

ZUM THEMA: DISSOZIATIVE STÖRUNGEN

Luise Reddemann, A. Hofmann, Ursula Gast (Hrsg.):

PSYCHOTHERAPIE DER DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN

Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – Störungsspezifisch und schulübergreifend

Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2011. 3. überarbeitete Auflage. 234 S., € 49,99

ISBN 978-3-13-130513-8

Dissoziative Störungen können eine schwere Bürde werden, und zwar nicht nur für die Betroffenen selber, auch für ihr näheres und sogar weiteres Umfeld – und ihre Therapeuten. Um was handelt es sich?

Einzelne Krankheitszeichen einer dissoziativen Störung (s. u.) sind schon lange, sprich über 120 Jahre Gegenstand medizinischer Diskussionen. Trotzdem blieben sie in Forschung, Lehre und sogar Diagnose und Therapie bisher eher im Hintergrund. Manchmal wurde sogar angezweifelt, dass sie eine bedeutsame Rolle spielen oder gar überhaupt existieren. Das hat sich geändert. Ihre Renaissance verdanken sie besonders der Wiederbelebung der Trauma-Forschung im letzten Jahrzehnt, die vor allem neuro-biologische und neuro-physiologische Erkenntnisse nutzen konnte. Früher interpretierte man die einzelnen dissoziativen Störungen als einen funktionellen Schutzmechanismus für das seelische Gleichgewicht. Heute sprechen die Experten von einer individuellen Selbst- und Identitäts-Entwicklung im Zusammenhang mit der Verarbeitung von schwierigsten zwischenmenschlichen Erfahrungen wie Missbrauch und Misshandlung. Das setzt neue diagnostische, differentialdiagnostische (was könnte es sonst noch sein?), vor allem aber therapeutische und sogar präventive Maßnahmen voraus, um den Betroffenen wenigstens halbwegs eine Hilfe auf ihrem weiteren Lebensweg zu sein. So nimmt es nicht Wunder, dass verschiedene Krankheits-Modelle vorgestellt, diskutiert, angewandt, wieder verworfen oder erweitert und verbessert werden mussten. Und damit die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren, möglichst praxis-relevant, d. h. störungs-orientiert und schulübergreifend. Letzteres heißt: psychodynamische, verhaltenstherapeutische, psycho-

biologische, systemische und körper-orientierte Ansätze verständlich darzulegen und in die individuelle Behandlung konkret und alltags-nützlich einzubringen.

Dem dient nun schon in 3. überarbeiteter Auflage der Sammelband *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* mit fast zwei dutzend Experten aus Deutschland, den USA, den Niederlanden und der Schweiz. Sie widmen sich vor allem den aktuellen Belastungen unserer Zeit und Gesellschaft, und das sind nicht zuletzt seelische, körperliche und sexuelle Misshandlungen von Kindern (wobei der größere Anteil nicht in Institutionen zu finden ist, wie die jüngsten Medien-Berichte vermuten lassen, sondern im Dunkelfeld der Familien). Misshandelte Kinder haben ein hohes Risiko, später dissoziative Störungen zu entwickeln. Deshalb beschäftigt sich die 3. Auflage besonders mit diesen Themen.

Obleich man in Deutschland dazu seit fast zwei Jahrzehnten entsprechende Erfahrungen sammeln konnte, lässt die flächen-deckende Versorgung, d. h. die notwendige Integration psychotraumatischer Erkenntnisse in die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung noch immer zu wünschen übrig. In anderen Nationen ist dies bereits erfolgreich (Niederlande) bzw. im Aufbau begriffen (z. B. Finnland).

Schwerpunkt des vorliegenden Sammelbandes ist die Darstellung der Behandlung solcher komplexer dissoziativer Störungen, vor allem also der dissoziativen Identitätsstörung, bei denen nicht nur das Gedächtnis und die Wahrnehmung, sondern auch das Identitäts- oder Selbst-Empfinden von der dissoziativen Symptomatik betroffen sind. Dazu gibt es eine Reihe von sehr spezifischen Büchern (z. B. M. Huber, 2010, F. Putnam, 2003, O. van der Hart, 2008, J. u. H. Watkins, 2003 u. a.), die in Fachkreisen allgemeine Zustimmung gefunden haben. Der Vorteil vorliegenden Sammelbandes ist nun aber die Übersicht, wobei spezifische Aspekte dennoch nicht zu kurz kommen.

