

Dissoziative/Funktionelle Störungen

PH Ludwigsburg, Wintersemester 2023/2024



© Orawan – stock.adobe.com

Zwei Falleingaben

Definition

Bei einer dissoziativen Störung kommt es zu einer teilweisen oder vollständigen **Desintegration psychischer Funktionen**. Betroffen sein können die Funktionsbereiche (Sinnes-)Wahrnehmung, Bewusstsein, Körperrepräsentation, Gedächtnis, Identität, Motorik, Emotion, Kontrolle und Verhalten sowie seltener auch Körperempfindungen, wie Schmerz und Hungergefühl.

Dabei steht entweder die gestörte Selbstwahrnehmung bzw. ein gestörtes Identitätsbewusstsein im Vordergrund (**Dissoziative Bewusstseinsstörungen**) oder die Störung der Selbststeuerung und Körperbewegungen (**dissoziative Störung vom körpersymptomatischen Typ**).

Historisches, Epidemiologie, Ätiologie, Symptomatik und Klassifikation

Historisches

- **Pierre Janet** : Als Dissoziation bezeichnet Janet den Prozess, in dem ein Teilsystem von Gedanken sich verselbständigt und unabhängig von anderen Systemen weiterentwickelt (Janet, 1889).

Dissoziation als Integrationsstörung

Heute in der Forschung aktualisiertes Konzept

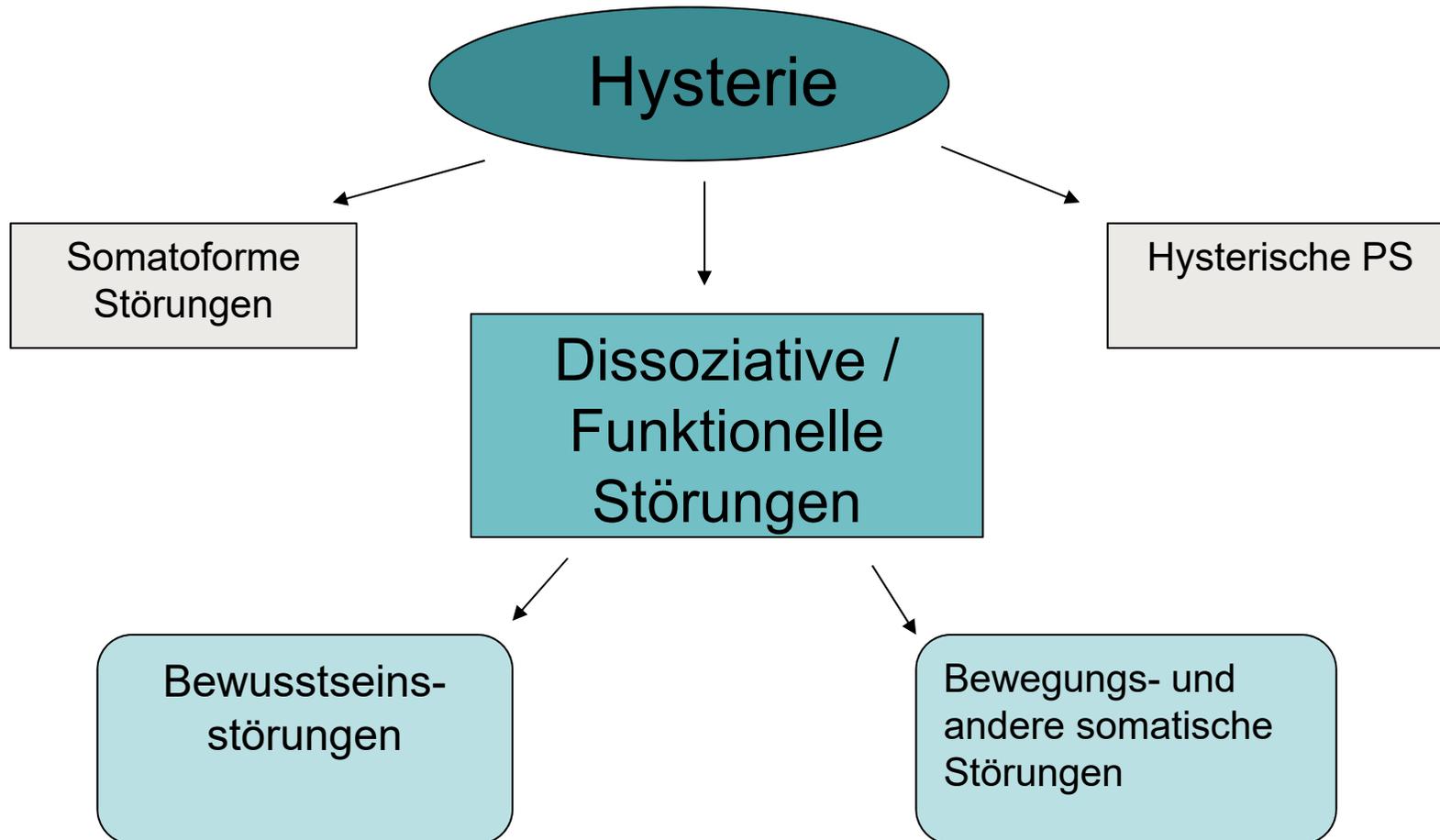
- Begriff der „Hysterie“ bis ins 20. Jahrhundert hinein



