

Psychotherapie 2023 · 68:141–154  
<https://doi.org/10.1007/s00278-022-00641-7>  
Angenommen: 6. Dezember 2022  
Online publiziert: 3. März 2023  
© The Author(s), under exclusive licence to  
Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
Springer Nature 2023

**Wissenschaftliche Leitung**  
Alexandra Martin, Wuppertal  
Carsten Spitzer, Rostock  
Andreas Ströhle, Berlin  
Svenja Taubner, Heidelberg



# CME

## Zertifizierte Fortbildung

### Dissoziation: ein trans- diagnostisches Phänomen

Hannah Wallis · Matthias Vogel · Florian Junne · Marius Binneböse

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Magdeburg,  
Magdeburg, Deutschland

#### Zusammenfassung

Der Begriff der Dissoziation wurde in frühen Anfängen der Neurosenlehre verwendet, hat sich seither gewandelt und ist Ausgangspunkt vieler Kontroversen. Unter Dissoziation wird i. Allg. die Abspaltung sonst integrierter Gedächtnis-, Bewusstseins-, Identitäts- und Wahrnehmungsfunktionen (eigene Person und Umwelt) verstanden. Dissoziation ist ein klinisches Kriterium von Belastungsstörungen und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung; dissoziative Symptome haben sind ebenfalls als Phänomene bei anderen Erkrankungen hochrelevant. Differenzialdiagnostisch ist Schizophrenie bedeutsam. Die Unterscheidung zwischen Dissoziation von Detachment- und Kompartimentalisationstyp sowie die Berücksichtigung möglicher Traumatypen können die Entwicklung von Krankheitsmodellen unterstützen. Die Behandlung basiert auf akkurater Diagnostik, einschließlich Biografie und Beziehungen. Komplexe Dissoziationslagen erfordern eine komplexe Therapie, weil neben der psychischen Integration weitere psychosoziale Bedarfe zu bedienen sind.

#### Schlüsselwörter

Dissoziative Störungen · Gedächtnis · Bewusstsein · Identität · Wahrnehmung

**Online teilnehmen unter:**  
[www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme)

Für diese Fortbildungseinheit  
werden 3 Punkte vergeben.

#### Kontakt

Springer Medizin Kundenservice  
Tel. 0800 77 80 777  
(kostenfrei in Deutschland)  
E-Mail:  
[kundenservice@springermedizin.de](mailto:kundenservice@springermedizin.de)

#### Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden  
Sie im CME-Fragebogen am Ende des  
Beitrags.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

## Lernziele

- Nach dieser Lektüre wissen Sie, innerhalb welcher gängiger diagnostischer Kategorien Dissoziation ein klinisches Kriterium ist und bei welchen Krankheitsbildern sich häufig akzessorisch dissoziative Symptome zeigen.
- Sie können die von Holmes et al. vorgeschlagenen Kategorien der Dissoziation hinsichtlich ihrer Phänomenologie unterscheiden.
- Sie können mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich klinischen Symptomen bei Schizophrenien und Dissoziation nennen.
- Sie ziehen Schlüsse, welche Ereignisse in Diagnostischen Gesprächen im Zusammenhang mit Dissoziativen Symptomen besonders aufmerksam verfolgt werden sollten.
- Sie wissen, bei welchen Krankheitsbildern sich häufig akzessorisch dissoziative Symptome zeigen. Sie kennen die drei Fragebögen zur Diagnostik von Dissoziativen Störungen und können einen Fragebogen nennen, der auch Hinweise auf kPTBS einschließt.
- Sie können drei Phasen der Behandlung von schweren dissoziativen Störungen benennen und leiten jeweils Behandlungselemente ab, die in den jeweiligen Phasen besonders relevant erscheinen.

## Begriffsgeschichte

Die Geschichte des Begriffs Dissoziation geht auf **Pierre Janet** (1859–1947) zurück; dieser belegte ihn insbesondere mit der Bedeutung eines psychischen und psychophysischen Krankheitsmechanismus. Unter Dissoziationen verstand er die Auswirkungen **psychologischer Automatismen**, die demzufolge u. U. aus dem Bewusstseinsstrom herausgelöst werden können. In der damaligen, der Entschlüsselung des Seelischen verschriebenen, Epoche entstand somit neben der **Freud'schen Neurosenlehre** ein weiteres, einflussreiches psychopathologisches und ätiopathogenetisches Modell zur Erklärung psychischer Phänomene. Beide Modelle haben gemeinsam, dass sie im Zentrum der psychischen Krankheitslehre die Möglichkeit postulieren, die **psychische Homöostase** könne durch die Verbannung belastender mentaler Inhalte aus dem Bewusstsein aufrechterhalten werden.

Pierre Janet prägte im ausgehenden 19. Jh. in Anknüpfung an Forschungen zur **Hysterie** das Konzept der Dissoziation (Janet 1889) als eines ihrer Merkmale. Dieser Begriff wird heutzutage in der gängigen medizinischen Terminologie nicht mehr verwendet, auch weil die ursprüngliche Bedeutung – „hystera“ (die Gebärmutter) – einseitig konnotiert ist. Es zeigte sich, dass „hysterische“ Phänomene auch bei Männern auftreten, weshalb diese von nun an geschlechtsunspezifisch und in Anspielung auf ihre Auslösung durch Eisenbahnunfälle als Antwort auf „**wiederholte Schrecken**“ erklärt wurden. Janet und Freud differenzierten dieses pathogenetische Modell in unterschiedlicher Weise aus, wobei beide annahmen, dass die der Hysterie zugeordneten Symptome ganz wesentlich mit psychischen Ursachen zusammenhängen. Während Janet psychologische Automatismen mit dem Effekt einer unterbewussten (d. h. in der Tiefe des Bewusstseins verankerten) Matrix präformierter assoziativer Kontexte postulierte (Janet 1889), verwies Freud

## Dissociation: a transdiagnostic phenomenon

Since the beginning of the theory of neuroses the concept of dissociation underwent changes and is the origin of many controversies. Dissociation is understood as the disintegration of otherwise integrated functions of memory, consciousness, identity and perception of oneself and the environment. Dissociation is a clinical criterion of stress disorders and emotionally unstable personality disorder. Dissociative symptoms are also highly relevant phenomena in other disorders. Schizophrenia is important in the differential diagnostics. The distinction between dissociation from detachment and compartmentalization types and the consideration of possible types of trauma, can support the development of disease models. The treatment is based on accurate diagnostics, including biography and relationships. Complex dissociative disorders require a complex therapy, because besides psychological integration other psychosocial needs must be accommodated.

### Keywords

Dissociative disorders · Memory · Consciousness · Identity · Perception

auf den dem Bewusstsein a priori verschlossenen Charakter des Unbewussten (Freud 1924).

Janet nahm an, dass eine Empfänglichkeit für hysterische Phänomene auf hereditärer Grundlage beruhe und unter dem Einfluss äußerer belastender Ereignisse zum Tragen komme, in Form einer **Abspaltung** der sog. psychologischen Automatismen aus dem Bewusstsein. Zudem nahm er an, dass die psychische Organisation aus einer Vielzahl von Automatismen bestehe, die dem Menschen eigentlich bewusst seien. Infolge traumatischer Ereignisse könnten sich jedoch einzelne psychische Automatismen abspalten und Eigendynamik entwickeln, die sich in den mannigfaltigen hysterischen Phänomenen widerspiegeln (Janet 1889). Freud hingegen sah den entscheidenden pathogenetischen Vorgang in der **Konversion**, worunter er – semantisch offen – den „rätselhaften Sprung aus dem Seelischen ins Körperliche“ verstand. Konversion kann somit verstanden werden als das Ausgreifen psychischer Spannung auf die Integrität und Funktionalität des Körpers. Die Ursache erkannte Freud in der Unvereinbarkeit von Fantasien und Wünschen mit inneren Normen. Diese würden durch unbewusste konfliktvolle Verarbeitung eine entsprechende innere Konfliktspannung, die sich im Symptom entlade, erzeugen (Freud und Breuer 1952 [1895]). In der zeitgenössischen Literatur überwiegt allerdings der deskriptive Ansatz, auch wenn die 10. Aufl. der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) Konflikte und Traumatisierungen als für die Dissoziation pathogenetisch bedeutsam benennt und Konversionssymptome als psychogen einstuft.

## Definition

Übereinstimmend verstehen die gängigen diagnostischen Klassifikationssysteme unter dem Phänomen der Dissoziation *die Desintegration der üblicherweise integrierten Funktionen des Gedächtnisses, des Bewusstseins, der Identität sowie der Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt* (Tab. 1). Dissoziative Symptome wie **Stupor** oder **Amnesie** gelten i. Allg. als eine traumatisch bedingte Symptomatik. In der ICD-10 (Dilling et al. 2008) werden unter der Kategorie dissoziativer Störungen auch Symptome wie

Tab. 1 Dimensionen der Dissoziation			
Bewusstseinsstörungen	Gedächtnisaffektionen	Identitätsprobleme	Wahrnehmungsveränderungen
Bewusstseinsminderung (quantitativ)	Amnesie	Identitätsunsicherheit	Derealisation
Bewusstseinsinrührung (qualitativ)	Hypermnésie	Identitätswechsel	Depersonalisation
Bewusstseinsengung (qualitativ)	Déjà-vu	Besessenheit	Veränderte Raumwahrnehmung
Bewusstseinsweiterung (qualitativ)	Fugue		Ekmnesie

die Desintegration motorischer und sensibler Funktionen subsumiert. Auch die 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA 2013) führt die dissoziativen Störungen als eigenständige Störungskategorie an. Innerhalb der gängigen Klassifikationen sind dissoziative Symptome als klinisches Kriterium eher marginaler Bestandteil nur weniger weiterer diagnostischer Kategorien, wie der **posttraumatischen Belastungsstörung** (PTBS), der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und der akuten Belastungsreaktion, deren Kriterium B einige dissoziative Symptome umfasst (z. B. DSM: Bryant et al. 2011). Diese Konzeption erkennt das Phänomen der Dissoziation im Zusammenhang mit unmittelbaren Traumafolgen als eine traumatisch veranlasste Reaktion an. Die sog. peritraumatische, also im engen zeitlichen Zusammenhang mit einem traumatisierenden Erlebnis auftretende, Dissoziation wird als eine Voraussetzung für **posttraumatischen Distress** oder andere krankheitswertige Traumakorrelate angesehen (van der Hart et al. 2008).

