



KJPP

Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen

Prof. Dr. med. Romuald Brunner

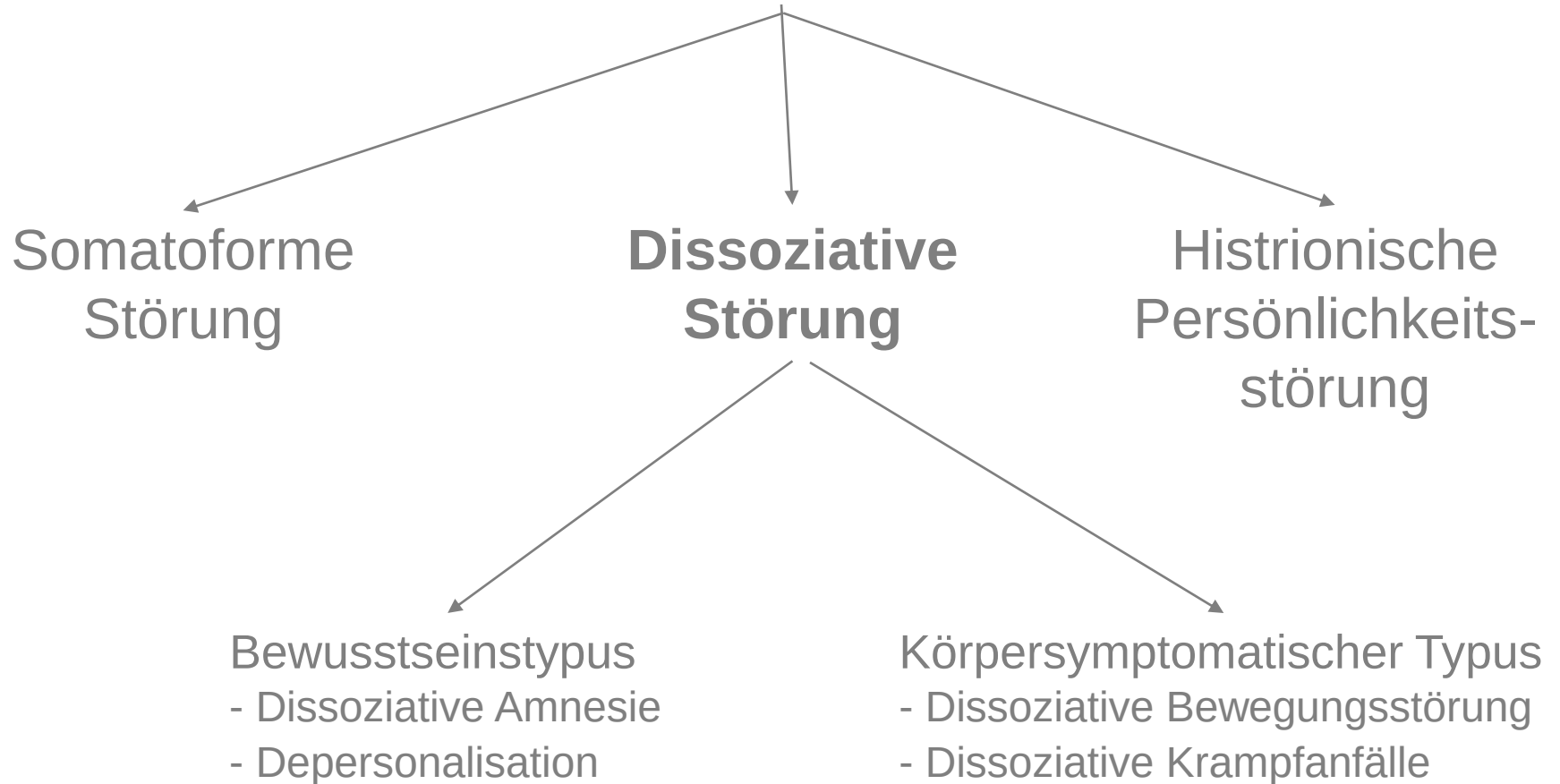
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg

Hysterie in der Geschichte der Psychiatrie



Charcot, 1885

Hysterie



Körpersymptomatischer Typus

- 13 jähriger Junge stürzt beim Fußball-Training
- keine äußeren Verletzungen, klagt über massive Rückenschmerzen
- plötzlich Bewegungsstörung der Beine, wechselnde Symptomatik, läuft sehr eingeschränkt mit Hilfe
- keine somatischen Krankheitsbefunde
- unspezifische psychische Belastungen
 - mittelgradig depressive Symptomatik, Gewichtsabnahme
 - Kindesmutter mit V. a. gravierende neurologische Erkrankung
- Nach 6 Wochen stationärem Aufenthalt ohne Besserung stimmen Eltern der Verlegung auf kinderpsychiatrische Station zu

Dissoziative Krampfanfälle

- 16j. Mädchen erstmalig stuporöser Zustand bei einer Klassenfahrt
- Nach Rückkehr nach Hause schwere Krampfanfälle
- Mehrfach Maximaldiagnostik in verschiedenen Krankenhäuser
- Amnesien bzgl. der Krampfanfälle
- 6 Wochen jeden zweiten Tag 6-stündige Krampfanfälle (arce de cercle) in der Klinik
- Fehlende Kooperation mit Eltern, Sistieren der Anfälle nach Ankündigung das Elternhaus verlassen zu können

Bewusstseinstypus

- 15 jähriges Mädchen ohne Vorbehandlungen
- Stationäre Aufnahme nach Suizidversuch mit Insulin
- Schlafstörungen, plötzliche Verhaltensänderungen, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten
- Wechselnde, undifferenzierte Schmerzsymptome
- diffuse Angst- und Spannungszustände, stuporöse „ausgeklinkte“ Zustände
- seit 3 Jahren wiederholtes Zufügen von Schnittverletzungen an den Armen und Beinen
- Ängste „verrückt zu werden“: Entfremdungserleben

Posttraumatischer Typus

- 12 jähriges Mädchen nach schwerem Autounfall, minimale Verletzungen
- Kindesvater verstorben, Kindesmutter komatös
- apathisch, antriebsgemindert, Schlafstörungen
- Raptus-artig aggressiv, desorientiert
- keine Fragen nach Eltern
- nach Aufklärungsgespräch
 - Erstarrung, tranceartig, verteilt ihre Stofftiere
 - Entlastung durch Besuch bei Kindesmutter
- Langzeitverlauf: Intrusive Gedanken, Vermeidung Autofahrten, Schreckhaftigkeit

Definition der dissoziativen Störungen

“Teilweiser oder vollständiger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen”

ICD-10; 1991

Definition der dissoziativen Störungen

- **Bewusstseinstypus**
 - Störungen des Gedächtnisses bzw. -organisation
 - retrograde Erinnerungsdefizite v. a. an biographischen Ereignisse
 - Störung der Selbst-, Körper- und Umwelterfahrungen
 - Störung des Identitätsbewusstseins
- **Körpersymptomatischer Typus**
 - Störungen der Selbststeuerung
 - Kontrollverlust über Körperbewegungen
 - eingeschränkte Willensbildung

Klinische Symptomatik dissoziativer Störungen vom körpersymptomatischen Typus

- **Dissoziative Bewegungsstörungen**
 - Astasie, Abasie, Ataxie, hypo- oder hyperfunktionelle Dysphonie, Aphonie, Lähmungen
- **Dissoziative Krampfanfälle**
 - „tonisch-klonisch“, Ohnmachten („swoons“), Wutanfälle, Hyperventilation, „arc de cercle“, Stupor
- **Dissoziative Sensibilitäts-/Empfindungsstörungen**
 - Hypo-, Hyper- oder Parästhesien, Seh-, Hör- und Riechverluste

Klinische Symptomatik dissoziativer Störungen vom Bewusstseinstypus

- **Dissoziative Amnesie**
 - Generalisierte, selektive/lokalisierte Erinnerungsdefizite
- **Dissoziative Fugue**
 - zielgerichtete Reisen mit/ohne Identitätsverlusten
- **Dissoziative Identitätsstörung**
 - alternierende Persönlichkeitszustände vs. Persönlichkeiten
- **Depersonalisations- und Derealisationssyndrom**
 - Entfremdungserlebnisse (Selbst-, Körper- u. Umwelt)

Dissoziation als wissenschaftliches Problem

- Kein allgemein akzeptiertes pathophysiologisches Modell pathologischer Dissoziation
 - „durch Konflikte hervorgerufene unangenehme Affekte werden in irgendeinerweise in Symptome umgesetzt“
(ICD-10; Dilling et al., 1991)
- Keine externen Validitätskriterien für die Störung
 - subjektiver Bericht des Patienten
 - klinische Beobachtungen
- Traumaspezifisches Ätiologiemodell nicht hinreichend
- Ansatzweise neurobiologische Korrelate der dissoziativen Phänomenologie

Dissoziative Störungen nach ICD-10

Bewusstseinstypus

- F44.0 dissoziative Amnesie
- F44.1 dissoziative Fugue
- F44.2 dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance- und
Besessenheitszustände
- F44.8 Ganser-Syndrom
- F44.81 dissoziative Identitätsstörung
(Multiple Persönlichkeitsstörung)
- F48.1 Depersonalisations- und
Derealisationssyndrom

Körpersymptomatischer Typus

- F44.4 dissoziative
Bewegungsstörungen
- F44.5 dissoziative
Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilitäts-
und Empfindungsstörungen
- F44.7 dissoziative Störungen,
gemischt
(Konversionsstörungen)

Dissoziative Störungen nach ICD-11

- 6B61 dissoziative Amnesie
- 6B62 Trancezustände
- 6B63 Besessenheitszustände
- 6B64 dissoziative Identitätsstörung
- 6B65 partielle dissoziative Identitätsstörung
- 6B66 Depersonalisations-/Derealisationsstörung

- 6B60.0-60.8 Funktionelle neurologische Störungen
 - Dissoziative Störungen mit neurologischen Symptomen

- Sehstörung, Hörstörung, Schwindel, andere Sinnesstörungen, nicht-epileptische Anfälle, Sprachstörungen, Lähmung oder Schwäche, Gangstörung, Bewegungsstörung

Dissoziative Bewusstseinsstörungen als klinisches Problem

- Verwirrung des Patienten (angstinduzierende Qualität von Entfremdungserfahrungen)
- Dissoziative Erlebnisse als Ausgangsort selbstschädigenden Verhaltens
- Abgrenzung gegenüber psychotischen Störungen
- Hohe Assoziation mit vielfältigen psychiatrischen Störungen
 - Angststörungen, PTBS, Substanzmissbrauch, Impulskontrollstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung

Häufigkeit dissoziativer Bewusstseinsstörungen

Jugendpsychiatrische Inanspruchnahmepopulation, N=803

ICD-10	N (%)
F 44. 0 Dissoziative Amnesie	6 (15.8)
F 44. 2 Dissoziativer Stupor	1 (2.6)
F 44. 3 Trance- und Besessenheitszustände	1 (2.6)
F 44. 6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	2 (5.3)
F 44.81 Dissoziative Identitätsstörung	2 (5.3)
F 44. 9 NNB dissoziative Störung	2 (5.3)
F 48. 1 Depersonalisation-/Derealisationssyndrom	24 (63.2)
Gesamt	38 (100)

Dissoziationsmodell von Janet (1889)