André Brouillet, „une leçon clinique à la salpêtrière“, 1887

Historisches

nach Resch, F. (2015)



Ein Kontinuum



Keine

leichte

mittelgradige

schwere

dissoziative Symptomatik

z.B. Absorptionsneigung

z.B. Derealisation/Depersonalisation

z.B. Identitätsfragmentierung

=Aufmerksamkeitsstörung

=Entfremdung von Umgebung/Selbst

=gesplitterte Identität

Aus: „Neuropsychologie dissoziativer Störungen, Kristina Henning-Fast

- Vom passageren Phänomen beim Gesunden bis hin zum schweren, chronifizierten Störungsbild

Epidemiologie

- Für die Allgemeinbevölkerung werden die Prävalenzraten bei Kindern- und Jugendlichen auf 3-4% geschätzt
- Für Kinder- und Jugendliche, die kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe erhalten werden Häufigkeiten von 0,5 – 17% für dissoziative Störungen angegeben
- Häufigkeitsgipfel Jugend / Frühes Erwachsenenalter
- Geschlechterverhältnis:
 - Bei Kindern ausgeglichen
 - ab der Jugend 3-4:1 zugunsten Mädchen
- Häufigkeit bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund
 - Vielschichtige Begründung hierfür!

Dissoziative Bewusstseinsstörungen

- ❖ **Dissoziative Amnesie (F44.0)**
 - Teilweise oder vollständige Amnesie für vergangene Ereignisse, die traumatisch/belastend erlebt wurden
 - generalisiert, lokalisiert, selektiv, systematisch, auf Teilaspekte bezogen
 - ist den Betroffenen in der Regel bewusst

- ❖ **Dissoziative Fugue (F44.1): Amnesie und Ortswechsel**
 - nach außen organisiert wirkend, Selbstversorgung erhalten
 - teilweise oder vollständige Amnesie während „Reise“
 - extrem selten

- ❖ **Dissoziativer Stupor (F44.2): Bewegungsstarre und Reaktionslosigkeit**
 - Fehlen willkürlicher Bewegungen bei z.B. normaler Reaktion auf Licht

Dissoziative Bewusstseinsstörungen (ICD 10 F 44.0 – F44.3)

- ❖ Trance (F44.3): Vorrübergehende Bewusstseinsengung
 - Verlust des Identitätsgefühls, Einengung des Bewusstseins auf unmittelbare Umgebung oder selektive Fokussierung auf Stimuli der Umgebung
 - Einschränkung von Haltung, Sprache, Bewegung

- ❖ Besessenheitszustände (F44.3)
 - DD Psychose und andere Störungen mit Halluzination/Wahn

Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (F48.1)

➤ Begriff der „Bewusstseinsstörung“ weiter gefasst

➤ Realitätskontrolle ist erhalten

➤ Gefühl von „Verfremdung“ und „Unwirklichkeit“

„Ich habe dann das Gefühl, als sei ich irgendwie falsch, gehöre nicht in diese Küche. Ich tue etwas, aber es fühlt sich fremd an, als ob ich es gar nicht selbst tue. Ich kann mich irgendwie selbst dabei beobachten und frage mich, warum ich das gerade mache und dann kann ich nicht weiter machen.“ (Elif, 15 Jahre)

➤ Umgebung kann sich fremd, verzerrt, farblos anfühlen, wie eine Bühne

Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung (körpersymptomatischer Typ, früher Konversionsstörungen)

Bei Kindern und Jugendlichen häufiger! 40% der Störungen Anfälle oder Bewegungsstörungen, 13% Lähmungen oder sensorische Ausfälle.

