

Peter Fiedler

Dissoziative Störungen

2., überarbeitete Auflage

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Dissoziative Störungen

Fortschritte der Psychotherapie

Band 17

Dissoziative Störungen

von Prof. Dr. Peter Fiedler

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief,
Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Dissoziative Störungen

von Peter Fiedler

2., überarbeitete Auflage

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Prof. Dr. Peter Fiedler, geb. 1945. 1969–1973 Studium der Psychologie in Münster. 1975 Promotion. 1978 Habilitation. 1973–1980 Wissenschaftlicher Angestellter an der Universität Münster. Seit 1980 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg. Forschungsschwerpunkte: Stottern, Ängste und Phobien, Schizophrenie, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Trauma und Traumabehandlung, Sexuelle Störungen und Sexuelle Devianz.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2002 und 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format:PDF

ISBN 978-3-8409-2482-8

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

1	Dissoziative Phänomene und dissoziative Störungen	1
1.1	Dissoziative Phänomene	1
1.2	Dissoziative Störungen	2
1.2.1	Dissoziative Amnesie	3
1.2.2	Dissoziative Fugue	5
1.2.3	Depersonalisationsstörung	6
1.2.4	Konversionsstörung	8
1.2.5	Dissoziative Trance und Besessenheit	9
1.2.6	Dissoziative Identitätsstörung	11
1.3	Epidemiologische Daten	12
1.4	Verlauf und Prognose	14
1.5	Komorbidität und vorgeordnete Diagnosen	15
1.5.1	Vorgeordnete Diagnosen	16
1.5.2	Komorbidität	19
1.6	Differenzialdiagnostik: weitere Aspekte	19
1.6.1	Organisch begründbare amnestische Störungen	20
1.6.2	Amnesie und gewöhnliche Vergesslichkeit	21
1.6.3	Simulation	21
1.6.4	Besonderheiten bei einzelnen Störungsbildern	22
1.7	Diagnostische Verfahren	24
1.7.1	Strukturierte Interviews	25
1.7.2	Fragebögen	25
2	Störungstheorien und Erklärungsmodelle	26
2.1	Gedächtnis und Erinnerung	27
2.1.1	Explizites und implizites Gedächtnis	27
2.1.2	Entwicklung	28
2.1.3	Bewusst – Unbewusst	28
2.2	Dissoziative Störungen	30
2.2.1	Traumabedingte Dissoziation	30
2.2.2	Peritraumatische Dissoziation: Phänomenologie	31
2.2.3	Peritraumatische Dissoziation: Neurobiologie	33
2.2.4	Posttraumatische Dissoziation: Neurobiologie	34
2.2.5	Posttraumatische Dissoziation: Psychologie	35
2.3	Dissoziierte Identitäten	38
2.3.1	Störungsbeginn: peritraumatische Dissoziation	38
2.3.2	Entwicklung und Aufrechterhaltung	39
2.4	Trauma – Belastung – Konflikt	40

3	Diagnostik und Indikation	42
3.1	Erstkontakt	42
3.2	Psychologische Untersuchungen	43
3.2.1	Diagnostik der möglichen Ursachen dissoziativer Störungen	43
3.2.2	Diagnostik zur Traumaerinnerung und zum intrusiven Wiedererleben	44
3.2.3	Diagnostische Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus	45
3.3	Medizinische Untersuchungen	48
3.4	Differenzielle Indikation	49
3.4.1	Solitäre dissoziative Störung	49
3.4.2	Multiple dissoziative Störungen	50
3.4.3	Suizidalität, Gewaltneigung, gefährliche Lebens- kontexte	51
4	Behandlung spezifischer dissoziativer Störungen	51
4.1	Patientenschulung: Information und Aufklärung	52
4.1.1	Patientenschulung bei dissoziativer Amnesie und Fugue . .	53
4.1.2	Patientenschulung bei Depersonalisation und Konversion .	54
4.2	Beeinflussung und Reduktion von Reizen, die dissoziative Erfahrungen aktivieren.	57
4.2.1	Depersonalisation	58
4.2.2	Konversion und Trance-Erleben	59
4.2.3	Die Beachtung aktueller Belastungen und Konflikte	61
4.3	Bewältigung und Selbstmanagement dissoziativer Erfahrungen	62
4.3.1	Intrusion dissoziierter Erfahrungen	62
4.3.2	Dissoziative Amnesie	65
4.3.3	Depersonalisation	68
4.3.4	Konversion	68
4.4	Sorgenvoll zwanghaftes Grübeln	71
4.5	Narrative Psychotherapie: Kognitive Strategien und Remoralisierung	72
4.5.1	Kognitive Therapie und rationale Diskurse	73
4.5.2	Symptome als innerer „Seismograf“	73
4.5.3	Narrative Psychotherapie und Remoralisierung	75
5	Behandlung bei dissoziativer Identitätsstörung . .	78
5.1	Das allgemeine Therapieziel und seine Ambivalenz	78
5.2	Elemente der Behandlung	79
5.2.1	Die therapeutische Beziehung	80
5.2.2	Wiederholung traumatischer Erfahrungen	81