- Abspaltung von Erlebnissen aus dem Bewusstsein in der Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen
- Autoregulativer Prozess, der Handlungsfähigkeit erhält, aber zu Lasten von z. B. Gedächtnis- und Erinnerungsleistungen („psychologischer Automatismus“), Störung der Informationsverarbeitung
- Traumaerfahrungen bestehen als unterbewusste „fixe Idee“ weiter in Form von
 - sensorischen Wahrnehmungen, viszeral-somatischen Empfindungen
 - visuelle Bilder, automatisierte motorische Verhaltensakte
- Individuelle Unterschiede in der Bewältigung „vehementen Emotionen“ in Abhängigkeit von Temperamentsfaktoren und vorangegangenen Lebenserfahrungen

Trauma und Dissoziatives Erleben

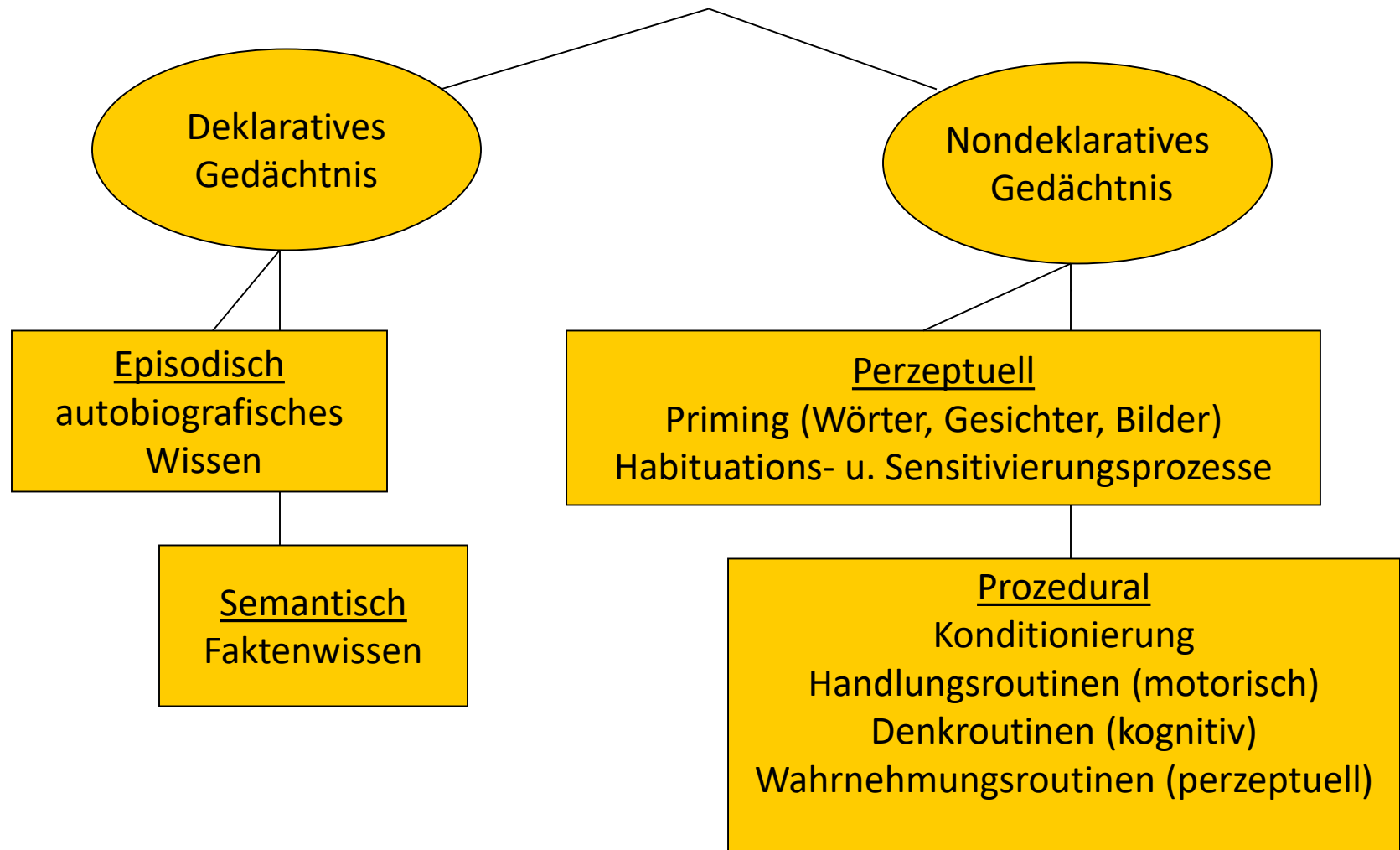
- Dissoziative Symptomatologie assoziiert mit
 - **biografischen Belastungen** (Sexuelle Traumatisierung, körperliche Mißhandlung, emotionale Vernachlässigung, Life events), jedoch keine Spezifität des sexuellen Missbrauchs (Brunner et al., 2002; 2014)
 - **selbstverletzendem Verhalten** neben weiteren selbstdestruktiven Verhaltensweisen (Bulimie, Substanzmissbrauch) (Resch et al., 2001)
 - **Borderline-Persönlichkeitsstörung** im Jugendalter (Brunner et al, 2001, 2015) wie im Erwachsenenalter (Renneberg et al., 2003)

Moderne Ätiologiemodelle

- Kontinuum zwischen physiologischer und pathologischer Dissoziation (Putnam, 1986/1997)
- Sensorische Desintegration durch Störungen des Thalamus
 - stressbedingter Arousal, Schlafentzug
 - Neurotransmitterdysfunktionen
- Automatisierungsverlust bei Stress
 - Bewältigung paralleler mentaler Aktivitäten erschwert
 - prozedurale vs. deklarative Gedächtnisleistungen (dissoziative Fugue)

Das multiple Gedächtnissystem

(Squire, 1987;1992)



Episodisches Gedächtnis



Semantisches Gedächtnis



Prozedurales Gedächtnis



Priming



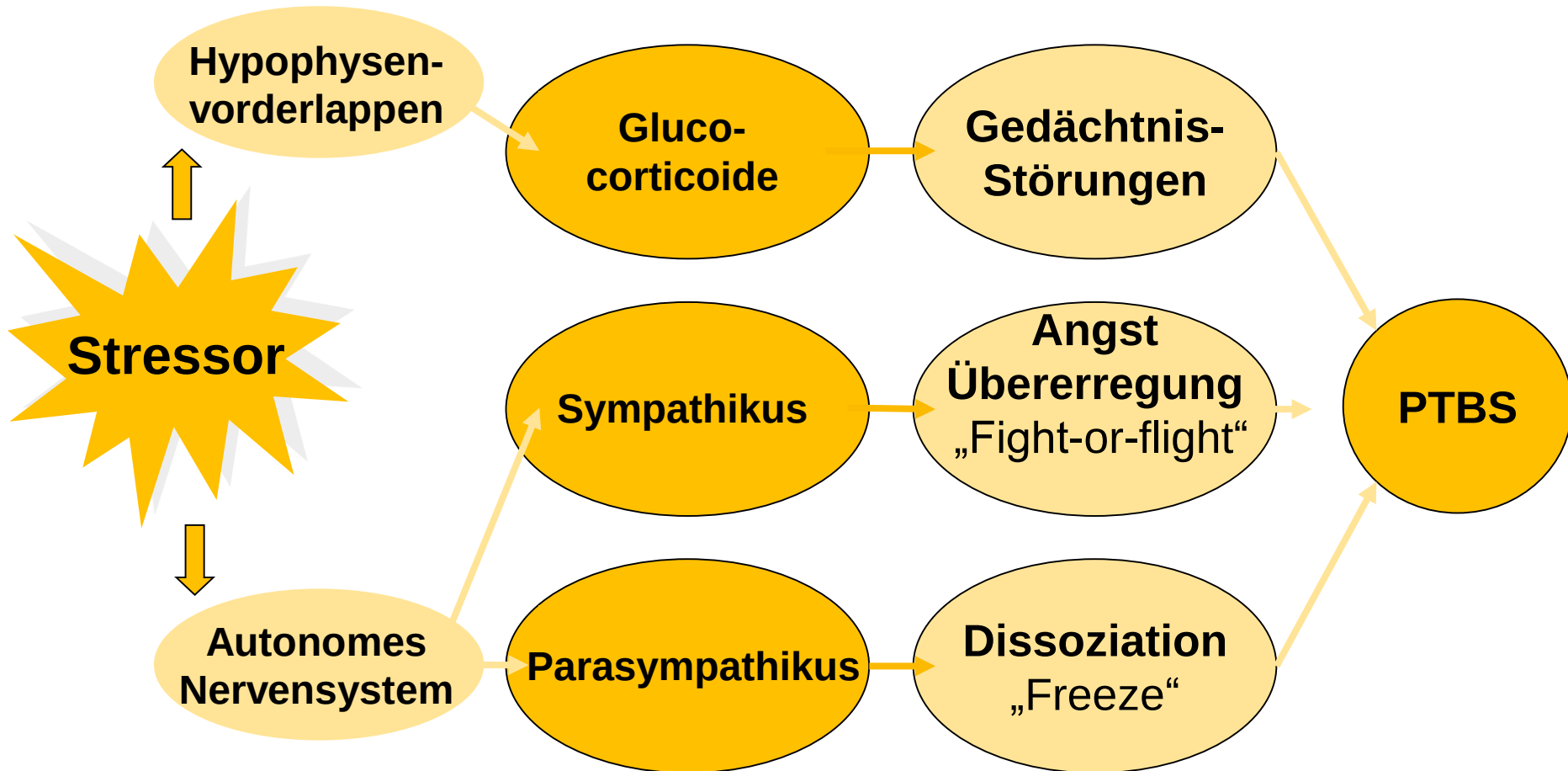
Autonomes Nervensystem und Dissoziation

- Erhöhter autonomer Arousal (Herzfrequenz und Hautleitwiderstand) auf neutrale aversive Reize bei ausgeprägt dissoziativen Symptomen (Brunner et. al., 2004)
- Identischer Befund bei Erwachsenen mit Depersonalisationsstörung (Sierra et al., 2002)
 - aber **erniedrigter autonomer Arousal auf emotional aversive Reize**
 - verringerte Reaktion bedingt durch selektiven Inhibitionsmechanismus der Emotionsverarbeitung

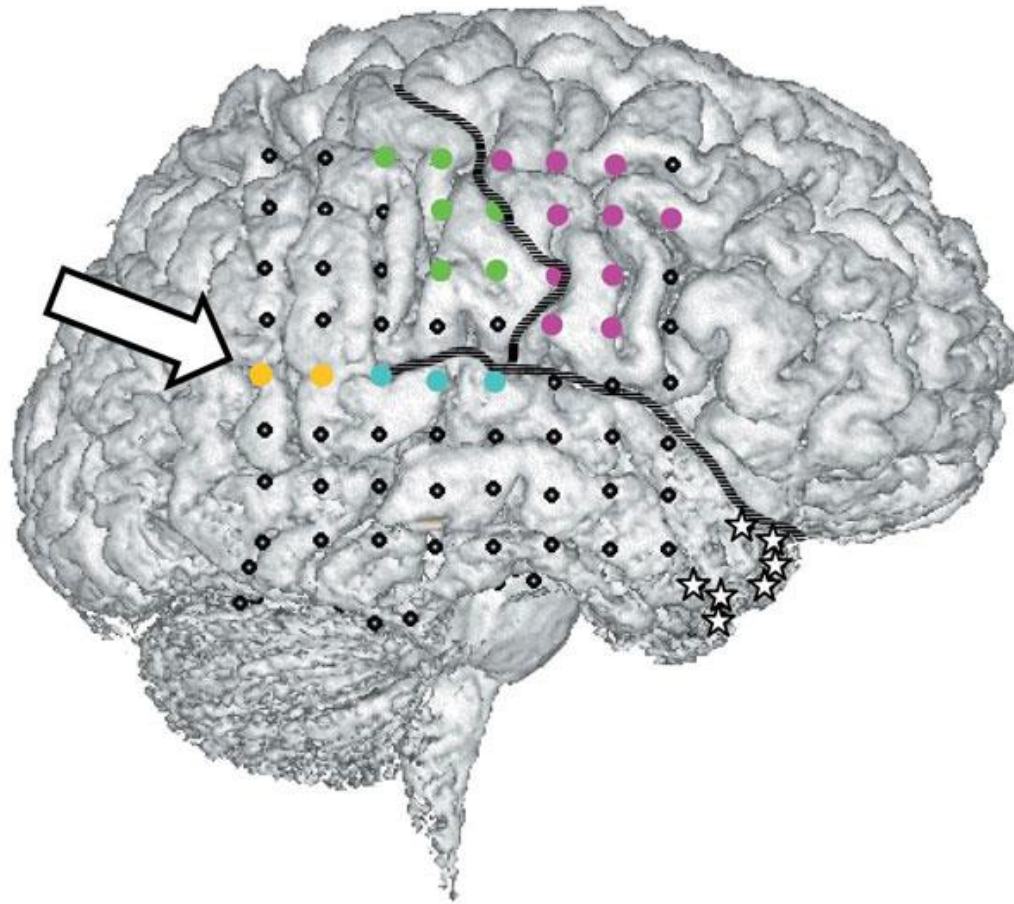
Frontolimbisches Diskonnektivitätsmodell