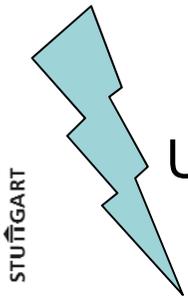
- ❖ Dissoziative Bewegungsstörung (F44.4): Verlust der Bewegungsfähigkeit
 - Kompletter oder Partieller Ausfall von Systemen die der willkürlichen Kontrolle unterliegen
 - auch Koordinationsstörungen, Stehunvermögen, psychogene Dysphonie/Aphonie

Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung (körpersymptomatischer Typ, früher Konversionsstörungen)

- ❖ Dissoziative Krampfanfälle (F44.5): Krampfartige Bewegungen, die an Epilepsien erinnern (am häufigsten)
 - häufig können sich Patienten erinnern, sind sogar ansprechbar
 - Fehlen von epilepsietypischen Zeichen: Zungenbiss, Hämatome/Verletzungen, Einnässen („geschicktes Fallen vor Publikum“)
 - In ca. 10% der Fälle auch zusätzliche Epilepsie
- ❖ Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6): Verlust von Hautempfindungen, Seh-, Hör- und Riechverlust
 - Hyper-, Hypo- oder Parästhesien
 - „Tunnelblick“

Dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung, F44.81)

- Heute abgeschwächtes Modell: Wechsel unterschiedlicher Persönlichkeitsanteile, Kernidentität bleibt erhalten
- Persönlichkeitsanteile teils mit recht unterschiedlichem Verhalten, Vorlieben, Erinnerungen
- Wechsel der Persönlichkeitsanteile auslöserassoziiert



Unterschiedliche Klassifikationssysteme im DSM-5, ICD10/ICD 11

DSM-5	ICD-10	ICD-11
Dissociative disorders	F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	6B6 Dissoziative Störungen
300.12 Dissoziative Amnesie 300.13 Dissoziative Fugue - -	F44.0 Dissoziative Amnesie F44.1 Dissoziative Fugue F44.2 Dissoziativer Stupor F44.3 Trance und Besessenheitszustände	6B61 Dissoziative Amnesie - - 6B62 Trancezustände 6B63 Besessenheitszustände
-300.11 Konversionsstörung (Kategorie: somatoforme Störung)	F44.4 – F44.7 dissoziative Störungen der Bewegungs- und der Sinnesfunktionen	6B60 funktionelle neurologische Störungen (dissoziative Störungen mit neurologischen Symptomen) 6B600 -mit Sehstörung 6B601 -mit Hörstörung 6B602 – mit Schwindel 6B603 – mit anderen Sinnesstörungen 6B604 – mit nicht-epileptischen Anfällen 6B605 – mit Sprachstörungen 6B606 – mit Lähmung oder Schwäche 6B607 – mit Gangstörung 6B608 – mit Bewegungsstörung 6B65 sekundäres dissoziatives Syndrom 6B6Y andere spezifische Störungen
300.14 Dissoziative Identitätsstörung (DIS) - -	F44.8 andere dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt F44.81 multiple Persönlichkeitsstörung - F44.82 vorübergehend dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) in der Kindheit und Jugend F44.88 sonstige näher bezeichnete dissoziative Störung F44.9 nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (Konversionsstörung)	6B64 dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung) 6B65 partielle Identitätsstörung - -
300.15 nicht näher bezeichnete dissoziative Störung F300.16 Depersonalisationsstörung	F48.1 Depersonalisations-/ Derealisationssyndrom (Kategorie: sonstige neurotische Störung ^m)	6B6Z andere spezifische dissoziative Störungen 6B66 Depersonalisations-/ Derealisationsstörung

Ätiologie

- Breites Kontinuum: Leichtes Übergangsphänomen (Überlastung/Überforderung) bis zu schweren Störungsbildern
- Multifaktorielles Entstehungsmodell
- Häufig entscheidender, ätiologischer Faktor: Transiente Reaktion auf subjektiv hochbelastende Erfahrungen, Traumatisierung, Überforderung

 Abwehr- und Schutzfunktion des Körpers / der Psyche: Überflutung mit traumatischen Erinnerungen wird verhindert um Selbstfunktion zu erhalten.