## Diagnostische Extension

Als eigenständige dissoziative Störungskategorien werden in der ICD-10 innerhalb des Kap. V, F 44 (dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]), die folgenden Diagnosen unterschieden:

- die *dissoziative Amnesie* (Verlust der Erinnerung an kurz zurückliegende, wichtige, meist traumatische Ereignisse). Eine weitergehende Definition (Arbeitsgemeinschaft Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, AMDP) bezieht den Begriff der Amnesie auch auf das Vergessen biografisch relevanter Informationen;
- die *dissoziative Fugue* (der plötzliche und später nicht erinnerte Ortswechsel; ICD-10: F44.1);
- der dissoziative Stupor (das Fehlen oder die Verringerung von Willkürbewegungen und „normalen Reaktionen auf äußere Reize“, etwa Haltungsverharren; ICD-10: F44.2);
- *Trance und Besessenheitszustände* (zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung, der Eindruck, der Herrschaft durch andere Personen, Geister oder andere Kräfte zu unterliegen; ICD-10: F44.3);
- *dissoziative Bewegungsstörungen* (motorische Defizite aller Art ohne organische Verursachung; ICD-10: F44.4);
- das *Depersonalisations- und Derealisationssyndrom* (s. auch Detachment; ICD-10: F48.1);
- *dissoziative Krampfanfälle* (d. h. psychogen verursachte Krampfanfälle, die in ihren krampfartigen Bewegungen epileptischen Anfällen ähneln können; ICD-10: F44.5);
- *dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen* (sensiblen Defizite aller Art ohne organische Verursachung, z. B. Verlust

der normalen Hautempfindung, Seh-, Hör-, Riechverluste; ICD-10: F44.6);

- *dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt* (ICD-10: F44.7);
- *sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen; ICD-10: F44.8)*, einschließlich:
  - des *Ganser-Syndroms* (Bild inkorrekten [„Vorbei-“]Antwortens, häufig in Verbindung mit anderen dissoziativen Symptomen);
  - der *multiplen Persönlichkeits- bzw. dissoziativen Identitätsstörung* (DIS; Vorhandensein mehrerer Persönlichkeiten bzw. getrennter Identitäten in einem Individuum);
- der *transitorischen dissoziativen Störung (Konversionsstörung) in Kindheit und Jugend* und der *sonstigen anderen dissoziativen Störung*.

## Prävalenz

Dorahy et al. (2014) geben eine Prävalenz von ca. 1% in Bezug auf die DIS in der Allgemeinbevölkerung an. Jedoch gilt für Inanspruchnahmepopulationen (wie psychiatrische Patienten) eine Prävalenz von 5% (Gast et al. 2006). Dabei seien Frauen im Verhältnis 9:1 dramatisch häufiger betroffen. Allerdings sind männliche Individuen mit ausgeprägter Dissoziation (und Trauma) eher in forensischen, als in den angeführten allgemeinpsychiatrischen Stichproben anzutreffen (Akyüz et al. 2007). Hinsichtlich der kPTBS, die ein dissoziatives Symptomprofil aufweist, berichteten Brenner et al. (2018) eine Häufigkeit bis zu ca. 13% in einer psychosomatischen Inanspruchnahmepopulation. Zu einem deutlicheren Ergebnis kommen Spitzer et al. (2021), die die Prävalenz pathologischer Dissoziation bei Patienten mit einer **Borderline-Störung** mit 20–37% angeben und zeigen, dass auch Persönlichkeitsstörungen zu einem dissoziativen Ausdruck neigen können. In Bezug auf subklinische, nonpathologische Dissoziation in der Allgemeinbevölkerung wird auf die Darstellung in **Tab. 2** verwiesen, die aufzeigt, dass **Alltagsdissoziation** z. B. als absorptives Erleben auftreten kann, wie bei **konzentrativer Versunkenheit**.

## Akzessorische Dissoziation

Diese Auflistung kategorialer dissoziativer Störungen sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass dissoziative Symptome eine hohe klinische Relevanz als komorbide Phänomene bei anderen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen haben. Lyssenko et al. (2018) haben diesen Komplex in einer kürzlichen Übersicht ausgeleuchtet und ein sehr anschauliches Ranking psychischer, psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in Bezug auf die akzessorische Ausprägung dissoziativer Erscheinungen vorge-

Tab. 2 Dissoziative Symptome in der Allgemeinbevölkerung. (Auszugsweise Darstellung nach Mulder et al. 1998 sowie Ross et al. 1990)					
	Nie (%)	Gelegentlich (%)	Oft (%)	Fast immer (%)	Häufigkeit als Kategorie (%)
Vergesslichkeit	61,7	29,4	7,1	1,8	6 (Amnesie)
Neben-sich-Stehen	90,0	8,7	1,1	0,3	–
Unkenntnis des Weges zum Aufenthaltsort	94,9	3,9	0,9	0,3	0 (Fugue)
Derealisation	93,3	5,3	1,1	0,4	2,8
Depersonalisation	94,2	4,4	1,2	0,3	
Identitätsunsicherheit	87,6	9,5	2,3	0,5	3 (dissoz. Identitätsstörung)

stellt. Dabei finden sich die höchsten Ausprägungen dissoziativer Symptome bei der DIS (48,7%), gefolgt von der PTBS (28,6%) sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (27,9%). Die Prozentangaben beziehen sich dabei auf jenen Anteil der Zeit, in dem die untersuchten dissoziativen Erscheinungen auftraten.

Bei Entitäten wie **Angststörungen**, Konversion, **Esstörungen** und der somatischen Belastungsstörung fallen die erreichten Scores deutlich ab, auch wenn insbesondere Angst und Konversion traditionell mit der Neigung zu dissoziieren in Verbindung gebracht werden. Wohlgermerkt weisen Gesunde einen FDS-Score von ca. 10% auf. Somit sind dissoziative Symptome bei traumaassoziierten Störungen besonders häufig, scheinen aber darauf nicht beschränkt zu sein. Zudem zeigen die Autoren qualitative Unterschiede im Hinblick auf das Dissoziationspotenzial unterschiedlicher Entitäten: Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen bildet sich ein Schwerpunkt auf der **Absorption** (d.h. Versunkenheit in inneres Erleben). Dieser liegt dagegen für dissoziative Störungen auf den Dimensionen der **Derealisation** und **Depersonalisation**.

Diese Zahlen machen deutlich, dass die weite Definition der Dissoziation auch dazu führt, dass sich sehr unterschiedliche Phänomene auf bestimmte Symptomkonstellationen projizieren, wobei es überraschen mag, dass die Dimension der Amnesie bei diesen schweren, von Lyssenko et al. (2018) untersuchten psychischen Erkrankungen gar nicht ins Gewicht zu fallen scheint. Das akzessorische Auftreten dissoziativer Symptome im Rahmen psychischer Erkrankungen scheint überdies zwar gut zur Annahme eines **dissoziativen Kontinuums** zu passen. Dieses vermutet die Uniformität dissoziativer Symptome in ätiologischer Hinsicht, auch wenn es in diesem Spektrum unterschiedliche Schweregrade gibt. Zugleich lässt sich aber fragen, ob so unterschiedliche Kontexte wie die oben genannten psychischen Erkrankungen allesamt unter den „Trauma-Hut“ passen.

## Dissoziative Erscheinungen im Kontext anderer Störungen

### Psychopathologische/psychische Prozesse

Abgesehen von der Kausalität einer Traumafolge scheint die Dissoziationsneigung durch bestimmte psychopathologische bzw. psychische Prozesse begünstigt zu werden. Hierzu zählen Depressivität bzw. **emotionale Labilität** und **Insomnie** (Giesbrecht und Merkelbach 2005).