- Dissoziation als Adaptationsmechanismus mit entgegengerichteten Reaktionstendenzen
 - eine dient der Intensivierung der Vigilanz/Wachheit
 - eine der Dämpfung desorganisierender Emotionen
 - Modell für emotionales Betäubtsein

Stress, Autonomes Nervensystem und Psychopathologie



Induktion von Out-of-Body Erlebnissen



Blanke et al., 2002

Organische Depersonalisation

- Bildgebende Studie (MRI) eines Patienten mit komplex-partiellen Anfällen (rechtseitige Temporallappenepilepsie)
- Fokale elektrische Stimulation mit subduralen Elektroden
 - Out-of-body Erlebnisse
(„Ich sehe mich selbst im Bett liegen, auf mich herabguckend; aber ich kann nur meine Beine und meinen unteren Körperstamm sehen“)
 - Körper-Transformations Erlebnisse
(„Arme und Beine werden kürzer, bewegen sich in Richtung des Gesichtes“)
- Artifiziiell induzierte komplexe somatosensorische Illusionen
- Dissoziative Erfahrung als Ergebnis einer Störung der Integration komplexer somatosensorischer und vestibularer Information

Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI)

Brunner, Resch, Parzer & Koch, 1999, 2008

- **SDE-J:** Deutsche Bearbeitung der Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES, Version 1.0, entwickelt von Armstrong, Putnam & Carlson, 1994) 30-Item Selbstfragebogen
- **SDE-E:** Deutsche Bearbeitung der Dissociative Experiences Scale (DES-II, entwickelt von Bernstein & Putnam, 1993). 28-Item Selbstfragebogen
- **Strukturiertes klinisches Interview:** Dimensionale und kategoriale Erfassung dissoziativer Symptome und Syndrome. 77 Fragen zur Erfassung der Häufigkeit, Dauer und Belastungsabhängigkeit der Symptomatik. Diagnostische Klassifikation nach DSM-IV und ICD-10.

Hauptkonstrukte der Symptomskalen (I)

- Amnesien
 - v.a. biographische Defizite
 - vorübergehend oder überdauernd
- Depersonalisation
 - Gefühl vom eigenen Selbst entfernt zu sein („autopsychisch“)
 - Gefühl der physischen Trennung von Teilen des eigenen Körpers („somatopsychisch“)
- Derealisation
 - Umwelt (wichtige Bezugspersonen, alltägliche Umgebung) wird als fremd und unreal wahrgenommen

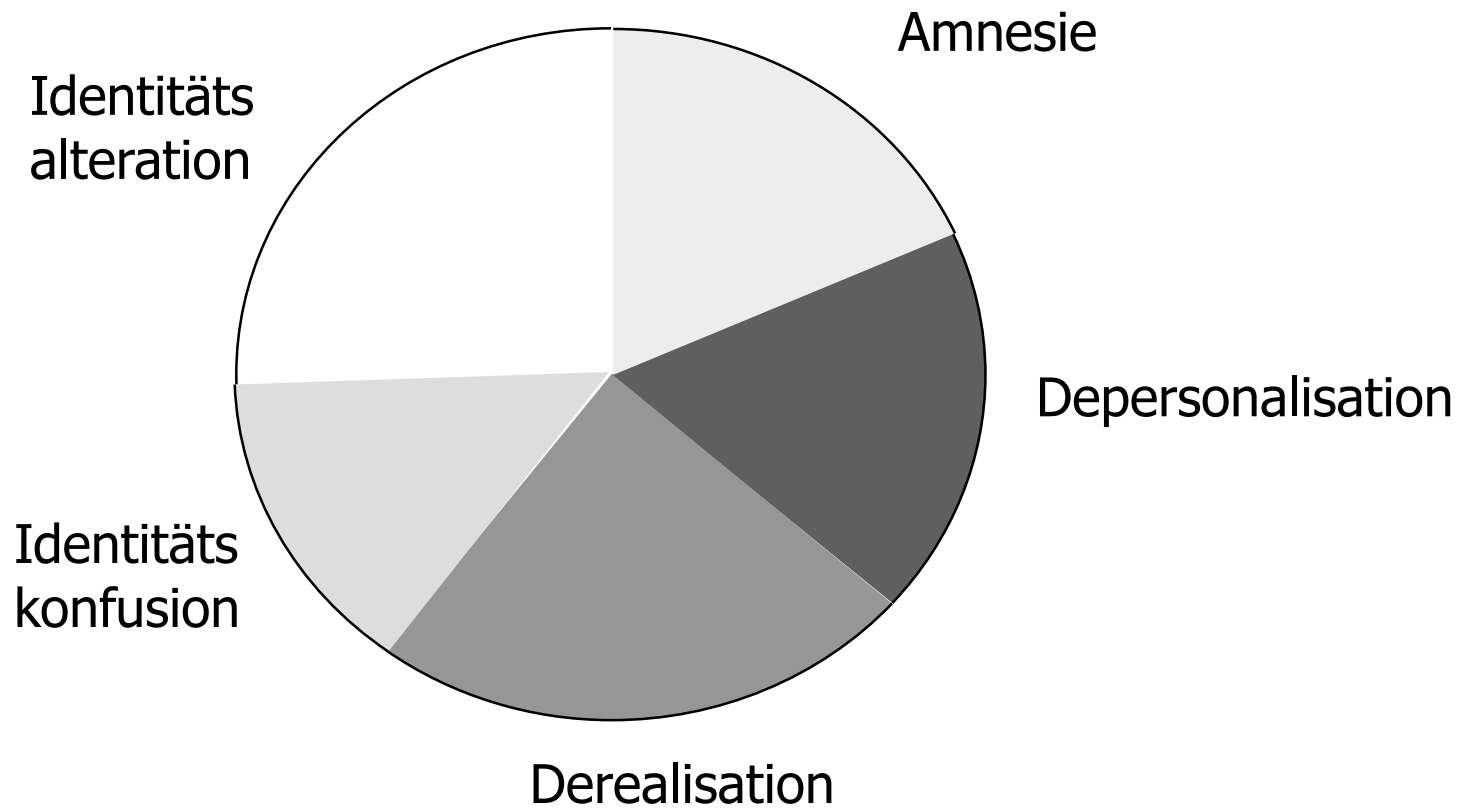
Hauptkonstrukte der Symptomskalen (II)

- Identitätskonfusion
 - Gefühl von Unsicherheiten und Konflikten bzgl. eigener Person
 - ständig innerer Kampf um eigene innere Ordnung
 - intrusive Gedanken von unkontrollierter Wut
- Identitätsalteration
 - Wechsel der Rolle oder Identität
 - Verhalten der Person verändert sich häufig plötzlich

Hauptkonstrukte der Symptomskalen (III)

- Absorption und imaginative Involviertheit
 - Aufgesogensein im Spiel/Phantasietätigkeit
 - Beeinträchtigung der Realitätsprüfung
- Passive Beeinflussungserlebnisse/Interferenzerfahrungen
 - Verlust bzw. Einschränkung der willentlichen Kontrolle über eigene Gefühle, Gedanken, Impulse und Handlungen

Hauptdimensionen der Dissoziation

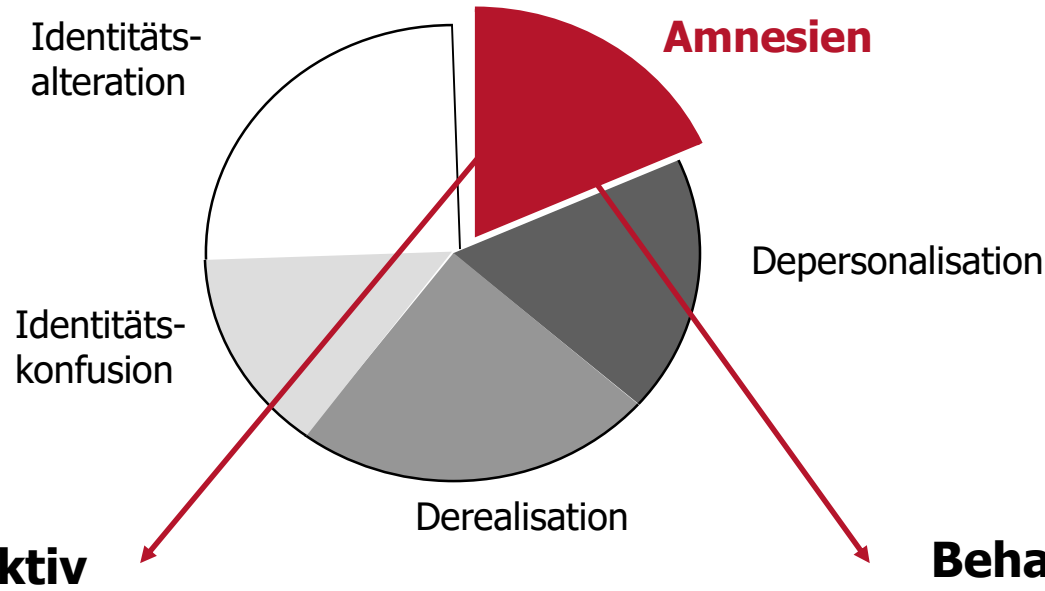


n. Steinberg, 1995

Internale und externale Manifestationen der Dissoziation

Amnesien

n. Steinberg, 1995



- Gedächtnislücken, Verlust des Zeitgefühls

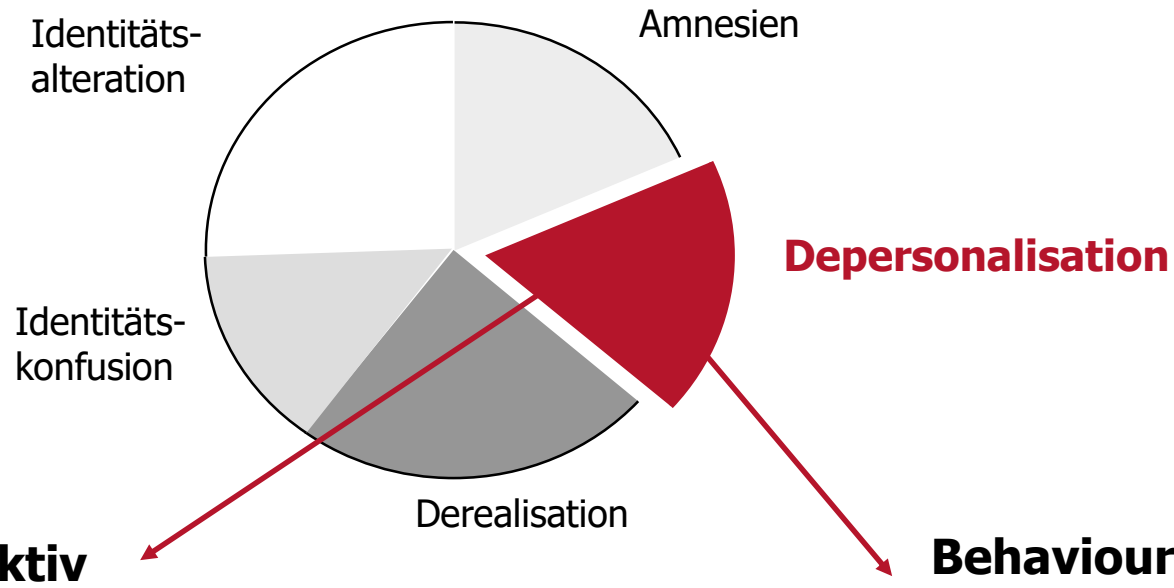


- Sich selbst an einem unbekannten Ort vorfinden
- Unbekannte Objekte vorfinden
- Konfabulation
- Handlungen nicht zu erinnern