Ätiologie

- Nicht vereinbare Affekte können nebeneinander bestehen bleiben (abgespalten, nicht integriert)
- Bei anhaltender Deprivation/Traumatisierung und fehlender Protektion Entwicklung komplexer und chronischer dissoziativer Mechanismen
- genetische Prädisposition wird angenommen

Ätiologie

➤ Theorien und Forschung in - Neuropsychologie

- Dissoziation als gestörte Integration, 3-Ebenen Modell
- Auswirkungen auf neuropsychologische Funktionen bei Gesunden und psych. Erkrankten

(z.B. Gedächtnis, exekutive Funktionen, Informationsverarbeitung)

- Neurophysiologie

System der Abwehrkaskade

- Neurobiologie:

- fronto-limbische Diskonnektivitäts-Theorie
- veränderten Ko-Aktivität in Hirnregionen die beteiligt sind an Emotionsverarbeitung und Gedächtnis, emotionaler/kognitiver Regulation
- Diskonnektion von konnektiven Netzwerken

- Rolle endogener Opiode

Ätiologie

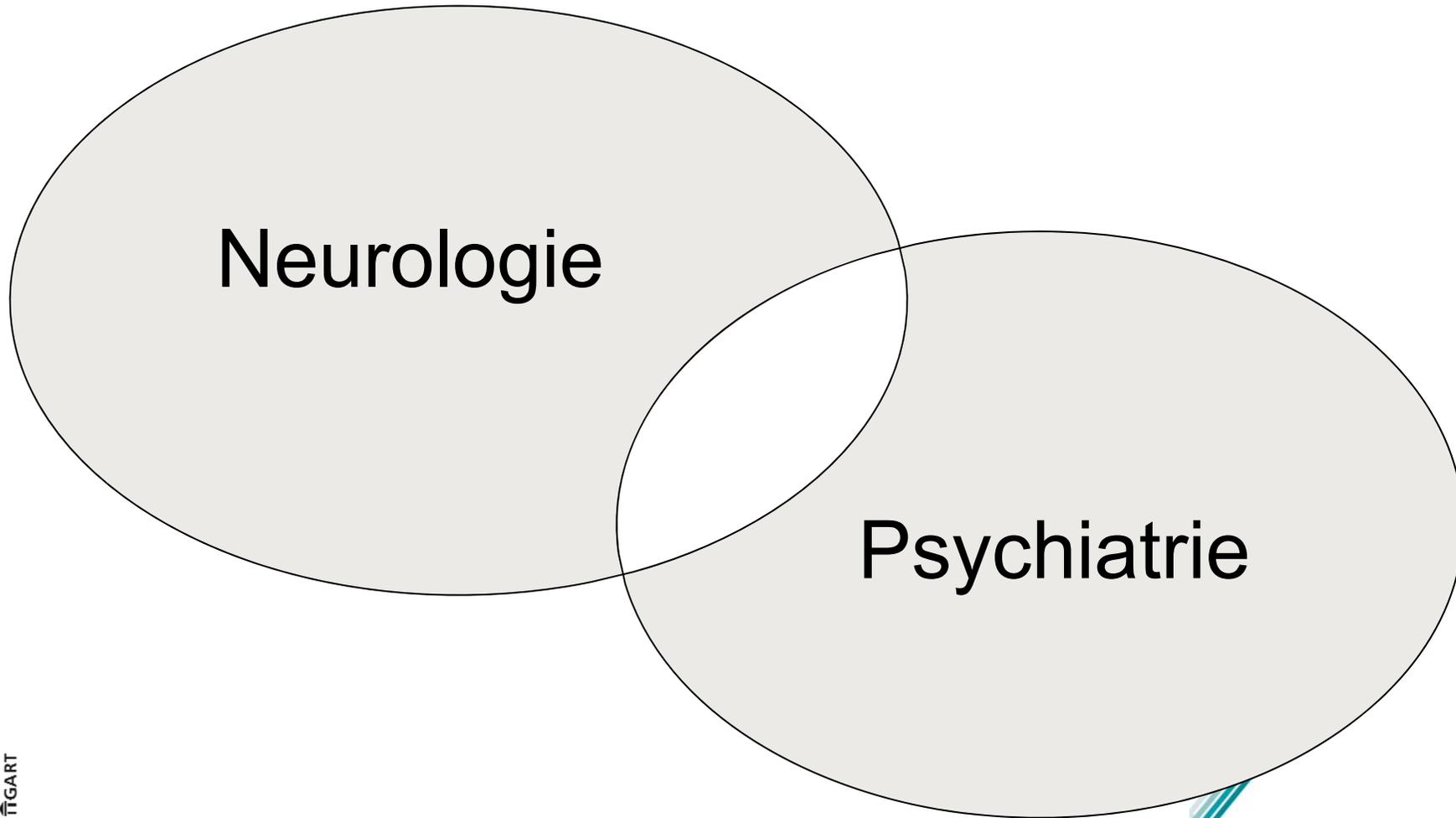
➤ BIO-PSYCHO-SOZIALES MODELL

➤ „Fördernde“ Faktoren:

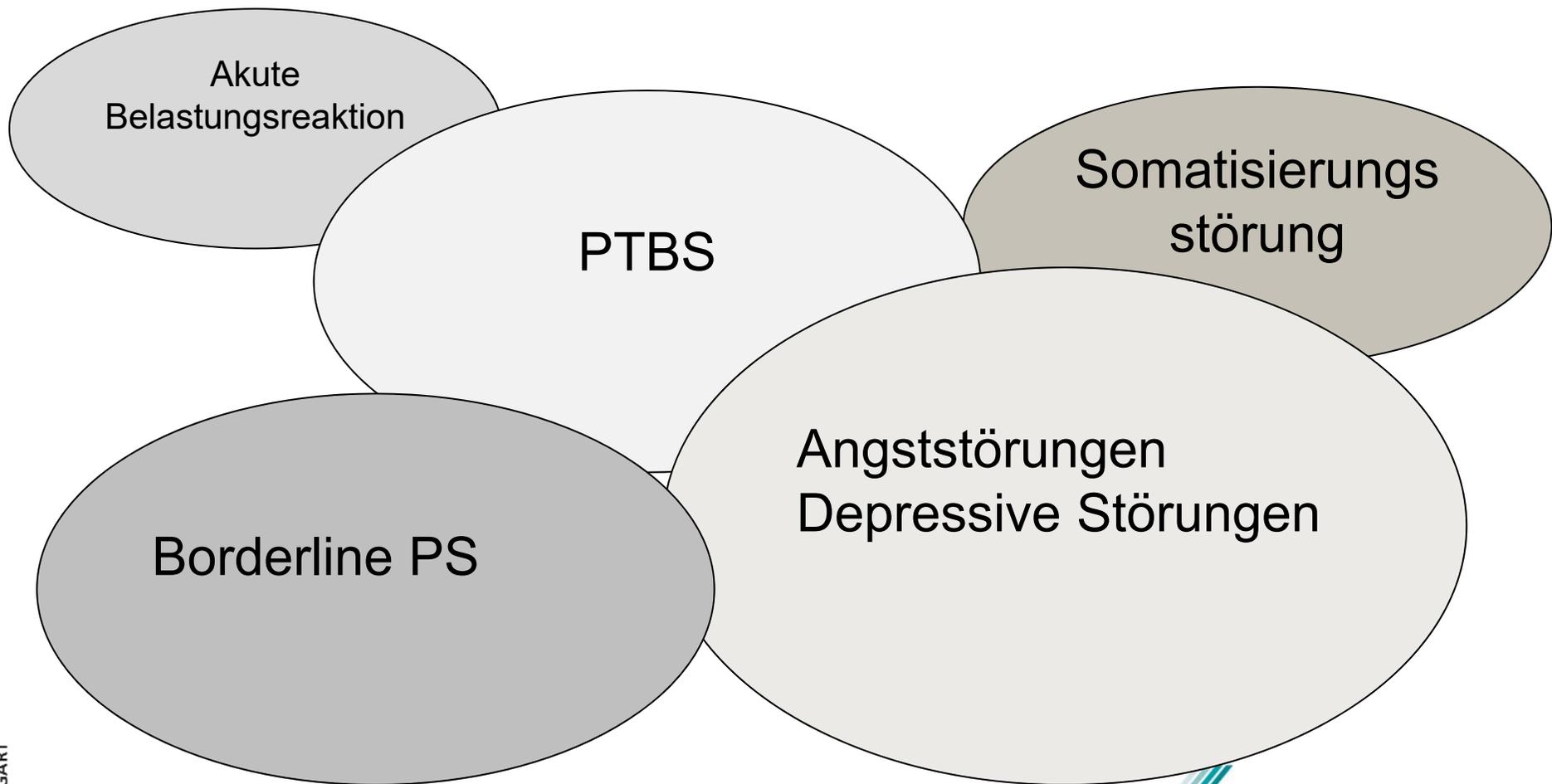
- „Symptomvorbild“ in der Familie
- Eigene somatische Erkrankungen
- Somatische Krankheitsbilder finden im sozialen Umfeld eher „Anerkennung“ als psychische Erkrankung
- Sekundärer Krankheitsgewinn
- Ängstlich, vermeidender Typus
- kognitive Schwäche

