

Wolfgang Köller & Knut Hoffmann (Hrsg.)

Dissoziative Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Beeinträchtigungen durch dissoziative Verhaltens- und Erlebensweisen

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 8. November 2019 in Kassel

Materialien der DGSGB
Band 44

Berlin 2021

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

ISBN 978-3-938931-45-5

®2021 Eigenverlag der DGSGB, Berlin

Internet: klaus.hennicke@posteo.de
1. Aufl. 2021

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.
Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Dissoziative Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 8. November 2019 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Wolfgang Köller & Knut Hoffmann Vorwort	**4**
Wolfgang Köller Dissoziation – Wie sieht das bei Menschen mit intellektuellen Behinderungen aus?	**6**
Kim Hinkelmann Neurobiologie der Dissoziation	**16**
Anna-Lena Friedo Sonderfall Epilepsie – Dissoziative Anfälle	**24**
Knut Hoffmann Dissoziation und Pharmakotherapie – Geht das?	**31**
Wibke Voigt Psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten bei Menschen mit dissoziativer Störung	**40**
Jacqueline Pieper Traumapädagogik bei Dissoziation - Ein Beitrag aus der Praxis	**52**
AutorInnen	**63**

Vorwort

Wolfgang Köller & Knut Hoffmann

Dissoziative Störungen gehören zu den vielgestaltigsten seelischen Phänomenen überhaupt und erste Beschreibungen dissoziativer Symptome finden sich bereits in der antiken griechischen und römischen Literatur. Man geht davon aus, dass 2 bis 4% aller Menschen im Laufe ihres Lebens zumindest einmalig an dissoziativen Symptomen erkranken, wobei diese Wahrscheinlichkeit bei Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen noch einmal deutlich höher wird. Grundsätzlich scheinen solche Symptome mit zunehmendem Alter abzunehmen. Nicht zuletzt wurde Sigmund Freud zur Entwicklung seiner Theorien und Behandlungsformen letztendlich durch dissoziative Symptome wie zum Beispiel körperlich nicht erklärbare Lähmungen oder Bewusstseinszustände inspiriert. Heutzutage würde man im Sinne der gültigen psychiatrischen Klassifikationen diese Zustände als dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10 F44.4) oder als Trance oder Besessenheitszustände (ICD-10 F44.3) bezeichnen. Dissoziative Phänomene können aber derart vielgestaltig sein, dass es selbst den erfahrenen Fachmann/frau im Einzelfall sehr schwer fallen kann, dieses von einem realen organischen Geschehen zu differenzieren. Auch können dissoziative Phänomene nur sehr kurzzeitig vorhanden sein oder aber auch über einen längeren Zeitraum vorliegen, also dass möglicherweise Dinge, die eigentlich einen dissoziativen Hintergrund haben, quasi als dauerhaft der originären Person zugehörig betrachtet werden. Nochmal erschwert wird eine solche Diagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung durch die oft damit verbundenen Einschränkungen in der Kommunikations- und Introspektionsfähigkeit. Es gibt allerdings keinen vernünftigen Grund anzunehmen, warum diese Phänomene bei Menschen mit Intelligenz-minderung seltener als in der Allgemeinbevölkerung auftreten sollten, nur ist die dazu vorhandene wissenschaftliche Literatur ausgesprochen spärlich.

Im Rahmen dieser Fachtagung möchte die DGSGB diese Vielgestaltigkeit dissoziativer Phänomene unter möglichst vielen Aspekten darstellen. Nach einer kurzen Einführung in das Thema durch die DGSGB-Vorstände Wolfgang KÖLLER und Knut HOFFMANN, die für die Tagung verantwortlich zeichnen, erfolgt zunächst eine grundsätzliche Beschreibung der verschiedenen Erscheinungsformen von dissoziativen Störungen durch Wolfgang KÖLLER (Nervenärztliche Praxis Berlin/Brandenburg mit Schwerpunkt GB). Im Anschluss wird dann Frau HINKELMANN (Charité Berlin) ausführlich zu den neurobiologischen, also im Gehirn vorliegenden, Grundlagen dissoziativen

Störungen ausführen. Einen Sonderfall dissoziativer Störungen, nämlich die sogenannten dissoziativen oder psychogenen Anfälle wird dann in der Folge Anna-Lena FRIEDO (Tabor-Klinik Brandenburg) darstellen. Als erste Interventionsmöglichkeit wird dann Knut HOFFMANN (LWL Uni-Klinikum Bochum) über medikamentöse Zugangswege berichten. Die weiteren therapeutischen Zugangswege werden dann zum einen aus psychotherapeutischer Sicht von Frau Wiebke VOIGT Fachklinik (Kamillushaus Heidhausen) und aus pädagogischer Sicht durch Jaqueline PIEPER von der Heilpädagogischen Ambulanz (HPA) in Berlin dargestellt werden.

Wir hoffen, Ihnen im Rahmen dieser Arbeitstagung das Phänomen dissoziativer Störungen näher bringen zu können und Ihnen erstes Handwerkzeug zu einem besseren und professionelleren Umgang mit derartigen Phänomenen zu geben.

Wolfgang Köller Knut Hofmann

Dissoziation – Wie sieht das bei Menschen mit intellektuellen Behinderungen aus?

Wolfgang Köller

Erscheinungsbilder der Dissoziation

Grundlegend ist festzustellen, dass die Dissoziation als Gegenbild der Assoziation zu betrachten ist (ROSS, 1997). Es findet sich phänomenologisch ein Zerfall von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, auch kann man von einem Auflösungsprozess in der Leib-Seele-Beziehung oder des körperlichen Integritätserlebens sprechen.

Es spricht vieles dafür, wie auch im Beitrag in diesem Band von Kim HINKELMANN beschrieben, dass es sich um ein onto- und phylogenetisch sehr sinnvolles und effizientes Programm zur Bewältigung/Meisterung von Gefahrensituationen handelt. Besonders in diesem Sinne wegführend ist die Nutzung wesentlicher Strukturen des zentralen Angst- und Arrousal-Systems des ZNS beim Auftreten der Dissoziation. Komplizierend für eine Betrachtung der dissoziativen Störungen oder auch dissoziativer Phänomene in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen ist neben der grundlegenden Andersartigkeit des Klientels die generelle Vielgestaltigkeit der dissoziativen Störungen. Es finden sich unterschiedliche Erscheinungsbilder:

- Amnesien und Fugue
- Depersonalisation
- Derealisation
- Stupor
- Trance- und besessenheitsartige Bilder
- Störung des Selbstempfindens
- Psychogene nichtepileptische Anfälle (PNEA)
- Dissoziative Bewußtseinsstörung (DIS).

Diese Differenziertheit findet sich durchgehend auf der Ebene der Phänomene (Symptomebene), der psychiatrischen Syndrome und Störungen (Syndrom- und Krankheitsebene) wieder. Es ist also sinnvoll, gewisse Ordnungskriterien in der Ausgestaltung zu erstellen. Es sollte jedoch beachtet werden, dass in vielfältigster Weise dissoziative Mechanismen sich in unseren Alltags-handlungen beobachten lassen, hier sei auf das vielzitierte Beispiel der dissoziativen Aufmerksamkeit beim Fahren eines Automobils hingewiesen.

In der ICD-10 als derzeit international gültigem Klassifikationsinstrument wird unterschieden zwischen den dissoziativen Bewußtseinsstörungen, bei denen

die Dissoziation rein auf psychischer Ebene stattfindet und den Konversionsstörungen, bei denen dissoziative Vorgänge die Körperlichkeit betreffen, wie Tab. 1 zeigt. (ECKARDT-HENN et al., 2004; KÖSSLER et al., 1997):

Tab.1: Dissoziative Störungen nach ICD-10

Dissoziative Bewußtseinsstörungen	Konversionsstörungen
F44.0 Dissoziative Amnesie	F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.1 Dissoziative Fugue	F44.5 Dissoziativer Krampanfall (PNEA)
F44.1 Dissoziative Stupor	F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und
F44.3 Trance- und Bessessenheitszustände	Empfindungsstörungen
F44.80 GANSER-Syndrom	
F44.81 Multiple Persönlichkeiten-Störung	
F44.7 Gemischte dissoziative Störung	

Besondere differentialdiagnostische Probleme bei Intellektueller Behinderung

Zu den allgemeinen differentialdiagnostischen Problemen und Phänomenen bei geistiger Behinderung kommt hinzu, dass Dissoziationen sehr bewußtseinsfern ablaufen, also im Regelfall vom Betroffenen, auch wenn keine intellektuelle Behinderung vorliegt, nicht als solche wahrgenommen werden. Bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ist zudem oft die frühe Phase des Lernens mit mannigfachen Frustrationen und ggf. auch traumatisch erlebten Situationen verwoben, was zu einem frühen Erlernen dissoziativer Bewältigungsstrategien führen könnte.

Ein Störungserleben fehlt daher häufig oder ist nur von außerhalb und/oder retrospektiv zu erwarten. Es kommt also über das normale „diagnostic overschadowing“ hinaus zu einer Vermischung aus Symptomen der geistigen Behinderung, der allgemeinen psychiatrischen Störung, der spezifischen dissoziativen Symptome bzw. evtl. vorhandener Traumata und deren symptomatischer Ausgestaltung.

Weiter erleben die Betroffenen - und dies dürfte für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in gleicher Weise zutreffen - ein erhebliches Schamgefühl aufgrund der meist traumatischen Genese der „dissoziativen Triebfedern“ (KLUFT, 1991).

Als weitere „Komplikation“ wird von Angehörigen oder fachlichen Betreuern oftmals die Dissoziation fehlinterpretiert als gerichtetes Verhalten i. S. von Trotz oder Böswilligkeit gedeutet.

Wir haben es also mit einem Phänomen zu tun, welches eine erhebliche semantische Unschärfe dadurch aufweist, dass es Symptom, Syndrom und

Erkrankung gleichermaßen ist. So ist gut untersucht, dass die Dissoziation bei vielen psychiatrischen Störungen vorkommt (z.B. in der Metaanalyse von LYSSENKO et al., 2018). Gehäuft finden sich unterschiedliche Symptome aus dem dissoziativen Formenkreis bei den dissoziativen Störungen selber, was wenig verwunderlich ist. Bei der posttraumatischen und den chronischen schweren Belastungsstörungen mit Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur, den Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder den Konversionsstörungen finden sich in der o.a. Metaanalyse die höchsten Werte. Weniger häufig bei Suchtstörungen, Angst-, Ess-, Zwangs-, und Affektstörungen. Noch wenig, aber immer noch nicht selten, fand man Symptome des dissoziativen Formenkreises bei Störungen des schizophrenen Formenkreises. Sehr niedrige Werte finden sich bei Bipolarstörungen, was ein interessantes Licht auf die Genese bipolarer Störungen wirft, es also vermutlich einen Hinweis auf starke „Endogenität“ gibt.

Zusammenfassend kann Huber 1995) nur zugestimmt werden, wenn sie der Dissoziation „chamäleonhafte Züge“ attestiert.

Historischer Exkurs

Schon in antiken Krankheits- und Störungsschilderungen gibt es vielfältige Beschreibungen von Dissoziationsphänomenen. Darauf haben u. a. ECKARDT-HENN & HOFFMANN (2004) in der Einführung ihres Buches zu Dissoziativen Bewußtseinsstörungen hingewiesen.

Der moderne Begriff der Dissoziation wurde zwar noch nicht verwendet, der Zerfall zwischen Körper- und Seelenleben wurde aber bahnbrechend von BRIQUET, CHARCOT und JANET als Vertretern der französischen Psychiatrie im ausgehenden 19ten Jahrhundert beschrieben. Das Grundkonzept kann so beschrieben werden, dass bestimmte Erlebnisanteile unter dem Einfluss traumatischer Ereignisse so unverträglich seien, dass sie sich dem Bewusstsein entziehen würden. Sie würden also dissoziiert voneinander oder gar nicht wahrgenommen werden.

Einen anderen Weg, der teilweise konträr zu sehen ist, beschritten FREUD und BREUER in ihrem Konversionsmodell. Hier geht das Konzept grundsätzlich von einem Bewusstseinszustand aus, in dem unverträgliche emotionale Inhalte (intrapsychische Konflikte) unbewusst in verträgliche Inhalte „konvertiert“ werden, z.B. in der Konversionslähmung, die den intrapsychischen, meist sexuell motivierten Konflikt symbolisiert.

In heutiger Zeit wird mehr auf der Ebene des sichtbaren, phänomenologisch zu beobachtenden definiert. So nennt die ICD als Haufptkriterium den *„teilweisen oder vollständigen Verlust der normalerweise gelingenden Integration der (autobiographischen) Erinnerung, des Identitätsbewußtseins, der*

Wahrnehmung unmittelbarer Sinnesempfindungen, sowie der Kontrolle willkürlicher Körperbewegungen“ (ICD-10; FREYBERGER & DILLING, 2014)

Die verbindenden Elemente der Dissoziation – Was findet sich immer?

Die gemeinsame Klammer erscheint also im Zerfall normalerweise zusammenhängend und -gehörig erlebter Bewusstseinsinhalte, Erinnerungen, Wahrnehmungen und Kontrolle/Integration willkürlicher Bewegungsfähigkeit zu finden zu sein. Die Folge ist dann das Auseinanderdriften der kognitiven und der emotionalen Äußerungen (Zustandsformen) sowie der Bewegungsweise und der Bewegungsmuster. Hierauf gilt es in der alltäglichen Arbeit mit unseren Patienten, Bewohnern, Klienten, Kunden etc. zu achten. Wie aber sehen nun die einzelnen Formen dieses Zerfalls unter der Lupe der in Teilgestalten zerlegenden, also analytischen Betrachtung aus? Worauf genau muß geachtet werden, um an eine dissoziative Verursachung von Verhaltensentäußerungen des Gegenübers zu denken.

Worauf sollten wir achten? Wann sollten wir an Dissoziation denken?

Wir erinnern uns an die o.a. genannten Symptome und Syndrome und können daher die folgenden, beim Betroffenen sichtbaren Phänomene, besonderer Beachtung für wertvoll ansehen:

1. Veränderung des Blickkontaktes als Zeichen des Zerfalls
2. Veränderung des Erregungsniveaus (Furor, Starre, Stupor etc.)
3. Veränderung von Impulsivität und deren Kontrolle
4. Veränderung des emotionalen Entwicklungsniveaus im „Sekunden-fenster“
5. Veränderung der Sprachmelodie und der Sprachinhalte
6. Veränderung von Bewegungsmustern (“aus heiterem Himmel”)
7. Veränderung von Schmerzempfinden beim Betroffenen.

Weiter ist zu beachten, dass wir selbst - in Folge unserer Antizipation des Gegenübers - dissoziative Phänomene beim Gegenüber quasi durch unsere eigene Psyche wahrnehmen können. Wir finden bei uns folgende Phänomene häufig, die auf mögliche dissoziative Vorgänge beim Gegenüber aufmerksam machen können.

1. Gefühl des Kontaktverlustes
2. Veränderung von Gefühl gegenüber der Persönlichkeit des Gegenübers
3. Gefühl der Verwirrtheit als Ausdruck der Dissoziation der „Theory of Mind“ bzgl. Gegenübertragung und objektivem Verhaltens

Blickkontakt

Aufgrund des dissoziativen Grundmechanismus kommt es häufig zu einer Aufhebung des Blickkontaktes, der Fixierungsfähigkeit des Blickes. Es fühlt sich so an, als ginge der Blick durch einen hindurch ins Leere. Auch werden die Blickbewegungen, mit denen wir normalerweise unsere Umwelt mehr oder minder ständig kontrollieren, rarifiziert. Es kommt zu einer Bewegungsarmut der Augen. Zusätzlich zielführend ist häufig auch der Befund, dass als Hinweis der zu Grunde liegenden und dissoziierten ängstlichen Erregung, die Pupillen schreckhaft erweitert sind. Dies gilt gleichermaßen für die Lidspalte. Es finden sich also erweiterte Pupillen und leicht aufgerissene, geweitete Augen. Oft findet sich eine dazu passende Rarifizierung der spontanen Mimik. Quasi ein mimisches Einfrieren, was ja zum Freezing-Konzept passen würde, welches im Betrag von Frau HINKELMANN näher erläutert werden wird.

Im Erleben des Betrachters findet sich oft das Gegenübertragungsgefühl irgendwie „nicht gemeint zu sein“, nicht für das erlebte Elend verantwortlich zu sein. Ein anderer Hinweis ist, dass zwischen Ausmaß der Reaktion und dem sichtbaren Auslöser oft eine große Lücke klafft.

Erregungsniveau

In Beziehung zum Niveau der Erregung und deren Ausgestaltung in Erhöhung oder Einbindung von Erregung finden sich zwei, vermutlich ontogenetisch sehr alte Reaktionsmuster (s. auch den Beitrag von Frau HINKELMANN):

Aggressive Erregung i. S. der Fight-Reagibilität mit den Handlungsäußerungen: Herumlaufen, Hantieren, Schlagen/Treten, Schreien. Die Grenzen anderer können dabei nicht mehr angemessen respektiert werden. Weder werden diese angemessen wahrgenommen, noch können diese akzeptiert/respektiert werden.

Verminderte Erregungsexpression: Freeze-Reagibilität. Dabei findet sich das sog. Intrusionsmuster mit Erstarren, Bewegungsarmut und/oder hoher Anspannung antagonistischer (gegenvektorieller) Muskulatur.

Es ist ein nennenswertes Problem, dass insbesondere die aggressiven Reaktionsmuster nur sehr schwer von erratischen aggressiven Durchbrüchen zu unterscheiden sind. Hier sind oft die Vorfeldfaktoren wie z. B. aktuelle Konflikte, die Kenntnis über die Vorgeschichte des Betroffenen oder die Zusammenführung mehrerer Ereignisse hilfreiche Indikatoren, um die Erregung korrekt interpretieren zu können, was ja unmittelbare Auswirkungen auf das konkrete Handeln hat.

Impulsivitätskontrolle

Insbesondere bei diesem Subtypus kann auch äußerlich eine Änderung der Impulsivitätskontrolle gut beobachtet werden. Insbesondere zeigen sich Symptome, die auf eine schnellere Reizbarkeit hinweisen. Die Betroffenen sind sehr viel schneller durch Reize zu irritieren und können weniger als das Gegenüber sonst bei ihnen gewöhnt ist, Frustration schlechter aushalten. Die sozialen Kompetenzen können massiv verlorengehen, was früher wohl als Regression im FREUDschen Sinne betrachtet worden wäre. Heutzutage würden wir eher dies als eine Änderung des in dem Moment möglichen individuellen emotionalen Entwicklungsgrades ansehen. Nach meiner Beobachtung können Menschen mit Behinderungen durchaus um mehrere emotionale Entwicklungsstufen absinken. Zum Konzept der sozio-emotionalen Entwicklungsstufen und deren Erfassung durch den Fragebogen SEO ausführlich bei DOŠEN, 2018; SAPPOCK & ZEPPERITZ, 2016).

Auch die notwendige Kontrolle von Impulsen z. B. beim Wechsel von situativen Zuständen (Beispiel Werkstattende im Übergang zur nachmittäglichen Wohnstättenphase) kann deutlich gestört sein und in der Folge können impulsive, dissoziativ anmutende Verhaltensprobleme auftreten.

Es kommt insgesamt zu einer Situation, die mit einer sicht- und fühlbaren Gestresstheit des Betroffenen einhergehen kann. Diese führt dann zu der Verminderung von sozialen Kompetenzen, was beim Gegenüber mehr entsprechende Haltungen erforderlich macht wie Ausgeglichenheit, Reflektionsfähigkeit etc., um eine angemessene und unterstützende Antwort zu gewährleisten.

Emotionales Entwicklungsniveau

Das sichtbare Verhalten wird von uns oft auch mit Reifegraden gleichgesetzt. So kann von erwachsenem Verhalten gesprochen werden, wenn Rezeption und Antizipation der Umwelt angemessen erfolgen, Konsequenzen daraus emotional und kognitiv abgewogen werden und die konsekutiven Handlungen angemessen erscheinen. Auf dieser Grundlage hat DOŠEN (2018) ein Modell entwickelt, in dem er verschiedene typische Entwicklungsstufen beschrieben hat und diese im Kontext geistiger Behinderung „durchdekliniert“ hat. Beim Auftreten dissoziativer Symptome können sich die Entwicklungsstufen auffällig und plötzlich verändern. In der Regel handelt es sich um eine Entwicklungsregression, d. h. das sicht- und einfühlbare Verhalten wird „jünger“ und „unreifer“. Oft hat man dabei das Gefühl, dass die Qualität des dann gezeigten regressiven Verhaltens durchaus zum inneren Konflikt oder traumatischen Erleben passt, welche die Dissoziation ausgelöst haben.

Dabei scheinen besonders ängstlich-abhängig anmutende Verhaltens-regressionen mit mehr kindlich, anlehnendem Verhalten dem Flight-Modus zu entsprechen. Aggressive und expansive, teils Grenzen von anderen kaum beachtende Verhaltensweisen korrespondieren dann entsprechend mit dem Fight-Modus. (s. hierzu auch ECKARD-HENN & HOFFMANN, 2004).

Sprech-/Sprachmelodie und -inhalte

Während dissoziativer Zustände verändert sich auch die Sprachmelodie der Betroffenen. Die Modulation des Gesprochenen, das ganze melodische Gefüge kann betroffen sein. Gar nicht so selten kommt es auch zu einer ganz nach einer anderen Person anmutenden Veränderung der Sprech- und Sprachakte, insbes. der Sprech-Höhe (Veränderung der Sprechfrequenz). Dabei kommt es nach meiner Einschätzung sehr viel öfter zu einer Erhöhung der Sprechfrequenz als zu einer Erniedrigung.