Internale und externale Manifestationen der Dissoziation

Depersonalisation

n. Steinberg, 1995



Subjektiv

Gefühle

- unwirklich
- wie ein Fremder
- als ob das wahre Selbst weit entfernt ist
- als ob Körperteile abgetrennt sind



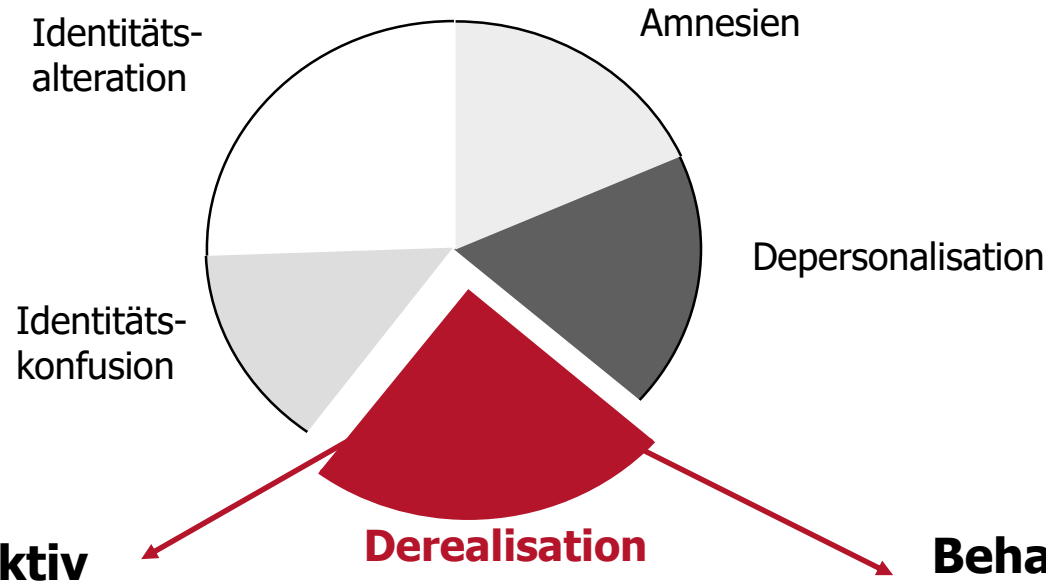
Behavioural

- Tranceartiges Erscheinen
- Fehlen eines eindeutigen Affektes
- Wirkt gequält, belastet

Internale und externale Manifestationen der Dissoziation

Derealisation

n. Steinberg, 1995



Subjektiv

Gefühle

- dass Freunde oder Familie unwirklich, seltsam und fremd sind
- dass die eigene Umgebung unwirklich ist



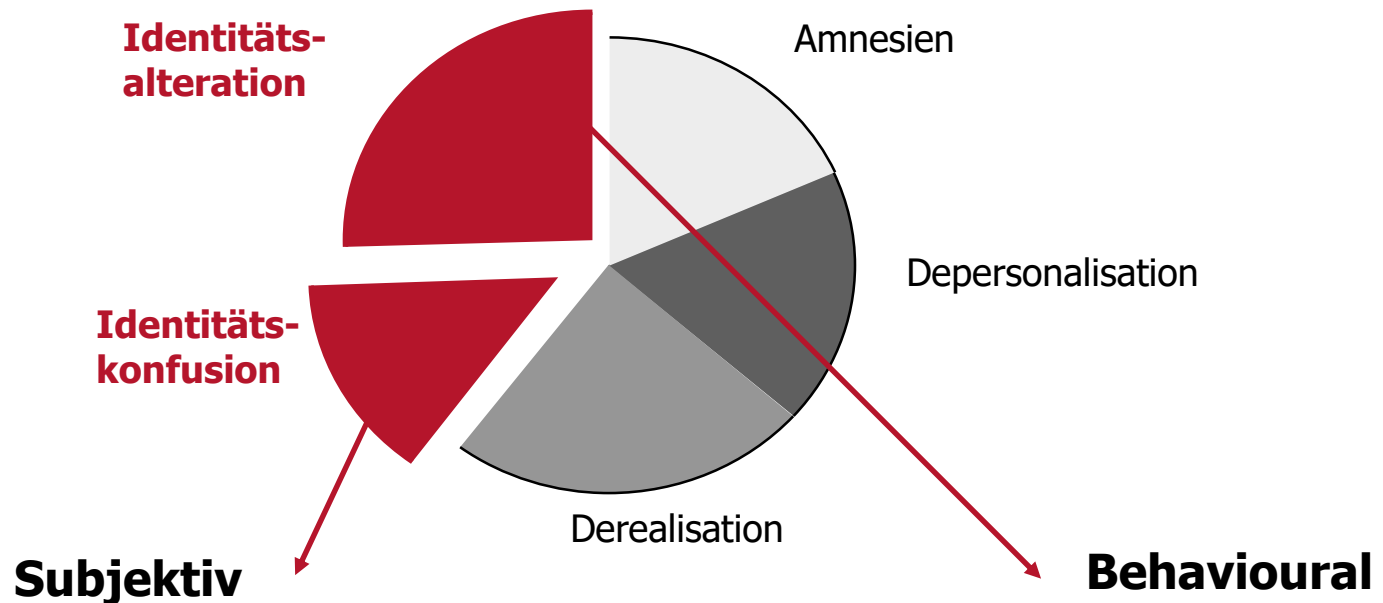
Behavioural

- Fehlendes Erkennen und Interagieren mit Verwandten, Freunden
- Versuche sich in der Umgebung zu orientieren

Internale und externale Manifestationen der Dissoziation

Identität

n. Steinberg, 1995



Gefühle

- der Konfusion, Unsicherheit oder Verwirrung bzgl. der eigenen Person
- innerer Kampf um die eigene Identität



- Handeln wie eine andere Person
- Unterschiedliche Namen verwenden
- In dritter Person sprechen
- Andere haben den Betroffenen auf diese Verhaltensweisen aufmerksam gemacht

Differenzialdiagnostik bei dissoziativen Bewusstseinsstörungen

- Depressiver Stupor
- Schizophrenie und andere psychotische Störungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Akute Belastungsstörung
- Substanzmissbrauch
- Simulation

Akute Belastungsstörung

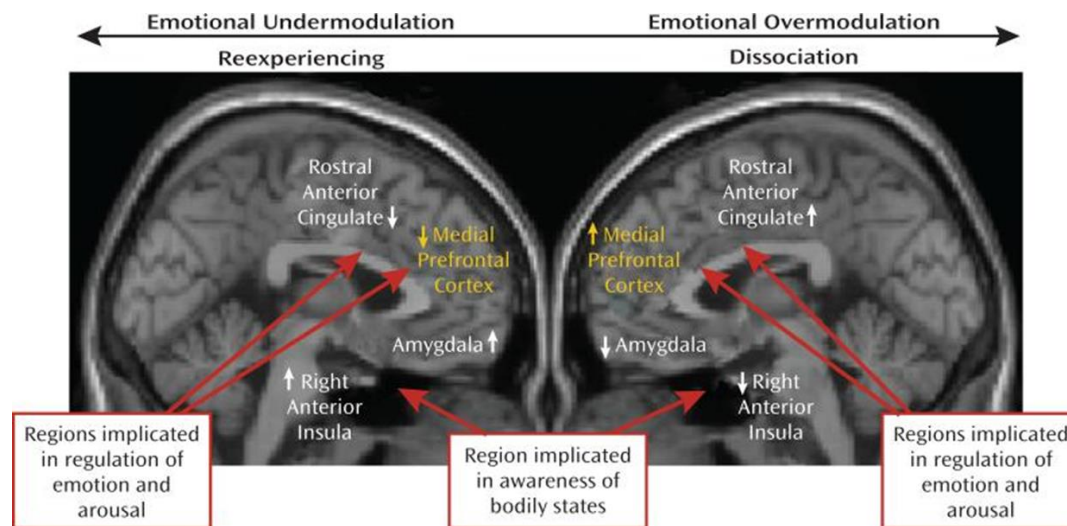
- Dissoziative Symptome
 - emotionale Taubheit
 - Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt
 - Derealisationserleben
 - Depersonalisationserleben
 - Dissoziative Amnesie
- Symptome einer generalisierten Angststörung

Dissoziativer Subtypus der Posttraumatischen Belastungsstörung (DSM-V)

- Zusätzlich zur Erfüllung der Diagnosekriterien einer PTBS ausgeprägte
 - Depersonalisations- oder Derealisationserfahrungen
- Ausgeprägtere PTBS-Symptome und Suizidalität
- Frühe Konfrontation mit traumatischen Belastungen in der Kindheit häufig in kumulativer Form
- 14,4% Subtypus in internationalen Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung (Stein et al., 2013)

Subtypen der Emotionsdysregulation bei der Posttraumatischen Belastungsstörung

- Dissoziativer Subtyp
 - Emotionale Übermodellierung durch höhere Aktivierung des anterioren Cingulums und des medialen präfrontalen Kortex
- Ausgeprägtes Wiedererleben/Übererregung
 - Emotionale Untermodellierung durch Beeinträchtigung der präfrontalen Hemmung limbischer Hirnareale



Lanius et al., 2010

Differenzialdiagnostische Aspekte

Symptombereiche	Schizophrene Störung	Borderline-Störung
Dissoziative Symptome	isolierte Depersonalisations- / Derealisationserfahrungen prä- und postpsychotisch	wiederkehrende bis persistierende Symptome: Amnesie, Depersonalisation / Derealisation, Identitätskonfusion / -alteration
Inhaltliche Denkstörungen	bizarre, paranoide Ideen	hypnagoge Wahrnehmungen, szenische Ausgestaltungen
Formale Denkstörungen	inkohärentes Denken	keine
Affekt	Negativsymptomatik	affektive Instabilität, Störung der Impulskontrolle
Selbstschädigung	singuläre, schwere Handlungen	repetitive offene oder heimliche Selbstbeschädigungen
Funktionseinschränkungen, Krankheitsverlauf	kontinuierliche Symptomatik mit langer Remissionszeit	Fluktuation der Symptomatik

n. Steinberg, 1994, Brunner, 2012

Simulation dissoziativer Störungen

- Hauptmerkmal der Simulation:
 - absichtliches Erzeugen falscher oder stark übertriebener Symptome durch externe Anreize motiviert
- Forensischer Kontext
- Diskrepanz zwischen Selbstbericht der Person und objektiven Befunden
- Mangel an Kooperation bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Cave!
 - genereller Gedächtnisverlust
 - Testwerte
 - bereitwilliges Erzählen von Traumatisierungen

Dissoziative Phänomene in der Psychotherapie

- Patient zeigt wenig Körperbewegungen, wirkt erstarrt.
- Patient zeigt wenige Augenbewegungen. Eindruck, als starre bzw. fixierte der Patient einen Punkt.
- Patient wirkt in sich gekehrt, in sich selbst versunken.
- Patient wirkt schläfrig, benommen, verlangsamt.
- Patient wirkt desorientiert, erinnert Frage bzw. Gesprächsthema nicht.
- Patient zeigt keine oder stark verlangsamte Reaktion auf Ansprache.
- Patient zeigt Veränderungen in Gestik und Mimik, in Sprechweise und Stimmer, in Haltung und Sprechweise.
- Patient macht krampfartige Bewegungen.