Diagnostik und Komorbidität

Eine Herausforderung



Komorbiditäten



Komorbiditäten

- Hohe Komorbidität zu anderen „stressbezogenen“, psychiatrischen Erkrankungen
- Häufigste Komorbiditäten: PTBS und Angststörungen
- Therapie wird daher häufig primär an Komorbidität ausgerichtet

Diagnostik

1. Anamnese

- Beginn (plötzlich?)
- Variabilität
- Spezielle Auslöser
- Zusammenhang mit belastenden Ereignissen
(Familie, Peer)
- Hinweise auf traumatische Erlebnisse
- Eigener und familiärer Umgang mit Erkrankung
- Erkrankungen in der Familie

Diagnostik

2. Untersuchungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit

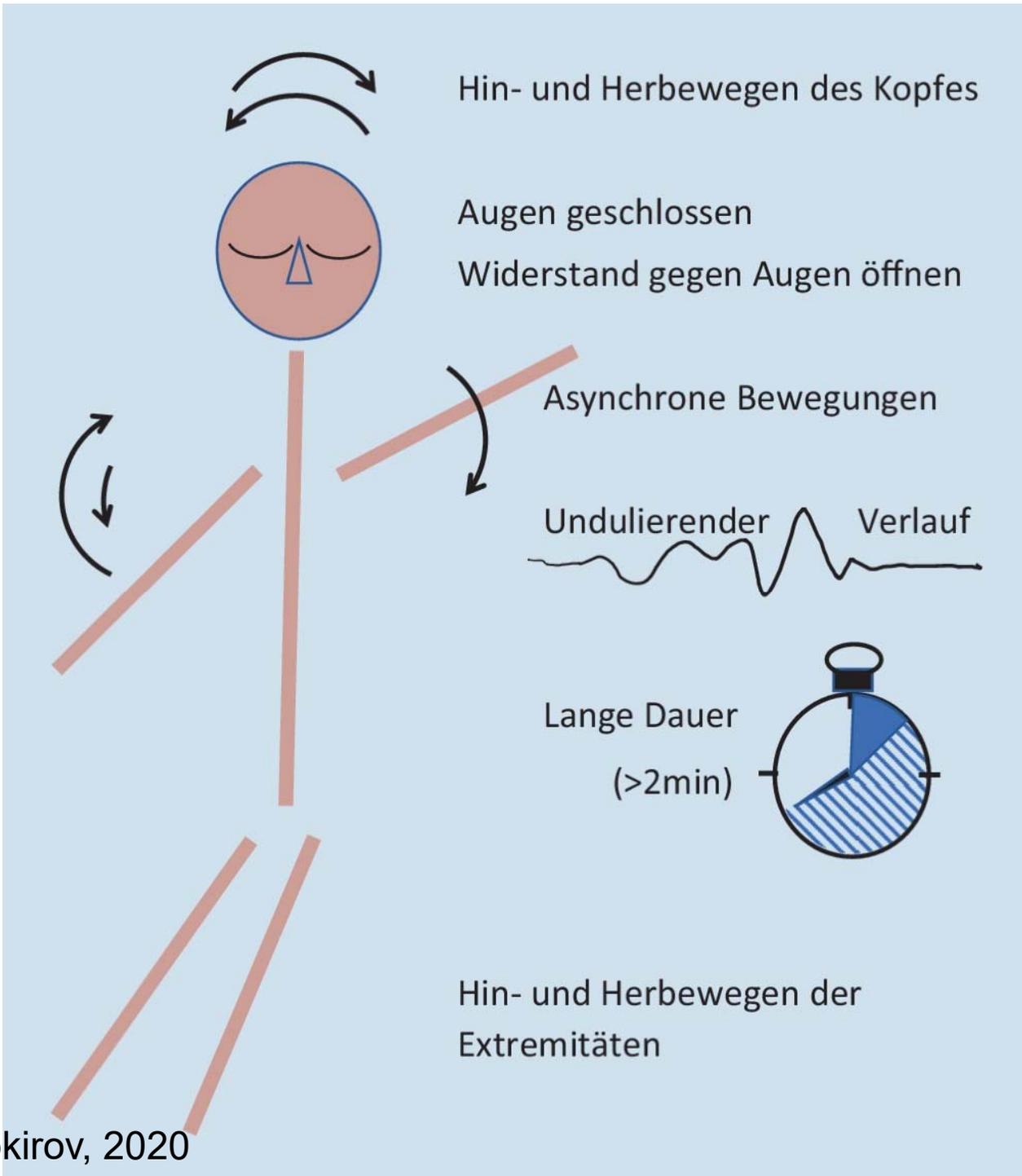
- Primär Fokus auf Ausschluss einer organischen Störung
- sorgfältige und wiederholte KU
- Gute Dokumentation bei teils stark fluktuierenden Bildern
- Apparative Diagnostik (z.B. EEG, MRT, LP etc.) falls indiziert,
Mehrfachuntersuchungen vermeiden
Fixierung auf somatisches Narrativ vermeiden
- Labor (z.B. Prolaktin nach Anfallsgeschehen)
- Testdiagnostik (Leistungsdiagnostik bei V.a. Überforderung,
Heidelberger Dissoziationsinventar)