Nicht selten ist auch zu beobachten, dass die Melodie der Sprache sich dahingehend verändert, dass sie singender wird oder auch mechanisch anmutet, wie abgehackt und der dem Sprechakt innewohnenden eigenen Vitalität beraub erscheint. Hierbei gibt es m. W. n. keine festen Regeln. Es ist anzunehmen, dass die Sprech- und Sprachveränderungen analog dem Entwicklungsalter der jeweiligen führenden Störung zu sehen ist.

Die Sprachinhalte sind ebenso betroffen. Hier kommt es i. d. R. zu einem Verlust der Komplexität, zu einer „Verkindlichung“ der Sprache. Auch eine Erhöhung der Wortfrequenz pro Zeiteinheit ist zu beobachten. Nebenbefundlich darf ich aber von einem meiner Patienten berichten, dessen Vater Professor war und der in den Dissoziationsphasen ein Imitationsverhalten zeigte und einen geradezu professoralen Duktus in der Sprache hatte.

Bewegungsmuster

Wie alle relevanten psychischen und motorischen Entäußerungen sind auch die für jedes Individuum doch recht typischen Bewegungsmuster innerhalb der Dissoziation betroffen. Es treten Bewegungsmuster auf, die für den Betroffenen nicht typisch sind, die dem Betrachter fremd vorkommen. Meistens sind die Bewegungsmuster archaischer, abortiv-kindlicher, als die in der psychomotorischen Entwicklung erreichten „normalen“ Muster.

Die Bewegung kann insgesamt deutlich vermindert (Stupor-Cluster/Flight-Modus) oder vermehrt sein (Trance- und Bessenheits-Cluster/Fight-Modus) (SPITZER, 2004; DAMMANN, 2004).

Ebenso kann manchmal ein Nesteln, repetitive Bewegungsfolgen oder Tics auftreten. Diese sind immer für Dissoziation verdächtig, wenn sie nicht im normalen Zustand des Betroffenen für diesen typisch sind.

Differentialdiagnostisch sollte an dieser Stelle aber auch an nonepileptische oder epileptische Symptome gedacht werden. Ich verweise hier auf den Beitrag von Frau FRIEDO in diesem Band.

Aufgrund der regressiven Tendenz der Bewegungsveränderungen kommt es sehr häufig zu Symptomen wie sich fallen lassen, robben/kriechen statt zu gehen.

Ebenso finden wir starke Anhänglichkeit genauso wie Wegstoßen oder plötzliches Wegstoßen etc.

Schmerzempfinden

Wie alles sensorischen Systeme ist auch das Schmerzempfinden von der Dissoziation sehr häufig verändert. Es kann zu einer Minderung bis hin zur vollständigen Analgesie kommen. Physiologisch mag dieser Mechanismus mit der Trance-Analgesie zusammenhängen, bei der auch starke Verletzungen der Haut nicht als schmerzhaft wahrgenommen werden. Es gibt aber wohl auch Fälle mit Hyperalgesie, d. h. einer abnormen Verstärkung des Schmerz-empfindens.

Häufig wird Schmerz, da er grundsätzlich auch antidissioziativ ist, auch zur „Selbstheilung“ von Betroffenen eingesetzt. Diese antidissoziative Wirkung wird in vielen Skills (s. auch der Beitrag von PIEPER in diesem Bande) therapeutisch genutzt.

Die Differentialdiagnose zu iatrogener Schmerzarmut und hypalgischen neurologischen Beschwerden ist nicht leicht. Hilfreich ist die Beobachtung, dass dissoziative Störungen meist fluktuierend, inkonstant und wechselnd sind. Auch finden sich oft andere Symptome der Dissoziation. Die neurolog. Störungen sind eher dauerhaft und konstant einzuschätzen.

Zusammenfassung

Dissoziation ist ein vielfältiges und komplexes neuropsychiatrisches Geschehen, bei dem sehr viele Hirnbereiche beteiligt sind und die sehr unterschiedliche Gestalt zeigen kann. Es gibt aber Muster und Hinweise für Dissoziationzustände, die von großer diagnostischer und therapeutischer Bedeutung sind. Deren Beachtung ermöglicht frühzeitige und gezielte andragogische und therapeutische Maßnahmen.

Die Grundmuster sind von der Reagibilität des Betroffenen abhängig. Hier sei an die Stichworte Freeze- und Fightantwort erinnert.

Leider sind die zu beobachtenden Verhaltensweisen nicht spezifisch. Sie können nur in der Integration verschiedenartigster Beobachtungen und grundsätzlich nur als Hinweise für ein Vorliegen dissoziativer Verhaltensstörungen gewertet werden. Eine einfache klassifikatorische

Zuordnung ist – trotz ICD und DSM – wie so oft in den Verhaltens-wissenschaften - im Einzelfall nicht möglich.

Das Erkennen von Hinweisen auf Dissoziation sollte also ein erster Schritt zu einer Veränderung im Verhalten des Betrachters sein, damit dieser sich empathisch erreicht fühlt. Diese Verhaltensadaptation kann in vielen Fällen schon eine angemessene Antwort auf die Probleme des Betroffenen sein und diesem die Rückkehr in non-dissoziative Verhaltens- und Zustandsweisen ermöglichen.

Literatur

Dammann, G (2004): Besessenheits- und Trancezustände in: Eckardt-Henn, A. u. Hoffmann, S. O. Hrsg. (2004): Dissoziative Bewußtseinsstörungen, Stuttgart: Schattauer

Dammann, G u. Overkamp, B (2004): Diagnose, Differentialdiagnose und Komorbidität dissoziativer Störungen des Bewusstseins in: Reddemann, L., Hofmann, A. und Gast, U. Hrsg. (2004) Psychotherapie der dissoziativen Störung. Stuttgart: Thieme

Došen, A. (2018): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der 2. deutschsprachigen Ausgabe: K. Hennicke und M. Seidel. Göttingen: Hogrefe

Eckardt-Henn, A. u. Hoffmann, S. O. (Hrsg.) (2004) Dissoziative Bewußtseinsstörungen, Stuttgart: Schattauer

Freyberger H. J. u. Dilling, H. (2014): Fallbuch Psychiatrie: Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10, Bern: Huber

Gast, U. (2004a) Die dissoziative Identitätsstörung in: Eckardt-Henn, A. u. Hoffmann, S. O. (Hrsg.) (2004) Dissoziative Bewußtseinsstörungen, Stuttgart: Schattauer

Gast, U. (2004) Dissoziative Identitätsstörung – valides und dennoch reformbedürftiges Konzept in: Reddemann, L., Hofmann, A. und Gast, U. (Hrsg.) (2004): Psychotherapie der dissoziativen Störung. Stuttgart: Thieme

Häßler, F. u. Fegert, M. Hrsg. (2005) Geistige Behinderung und seelische Gesundheit, Stuttgart: Schattauer

Huber, M. (1995): Multiple Persönlichkeiten, Frankfurt: Fischer

Kapfhammer, H.-P. (2004) Dissoziation und Gedächtnis als Ergebnisse neurobiologisch beschreibbarer Prozesse in: Eckardt-Henn, A. u. Hoffmann, S. O. (Hrsg.) (2004) Dissoziative Bewußtseinsstörungen, Stuttgart: Schattauer

Kluft R. P. (1991) Hospital Treatment of Multiple Personality Disorder. An Overview, Psychiatric Clinics of North America 14,659-719

Kößler, M. u. Scheidt C. E. (1977) Konversionsstörungen: Diagnose, Klassifikation und Therapie. Stuttgart: Schattauer

Nijenhuis, E. R. S. (2004) Somatoforme Dissoziation in: Eckardt-Henn, A. u. Hoffmann, S. O. (Hrsg.) (2004) Dissoziative Bewußtseinsstörungen, Stuttgart: Schattauer

Reddemann, L., Hofmann, A. und Gast, U. Hrsg. (2004) Psychotherapie der dissoziativen Störung. Stuttgart: Thieme

Rohmann, U. und Elbing, U. (2005) Selbstverletzendes Verhalten. Dortmund: Verlag modernes Lernen

Ross, C. A. (1997) Multiple Personality Disorder. Diagnosis, Clinical Features and Treatment. New York

Salzmann, E. (2007) Angst und Zwangsstörungen, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen in: Schanze, Ch. (Hrsg.) (2007) Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung, Stuttgart: Schattauer

Sappock, T.u. Zepperitz, S. (2016) Das Alter der Gefühle. Bern: Hogreve

Schanze, Ch: (2007) Intelligenzminderung und psychische Störungen – Grundlagen, Epidemiologie, Erklärungsansätze in: Schanze, Christian (Hrsg.) (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung, Stuttgart: Schattauer

Spitzer, M. u. Schönfeld-Lecuona (2004): Neurobiologie von Hypnose, Dissoziation und Konversion in: Eckardt-Henn, A. u. Hoffmann, S. O. (Hrsg.) (2004) Dissoziative Bewußtseinsstörungen, Stuttgart: Schattauer

Steinhausen, H.C. (2005) Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung, in: Häßler, F. u. Fegert, M. (2005) Geistige Behinderung und seelische Gesundheit, Stuttgart: Schattauer

Neurobiologie der Dissoziation

Kim Hinkelmann

Der Begriff Dissoziation beschreibt eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed, 2013). Leichte dissoziative Phänomene sind sehr häufig. Auch pathologische Dissoziation ist in geringem Maße in der Allgemeinbevölkerung nachweisbar (Spitzer et al., 2015).

Dissoziative Phänomen, wie Derealisation (Gefühl, dass die Welt um einen herum unwirklich erscheint) oder Depersonalisation (Gefühl, aus dem eigenen Körper herauszutreten oder eine Situation von oben zu beobachten) treten besonders häufig peritraumatisch auf (CARDENA & SPIEGEL, 1993) und lange wurde das Auftreten von Dissoziation/Dissoziativer Störung eng mit dem Trauma-Begriff verbunden.

Wie entsteht Dissoziation: Stress-Diathese-Modell

Dissoziative Symptome treten häufig in traumatischen Situationen auf. Heute weiß man, dass Dissoziation multifaktoriell bedingt ist, also im Zusammenwirken von genetischen, biographischen und biologischen Faktoren. Das Diathese-Stress Modell nimmt an, dass Dissoziation eine Reaktion auf eine Belastung darstellt, die in Abhängigkeit von einer individuellen Disposition (z.B. einer genetisch bedingten erhöhten Dissoziationsneigung) auftritt (PRIEBE et al., 2013). Wird also ein Mensch mit höherer Dissoziationsneigung traumatisierenden Aufwachsbedingungen ausgesetzt, z.B. Misshandlungen in der Kindheit, wird der oder die Betroffene häufiger mit Dissoziation reagieren. Diese „Übung“ wird im späteren Verlauf dazu führen, auch auf kleinere Belastungen oder Stress im Alltag mit Dissoziation zu reagieren.

Dissoziative Symptome sind vielfältig (BERNSTEIN & PUTNAM, 1986) und reichen von „neben-sich-Stehen“ über Derealisationserleben und Depersonalisationserleben zu Verlust von Schmerzempfinden und der Handlungsfähigkeit. Auch funktionelle neurologische Symptome wie Lähmungserscheinungen und Bewegungsstörung werden nach ICD-10 hierzu gezählt. Dissoziative Symptome sind allerdings bei vielen psychischen Erkrankungen zu finden (LYSSENKO et al., 2018) und scheinen daher erst einmal unspezifisch. Besonders häufig werden sie jedoch im Rahmen einer Traumatisierung berichtet, so dass ein Zusammenhang mit dem Stress-

Antwort-Verhalten (Reaktion auf Gefahr) naheliegt (KOZLOWSKA et al., 2015; LANIUS et al., 2018).

Tierstudien zur Stress-Antwort: Fight, Flight, Freeze

Wie sich Tiere auf eine Gefahrensituation bzw. Stress verhalten, ist recht gut untersucht. Im Prinzip gibt es in vielen Spezies drei wesentliche, wiederkehrende Verhaltensmuster: Kampf, Flucht oder „Freezing“ (Erstarren). Diese gelten als evolutionsbiologisch hoch konserviert und haben sich im Laufe der Evolution als vorteilhaft für das Überleben erwiesen (BLANCHARD & BLANCHARD, 2008).

Wird eine Gefahr erkannt (z.B. wenn eine Maus eine Katze entdeckt), werden sowohl bei Säugetieren als auch bei Menschen die sogenannten Stress-Antwort-Systeme aktiviert, an deren Ende (Nor-)Adrenalin und Cortisol ausgeschüttet werden. Diese wiederum führen zu Erhöhung des Blutdruckes, der Herzrate, Durchblutung der Muskulatur, Bereitstellung von Energiereserven und anderen adaptiven Vorgängen, die für eine erfolgreiche Flucht (oder Kampf) notwendig sind.

Ist Flucht oder Kampf keine Option, gibt es verschiedene Freezing bzw. Immobilitätsreaktionen, um die Chance auf Überleben zu erhöhen. Freezing wird definiert als völlige Abwesenheit von Bewegung außer der Atmung und Augenbewegungen (ROELOFS, 2017). Es erhöht die Überlebenschancen, da der Angreifer größere Schwierigkeiten hat, ein starres und stilles Beutetier zu bemerken (VOLCHAN et al., 2017).

Inzwischen weiß man, dass bei Freezing-Reaktionen nicht nur der Sympathikus, sondern auch der Parasympathikus aktiviert wird. Sympathikusaktivierung führt zu einer Steigerung der Herzrate („Herzklopfen“ bei Gefahr), Parasympathikusaktivierung zu eine Abnahme der Herzrate, welche im Verlauf einer Stressreaktion auftreten kann („Furchtbradykardie“) und welche bis hin zu einer Synkope, also einem Bewusstseinsverlust, führen kann (ROELOFS, 2017).

Greift der Jäger an, das Leben des Beutetieres ist also in höchster Gefahr und Flucht keine Option, reagieren viele Tiere mit sogenannter „tonischer Immobilität“, d.h. die Tiere sind bewegungslos, starr, teilweise verharren sie in bizarrer Haltung und sehen so aus, als ob die Totenstarre bereits ausgebildet sei. Wahrscheinlich erhöht auch dieses Verhalten die Überlebens-wahrscheinlichkeit, denn viele Jäger fressen kein Aas und der Jäger verliert das Interesse an der Beute (VOLCHAN et al., 2017).

In den letzten Jahren wurden die beteiligten Zentren und Verbindungen im zentralen Nervensystem, die diese Reaktionen steuern, identifiziert

(CANTERAS, 2008). Hierbei handelt es sich primär um Ergebnisse aus Tierstudien.

Beteiligt ist zum einen die Amygdala („Mandelkern“), eine zentrale Struktur zur Verarbeitung von Angst. Diese vermittelt Informationen über den aktuellen Bedrohungsgrad an das sogenannte „zentrale Höhlengrau“ (PAG, periaqueduct grey). Hier erfolgt das Umschalten zwischen Freezing und aktivem Verhalten (Flucht und Kampf). Vom PAG wird zudem die Verminderung der Schmerzwahrnehmung vermittelt (über opioid-mediierte Bahnen in Richtung Rückenmark). Autonome und endokrine Reaktionen werden durch Verbindungen zwischen Amygdala und Hypothalamus vermittelt (CANTERAS, 2008). Das PAG scheint in Bezug auf das Freezing eine sehr zentrale Rolle zu spielen (TOVOTE et al., 2016). Wenn das PAG entfernt wird, zeigen Tiere eine normale Stress-Reaktion aber keine Immobilität und keine Bradykardie. Eine Stimulation des PAG hingegen erzeugt freezing, d.h. hoher Muskeltonus aber keine muskuläre Response (ROELOFS, 2017).

Wird also eine Gefahr entdeckt, führt dies zu Sympathikus Aktivierung, dies wiederum führt zu Tachykardie, Arousal, erhöhtem Muskeltonus und allen adaptiven Veränderungen, die für eine erfolgreiche Flucht (oder Kampf) notwendig sind. Das PAG bremst das Arousal und damit Fight-Flight Reaktion. In dem Moment, in dem Flucht eine Option ist, wird die Bremse gelöst und die Flucht initiiert (ROELOFS, 2017). Wenn eine Flucht ausweglos ist, dann werden andere „passive“ Abwehmechanismen wie z.B. der Totestellrefelex mit tonischer Immobilität initiiert.

Befunde beim Menschen

Fight-Flight-Freeze wurde zumeist bei Nagetieren untersucht, sie ist jedoch auch bei anderen Tierarten inklusive Primaten beschrieben (KALIN et al. 1991). Die große anatomische Übereinstimmung der Strukturen der Furchtverarbeitung (also Amygdala, Hypothalamus, PAG) über alle Säugetieren hinweg spricht dafür, dass diese auch beim Menschen eine ähnliche Funktion besitzen (GROSS & CANTERAS, 2012).

Beim Menschen finden sich in der Tat einige Parallelen: Sprichwörtlich kennt jeder „starr vor Schreck“ sein. Schmerzunempfindlichkeit und das Gefühl, sich nicht bewegen zu können, tritt häufig in traumatisierenden Umständen auf (insbesondere Vergewaltigung) (KALAF et al., 2017), aber auch bei ausgeprägten stress-assoziierten dissoziativen Zuständen z.B. im Rahmen von Anspannungszuständen bei Borderline-Patienten (DSM-5).

MOBBS et al. (2009; 2007) konnten in mehreren Bildgebungsstudien zeigen, dass sich die Zentren für die Furchtverarbeitung bei gesunden Menschen in Abhängigkeit davon ändern, ob die „Gefahr“ als weiter weg (dann

frontale/prefrontale Strukturen) oder als nah wahrgenommen wird („imminent danger“, dann übernehmen Mittelhirnstrukturen wie das PAG). Eine höhere Aktivität im PAG wurde zudem mit Panik in Verbindung gebracht (MOBBS et al., 2009). Diese Befunde sind denen der Tierstudien sehr ähnlich.

VOLCHAN et al. (2017) konnten zeigen, dass die Teilnehmer ihrer Studie bei Präsentation eines Gefahrenreizes (Bild einer auf den Teilnehmer gerichteten Waffe) Veränderungen der motorischen Reaktion zeigten. Dies wurde mittels Posturographie (Gleichgewichtsanalyse) gemessen. Hierfür steht der Proband auf einer instabilen, beweglichen Plattform, welche er ausbalancieren muss. Die hierfür benötigten Ausgleichsbewegungen können gemessen und sichtbar gemacht werden. Sie treten auch im ruhigen Stand auf und repräsentieren posturale (gleichgewichtsregulierende) Antworten/Reflexe, also die motorischen Antworten, die es braucht, um in der aufrechten Körperhaltung zu bleiben. Es konnte gezeigt werden, dass sich diese Ausgleichsbewegungen bei Präsentation eines Gefahrenreizes verringern, was auf ein Freezing oder eine tonische Immobilität hinweisen könnte.

Tierstudien legen nahe, dass die Stress-Antwort-Systeme und damit auch das Stresshormon Cortisol (beim Menschen) bzw. Corticosterone (bei Tieren) beim Freezing eine Rolle spielen. Beispielsweise war ein erhöhtes basales Corticosterone mit mehr Freezing-Verhalten bei Primaten assoziiert (KALIN et al., 1998). Dieser Zusammenhang war auch bei 2-jährigen Kinder mit hohem basalem Cortisol (BUSS et al., 2004) und Jugendlichen (NIERMANN et al., 2017) nachweisbar. Das beobachtete Freezing war mit einer Senkung der Herzfrequenz verbunden („Furchtbradykardie“) (Ebd.).

Neben den somatischen Phänomenen wie Erstarren oder verminderter Schmerzwahrnehmung wird in traumatischen oder bedrohlichen Situationen häufig „psychische“ Dissoziation wie Derealisation berichtet, so dass diese Phänomene wahrscheinlich zusammengehören (LANIUS et al., 2018). Dissoziative Symptome beim Menschen könnten vielleicht als Analogie zu Freezing oder tonischer Immobilität gesehen werden (KOZLOWSKA et al., 2015; LANIUS et al., 2018; SCHAUER & ELBERT, 2010). Diesbezüglich gibt es jedoch noch nicht viele Daten.

Neurobiologie der Dissoziation

Die meisten Befunde zu „psychischer Dissoziation“, also Derealisation und Depresonalisation, stammen aus Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (LANIUS et al., 2018).

Eine PTBS kann in Folge eines schwerwiegenden traumatischen Ereignisses (z.B. Unfall, Überfall) entstehen und ist gekennzeichnet durch eine hohes Arousal (Sympathikusaktivierung mit Erregung, Schlafstörung, etc) und Wiederleben des Traumas (Flashbacks, Albträume). Neuere Arbeiten deuten darauf hin, dass

es innerhalb der Patienten mit einer PTBS zwei unterschiedliche Gruppen gibt – diejenigen mit Hyperarousal und Wiedererleben sowie diejenigen mit dissoziativen Symptomen (DSM-V).

In Bildgebungsstudien, in denen die Symptome der PTSD während der Untersuchung hervorgerufen wurden (z.B. durch das Anhören eines personalisierten Trauma-Skriptes), finden sich bei Patienten mit Hyperarousal und Wiederleben eine hohe Aktivierung der Amygdala. Bei Patienten mit dissoziativer Reaktion finden sich erhöhte Aktivitäten vor allem im medialen präfrontalen Kortex und im Gegensatz dazu geringerer Aktivität der Amygdala und damit ein „shutdown" des limbischen Systems durch frontale Übermodulation (LANIUS et al., 2010). Eine weitere Studie fand zudem eine erhöhte Konnektivität zwischen der Amygdala und dem Zentralen Höhlengrau bei Patienten mit dissoziativen Subtyp der PTBS (NICHOLSON et al., 2017).

Eine weitere Gruppe von Patienten mit hoher Dissoziationsneigung sind Patienten mit einer Borderline-Störung. Hier konnte gezeigt werden, dass das subjektive Empfinden von Stress mit dem Auftreten von dissoziativen Symptomen assoziiert ist (STIGLMAYR et al., 2008). Die „psychische" Dissoziation korreliert mit einer verminderten Schmerzwahrnehmung (LUDASCHER et al., 2010).