Selbstmanagement

- Beeinflussbarkeit der Symptomatik
- Abschwächen und Verstärken
 - Kontrollierbarkeit der Symptomatik
- Auslöser: Versuch für sich alleine Entspannung zu suchen
 - alternative Formen der Entspannung
- Kein Substanzmissbrauch
- gegenwärtig direkte oder indirekte Gewalt-/Belastungserfahrungen
- Literatur, Filme etc.
 - Vermeidung bis Stabilisierung

n. Fiedler, 2001

Therapeutische Ansätze

- Identifikation der Anlässe einer Depersonalisation
 - alternative Aktivitäten
 - kontrollierte Dissoziation (statt Autoregulation) durch Selbstmanagement
- Traumasynthese durch abgestuftes Expositionstraining
 - durch gedankliche Aktivierung an traumatische Erlebnisse soll eine Habituation stattfinden, Auflösung der Angstkonditionierung
 - Traumatische Erinnerungen verlieren ihre Tendenz zu spontanen und unkontrollierbaren Reassoziationen

n. Fiedler, 2001

Psychopharmakotherapie dissoziativer Bewusstseinsstörungen

- Pharmakologische Interventionen bei Depersonalisationsstörungen ohne Effekt
 - Lamotrigen (CT) (Sierra et al., 2003)
 - Fluoxetin (RCT) (Simeon et al., 2004)
- Pharmakotherapie richtet sich nach psychiatrischer Grunderkrankung oder Ko-symptomatik

Grundprinzipien der Therapie bei dissoziativen Bewusstseinsstörungen

- Beachtung aktueller oder chronischer Belastungen/Konflikte
- Berücksichtigung psychiatrischer Komorbidität (z. B. Selbstdestruktivität)
- Verminderung der Dissoziationsneigung
- Identifikation von Auslösern
- Vermeidung von Affektüberschwemmungen
- Steigerung der Affekttoleranz (Erlernen von Strategien zur Emotionsregulation)
- Pharmakotherapie im Kontext der psychiatrischen Komorbidität
- Vorrangig ambulante Therapien, bei schweren Krisen stationäre Interventionen
- Institutionelle Hilfen

Brunner, 2012; 2014

Dissoziative Störungen nach ICD-10

Bewusstseinstypus

- F44.0 dissoziative Amnesie
- F44.1 dissoziative Fugue
- F44.2 dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance- und
Besessenheitszustände
- F44.8 Ganser-Syndrom
- F44.81 dissoziative Identitätsstörung
(Multiple Persönlichkeitsstörung)
- F48.1 Depersonalisations- und
Derealisationssyndrom

Körpersymptomatischer Typus

- F44.4 dissoziative
Bewegungsstörungen
- F44.5 dissoziative
Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilitäts-
und Empfindungsstörungen
- F44.7 dissoziative Störungen,
gemischt
(Konversionsstörungen)

Diagnosestellung bei Neurologen

- 83% der Neurologen benutzen den Terminus „Konversionsstörungen“ mit den Kollegen, aber nur wenige gegenüber dem Patienten
- Nur 34% dokumentieren diese Diagnose
- 66% betreuen ihre Patienten weiter
- Wenige werden an psychiatrische Dienste weitervermittelt
- 14-34% der Psychiater schicken diese Patienten wieder zurück zum Neurologen

Wie häufig ist ein Diagnosewechsel?

- Neurologische Kliniken in England: Stichprobe neuer ambulanter Patienten
 - 30% keine oder unexplained symptoms
 - 26% organische Störung mit unexplained symptoms
 - 26% Kopfschmerzen
 - 18% Konversionssymptome
- 0.4% eine unerwartete eindeutige organische Erkrankung
 - von 1030 Patienten im Follow-up 18 Monate nach Erstvorstellung

Dissoziation als klinisches Problem

Körpersymptomatischer Typus

- Unsicherheit des Arztes (Diagnostik und Therapie)
- Somatisches Krankheitskonzept
- Annahme einer willkürlichen Kontrolle der Symptomatik führt zum Simulationsvorwurf
- hohe Fluktuation, Symptomenwechsel und Remissionsraten dissoziativer Störungen
- jedoch Subgruppe mit ungünstiger Langzeitprognose

Epidemiologie und Prognose dissoziativer Störungen vom körpersymptomatischen Typus

- Lebenszeitprävalenz (14 - 24 Jahre) 0,35%
- Überwiegen des weiblichen Geschlechtes 4:1 bis 5:1
- Nach 3-7 Jahren ca. 1/3 nicht symptomfrei
- 11,5% bis 37,8% zeigen komorbide Störungen (Angst, Depression)

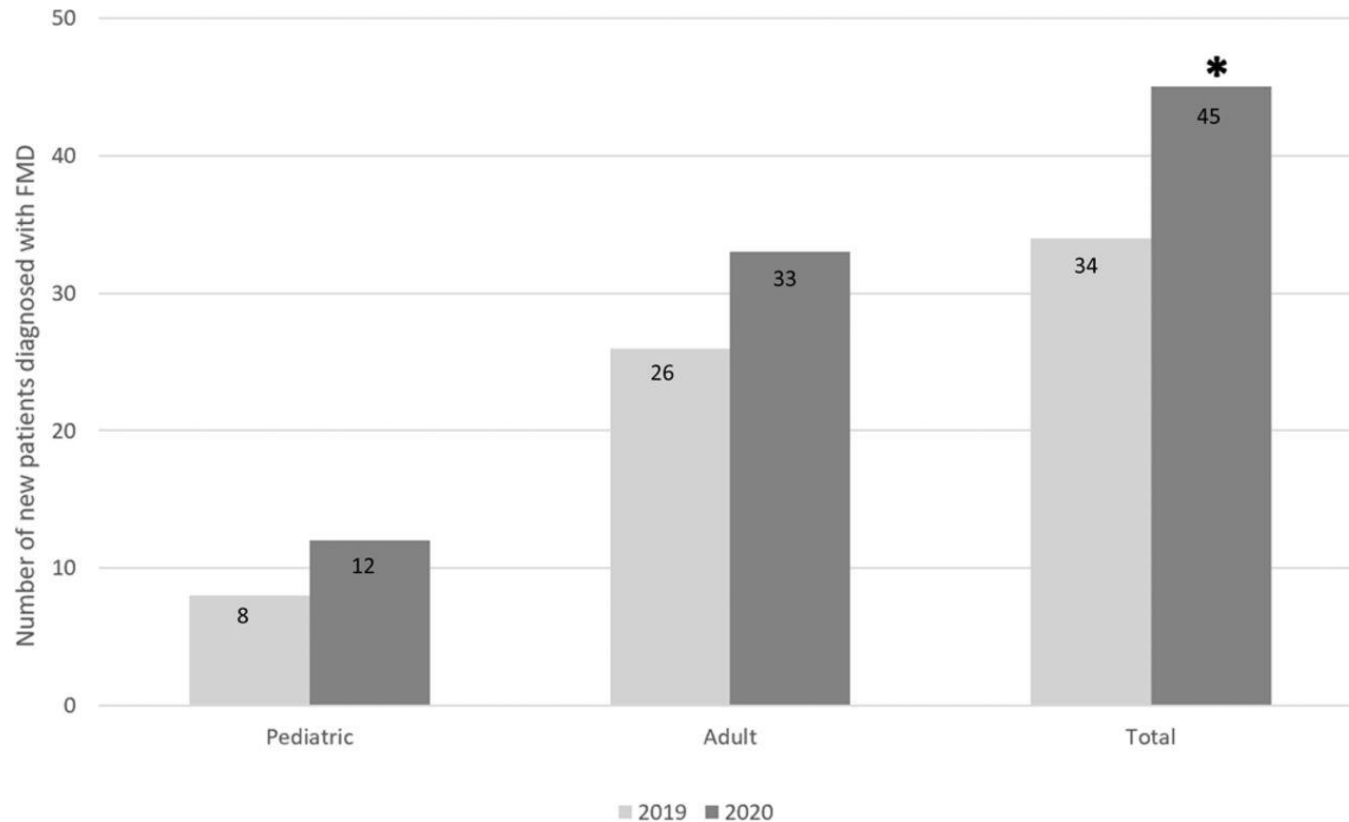
Lieb et al., 1998; Jans & Warnke, 1999; Jans et al., 2008

Behandlungskosten von Konversionsstörungen (USA)

- Notfallvorstellungen und vollstationäre Behandlungen wegen Konversionsstörungen (F44.4-F44.7) im Zeitraum 2003-2017
- 63 359 Erwachsene (71% Frauen)
- 3800 Kinder (5-17 Jahre, 71,9% Mädchen)
- Durchschnittlich 5 Tage (vs 6 Tage) stationär, höherer Diagnostikaufwand
- Jährliche Kosten
 - 1066 Millionen Dollar für Erwachsene
 - 75 Millionen Dollar für Kinder (vergleichbar mit Kosten für Epilepsiebehandlung)
 - 1,2 Milliarden vergleichbar mit anderen behandlungsintensiven neurologischen Erkrankungen

JAMA Neurology, Stephen et al., 2021

Anstieg der Patienten mit dissoziativen Bewegungsstörungen



Mariam Hull et al. Neurol Clin Pract 2021;11:e686-e690

Klinische Merkmale dissoziativer Lähmungen

- Inkonsistente, unstimmige, nicht flüssige Bewegungsmuster
 - Variabilität über die Zeit
 - Ablenkbarkeit bzw. Aufmerksamkeitsfokussierung reduziert bzw. verstärkt die Symptomatik
 - Mitnahme des gestörten Bewegungsmuster in den gesunden Gliedmaßen
 - Anfallsartiges Einsetzen der Bewegung
- Angestrengte Bewegungsausführung oder übersteigerte Langsamkeit des Bewegungsablaufes ohne Ermüdung
 - Mit organischen Bewegungsstörungen nicht vereinbar
- Funktionelle Behinderung (Aktivitäten) überproportional zum Befund

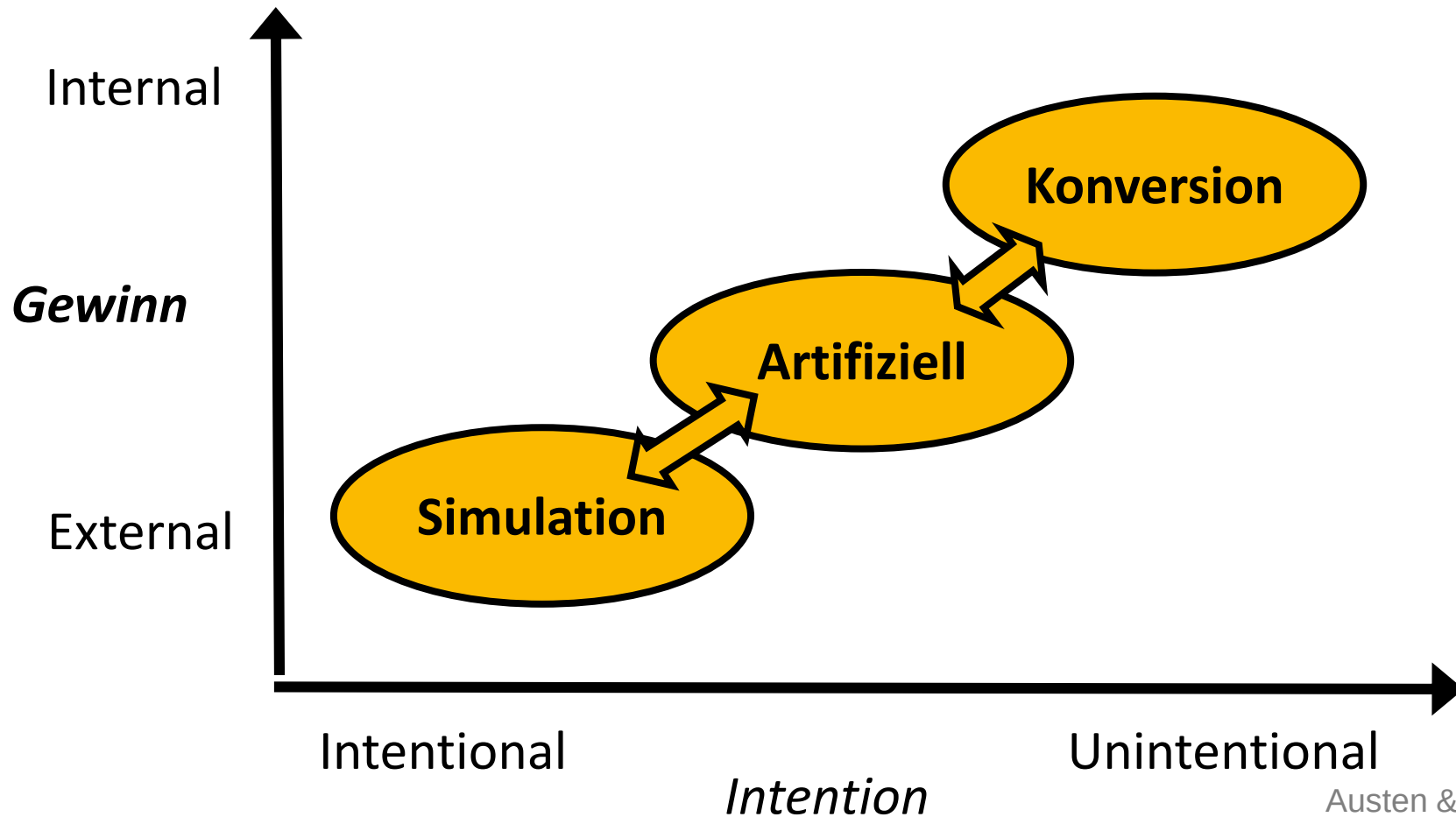
Klinische Merkmale dissoziativer Lähmungen

- Die Lähmung orientiert sich am Körperbild des Patienten.
- Die Lähmung erstreckt sich nur über ein Gelenk.
- Kein Versuch der Bewegungsausführung bei Aufforderung.
- Gleichzeitige Aktivierung von agonistischen und antagonistischen Muskelgruppen.
- **Beim Halten und anschließendem plötzlichen Loslassen fällt die Extremität nicht sofort herab wie bei der organischen Lähmung und lässt so eine Tonisierung erkennen.**
- **Die Schutzreflexe sind erhalten (z. B. Arm fällt beim Loslassen nicht auf das Gesicht).**
- Ein betroffener Arm macht beim Herabfallen nicht die normalerweise vorhandene Supinationsbewegung.
- Bei der psychogenen Paraplegie fehlen Spastizität, Pyramidenbahnzeichen, Blasen- und Mastdarmstörungen, Reflexe sind erhalten.

Diagnosekriterien der dissoziativen Bewegungsstörungen (ICD-10)

- Kein Nachweis einer körperlichen Erkrankung, welche die für diese Störung charakteristischen Symptome erklären könnte
- Zeitlicher Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen
- Kompletter oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit. Dies betrifft Bewegungen, die normalerweise der willkürlichen Kontrolle unterliegen.
- (Unwillentlich, unbewusste Symptomatik)

Kontinuumsmodell der nicht-organisch erklärbaren Störungen



Austen & Lynch, 2004

Konversionsstörungen: Diagnostische Entität?

- Konversionsreaktionen sind keine umschriebene diagnostische Entitäten, sondern vielmehr ein Reaktionsmuster auf Bedrohung/überwältigende Angstgefühle
- Phylogenetische Wurzeln in unreifen Selbstschutzmechanismen
 - Aktivierung von Bindungswünschen
- Chronifizierung von Konversionsreaktionen durch automatisierte Antworten auf emotionalen Stress

Phänomenologie von Konversionsstörungen im Kindesalter (I)

- British Paediatric Surveillance Unit (BPSU)
- Child and Adolescent Psychiatric Surveillance System (CAPPS)
 - N = 204, 7-15 Jahre, 15-Monatserhebung
 - 75% Mädchen; Median = 12.5 Jahre
 - Häufige somatische Untersuchungen
 - Häufig multiple Symptome: Motorische Schwäche, abnormale Bewegungsmuster, Krampfanfälle, Bewusstseinsverlust, Paralyse, Sprachverlust
 - Schmerzempfindungen (54%)
 - Fatigue (34.0%)
 - Belle indifférence (27%)

Phänomenologie von Konversionsstörungen im Kindesalter (II)

- **Stressoren**
 - Mobbing, Trennung der Eltern, Tod eines Angehörigen/Freundes, Krankheit eines Familienmitgliedes, Misshandlung/Missbrauch
- **Vorgeschichte pädiatrischer Untersuchungen (50%)**
 - Bauchschmerzen, unklare Anfälle, Herzsymptome, Kopfschmerzen
- **Psychiatrische Komorbidität**
 - Angststörungen, Schulphobie, Depressive Störungen
 - Selten prämorbid
- **Krankheitskonzept der Eltern**
 - 10% somatisches Konzept, 30% unsicher, 60% psychologisches Konzept

Körperliche Verletzung als Auslöser der Konversionssymptomatik

Metaanalyse von 133 Studien (Stone et al., 2009)

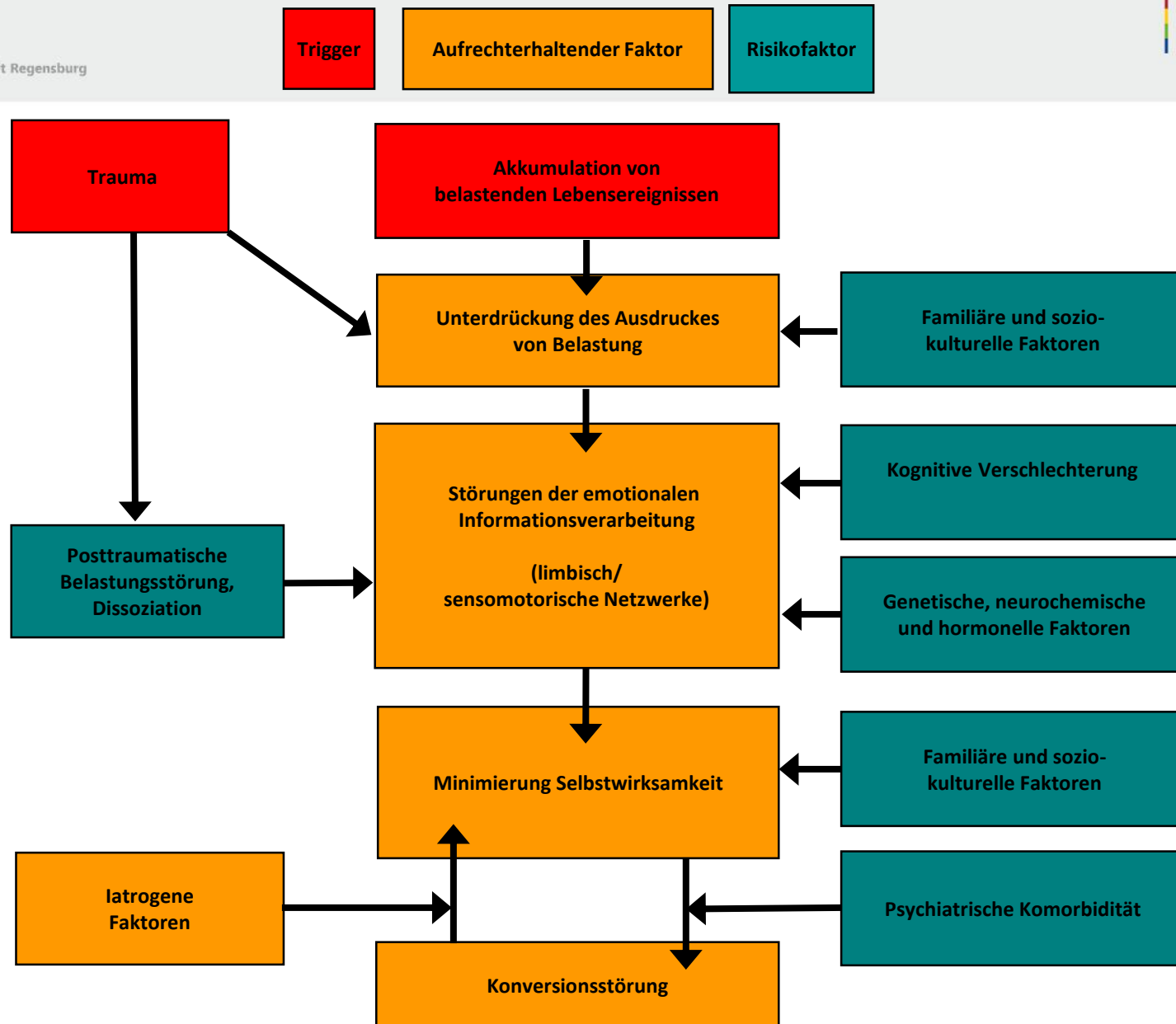
- Vorgeschichte an Unfällen: 37%
- jüngeres Alter
- eher Schwäche als Paralyse
- eher Paraparese statt Hemiparese

Risikofaktoren für dissoziative Krampfanfälle

- Jugendliche mit „Psychogeneic nonepileptic seizures“ (PNES)
- 55 (9-18 Jahre) im Vergleich mit ihren Geschwistern
 - Häufigere medizinische Probleme/Eingriffe einschl. Epilepsie
 - Häufigere medizinische Inanspruchnahmen
 - Höhere Angstsensitivität
 - Häufigere belastende Life events
- Gruppen getrennt durch mehr life events und somatopsychiatrische Störungen

Klinische und soziodemografische Charakteristiken von dissoziativen Anfällen

- N = 539; 5-18 Jahre, 67% Mädchen (Reilly et al., 2013)
 - Schulbezogene Schwierigkeiten, belastende familiäre Situation, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Wunsch nach Aufmerksamkeit
 - Depression, Angststörung einschl. Panikstörung, PTSD
 - wenige Follow-up Untersuchungen
 - 2/3 remission, 1/3 persistierend
 - Patienten mit Kombination mit epileptischen Anfällen schlechterer Verlauf
- Besserer Outcome: geringere Chronizität, geringe Psychopathologie, erfolgreiche Frühintervention
- 11%-46% bei Kindern und Jugendlichen mit epileptischen Erkrankungen (Herskovitz, 2015)



n. Stonnington et al., 2006

Neurobiologische Korrelate dissoziativer Störungen vom körpersymptomatischen Typus (SPECT)



**Hypofunktion im linken
DLPFC bei dissoziativen
Patienten**

„Ich kann nicht wollen“



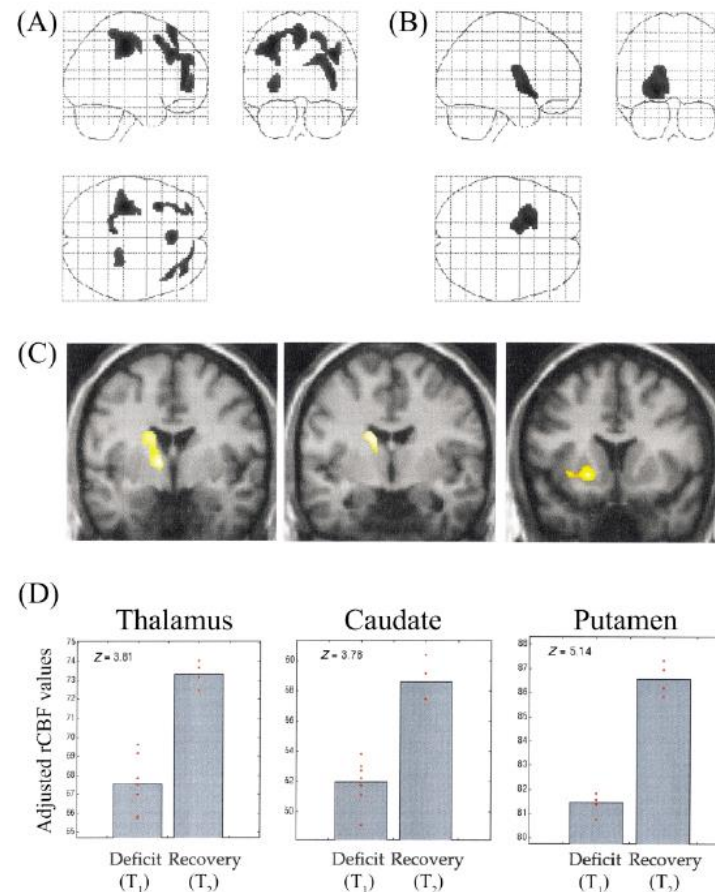
**Hypofunktion im rechten
anterioren PFC mit
vorgegebener Simulation**

Spence et al., 2000

Der Patient sagt „Ich kann nicht“,
es sieht aus wie „Ich will nicht“,
aber es ist „Ich kann nicht wollen“.

Paget, 1873; zit. nach Spence et al., 2000

Funktionelle neuroanatomische Korrelate bei dissoziativen Bewegungsstörungen



Vuilleumier et al., 2001

Neurobiologie dissoziativer Bewegungsstörungen

Untersuchungen mit bildgebendem Verfahren (PET,SPECT-Studien)

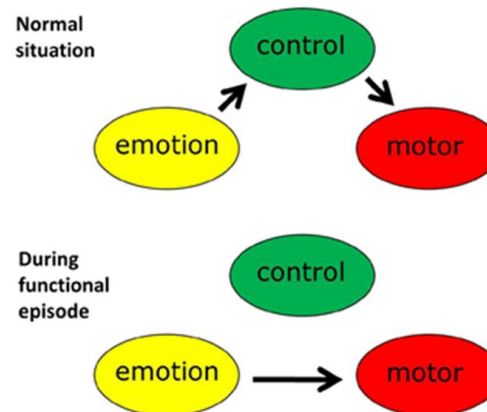
- Minderaktivierung der kontralateralen thalamischen Schaltkreise und Basalganglien
 - Normalisierung der Aktivierung nach Remission der Lähmung
- stressbedingte Einflüsse des limbischen Systems (Amygdala) auf die Basalganglien-Thalamus-Schaltkreise führen zu
 - verschlechterten motorischen Handlungsbereitschaften
 - unwillkürlichen Verhaltensweisen

Spence et al., 2000; Vuilleumier et al., 2001

Konnektivität bei dissoziativen Anfällen

- Höhere funktionelle Konnektivität zwischen Regionen
 - der Emotionsverarbeitung (Insula) und
 - den motorischen Handlungsbereitschaften (präzentraler Sulcus)
- Emotionen können unter Umgehung der kognitiven, exekutiven Kontrolle direkt auf die motorischen Funktionen Einfluss nehmen

Schematic overview of a plausible pathological functional neurological mechanism involved in cognitive-emotional executive control.



van der Kruijs S J M et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry
doi:10.1136/jnnp-2012-302905

©2012 by BMJ Publishing Group Ltd

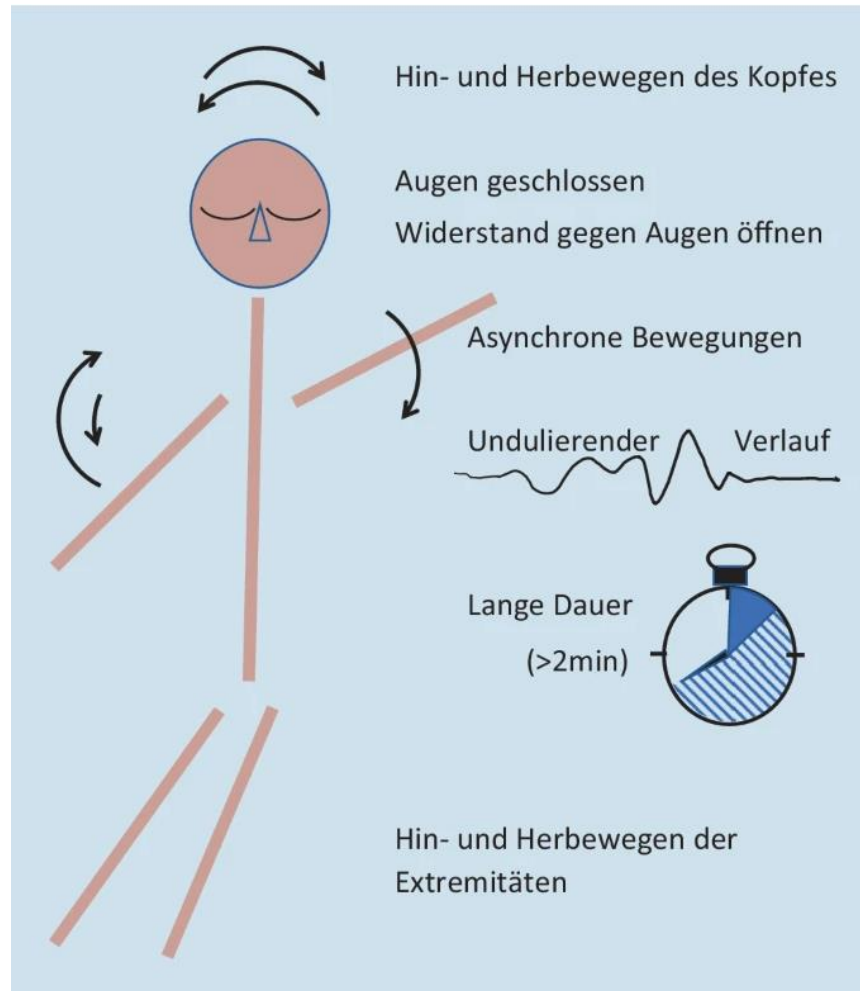
JNNP
ONLINE

Van den Kruijs et al., 2012

Differentialdiagnostik

- Myasthenia gravis
 - Multiple Sklerose
 - Guillain-Barré-Syndrom
 - Degenerative Erkrankungen der Basalganglien
 - Polyneuropathien
 - Myopathien
 - Medikamentös bedingte extrapyramidale Symptome
 - Zerebraler Insult, zerebelläre Störungen
 - Tumoröse Erkrankungen
-
- Anfallserkrankungen

Charakteristische Symptome dissoziativer Anfälle



Obb u. Job nach Popkirov, 2022

Fragen zur Anfallsanamnese

- Wie häufig treten die Anfälle (pro Tag, Woche oder Monat) auf?
- Was sind typisch vorausgehende Situationen?
- Wie ist der genaue Ablauf des Krampfanfalles, vor allen Dingen auch am Beginn und am Ende des Anfallsgeschehens?
- Gibt es Beobachtungen, unter welchen Bedingungen Anfälle nicht oder nur sehr selten auftreten?
- Durch was können Anfälle unterbrochen werden? Tritt das Verhalten nur in Interaktion mit spezifischen Personen auf?

Differentialdiagnostik

Anamnestische Fakten

Anamnestische Beobachtung	Psychogen	Epileptisch
Manifestation vor 10. Lebensjahr	Ungewöhnlich	Häufig
Veränderung der Anfallssemiologie	Gelegentlich	Selten
Verschlechterung d. Antikonsulviva	Gelegentlich	Selten
Anfälle in Gegenwart von Ärzten	Häufig	Ungewöhnlich
Rezidivierender Anfallsstatus	Nicht selten	Selten
Multiple unerklärte körperliche Beschwerden	Häufig	Selten
Multiple Operationen und invasive Unters.	Häufig	Selten
Psychiatrische Behandlung	Häufig	Selten
Sexueller und physischer Missbrauch	Häufig	Selten

Differentialdiagnostik

- Iktuale Beobachtungen (1) -

Beobachtung	Psychogen	Epileptisch
Situationsabhängiger Beginn	Nicht selten	Selten
Allmählicher Beginn	Nicht selten	Selten
Durch Stimuli auslösbar	Gelegentlich	Selten
Undulierende motorische Aktivität	Häufig	Sehr selten
Asynchrone Arm- und Beinbewegungen	Häufig	Ungewöhnlich
Zielgerichtete Bewegungen	Gelegentlich	Sehr selten
Rhythmische Beckenbewegungen	Gelegentlich	Selten
Opisthotonus, „Arc de cercle“	Gelegentlich	Sehr selten
Kopfschütteln	Häufig	Selten
Biss auf die Zungenspitze	Gelegentlich	Sehr selten

Differentialdiagnostik

- Iktuale Beobachtungen (2) -

Beobachtung	Psychogen	Epileptisch
Iktuale prolongierte Atonie	Gelegentlich	Sehr selten
Iktuales Weinen	Gelegentlich	Sehr selten
Geschl. Mund b. scheinbar tonischem Anfall	Gelegentlich	Sehr selten
Vokal. b. tonisch-klonischen Bewegungen	Gelegentlich	Sehr selten
Lidschluss	Sehr häufig	Selten
Anfallsdauer > 2 min	Häufig	Sehr selten
Widerstand bei Augenöffnung	Häufig	Sehr selten
Erhaltener Pupillenreflex	Sehr häufig	Ungewöhnlich
Reaktivität b. scheinbarer Bewusstlosigkeit	Gelegentlich	Sehr selten
Fehlende Zyanose bei prolongiertem Anfall	Häufig	Selten
Schnelle postiktuale Reorientierung	Häufig	Ungewöhnlich