Für die dissoziative
Störung spricht:

- „belle indifférence“
- Symptomwechsel
- doctors hopping
- Symbolgehalt
- Traumatische Anamnese
- Kein somatischer Befund

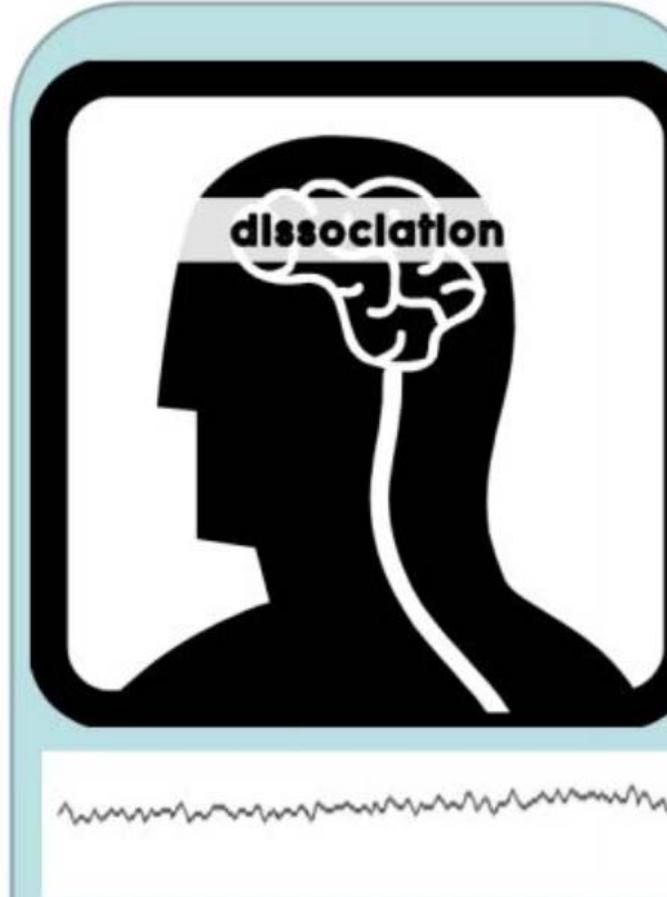
Typische
Untersuchungsbefunde
bei dissoziativen
Störungen

- Spezielles Bild von Gangstörungen
- Spezielles Muster von Lähmungen (nicht dominante Seite)
- Sensibilitätsausfälle folgen nicht neurol. Logik
- Stürze beziehen Umfeld mit ein, wenig Verletzungen
- Teilweise Ansprechbarkeit im Anfall
- Anfallsleiden auffällig in Dauer, Bewegungsmuster und Verhalten nach Anfall
- Symptomatik in Abhängigkeit vom Verhalten der Umwelt
- Besondere Sehstörungen (Tunnelblick)





Epileptic Seizure.
Abnormal EEG (Brain wave test)



Dissociative Seizure.
Normal EEG (Brain wave test)

Neurosymbols.org

Keine Simulation!