Spielt Freezing oder tonische Immobilität eine Rolle bei dissoziativen Störungen?

Die Frage, ob Freezing oder tonische Immobilität etwas mit den dissoziativen Störungen zu tun, ist kaum untersucht. Allerdings ist auch insgesamt wenig über mögliche ätiologische Faktoren bei dissoziativen Störungen bekannt und es gibt hier einen riesigen Forschungsbedarf.

Dissoziative Phänomene treten gehäuft in Trauma-assoziierten Situationen und Erkrankungen (PTBS) auf. Ob eine dissoziative Störung so etwas wie eine posttraumatische Störung ist, wurde lange kontrovers diskutiert. Tatsächlich sind Trauma-Exposition und insbesondere frühe Traumatisierung bei Patienten mit dissoziativen Störungen vermehrt nachweisbar (LUDWIG et al., 2018). Eine frühe Traumatisierung erhöht jedoch das Risiko für fast jede psychische Erkrankung (ENTRINGER et al., 2016) und ist somit wenig spezifisch.

Bildgebungsstudien weisen am ehesten auf eine Netzwerkstörung bei dissoziativen Störungen hin, allerdings sind die Befunde uneinheitlich (BROWNING et al., 2011).

Wenn die dissoziativen Störungen als stress-assoziierte Erkrankung angesehen werden können, dann sollten sich Veränderungen oder Auffälligkeiten in den Stress-Antwort-Systemen wiederfinden, analog z.B. zu der PTBS. In den wenigen Studien, die Stresshormone bei dissoziativen Störungen untersuchten,

zeigte sich bei Patienten mit dissoziativen Anfällen ein basal erhöhtes Cortisol (APAZOGLOU et al., 2017; BAKVIS et al., 2010). Die Cortisolantwort auf Stress (induziert mit dem Trier Social Stress Test) war jedoch nicht signifikant unterschiedlich im Vergleich zu Gesunden (APAZOGLOU et al., 2017). Dennoch: basal erhöhtes Cortisol wurde mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Freezing-Verhalten in Verbindung gebracht (BUSS et al., 2004; KALIN et al., 1998; NIERMANN et al., 2017).

Elektrophysiologisch konnte bei Patienten mit dissoziativen Anfällen ein Arousal mit ansteigender Herzrate kurz vor dem Anfall gezeigt werden (VAN DER KRUIJS et al. 2016). Im dissoziativen Anfall hingegen fiel die Herzrate ab. Dies ist ein Hinweis für eine Parasympathikus Aktivierung und wäre theoretisch vereinbar mit einem Freezing oder tonischer Immobiität.

Zusammenfassend muss jedoch gesagt werden, dass die dünne Datenlage eine Einschätzung zu der Frage bisher nicht zulässt.

Zusammenfassung

Dissoziative Phänomene sind häufig und treten sowohl im Alltag als auch bei Stress-induzierenden Situationen, insbesondere peritraumatisch auf. Dissoziation ist multifaktoriell bedingt durch ein Zusammenwirken von genetischen, biographischen und biologischen Faktoren. Dissoziative Symptome könnten einen Aspekt in der Fight-Flight-Freeze Antwort darstellen. Die Strukturen in Gehirn, die diese Reaktion ermöglichen, sind bei Säugetieren gut untersucht. Sie gelten evolutionsbiologisch als hoch konserviert und es gibt erste Befunde, die nahe legen, dass diese auch beim Menschen ähnlich funktionieren. Ob die Fight-Flight-Freeze Reaktion etwas mit den dissoziativen Störungen zu tun hat, ist jedoch nicht geklärt.

Literatur

Apazoglou, K., Mazzola, V., Wegrzyk, J., Frasca Polara, G., & Aybek, S. (2017). Biological and perceived stress in motor functional neurological disorders. Psychoneuroendocrinology, 85, 142-150. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.08.023

Bakvis, P., Spinhoven, P., Giltay, E. J., Kuyk, J., Edelbroek, P. M., Zitman, F. G., & Roelofs, K. (2010). Basal hypercortisolism and trauma in patients with psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia, 51(5), 752-759. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02394.x

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis, 174(12), 727-735. doi:10.1097/00005053-198612000-00004

Blanchard, D. C., & Blanchard, R. J. (2008). Chapter 2.4 Defensive behaviors, fear, and anxiety. In R. J. Blanchard, D. C. Blanchard, G. Griebel, & D. Nutt (Eds.), Handbook of Behavioral Neuroscience (Vol. 17, pp. 63-79): Elsevier.

Browning, M., Fletcher, P., & Sharpe, M. (2011). Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. Psychosom Med, 73(2), 173-184. doi:10.1097/PSY.0b013e31820824f6

Buss, K. A., Davidson, R. J., Kalin, N. H., & Goldsmith, H. H. (2004). Context-specific freezing and associated physiological reactivity as a dysregulated fear response. Dev Psychol, 40(4), 583-594. doi:10.1037/0012-1649.40.4.583

Canteras, N. S. (2008). Chapter 3.2 Neural systems activated in response to predators and partial predator stimuli. In R. J. Blanchard, D. C. Blanchard, G. Griebel, & D. Nutt (Eds.), Handbook of Behavioral Neuroscience (Vol. 17, pp. 125-140): Elsevier.

Cardena, E., & Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. Am J Psychiatry, 150(3), 474-478. doi:10.1176/ajp.150.3.474

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. (2013). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Entringer, S., Buss, C., & Heim, C. (2016). [Early-life stress and vulnerability for disease in later life]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 59(10), 1255-1261. doi:10.1007/s00103-016-2436-2

Gross, C. T., & Canteras, N. S. (2012). The many paths to fear. Nat Rev Neurosci, 13(9), 651-658. doi:10.1038/nrn3301

Kalaf, J., Coutinho, E. S. F., Vilete, L. M. P., Luz, M. P., Berger, W., Mendlowicz, M., Figueira, I. (2017). Sexual trauma is more strongly associated with tonic immobility than other types of trauma - A population based study. J Affect Disord, 215, 71-76. doi:10.1016/j.jad.2017.03.009

Kalin, N. H., Shelton, S. E., Rickman, M., & Davidson, R. J. (1998). Individual differences in freezing and cortisol in infant and mother rhesus monkeys. Behav Neurosci, 112(1), 251-254. doi:10.1037//0735-7044.112.1.251

Kozlowska, K., Walker, P., McLean, L., & Carrive, P. (2015). Fear and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management. Harv Rev Psychiatry, 23(4), 263-287. doi:10.1097/HRP.0000000000000065

Lanius, R. A., Boyd, J. E., McKinnon, M. C., Nicholson, A. A., Frewen, P., Vermetten, E., . . . Spiegel, D. (2018). A Review of the Neurobiological Basis of Trauma-Related Dissociation and Its Relation to Cannabinoid- and Opioid-Mediated Stress Response: a Transdiagnostic, Translational Approach. Curr Psychiatry Rep, 20(12), 118. doi:10.1007/s11920-018-0983-y

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. Am J Psychiatry, 167(6), 640-647. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09081168

Ludascher, P., Valerius, G., Stiglmayr, C., Mauchnik, J., Lanius, R. A., Bohus, M., & Schmahl, C. (2010). Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a pilot study. J Psychiatry Neurosci, 35(3), 177-184. doi:10.1503/jpn.090022

Ludwig, L., Pasman, J. A., Nicholson, T., Aybek, S., David, A. S., Tuck, S., Stone, J. (2018). Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. Lancet Psychiatry, 5(4), 307-320. doi:10.1016/S2215-0366(18)30051-8

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(1), 37-46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025

Mobbs, D., Marchant, J. L., Hassabis, D., Seymour, B., Tan, G., Gray, M., Frith, C. D. (2009). From threat to fear: the neural organization of defensive fear systems in humans. J Neurosci, 29(39), 12236-12243. doi:10.1523/JNEUROSCI.2378-09.2009

Mobbs, D., Petrovic, P., Marchant, J. L., Hassabis, D., Weiskopf, N., Seymour, B., Frith, C. D. (2007). When fear is near: threat imminence elicits prefrontal-periaqueductal gray shifts in humans. Science, 317(5841), 1079-1083. doi:10.1126/science.1144298

Nicholson, A. A., Friston, K. J., Zeidman, P., Harricharan, S., McKinnon, M. C., Densmore, M., . . . Lanius, R. A. (2017). Dynamic causal modeling in PTSD and its dissociative subtype: Bottom-up versus top-down processing within fear and emotion regulation circuitry. Hum Brain Mapp, 38(11), 5551-5561. doi:10.1002/hbm.23748

Niermann, H. C. M., Figner, B., Tyborowska, A., van Peer, J. M., Cillessen, A. H. N., & Roelofs, K. (2017). Defensive freezing links Hypothalamic-Pituitary-Adrenal-axis activity and internalizing symptoms in humans. Psychoneuroendocrinology, 82, 83-90. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.05.001

Priebe, K., Schmahl, C., & Stiglmayr, C. E. (2013). Dissoziation (1 ed.): Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Roelofs, K. (2017). Freeze for action: neurobiological mechanisms in animal and human freezing. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 372(1718). doi:10.1098/rstb.2016.0206

Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress Etiology and Treatment. Zeitschrift Fur Psychologie-Journal of Psychology, 218(2), 109-127.

Spitzer, C., Freyberger, H., Brahler, E., Beutel, M. E., & Stieglitz, R. (2015). [Psychometric evaluation of the Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T)]. Psychother Psychosom Med Psychol, 65(3-4), 134-139. doi:10.1055/s-0034-1395690

Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H., Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. Acta Psychiatr Scand, 117(2), 139-147. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01126.x

Tovote, P., Esposito, M. S., Botta, P., Chaudun, F., Fadok, J. P., Markovic, M., Luthi, A. (2016). Midbrain circuits for defensive behaviour. Nature, 534(7606), 206-212. doi:10.1038/nature17996

Volchan, E., Rocha-Rego, V., Bastos, A. F., Oliveira, J. M., Franklin, C., Gleiser, S., Figueira, I. (2017). Immobility reactions under threat: A contribution to human defensive cascade and PTSD. Neurosci Biobehav Rev, 76(Pt A), 29-38. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.01.025

Sonderfall Epilepsie – Dissoziative Anfälle

Anna-Lena Friedo

Einleitung

Dissoziation betrifft auch Menschen mit Intelligenzminderung- dies ist Inhalt dieser Tagung. Ein Sonderfall der Dissoziation sind dissoziative/ nichtepileptische Anfälle. Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Literaturstudium und langjährige Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Mehrfachbehinderung und Anfällen.

Im ICD 10 wird u.a. beschrieben, dass dissoziative Störungen durch einen teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen gekennzeichnet sind (F44.0). Es sollte ein überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen bestehen. Eine körperliche Krankheit, welche die Symptome erklären kann, muss ausgeschlossen sein. Unter F44.5 werden dissoziative Anfälle verschlüsselt: „Dissoziative Krampfanfälle können epileptischen Anfällen bezüglich ihrer Bewegungen sehr stark ähneln. Zungenbiss, Verletzungen beim Sturz oder Urininkontinenz sind jedoch selten. Ein Bewusstseinsverlust fehlt oder es findet sich stattdessen ein stupor- oder tranceähnlicher Zustand.“ (ICD-10-GM-2019).

Wenn wir im medizinischen Alltag von dissoziativen Anfälle sprechen, meinen wir anfallsartige Zustände, die epileptischen Anfällen im Ablauf und in einzelnen Symptomen ähneln, es fehlen jedoch die typischen elektrophysiologischen Korrelate epileptischer Anfälle, es fehlen Anfallsmuster im EEG.

Begriffe wie „dissoziative Anfälle“, „psychogene Anfälle“ werden synonym gebraucht. In der Literatur wird meist der Begriff „Psychogene nichtepileptische Anfälle“, abgekürzt PNEA bzw. PNES (engl: psychogenic non-epileptic seizures) verwendet.

Die Studienlage zu dissoziativen Anfällen bei Menschen mit Entwicklungsstörungen ist dürftig, es gibt einzelne retrospektive Datenerhebungen aus Schottland, aus den Niederlanden und aus Japan (KANEMOTO et al., 2017; JANS et al., 2018; DUNCAN & OTO, 2008) Aus diesen Veröffentlichungen sind Trends zur Epidemiologie und Behandlungs-möglichkeiten dissoziativer Ereignisse zu erkennen. Die Autoren sind sich

jedoch einig, dass dringend weitere Datenerfassungen und Studien notwendig sind.

Epidemiologie

Die Prävalenz dissoziativer Anfälle in der Gesamtbevölkerung wird in der gängigen Literatur zwischen 1:50.000 bis 1:3000 (2-33/100.000) angegeben. Für Menschen mit Entwicklungsstörungen liegen keine genauen Zahlen vor. In einer japanischen Untersuchung scheint das Risiko für dissoziative Anfälle bei Menschen mit Intelligenzminderung etwas höher zu sein (KANEMOTO et al., 2017). In niederländischen Daten war der Anteil von Frauen ähnlich hoch wie bei PNES ohne Intelligenzminderung (JANS et al., 2018), in der Untersuchung von DUNCAN & OTO (2008) etwas weniger hoch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Dissoziative Abfälle traten in der japanischen Erhebung (KANEMOTO et al., 2017) etwas früher (mit 18 Jahren) als in der Vergleichsgruppe ohne Intelligenzminderung (ca. mit 25 Jahren) auf, die Daten aus Schottland (DUNCAN & OTO, 2008) zeigen das Auftreten im Mittel mit 28 Jahren.

Grundsätzlich stellen alle Untersuchungen fest, dass es aktuell nicht genug Daten gibt und dringend weitere Studien erforderlich sind. Mit der aktuellen Datenlage lassen sich keine eindeutigen Aussagen zur Epidemiologie dissoziativer Anfälle bei Menschen mit Entwicklungsstörungen treffen, es zeigen sich lediglich Trends, die genauer untersucht werden müssen.

Dissoziative Anfälle treten nahezu ausschließlich bei Menschen mit Lernbehinderung und leichter und mittelgradiger Intelligenzminderung, nicht bei Menschen mit schwerer oder schwerster Intelligenzminderung auf. Bei Kindern ohne Intelligenzminderung sind PNES ab dem Alter von drei Jahren berichtet worden (KANEMOTO et al., 2017). Wenn man davon ausgeht, dass Dissoziation eine *„Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität, vom Emotion, der Wahrnehmung der Umwelt, Körperrepräsentation, Kontrolle der Motorik und des Verhaltens“* (DSM-5) ist, dann scheint ein bestimmter emotionaler Entwicklungsstand mit Ausbildung dieser integrativen Funktionen für eine dissoziative Störung erforderlich. Menschen mit schwerer oder schwerster Intelligenzminderung haben diese Entwicklungsstufe nicht erreicht. Sie reagieren nicht mit Dissoziation, sondern eher mit Veränderung des Verhaltens auf psychische Belastungen (SAPPOK, 2019)

Ätiologie

Als Risikofaktoren für das Auftreten von PNES allgemein gelten weibliches Geschlecht, ein Trauma der Vergangenheit und eine psychiatrische

Komorbidität sowie psychosoziale Probleme. Auch körperliche Erkrankungen werden als Risikofaktor eingestuft.

Das Trauma bei dissoziativen Anfällen in der Allgemeinbevölkerung ist häufig eine Missbrauchserfahrung oder sexuelle Gewalt in der Vergangenheit. Dies ist bei Menschen mit Intelligenzminderung seltener der Anlass für dissoziative Anfälle ist (DUNCAN & OTO, 2008). Die Auslöser finden sich eher in der jüngeren Vergangenheit und sind oft scheinbar banalere Traumata. So kann der Wechsel eines Bezugsbetreuers in der WfbM eine mögliche Ursache sein. Welche Auswirkungen eine Veränderung in den Lebensumständen eines Menschen mit Entwicklungsstörung hat, hängt von dem individuellen Entwicklungsstand und den Fähigkeiten ab, mit Krisensituationen umzugehen.

Die psychiatrische Komorbidität wurde in einer niederländischen Untersuchung von Menschen mit Intelligenzminderung mit 26,7% angegeben (JANS et al., 2018). Es fanden sich häufiger depressive Symptome in der Gruppe der Menschen mit PNES und Intelligenzminderung und etwas mehr Angstsymptome und etwas häufiger aggressives Verhalten. Insgesamt konnten mehr negative Lebensereignisse im letzten Jahr als in der Vergleichsgruppe gefunden werden. Sehr häufig sah man Diskrepanzen in verschiedenen Domänen der Intelligenz. Psychiatrische Medikation wurde deutlich häufiger eingesetzt.

Es ist wichtig, die Unterschiede in der Genese dissoziativer Ereignisse bei Menschen mit und ohne Entwicklungsstörung zu kennen. Zusammenfassend scheinen der seltenere Missbrauch als Ursache, das Trauma in der jüngeren Vergangenheit und scheinbar „banalere“ Trauma die wesentlichen Unterschiede zu sein.

Diagnostik

Im Vergleich zu Menschen mit PNES ohne Intelligenzminderung wird bei Menschen mit Intelligenzminderung häufiger die Fehldiagnose einer Epilepsie gestellt. Auch eine bei PNES nicht indizierte antikonvulsive Medikation wird häufiger gegeben und ein psychogener nichtepileptischer Status tritt häufiger auf (DUNCAN & OTO, 2008). Diese Daten zeigen, dass die Diagnose und Therapie von nichtepileptischen Anfällen bei Menschen mit Entwicklungsstörungen noch schwieriger ist, als sie ohnehin schon ist (FRITSCHE et al., 2013).

Die Unterscheidung epileptischer und nichtepileptischer Anfälle ist oft kompliziert. Eine sichere Einordnung ist nur möglich, wenn typische Anfälle im EEG erfasst werden und ein Anfallsmuster sicher ausgeschlossen werden kann. Hier ist eine Video-EEG-Monitoring über einen möglichst langen Zeitraum der Goldstandard in der Diagnostik. Diese Untersuchung ist für einen Menschen mit Intelligenzminderung aber auch sehr herausfordernd und nicht immer

realisierbar. Hilfreich ist es dann, Videos von Anfällen zu analysieren oder auch Anfälle selbst zu beobachten sowie möglichst genaue Beschreibungen der Ereignisse zu erhalten. Auch ein stationäres Videomonitoring ist ein diagnostisches Mittel.

Es gibt keine sicheren klinischen Merkmale dissoziativer Anfälle, aber verschiedene Hinweise, die eher auf nichtepileptische Abfälle hinweisen. So sind die Augen bei nichtepileptischen Anfällen häufiger geschlossen, ein Zungenbiss tritt seltener auf. Ein guter Hinweis auf nichtepileptische Anfälle ist die Dauer des Ereignisses: nichtepileptische Anfälle können sehr lange, manchmal über Stunden andauern. Wenn die Anfall mit variabler Symptomatik abläuft, vor allem wenn die Symptome im Verkauf des Anfalls stärker und wieder weniger werden, ist dies ein klinisch gut verwertbarer Hinweis auf PNES. Nichtepileptische Anfälle treten häufiger immer in derselben Situation auf, z.B. immer unbeobachtet oder immer vor Beobachtern. Verletzungen sind bei nichtepileptischen Anfällen nicht ausgeschlossen, aber seltener.

Eine gute Übersicht über typische Symptome von epileptischen und nicht epileptischen Anfällen findet sich im Leitfaden für den Umgang mit dissoziativen Anfällen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im pädagogischen Alltag von Sabine ZEPPERITZ (2019).

Häufig treten PNES und epileptische Anfälle gleichzeitig auf. Dies trifft auch für die Gruppe der Menschen mit Entwicklungsstörungen zu. Eine Untersuchung von über 200 Bewohnern einer Behindertenwohneinrichtung in den Niederlanden zeigt eine Prävalenz von PNES und epileptischen Anfällen bei Erwachsenen mit Epilepsie und Intelligenzminderung von 7,1%. (JANS et al., 2018). Dies entspricht in etwa den Zahlen in der Allgemeinbevölkerung, hier sind die Angaben allerdings auch sehr variabel.

Therapie

Es gibt keine leitliniengestütze Therapie für dissoziative Anfälle bei Menschen ohne Entwicklungsstörung. Beruhend auf Expertenempfehlungen gilt die Psychotherapie als allgemein anerkannte Heilmethode. Diese beinhaltet unter anderem Psychoedukation, Vermittlung von Maßnahmen zur Emotionsregulierung und im Umgang mit Dissoziation. Es gilt, Trigger und Auslöser von Dissoziation zu finden und z.B. Problememotionen zu identifizieren und ein individuelles Krankheitsmodell zu entwickeln. Selbstverständlich werden auch Medikamente eingesetzt. Zur Behandlung von Komorbiditäten werden Psychopharmaka genutzt. Zusätzlich muss die Indikation von häufig eingesetzten Antiepileptika geprüft werden und diese ggf. abgesetzt werden. Natürlich spielt auch die Optimierung der Lebensumstände und die sozialmedizinische Behandlung eine wichtige Rolle im Therapiemanagement dissoziativer Anfälle.

Grundsätzlich gelten die gleichen Prinzipien auch für die Behandlung dissoziativer Anfälle bei Menschen mit Intelligenzminderung. Es ist jedoch selten möglich, die allgemein entwickelten Therapien ohne weiteres auf sie zu übertragen.

In unserem Haus gibt es seit 2003 eine spezialisierte Station für Psychotherapie u.a. bei dissoziativen Anfällen. Die Integration eines Patienten mit Intelligenzminderung gelang bisher nur in Einzelfällen. Das Therapiekonzept mit Gruppenarbeit und Einzeltherapie überfordert nahezu alle Menschen mit Einschränkungen. Die Integration in die Gruppen ist schwierig und führt häufig zu Ausgrenzung. spezielle, den intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten der Betroffenen angepasste Angebote gibt es nicht. Dies liegt nicht daran, dass Menschen mit Intelligenzminderung bewusst ausgegrenzt werden sollen. Es liegt vor allem an fehlendem Wissen über dem Umgang mit intellektuellen Einschränkungen, über Behinderung und emotionale Entwicklungsstörung.

Auch in der retrospektiven Untersuchung von Kanemoto et al. (2017) zeigte sich, dass Menschen mit Intelligenzminderung etwas seltener eine kognitiver Verhaltenstherapie erhalten (20 % vs. 26% in der Kontrollgruppe ohne IM), dafür aber deutlich häufiger von kurzen wöchentlichen Arzt/Therapeuten – Kontakten (54% vs. 35%)und Anpassung der Umgebung (44% vs. 15%) profitieren.

In unserer Klinik werden dissoziative Anfälle bei Menschen mit Behinderung auf der Station für Menschen mit Mehrfachbehinderung und Epilepsie mitbehandelt. Die Therapie ist immer individuell auf den Patienten abgestimmt. Hier ist die Sicherung der Diagnose der erste Schritt. In Gesprächen mit dem Patienten soweit möglich, aber auch mit dem Umfeld des Patienten (Wohngruppe, Angehörige) versuchen wir dann herauszufinden, welche Ursache und Auslöser es für die Anfälle gibt. Hierzu gehört auch die Abklärung möglicher somatischer Ursachen für nichtepileptische Anfälle und die medikamentöse Behandlung von psychiatischen Begleiterkrankungen und Überprüfung der Indikation von Antiepileptika.

Ein wesentlicher Bestandteil des Therapiekonzeptes ist es, das Umfeld und die Lebensumstände des Patienten anzupassen oder zu verändern, wenn hier der Auslöser der dissoziativen Anfälle gefunden wurde. Dies kann z.B. ein Wechsel der Arbeitsgruppe in der Werkstatt sein, wenn nach einer gescheiterten Beziehung der Ex-Partner in derselben Gruppe arbeitet und durch das Aufeinandertreffen immer wieder Anfälle ausgelöst werden.

Die Aufklärung über das Krankheitsbild von Patient und Umfeld (Familien, Wohnumfeld, WfbM) soll helfen, den Umgang mit dissoziativen Anfällen zu verbessern und einer Chronifizierung entgegenwirken.

Je nach Entwicklungsstand des Patienten finden psychologische Einzelgespräche statt. Das Ziel dieser Kontakte ist es, die „Funktion“ der Anfälle zu klären und mögliche Ursachen zu erkennen. Dies gelingt nicht immer. Dennoch werden Möglichkeiten zur Unterbrechung von Anfällen gesucht. diese können „klassische“ Skills sein wie sensorische Reize (z.B. Pfefferminzöl, Wasabi) oder auch ganz individuelle Hilfsmittel. Einer Patientin konnte mit Lärmschutzkopfhörern geholfen werden, weil sie bei großer Lautstärke immer Panik mit Schreianfällen bekam.

Wesentliches Ziel der stationären Behandlung ist es auch, eine ambulante Fortführung der Therapie anzuregen. Hier werden die individuellen Fähigkeiten des Patienten zugrunde gelegt. Eine klassische Psychotherapie ist selten möglich. Allerdings sind auch die Ressourcen für Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung in Brandenburg und auch in Berlin sehr begrenzt. Manchmal sind eine Ergotherapie oder ein anderes Einzeltherapieangebot die einzige Lösung.

Wiederholte stationäre Aufnahmen zur Therapiekontrolle und erneuten Diagnostik sind bei uns fester Bestandteil der Behandlung. Hier werden auch die bisher erreichten Therapieziele besprochen und neue angebahnt.

Zusammenfassend sind unsere Therapiemethoden ähnlich denen in der Untersuchung von Kanemoto et al. (2017): Anpassung der Lebensbedingungen und regelmäßige therapeutische Kontakte.

Das grundlegende Problem in der Behandlung dissoziativer Anfälle bei Menschen mit Intelligenzminderung ist, dass strukturierte stationäre oder ambulante therapeutische Angebote kaum vorhanden sind. Im Rahmen des Epilepsiezentrums Berlin-Brandenburg wird in enger Zusammenarbeit mit dem Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen ein stationäres Behandlungskonzept über vier Wochen mit folgender ambulanter Fortführung angeboten. Siehe hierzu der lohnenswerte Aufsatz von ZEPPERITZ, 2019).

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass dissoziative Anfälle auch bei Menschen mit Intelligenzminderung auftreten. Genaue Daten zur Häufigkeit gibt es leider nicht. Hier sind weitere Untersuchungen dringend erforderlich.

Die Ätiologie unterscheidet sich im Vergleich zu Allgemeinbevölkerung. Ein Trauma liegt häufig eher in der jüngeren Vergangenheit. Missbrauch als Ursache ist seltener (oder kann seltener noch erfragt werden?)

Die Diagnostik ist besonders durch die Entwicklungsstörung erschwert, hier ist ein diagnostik overshadowing (Symptome werden der Intelligenzminderung zugeordnet)möglich. Goldstandard ist die Beurteilung von Anfällen im LZ-

Video-EEG, aber auch ein Videomonitoring oder das Beobachten von Anfällen können zur Diagnose beitragen.

Nicht selten treten epileptische und nichtepileptische Anfälle gleichzeitig auf.

Die Behandlung von PNES bei Menschen mit Behinderung ist ähnlich der bei Nichtbehinderten. Es gibt jedoch Besonderheiten, diese hängen vor allem von den individuellen Fähigkeiten des Einzelnen ab. So sind die Anpassung der Lebensumstände und regelmäßige therapeutische Kontakte Bausteine der Therapie.

Es gibt derzeit noch zu wenig strukturierte Therapieangebote, besonders im ambulanten Bereich. Hier besteht dringend Bedarf nach mehr qualifizierten Behandlungsmöglichkeiten.

Die Diagnostik und Behandlung von dissoziativen Anfällen von Menschen mit Intelligenzminderung ist langwierig und häufig kompliziert, aber durchaus möglich. Sie gelingt mit viel Geduld und Einfühlungsvermögen.

Literatur

Duncan R, Oto M. Psychogenic nonepileptic seizures in patients with learning disability: comparison with patients with no learning disability. Epilepsy Behav. 2008; 12: 183-6

Fritzsche, Kurt; Baumann, Kathrin; Götz-Trabert, Katrin; Schulze-Bonhage, Andreas, Dissoziative Anfälle: Eine Herausforderung für Neurologen und Psychotherapeuten, Dtsch Arztebl Int 2013; 110(15): 263-8; DOI: 10.3238/arztebl.2013.0263

Jans S. van Ool, Alexandra I. Haenen, Francesca M. Snoeijen-Schouwenaars, Albert P. Aldencamp, Jos G.M. Hendriksen, H. Jurgen Schelhaas, In Y. Tan, Richard H.C. Lazeron, Nynke M.G. Bodde Psychogenic nonepileptic seizures in adults with epilepsy and intellectual disability: A neglected area, Seizure.2018, 59:67-71

Kanemoto K, Goji H, Tadokoro Y, Kato E, Oshima T Psychogenic non-epileptic seizure in patients with intellectual disability with special focus on choice of therapeutic intervention, Seizure.2017, 45:2-6

Sappok, T. (Hrsg.) (2019): Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S.153-160

Zepperitz, S. (2019): , Ein Leitfaden für den Umgang mit dissoziativen Anfällen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im pädagogischen Alltag, Inklusive Medizin, Juli 2019, S. 51-59

Dissoziation und Pharmakotherapie - geht das?

Knut Hoffmann

Einführung

Wie auch in den anderen Beiträgen dieses Bandes dargelegt wird, handelt es sich bei dissoziativen Phänomenen um häufige Zustandsbilder, welche sich bei verschiedensten psychiatrischen Grunderkrankungen finden. Ebenfalls ist wird auch vielfach an anderer Stelle zur Differentialdiagnostik der verschiedenen dissoziativen Phänomene ausgeführt werden und dieses soll an dieser Stelle nicht noch einmal getan werden. In diesem Beitrag soll dargelegt werden, ob es eine Evidenz sowohl aus wissenschaftlicher, evidenzbasierter Sicht als auch aus der klinischen Perspektive für eine medikamentöse Therapie von dissoziativen Störungen gibt. Grundsätzlich ist hierzu auszuführen, dass ein großer Teil der Menschen, die an dissoziativen Störungen leiden und sich in ärztlicher Behandlung befinden, psychopharmakotherapeutisch behandelt werden. Es liegen hierzu zwar keine verlässlichen epidemiologischen Untersuchungen vor, man geht jedoch davon aus, dass circa 80% der Betroffenen eine solche Behandlung erfahren. Wahrscheinlich ist diese Rate damit noch deutlich höher als die Rate psychotherapeutischer Behandlungen. Grundsätzlich ist an dieser Stelle auch auszuführen, dass keine entsprechenden deutschsprachigen Leitlinien zur Verfügung stehen, die sich entsprechend mit dieser Frage auseinandersetzen. In der Behandlungsrichtlinie der International Society of Trauma and Dissociation (ISSD, 2011) wird allerdings konstatiert, dass dissoziative Störungen keine primäre Indikation für eine Psychopharmako-therapie sind, es wird aber auch darauf verwiesen, dass diesbezüglich keine evidente Studienlage vorliegt. Eine Empfehlung zur medikamentösen Behandlung wird jedoch bezüglich etwaiger Komorbiditäten gegeben.

Grundsätzlich wird auf neurobiologischer Ebene davon ausgegangen, dass es bei dissoziativen Störungen zu Beeinträchtigungen sowohl des Opioid- als auch des Serotonin- und des Glutamatsystems kommt und in der Folge dann zu einer chronischen psychophysiologischen Übererregung. Bei diesen Systemen handelt es sich um hochkomplexe Netzwerke, welche im Gehirn Informationen übertragen und die Reaktionen des Gehirns und des Körpers darauf koordinieren. Diese Systeme haben zum Teil aktivierende, aber auch dämpfende Wirkung. Das Gehirn (die Seele?) arbeitet aber letztendlich immer auf „Vollgas“, wobei diese Vorgänge nur zu einem kleinen Teil spontan dem Wachgedächtnis zugänglich sind. Als eine mögliche, fast logische Konsequenz darauf wäre zu diskutieren, ob es sinnvoll sein könnte, diese Übererregung im

Sinne einer Stoßdämpferfunktion psychopharmakologisch zu dämpfen. Dass dies nur sehr eingeschränkt zutrifft wird im Folgenden noch ausgeführt werden.

Anzumerken ist noch, dass es häufig zu Komorbiditäten wie Schlafstörungen, Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen kommt. An dieser Stelle kann zu diesen nicht ausführlich ausgeführt werden, für viele dieser Erkrankungen liegen jedoch entsprechende, auch psychopharmakologische Behandlungsempfehlungen vor, auf die verwiesen sei.

Literatur spezifisch für Menschen mit Intelligenzminderung findet sich nicht.

Methodik

Versucht man, sich der Eingangsfrage nun methodisch zu nähern, bietet sich eine Abfrage in den gängigen medizinischen Datenbanken (Medline, PubMed) an. Üblicherweise würde diese in Form einer sog. Metaanalyse stattfinden, was jedoch den Rahmen dieser Publikation bei weitem sprengen würde, es kann hier also nur ein kleiner Überblick gegeben werden. Eine entsprechende Suche muss unbedingt die Einschränkung enthalten, dass das Anästhetikum Ketamin als Suchbegriff exkludiert wird, da dieses zu dissoziativen Phänomenen führen kann und somit die Suche beeinflusst, so fanden sich in einer ersten Suchabfrage weit über 600 Arbeiten, die sich aber eben fast alle auf Ketamin bezogen. Nach einer solchen Einschränkung bleibt das Ergebnis einer solchen Datenabfrage dann deutlich überschaubar. Es liegen fast keine sogenannten randomisierten kontrollierten Studien (RCT) vor, welche letztendlich den Goldstandard pharmakologischer oder anderer therapeutischer Studien darstellen, insbesondere dann, wenn sie auch noch placebokontrolliert sind (placebokontrollierte doppelblinde RCT´s), vor. In einer Metaanlayse schlossen SUTAR & SAHU (2019) zunächst 1.028 Arbeiten ein, auswertbar waren am Ende jedoch nur noch 7 Arbeiten, diese schlossen letztendlich lediglich 214 Probanden ein, was am Ende für statistische Aussagen als relativ wenig bezeichnet werden muss. Darunter fanden sich letztendlich nur zwei placebokontrollierte randomisierte kontrollierte Studien. Hier fand sich über alle Probanden gemittelt eine signifikanter Unterschied zugunsten einer pharmakologischen Intervention (p= .21). In einer weiteren meta-Analyse von SOMMER et al (2013) fanden sich inkosistente Ergebnisse für verschiedene Substanzen (Lamotrigine, Fluoxetin und Naltrexon). Es finden sich hingegen eine Vielzahl von Einzelfallberichten und Beobachtungsstudien, welche zum einen aus platzgründen hier nicht referiert werden können, zum anderen nur einen sehr begrenzten formalen Evidenzgrad besitzen. Die identifizierte Literatur beschäftigt sich auch fast ausschließlich mit der dissoziativen Identitätsstörung (ICD-10: F54.81).

Akute Dissoziation vs. Prophylaxe

Grundsätzlich können bezüglich des therapeutischen Ansatzes zwei Zugangswege unterschieden werden, zum einen die Behandlung akuter dissoziativer Phänomene und zum anderen eine eher prophylaktisch ausgelegte Behandlung, welche verhindern soll, dass es zu erneuten dissoziativen Symptomen kommt. Anzumerken ist an dieser Stelle noch, dass kein Medikament ein Zulassung für die Behandlung Dissoziativer Störungen hat, wenn keine entsprechende Komorbidität vorliegt ist also immer von einer sog. Off-Label-Behandlung zu sprechen. Derartige Behandlungen erfordern eine besondere Aufklärung und Dokumentation sowie eine ausführliche Risiko/Nutzen-Abwägung, in die zwingend auch der Patient (oder/und die gesetzliche Betreuungsperson).

Akute Dissoziation

Bei der akuten Dissoziation handelt es sich oft um dramatische Zustandsbilder. Sollten diese auftreten in einer mit der Person nicht vertrauten Umgebung, führt dieses oft zum Einsatz von Notärzten, welche dann übliche notfallmedizinische Prozeduren durchführen wie z. B. die intravenöse Applikation von Benzodiazepinen. Da dieses im Regelfall nur sehr bedingt erfolgreich ist, kann es dazu kommen, dass letztendlich so viele Medikamente verabreicht werden, dass es zu Störungen der Atmungstätigkeit kommt und eine Intubation und eine anschließende intensivmedizinische Behandlung notwendig werden. Treten solche Phänomene allerdings in einer vertrauten Umgebung auf, d. h. in Anwesenheit von Menschen, die die jeweiligen Betroffenen kennen, sind meist keine pharmakologischen Interventionen notwendig und oft helfen psychotherapeutische Dissoziationsstopp-Techniken, die aber nicht Thema dieses Aufsatzes sind.

Für den Fall, dass eine Medikation dann doch unumgänglich ist, ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, dass es hier zu einem schnellen Wirkungseintritt kommt. Diesbezüglich bieten sich dann letztendlich nur benzodiazepinartige Medikamente an (z. B. Lorazepam, Clonazepam, Diazepam). Diese Medikamente haben grundsätzlich den Vorteil einer sogenannten hohen therapeutischen Breite, das bedeutet, dass die Spanne, bis ein solches Medikament toxisch wird, sehr hoch ist. Grundsätzlich problematisch ist, dass diese Medikamente zu ausgeprägten Abhängigkeiten führen können und dieses manchmal auch bei Betroffenen, bei denen auch häufig medikamentöse Interventionen bei akuten dissoziativen Zuständen durchgeführt wurden, auch zu entsprechenden Abhängigkeitserkrankungen geführt hat. Die wichtigste akute „Nebenwirkung“ ist die schon genannte zunehmende Sedierung mit einer zunehmenden Beeinträchtigung der Spontanatmung, welche dann zu o.

g. Komplikationen führen kann. Weitere Untersuchungen liegen z. B. zu Naloxon vor. Naloxon ist ein zentral wirkender Opiatantagonist (und partielle Agonist). In einer Untersuchung von PHILIPPSEN et al. (2004) wurde die intravenöse Anwendung von Naloxon gegen Placebo getestet. Bei einer sehr niedrigen Probandenzahl (9) kam es zu einer signifikanten Reduktion der dissoziativen Phänomene bei beiden Interventionen, eine statistisch signifikante Differenz zwischen den Interventionen bestand nicht.

Langzeitprophylaktische Behandlung von Dissoziationen

In der Prophylaxe bzw. Langzeitbehandlung von dissoziativen Phänomenen geht es grundsätzlich darum, das chronisch erhöhte innerpsychische Erregungsniveau abzusenken. Zur Anwendung können dabei verschiedenste Substanzen kommen dabei:

- Benzodiazepine
- Antidepressiva
- sog. Mood Stabilizer (Phasenprophylaktika)
- Neuroleptika
- Verschiedenes

Im Folgenden werden die entsprechenden Substanzklassen kurz bezüglich ihrer Wirksamkeit und ihrer potentiellen Komplikationen vorgestellt.

Benzodiazepine

Zum grundsätzlichen Problem der Toleranzentwicklung und der Abhängigkeit ist bereits oben ausgeführt. Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen kann sich in einem sehr kurzen Zeitraum einstellen und der Entzug von solchen Substanzen kann sich äußerst kompliziert und auch langwierig darstellen. Es sollte also grundsätzlich, nicht nur bei der Behandlung von dissoziativen Störungen, von einer Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen abgesehen werden. Grundsätzlich führen diese Medikamente allerdings – zumindest anfangs – zu einer relativ verlässlichen Reduktion von Angst und Anspannung. Aufgrund der sich entwickelnden Abhängigkeit kommt es jedoch mittelfristig zu einem Wirkungsverlust und einzelne Autoren gehen davon aus, dass Benzodiazepine sogar das Auftreten von dissoziativen Phänomenen fördern. Entsprechende höherwertige Studien liegen allerdings nicht vor. Es finden sich aber durchaus positive Einzelfallberichte (ILECHKUWU & HENRY 2006, BALLEW & MORGAN 2003)

Antidepressiva:

Zum Einsatz kommen hier insbesondere Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Bei zusätzlichen Zwangssymptomen kann eventuell das alte trizyklische Antidepressivum Clomipramin Verwendung finden. Insbesondere schlafanstoßend wirken klassische (alte) Antidepressiva

wie Trazodon, Doxepin oder Trimineurin, aber auch das neuere Mirtazapin, welches seinen Wirkmechanismus sowohl auf den Botenstoff Noradrenalin als auch auf den Botenstoff Serotonin hat. Zusätzlich, und dieses ist verantwortlich für den sedierenden, also schlafanstoßenden Effekt, besteht eine ausgeprägte antihistaminerge Wirkung. Alle diese Medikamente haben ein ausgeprägtes Nebenwirkungsprofil. Insbesondere unter SSRIs kann es häufig zu Kopfschmerzen und Magen-Darm-Symptomatik kommen, die anderen aufgeführten Antidepressiva führen häufig zu einer teils erheblichen Gewichtszunahme. Das Auftreten von einer bestimmten Form von Herzrhythmusstörungen ist ebenfalls bei allen Medikamenten möglich, so dass regelmäßige EKG-Kontrollen obligat sind.

Entsprechende hochwertige Studien liegen allerdings zu keinem der Medikamente vor. So konnten SIMEON et al. (2004) beschreiben, dass über einen Zeitraum von zehn Wochen eine Medikation mit Fluoxetin in einer Dosis von 10 – 60 mg pro Tag (Durchschnitt: 48 mg) einer Placebowirkung signifikant überlegen war. Diese Untersuchung wurde an 54 Probanden durchgeführt, was als relativ geringe Zahl angesehen werden muss. MARSHALL et al. (2007) untersuchten eine Gruppe von 70 Probanden über zehn Wochen bezüglich der Wirkung von Paroxetin in einer Dosis von bis zu 60 mg pro Tag und fanden hier eine signifikante Überlegenheit gegenüber einer Placebomedikation. Es kam allerding auch unter Placebo zu einer Besserung der Symptomatik. Eine weitere Beobachtung über zwölf Wochen verstärkte den Effekt des Paroxetins, nicht jedoch den der Placebomedikation. Hier finden sich schon deutlich mehr Einzelfallberichte oder Anwebdungsbeobachtungen, so zu Sertralin (LIU-BARBARO & STEIN 2015), Duloxetine (DESARKAR et al 2006), Fluoxetin (SAITIS et al 2008), Venlafaxin (URAL et al 2015). LAFRANCE et al (2014) konnten zeigen, dass kognitive Verhaltenstherapie ohne und in Kombination mit Sertralin alleine überlegen waren. BRAVO et al (2013) fanden einen positiven Effekt von Sertralin bei dissoziativen Krampfanfällen.