Andere Faktoren, die zur Dissoziation beitragen können, sind psychologischer Natur und lösen teils starke Kontroversen über

die Natur der Dissoziation aus: Die Rede ist von der Neigung zu fantasieren und der zu **kognitiven Fehlern** (Giesbrecht und Merkelbach 2005). Moderate Korrelationen dieser Konstrukte mit der deutschen Version der Dissociative Experiences Scale (DES) werfen die Frage auf, ob es sich bei dissoziativen Phänomenen um Denkfehler und um **Suggestionen** handelt. Diese sehr kontroverse Debatte soll sie hier nicht geführt werden. Vielmehr ist zu betonen, dass die dissoziativen Anteile einer individuellen Symptomatik aus der jeweiligen Subjektivität heraus am besten zu verstehen sind, d. h., dass Belastungen sich auch aus den individuellen Grenzen der Belastbarkeit definieren können. Ein Beispiel sind aktuelle Erhebungen zur psychischen Gesundheit unter pandemischen Umständen, die auf eine erhöhte Belastung mit dissoziativen Symptomen hinweisen (Rossi et al. 2021). Hier wird deutlich, dass **gesellschaftliche Belastungen** eine Vulnerabilität für dissoziative Symptome bedeuten können. Deshalb ist eine gesellschaftliche Krisensituation, die kein Trauma im engeren Sinne darstellt, in Verbindung mit einer gesundheitlichen Bedrohung möglicherweise dissoziationsauslösend. Somit bleibt die Frage, ob dissoziative Symptome immer auf einem konkreten Trauma beruhen, offen und ungeklärt. Allerdings unterstreichen diese Befunde die Funktionalität dissoziativer Symptome als Abwehrmechanismus, der die emotionale Homöostase auch unter schwierigen Bedingungen aufrechterhalten hilft. Dissoziation muss in diesem Sinne nicht immer als eine krankhafte Symptomäußerung verstanden werden; mitunter wird ihr ein Verständnis als **Stresskorrelat** eher gerecht.

### ► Cave

Dissoziative Symptome fungieren als Abwehr auch jenseits konkreter traumatisierender Ereignisse.

## Schizophrenie

Eine besondere Konstellation dissoziativer Psychopathologie zeigt sich im Hinblick auf „severe mental illness“, und insbesondere auf die Schizophrenie. Nach Ross und Keyes (2004) liegt bei etwa 40% der Patienten mit Schizophrenie eine ausgeprägte dissoziative Symptomatik vor. Zugleich weisen diese Patienten eine hohe Traumatisierungsrate auf. Umgekehrt finden sich psychotische, d.h. halluzinatorische und paranoide Syndrome, auch bei nicht-schizophrenen Erkrankungen, namentlich bei posttraumatischen Entitäten wie der PTBS, der Borderline-Persönlichkeit oder dissoziativen Störungen. Erstaunlicherweise sind psychotische Symptome bei diesen Patientengruppen sogar als akzentuierter beschrieben worden, als das bei genuin Schizophrenen der Fall ist (Hamner et al.

2000). Anscheinend gibt es auch qualitative Unterschiede zwischen dem **Stimmenhören** bei Schizophrenie und bei posttraumatischen Störungen: Während Stimmen im Rahmen der Schizophrenie einen eher imperativen Charakter aufweisen (z. B. Stimmen geben Befehle), sind sie bei PTBS eher als Ich-dyston und innerhalb des Kopfes wahrgenommen beschrieben worden. Zudem scheinen psychotische Symptome im Zusammenhang mit posttraumatischen Störungen eher Ausdruck der Dissoziation als unmittelbare Traumafolge zu sein. Diese Einschätzung trägt auch der Tatsache Rechnung, dass **Halluzinationen** kein Wiedererleben repräsentieren, denn es handelt sich nicht um Wahrnehmungen, wie sie in der traumatischen Situation stattgefunden hätten (McCarthy-Jones und Longden 2015). Demzufolge handeln oder fühlen diese Betroffenen unter dem Eindruck ihrer Halluzination eben gerade nicht so, wie sie es in der traumatisierenden Situation taten, sondern erleben Symptome in einem anderen Kontext, der durch diese Symptome dem traumatisierenden angeglichen wird. Vor diesem Hintergrund erklärt sich die Hypothese einer dissoziativen Variante der Schizophrenie, und es lässt sich daraus zumindest hypothetisch ableiten, dass auch Halluzinationen eine Abwehrfunktion innehaben können, die auf dissoziativen Mechanismen beruht. Die Verlagerung der aversiven, spannungsinduzierenden psychischen Inhalte erfolgt in die Außenwelt, und nicht in das Unbewusste oder den Körper.

#### ► Cave

Dissoziative Symptome und Symptome der Schizophrenie können spezifische Wechselwirkungen aufweisen.

### „Topografie“

In Anbetracht des weiten Spektrums unterschiedlicher Symptome, die unter dem Dissoziationsbegriff zusammengefasst werden, haben Holmes et al. (2005) eine Differenzierung vorgeschlagen, die zwei distinkte Klassen von artverwandten, aber wesentlich unterschiedlichen Symptomen differenziert.

- Das Merkmal der Desintegration mentaler Inhalte, in diesem Modell „compartmentalization“ genannt, bezieht sich auf das Fehlen einer bewussten und willentlichen Kontrolle über kognitive, emotionale und handlungsbezogene Prozesse, die eigentlich dem Willen unterworfen sind. Solche Symptome, die aus Automatismen entspringen, sind aus freien Stücken nicht beeinflussbar und entsprechen v. a. der dissoziativen Amnesie. Es geht also um Phänomene, die sich auf den Verlust mnestischer Inhalte und auf überschießende Erinnerungen beziehen (Spitzer et al. 2004) sowie des Weiteren um körperliche Dissoziation bzw. Konversion (Nijenhuis et al. 1996).
- „Detachment“ hingegen subsumiert veränderte Bewusstseinszustände, die aus Entfremdungseindrücken gegenüber der eigenen Person oder der Umwelt resultieren und von einer emotionalen Verflachung bis hin zur totalen Indifferenz begleitet werden. Dissoziation vom Detachment-Typ beinhaltet v. a. Derealisations- und Depersonalisationsphänomene, die häufig bei Traumafolgestörungen, wie etwa der PTBS und – darüber hinaus – beim Depersonalisationssyndrom auftreten (Holmes et al. 2005).

Dissoziation vom **Detachment-Typ** (Fokus Entfremdung) und Dissoziation vom **Kompartimentalisationstyp** (Fokus Desintegration) können sich durchaus überlappen bzw. gegenseitig beeinflussen. So können Dissoziation vom Kompartimentalisationstyp sich z. B. auf abgespaltene emotionale Anteile einer traumatischen Erinnerung beziehen oder aber Dissoziation vom Detachment-Typ die Speicherung wichtiger Erfahrung in das Gedächtnis erschweren (Vogel et al. 2013). Der wesentliche Unterschied dieser beiden Dissoziationsvarianten liegt darin, dass bei der Dissoziation vom Kompartimentalisationstyp **mnestische Funktionen** eher punktuell und ereignisbezogen gestört sind. Dagegen sind im Fall von Detachment strukturelle Funktionen wie **Bewusstsein** und **Wahrnehmung** von einer weitreichenden und nicht nur punktuellen Störung betroffen (Holmes et al. 2005). Es handelt sich demnach bei den vorgeschlagenen Kategorien dissoziativen Erlebens um unterscheidbare, aber interaktive und einander nicht ausschließende Kategorien, die theoretisch auf unterschiedlichen pathogenetischen Prozessen beruhen können und auf unterschiedlichen Kontinua angesiedelt sind. Hierin liegt der besondere Charakter dieses Vorschlags (Holmes et al. 2005), bricht er doch mit dem Paradigma eines dissoziativen Kontinuums, demzufolge alle dissoziativen Phänomene Varianten ein- und desselben Prozesses darstellen würden, die von psychologischem Alltagsleben (wie geistige/konzentrierte Versunkenheit) bis hin zu verschiedensten pathologischen Formen reichen sollen. Dieses Modell könnte zudem helfen, die oben erwähnte Kontroverse um die Dissoziation zu befrieden, denn zwei distinkte Klassen von Dissoziation müssen keine einheitliche Genese aufweisen. Butler et al. (2019) konnten diese **bifaktorielle Struktur** des Modells in einer klinischen und einer nichtklinischen Stichprobe bestätigen und entwickelten zur weiteren Überprüfung der Theorie als Erhebungsinstrument das „Detachment and Compartmentalization Inventory“ (Butler et al. 2019).

### Entwicklungspsychologische Aspekte

Die frühe Traumatisierung in der Kindheit trifft auf eine unreife bzw. unausgereifte Psyche, die demzufolge nur eingeschränkt zur Bewältigung bzw. zum Coping in der Lage ist. Die Erfahrungswelt von Kindern ist durch Exploration bestimmt, sowohl in dinglicher als auch in psychischer, emotionaler, menschlicher und zwischenmenschlicher Hinsicht. Unter anderem sind tragende Beziehungen zu familiären Bezugspersonen zu etablieren, und es müssen ein rudimentäres Selbst(konzept) sowie ein erstes Weltbild errichtet werden. Dabei ist die Verleugnung neben anderen frühen Abwehrmechanismen eine eingeübte Modalität der Wirklichkeitsmodulation (Chess und Thomas 1976), aber auch mit Fantasie und Vorstellung kann das Kind sich in Beziehung zur Umwelt regulieren. **Missbrauchserfahrungen** in diesen kritischen Jahren können nur auf dieser Grundlage verarbeitet werden, sodass eine nach erwachsenen Maßstäben gelingende Verarbeitung von vornherein ausgeschlossen erscheint. Dissoziative Prozesse haben hier nach vorherrschender Sichtweise die Funktion einer **Abwehr**, die die belastenden traumatischen und traumaassoziierten Inhalte aus dem Bewusstsein herauslösen soll. Eine Metaanalyse zeigt etwa, dass Opfer von Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit



Der 47-jährige Patient berichtete von täglichen Panikattacken, chronischer Niedergeschlagenheit und Rückzug. Sein Umzug führte ihn in eine fremde Stadt und somit in die soziale Isolation – analog zur bisherigen, sehr einsamen Lebenssituation. Eine weitgehende Desintegration in sozialer und beruflicher Hinsicht infolge seiner langjährigen Krankengeschichte hatte lange bestanden. Im Jahr 2005 wurde eine Colitis ulcerosa diagnostiziert. Eine vor diesem Hintergrund indizierte Kortisongabe resultierte in 4 Wirbelkörperfrakturen und einer stationären Behandlung (> 1 Jahr) sowie dem Bezug einer EU-Rente. Der Sohn einer Dekorateurin und eines Kaufmanns war als Kind seitens beider Eltern Herabwürdigungen und körperlicher Gewalt ausgesetzt. Mit 8½ Jahren erlebte er einen Amoklauf an einer hessischen Schule. Unvermittelt hatte der Täter den Lehrer erschossen; weitere Tote waren zu beklagen. Nach dieser horrenden Erfahrung zog die Familie in eine Nachbarstadt, und der Patient wechselte die Schule. Zu Hause sei das Ereignis totgeschwiegen worden. Erst im Alter von 20 habe er, aufgrund eines irritierenden Albtraumes, wieder daran gedacht. Erstmals habe er sich angesichts seines nun einsetzenden Leidensdruckes in psychiatrische Behandlung gegeben, Sertralin habe nicht geholfen. Nach dem Abi zog er in eine Metropole, wo er ein journalistisches Studium abschließen konnte, ohne jedoch Anschluss und Freunde zu finden. Während des Studiums sei die Colitis ausgebrochen – für eine berufliche Laufbahn zu instabil, habe er sich dessen auch zunehmend vor Ämtern und Behörden geschämt. Die hohen

Lebenskosten der Metropole veranlassten ihn zum Umzug in die Provinz. Die COVID-19-Pandemie hat ihn sehr verängstigt.

Die *Diagnostik* zeigte eine kPTBS in kriteriumsgemäßer Ausprägung, die Impact of Event Scale keine PTBS, und zusätzlich gab der Patient folgende dissoziative Symptome im FDS an:

- veränderte Handschrift;
- sensible Störungen,
- Selbstgespräche,
- Erleben eigentlich fremder Kompetenzen und
- Fugue.

Im CTQ erwies sich der emotionale Missbrauch als gravierende Bürde. Auf der Achse I waren hinsichtlich der emotionalen Auslenkung eine depressive Episode und hinsichtlich der beklagten Panikattacken eine Panikstörung nicht zu übersehen. Infolge der Colitis und der Wirbelkörperfrakturen bestehende Körperbeschwerden, insbesondere Schmerzen, verweisen auf eine somatoforme Dimension der Erkrankung. Insgesamt erweisen sich die gesundheitlichen Schäden als chronische Traumafolgen, wobei die Kindheitstraumatisierung eine Vulnerabilität erzeugt hat, auf deren Grundlage die Auswirkungen des miterlebten Amoklaufes umso verheerender waren. Der Fokus der stationären Behandlung liegt auf der „Entschämung“ und Überwindung interaktioneller Hemmnisse sowie der sozialen Integration.

als Erwachsene stärker ausgeprägte dissoziative Erfahrungen aufweisen, verglichen mit nichtmissbrauchten oder vernachlässigten Stichproben ( $M_{\text{Abuse}} = 23,5$ ;  $M_{\text{Neglect}} = 18,8$ ;  $M_{\text{Control}} = 13,8$ ; Vonderlin et al. 2018). Diese Funktion ist bei amnestischen Phänomenen sehr sinnfällig, jedoch dienen auch Detachment-Symptome diesem Ziel, indem sie emotionale und psychische Anteile „unsichtbar“ machen oder zumindest in einen dissoziativen Nebel hüllen. Diese Vorgänge können im Rahmen einer fortwährenden Manifestation während der Kindheit die Konsolidierung des Selbst und die Integration der verschiedenen Aspekte der Umwelt erschweren, womöglich sogar systematisch verhindern (Farina et al. 2019).

#### ► Cave

Die Bedeutung komplexer Traumatisierungen erschließt sich oftmals aus deren biographischen Auswirkungen als frühe Traumatisierungen mit entsprechenden Auswirkungen auf die psychische Entwicklung.

## Neurobiologische Aspekte

Mithilfe bildgebender Untersuchungsmethoden gerieten in den letzten Jahren auch die neurobiologischen Korrelate der dissoziativen Störungen mehr in den Fokus. Einerseits wird betrachtet, wo die dissoziativen Symptome entstehen, und andererseits untersucht, welche neurobiologischen Prozesse damit verbunden sind. Weiterhin sind die Dispositionen, die solche Symptome begünstigen, von Interesse.

Konkrete dissoziative Symptome könnten mit distinkten Prozessen verbunden sein (Lotfinia et al. 2020). So wurde beispielsweise bei dissoziativen Krampfanfällen eine erhöhte Konnektivität zwischen motorischen Arealen, Arealen der Emotionsverarbeitung und Arealen der exekutiven Funktionen gefunden (Ding et al. 2013). Bei funktionellen Bewegungsstörungen hingegen weisen Befunde auf eine Störung des Handlungsbewusstseins hin (Voon et al. 2010). Bezüglich der Disposition für dissoziative Symptome zeigte sich

überdies, dass Kindheitstraumata zu einer gestörten emotionalen Regulation und Veränderung der Aktivität der **Amygdala** führen können (Grant et al. 2011). Patienten mit einer Konversionsstörung zeigen wiederum eine erhöhte funktionelle Konnektivität zwischen der Amygdala und dem **supplementär-motorischen Kortex** (Voon et al. 2010). Diese Befunde scheinen auch die Assoziation zwischen Dissoziation und (Kindheits-)Trauma widerzuspiegeln, denn stressassoziierte Prozesse können durch **epigenetische Veränderungen** Reaktionsmuster prägen. So scheinen dissoziative Phänomene mit einer veränderten Aktivierung des **Default-Mode-Netzwerks** einherzugehen, das mit selbstreferenzieller Prozessierung in Verbindung gebracht wird (Vogel und Metzger 2017) und bei Dissoziation funktionelle Entkopplungen zeigt.

## Diagnostik

### Allgemeine Aspekte

Wie auch im Hinblick auf andere psychische Störungen beruht die Diagnostik der Dissoziation auf der deskriptiven Erfassung des psychopathologischen Befundes sowie auf differenzialdiagnostischen Erwägungen und Ausschlüssen anderer Erkrankungen. Hierbei sollte insbesondere der Ausschluss einer neurologischen Erkrankung durch eine ausführliche **neurologische Untersuchung** erfolgen, wobei die Objektivierbarkeit der subjektiv geschilderten Symptome im Vordergrund steht.

Zudem stehen diagnostische Klärungsbedarfe im Zusammenhang mit den ätiologischen bzw. konzeptuellen Grundlagen dissoziativer Phänomene im Raum. Würden dissoziative Symptome als traumaassoziiert gelten, wäre der Nachweis bzw. Bericht einer Traumatisierung konfirmatorisch. Wenn hingegen die Annahme eines neurotischen Konflikts vorherrscht, wäre die dissoziative Abwehr sinnvoll in ein psychodynamisches Modell einzubeziehen. Eine besondere Stellung nehmen schwere dissoziative Störungen ein,

die mit einem **Identitätswechsel** verbunden sein können. Diese umfassen eine Reihe von **Alter Egos**, die sich auch durch ihnen eigene Symptome ausweisen können. Schwere Dissoziation kann so mit schwerer dissoziativ-somatoformer Symptomatik verbunden sein. Die Theorie der DIS besagt im Hinblick auf diese Symptome, dass es sich um verkörpertes Wiedererleben handele; dieses materialisiere sich in der jeweiligen dissoziierten Traumaerinnerung (Loewenstein 2018). Diese Symptome, und auch dissoziative Anfälle, stellen also einen fragmentierten Anteil einer Gesamtpathologie dar, den man ohne diesen Kontext aber diagnostisch wahrscheinlich falsch einordnen wird. Insofern ist die Diagnostik nicht nur phänomenologisch und deskriptiv zu gestalten, sondern auch unter Berücksichtigung **ätiologischer Paradigmen** aufzurollen.

► **Cave**

- Dissoziative und Konversionssymptome können wie bei der DIS einen fragmentierten Teil einer Gesamtpathologie darstellen.
- Ohne die Gesamtpathologie zu kennen, wird man die Symptome wahrscheinlich falsch einordnen und behandeln.

### Herangehen in Bezug auf Traumatisierung

Potenziell traumatische Ereignisse sind für die Dissoziation ätiologisch relevant. Insofern dient die Anamnese auch der Absicherung der Diagnose einer psychischen Störungen mit dissoziativen Symptomen. Vor diesem Hintergrund sollte für die Diagnose die Einteilung traumatisierender Ereignisse in **Typ-I-Traumata** (akute, singuläre, z. B. Verkehrsunfälle, kurz andauernde Naturkatastrophe, kurz andauernde Gewalterfahrung) – und **Typ-II-Traumata** (wiederholte, komplexe, z. B. Kriegserlebnisse, Missbrauch in Kindheit) berücksichtigt werden. Relevant ist außerdem die Systematik der Diagnostik posttraumatischer Störungen, insbesondere das A-Kriterium der PTBS, das sich in einer Auflistung möglicher Typ-I-Traumatisierungen widerspiegelt (belastendes Ereignis/Situation

von außergewöhnlicher Schwere). Im Übrigen beschreibt das A-Kriterium die **peritraumatische Dissoziation** (z. B. intensive Hilflosigkeit), die als prognostisch ungünstiger Faktor, der die Einspeicherung des erlebten Traumas hemmt und der desintegrierten Memorierung Vorschub leistet, gilt. Sowohl für das A-Kriterium als auch für die PTBS insgesamt eignen sich die in **Tab. 3** aufgeführten Instrumente.

Das Phänomen der Dissoziation prägt einige der elementaren posttraumatischen Symptome, die im Kontext der PTBS-Diagnose definierend sind: Derealisation, Amnesie und Hypermnésie (Wiedererleben).

Indes handelt es sich bei dissoziativen Störungen meist nicht um die Korrelate singulärer Widrigkeiten, sondern um die Manifestationen der pathogenen Potenziale komplexer Traumatisierungen. Diese treten sequenziell auf und häufig bereits früh in einer individuellen Biografie, deshalb empfiehlt sich die Diagnostik **aversiver Kindheitsereignisse**, z. B. mithilfe von Fragebogen.

Die anderenorts nicht spezifizierte dissoziative Störung bzw. „disorder of extreme stress not otherwise specified“ (DESNOS), eine Art attenuierter DIS, entspricht phänomenologisch der kPTBS. Die kPTBS zeichnet sich durch veränderte emotionale bzw. **psychische Regulation** aus, ferner durch den Verlust der Orientierung an spirituellen und religiösen Halten, Veränderungen der Sexualität wie beispielsweise Libidoverlust und aufgehobene bzw. eingeschränkte Nüchternheit (Frommberger et al. 2014). Somit weist die kPTBS eine inhaltliche und phänomenologische Nähe zur Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, die letztlich auch die Validität der kPTBS als distinkte diagnostische Kategorie infrage stellt (Cloitre et al. 2014). Diese Symptome können zusätzlich zu denen der PTBS (Wiedererleben, Vermeidung und Arousal) auftreten, und auch ein Trauma sollte im Kontext der Diagnosestellung gesichert werden. Die kPTBS umfasst eine Reihe von dissoziativen Symptomen wie Amnesie, Depersonalisation bzw. Derealisation, Fugue, Identitätsspaltung bzw. mehrere Identitäten. Von grundlegenden ätiologischen Erwägungen einmal abgesehen, ergibt sich

Tab. 3 Instrumente zur Diagnostik bei dissoziativer Störung		
Konstrukt	Instrument	
Insb. frühe Traumata	CTQ	Deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, z. B. Klinitzke et al. 2012)
Frühe aversive Erfahrungen	ACE-D	Adverse Childhood Experiences Scale (z. B. deutsche Version nach Schäfer und Spitzer 2009)
Trauma	THQ	Deutsche Übersetzung des Trauma History Questionnaire (Maercker und Bromberger 2005)
Dissoziation	FDS	Deutsche Adaptation der Dissociative Experiences Scale (DES, z. B. Spitzer et al. 2005)
	SKID-D	Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV für Dissoziative Störungen (Gast et al. 2000)
	AMDP-DK	AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion (Spitzer et al. 2004)
	SDQ-20	Deutsche Version des Fragebogens für Somatoforme Dissoziation (z. B. Mueller-Pfeiffer et al. 2010)
	DSS-akut	Dissoziations-Spannungs-Skala, akut (Stiglmayr et al. 2003)
Pathologische Dissoziation	Dissoziatives Taxon	Items 3, 6, 11, 21, 27,30, 32 und 42 des FDS (44-Item-Version)
PTBS	PCL-5	Deutsche Version der Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (Krüger-Gottschalk et al. 2017)
Dissoziative PTBS	CAPS-5	Deutsche Übersetzung der Clinician-Administered PTSD Scale für DSM-5, erlaubt auch Spezifikationen zum dissoziativen Subtypus der PTBS
kPTBS	Ik-PTBS	Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (Sack und Hofmann 2001)
AMDP Arbeitsgemeinschaft Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, (k)PTBS (komplexe) posttraumatische Belastungsstörung		

aus der Überlappung der Borderline-Persönlichkeit mit kPTBS auch die Schlussfolgerung, die Borderline-Persönlichkeit selbst als posttraumatische Entität, die ebenfalls durch dissoziative Symptome definiert wird (z. B. Derealisation), zu verstehen. Die aktualisierte Version der DSM greift diese Gemengelage folgerichtig dadurch auf, dass sie die PTBS definitionsgemäß um einen dissoziativen Subtyp erweitert (Spiegel et al. 2013). Dieser beruht auf der Erkenntnis, dass es eine Subgruppe von PTBS-Betroffenen gibt, die an ausgeprägtem Detachment leidet und zugleich eine höhere Belastung durch Wiedererleben, jüngeres Manifestationsalter, Kindheitstrauma und Suizidalität sowie obendrein eine weniger belastbare Rollenfunktion aufweist. Zudem hat die dissoziative PTBS eine hohe Überschneidung mit dem dissoziativen Taxon, und die taxometrischen Untersuchungen in Bezug auf den dissoziativen Subtyp der PTBS unterstreichen den dissoziativen Charakter des Wiedererlebens (Lanius et al. 2012).

## Therapie

Die Behandlung dissoziativer Störungen und Syndrome gilt als schwierig – teilweise auch aus dem Grund, dass die Ätiologie nicht immer klar und „Dissoziation“ nicht immer pathologisch ist.

Eine rezente Übersicht vom Cochrane-Format, die die Therapiemöglichkeiten bei Konversionsstörungen und dissoziativen Störungen untersuchte, weist für verschiedene Therapieformen auf eine nur mäßige Wirksamkeit hin; vor allem zeigt die Übersicht aber den Mangel an systematischer Forschung auf, der evidenzbasierte Schlussfolgerungen zu Effektivität psychosozialer Interventionen erschwert (Ganslev et al. 2020). Dem steht eine breite Evidenzlage für Therapieformen bei psychischen Erkrankungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder der PTBS gegenüber (Schäfer et al. 2019), die ebenfalls mit dissoziativen Symptomen einhergehen. Auch psychopharmakologische Ansätze erweisen sich bisher als wenig vielversprechend im Hinblick auf eine dadurch kaum in Aussicht gestellte Remission dissoziativer Beschwerden (Sutar und Sahu 2019). Von Bedeutung scheint in diesem Zusammenhang gerade in Zeiten steigender Migration zudem der differenzielle **interkulturelle Aspekt**, der bei dissoziativen Störungen zu unterschiedlichen Bewertungen führen kann.

Während in östlichen Kulturen Bewusstseinspaltung eher als Trance bewertet wird, gilt diese in westlichen Kulturkreisen eher als Depersonalisation (Subramanyam et al. 2020). Die Identitätspaltung hingegen wird fernöstlich als Besessenheit begriffen, im hiesigen Umfeld jedoch vorzugsweise im Sinne multipler Identitäten aufgefasst. In Analogie zu diesen Bewertungen sind auch die Therapieerwartungen in Abhängigkeit vom kulturellen Kontext andere, denn gemäß Subramanyam et al. (2020) beinhaltet die eher spirituelle Konnotation dissoziativer Phänomene auch eine eher **spirituelle Heilerwartung**, während die psychische, psychosomatische und psychotraumatologische Konzeption hierzulande eher die Erwartung einer **psychotherapeutischen Heilung** nahelegt. Somit scheint interkulturell immerhin ein Konsens etabliert zu sein, nämlich, dass Psychopharmaka wenig Potenzial zur Heilung dissoziativer Symptome zugeschrieben wird. Dennoch soll nicht unerwähnt bleiben, dass auch pharmakologische Ansätze verfolgt werden, wobei dies v. a. im Hinblick auf Detachment-Dissoziation

in Koizidenz mit PTBS oder BPD, und hier in Bezug auf **Naloxon** und **Paroxetin** mit einer positiven Bewertung bei allerdings moderater Evidenz, gilt (Sutar und Sahu 2019).

## Komplextherapie

Die Behandlung bei dissoziativen Störungen beruht auf der akkuraten Diagnostik dieser Störungen, einschließlich biografischer und Beziehungsdiagnostik sowie ggf. psychopathologischer Weiterungen. Ferner erfordern komplexe Dissoziationslagen eine komplexe Therapie, weil neben der psychischen Integration ggf. auch andere psychosoziale Bedarfe zu bedienen sind, wie z. B. sozialarbeiterischer Art.

Bei der Therapie sollten folgende Grundprinzipien (nach Espay et al. 2018) unabhängig von der Art der Dissoziation sowie der eigenen Therapieschule beachtet werden:

- Verstehbarmachen der Diagnose im Rahmen des biopsychosozialen Modells,
- Förderung von Transparenz, insbesondere bezüglich diagnostischer Merkmale in Abgrenzung zu z. B. neurologischen Erkrankungen,
- Exploration nichthilfreicher Krankheitsüberzeugungen und nichthilfreichen Krankheitsverhaltens,
- Förderung von Therapiemotivation durch Vermittlung der Möglichkeit einer Symptomremission,
- Förderung von Unabhängigkeit und Selbstverantwortung,
- ggf. Einbeziehung von Familie, Pflegenden, Betreuern etc.

Komplexe Therapieansätze sollten **psychoedukative Elemente** enthalten, die helfen können, die Symptome als Ausdruck einer behandelbaren Störung zu begreifen und die eigenen, z. B. alltagspraktischen Defizite in diesem Zusammenhang als symptomatisch zu werten. Zudem kann Psychoedukation dazu beitragen, die subjektive Kontrolle zu stärken, indem der Wert entsprechender Skills vermittelt wird.

Sind die dissoziativen Störungen stressinduziert, können günstigenfalls Techniken zur **selbstwirksamen Regulation** geeignet sein, die Symptommanifestation zu verhindern. In diesem Sinne finden „Skills“, wie sie der **Dialektisch-behavioralen Therapie** (DBT) entlehnt sind, Anwendung bei dissoziativen Störungen. Zudem profitieren Patienten mit einer dissoziativen Störung von einer verbesserten **Emotionsregulation**, insbesondere im Hinblick auf negative Emotionen. Dissoziative Symptome wie Depersonalisation können einer Konditionierung unterliegen, nachdem sie zunächst durch eine Gefahren- oder Bedrohungssituation ausgelöst worden sind. Hier ist der Vergleich mit einem Totstellreflex gezogen worden (Sack 2005), der verdeutlicht, wie fundamental dieses Reiz-Reaktion-Muster ist. Auch im Kontext anderer psychopathologischer Syndrome kann Dissoziation zum Gegenstand der Behandlung werden, um den damit verbundenen, hohen Leidensdruck zu minimieren. Diesem Zweck dienen **Symptomtagebücher**, die die auslösenden Umstände protokollieren, ferner die Reduktion von Stressoren sowie die konfrontativen Techniken (s. oben). Auch bei der akzessorischen Dissoziation gilt es, eine gleichzeitige Traumexposition zu vermeiden, d. h., etwaige gewalttätige Beziehungen



müssten zumindest für die Dauer der Behandlung unterbrochen sein, bzw. der Kontakt mit Täterin oder Täter ist zu vermeiden.

## Kognitive Verhaltenstherapie

Lerntheoretische Modelle der PTBS begründen die Anwendung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei deren Behandlung (Maercker 2022). Ein neutraler Reiz kann zufällig mit einer traumatischen Erfahrung gekoppelt werden, sodass der dann konditionierte Reiz als Auslöser einer Angstkaskade fungieren kann. Operant wird die Vermeidung dieser Reize stabilisiert und so das **Reiz-Reaktion-Muster** gestärkt. Allerdings gelten im Zusammenhang mit posttraumatischen Störungen auftretende Kognitionen als komplex, da sie typischerweise den Verlust des Vertrauens in andere Menschen, die eigene Vulnerabilität, Entfremdungserleben und die pessimistische Prognose der Zukunft beinhalten. In dieser Konstellation wird die Wahrnehmung der Person als bedroht und beschädigt nachhaltig ausgestaltet. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze beruhen auf einer Konfrontation in vivo oder in sensu, **kognitiver Umstrukturierung** und Modalitäten der **Rückfallprophylaxe**. Wichtig sind die vorbereitende Edukation über das posttraumatische Störungsmodell, die Benennung eines Veränderungsziels und die gemeinsame Vereinbarung zwischen der therapeutierenden und der therapierten Person. Die **Desensibilisierung** bezieht sich auf traumatische Erlebnisse und die einzelnen, sie konstituierenden polysensorischen Facetten des Erlebens, wobei diese einzeln imaginiert werden, um ihre Prägnanz sukzessive zu reduzieren.

Bedeutende Hemmnisse der Traumaverarbeitung sind Schuld- und Schamgefühle, die auf der Grundlage von Denkfehlern zu verzerrten Selbstkonzepten und Umwelteindrücken führen können.

## Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Eine traumaspezifische Behandlungsmodalität stellt die Intervention Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung) dar. Es handelt es sich um ein **traumakonfrontatives Verfahren**, das phasengerecht zur Anwendung kommen soll. Durch **bilaterale Stimulation**, bewirkt durch ein horizontales Pendeln der Blickrichtung, in Verbindung mit der Erinnerung an ein traumatisierendes Erlebnis bzw. dessen Elemente soll bei diesem Verfahren die Integration offensichtlich bihemisphärisch verstreuter Erinnerungsfragmente gelingen. Durch die begrenzte Fokussierung auf bestimmte Aspekte der Traumaerinnerung und die bihemisphärische Stimulation wird die Wucht der Erinnerung attenuiert, sodass das Ergebnis einer Desensibilisierung bzw. Exposition entspricht.

## Interventionen bei schwerer Dissoziation

Insbesondere bei schweren dissoziativen Störungen ist die Behandlung phasenorientiert (Fiedler 2009), d. h., es geht zunächst um **Stabilisierung** und **Symptomreduktion**. Erst dann folgt die Phase des **Durcharbeitens** bzw. konfrontativer Techniken, an die sich zuletzt die **Integration** der Identitätsanteile anschließt.

Ähnlich wie bei der DIS gilt auch für die komplexe PTBS, dass ein fortwährendes und frühes Trauma die Pathogenese auslöst. Im Gegensatz zur „einfachen“ PTBS gilt der **Leidensdruck** bei kPTBS als noch einschneidender, nicht nur, weil die Affektregulation und die Körperwahrnehmung betroffen sind, sondern auch weil pathologische Dissoziation und Somatisierung sowie häufig – als qualitativer Ausdruck des Leidensdrucks – **Suizidalität** die Bewältigung erheblich erschweren (Cloitre et al. 2014). Aus diesem syndromalen Profil ergibt sich schon die Unkontrollierbarkeit bzw. die überwältigende Natur dissoziativer Störungen, deren heftige und vielfältige Symptomatik genuin schwer oder nicht reguliert werden kann. Auch aus diesem Grunde ist die Vermittlung eines Gefühls von **Sicherheit** und **Gefahrlosigkeit** ein wichtiges und grundlegendes Element der Behandlung. Dies ist aber kein passiver Akt für die Betroffene, sondern ein Anlass, die eigenen Verhaltensgewohnheiten auf ihre „Gefährlichkeit“ bzw. **Risikogeneignetheit** hin zu überprüfen. Dies beinhaltet z. B. die **reflexive Introspektion** zur Identifikation entsprechender Identitätsaspekte, die die riskant steuernde Funktion innehaben. Hinsichtlich der bei Traumatisierten so häufig ausgeprägten Süchte entwickeln Betroffene in der Stabilisierungsphase ein kritisches Bewusstsein und idealerweise eine Überwindungsmotivation hinsichtlich solcher heillosen Kompensationsversuche. Weiterhin hat gerade diese Phase eine sozialpsychiatrische und **soziotherapeutische Komponente**, wenn beispielsweise Sachverhalte mit Behörden zu klären sind, wenn eine Distanzierung zu Milieus oder ggf. auch geschützte Therapie-settings in Erwägung zu ziehen sind, oder wenn der therapeutische Fokus dringend auf akute, u. U. lebensbedrohliche Probleme, wie z. B. Anorexia nervosa, gelegt werden muss (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, ISSTD, 2011).

Von der Vermeidung bzw. Eindämmung lebensbedrohlichen Verhaltens abgesehen, umfasst die Stabilisierung auch die Begrenzung „therapiegefährdenden“ Verhaltens, was eine dramatisierende Beschreibung ambivalenter und abwehrender Haltungen (die sich in Zu-spät-Kommen etc. äußern kann) darstellt. Ferner zählt zum initialen Gleichgewicht die Stabilität der Lebensverhältnisse, die vor einer traumafokussierenden Behandlung herzustellen ist (ISSTD 2011).

Die eigentliche Behandlungsphase ist dynamisch und hierarchisch strukturiert. Dabei kann die Traumabehandlung als **Expositionstherapie** angesehen werden, die allerdings sorgfältig zu planen ist. In der dialektisch-behavioralen Tradition werden die getroffenen Vereinbarungen vertraglich zwischen den Parteien fixiert. Zudem wird der Umgang mit emotionalen bzw. affektiven Reaktionen gebahnt, etwa im Hinblick auf die bei Traumatisierten so habituierten Scham- und Schuldgefühle. Zur Anwendung können kognitive Strategien mit dem Ziel der Umstrukturierung kommen (beispielsweise Disputation oder **Advocatus-Diaboli-Technik**; Steil et al. 2015). Dissoziative Symptome sollten zudem tagebuchartig dokumentiert werden. Starke sensorische Reize aus dem DBT-Instrumentarium dienen der Unterbrechung dissoziativer Symptomgeneration. Ein beherzter Biss in die Chilischote kann über einen intensiven Sinneseindruck das dissoziative bzw. dissoziierte Bewusstsein quasi überschreiben und so die Erfahrung von Kontrolle über den ansonsten überwältigenden Dissoziationssturm ermöglichen. Im Zuge der eigentlichen **antidissoziativen**

**Behandlung** ist es wichtig, zwischen dem tatsächlichen Grund der Misere (dem Trauma) und seinen geistigen, psychischen, emotionalen und sensorischen Korrelaten zu unterscheiden. Auch wenn bestimmte Wahrnehmungen posttraumatische Symptome auszulösen imstande sind, handelt es sich nicht um ein reales Trauma. Die Exposition erfolgt graduert und flankiert durch den Einsatz der zuvor eingeübten und perfektionierten Skills und verfolgt so das Ziel der **Habituation**.

Eine weitere Sphäre der Behandlung ist die **Partizipation** im Sinne einer freien und wunschgemäßen Entfaltung, wie sie sich beispielsweise auf das Führen einer Liebesbeziehung oder aber auf eine berufliche Tätigkeit beziehen kann. Diese Errungenschaften können ihrerseits durch eine Steigerung der interaktionellen Kompetenzen ermöglicht werden. Wie i. Allg. dient die **therapeutische Beziehung** als Übungsfeld und Kristallisationspunkt vielfältiger, mit der Traumatisierung verbundener negativer Übertragungen, wie z. B. ausgeprägten Misstrauens. Dieses markiert traumatische Erfahrungen bzw. ist den Erinnerungen daran kongruent, sodass seine Auflösung auch nähophobic bzw. zwischenmenschlich vermeidende Tendenzen überwinden helfen kann. Generell erfordert die Behandlung traumatisierter Menschen ein gewisses Maß an Flexibilität, und das Herangehen kann am ehesten als eklektizistisch verstanden werden, d. h., es handelt sich nicht um eine orthodoxe Anwendung bestimmter Schulen, sondern um eine Kombination verschiedener Behandlungsformen. Dabei beziehen sich auch Kontraindikationen auf die unterschiedlichen Behandlungsformen, etwa übermäßige Konfrontation im Hinblick auf Verhaltenstherapie, und übermäßige Deutung im Hinblick auf psychodynamische Therapie. Als **psychodynamische Therapien** geeignet erscheinen beispielsweise stabilisierende Therapien wie die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (Reddemann 2009), in der Deutungen gemieden sowie Selbstregulation und Ressourcen gestärkt werden. Die KVT ist auch als Frühintervention geeignet, d. h. bei akuter Belastungsreaktion (Flatten et al. 2011). Allerdings ist in Bezug auf Bedarfe bei chronifiziertem Verlauf einschränkend zu ergänzen, dass sich einer aktuellen Metaanalyse zur Therapie der dissoziativen Störungen zufolge (Ganslev et al. 2020) keine Empfehlung ableiten lässt, entweder, weil sich für das untersuchte therapeutische Verfahren keine Wirksamkeit zeigte (z. B. Psychoedukation), oder weil der Evidenzgrad als sehr niedrig eingeschätzt worden ist. Damit verbinden die Autoren die Schlussfolgerung, dass in diesem Feld mehr Studien unternommen werden sollten. Ferner lassen sich in Bezug auf die Behandlung spezifischer dissoziationsgeneigter Entitäten, wie PTBS oder Borderline-Persönlichkeit, die jeweiligen durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) koordinierten Leitlinien konsultieren.

#### Fazit für die Praxis

- **Dissoziative Symptome sind in der Allgemeinbevölkerung, aber auch bei psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Störungen häufig und gelten – wie die kategorialen dissoziativen Störungen – als traumaassoziiert. Verbunden damit ist die Funktionalität als Abwehr(-mechanismus), die eine psychodynamische Relevanz der Dissoziation nahelegt.**

- **In jedem Fall sollten die dissoziativen Erscheinungen und Störungen im Rahmen der Diagnostik und Therapieplanung grundlegende Beachtung finden, selbst dann, wenn es zunächst vordergründig um andere Problemstellungen gehen mag.**
- **Die Behandlung sollte psychotraumatologisch informiert erfolgen und individualisiert sein. Das Vorgehen ist einvernehmlich mit der betroffenen Person vereinbart und sollte nach Möglichkeit evidenzbasiert sein, auch wenn zu diesem Zwecke die Basis dieser Evidenz verbreitert und möglicherweise das differenzialpathogenetische Verständnis innerhalb des dissoziativen Symptomspektrums erweitert werden sollte.**

#### Korrespondenzadresse

##### apl. Prof. Dr. med. Matthias Vogel

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Universitätsklinikum Magdeburg  
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Deutschland  
matthias.vogel@med.ovgu.de

#### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

**Autorinnen und Autoren H. Wallis:** A. Finanzielle Interessen: H. Wallis gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Angestellte wissenschaftliche Mitarbeiterin Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg | Ordentliche Mitgliedschaft: DGPs; Affilierte Mitgliedschaft: DGPT.

**F. Junne:** A. Finanzielle Interessen: F. Junne gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: bis 31.3.21 Stellv. Ärztlicher Direktor, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Universitätsklinik Tübingen | ab 1.4.2021 Lehrstuhlinhaber und Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg | Mitglied in Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, Netzwerk Versorgungsforschung, Deutsche Adipositasgesellschaft.

**M. Vogel:** A. Finanzielle Interessen: M. Vogel gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Oberarzt an der Klinik für Psychosomatik der OvGU.

**M. Binneböse:** A. Finanzielle Interessen: M. Binneböse gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Assistenzarzt, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Magdeburg | Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM).

**Wissenschaftliche Leitung.** Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme).

**Der Verlag** erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

- Akyüz G, Kuğu N, Sar V, Doğan O (2007) Trauma and dissociation among prisoners. *Nord J Psychiatry* 61(3):167–172. <https://doi.org/10.1080/08039480701352348>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Brenner L, Wagner B, Köllner V (2018) Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS)-Prävalenz, komorbide Diagnosen und Symptombelastung in der psychosomatischen Rehabilitation (Zugegriffen: am 13. April 2019)
- Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J (2011) A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):802–817. <https://doi.org/10.1002/da.20737>
- Butler C, Dorahy MJ, Middleton W (2019) The Detachment and Compartmentalization Inventory (DCI): An assessment tool for two potentially distinct forms of dissociation. *J Trauma Dissociation* 20(5):526–547
- Chess S, Thomas A (1976) Defence mechanisms in middle childhood. *Can Psychiatr Assoc J* 21:519–525
- Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA (2014) Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatology* 5:25097
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2008) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Hogrefe, Bern (ICD-10 Kapitel V (F))
- Ding JR, An D, Liao W et al (2013) Altered functional and structural connectivity networks in psychogenic non-epileptic seizures. *Plos One* 8(5):e63850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063850>
- Dorahy MJ, Brand BL, Sar V, Krüger C, Stavropoulos P, Martínez-Taboas A, Lewis-Fernández R, Middleton W (2014) Dissociative identity disorder. *Empir Overv* 48(5):402–417. <https://doi.org/10.1177/0004867414527523>
- Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, LaFaver K, LaFrance WC Jr, Lang AE, Nicholson T, Nielsen G, Reuber M, Voon V, Stone J, Morgante F (2018) Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders. *JAMA Neurol* 75(9):1132–1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1264>
- Farina B, Liotti M, Imperatori C (2019) The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Front Psychol* 10:933. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00933>
- Fiedler P (2009) Dissoziative Störungen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg
- Flatten G, Bär O, Becker K, Bengel J, Frommberger U, Hofmann A et al (2011) S2-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. *Trauma Gewalt* 5(3):214–221
- Freud S (1924) *Das Unbewusste*. GW, Bd. 10. S. Fischer, Frankfurt
- Freud S, Breuer J (1952) Studien über Hysterie. In: Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O (Hrsg) *Freud S, Gesammelte Werke*, Bd. 1. Fischer, Frankfurt/M., S 75–312 ([1895])
- Frommberger U, Angenendt J, Berger M (2014) Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Dtsch Arztebl Int* 111:59–65
- Ganslev CA, Storebø OJ, Callesen HE, Ruddy R, Søgaard U (2020) Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005331.pub3>
- Gast U, Oswald T, Zündorf F, Hofmann A (2000) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV für Dissoziative Störungen (SKID-D). Deutsche Fassung. Manual und Interviewheft. Hogrefe, Göttingen
- Gast U, Rodewald F, Hofmann A (2006) Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehlagnostiziert. *Dtsch Arztebl* 103:3193–3200
- Giesbrecht T, Merckelbach H (2005) Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma: Ein kritischer Überblick. *Nervenarzt* 76:20–27
- Grant MM, Cannistraci C, Hollon SD, Gore J, Shelton R (2011) Childhood trauma history differentiates amygdala response to sad faces within MDD. *J Psychiatr Res* 45(7):886–895. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.12.004>
- Hammer MB, Frueh BC, Ulmer HG et al (2000) Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. *J Nerv Ment Dis* 188:217–221
- van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJ, Steele K, Lensvelt-Mulders G (2008) Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a critical review. *J Trauma Dissociation* 9:481–505
- Holmes EA, Brown RJ, Mansell W et al (2005) Are there two distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev* 25:1–23
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *J Trauma Dissociation* 12:115–187
- Janet P (1889) *L'automatisme psychologique*. Alcan, Paris
- Klinitzke G, Romppel M, Häuser W, Brähler E, Glaesmer H (2012) Die Deutsche version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – Psychometrische eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen stichprobe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 62(2):47–51
- Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, Dyer A, Schäfer I, Schellong J, Ehring T (2017) The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry* 17(1):379. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>
- Lanius RA, Brand B, Vermetten E, Frewen PA, Spiegel D (2012) The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence and implications. *Depress Anxiety* 29:701–708
- Loewenstein RJ (2018) Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues Clin* 20:229–242
- Lotfnia S, Soorgi Z, Mertens Y, Daniels J (2020) Structural and functional brain alterations in psychiatric patients with dissociative experiences: a systematic review of magnetic resonance imaging studies. *J Psychiatr Res* 128:5–15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.006>
- Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N (2018) Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *Am J Psychiatry* 175:37–46
- Maercker A (2022) Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene*. Psychotherapie: Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg
- Maercker A, Bromberger F (2005) Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychol Berichte* 32(2):15 f
- McCarthy-Jones S, Longden E (2015) Auditory verbal hallucinations in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: common phenomenology, common cause, common interventions? *Front Psychol* 6:1071
- Mueller-Pfeiffer C, Schumacher S, Martin-Soelch C, Pazhenkottil AP, Wirtz G, Fuhrhans C, Rufer M (2010) The validity and reliability of the German version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Trauma Dissociation* 11(3):337–357
- Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, Fergusson DM (1998) Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 155:806–811
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J (1996) The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis* 184:688–694
- Reddemann L (2009) Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT). In: *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 259–274
- Ross CA, Keyes B (2004) Dissociation and schizophrenia. *J Trauma Dissociation* 5:69–83
- Ross CA, Joshi S, Currie R (1990) Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry* 147(11):1547–1552. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1547>
- Rossi R, Succi V, Talevi D et al (2021) Trauma-spectrum symptoms among the Italian general population in the time of the COVID-19 outbreak. *Eur J Psychotraumatology* 12:1855888
- Sack M (2005) Der Einfluss akuter dissoziativer Symptome auf die autonom-vegetative Regulation. Medizinische Hochschule Hannover, Hannover (Korrigierte Fassung der Habilitationsschrift)
- Sack M, Hofmann A (2001) Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS) (Hannover: unveröffentlicht)
- Schäfer I, Spitzer C (2009) Deutsche Version des „Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)“. <https://zep-hh.de/wp-content/uploads/2020/09/ACE-Deutsch.pdf>. Zugegriffen: 18. Okt. 2021
- Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Wöller W (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin
- Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman M (2013) Dissociative disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 9:299–326
- Spitzer C, Wrede KH, Freyberger HJ (2004) The AMDP scale for dissociation and conversion (AMDP-DK): development of an observer-rated scale and first psychometric properties. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72:404–410
- Spitzer C, Freyberger HJ, Stieglitz RD (2005) Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS); ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Huber, Bern (Deutsche Adaption der Dissociative experience scale (DES) von E. Bernstein-Carlson und F.W. Putnam)
- Spitzer C, Göbel P, Wilfer T et al (2021) Pathologische Dissoziation bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut* 66:299–305
- Steil R, Dittmann C, Matulis S, Müller-Engelmann M, Priebe K (2015) Dialektisch-behaviourale Therapie bei Patientinnen mit schwerer Störung der Emotionsregulation. *Psych Up2date* 9:33–48
- Stiglmayr CE, Braakmann D, Haaf B, Stieglitz RD, Bohus M (2003) Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut). *2753:287–294*

- Subramanyam AA, Somaiya M, Shankar S et al (2020) Psychological interventions for dissociative disorders. *Indian J Psychiatry* 62:280–289
- Sutar R, Sahu S (2019) Pharmacotherapy for dissociative disorders: a systematic review. *Psychiatry Res* 281:112529
- Vogel M, Metzger CD (2017) Schizophrenie und Somatisierung. Zwei Seiten einer dissoziativen Medaille? *Trauma Gewalt* 03:206–216
- Vogel M, Braungardt T, Grabe HJ, Schneider W, Klauer T (2013) Detachment, compartmentalization, and schizophrenia: linking dissociation and psychosis by subtype. *J Trauma Dissociation* 14:273–287
- Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C (2018) Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychol Med* 48(15):2467–2476
- Voon V, Brezing C, Gallea C, Ameli R, Roelofs K, LaFrance WC Jr, Hallett M (2010) Emotional stimuli and motor conversion disorder. *Brain* 133(5):1526–1536. <https://doi.org/10.1093/brain/awq054>



## Dissoziation: ein transdiagnostisches Phänomen

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf [www.springermedizin.de/kurse-die-psychotherapie](http://www.springermedizin.de/kurse-die-psychotherapie)

**? Eine Patientin hat einen Banküberfall erlebt, bei dem sie als Mitarbeiterin einer örtlichen Geschäftsstelle unmittelbar bedroht worden ist. Welches Symptom könnte daraufhin im Rahmen einer notfallmäßigen Konsultation wegweisend für eine dissoziative Reaktion sein?**

- Tachykardie
- Rededrang
- Gedankenlautwerden
- Amnesie
- Vermeidungsverhalten

**? Im Rahmen der dissoziativen Störungen sollte auch das Ganser-Syndrom Erwähnung finden. Dieser Begriff beschreibt ...**

- eine der häufigsten psychiatrischen/psychosomatischen Diagnosen.
- ein Phänomen im Rahmen psychosomatischer Symptome.
- inkorrektes („Haarscharf-daneben-“) Antworten.
- ein Synonym für den Begriff der multiplen Persönlichkeitsstörung.
- ein Syndrom, das mit Amnesie einhergeht.

**? Dissoziative Symptome können mit einer Reihe psychischer Erkrankungen assoziiert sein. Welche der folgenden Erkrankungen umfasst definitionsgemäß dissoziative Symptome?**

- Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Das Korsakow-Syndrom
- Die Zwangsstörung
- Die hebephrene Schizophrenie
- Die schizoide Persönlichkeitsstörung

**? Dissoziative Symptome sind sehr heterogen und können bei unterschiedlichen Erkrankungsbildern vorkommen. Welche der folgenden Aussagen zu dissoziativen Symptomen trifft zu?**

- Amnesie bezieht sich auf Dissoziation vom Detachment-Typ.
- Zur Amnesie zählt auch das Nichterinnern biografischer Gedächtnisinhalte.
- Bei der dissoziativen Fugue sind die Willkürbewegungen verringert.
- Der Veitstanz gehört zu den Konversionsstörungen.
- Der dissoziativen Identitätsstörung liegt gewöhnlich kein Trauma zugrunde.

**? Eine Patientin mit einer bekannten dissoziativen Störung ist der psychotherapeutischen Behandlung müde und äußert den Wunsch nach einer medikamentösen Behandlung. Welche Aussage ist in diesem Zusammenhang am ehesten zutreffend?**

- Bei der dissoziativen Fugue ist das Medikament Carbamazepin Mittel der Wahl.

- Das Medikament Tiaprid kuptiert dissoziative Bewusstseinsstörungen am erfolgreichsten.
- Bei der medikamentösen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird der Einsatz von Haloperidol empfohlen.
- Psychopharmaka haben sich als wenig wirkungsvoll in der Behandlung dissoziativer Störungen erwiesen.
- Ein Motivationsaufbau zur Förderung der Geneigtheit zur Psychotherapie erübrigt sich angesichts der deutlichen Willensbeugung.

**? Dissoziative Symptome treten in Gruppen mit unterschiedlicher Prävalenz auf. Welche der folgenden Aussagen zu dissoziativen Symptomen trifft zu? In den hiesigen Breiten ...**

- weist die dissoziative Identitätsstörung (DIS) eine Prävalenz von 5–8,5% in der Allgemeinbevölkerung auf.
- sind Männer im Verhältnis 9:1 häufiger von einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) betroffen.
- sind bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) dissoziative Symptome diagnostisch irrelevant.
- schließt subklinische Dissoziation konzentratives Versunkensein aus.
- tritt pathologische Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mit einer Prävalenz von 20–37% auf.

### Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit 3 Punkten (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Diese Fortbildung wurde akkreditiert von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg gemäß Kategorie D und ist damit auch für andere Psychotherapeutenkammern

anerkennungsfähig. Für das Fortbildungszertifikat ist diese Fortbildung mit 3 Punkten anrechenbar.

**Anerkennung in Österreich:** Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

#### Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme) möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med-Abonnenten.



**? Im Rahmen dissoziativer Symptome kann es auch zu psychotischem Erleben kommen. Welche Aussage zu diesen psychotischen Symptomen trifft zu?**

- Das Vorkommen von Dissoziation bei „severe mental illness“ führt zum Vorschlag eines organischen Subtyps der Schizophrenie.
- Stimmen sind bei posttraumatischen Störungen selten so ausgeprägt wie bei Schizophrenie.
- Halluzinationen werden in der Regel als unmittelbare Traumafolge interpretiert.
- Trauma und Dissoziation könnten mit einem dissoziativen Subtyp der Schizophrenie verbunden sein.
- Das Hören (oder die Wahrnehmung) imperativer Stimmen ist als Wiedererleben von Traumainhalten zu werten.

**? Traumata werden nach einer bestimmten Systematik eingeteilt. Welche Aussage zu der Systematik der Traumata und deren diagnostischer Erfassung trifft zu?**

- Ein singuläres Trauma entspricht einem Typ-2-Trauma.
- Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ist ein Instrument, um Dissoziation zu messen.
- Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird mittels Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) erfasst.
- Dissoziative Amnesie ist ein Beispiel für Detachment.
- Ein Banküberfall ist ein Typ-1-Trauma.

**? Für die Behandlung dissoziativer Störungen existieren manualisierte Therapien. Welche Aussage zur (Psycho-)Therapie der Dissoziation trifft zu?**

- Die manualisierte Behandlung dissoziativer Symptome umfasst 3 unterschiedliche Phasen.
- Die erste Phase der Behandlung beinhaltet die Konfrontation mit dem Trauma.
- Bei dem Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) findet eine vertikale Augenbewegung statt, um die Traumainhalte zu integrieren.

- Aufgrund der bestehenden standardisierten Behandlung der dissoziativen Störungen ist ein individualisiertes Behandlungskonzept nicht notwendig.
- Es gibt klare wissenschaftliche Evidenz für die antidissoziativen Effekte von Citalopram.

**? Der Begriff der Dissoziation wurde bereits früh im letzten Jahrhundert geprägt. Welche der folgenden Persönlichkeiten nutzte diesen Begriff erstmals?**

- Sigmund Freud
- Pierre Janet
- Kurt Schneider
- Jean-Martin Charcot
- Emil Kraepelin