Beispiele: In den ersten Teil fallen Diagnose, Differentialdiagnose und Ko-Morbidität (wenn eine Krankheit zur andern kommt) des Bewusstseins sowie eine Übersicht zu den wichtigsten dissoziativen Identitätsstörungen einschließlich Häufigkeit u. a. Das ausgiebige Therapie-Kapitel behandelt psychodynamische Sichtweisen, kognitive Therapiemodelle, die imaginative Trauma-Therapie, die Einsatzmöglichkeiten der EMDR-Methode, das Problem der Wechselwirkungen zwischen stationärer und am-

bulanter Behandlung und Therapie von Kindern. Nicht zu vergessen die forensischen und kriminalistischen Aspekte, die Diagnostik valider und vorgetäuschter Dissoziationen sowie das Kapitel Verbrechen an Kindern. Zum Schluss, gleichsam als Praxisratgeber allgemeine Empfehlungen und eine Therapie-Einschätzungsskala. Das Literatur-Verzeichnis lässt mit 20 Druckseiten nichts zu wünschen übrig. Auch das Sachverzeichnis ist ergiebig, wie für ein Nachschlagewerk nicht anders zu erwarten.

Das Lehrbuch zur Psychotherapie dissoziativer Störungen richtet sich natürlich vorzugsweise an Experten. Dabei fällt vor allem eines auf, was auch im Vorwort der Herausgeber kurz angerissen wird: „Die meisten Menschen, die in diesem Kontext psychotherapeutische Hilfe suchen, sind Frauen; die meisten Menschen, die sich in den letzten Jahren mit deren Behandlung beschäftigt haben, ebenfalls.“ So weit, so nachvollziehbar. Eine besondere Schlussfolgerung findet sich allerdings im nachfolgenden letzten Satz: „Aus diesem Grund verwenden wir (nämlich die HerausgeberInnen) in der Regel die weibliche Form und laden männliche Leser ein, sich mitgemeint zu fühlen“. Darüber kann man nun allerdings ins Grübeln geraten. Die konventionelle Reaktion wäre: o tempora, o mores ... Wenn allerdings das herauskommt, was in Diagnose und Therapie im Alltag von weiblicher Seite geleistet und in diesem Sammelband konkret hilfreich zusammenfasst angeboten wird, dann wollen sich auch der Tradition verhaftete Leser gerne einverstanden erklären. Eine 4. und erneut erweiterte Auflage wird dies wohl bestätigen (VF).

Klassifikation von Dissoziation und Konversion im ICD-10 der WHO und DSM-IV der APA

- Dissoziative Amnesie:

Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern. Reversible Gedächtnisstörung, bei der Erinnerungen an persönliche, meist hochgradig belastende oder traumatisierende Erfahrungen nicht in eine verbale Form gebracht bzw. nicht vollständig im Bewusstsein gehalten werden können (DSM-IV). – Reversibler Erinnerungsverlust für wichtige, meist traumatische und zumeist erst kurz zurückliegende Ereignisse ohne organische Ursache oder Drogen-Einfluss (ICD-10).

- Dissoziative Fugue:

Plötzliches und unerwartetes Verlassen des Zuhauses bzw. des gewohnten Arbeitsplatzes. Kombiniert mit der Unfähigkeit, sich an Teile bzw. die gesamte eigene Vergangenheit zu erinnern. Dazu Verwirrung über die eigene Identität bzw. die Übernahme einer neuen Identität. Ansonsten meist unauffällig. Die Störung beginnt in der Regel plötzlich im Zusammenhang mit stark belastenden, traumatischen oder überwältigenden Lebensereignissen (DSM-IV). – Zielgerichtete, äußerlich geordnete Orts-Veränderung, die nicht erinnert werden kann. Teilweise kann für überraschend lange Zeiträume eine neue Identität angenommen und ausgefüllt werden. Allerdings muss nicht jedes fugue-artige Weglaufen auch wirklich dissoziativ sein. Es können auch andere seelisch bedingte Ausnahme-Zustände dazu führen. Entscheidend sind die Amnesie (Erinnerungslosigkeit) und ein partieller Identitäts-Verlust. Interessanterweise kann es in diesem Zusammenhang auch zu kriminellen Handlungen kommen (ICD-10).

- Dissoziativer Stupor:

Beträchtliche Verringerung oder das Fehlen von willkürlichen Reaktionen oder normalen Reaktionen auf äußere Reize ohne Anhalt für eine körperliche Ursache (ICD-10).

- Trance- und Besessenheits-Zustände:

Zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung. Zumeist begleitet von (unfreiwilligen) wiederholten Folgen von eingeschränkten Bewegungen, Stellungen und Äußerungen (ICD-10).

- Dissoziative Bewegungsstörungen:

Verlust oder Veränderungen von Bewegungs-Funktionen oder (Haut-) Empfindungen ohne körperliche Ursache. Oftmals interpretierbar als Ausdruck eines inner-psychischen Konfliktes bzw. zum Zweck der Vermeidung äußerer Konflikte (ICD-10). – Im DSM-IV am ehesten unter Konversionsstörungen zu finden.

- Sonstige dissoziative Störungen:

Dazu zählen beispielsweise das *Ganser-Syndrom* (ein auffälliges Vorbei-Antworten, zumeist in Gefängnis-Situationen), die *Multiple Persönlichkeitsstörung* sowie vorübergehende dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend. Auch so genannte

organische dissoziative Störungen zählen hierzu, wenn auch wissenschaftlich besonders umstritten (ICD-10). – Im DSM-IV in eigenen Kapiteln abgehandelt.

- **Dissoziative Depersonalisationsstörung:**

Andauernde bzw. wiederkehrende Episoden von Depersonalisation, beispielsweise einem Gefühl des Losgelöst-Seins oder der Entfremdung vom eigenen Selbst (schlicht ausgedrückt: „ich bin nicht mehr ich“). Typische Merkmale sind außerdem eine sensorische Unempfindlichkeit (der Sinnesorgane), ein Mangel an emotionalen Reaktionen und das Gefühl, die eigenen Handlungen bzw. die eigene Sprache nicht vollständig kontrollieren zu können. Die Realitäts-Kontrolle bleibt aber intakt (DSM-IV).

- **Dissoziative Identitätsstörung:**

Früher als Multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Wahrscheinlich die schwerste und bisher am besten untersuchte Erkrankung aus dem Spektrum der dissoziativen Störungen: Durchgehendes Muster dissoziativen Funktionierens im Sinne einer mangelnden Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen von Gedächtnis, Wahrnehmung und Identität. In diesem Zusammenhang können auch viele der sonstigen Symptome einer anderen dissoziativen Störung auftreten (DSM-IV). – In der ICD-10 als Multiple Persönlichkeit(sstörung) bezeichnet.

- **Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen:**

Hier findet sich ein dissoziatives Symptom-Spektrum, das aber nicht einer spezifischen dissoziativen Störung zugeordnet werden kann. Das DSM-IV zählt dazu auch die Derealisation („alles so eigenartig um mich herum“) ohne begleitende Depersonalisation („Ich bin nicht mehr ich“); ferner die dissoziative Trance-Störung (in der ICD-10 eine eigene Sparte - s. o.). Außerdem Dissoziations-Zustände durch Zwangsmaßnahmen u. ä. wie Gehirnwäsche, Gedankenbeeinflussung, Indoktrination in Gefangenschaft u. a. – In der ICD-10 unter „dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet“, eingeordnet.

- **Schlussfolgerung:**

Die beiden bisher weltweit ton-angebenden Klassifikations-Systeme, nämlich die ICD-10 der WHO und das DSM-IV der APA liegen zwar nicht weit auseinander, sind aber als unterschiedliche Einstufungen mitunter trotzdem ein Problem in Forschung,

Lehre und vor allem Praxis-Alltag. Hier sollte sich in Zukunft etwas Übereinstimmendes und damit Synergistisches abzeichnen, hofft man allseits.