Mood Stabilizer

Mood Stabilizer sind Medikamente, die größtenteils ihren Ursprung in der Epilepsiebehandlung haben und ihre Wirksamkeit bei psychiatrischen Störungen wurde eher zufällig entdeckt. Eine Ausnahme bildet hier das Lithium. Grundsätzlich wirken diese Medikamente stimmungsstabilisierend, d.h. sie nivellieren zum einen affektive Spitzen, verbessern die Impulskontrolle, beugen aber in der klassischen psychiatrischen Medikation auch dem Wiederauftreten von manischen oder depressiven Phasen bei bipolaren Störungen vor. Des Weiteren wird ihnen ein antiaggressiver Effekt zugesprochen und sie sollen zu einer Reduktion von selbstverletzenden Verhaltensweisen führen. Ein Problem bei diesen Medikamenten ist, dass das Gebräuchlichste dieser Medikamente,

die Valproinsäure (z. B. Orfiril®, Ergenyl®), potentiell fruchtschädigend ist und Frauen im gebärfähigen Alter nur noch dann verabreicht werden darf, wenn ein absolut sicherer Empfängnisschutz besteht. Diesbezüglich erfolgte eine Information der gesamten deutschen Ärzteschaft (sog. Roter-Hand-Brief) im Jahre 2017. Auch hier ist die Studienlage wieder als ausgesprochen dürftig zu bezeichnen. So fanden ALIYEV et al. (2011) in einer Untersuchung von 80 Probanden in Aserbaidschan über zwölf Wochen eine signifikante Besserung gegenüber Placebo. Anzumerken ist aber bezüglich dieser Veröffentlichung, dass sie von dem entsprechenden Journal nachträglich zurückgezogen worden ist, was üblicherweise ein Hinweis darauf ist, dass eine solche Untersuchung entweder methodisch nicht exakt vorgenommen worden ist, oder dass es ethische Probleme in der Studiendurchführung gegeben hat. SIERRA et al. (2003) untersuchten ebenfalls Lamotregin in einer Dosis bis zu 250 mg am Tag im Vergleich zu Placebo. An 14 Probanden über zwölf Wochen konnten sie keine Unterschiede feststellen. Auch Carbamazepin wird in einigen wenigen, kleineren Untersuchungen ein positiver Effekt zugeschrieben (FICHTNER et al., 1990, COONS, 1992).

Neuroleptika:

Neuroleptika sind eigentlich Medikamente zur Behandlung von schizophrenen Psychosen und haben fast durchgehend auch nur dafür eine Zulassung. Grundsätzlich führen sie zu einer Reduktion von Anspannung und Unruhe und können dazu führen, dass eine etwaige Überflutung des Gehirns mit (ggf. auch unsinnigen) Informationen reduziert wird. Grundsätzlich können Neuroleptika zu einer Reduktion von Intrusionen und von (Pseudo-)Halluzinationen führen. Auch können sie sich positiv auf Schlafstörungen auswirken. Zur Anwendung kommen hier häufig Quetiapin, Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol und Ciprasidon, in manchen Fällen sogar das atypische Neuroleptikum Clozapin, welches eigentlich ganz besonderen Verschreibungsbedingungen unterliegt, da hierunter teilweise auch lebensbedrohliche Nebenwirkungen auftreten können. Grundsätzlich können alle Neuroleptika zu ähnlichen Herzrhythmusstörungen wie die antidepressiven Medikamente führen und es sind diesbezüglich ebenfalls regelmäßige EKG-Kontrollen notwendig. Viele dieser Medikamente führen ebenfalls zu einer erheblichen Gewichtszunahme, insbesondere Olanzapin, aber auch Risperidon und Quetiapin. Ebenfalls kann es zu teilweise erheblichen Beeinträchtigungen der Motorik kommen, wenngleich dieses nicht mehr so ausgeprägt ist, wie dieses mit älteren neuroleptischen der Fall gewesen ist. Hier finden sich positive Fallberichte zu Quetiapin (PERALES-BLUM et al 2015) und Risperidon (LAI et al 2012).

Verschiedenes

Es liegen inzwischen Hinweise dafür vor, dass **Cannabinoide** (insbesondere Cannabidiol CBD) einen antidissoziativen Effekt haben können. Auf der anderen Seite führen solche Wirkstoffe dosisabhängig auch zu Verzerrungen der Wahrnehmung, was ja üblicherweise auch der Grund dafür ist, dieses Medikament als Droge zu benutzen. Es liegt aber bisher keine verwertbare Literatur hierzu vor und die Verwendung von medizinischem Cannabis in der Behandlung psychischer Störungen ist derzeit noch relatives Neuland.

Der Effekt von **Opiatantagonisten** (teilweise auch partiellen –agonisten) wie Naltrexon und Naloxon auf selbstverletzendes Verhalten ist schon länger bekannt, teilweise auch in der Behandlung von schweren Selbstverletzungen bei Menschen mit Autismus erfolgreich. Bei grundsätzlich guter Verträglichkeit ist unter diesen Medikamenten eine regelmäßige Kontrolle der Leberwerte notwendig. SCHMAHL et al. (2012) konnten in einer Untersuchung von Naltrexon (50 bis 200 mg pro Tag) allerdings keinen signifikanten Unterschied an einer Gruppe von 29 Probanden über sechs Wochen gegenüber Placebo finden, SIMEON & KNUTELSKA (2005) fanden bei einer sehr geringen Fallzahl (N=4) positive Effekte ebenfalls bei Naltrexon. NULLER et al. (2001) behandelten elf Patienten mit Naloxon intravenös, eine Kontrollgruppe gab es allerdings nicht. 71% der Probanden berichteten über eine deutliche Besserung ihrer Symptomatik.

Prazosin (ein sogenannter zentraler Alpha-Rezeptorenblocker) ist, wie die pharmakologisch eng verwandten Substanzen Terazosin und Doxazosin, ein Medikament, was grundsätzlich zur Behandlung des Bluthochdrucks eingesetzt wird. Es führt jedoch in relativ verlässlicher Weise zur Reduktion von Albträumen und nächtlichen Flashbacks (LIU-BARBARO & STEIN, 2015). Diesbezüglich ist allerdings auch das Antidepressivum Clomipramin relativ erfolgreich, da dieses zu einer deutlichen Reduktion des sogenannten REM-Schlafes führt. Diese Phase des Schlafes ist die, in der Menschen träumen.

Die oft angewandte Methode zur Durchbrechung von dissoziativen Zuständen starke Reize einzusetzen, und hier insbesondere die Präsentation von **Ammoniak als Geruchsreiz** (eigentlich handelt es sich hier eher um einen Schmerzreitz, da die nasale Inhalation von Ammoniak primär den sensiblen gesichtsnerven, den N. Trigeminus reizt) ist eher als physikalische dann als pharmakologische Intervention zu verstehen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist also zu sagen, dass die Evidenz für die Anwendung von Medikamenten bei dissoziativen Störungen ausgesprochen dürftig ist und diese Medikamente eigentlich nur in Ausnahmefällen eine Indikation haben. Die

dissoziative Störung ist und bleibt eine primäre Domäne der Psychotherapie. Nichtsdestotrotz wird es immer wieder vorkommen, dass Patienten, die an derartigen Störungen leiden, psychopharmakologisch behandelt werden, auch wenn keine Komorbidität, welche eine solche Behandlung rechtfertigen würde, vorliegt. Insbesondere vor diesem Hintergrund sollte eine solche Medikation immer kritisch überprüft werden.

Literatur

Aliyev NA, Aliyev ZN (2011) Lamotrigine in the immediate treatment of outpatients with depersonalization disorder without psychiatric comorbidity: randomized, double-blind, placebo-controlled study. J clin Psychopharmacol 31(1): 61-5

Ballew L, Morgan Y, Yassar L (2003) Intravenous diazepam for dissociative disorder: memory lost and found. Psychosom J Consult Liason Psychiatry 44: 346-7

Bravo T, Hoffmann-Snyder C, Wellik K et al (2013) The effect of selective serotonine reuptake inhibitors on the frequency of psychogenic non-epileptic seizures: a critical appraisal topic. Neurologist. DOI: 10.1097/NRL.0b013e31827c6bfd

Coons P, (1992) The use of carbamazepine for episodic violence in multiple personality disorder or dossciatice disorder not otherwise specified: two additional cases. Biol Psychiatry 32: 717-20

Desarkar P, Das A, Sinha V (2006) Duloxetine for childhood depression with pain and dissociative symptoms. Eur Child Adolesc Psychiatry. DOI: 10.1111./s00787-006-0553-4

Fichtner C, Kuhlman D (Gruenfeld M et al (1990) Decreased episodic violence and increased control of dissociation in a carbamazepine-treated case of multiple personality. Biol Psychiatr 27: 1045-52

Ilechkuwu S, Henry T (2006) Amytal interview using intravenous Lorazepam in a patient with dissociative fugue. Gen Hosp Psychiatr. DOI: 10.1016/j.genpsychhosppsych.2006.08.001

International Society for the study of trauma and dissociation (ISSD) Adult Treatment Guidelines. 2011. Via: www.isst-d.org/resources/adult-treatment-guidlines. Zugriff: 01.11.2019

LaFrance W, Baird G, Barry J et al (2014) Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. DOI: 10.4318/jamapsychiatry.2014.817

Lai C (2012) Dossociative identity disorder may be relieved by combined treatments of mirtazapiner and risperidone: case report of an adult. J Neuropsychiatr Clin Neurosci. DOI: 10.1176/appi.neropsych.11040083

Liu-BarbaroD, Stein M (2015) Psychopharmacological treatment of dissociative fugue and PTSD in Ethopian refugee. J Clin Psychiatry 76: 985

Marshall RD, Lewis-Fernadez R, Blanco C, Simpson HB, Lin SH, Vermes D, Garcia W, Schneider F, Neria Y, Sanchez-Lacay A, Liebowitz MR (2007) A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. Depress Anxiety 24(2): 77-84

Nuller YL, Morozova MG, Kushnir ON, Hamper N (2001) Effect of naloxone on depersonalization: a pilot study. J Psychopharmacol 15(2): 93-5

Perales-BlumL, Ibarra-YruegasB, Cuellar-Barboza A (2015) Successful treatment of dissociative identity disorder in an adolescent with Quetiapine. J Child Adolescent Psychopharmacol. DOI: 10.1089/cap2014.0133

Phillipsen AS, Schmahl C, Lieb K (2004) Naloxone in treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. Pharmacopsychiatry 37(5): 196-9

Saitis M, Katsigiannopoulos K, Papazisis G (2008) Treatment of depersonalization disorder with fluoxetine: a case report. Ann Gen Psychiatry. DOI: 10.1186/1744-859x-7s1-s208

Schmahl C, Kleindienst N, Limberger M, Ludäscher P, Mauchnik J, Deibler P, Brünen S, Hiemke C, Lieb K, Herpertz S, Reicherzer M, Berger M, Bohus M (2012) Evaluation of Naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. Int J Psychopharmacol 27(1): 61-8

Sierra M, Phillips ML, Ivin G, Krystal J, David AS (2003) A placebo-controlled, cross-over trial of lamotrigine in depersonalization disorder. J Psychopharmacol 17(1): 103-5

Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Knutelska M (2004) Fluoxetine therapy in depersonalization disorder: randomized controlled trial. Br J Psychiatry 185: 31-6

Simeon D, Knutelska M (2005) An open trail of Naltrexone in the treatment of depersonalization disorder. J Clin Psychopharmacol 25: 267-70

Somer E, Amos-Williams T, Stein D (2013) Evidence –based treatment for depersonalization-derealisation disorder (DPRD). BMC Psychol 1:20.DOI: 10.1186/2050-7283-1-20

Sutar R, Sahu S (2019) Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. Psychiatry Res. Doi: 10.1016/j.psychres.2019.112529

Ural C, Beli H; Tabo A et al (2015) Open-longitudinal study of the effect of dissociative symptoms on the response of patients with panic disorder and Venlafaxin. Compr Psychiatr 57: 112-6

WHO (1991) Internaltionale Klassifikation psychischer Störungen. 4. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern

Psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten bei Menschen mit dissoziativer Störung

Wibke Voigt

Dissoziative Störungen werden in der Regel durch schwerwiegende, langanhaltende sexuelle, körperliche oder emotionale Gewalt sowie durch massive Vernachlässigung in der Kindheit verursacht. Besonders betroffen von dieser Gewalt ist das weibliche Geschlecht, auch in Europa: eine EU- weite Studie über interpersonelle Gewalt (N=42.000) zeigt, dass 31 % der Mädchen ab dem 15. Lebensjahr körperliche Gewalt und 11% sexuelle Gewalt erlebt haben (European Union Agency for Fundamental Rights 2014). Gewalt gegen Frauen wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eines der größten Gesundheitsrisiken von Frauen weltweit bezeichnet (WHO 2013):

Istanbul-Konvention

Das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der 2011 in Istanbul unterzeichnet wurde. Die Konvention ist bislang von 33 Staaten ratifiziert worden. In Deutschland trat sie am 01. Februar 2018 in Kraft. Die Konvention will Gewalt gegen Frauen auf allen Ebenen bekämpfen und umfasst alle Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt. Dabei wird der Begriff der Gewalt weit gefasst und als eine Menschenrechtsverletzung sowie eine Form der Diskriminierung der Frau definiert. Alle Handlungen, die zu körperlichen, seelischen, sexuellen und wirtschaftlichen Schäden oder Leiden führen, werden als geschlechtsspezifische Gewalt bezeichnet. Die Istanbul-Konvention schützt auch ausdrücklich Frauen mit Behinderung vor Gewalt und verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, die Konvention diskriminierungsfrei auf diese Personengruppe anzuwenden. Weitere Ziele sind, Schutz und Unterstützung der Betroffenen mit umfassenden politischen Massnahmen zu bewirken sowie Strafverfolgung der Täter und Täterinnen.

(Geistige) Behinderung als Risikofaktor, traumatischen Ereignissen ausgesetzt zu sein?

Menschen mit Behinderungen sind besonders vulnerabel, da ihre Aktivität und die Teilhabe in allen Lebensbereichen beeinträchtigt sind durch Schädigungen der Körperfunktion und der Körperstruktur. Ihre erhöhte Vulnerabilität ist bedingt durch ein komplexes Bedingungsgefüge aus zahlreichen biologischen und psychosozialen (Belastungs-) Faktoren (LINGG & THEUNISSEN, 2017). Menschen mit Behinderung haben ein erhöhtes Risiko, Opfer von zwischenmenschlicher Gewalt auf körperlicher, psychischer und sexueller

Ebene zu werden (HENNICKE, 2015). Sie sind mehr gefährdet, da sie aufgrund ihrer Einschränkungen oft auf Hilfe angewiesen sind, sich schlechter wehren können, eher Schwierigkeiten haben, potentiell gefährliche Situationen als solche einzuschätzen etc. Die Lebenszeitprävalenz für das Erleben traumatischer Ereignisse liegt zwischen 20 und 100%. Die Spannbreite deutet auf eine wahrscheinlich hohe Dunkelziffer hin (RYAN, 1994; MARTOTELL et al., 2009; BRESLAU et al., 2013). Besonders Frauen mit Behinderung sind in einem hohen Maß psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt in Kindheit und als Erwachsene ausgesetzt und sind davon erheblich stärker belastet als Frauen in der Durchschnittsbevölkerung (SCHRÖTTLE & HORNBERG 2013). Eine Studie von MORANO (2001) kommt zum Ergebnis, dass bei geistiger Behinderung das Risiko für sexuellen Missbrauch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 4 bis 10fach höher ist. Es besteht auch hier der Verdacht auf eine hohe Dunkelziffer: viele Menschen ohne Behinderung schaffen es schon nicht, über sexuelle Gewalt zu reden aus Scham oder aus Angst aufgrund von Bedrohung durch Täter. Das trifft erst recht für Menschen mit geistiger Behinderung zu, die sich zudem oft in einer abhängigen Beziehung zum Täter(kreis) befinden. Dies erklärt eine signifikant erhöhte Lebenszeitprävalenz für eine posttraumatische Belastungsstörung mit 5 bis 10% (KESSLER et al. 2005).

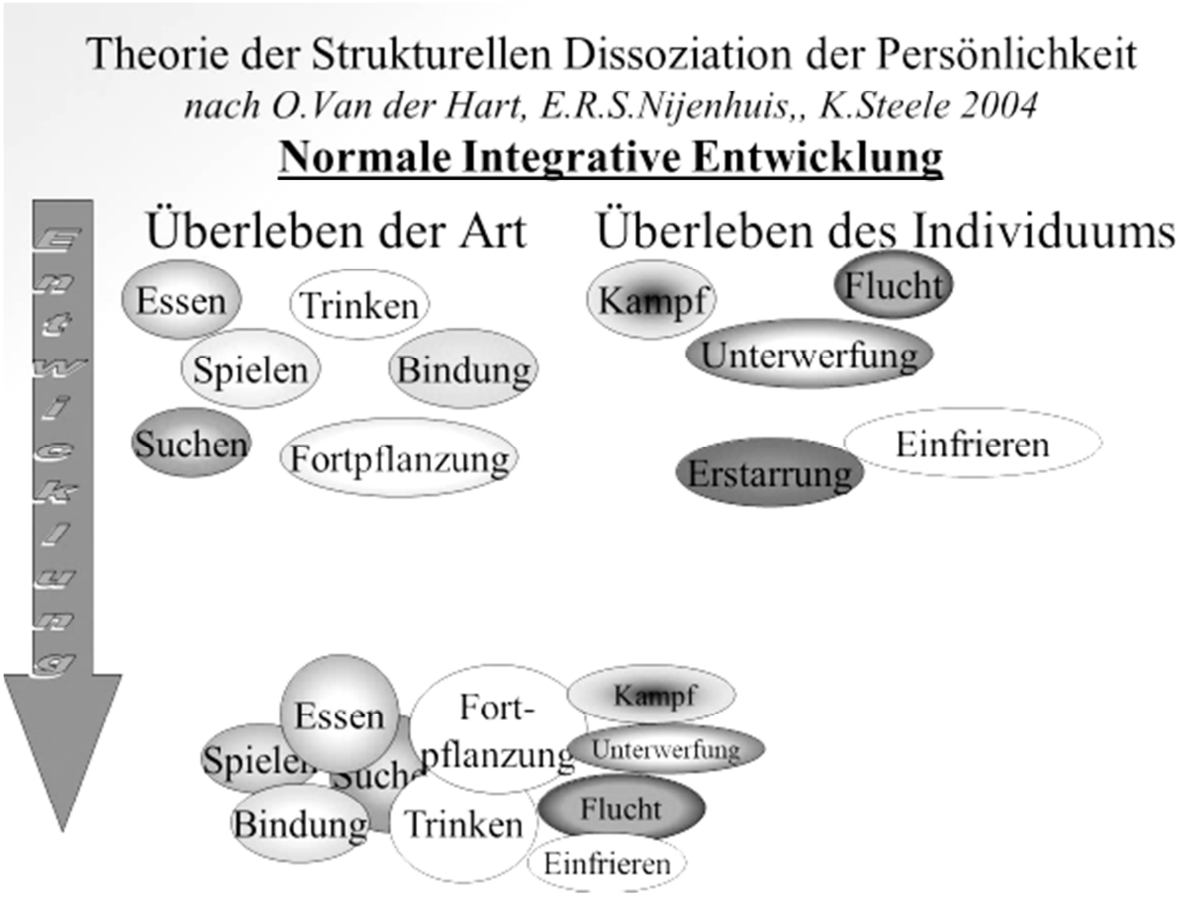
Verborgene Traumatisierung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Ein großer Teil der Menschen mit intellektueller Behinderung erlebt schwere und multiple Traumatisierungen und ist sehr ungünstigen Lebensbedingungen ausgesetzt (SPLAETT, 2019). Die daraus resultierenden Traumafolgestörungen bleiben bei Menschen mit geistiger Behinderung in der Praxis häufig unerkannt und damit in letzter Konsequenz unbehandelt. Posttraumatische Symptome wie z.B. das Hyperarousal oder dissoziative Reaktionen wie Flashbacks treten auch bei Menschen mit geistiger Behinderung auf, sind als solche jedoch schwerer zu erkennen und werden eher als auffälliges Verhalten dem Behinderungsbild zugeschrieben. Posttraumatische Veränderungen zeigen sich in der Kernsymptomatik, treten aber oft in der Latenz verzögert (erst mehrere Monate bis zwei Jahre später) und häufig atypisch auf. Selbstverständlich kann nicht jedes herausfordernde Verhalten ursächlich durch ein traumatisches Ereignis erklärt werden (GRÜTER, 2019). Dies gilt auch für ausgeprägte dissoziative Störungen: sie sind noch schwieriger zu erkenne. Plötzliche Veränderungen im Verhalten, der Stimmlage, der Körperhaltung, der Aufmerksamkeit, der emotionalen Gestimmtheit können Hinweise darauf sein. Menschen mit geistiger Behinderung sind deswegen umso mehr auf ein wachsames und feinfühliges soziales Umfeld angewiesen, das ihre Äußerungen entschlüsselt und für Dritte übersetzt.

Die Entwicklung geeigneter Konzepte für deren Begleitung steht jedoch am Anfang. Traumatherapeutische Interventionen müssen transdisziplinär angelegt sein und miteinander abgestimmt und verzahnt sein. Diese Maßnahmen müssen stärker individualisiert, kooperierend und langfristiger sein als bei Menschen ohne Behinderung.

Die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (van der HART et al., 2004)

Das System der Persönlichkeit kann man verstehen als organisiertes oder strukturiertes System aus verschiedenen psychobiologischen Subsystemen, zwischen denen gewöhnlich in mehr oder minder starkem Maße Kohäsion besteht und die bei gesunden Menschen als ein Ganzes fungieren und funktionieren (BENYAKAR et al., 1989). Im Sinne der Evolutionsbiologie bestehen Menschen aus einer Anzahl psychobiologischer (Sub-)Systeme, die im Laufe der natürlichen Auslese entstanden sind und die verschiedene Funktionen erfüllen - welche Menschen ermöglichen, in bestimmten Umgebungen optimal ihre Funktion zu erfüllen (VAN DER HART et al., 2008). Diese emotional-arbeitenden Systeme sind in neuronalen Netzwerken organisiert. Deren Hauptaufgabe ist es, in der Welt mentale Prozesse und Verhaltensmuster durchzuführen: somit sind es Aktionssysteme (PANKSEPP, 1998; BUSS, 2004; 2005). Diese Handlungssysteme beinhalten eine angeborene Neigung, auf eine bestimmte Art zielorientiert zu handeln (FRIJDA, 1986). Es gibt zwei Kategorien dieser Aktionssysteme. Die eine Kategorie der Aktions- oder Handlungssysteme ist dafür da, den Alltag zu bewältigen und sich attraktiven Zielen wie Nahrung und Gesellschaft zu nähern. Dazu gehören die Aktionssysteme Essen, Trinken, Bindung, Spielen, Suchen, Fortpflanzung/Sexualität. Sie dienen zum Überleben der Art. Bei der zweiten Kategorie der Aktionssysteme besteht die Hauptaufgabe darin, das Überleben zu sichern und sich auf das Vermeiden aversiver Reize oder Flucht zu konzentrieren, bezogen auf verschiedene Arten von Gefahren, oder zu kämpfen, wenn es eine Chance gibt. Wenn weder Kampf noch Flucht möglich ist, wird automatisch, da angeboren, für das Überleben entweder das psychobiologische Subsystem Erstarrung (freeze) in Verbindung mit Analgesie (Schmerzreduzierung) oder völlige Unterwerfung (Totstellreflex) in Verbindung mit Anästhesie (Schmerzfreiheit) aktiviert.