VI

5.3	Behandlungsverlauf	81
5.3.1	Sachliche Exploration und Störungsanalyse	82
5.3.2	Umgang mit unerwarteten Krisen	82
5.3.3	Beginnende Integration	83
5.4	Narrativ-kognitive Therapiestrategien	84
5.4.1	Metakognitive Integration	85
5.4.2	Narrative Therapie	86
5.5	Thema: Missbrauch	87
5.5.1	Therapeutische Strategien	88
5.5.2	Weitere beachtenswerte Aspekte	89
5.6	Aktivierung persönlicher Ressourcen	90
5.6.1	Selbstbeobachtung und Selbstevaluation	90
5.6.2	Therapeutische Kontrakte und Selbstmanagement	91
6	Krisenintervention und Stabilisierung	91
6.1	Selbst- bzw. Fremdgefährdung	92
6.2	Existenzielle Krisen und Notlagen	93
6.3	Notwendige Phasen der Stabilisierung	95
6.3.1	Stationäre und/oder ambulante Behandlung	95
6.3.2	Stabilisierung alltäglicher Beziehungen	96
6.3.3	Sich um die Patienten kümmern	96
6.3.4	Alltägliches Funktionieren als Voraussetzung und Ziel	97
7	Effektivität: Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlungsempfehlungen	98
7.1	Posttraumatische und dissoziative Belastungsstörungen	99
7.2	Solitäre dissoziative Störungen	100
7.3	Narrative Psychotherapie	101
7.4	Pharmakologische Kombinationsbehandlung	102
8	Weiterführende Literatur	102
9	Literatur	103
10	Anhang	109
	Verlaufsaspekte organmedizinisch begründbarer amnestischer Störungen	109
	Depersonalisationsstörung: Klassifikation und Übergänge zur Normalität	110
	Dissoziative Identitätsstörung: Interview zur diagnostischen Eingrenzung	112
	Informationsblatt: Dissoziative Störungen	113

Karte:
Kurzanleitung für die Exploration

1 Dissoziative Phänomene und dissoziative Störungen

Dissoziative Störungen sind sichtbarer Ausdruck der innerpsychischen Verarbeitung und Bewältigung traumatischer Erfahrungen. Untersuchungen an Menschen, die sexuellen oder gewalttätigen Übergriffen, technischen oder Naturkatastrophen, Arbeits- oder Autounfällen ausgesetzt waren, zeigen, dass bei den Betroffenen dissoziative Phänomene wie Amnesien, Depersonalisationen und Konversionen extrem häufig auftreten. Nicht nur unmittelbar, sondern auch langfristig können dissoziative Traumastörungen zur deutlichen Einschränkung der alltäglichen Funktionsfähigkeit führen. Auch Traumata, die Personen helfender Berufe, Ärzte, Polizisten, Mitarbeiter der Feuerwehr oder Psychologen bei anderen miterleben, können psychische und dissoziative Störungen zur Folge haben.

1.1 Dissoziative Phänomene

Dissoziation kann als ein Mechanismus verstanden werden, der es ermöglicht, verschiedene mentale Prozesse und Inhalte voneinander getrennt zu halten. Unter normalen, nicht pathopsychologischen Bedingungen gilt Dissoziation sogar als persönliche Kompetenz, die genutzt werden kann, mehr als eine Aufgabe gleichzeitig auszuführen, selbst wenn sich die notwendigen Handlungen hochkomplex darstellen oder erst mühselig gelernt werden müssen. So können Handlungsrouninen oder Gewohnheiten als Automatismen teilweise oder ganz (dissoziiert) außerhalb der bewussten Verarbeitung gehalten werden, während wir uns mit unserer Aufmerksamkeit gleichzeitig auf zentrale andere Dinge konzentrieren – z. B. wenn wir uns beim Autofahren mit den Mitfahrern unterhalten.

Automatismen
und
Gewohnheiten

Peritraumatische Dissoziation

Andererseits kann Dissoziation durch besonders belastende Ereignisse, Stress oder Traumata spontan ausgelöst werden und sich als solche der bewussten Kontrolle mehr oder weniger entziehen. Sie dient jedoch in vielen dieser Fälle ebenfalls der Bewältigung jener ursächlichen, teils extrem belastenden Erfahrungen. Bereits zeitgleich während eines Traumas auftretende Phänomene dieser Art werden unter dem Begriff „peritraumatische Dissoziation“ zusammengefasst. Dazu zählen das spontane Weglaufen aus

Dissoziations-
potenzial

lebensgefährlichen Situationen oder das bewegungslose stuporöse Verharren bei unübersichtlicher oder unklarer Bedrohung von Leib und Leben. Einige Forscher sprechen in solchen Fällen gelegentlich positiv von einem dem Menschen innewohnenden Dissoziationspotenzial, das bei Lebensgefahr die Aufrechterhaltung eines Minimums an Handlungskontrolle, Selbstsicherheit und Identitätsgefühl sicherstellt.

Posttraumatische Dissoziation

Bleiben dissoziative Phänomene auch nach und außerhalb von traumatischen Situationen bestehen und/oder treten sie bereits unter alltäglichen, stressarmen Belastungen dergestalt auf, dass sie das funktionale Handeln in diesen Situationen erheblich einschränken oder anderweitig ungünstig beeinträchtigen, ist die Diagnose einer psychischen Störung nahe liegend. Psychische dissoziative Störungen können posttraumatisch als sich wiederholende Einzelphänomene auftreten. Sie können aber auch Teilphänomene unterschiedlicher psychischer Störungen sein. In der Folge von Traumaerfahrungen gilt das Auftreten der entsprechend bezeichneten Posttraumatischen Belastungsstörung als besonders prototypisch, deren wesentliche Bestimmungsstücke dissoziative Störungen der unterschiedlichsten Art sein können.

1.2 Dissoziative Störungen

Störung ganz-
heitlich erlebter
Erfahrungen

Die dissoziativen Störungen sind gekennzeichnet durch einen mehr oder weniger deutlichen Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns. Zumeist handelt es sich um eine kurzzeitige Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt. Der Verlust von integrativen Funktionen des Bewusstseins stört, verändert oder verhindert die Erfahrung der Ganzheitlichkeit der eigenen Person. Diese betreffen z. B. die Erinnerung an die Vergangenheit, das Identitätsbewusstsein oder das Erleben von Kontrolle über Körperempfindungen und Körperbewegungen. Sie können plötzlich oder allmählich auftreten und sowohl vorübergehender Natur sein wie auch chronisch verlaufen.

Hohe
Komplexität

Dissoziative Phänomene und Symptome treten nur selten als Einzelstörungen in Erscheinung. Häufig sind sie eingebunden in komplexe Prozesse der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Deshalb gehören sie auch zur Symptomatik anderer psychischer Störungen, die sich in der Folge traumatischer und belastender Lebensereignisse entwickeln können. Dies gilt beispielsweise für Phobien, für die posttraumatische Belastungsstörung, die Depression, die Schizophrenie oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Es gibt inzwischen gute Gründe und Belege, dissoziative Phänomene im Kontext anderer psychischer Störungen nicht nur als zugehörige Merkmale zu betrachten. Auch bei anderen Störungen werden sie vor allem dann beobachtet, wenn sich deutliche Hinweise auf traumatische Vorerfahrungen der Betroffenen finden.

Die nachfolgende Darstellung der einzelnen dissoziativen Störungen orientiert sich sowohl am DSM-IV-TR (APA, 2000) wie an der ICD-10 (WHO, 1992), weil sich beide Systematiken in einigen Aspekten grundlegend voneinander unterscheiden.

1.2.1 Dissoziative Amnesie

Die dissoziative Amnesie (ICD: F44.0) kennzeichnet eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche autobiografische Informationen zu erinnern, die zumeist traumatischer oder belastender Natur sind.

Tritt die dissoziative Amnesie solitär und ohne weitere psychische Komplikationen auf, gilt sie zugleich als die am wenigsten gravierende Störung. Das Erinnerungsvermögen stellt sich vielfach sehr spontan und zumeist vollständig wieder ein. In diesen Fällen bleiben zumeist keine weiteren Beeinträchtigungen zurück. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, weshalb Betroffene schließlich wegen ihrer Gedächtnisstörung um Behandlung nachsuchen.

Von „Störung“ sollte nur gesprochen werden, wenn der Erinnerungsverlust andauert und zu subjektivem Leiden oder zu erheblicher Funktionsbeeinträchtigung führt. Die Patienten schildern ihr Störungserleben üblicherweise mit Konzentrationsstörungen, Ratlosigkeit oder Gequältsein wegen der Erinnerungslücken. Depressionen, wie sie gelegentlich im Zusammenhang mit anderen dissoziativen Störungen auftreten können, werden eher selten beobachtet.

Wann ist Amnesie psychische Störung?

Differenzialdiagnostik: zeitliche Erstreckung von Amnesien

Bei Berücksichtigung des Zeitpunktes eines auslösenden Ereignisses und des Eintritts in eine Amnesie lassen sich drei Zeitabschnitte unterscheiden:

- *Retrograde Amnesie*: Der Erinnerungsverlust bezieht sich auf Ereignisse, die *vor* der Belastungssituation liegen; Geschehnisse nach dem Trauma können erinnert werden, gelegentlich auch das traumatische Ereignis oder Anteile desselben.
- *Posttraumatische Amnesie*: Es besteht ein Verlust der Erinnerung für Geschehnisse, die sich mit Latenz an das traumatisierende Ereignis anschließen.