Reuber und Elger, 2003

Aufklärungsschritte/Diagnosemitteilungsprotokoll

- Video im gemeinsamen Gespräch demonstrieren
- So vorgestellt?
- Zur Zeit keine epileptische Aktivität
- Anfälle können nicht mit Antiepileptika behandelt werden
 - Fortführung kann NW provozieren
- Ärzte können im Notfall eine Behandlung einleiten, die schädlich sein kann
- Alternatives Krankheitskonzept (stressbezogener Erkrankungen) anbieten
- Vorsicht psychische Belastungen oder Traumatisierungen hierfür verantwortlich machen
- Motivation/Überweisungsprozess/Involvierung der Neurologen

Vorgehen bei Patienten bei gesicherten dissoziativen Anfällen

- Hektik und aufdrängenden Handlungsdruck widerstehen
 - Auf die Uhr schauen
 - Verletzungen verhindern
 - Von Mitpatienten/Stationsgeschehen abschirmen
 - Nach Möglichkeit nicht anfassen und Anfall nicht unterbrechen
 - Keine psychopharmakologische Intervention; Decke evtl. verwenden
 - Mit klarer einfacher Sprache ansprechen
 - Mit ruhiger, deutlicher Stimme mit Namen ansprechen, „Ich bin da und lasse dich nicht alleine“
 - Schnelle Wiedereingliederung in den (Stations-) Alltag
 - Nachbesprechen in der Psychotherapie mit Verhaltensanalyse
 - Vorzeichen, Möglichkeit abzumildern/verhindern, internale/externale Reize
 - Vorgehen für zukünftige Anfälle verschriftlichen
 - Gemeinsame Entwicklung/Formulierung
 - Pass mit ärztlicher Bestätigung und Handlungsempfehlungen für Ersthelfer

Lempp et al., 2024

Therapiestudie im RCT-Design bei dissoziativen Krampfanfällen

- Manualisierte Therapie für 16 Wochen (N=38)
 - Kognitive Verhaltenstherapie vs. (+)
 - Kognitive Verhaltenstherapie plus Sertralin (+)
 - Sertralin (-)
 - Standard Care (-)
- 50-60% Reduktion der Anfallsfrequenz
- Positiver Effekt auf psychosoziale Funktionen

Therapiestudie im RCT-Design bei dissoziativen Bewegungsstörungen

- Physiotherapie plus CBT vs. Psychologische Unterstützung
- N = 70, M = 43 Jahre
- Follow-up N = 38
 - 3 und 5 Monate nach Therapie
- Weniger Bewegungseinschränkungen, verbesserter Quality of Life

JAMA Neurology, Macias-Garcia et al., 2024

Positive Kriterien als Hinweis für eine dissoziative Symptomatik

- Übernahme von Symptomen in Anlehnung an ein Modell
- Belle indifférence
- Gehäuftes Auftreten von psychosomatischen / psychiatrischen Erkrankungen in der Herkunftsfamilie
- Frühere Somatisierungsphänomene
- Organische Erkrankungen vor dem Beginn der Konversionssymptomatik
- Symptomwechsel, -ausdehnung, -veränderung im Rahmen der medizinischen Untersuchungen
- Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn
- Symbolgehalt der Symptomatik
- Manipulative Handlungen bis hin zu selbstschädigenden Handlungen
- "Doktor-Shopping"
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen (emotional-instabiler Typus)
- Traumatische Lebensereignisse

Brunner & Resch, 2014, 2024

Therapieziele

Reduktion

- der Symptome
- des psychosozialen Stresses
- der psychosozialen Funktionseinschränkungen
- einer inadäquaten Inanspruchnahme von
von medizinischen Ressourcen

Grundprinzipien in der Diagnostik dissoziativer Störungen (1)

- Initial subjektives Krankheitskonzept respektieren, Behandlungsabbruch vermeiden
- Zuständigkeit erklären/Begrenzung von Inanspruchnahmen medizinischen Ressourcen
- Vorrang der Behandlung der Funktionseinschränkungen gegenüber der Konfliktdynamik
- Frühintervention um Chronifizierungen oder iatrogene Schädigungen zu vermeiden
- Kritikfreie Annahme der Symptomatik/kein Simulationsvorwurf

Grundprinzipien in der Diagnostik dissoziativer Störungen (2)

- **Feedback-Konferenz**
 - Teilnehmer: Patient, Eltern, Pflegepersonal, Arzt
 - Erarbeitung einer gemeinsamen diagnostischen Einschätzung
 - Klare und direkte Mitteilung des diagnostischen Eindrucks
 - Neues Erklärungsmodell anbieten (Konzept stressbezogener körperlicher Störungen)
 - Wiederholte Einberufung der Feedback-Konferenz

Aufbau Therapiebündnis (I)

- Vermeidung der Diagnosestellung durch Ausschlussverfahren
- Exploration der Symptomexazerbation sowie seines Kontextes und weiterer Charakteristiken
- Mitteilung des diagnostischen Eindrucks klar, frei und direkt
- Aufbau eines Arbeitsbündnisses zur Intervention

Aufbau Therapiebündnis (II)

- Anerkennung, dass der Patient leidet und die Familie mit betroffen ist
- Berücksichtigung der durch die Symptome hervorgerufenen Ängste beim Patienten und der Familie
- Anhaltende Aufmerksamkeit über die Möglichkeit des Vorliegens einer körperlichen Erkrankung
- Schwierigkeit/Unmöglichkeit der Beurteilung der Ätiologie der Symptome
- Vermeidung von unnötigen Untersuchungsverfahren

Grundprinzipien in der Therapie dissoziativer Störungen

Körpersymptomatischer Typus (1)

- Zügige und vollständige organische Durchuntersuchung zur Entängstigung von Patient und Angehörigen
- Beschränkung von Untersuchungen nach erfolgter körperlich-neurologischen Diagnostik
 - Fortführung im Rahmen einer Verlaufsdagnostik oder
 - im Rahmen eines kinderpsychosomatischen Gesamtbehandlungsplanes (Feedbackkonferenzen)
- Korrekte Diagnosestellung einschließlich der assoziierten somatischen und psychiatrischen Komorbidität (Einschluss- statt Ausschlussdiagnostik)

Grundprinzipien in der Therapie dissoziativer Störungen

Körpersymptomatischer Typus (2)

Symptomorientierte Behandlungsformen

- "escape with honour"
- Symptomreduktion unter Selbstkontrolle der Patienten
- Minimierung von sekundärem Krankheitsgewinn
- Aktive Formen: Bewegungsübungen, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Körpertherapie
- Passive Formen: Massage, Wärmebehandlungen, Reizstimulation

Zusammenfassung und Ausblick

- Multimodale, interdisziplinäre Behandlungsstrategien erfolgsversprechend
 - Aber unzureichende empirische Wirksamkeitsüberprüfungen
- Stressbedingte Veränderungen von Gedächtnisfunktionen und motorischer Handlungsbereitschaften als krankheitsspezifisches Muster
- Erweiterung des Grundlagenwissen zur Willensbildung, Handlungssteuerung und Bewusstsein
- Neurobiologische Befunde tragen zur Entstigmatisierung „hysterischer“ Patienten bei

Dissoziative Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Dissociative Visual Loss in Children and Adolescents

Autoren

Romuald Brunner¹, Herbert Jäggle², Stephanie Kandsperger¹

Institute

- 1 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Regensburg, Deutschland
- 2 Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Regensburg, Deutschland

Schlüsselwörter

funktioneller Sehverlust, dissoziativer sensorischer Verlust, hysterische Blindheit, Konversionsstörung, Neuroophthalmologie

Key words

functional visual loss, dissociative sensory loss, hysterical blindness, conversion disorder, neuroophthalmology

eingereicht 1.8.2021
angenommen 26.8.2021

Bibliografie

Klin Monatsbl Augenheilkd 2021; 238: 1084–1091
DOI 10.1055/a-1617-3193
ISSN 0023-2165

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Romuald Brunner, M.D.
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Regensburg
Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg, Deutschland
Tel.: +49 (0) 94 19 41 40 01, Fax: +49 (0) 94 19 41 40 04
romuald.brunner@medbo.de

ZUSAMMENFASSUNG

Psychogene Störungen der Sehfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen sind eine nicht selten anzutreffende Störung, mit der am Beginn der Störung vorrangig Augenärzte konfrontiert sind, da das Erscheinungsbild, wie bei anderen Störungen aus dem dissoziativen Krankheitspektrum, ein neurologisches oder anderweitiges somatisches Krankheitsbild nahelegt. Charakteristisch erscheint der Verlust der Sehschärfe, Ver-

schwommensehen oder eine Gesichtsfeldeinschränkung – oft beschrieben als ein Tunnelsehen. Kennzeichnend sind ein häufig plötzlicher Beginn, nicht selten im zeitlichen Zusammenhang von belastenden Lebensereignissen eines weiten Spektrums (Schulversagen, familiäre Konflikte, Unfälle). Während bei einem Großteil der betroffenen Kinder die Symptomatik zügig rückläufig ist, zeigt ein substanzieller Anteil der Kinder eine anhaltende Symptomatik oder einen fluktuierenden Verlauf. Die diagnostischen Prozesse und das Behandlungsvorgehen sind durch das Fehlen von Wirksamkeitsüberprüfungen spezifischer Therapieverfahren von großer Unsicherheit geprägt. Differenzialdiagnostische Abgrenzungen einer dissoziativen Sehstörung von organmedizinischen Erkrankungen setzen eine besondere fachliche Expertise voraus. Die Unsicherheit von Ärzten der Augenheilkunde, aber auch der unterschiedlichen involvierten Fachdisziplinen im Umgang mit diesem Krankheitsbild trägt nicht selten zur Verzögerung einer fachspezifischen Behandlungsaufnahme bei oder auch zur Aufnahme nicht adäquater Therapieversuche, die auch die Gefahr einer iatrogenen Schädigung in sich bergen. Dieser Artikel beschreibt vorrangig die psychiatrische störungsspezifische Diagnostik sowie die somatische Differenzialdiagnostik und skizziert die therapeutischen Prinzipien der dissoziativen Sehstörung.

ABSTRACT

Psychogenic vision disorders in children and adolescents are a common disorder primarily encountered by ophthalmologists at the onset because, as with other disorders of dissociation, the presentation suggests a neurologic or other somatic condition. Loss of visual acuity, blurred vision and visual field restriction – often described as tunnel vision – appears to be typical. The onset may be sudden, frequently related to a wide range of stressful life events (school failure, family conflicts, accidents). While the majority of these children quickly recover from their symptoms, a substantial percentage experience persistent symptoms or a fluctuating course. Due to the lack of efficacy studies of specific treatment protocols, diagnostic work-up and treatment suffer from a high degree of uncertainty. Differentiating dissociative visual loss from physical illness requires special expertise. The uncertainty of ophthalmologists and the other specialists involved in dealing with



Philine Senf-Beckenbach / Janine Devine
Matthias Hoheisel

Behandlung psychogener nicht epileptischer Anfälle

Psychoedukation und Körperwahrnehmung
bei Dissoziation (KÖRDIS)

hp hogrefe

Brunner

Dissoziative und Konversions- störungen

Remschmidt
Schmidt (Hrsg.)
Manuale
psychischer Störungen
bei Kindern
und Jugendlichen

 Springer

HDI

Heidelberger Dissoziations-Inventar

Instrument zur dimensionalen und kategorialen
Erfassung dissoziativer Symptomatologie bei
Jugendlichen und Erwachsenen



Manual

R. Brunner, F. Resch, P. Parzer, E. Koch

PEARSON

Priebe · Schmahl
Stiglmayr

Dissoziation

Theorie
und Therapie

 Springer

Konversionsstörungen mit funktionellen neurologischen Symptomen

Meinolf Noeker

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 hogrefe



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!