Grundsätzlich können in einer Gefahrensituation mehrere Handlungssysteme nacheinander oder gleichzeitig aktiviert sein: z.B. zuerst Flucht – wenn fliehen aber nicht möglich ist – dann Erstarrung. Oder Kampf – und wenn kämpfen aussichtslos ist, weil Kinder z.B. zu schwach sind – dann völlige Unterwerfung. Oder Kampf und Flucht – und wenn beides ohne Chance ist, dann Erstarrung.

Handlungssysteme sind die Grundelemente, die die Persönlichkeit formen. Sie sind bei jedem Menschen vorhanden. Im Idealfall kommt es innerhalb der Handlungssysteme und zwischen ihnen aufgrund des normalen Entwicklungsverlaufs zur Integration, was bewirkt, dass wir so adaptiv wie möglich leben können (VAN DER HART et al., 2008,50).

Damit eine normale integrative Entwicklung möglich ist, brauchen Menschen gute, sichere Bindungen verbunden mit guten Erfahrungen, und die Entwicklung benötigt viel Zeit: Das menschliche Gehirn ist erst mit 25 Jahren vollständig ausgewachsen.

Wenn Kinder während des Entwicklungsprozesses häufig körperliche Gewalt oder sexuelle Gewalt, emotionale Gewalt und/oder emotionale Vernachlässigung erleben bzw. erleiden und damit regelmäßig Traumatisierungen ausgesetzt sind, werden die Handlungssysteme – die durch die menschliche Evolution vorgeprägten emotionalen und der Verteidigung dienenden Reaktionen - jedesmal automatisch aktiviert. Dass die

Handlungssysteme angeboren sind und die Aktivierung somit automatisch erfolgt, ist eine wichtige Information für Patienten: sie waren eben nicht z.B. „feige“, weil sie in der Bedrohungssituation nicht gekämpft haben oder geflohen sind. Die Erstarrung oder die Unterwerfung hat damals die Chance erhöht, die Situation zu überstehen oder zu überleben.

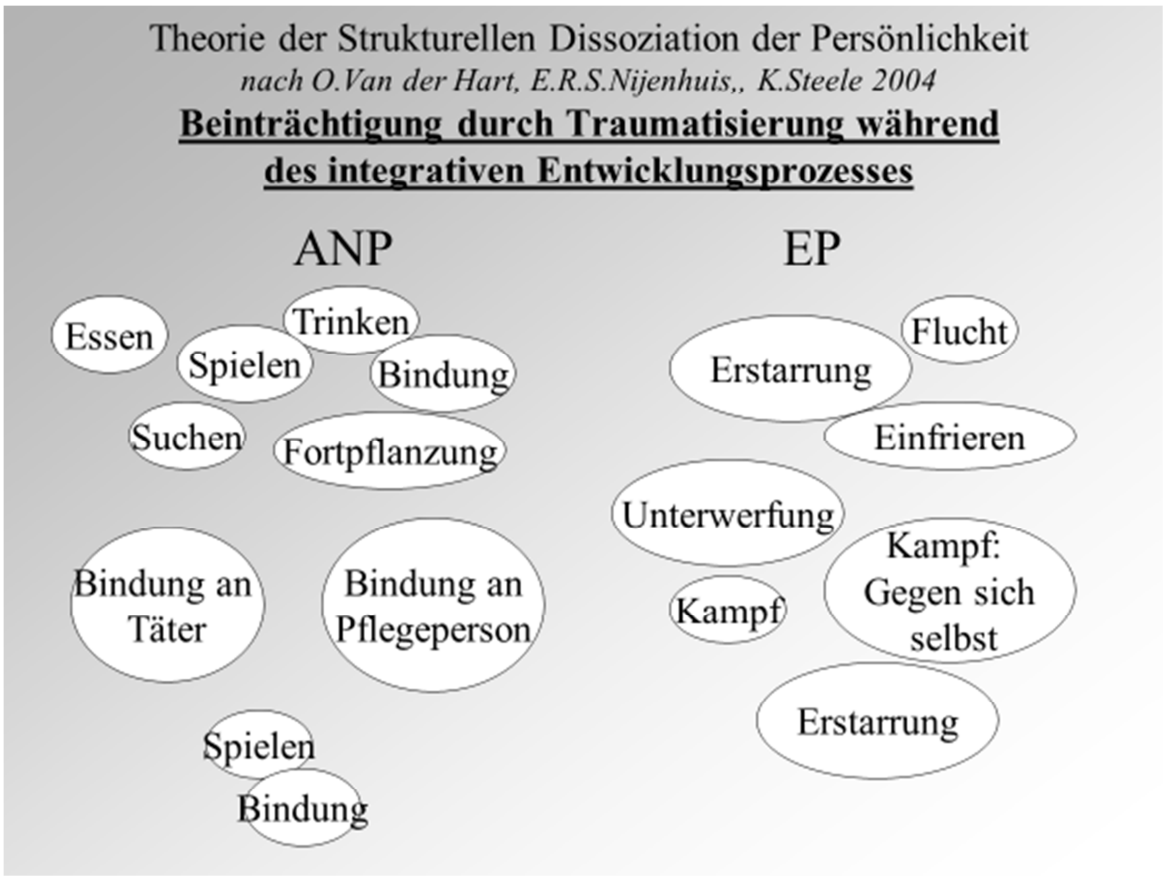
Wird das jeweilige Verteidigungssystem gezwungenerweise regelmäßig aktiviert, kann die Wiederholung im Gehirn zur Ausbildung traumaspezifischer neuronaler Netzwerke führen, die alles abspeichern, was mit dem traumatischen Ereignis verbunden ist (BASK-Modell):

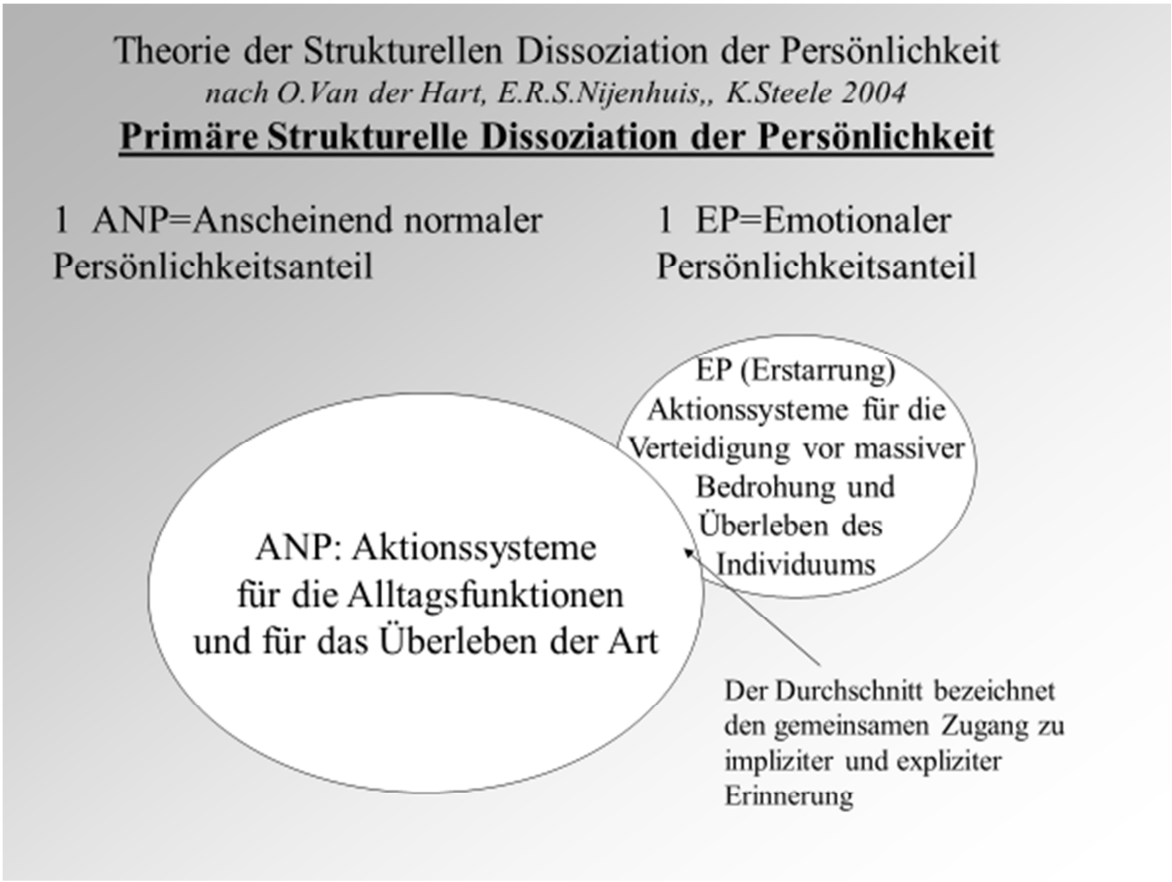
- Verhalten (Behaviour)
- Gefühl (Affect)
- Körpergefühl (Sensation)
- Kognition.

Das Verhalten (Behaviour) ist das zugrundeliegende Verteidigungssystem, also entweder Flucht, Kampf, Erstarrung und/oder völlige Unterwerfung, was in der traumatischen Situation ausgelöst wurde durch Todesangst, Hilflosigkeit, Ohnmacht. Dieses Gefühl (Affect) ist im traumaspezifischen neuronalen Netzwerk ebenso gespeichert und ist mit der Erinnerung bzw. mit den Erinnerungsfetzen verbunden. Das Netzwerk beinhaltet auch die Körperempfindung (Sensation) und die negative Kognition. Alle vier Bereiche werden bei einer Aktivierung des traumaspezifischen neuronalen Netzwerkes wiedererlebt – sowohl die Erstarrung und die Todesangst von damals, als auch der Gedanke: „Ich bin in Gefahr, ich sterbe jetzt.“ und genau derselbe Körperschmerz: „Der Körper erinnert sich“ (VAN DER KOLK, 1994).

Traumatisierte Menschen sind in der Regel sehr empfänglich für klassische und kontextuelle Konditionierung, und reagieren stark auf konditionierte und unkonditionierte Bedrohungsreize – z. B. lautes Streiten, Schritte auf dem Flur, das Klicken der Gürtelschnalle, ein bestimmtes Parfüm etc.

Schon die französischen Psychiater des 19. Jahrhunderts wie JANET haben vertreten, dass die Dissoziation eine bestimmte Organisation der psychophysischen Systeme, welche die Persönlichkeit bildet, beinhaltet. Nach Auffassung von VAN DER HART, NIJENHUIS & STEELE entsteht diese Organisation nicht willkürlich oder zufällig, sondern geschieht im Falle einer Traumatisierung an bestimmten entwicklungsgeschichtlich vorbelasteten Sollbruchstellen in der Persönlichkeitsstruktur entlang der Aktionssysteme (VAN DER HART et al., 2008, 18). Auf dieser Sicht der Persönlichkeit fußend wurde 2004 der Begriff der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit von VAN DER HART, NIJENHUIS & STEELE eingeführt.


Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit
nach O.Van der Hart, E.R.S.Nijenhuis,, K.Steele 2004
Beinträchtigung durch Traumatisierung während des integrativen Entwicklungsprozesses
ANP
EP
Essen
Trinken
Spielen
Bindung
Suchen
Fortpflanzung
Bindung an Täter
Bindung an Pflegeperson
Spielen
Bindung
Flucht
Erstarrung
Einfrieren
Unterwerfung
Kampf: Gegen sich selbst
Kampf
Erstarrung


Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit
nach O.Van der Hart, E.R.S.Nijenhuis,, K.Steele 2004
Primäre Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit
1 ANP=Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil
1 EP=Emotionaler Persönlichkeitsanteil
EP (Erstarrung) Aktionssysteme für die Verteidigung vor massiver Bedrohung und Überleben des Individuums
ANP: Aktionssysteme für die Alltagsfunktionen und für das Überleben der Art
Der Durchschnitt bezeichnet den gemeinsamen Zugang zu impliziter und expliziter Erinnerung

Bei der primären strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit – die einfachste dissoziative Teilung der Persönlichkeit - entstehen ein einziger anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP) und ein einziger emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP). Zu dieser Teilung kommt es meist infolge eines einmaligen traumatischen Ereignisses, kann aber auch auf Missbrauchserlebnissen in der Kindheit beruhen. (VAN DER HART et al., 2008, 65). Der ANP ist dominierend und der EP ist oft nicht besonders stark ausgeprägt und autonom. Van der Hart, Nijenhuis und Steele gehen davon aus, dass die Persönlichkeit vor der Traumatsierung ein relativ stark integriertes mentales System war als Ergebnis einer erfolgreich verlaufenen Entwicklung bis ins Erwachsenenalter.

„Ohne mir darüber im Klaren zu sein, kämpfte ich, um meine beiden Welten getrennt zu halten. Obwohl ich nicht wusste warum, sorgte ich dafür, dass zwischen den beiden Teilen, dem Tagkind und dem Nachtkind, möglichst nie auch nur der geringste Kontakt bestand“ (VAN DERBUR, 2004, 26).

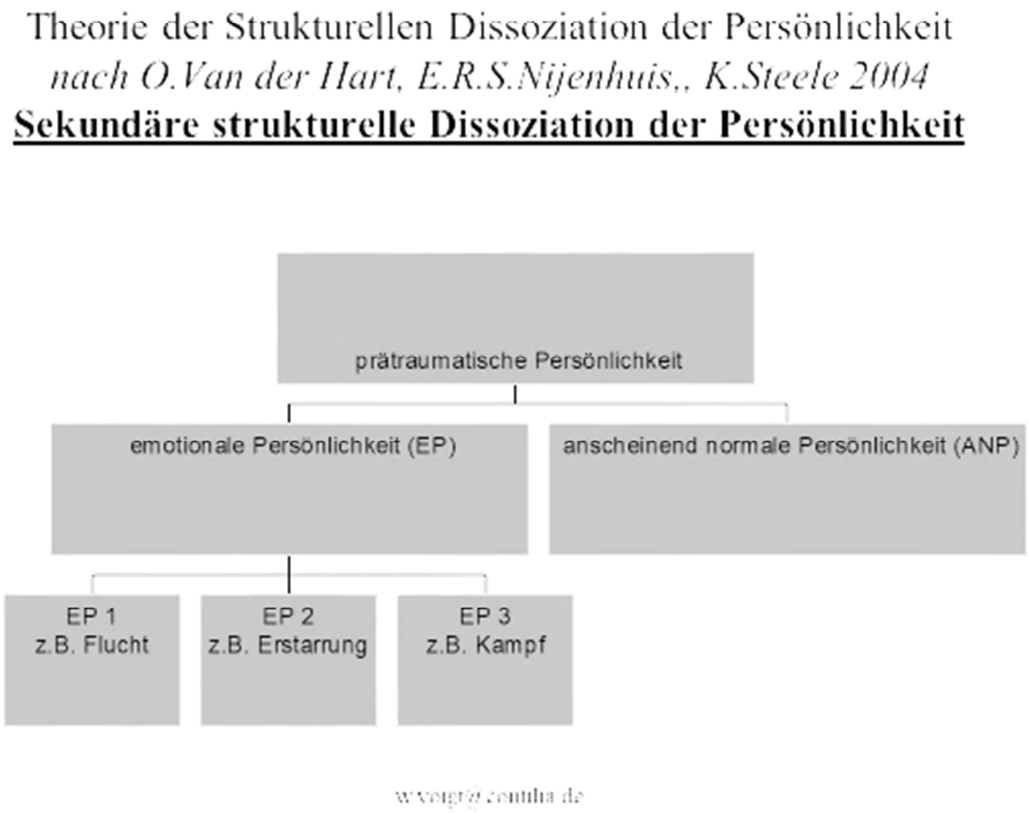
Der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil (ANP) fußt auf Aktionssystemen für das Überleben der Art, die der Anpassung an das Alltagsleben und der Reproduktion dienen Er vermeidet traumatische Erinnerungen und damit assoziierten EP’s, um im Alltag zurechtzukommen. Auf diese Weise schließt er aus, was er glaubt, nicht integrieren zu können. Ein ANP hat nicht den gesamten Bewusstseinsbereich zur Verfügung, ist aber deutlich bewusster als ein EP und hat gewöhnlich einen höheren Bewusstseinsgrad als ein EP. Der Bewusstseinsgrad ist aber niedriger als bei Gesunden.

Der emotionale Persönlichkeitsanteil (EP) fußt auf Aktionssystemen für das Überleben des Individuums in Situationen mit großer körperlicher Bedrohung, einschließlich Lebensbedrohung. Der EP entsteht durch ein traumatisches Ereignis. Er ist fixiert auf das traumatische Ereignis und zeigt eine starke Reaktion auf klassische, kontextuelle und evaluative Konditionierung. Ein EP ist desorientiert in Ort, Zeit und Identität, weil er überzeugt ist, dass er sich noch in der traumatischen Situation befindet und so alt, ausgeliefert und hilflos ist wie damals. Er zieht sich aus dem Bewusstsein zurück und kann einen niedrigen Grad an Bewusstsein einschließen.

Bei chronischer körperlicher und sexueller Gewalt und emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit können mehrere emotionale Persönlichkeits-anteile entstehen. Schwerere Formen der Traumatisierung führen in der Regel zu stärker ausgeprägter dissoziativer Symptomatik.

Die sekundäre strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit ist ein äußerst komplexes Phänomen. Sie kann viele unterschiedliche Konfigurationen von EP´s aufweisen. Jeder EP kann unterschiedlich stark ausgeprägt und autonom sein. Außerdem nutzt der ANP von Überlebenden chronischer, in der Kindheit erfolgter Beziehungstraumatisierungen mit wesentlich höherer

Wahrscheinlichkeit dysfunktionale Bewältigungsstrategien als Patienten, deren persönliche Funktionsfähigkeit vor einem einzigen im Erwachsenenalter erlebten Traumatisierung relativ intakt war (VAN DER HART et al., 2008, 82)



Fallbeispiel

Vorgestellt wird eine 44jährige Frau mit einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und einer ausgeprägten dissoziativen Störung. Sie zog vor 22 Jahren in ein Wohnheim für psychisch kranke Menschen vom 22. Lebensjahr bis zum 28. Lebensjahr. Ein Versuch, selbstständig zu leben mit Rehabilitations-maßnahmen gelang einige Jahre. Auch war es für sie mehrere Jahre möglich, in eigener Wohnung zu leben, unterstützt durch ambulant betreutes Wohnen, zusammen mit einem Freund. Sie wollte mit einem Freund zusammenleben, um ein normales Leben wie andere zu führen. Der Freund spielte viel am Computer und schaute Pornofilme. Der Versuch scheiterte nach mehreren Jahren aufgrund von zunehmender dissoziativer Symptomatik bei ihr. Mit 37 Jahren zog sie wieder in das Wohnheim für psychisch kranke Menschen zurück.

Frau M. wurde als 6. von 6 Kindern geboren. Die Mutter hatte Multiple Sklerose, der Vater war Lackierer und trainierte im Boxverein. Er war Alkoholiker. Ab dem 5. Lebensjahr begann der Vater sie zu missbrauchen sowie die 3 älteren Brüder.

Sie verkauften sie und ihre Schwester regelmäßig an Freunde und Bekannte. Dabei erlitt sie schwere sexuelle und körperliche Gewalt über viele Jahre bis zu ihrem 18. Lebensjahr. Sie begann regelmäßig Alkohol zu konsumieren ab dem 12. Lebensjahr. Funktion des Alkohols: betäuben von Gefühlen wie Angst, Schuldgefühlen, Ekel, Scham, gegen Einsamkeit. Die Schwester versuchte regelmäßig wegzulaufen. Sie wurde jedes Mal wieder von der Polizei nach Hause gebracht und bestraft. Das Jugendamt sei von Anfang an in der Familie gewesen, habe aber den sexuellen Missbrauch nicht realisiert, obwohl sie darüber geredet habe. Die Mutter habe die Jugendamtsmitarbeiter manipuliert und getäuscht, sodass sie und ihre Schwester keine Hilfe bekommen hätten. Wegen angeblicher Lernbehinderung kam sie nach der Grundschule auf die Sonderschule für 4 Jahre. Dies sei die beste Zeit ihres Lebens gewesen, da sie so akzeptiert worden sei, wie sie war. Da sie ihre Noten zu gut waren, musste sie mit 14 Jahren auf Veranlassung der Eltern auf die Hauptschule wechseln. Sie kam mit Drogen wie Heroin in Kontakt, blieb aber beim Alkohol, da die Drogeneffekte zu sehr ihrem inneren dissoziativen Erleben glichen. Auf der Hauptschule fand sie ihre beste Freundin, die mittlerweile Alkoholikerin ist und sie ausnutze. Einen Tag nach dem 18. Lebensjahr lief sie von der Familie weg, weil sie wusste, dass sie nicht mehr von der Polizei aufgegriffen würde, und lebte auf der Straße für ca. 1 Jahr, bis sie in der Klinik aufgenommen wurde zur Entgiftung von Alkohol. Ab diesem Zeitpunkt war sie regelmäßig in stationärer psychiatrischer Behandlung, häufig in der Akutpsychiatrie oder in der Entgiftung. Der Versuch einer anthroposophischen Familie, sie aufzunehmen auf einem Bauernhaus, scheiterte u.a. da ihre Brüder sie von dort wieder wegholten und weil sie nicht glauben konnte, dass Menschen dauerhaft wirklich liebevoll zu ihr sein würden. Es dauerte bis zum 30. Lebensjahr, bis der sexuelle Missbrauch endgültig aufhörte. Erst mit dem 39. Lebensjahr konnte sie den Kontakt zur Familie abbrechen, als die Mutter starb. Bis dahin hatte sie gehofft, noch die nie erhaltene und von ihr so vermisste Liebe von der Mutter, die sie nie geschützt hatte, bekommen zu können.

Aufgrund der langanhaltenden, schweren sexuellen und körperlichen Gewalt seit früher Kindheit verbunden mit starker emotionaler Vernachlässigung entwickelte sie sowohl eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, als auch eine dissoziative Störung mit ca. 60-70 emotionalen Persönlichkeits-anteilen, die in Tunnels gruppenweise wohnen. Durch das stark invalidisierende Familienumfeld war es für sie nicht möglich, sich emotional und auch kognitiv altersentsprechend zu entwickeln. Insbesondere wurde die Reifung und Entwicklung eines funktionsfähigen anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil (ANP) - dem erwachsenen Anteil - behindert. Die Folge war die Entstehung eines relativ schwachen, nicht durchsetzungsfähigen und nicht vollständig erwachsenen Persönlichkeitsanteil von ca. 18 Jahren, der die Kontrolle oft nicht

behalten kann, sodass immer wieder kindliche emotionale Persönlichkeitsanteile (EP's) nach vorne switchen und den Alltag bestimmen. Dadurch ist die Alltagsbewältigung und die Teilhabe am sozialen Leben so stark eingeschränkt, dass ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben nicht möglich ist. Ihr Auftreten und Verhalten imponiert teilweise wie eine dezente leichte geistige Behinderung bei einem IQ im hohen zweistelligen Bereich. Es ist nicht klar zu unterscheiden, ob das teilweise kindliche Verhalten ausschließlich durch die schwere Traumatisierung und der daraus entstandenen dissoziativen Störung verursacht wird. Es ist durchaus möglich, dass eine Reifung des erwachsenen Persönlichkeitsanteils bei differenzierteren kognitiven Möglichkeiten hätte besser gelingen können.

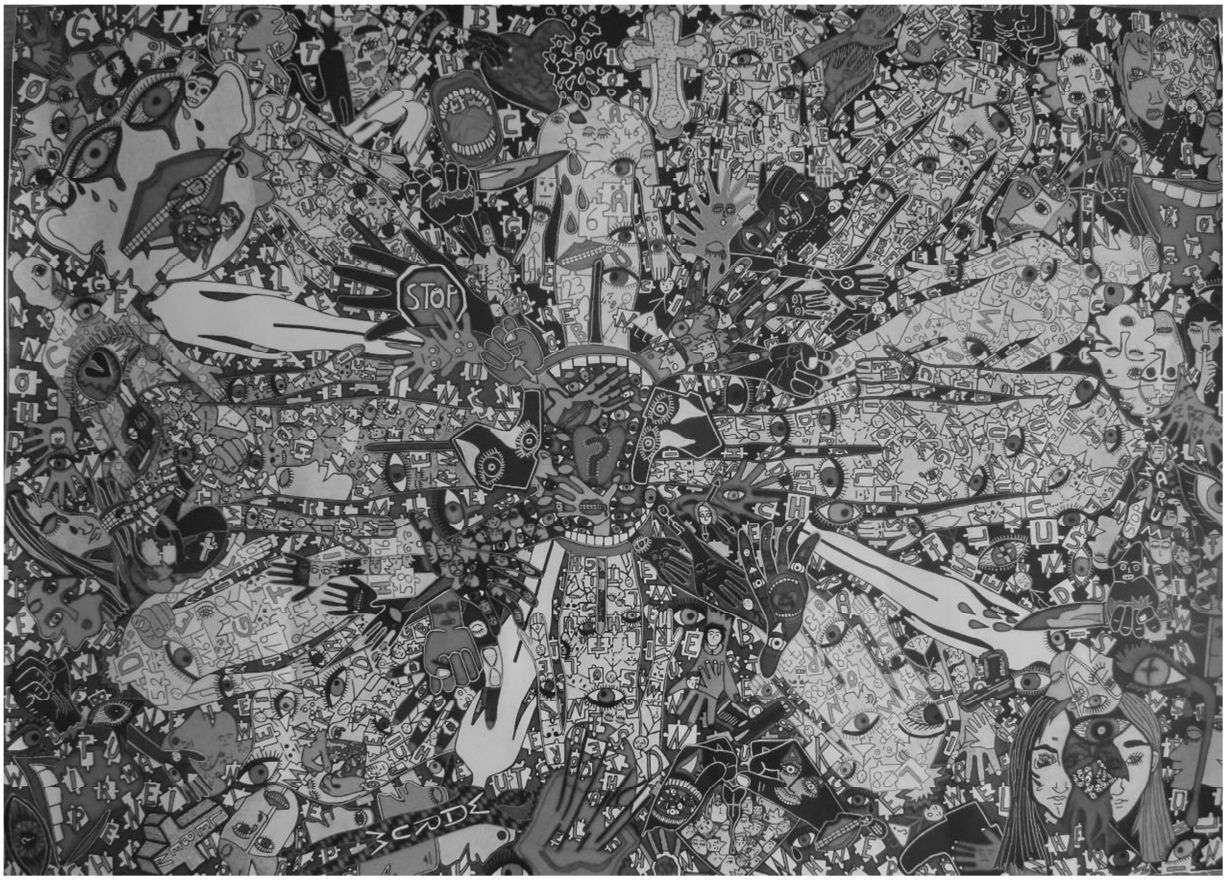
Bei der Referentin war sie zweimal in einer stationären traumaspezifischen Behandlung, in der sie sehr motiviert mitarbeitete. Dabei zeigte sich, dass sie von einer traumaspezifischen Stabilisierung nach der psychodynamisch – imaginativen Traumatherapie nach Reddemann nur wenig profitieren konnte: Imaginationsübungen waren möglich, Schaffung eines Inneren sicheren Ortes, Inneres Helferteam, Tresorübung dagegen schwierig. Aufgrund des nicht ausreichend funktionsfähigen ANP war es auch für sie nicht möglich, zu den emotionalen Persönlichkeitsanteilen einen stabilen, wertschätzenden Kontakt aufzubauen, sie zu trösten oder sie zu versorgen. Dies gelang auch mit therapeutischer Unterstützung nicht. Das bedeutet, dass eine Synthese und eine Integration der emotionalen Persönlichkeitsanteile in das Gesamtsystems nicht wahrscheinlich erscheinen.

Ressourcen

Sie zeichnet sich aus durch ihre Fähigkeit, liebevolle und intensive soziale/therapeutische Beziehungen zu halten. Seit Jahren wird sie durch eine ambulante Traumatherapeutin begleitet, zu der sie eine sehr enge Beziehung pflegt. Auch zu ihrem Betreuer im Wohnheim hat sie eine jahrelange gute Beziehung, so wie zu einer mittlerweile mütterlichen Freundin in einer „Mutterfunktion“, die in einer früheren Rehabilitationseinrichtung ihre Therapeutin war, und zur Referentin.

Ihr wichtigstes Ausdruckmittel ist die Malerei. In der Regel malt ein Anteil aus einer Gruppe von emotionalen Persönlichkeitsanteilen sehr detailreiche, sehr intensive, oft erschütternde Bilder, meistens in starken roten, schwarzen und weißen Farben. Sie möchte damit ihre Geschichte, ihr inneres Erleben, ihre Gefühle und ihre inneren Qualen verdeutlichen und sichtbar machen. Kennzeichen sind Körper bzw. Silhouetten, die gefüllt sind mit Augen (die sie angestarrt haben), viele Gesichter mit zugenähten Mündern (weil sie nichts sagen durfte), aufgerissene Münder, die schreien, zahlreiche rote und schwarze Hände (die sie angefasst haben oder auf sie gezeigt haben), weinende Augen,

ein zerbrochenes Herz, ein Messer mit tropfendem Blut , ein Stoppschild, Kreuze und häufig das Wort „Warum“. Es gibt sehr viele Buchstaben, die zusammengesetzt ein Bericht bzw. Gedicht über das innere Erleben ergeben.



Literatur:

Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H & Stern, M. (1989) The collapse of a structure. A structural approach to trauma. Journal of Traumatic Stress, 2, 431-450.

Breslau, N.; Chen, Q & O Luo, Z. (2013). The role of intelligence in posttraumatic stress disorder: Does it very by trauma severity? PLoS ONE, (6)

Buss, D. M., (2004) Evolutionary Psychology: The new science oft he mind (2nd ed.) Boston: Allyn & Bacon

Frijda, N. (1986). The emotion. Cambridge UK: Cambridge University Press

Gaedt, C. (1995). Gesundheitsdienste für Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Bundesverband evangelischer Behinderteneinrichtungen.

Hennicke, K. (2015). Zur Einführung: Stress und Trauma. In K. Hennicke (Hrsg.), Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung: Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln (S. 4-12). Berlin: Eigenverlag der DGSGB.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Waters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatrie, 62, 617-627.

Lingg, A. & Theunissen, G. (2017). Psychiatrische Störungen und geistige Behinderung: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis (S. 24, S. 52) 6. Überarbeitete und aktualisierte Auflage). Freiburg im Breisgau, Lambertus.

Marchetti, A.G. & McCartney, J.R. (1990). Abuse of persons with mental retardation: Characteristics of the abused, the abusers and the informers. Mental Retardation, 6,367-371.

Martorell, A., Tsakinakos, E. Pereda, A. Gutierrez-Recacha, P. Bouras, N. & Ayuso Matteos, J.L. (2009). Mental health in adults with mild to moderate intellectual disabilities: The role of

recent life events and traummatic experiences across the life spam. Journal of Nervous and Mental Disease.

Moran, J.P. (2001). Sexual abuse of the mentally retarded patient: Medical and legal anlysis for the primary care physician. Primary Care Companion on the Journal of clinical Psychatriy, 3(3), 126-135.

Nijenhuis, E.R.S. van der Hart, O & Steele,K. (2004). The emerging psychobiology of traumarelated dissociation and dissociative disorders. In H. D´Haenen, J. A.. den Boer &P.Willner (Hg.), Biological Psychiatry (S. 1079-1098), London: Wiley

Nijenhuis, E.R.S. van der Hart, O & Steele,K. (2004). Traumarelated structural dissociation of the personality,: Traumatic origines, phobic maintenance. Available at http://www.trauma-pages.com.

Nijenhuis, E.R.S. van der Hart, O & Steele,K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18, 413-424.*

Nijenhuis, E.R.S. van der Hart, O & Steele,K**.** & Brown. D. (2004). Trauma-related-dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Austrlian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38, 906-914*

Panksepp, J. (1998) Affective neurscience: The foundations of human and animal emotions. New York: Oxford University Press

Panksepp, J. (2003). At the interface oft he affective, behavioral and cognitive neuroscience: Decoding the emotional feelings oft he brain. Brain and Cognition, 52, 4-14

Reddemann, L. (2019). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. & Brown, D. (2004) Trauma-related dissociation. Conceptual clarity lost and found. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,906-914.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2005) Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. Journal of Traumazic stress, 18, 413-424.

Van der Hart, O., Bolt, H. & Van der Kolk, B.A. (2005). Memory fragmentation in patients dissociative identity disorder*. Journal of Trauma & Dissociation, 6(1), 55-70*

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2008): Das verfolgte Selbst – Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Jungfermann Verlag Paderborn

Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score. Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Havard review of Psychiatry, 1, 253-265.

Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12, 293-317.

Van Derbur, M. (2004). *Miss America by day: Lessons learned from ultimate betrayals and unconditional love.* Denver, CO: Oak Hill Ridge Press.

Traumapädagogik bei Dissoziation

Ein Beitrag aus der Praxis

Jacqueline Pieper

Einleitende Worte

Die praktischen Erfahrungen, die ich im Rahmen meiner Tätigkeit im Bereich des Betreuten Einzelwohnens bei der heilpädagogischen Ambulanz gGmbH, in der Arbeit mit Menschen mit Unterstützungsbedarf und einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (HERMAN, 2014, 169f) gemacht habe, bilden die Grundlage für den folgenden Beitrag. Die KlientInnen haben oft im Kindes- und Jugendalter über einen längeren Zeitraum wiederholt Traumatisierungen in für sie bedeutsamen Beziehungen erlebt. Langzeitfolgen sind u.a. Schwierigkeiten in der Affekt- und Impulsregulation, eine gestörte Selbstwahrnehmung, Bewusstseinsveränderungen und Beziehungsprobleme (ebd.). Nachdem bereits ausführlich über die Entstehung der strukturellen Dissoziation und psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten - die Arbeit mit inneren Anteilen - referiert wurde, werde ich an dieser Stelle nicht weiter darauf eingehen. Traumatherapie und Traumapädagogik haben die Phase der Stabilisierung gemeinsam. Stabilität nach HANTKE & GÖRGES (2012) meint Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Aufmerksamkeitslenkung, dem Körperbezug, Beziehungen und dem Selbstbild zu erlangen. Traumapädagogik bietet Handwerkszeug für Berufsgruppen, die nicht therapeutisch mit Klienten arbeiten, um diese zur Selbsthilfe anleiten oder bei der Spannungsregulation unterstützen zu können. Im Folgenden werde ich meine Arbeitsweise anhand eines skizzierten Falles und anderen Praxisbezügen darstellen.

Die Rahmenbedingungen

Nach LUXEN (2012) ist die Basis der Traumapädagogik die Schaffung eines sicheren Ortes, an dem grenzverletzende Erfahrungen und Aspekte des Hilflosigkeitserlebens sich nicht wiederholen. Dafür ist es notwendig, diesen Raum strukturiert und überschaubar zu gestalten. Die einmal wöchentlich stattfindenden Termine finden in einem Raum statt, der von außen markiert ist und während der Arbeit mit den KlientInnen nicht durch Dritte betreten werden darf. Der Überblick über die Zeit ist durch die Verwendung eines Time-Timers gewährleistet. Die Klientinnen erhalten in den ersten Terminen Informationen zu den Rahmenbedingungen.

Während der Kontakte werden den KlientInnen Handlungs- und Entscheidungsspielräume eröffnet und somit Kontrolle über das Geschehen

gegeben (HANTKE & GÖRGES 2012). Sie können und dürfen zu Übungen Nein sagen. Die Frauen und Männer waren Objekte der Bedürfnisse anderer und sollen sich als Subjekt mit einer Stimme und einer Meinung erleben können (VOGEL & WEIß 2018). Die Grenzen im Kontakt werden geachtet.

Es gibt aber auch unverrückbare Regeln. Wenn KlientInnen suizidal sind und eine Selbstgefährdung vorliegt, müssen entsprechende Schritte eingeleitet werden, worüber sie zu Beginn der Maßnahme informiert wurden. Die genannten Rahmenbedingungen und eine Haltung, die verlässlich, berechenbar und achtsam ist, sollen den Aufbau einer Beziehung zu den KlientInnen unterstützen.

Die Frauen und Männer haben oft in jungen Jahren in für sie bedeutsamen Beziehungen interpersonelle Traumata erlebt. Auf der Grundlage dieser oftmals instabilen und destruktiven Bindungserfahrungen entwickelten sie ihr Beziehungsmodell (BOON et al., 2013). Die Beziehungen zu anderen Menschen sind häufig gestört. Es fällt ihnen z. B. schwer anderen Menschen zu vertrauen. Bei einigen KlientInnen dauerte der Beziehungsaufbau bis zu einem Jahr. Beziehungen und Begegnungen mit Menschen können Trigger darstellen. So wurde z.B. eine Klientin durch einen Betreuer getriggert. Mithilfe der Arbeit an Unterschieden und Achtsamkeitsübungen konnte eine deutliche Verbesserung in der Interaktion zwischen der Klientin und ihrem Betreuer erarbeitet werden. Aufgrund der herausfordernden Beziehungsgestaltung sind nach BOON et al. (ebd.) sichere, berechenbare Beziehungen unverzichtbar für die Arbeit mit den KlientInnen. Traumatisierte Menschen sind auf stabile und fürsorgliche interpersonale Beziehungen angewiesen. LUXEN (2012) formulierte, dass die Beziehung den Nährboden für die Arbeit mit den KlientInnen darstellt.

Die Klientin

Die Klientin (35) hatte in der frühen Kindheit ein Schädel- Hirn- Trauma erlitten und musste sich anschließend mehreren Operationen unterziehen. Sie erlebte in der Kindheit über einen längeren Zeitraum sexuelle Übergriffe durch den Partner der Mutter mit deren Wissen. Während stationärer Aufenthalte wurden folgende Diagnosen erhoben: psychogene nicht epileptische Anfälle, symptomatische Frontallappenepilepsie mit Pseudoabsencen und eine leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert. Die Klientin war in neurologischer Behandlung und wurde medikamentös mit Carbamazepin antikonvulsiv behandelt. Sie formulierte als Ziel, auf Festen nicht mehr umfallen zu wollen. Nachdem im ersten dreiviertel Jahr vermehrt dissoziative Anfälle während der Kontakte aufgrund von Stresserleben und belastenden Ereignissen zu beobachten waren, gelang es der Klientin zunehmend, sich besser im Hier und Jetzt zu reorientieren und auf Festen präsent zu bleiben.

Klinische Erfahrungen zeigen, dass Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung von einem modifizierten traumapädagogischen Angebot profitieren können (ZEPPERITZ 2019). Voraussetzung dafür ist, dass KlientInnen kausale Zusammenhänge verstehen und Gedanken und Gefühle im anderen und der eigenen Person voraussetzen bzw. erkennen (ebd.). Die traumapädagogische Unterstützung soll ihnen Techniken zum Umgang mit eigener Übererregung vermitteln, gleichwohl sind KlientInnen oftmals auf Coregulierung durch die BetreuerInnen angewiesen. Aufgrund dessen wird versucht, die BetreuerInnen oder sonstige Bezugspersonen in die Arbeit mit den KlientInnen einzubinden.

Der Kennenlerntermin

Der erste Termin wurde durch die Betreuerin der Klientin begleitet, um dieser Halt zu geben, Ängste oder Stresserleben zu verringern. Die Klientin konnte über die Anzahl der begleiteten Termine entscheiden. Es wurden Grenzen abgesprochen z. B. wie kann sie Stopp sagen oder den Wunsch nach einer Pause verdeutlichen. Die Sitzordnung bzw. der Abstand zwischen uns wurde ebenfalls thematisiert.

Während des ersten Termins wurde zu dritt als Achtsamkeitsübung die „5,4,3,2,1“- Übung in vereinfachter Modifikation als „3,3,3“ Übung durchgeführt. Durch das bewusste Sehen, Hören und Spüren dreier Dinge soll eine Fokussierung auf die Gegenwart und eine Distanzierung zur Vergangenheit hergestellt werden. Diese Übung wurde mehrfach wiederholt und Möglichkeiten der eigenständigen Anwendung besprochen. Es wurde eine Skala von eins bis zehn eingeführt, um überprüfen zu können, ob die Klientin noch im „grünen Bereich“, dem sog. Ressourcenbereich ist. Den Wert vier wollte die Klientin in der Stunde nicht unterschreiten. Sie formulierte, dass sie die vier für sich erkennen würde.

Bei Klientinnen mit höherem Unterstützungsbedarf liegen alternativ zur Skalierung jeweils eine grüne, gelbe und rote Karte auf dem Tisch, um sie in der Wahrnehmung eigener Anspannungszustände zu unterstützen und ihnen die Möglichkeit zu geben ggf. eine Pause einleiten zu können.

Als die Klientin ihr Ziel formulierte und über ihr Erleben während des letzten Festes sprach, skalierte sie vier und meinte, ihr werde komisch und sie brauche eine Pause. Es erfolgte die Aufforderung mehrmals tief durchzuatmen, aufzustehen und rauszugehen (Atmen, Bewegen, Ablenken). Während des Laufens draußen wurde das Spiel „Ich sehe etwas, was Sie nicht sehen“ gespielt. Dabei knetete sie einen Igelball. Die Betreuerin konnte diese Interventionen beobachten. Nach der Reorientierung im Hier und Jetzt wurde die Klientin gefragt, woran sie die vier erkannt habe. Sie formulierte, dass sie Wärme und ein Kribbeln im Körper gespürt hat. Auf Nachfrage konnte sie benennen, dass

das Atmen, Laufen und das Spiel hilfreich für sie gewesen seien. Das Sprechen über die Anfälle lehnte sie erst einmal ab.

Grundsätzlich werden die KlientInnen achtsam beobachtet, um bei evtl. Hinweisen auf Traumaerleben, z. B. stockender Atmung oder abwesendem Blick, Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

Die KlientInnen werden als Experten für sich selbst betrachtet. Im Verlauf der Arbeit wurde mit der Klientin zusammengetragen, was bisher für sie hilfreich gewesen sei, um ihre Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt zu richten.

Es erfolgte ein Sammeln der bisherigen Strategien. Die Klientin benannte Trinken von Softdrinks, Anschauen von Handyfotos, Mitsingen während des Musikhörens und Stricken. Ihre Strategien und Stärke im Umgang mit dem Erlebten und deren Folgen wurden anerkannt und gewürdigt.

