dem Untersucher die Schwere der Symptomatik, der damit verbundene Leidensdruck und die resultierenden psychosozialen Konsequenzen im persönlichen und beruflichen Umfeld durchaus bewußt sind und

nicht davon ausgegangen wird, daß der Patient „nichts hat“.

- Einleitung einer symptomorientierten Behandlung, die die Symptompräsentation und den somatischen Beschwerdedruck der Patienten respektiert, wie z.B. Krankengymnastik bei motorischen Störungen oder logopädische Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen.
- Angebot suggestiv-hypnotherapeutischer Verfahren (etwa Autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jacobson), das in ein supportiv-psychotherapeutisches Angebot (Freyberger et al., 1994) eingebettet sein sollte, welches den Patienten initial einen eher passiv-rezeptiven Zugang gestattet.

Auf der Grundlage der hierdurch gewonnenen Behandlungserfahrungen kann die differentielle Indikation einer konfliktberarbeitenden bzw. verhaltenstherapeutischen Therapie gestellt werden. Dabei sollte die symptomorientierte Behandlung auch beim Rückgang der Symptomatik prinzipiell über einen längeren Zeitraum fortgesetzt werden. Neben dem Ziel einer symptomatologischen Besserung und einer Differenzierung der Krankheitsverarbeitung besteht die Aufgabe stationärer psychotherapeutischer Ansätze vor allem darin, die zugrunde liegende Konfliktdynamik herauszuarbeiten. Ist dieses Ziel erreicht, so kann in vielen Fällen die weiterführende Therapie ambulant fortgesetzt werden.

Die Behandlung dissoziativer psychischer Symptome und Störungen

Isolierte dissoziative Störungen auf psychisch-kognitiver Ebene scheinen eher eine Ausnahme zu sein. Die vorliegenden Einzelfallbeschreibungen zur isolierten dissoziativen Amnesie oder Fugue weisen jedoch darauf hin, daß diese Patienten häufig unter komplexen Aktualkonflikten leiden, ohne daß sich hierbei eine über Kriseninterventionen oder Kurzpsychotherapie hinausgehende Psychotherapieindikation stellt. Ein anderer Teil dieser Patienten hat übermäßig häufig aktuelle Traumatisierungen erlebt. Dabei besteht ein großer Überschneidungsbereich mit der posttraumatischen Belastungsstörung (Bremner et al., 1992; Marmar et al., 1994), die sich durch ein hohes Maß an dissoziativer Psychopathologie auszeichnet. Hinsichtlich einer differenzierteren Darstellung des klinischen Bildes und der Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung sei auf das vergangene Heft dieser Zeitschrift verwiesen.

Viel häufiger finden sich dissoziative Störungen jedoch als komorbide Störungen bei Persönlichkeitsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen (Spitzer et al., 1994), welche die Differentialindikation zu einer ambulanten oder stationären Psychotherapie bestimmen. Obgleich dissoziative Phänomene nicht als borderline-spezifisch aufzufassen sind (Kernberg 1978), werden sie hier am häufigsten gefunden. Dabei sind sie einerseits als vorübergehende regressive Zustände aufzufassen, die sich etwa als Bewußtseinsstörungen, Trance- oder Dämmerzustände äußern (Rohde-Dachser, 1995). Andererseits manifestieren sie sich als chronische Depersonalisation oder Derealisation bzw. als Abspaltung von Persönlichkeitsanteilen oder Teilidentitäten. In diesem Zusammenhang stehen auch Patienten mit artifiziellen Störungen,

die die Selbstverletzung häufig einsetzen, um diese dissoziativen Zustände zu beenden (Eckhardt & Hoffmann, 1993). Von den eigentlichen dissoziativen Störungen und der histrionischen Persönlichkeitsstörung sind diese Phänomene durch ihre polymorphe Qualität und die hohe Bedeutung für die Aufrechterhaltung der integrativen Ich-Funktionen abzugrenzen. Differentielle Therapieindikationen und -richtlinien, die über entsprechende Konzepte zur Behandlung dieser Patienten hinausgehen, lassen sich nicht formulieren.

Abschließende Bemerkung zum Konzept der multiplen Persönlichkeit

Auf das Phänomen der multiplen Persönlichkeit bzw. dissoziativen Identitätsstörung (nach der neuen DSM-IV Terminologie) sei an dieser Stelle kurz eingegangen. Diese diagnostische Kategorie ist gerade in den letzten 15-20 Jahren besonders in den U.S.A., immer beliebter geworden, so daß man geradezu von einer „Modediagnose“ sprechen kann. Dazu haben auch viele Beiträge in nicht-wissenschaftlichen Medien und Verfilmungen beigetragen, was eine breitere Diskussion in der Öffentlichkeit förderte. Dieser Trend setzt mit Verzögerung auch in Deutschland ein. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der multiplen Persönlichkeitsstörung (MPD) findet ebenfalls schwerpunktmäßig in den U.S.A. statt. So liegen neben einer Vielzahl von Einzelfallberichten umfangreiche Monographien zu dieser Störung vor (Ross, 1989; Putnam, 1989; Loewenstein, 1991). Die entsprechenden Therapiestudien reichen von psychoanalytischer Einzeltherapie bis zur Elektrokrampftherapie. Kontrollierte Untersuchungen zu den verschiedenen Behandlungsformen liegen bisher jedoch nicht vor, so daß keine empirisch begründbaren Empfehlungen ausgesprochen werden können. Als wichtigstes Therapieziel gilt allgemein eine Integration und Fusion der dissoziierten Anteile sowie eine fundierte Traumabearbeitung.

Im Gegensatz zu Nordamerika wird im europäischen Schrifttum die eigenständige nosologische Stellung der Störung mit multipler Persönlichkeit immer wieder sehr kritisch diskutiert (Merskey, 1992; Erkwow et al., 1992; Pfeifer et al., 1994). Auch die ICD-10 meldet Zweifel an dieser Diagnose an. Diese gründen sich unter anderem auf eine häufig zu beobachtende hohe Suggestibilität dieser Patienten, so daß manche Autoren iatrogene Effekte vermuten, die zu einer „Manufaktur“ oder „Produktion“ von Persönlichkeiten führe (Merskey, 1992). Darüber hinaus bestehen schwierige konzeptuelle Unklarheiten, so etwa die berechtigte Frage, ob multiple Persönlichkeiten nicht zu den Borderline-Zuständen zu rechnen seien (Horevitz et al., 1984; Dulz & Lanzoni, 1996). In diesem Zusammenhang wird auch diskutiert, ob der gesamte begriffliche Apparat, wie etwa „Dissoziation“ oder „alter personality“, der sich um die multiple Persönlichkeit rankt, nicht zuletzt altbekannte Phänomene aus der psychoanalytischen bzw. Ich-psychologischen Literatur aufgreift. Was heute allzu schnell mit „alter personalities“ bezeichnet wird, wurde früher mit dem Begriff der verschiedenen „Ich-Zustände“ oder „Persönlichkeitszustände“ umschrieben (Eckhardt, 1996). Unseres Erachtens ist die klinische Erfahrung unbestritten,

daß bei bestimmten Patienten unterschiedliche Persönlichkeitskonfigurationen vorkommen. Ob man dieses Phänomen als multiple Persönlichkeit oder wechselnde Ich-Zustände im Rahmen eines komplexen Störungsgeschehens sieht, ist letztendlich für die Behandlung sekundär (obwohl natürlich eine saubere und einheitliche Begrifflichkeit mehr als wünschenswert wäre!). Viel wichtiger sind die Fragen nach dem Warum, Wie und unter welchen Umständen die unterschiedlichen Persönlichkeitskonfigurationen vorkommen. Ohne Klärung dieser Fragen erscheint die Etablierung eines integrierten und kohäsiven Selbst oder Ichs nicht möglich.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern, Hans Huber, 1996.
- Bernstein EM, Putnam FW: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-735.
- Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS: Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 1992;149:328-333.
- Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987;144:1426-1430.
- Chu JA, Dill DL: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990;147:887-892.
- Chu JA, Matthews JA, Frey LM, Ganzel B: The nature of traumatic memories of childhood abuse. *Dissociation* 1996;9:2-17.
- Coons PM, Milstein V: Rape and post-traumatic stress in multiple personality. *Psychol Reports* 1986;55:839-845.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien. Bern, Huber, 1994.
- Dulz B, Lanzoni N: Die multiple Persönlichkeit als dissoziative Reaktion bei Borderlinestörungen. *Psychotherapeut* 1996;41:17-24.
- Eckhardt A, Hoffmann SO: Depersonalisation und Selbstbeschädigung. *Zsch psychosom Med* 1993;39:284-306.
- Eckhardt A: Die Dissoziation - Klinische Phänomenologie, Ätiologie und Psychodynamik. In: Seidler GH (Hrsg.): *Hysterie heute*. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1996, 37-55.
- Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, Schattauer, 1997.
- Erkwoh R, Saß H: Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzepte in neuem Gewande. *Nervenarzt* 1993;64:169-74.
- Frankel FH: Hypnotizability and Dissociation. *Am J Psychiatry* 1990;147:823-829.
- Breuer J, Freud S: Studien über Hysterie. Leipzig, Deuticke, 1895.
- Freyberger H, Freyberger HJ: Supportive psychotherapy. *Psychother Psychosom* 1994;61:132-142.
- Freyberger HJ, Drescher S, Dierse B, Spitzer C: Psychotherapeutic outcome of inpatients with neurotic and personality disorders with and without a benzodiazepine dependence syndrome. *European Addicton Research* 1996a;2:53-61.
- Freyberger HJ, Spitzer C: Psychoanalytische Therapie bei dissoziativen Störungen. In: Senf W. und Broda M. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. New York, Thieme, 1996b.
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N, Carlson EB: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS): Deutsche Adaption, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). *Psychother Psychosom med Psychologie* (Im Druck).
- Gülick-Bailer M, Maurer K, Häfner H: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Interviewheft und Manual. Bern, Huber, 1996.
- Hoffmann SO, Hochapfel G: Einführung in die Neurosenlehre und Psychotherapeutische Medizin. 4. Auflage. Stuttgart, Schattauer, 1995.
- Horevitz P, Braun BG: Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1984;7:69-87.
- Janet P: The major symptoms of hysteria. New York, Macmillan, 1907.
- Kapfhammer HP, Buchheim P, Bove D, Wagner A: Konversions-symptome bei Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. *Nervenarzt* 1992; 63:527-538.
- Kernberg O: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1978.
- Kohut H: Narzißmus. Frankfurt am Main, Suhrkamp 1973.
- Krull F, Schifferdecker M: Inpatient treatment of conversion disorder: a clinical investigation of outcome. *Psychother Psychosom* 1990;53:161-165.
- Loewenstein RJ (Hrsg.): Multiple personality disorder. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 1991;14.
- Maurer K, Hillig A, Freyberger HJ, Velthaus S: Erfahrungen mit dem PSE-10 und den „Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)“ im Rahmen einer multizentrischen Feldstudie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1991;142:225-235.
- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, Hough RL: Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994;151:902-907.
- Maxion H, Fegers S, Pfluger R, Wiegand J: Risikofaktoren klassischer Konversionssyndrome - psychogene Anfälle und Paresen. *Psychother med Psychol* 1989;39:121-126.
- Mentzos S: Hysterie. Frankfurt am Main, Fischer, 1986.
- Merskey H: The manufacture of personalities. The production of multiple personality disorder. *Br. J Psychiatry* 1992; 160:327-340.
- Nemiah JC: Dissoziative Störungen. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik*, Band 4. Psychosomatische Störungen. Stuttgart, Thieme, 1988,89-112.
- Nemiah JC: Somatoforme Störungen. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik*, Band 4. Psychosomatische Störungen. Stuttgart, Thieme, 1988b,60-88.
- Pfeifer S, Brenner L, Spengler W: Störung mit multipler Persönlichkeit. *Nervenarzt* 1994;65:623-27.
- Putnam, F.W. (1989): *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, Guilford Press.
- Rohde-Dachser Ch: *Das Borderline-Syndrom* (5. Aufl.). Bern, Hans Huber, 1995.
- Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D, Anderson G, Barchet P: The dissociative disorder interview schedule: a structured interview. New York, John Wiley and Sons, 1989.
- Ross CA: Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment. New York, John Wiley and Sons, 1989.
- Ross CA, Miller SD, Bjornson L, Reagor P, Fraser GA, Anderson G: Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder. *Can J Psychiatry* 1991;36: 97-101.
- Russel D: The incidence and prevalence of intrafamilial and sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect* 1983; 7:133-146.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (Hrsg): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV*. Göttingen, Hogrefe, 1996.

- Semler G: Reliabilität und Validität des Composite International Diagnostic Interview. Regensburg, S. Roderer Verlag, 1990.
- Senf W, Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart, Thieme, 1996.
- Spitzer C, Freyberger HJ, Kömpf D, Kessler Ch: Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen. *Nervenarzt* 1994; 65:680-688.
- Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler Ch: Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. *Psychiat Prax* 1996;23:63-68.
- Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti DV: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1990;147: 76-82.
- Steinberg M: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington, APA, 1993.
- Terr LC: Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148: 10-20.
- Tomasson K, Kent D, Coryell W: Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographic at presentation. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:288-293.
- Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Koehler K: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-III-R. Weinheim und Basel, Beltz, 1989.
- Wittchen HU, Semler G: Composite International Diagnostic Interview. Interviewheft und Manual. Weinheim und Basel, Beltz, 1991.
- Wölk W: Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. *Nervenarzt* 1992;63:149-156.
- Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz, 1994.

Prof. Dr. Harald J. Freyberger

Carsten Spitzer

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald,

Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund

Tel.: 03831-352100

Fax: 03831-352105