Ich möchte auf
die Station und
morgen nicht zur
Schule

Ich sehe
nichts



„Ich sehe
nichts“

„Ich sehe
nichts!“

Beispiele neurologischer Differentialdiagnosen

- Anfallserkrankungen
- Myopathien
- Polyneuropathien
- Zerebraler Insult
- Neurodegenerative Erkrankungen
- Intrakranielle Raumforderungen
- Migräne

u.A.

Therapie

Therapie

- Psychotherapie: Integrativ und schulenübergreifend
Kombinierte psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen
- Entlang der Komorbiditäten bzw. zugrundeliegenden Störung
PTBS?
- Therapeutische Grundhaltung: Anerkennen der Symptomatik als „real“, trotz fehlender somatischer Korrelate

Therapie

- Psychoedukation mit Vermittlung eines biopsychosozialen Entstehungsmodells, das somatische Erklärungsmodelle möglichst integriert
- Fokus auf körpertherapeutischen Maßnahmen
- Progressive Alltagsstabilisierung
- Essentiell: Systemisches Arbeiten mit der ganzen Familie bzw. des Umfeldes: Schulen im Umgang mit den Anfällen, erhaltende Systeme

Therapie

➤ Mögliche Therapieziele:

- Erarbeitung eines Krankheitsverständnisses
- Erarbeiten von aufrechterhaltenden Umständen und Arbeit an diesen
- Symptomreduktion
- allmähliches Auseinandersetzen mit zugrunde liegenden Konflikten, Belastungen, Überforderungen und Traumata
- Maßnahmen zur Stressreduktion, Entspannungsverfahren
- Dennoch Progressionsorientierung (Regression möglichst vermeiden)
- Selbstwirksamkeitserfahrung durch differenzierte Wahrnehmung und Verbalisierung von Gefühlszuständen

**Stabilisierende Abwehrfunktion der Symptomatik respektieren!
„Ehrenden Rückzug“ ermöglichen**

Ein psychogener Anfall stellt keine lebensbedrohliche Situation dar. Man kann an einem psychogenen Anfall nicht sterben. Das Risiko für schwere Verletzungen ist sehr gering. Ein Mensch braucht während eines psychogenen Anfalls vor allem eins: Ruhe und Gelassenheit.

Es ist nachvollziehbar, dass Betroffene und Angehörige mit Angst und Sorge auf einen Anfall reagieren. Wir empfehlen Betroffenen und Angehörigen, diese Angst zu überwinden. Versuchen Sie, die Auslöser und die Botschaft eines Anfalls zu verstehen, indem sie sich dem Anfallsgeschehen annähern, ohne sich von dem erschreckenden Ausdruck der Anfälle überwältigen zu lassen.

Psychogene nicht-epileptische Anfälle

Eine Broschüre für Betroffene und deren Angehörige

Arbeitsgruppe funktionell-neurologische Störungen der Charité Universitätsmedizin Berlin
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik



Quellen

- Allroggen, M. (2020). Dissoziative Störungen. In Kölch M., Rassenhofer M., Fegert J. (Hrsg.). Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin, S 137-150
- Henning-Fast, K (2022). Neuropsychologie dissoziativer Störungen – Eine Einführung. Essentials. Springer, Berlin.
- Resch, F. (2015). Dissoziative und somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Hoffmann, G., Lentze, M., Spranger, J., Zepp, F. (eds) Pädiatrie. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin
- Fritzsche K, Baumann K, Götz-Trabert K, Schulze-Bonhage A: Dissociative episodes: a challenge for neurologists and psychotherapists. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(15): 263–8.
- Popkirov S (2020) Dissoziative Anfälle. In: Popkirov S (Hrsg) Funktionelle neurologische Störungen. Springer, Berlin, Heidelberg, S 35–55
- „Psychogene, nichtepileptische Anfälle - Eine Broschüre für Betroffene und deren Angehörige“, Psychosomatische Abteilung der Berliner Charité
- WWW:
[Dissoziative \(Nicht-Epileptische\) Anfälle – Functional Neurological Disorder \(FND\) \(neurosymptoms.org\)](https://neurosymptoms.org)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit