



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Selbststudium

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Diagnostik und Therapie dissoziativer Störungen (ICD-10: F44)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Selbststudium

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Erstellung des Inhalts:

Prof. Dr. Martin Lambert

Lehrbeauftragter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gebäude W37

Tel.: +49-40-7410-24041

Fax: +49-40-7410-52229

E-Mail: lambert@uke.de



- Übersicht zum Krankheitsbild
- Grundlagenwissen
 - Diagnostik und Klassifikation
 - Epidemiologie und Verlauf
 - Ätiologie
- Therapie
 - Psychotherapie
 - Pharmakotherapie



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Übersicht zum Krankheitsbild



- Dissoziative Störungen sind durch Störungen der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, des Körpers, der Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt sowie der Identität gekennzeichnet
- Sie sind historisch mit dem Hysteriebegriff verknüpft
- Freud sah hysterische Symptome als Ergebnis aktiver psychischer Verdrängungs- und Abwehrprozesse



Krankheitsaspekt	Wissen
Punktprävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ Dissoziative Amnesie: ca. 3–5%▪ Dissoziative Fugue: ca. 0,2%▪ Dissoziative Bewegungsstörungen: unbekannt▪ Dissoziative Krampfanfälle: 2–33 von 100.000▪ Dissoziative Sensibilitäts- u. Empfindungsstörungen: unbekannt▪ Konversionsstörungen insgesamt: ca. 0,3%▪ Multiple Persönlichkeitsstörung/dissoziative Identitätsstörung: ca. 1%,▪ Depersonalisations-/Derealisationssyndrom: ca. 1–2,5 %
Geschlechterverhältnis	<ul style="list-style-type: none">▪ Frauen > Männer ca. 3:1
Erkrankungsgipfel	<ul style="list-style-type: none">▪ zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr
Häufigste Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">▪ Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen
Leitlinien	<ul style="list-style-type: none">▪ Behandlungsrichtlinien der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSD) (ISSD 2005; aktualisiert 2011)▪ AWMF Nr. 028/009: S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen (F44), aktualisiert 11/2006▪ AWMF Nr. 051/010: S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, aktualisiert 01/2011



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Diagnostik und Klassifikation



Diagnostik und Klassifikation: Übersicht

- Im ICD-10 werden Störungen mit Funktionsausfällen auf psychischer und auf körperlicher Ebene der Kategorie „Dissoziative Störungen“ zugeordnet
- Im DSM-IV werden ausschließlich Störungen des Bewusstseins als dissoziative Störungen klassifiziert

ICD-10		DSM-IV	
F44.0	dissoziative Amnesie	300.12	dissoziative Amnesie
F44.1	dissoziative Fugue	300.13	dissoziative Fugue
F44.2	dissoziativer Stupor	-	-
F44.3	Trance und Besessenheitszustände	-	-
F44.4	dissoziative Bewegungsstörungen	300.11	Konversionsstörung(Kategorie: somatoforme Störungen)
F44.5	dissoziative Krampfanfälle		
F44.6	dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	-	-



Diagnostik und Klassifikation: Dissoziative Störungen

ICD-10		DSM-IV	
F44.7	dissoziative Störungen, gemischt	-	-
F44.80	Ganser-Syndrom	-	-
F44.81	multiple Persönlichkeitsstörung	300.14	dissoziative Identitätsstörung (DIS)
F44.88	sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen	-	-
F44.9	nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen	300.15	nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen
F48.1	Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (Kategorie: sonstige neurotische Störungen)	300.60	Depersonalisationsstörung



ICD-10 Diagnosekriterien dissoziativer Störungen

Störungen	Klinisches Bild
Dissoziative Amnesie	<ul style="list-style-type: none">▪ teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an vergangene belastende oder traumatische Ereignisse zu erinnern▪ ausgeprägter und anhaltender als normale Vergesslichkeit
Dissoziative Fugue	<ul style="list-style-type: none">▪ unerwartete Entfernung von gewohnter Umgebung mit äußerlich unauffälliger Wirkung▪ teilweise oder vollständige Amnesie für die Reise
Dissoziativer Stupor	<ul style="list-style-type: none">▪ Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen, Sprache und Reaktionen auf Licht, Geräusche und Berührung▪ normaler Muskeltonus, aufrechte Haltung und Atmung sind erhalten
Dissoziative Bewegungsstörung	<ul style="list-style-type: none">▪ entweder teilweiser oder vollständiger Verlust der Bewegungsfähigkeit oder Koordinationsstörungen
Dissoziative Krampfanfälle	<ul style="list-style-type: none">▪ plötzliche krampfartige Bewegungen, die an epileptischen Anfall erinnern



ICD-10 Diagnosekriterien dissoziativer Störungen

Störungen	Klinisches Bild
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	<ul style="list-style-type: none">entweder teilweiser oder vollständiger Verlust von Hautempfindungen oder Seh-, Hör- oder Riechverlust
Dissoziative Identitätsstörung (DIS)	<ul style="list-style-type: none">zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten mit eigenem Gedächtnis, Vorlieben und Verhaltensweisen, die zu bestimmten Zeiten Kontrolle über das Verhalten der Person habenUnfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern
Depersonalisations-/Derealisationssyndrom	<ul style="list-style-type: none">entweder Depersonalisation (Entfremdung gegenüber eigener Person) oder Derealisation (Unwirklichkeitsgefühl gegenüber Umgebung)



- Zur Vergabe der Diagnose einer dissoziativen Störung wird im ICD-10 ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den Symptomen und psychosozialen Belastungen verlangt
- Es muss abgeklärt werden, ob eine primäre dissoziative Erkrankung vorliegt oder die dissoziativen Symptome ausschließlich im Verlauf einer anderen Störung auftreten
- Differenzialdiagnostisch müssen v.a. folgende Störungen berücksichtigt werden:
 - hirnorganische Störungen
 - affektive, Angst- und somatoforme Störungen
 - Schizophrenien
 - artifizielle Störungen und Simulationstendenzen



Diagnostische Instrumente (I)

- Zur Quantifizierung und Diagnosesicherung: SKID-D
- Symptominstrumente können zur Erfassung dissoziativer Symptome sowie als Screening beim Verdacht verwendet werden

Psychometrische Instrumente

Verfahren	Beschreibung
SKID-D	<ul style="list-style-type: none">■ Auftreten und Schweregrad der fünf dissoziativen Hauptsymptome: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätsänderung (DSM-IV)
DSS-akut und DSS-4	<ul style="list-style-type: none">■ Zur Erfassung akuter dissoziativer Symptome
AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion	<ul style="list-style-type: none">■ Zeitökonomisches Instrument zur Erfassung qualitativer und quantitativer dissoziativer Merkmale



Psychometrische Instrumente

Verfahren	Beschreibung
Dissociative Experiences Scale (DES); deutschen Adaption: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	<ul style="list-style-type: none">▪ International am häufigsten eingesetztes Symptominstrument (DES)▪ 44 Items erfassen dissoziative Symptome auf den Skalen: pseudoneurologische Konversionssymptome, Amnesie, Absorption, Depersonalisation/Derealisation und Identitätsspaltung/-verwirrung▪ Bei einer Antwortskala von 0 bis 100 wurde für einen Mittelwert von 25-30 die höchste Sensitivität und Spezifität ermittelt
Kurzform des FDS (FDS-20)	<ul style="list-style-type: none">▪ Zur Erfassung umgrenzter Zeiträume
Dissoziations-Spannungs-Skala (DSS)	<ul style="list-style-type: none">▪ Zur Erfassung umgrenzter Zeiträume



Diagnostische Fragen (I)

Screening-Fragen zur Exploration dissoziativer Symptome und Störungen (eigene Auswahl aus den Einstiegsfragen des SKID-D)

Störung	Screening-Fragen
Dissoziative Amnesie	<ul style="list-style-type: none">▪ Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass es größere Lücken in Ihrem Gedächtnis gibt?▪ Gab es jemals eine Zeit, in der Sie Schwierigkeiten hatten, sich an Ihre täglichen Aktivitäten zu erinnern?▪ Waren Sie jemals unfähig, sich an Ihren Namen, Alter, Adresse oder andere wichtige persönliche Informationen zu erinnern?
Dissoziative Fugue	<ul style="list-style-type: none">▪ Sind Sie jemals unerwartet von zu Hause verreist oder weggegangen und waren nicht in der Lage, sich an Ihre Vergangenheit zu erinnern?
Depersonalisation	<ul style="list-style-type: none">▪ Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob Sie sich von einem Punkt außerhalb Ihres Körpers beobachten, als ob Sie sich aus der Entfernung sehen?▪ Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, sich selbst fremd zu sein?▪ Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, als ob Teile Ihres Körpers oder der ganze Körper unwirklich sind?



Diagnostische Fragen (I)

Screening-Fragen zur Exploration dissoziativer Symptome und Störungen (eigene Auswahl aus den Einstiegsfragen des SKID-D)

Störung	Screening-Fragen
Derealisation	<ul style="list-style-type: none">▪ Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihnen vertraute Umgebung und Menschen ungewohnt oder unwirklich erscheinen?▪ Sind Ihnen enge Freunde, Angehörige oder Ihr eigenes Zuhause jemals merkwürdig oder fremd erschienen?▪ Haben Sie sich jemals verwirrt gefühlt im Hinblick darauf, was in Ihrer Umgebung wirklich bzw. unwirklich ist?
Dissoziative Identitätsstörung (DIS)	<ul style="list-style-type: none">▪ Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass in Ihrem Inneren ein Streit darum stattfindet, wer Sie eigentlich sind?▪ Sprechen Sie mit sich selber oder führen Sie Dialoge mit sich selbst?▪ Haben Sie jemals für sich selbst einen anderen Namen gebraucht oder haben andere Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie verschiedene Namen für sich gebrauchten?▪ Wurde Ihnen jemals von anderen gesagt, dass Sie eine andere Person zu sein scheinen?



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Epidemiologie und Verlauf



- Erhebliche Schwankungen in den Prävalenzen, deshalb keine aussagekräftigen Zahlen vorhanden
- Kürzere Episoden dissoziativer Phänomene, insbesondere Depersonalisation und Derealisation, sind v.a. in und nach belastenden Situationen häufig
- Auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) findet sich häufig Dissoziation als trauma- bzw. stressassoziiertes Symptom
- Häufige komorbide Störungen bei Patienten mit dissoziativen Störungen sind Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und somatoforme Störungen
- Frauen erkranken häufiger an dissoziativen Störungen
- Der Erkrankungsbeginn liegt bei etwa 75% zwischen dem 17. und dem 32. Lebensjahr, wobei bis zur Diagnosestellung meist eine lange psychiatrische Vorgeschichte besteht



- Bei Störungen mit einem hohen Ausmaß an Desintegration wie bei der DIS und den Konversionsstörungen ist eher mit einem chronischen Verlauf zu rechnen
- Die dissoziative Amnesie und das Depersonalisations-/Derealisationssyndrom verlaufen häufig episodenhaft
- Bei hoher Komorbidität, einem späten Zeitpunkt der adäquaten Diagnosestellung und einer langen Erkrankungsdauer ist eher von einer ungünstigen Prognose auszugehen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Ätiologie



- Dissoziation kann als stressassoziiertes Reaktionsmuster verstanden werden, das in Abhängigkeit von der individuellen Disposition und dem Ausmaß an Belastungen auftritt
- Es liegen gehäuft traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte vor
- Vorsicht vor dem Automatismus dissoziative Störung = früheres Trauma
- Multifaktorielles Zusammenwirken von genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren bedingt (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)
- Individuelle Dissoziationsneigung:
 - Ca. 50% der totalen Varianz dissoziativer Phänomene ist auf Erblichkeit zurückzuführen
 - Suggestibilität, mentale Absorption und starke Fantasieneigung
 - Alexithymie
 - Hohes affektives Erregungsniveau
 - Schlafmangel, schlechte Schlafqualität, geringe Trinkmenge
 - Überaktivierung des anterioren Cingulums und Amygdala-Unteraktivierung
- Reaktion auf traumatische Erlebnisse:
 - Dissoziation ist eine intrapsychische Möglichkeit, schwer erträgliche Belastungen auszuhalten



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Psychotherapie



- Mangels kontrollierter Studien können keine evidenzbasierten Aussagen zur Therapie getroffen werden
- Psychotherapie gilt als Methode der Wahl
- Zentral ist die Diagnosevermittlung
- Empfohlen wird ein phasenorientiertes Vorgehen: In der ersten Phase erfolgt eine Stabilisierung und Symptomreduktion und falls vorliegend, in der zweiten Phase eine Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen:
 - Phase 1: Informationen vermitteln, Frühwarnzeichen und Strategien zur Beendigung der dissoziativen Symptomatik erarbeiten, sowie Fertigkeiten der Gefühlsregulation und der Problemlösung verbessern
 - Phase 2: traumafokussierendes Behandlungsprogramm, wobei ein graduiertes Vorgehen und der Einsatz von antidissoziativen Fertigkeiten empfohlen werden



Interventionen zur Stabilisierung und Symptomreduktion (Phase I)

Intervention	Beschreibung
Psychoedukation	<ul style="list-style-type: none">▪ Benennung und Entkatastrophisierung der Symptome entlastet häufig
Verbesserung der Gefühls- bzw. Spannungsregulation	<ul style="list-style-type: none">▪ Erarbeitung eines individuellen Notfallkoffers mit Stress-Toleranz-Skills im Sinne der Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan (DBT)
Erhöhen der Veränderungsmotivation	<ul style="list-style-type: none">▪ Erarbeitung von früheren und heutigen (kurz- und langfristigen) Vor- und Nachteilen der Dissoziation mittels eines Vier-Felder-Schemas
Kontingentsmanagement	<ul style="list-style-type: none">▪ Unterbrechung der ungewollten Symptomverstärkung durch Angehörige (aufgrund von Fürsorge) mittels Aufklärung
Reduktion emotionaler Verwundbarkeit	<ul style="list-style-type: none">▪ Frühzeitige Fokussierung auf mangelhafte Ernährung, unzureichende Trinkmenge, Substanzabusus, wenig körperliche Bewegung und schlechten Schlaf (können die generelle Dissoziationsschwelle senken)



Interventionen zur Stabilisierung und Symptomreduktion (Phase I)

Intervention	Beschreibung
Symptomtagebücher/Verhaltensanalysen	<ul style="list-style-type: none">▪ Protokollierung von Häufigkeit, Art, Intensität und Begleitumständen der Dissoziation▪ Identifikation von auslösenden Situationen, Gedanken und Gefühlen
Frühwarnzeichen	<ul style="list-style-type: none">▪ Auf Gedanken-, Gefühls-, Körper- und Verhaltensebene▪ Einführung von Dissoziationsskalen (0–100) hilfreich
Antidissoziative Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none">▪ Präventiv oder zur Unterbrechung dissoziativer Zustände▪ Grounding-Techniken (Fokussierung des körperlichen Kontakts zur Umgebung)▪ Realitätsprüfung (z.B. Benennung des gegenwärtigen Ortes)▪ Starke Sinnesreize (z.B. Steinchen im Schuh, Ammoniak, laute Musik)
Reiz-Diskrimination	<ul style="list-style-type: none">▪ Bei Patienten mit komorbider PTBS
Bearbeitung dysfunktionaler Schemata	<ul style="list-style-type: none">▪ Identifizierung und Hinterfragung mittels Gedankenprotokolle, Realitätsprüfung und sokratischer Gesprächsführung



Interventionen zur Stabilisierung und Symptomreduktion (Phase I)

Intervention	Beschreibung
Problemlösen	<ul style="list-style-type: none">▪ Zum Aufbau eines unterstützenden sozialen Netzwerks und zur Reduktion belastender Alltagsprobleme
Besonderheiten bei dissoziativer Identitätsstörung	<ul style="list-style-type: none">▪ Ziel: Integration der Teilidentitäten in die Gesamtpersönlichkeit
Besonderheiten bei Konversionsstörungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Diagnosevermittlung als erste zentrale Intervention▪ Vermittlung, dass Symptome real und nicht eingebildet sind▪ Aufbau eines psychosomatischen Krankheitsmodells und ggf. Motivierung für eine Psychotherapie

Quellenangaben: Voderholzer, U., Hohagen, F. Therapie psychischer Erkrankungen. Elsevier, 2013



Interventionen zur Stabilisierung und Symptomreduktion (Phase II)

Intervention	Beschreibung
Prolongierte Exposition	<ul style="list-style-type: none">▪ Beginn der Auseinandersetzung mit weniger belastenden Themen▪ Beginn mit kurzen Sequenzen der traumatischen Situation▪ Schreiben über die belastende Situation▪ Berichten in der Vergangenheitsform mit geöffneten Augen▪ Berichten aus der Beobachterperspektive▪ Einsatz der Bildschirmtechnik

Quellenangaben: Voderholzer, U., Hohagen, F. Therapie psychischer Erkrankungen. Elsevier, 2013



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Pharmakotherapie



- Die Datenlage zur Pharmakotherapie ist dünn und eindeutige Behandlungsempfehlungen fehlen
- Medikamentös kann ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Naltrexon erwogen werden
- Bisherige Studien betrafen das endogene Opioid-, Serotonin- und Glutamat-System. Diskutiert werden u.a.:
 - Fluoxetin
 - Paroxetin
 - Lamotrigin
- Praxisleitlinien zur Diagnostik und Therapie der DGPPN sind für dissoziative Störungen im Erwachsenenbereich derzeit nicht publiziert



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei Fragen bitte unter:

http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_2512.php