Die Psychoedukation

Wenn sichergestellt ist, dass die KlientInnen im Hier und Jetzt orientiert sind, sich im „grünen Bereich“ befinden, um zuhören zu können, erfolgt die Psychoedukation als Normalisierungsintervention (HANDKE & GÖRGES 2012). Sie können mit Hilfe des Modells vom Denker und Häschen (Reaktion von Angst, Kämpfen, Flüchten, Erstarren, Ohnmacht) und der Notfallreaktion, ihr Verhalten verstehen und einordnen lernen. In der Regel kann einige Zeit bis zur Psychoedukation vergehen, um zu gewährleisten, dass die KlientInnen aufnahmefähig sind. Das bildliche Modell vom Häschen und Denker inklusive der Spannungskurve und Zeitlinie wird mehrfach wiederholend erklärt bzw. darauf im Verlauf der Arbeit Bezug genommen. Die Spannungskurve wird zudem anschaulich mit dem Luftballonmodell und den fünf Spannungsstufen verdeutlicht (ELSTNER et al., 2012). Der Begriff der Anspannung war den KlientInnen oft unverständlich. Um Anspannung spüren zu können, wird einladend ein roter Hartgummireifen genutzt, so dass durch gegensätzliches Ziehen sich Anspannung aufbauen kann. Anschließend erfolgt durch das Lockerlassen die Entspannung. Eine andere Möglichkeit ist, ähnlich wie bei der Progressiven Muskelrelaxation über einen kurzen Zeitraum die Hände zu Fäuste zu ballen und diese anschließend zu öffnen, um Anspannung und Entspannung mit der Zeit wahrnehmen zu können. Fast alle Übungen werden vor- oder gemeinsam durchgeführt.

Bei KlientInnen mit höherem Unterstützungsbedarf werden statt des Modells vom Häschen und Denker die Karten grün, gelb und rot verwendet. Diese liegen während der gesamten Zeit auf dem Tisch. Zur Wahrnehmungsschulung erfolgen innerhalb der Stunde wiederholte Abfragen der Anspannung und Wahrnehmungsübungen (z. B. Spüren von unterschiedlich beschaffenen Gegenständen, Abklopfen des Körpers). In diesem Fall werden

Alltagssituationen nachbesprochen, Körpererleben den Karten zugeordnet und Strategien im Umgang mit der Anspannung versucht zu erarbeiten.

Die Psychoedukation erfolgte sowohl für die Klientin als auch die Betreuerin. Zu einem späteren Zeitpunkt brachte die Klientin von ihrem behandelnden Neurologen eine Patientenbroschüre „Dissoziative Anfälle. Eine Information für Patienten und Angehörige“ mit. Diese wollte sie für sich verständlich durchsprechen. Dies erfolgte in 10-15 minütigen Einheiten über mehrere Sitzungen. Eine Kopie davon erhielt ihre Betreuerin.

Die Klientin konnte für sich als auslösenden Moment für einen dissoziativen Anfall beim letzten Fest einen Schatten im Rücken benennen, der sie an einen Übergriff während eines Krankenhausaufenthaltes erinnerte. Sie entschied sich, zukünftig auf Festen mit dem Rücken zur Wand neben der Tür sitzen zu wollen, so dass sie das Geschehen überblicken und bei Bedarf schnell das Fest verlassen könnte. Die kommenden Feste bewältigte sie ohne dissoziativen Anfall.

Belastungssituationen und damit verbundener Stress können Auslöser für dissoziative Anfälle darstellen. Die Klientin konnte ihre Belastungen durch Konflikte in der Partnerschaft benennen und mit Hilfe von Rollenspielen eigene Wünsche und Bedürfnisse formulieren sowie das Ziehen von Grenzen als Möglichkeit zur Stressreduktion einsetzen.

Die Selbstregulation durch Skills

Mit der Zeit konnte die Klientin den fünf Spannungsstufen körperliches Erleben zuordnen. Diese wurden mit Hilfe eines Strichmännchens visualisiert. Der zweiten Stufe (Anstieg der Anspannung) ordnete sie Wärme, Kribbeln, Nervosität und Unruhe zu. Mit der dritten Stufe verband sie Herzrasen und einen Kloß im Hals. Die Stufe vier stand für ein innerliches Zittern kurz vor dem Kontrollverlust (ELSTNER et al., 2012)

Skills können Anspannungszuständen entgegenwirken. Die KlientInnen können durch das Einsetzen der Skills lernen, Affekte zu regulieren und sich selbstwirksam zu erleben (HANTKE & GÖRGES 2012). Wie bereits beschrieben, erfolgt während der Stunde eine wiederholte Abfrage der Anspannung entweder anhand der Spannungsstufen oder der Karten (grün, gelb, rot). Die meisten KlientInnen legen sich auf ein bis zwei Skills fest, wenn sie diese regelmäßig nutzen und einüben. Bevorzugte Skills sind der Igelball, das Gummiband an der Hand, Musikhören und scharfe Bonbons.

Die Klientin nutzte als Strategie zur Selbstberuhigung neben dem Trinken von Softdrinks, das Atmen mit der Hand auf der Brust oder Bauch sowie den Igelball, welchen sie in ihrem Rucksack verwahrte.

Die Erfahrung zeigt, dass die meisten KlientInnen früher oder später ihre Skills zu Hause liegen lassen. Umso hilfreicher ist es, wenn die BetreuerIn diese bei

Bedarf zur Hand hat, um bei der Regulation der Spannung unterstützen zu können. Ab der Stufe drei, die verbunden mit einer kognitiven Einengung ist, sind die Fähigkeiten, die einem Menschen zur Verfügung stehen, begrenzter (ELSTNER et al., 2012). Bei Übererregung stehen, wie bereits angeführt, die selbstregulatorischen Fähigkeiten nicht oder nur noch sehr begrenzt zur Verfügung und die Co-Regulation durch die BetreuerIn nimmt an Bedeutung zu. Mithilfe der Skills sollen Affekte und Anspannung reguliert werden bzw. die Spannungskurve im „grünen Bereich", dem sog. Ressourcenbereich bleiben. Auch positive Aktivitäten können die Stresstoleranz erhöhen bzw. den „grünen Bereich" wieder ausdehnen. Das Thema Selbstfürsorge wird anschaulich mit der Metapher eines Handys erklärt. Wenn dieses nicht regelmäßig aufgeladen wird, kann es nicht funktionieren.

Im Kontakt mit der Klientin wurde eine Liste mit positiven Aktivitäten erstellt, die lange zu Hause an ihrer Pinnwand hing und die sie regelmäßig nutzte. Zusammen wurde überlegt, welche Aktivitäten ihr mit der Betreuerin Spaß machen würden (Besuch eines Blumengartens, Tischtennis spielen) und die Äußerung der Wünsche in einem Rollenspiel ausprobiert. Es gab auch einen Notfallplan mit Aktivitäten (Atmen, Laufen, „3,3,3"- Übung, Igelball, Handyfotos, Musik hören).

Eine Stärke der Klientin war ihr Humor. In den Stunden wurde trotz der herausfordernden Themen viel gelacht. Spaß und Freude kann Belastung tragen.

Der dissoziative Anfall/ Zustand und Maßnahmen

Im Verlauf der Zusammenarbeit hatte die Klientin im ersten halben Jahr drei dissoziative Anfälle. Als die gerufene Notärztin entschied, dass es sich um einen psychogenen, nichtepileptischen Anfall handele und sie nicht in die Klinik einwies, reagierte die Klientin im Anschluss verärgert. Bisher wurde immer ein Notarzt gerufen und sie in die Klinik eingewiesen. Darauf aufbauend konnten Absprachen für den Umgang während und nach einem dissoziativen Anfall besprochen werden. Die Klientin wünschte sich von den Betreuerinnen, am Arm gestreichelt zu werden und mit ihr beruhigend zu sprechen. Sie benannte, dass sie das gesamte Geschehen während eines dissoziativen Anfalls wahrnehme. Während des Anfalls wurde verbalisiert, wo sie ist, wer bei ihr ist und was gerade geschieht. Die Klientin hatte während der dissoziativen Anfälle die Augen geschlossen und reagierte manchmal mit Wegdrehen, zu mir hin drehen, mit zustimmenden oder ablehnenden Geräuschen und gegen Ende des Anfalls mit Weinen. Nach dem Anfall zeigte sie sich verwirrt, belastet und äußerte Suizidgedanken bzw. beschrieb suizidimperative Stimmen. Es folgten in der Regel Entlastungsgespräche, eine Suizidabklärung und eine sichere Überleitung und Strukturierung des folgenden Alltages oft mit anschließender

Unterstützung der Betreuerin. Im Anschluss erfolgte eine Wertschätzung, dass die Klientin es geschafft habe, ins Hier und Jetzt zurückzukommen.

Eine andere Klientin geriet nach einem Fest in der Heilpädagogischen Ambulanz in einen dissoziativen Zustand. Sie hatte sich in die Toilette eingeschlossen, sprach dort mit einer tieferen Stimme und in unverständlicher Sprache. Vor der Tür stehend, wurden der Ort, die Zeit und mein Name benannt. Die erwachsene Klientin wurde wiederholt angesprochen und gebeten die Tür zu öffnen. Als sie die Tür öffnete, sprang sie in hoher Anspannung und mit gestelzten Beinen über den Flur in die Küche. Dort sprang sie hin und her und sprach weiter in einer nicht verständlichen Sprache. Es erfolgte wiederholt eine Reorientierung im Hier und Jetzt. Auch wurde darauf verwiesen, dass sie nicht zu verstehen sei und der Wunsch bestehe mit der erwachsenen Klientin zu sprechen. Nach 30 - 40 Minuten übernahm der Denker wieder die Kontrolle. Die Klientin weinte, äußerte ihre Belastungssituation und Suizidgedanken. Im Gespräch, aufgrund der sich aufdrängenden Suizidgedanken, formulierte sie wiederholt den Wunsch, in die Klinik aufgenommen zu werden. Es wurde mit der bekannten Station des Krankenhauses Kontakt aufgenommen und eine Klinikaufnahme in Begleitung der Betreuerin unterstützt.

Entsprechend der Ausführungen der Patientenbroschüre und nach ZEPPERITZ (2019) ist Folgendes wesentlich für den Umgang mit KlientInnen in dissoziativen Anfällen: der Schutz vor Verletzungen, beruhigendes Sprechen und Begleiten des dissoziativen Anfalls i.d.R. von einer Bezugsperson.

Die Ausdehnung des „grünen Bereichs“ mit Hilfe von imaginativen und anschaulichen Übungen

In der Arbeit mit den KlientInnen ist ein erstes wichtiges Ziel, sich in der äußeren Umwelt sicher fühlen zu können. Ein weiteres maßgebliches Ziel ist, ein Gefühl der inneren Sicherheit aufzubauen. Für die KlientInnen und deren Persönlichkeitsanteile, die weiterhin in der Traumazeit festgehalten werden, kann die visuelle Vorstellung eines sicheren Wohlfühlortes (HANTKE & GÖRGES 2012), wo die Klientinnen und ihre Selbstanteile Geborgenheit und Zuflucht finden können, eine Möglichkeit darstellen, ein Gefühl von innerer Sicherheit zu entwickeln (BOON etz al., 2013).

Für die Übungen ist es erforderlich, dass der Denker und das Häschen gut zusammenarbeiten und sich dementsprechend im grünen bzw. dem Ressourcenbereich befinden. Demzufolge ist es während einer krisenhaften Situation nicht einfach diese Übungen durchzuführen. Die Schaffung eines Zwischenlagers in Form eines Tresors für belastendes Material macht es oft erst möglich, dass Häschen und Denker gut miteinander arbeiten können (HANTKE & GÖRGES 2012). Gleichzeitig stellen diese Imaginationsübungen

(Tresor, Wohlfühlort und Krafttier) Möglichkeiten zur Erweiterung des Ressourcenbereichs dar. Diese Übungen wurden regelmäßig zum Ende der Stunde, um belastendes Material wegzupacken und handlungsfähig im anschließenden Alltag zu sein, durchgeführt. Die Klientin konnte gut von diesen Übungen profitieren, erlebte sie als hilfreich und wendete diese regelmäßig zur Entlastung, Affekt-/ Spannungsregulation und Selbstfürsorge an.

Die Übung Wohlfühlort ist eher als „Sicherer Ort“ bekannt. Da Sicherheit ein herausfordernder Begriff ist, haben HANTKE & GÖRGES (2012) diese Übung als Wohlfühlort verbunden mit Schutz abgewandelt.

Das Krafttier, als innerer Helfer, wurde von einer Klientin in Form eines realen Stofftiers während eines Frauenarzttermins erfolgreich genutzt. Eine andere Klientin nutzte einen Tiger als Schlüsselanhänger, der ihr Mut und Stärke geben sollte. Ziel der Übungen ist es, Anspannung zu reduzieren, Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit zu erleben.

Distanzierung anschaulich

Eine Klientin forderte, dass sie es anschaulich braucht. Wohlfühlorte wurden mit Klientinnen gemalt oder Bilder ausgesucht. Tresore wurden gebastelt, aber in der Praxis eher selten genutzt.

Das Framing und das Zerkritzeln/ Zerreißen von belastendem Material erlebten KlientInnen als unterstützend und entlastend (ECKERS 2008). Beim Framing erfolgt eine Fokussierung auf den Rahmen und die Begrenzung eines inneren Bildes. Eine Distanzierung ist beim Framing ohne Abstraktionsvermögen mit Hilfe dieser Wahrnehmungsübung möglich. Beim Zerkritzeln von gemaltem oder aufgeschriebenem belastendem Material und dem anschließenden Zerreißen des Papiers durch eine konkrete Handlung im Hier und Jetzt kann ebenfalls eine Distanzierung von belastenden Erinnerungen erreicht werden (ebd.). Die Papierreste kommen in meinen Karton in der Einrichtung und bleiben dementsprechend in meinem Tresor.

Schlafstörungen

Fast alle KlientInnen leiden unter Schlafstörungen. Es wird in der Arbeit zwischen Wiedererleben, Albträumen und Persönlichkeitsanteilen, die sich nachts bemerkbar machen, unterschieden (BOON et al., 2012). Wenn man nicht ausreichend schläft, kann dies zu weniger Energie für die Alltagsbewältigung, zu einer geringeren Stresstoleranz und einer eingeschränkten Denkfähigkeit führen.

Mit Hilfe eines Nachtlichts ist nach dem Aufwachen bei Dunkelheit eine schnellere Orientierung im Hier und Jetzt möglich. Manche Persönlichkeitsanteile sind deutlich jünger und benötigen ein Kuscheltier oder

eine gute Geschichte (Hörbuch) zum Einschlafen. Oft ist es hilfreich Rituale zu erarbeiten, die helfen, sich innerlich auf den Schlaf vorzubereiten (LUXEN, 2012).

Eine Klientin symbolisierte innere Anteile über Therapiepuppen. Die Puppe Rainer hatte im Dunkeln Angst und wurde von ihr tröstend und beruhigend versorgt. Neben sich im Bett stand der Aufpasser und Beschützer Rex (Stoffhund). Zusätzlich lag im Bett eine weitere Puppe zum Kuscheln. Zusammen wurde ein Traumfresser (BAER 2014, S. 176) gebastelt, mit dem sie abends Gespräche vor dem Schlafen führte. In diesen erinnerte sie den Traumfresser, auf ihre Träume aufzupassen und die schlechten aufzufressen. Die Klientin berichtete von einer verbesserten Schlafsituation, nachdem sie den Traumfresser in das Regal gegenüber dem Bett gestellt habe.

Psychoedukation für die Betreuer

Abschließend möchte ich auf die Betreuer und ihre wichtige Funktion als Co-Regulierer im Alltag hinweisen. Die Anspannungs- und Gefühlsregulation stellt bereits für Menschen ohne Unterstützungsbedarf eine Herausforderung dar. Bei einer hohen Anspannung kann man schnell den Bereich, in dem Selbstregulation noch möglich ist, verlassen und ist umso mehr auf die Regulation durch Beziehung, in dem Fall die Betreuer, angewiesen. Um adäquat handeln zu können, ist es zwingend notwendig Informationen zur Psychoedukation und zu Skills sowie fundierte Kenntnisse der Traumapädagogik zu vermitteln. Dementsprechend sollte versucht werden, die Betreuer in die Arbeit mit den KlientInnen einzubinden.

ELBING (2014, S. 270) weist darauf hin, dass im Alltag des Öfteren das *„Herstellen von Schutz für alle Beteiligten bereits schon das ist, was unter den gegebenen Bedingungen leistbar ist.“* Eine Begleitung von Menschen mit Unterstützungsbedarf mit traumabedingten veränderten Verhaltensweisen stellt nach ELBING (2014) eine fachliche und menschliche Herausforderung für die professionell Tätigen dar. Demzufolge ist Selbstfürsorge für die Betreuer ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit Menschen, die extremen Stresssituationen in der Vergangenheit ausgesetzt waren. Sich selbst im „grünen Bereich“ - Ressourcenbereich - zu verankern, kann vor der Übernahme der hohen oder niedrigen Anspannung der KlientInnen schützen und helfen handlungsfähig zu bleiben (HANTKE & GÖRGES 2012).

Manchmal sind Helfersysteme nicht hilfreich, weil sich in ihnen dysfunktionale Dynamiken aus den Herkunftssystemen widerspiegeln. Um diese Dynamiken auflösen zu können, ist es günstig das Handeln transparent zu machen und gemeinsam zu überlegen, welche weiteren Vorgehensweisen sinnvoll erscheinen (HANTKE & GÖRGES 2012). An dieser Stelle hat sich die Hilfe „aus einer Hand“ am effektivsten erwiesen, da eine Beratung und Austausch über

Dynamiken wie Täter- Opfer- Retter und Spaltung zeitnah und regelmäßig möglich sind.

Ohne den Mut der Klientin, sich mit den Folgen der hoch belastenden Lebenserfahrungen auseinandersetzen zu wollen und der sehr guten Zusammenarbeit mit den Betreuerinnen wäre die geschilderte Arbeit nicht möglich gewesen.

Zusammenfassung

Menschen mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung können von einem modifizierten traumapädagogischen Angebot profitieren. Als Normalisierungsintervention erscheint Psychoedukation mit Hilfe einfacher Sprache und anschaulichen Bildern und Übungen hilfreich. Übungen zur Distanzierung sollten neben Imaginationen auch anschaulich angeboten werden. Bei der Unterstützung der Anspannungsregulation hat sich eine Begrenzung auf wenige Skills bewährt. Da bei Übererregung schnell der selbstregulatorische Bereich verlassen wird, ist oftmals eine externe Unterstützung erforderlich. Voraussetzung dafür ist die Psychoedukation der BetreuerInnen, der Versuch der Einbindung dieser und des Austausches während der Arbeit mit den KlientInnen.

Literatur

Baer, U. (2014): Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder … Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle. Neukirchen- Vluyn: Semnos Verlag.

Boon, S.; Steele, K. & van der Hart, O. (2013): Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Paderborn: Junfermann.

Eckers, D. (2008): Ressourcenaktivierung und EMDR bei Kindern und Jugendlichen. In: Rost, C. (Hrsg.): Ressourcenarbeit mit EMDR. Vom Überleben zum Leben. Bewährte Techniken im Überblick. Paderborn. Junfermann.

Elbing, U. (2014): Nichts passiert aus heiterem Himmel … es sei denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse und herausforderndes Verhalten. Dortmund: verlag modernes lernen.

Elstner, S.; Schade, C.; Diefenbacher, A. (Hrsg.): DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit: an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel Verlag.

Handke, L.; Görges, H.-J. (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann.

Herman, J. L. (2014): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann. 4. Aufl.

Luxen, U. (2012): „… damit Wunden heilen können“- Traumapädagogische Fallvignette und entwicklungsfreundliche Beziehung. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 114-133.

Vogel, K.; Weiß, W. (2018): Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Ein Weg die Selbstbestimmung zurückzugewinnen. In: Weiß, W.; Sauerer, A. (Hrsg.): „Hey, ich bin normal!“. Herausfordernde Lebensumstände im Jugendalter bewältigen. Perspektiven von Expertinnen und Profis. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Zepperitz, S. (2019): Behandlung dissoziativer Anfälle bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung – ein pädagogisch-therapeutischer Ansatz. In: Inklusive Medizin. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 16(1), 51-59.

AutorInnen

Anna-Lena Friedo
Fachärztin für Neurologie, Oberärztin Bereich Epileptologie für mehrfachbehinderte Menschen, Tabor-Klinik im Epilepsiezentrum Berlin/Brandenburg
KONTAKT: e-mail: a.friedo@keh-berlin.de
POST: Tabor-Klinik, Ladeburger Str. 15, 16321 Bernau bei Berlin

Kim Hinkelmann
PD Dr. med., Oberärztin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Berlin, CCBF
KONTAKT: e-mail: kim.hinkelmann@charite.de
POST: Charité Universitaetsmedizin Berlin, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

Knut Hofmann
Dr.med., Facharzt für Psychiatrie, forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Stellvertr. Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventionsmedizin des LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Vorsitzender der DGSGB,
KONTAKT: e-mail: knut.hoffmann@wkp-lwl.org
POST: LWL-Universitätsklinikums Bochum der Ruhr-Universität Bochum, Alexandrinenstr. 1-3 44791 Bochum

Wolfang Köller
Dr. med., Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärztliche Praxis in Berlin-Prenzlauer Berg, Mitglied im Vorstand der DGSGB.
KONTAKT: e-mail: koeller@praxiskoeller.de
Post: Praxis für Nervenheilkunde, Esmarchstr. 19, 10407 Berlin

Jacqueline Pieper
Diplom- Heilpädagogin (FH), Systemische Therapeutin/ Familientherapeutin (DGSF), Traumapädagogin (DeGPT), HP Psychotherapie
KONTAKT: e-mail: j.pieper@hpa.berlin
POST: Heilpädagogische Ambulanz Berlin gGmbH, Standort Friedrichshain, Marchlewskistr. 25c, 10243 Berlin

Wibke Voigt
Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotraumatologie, Chefärztin der Fachklinik Kamillushaus, Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH.
KONTAKT: e-mail: w.voigt@contilia.de
POST: Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH, Fachklinik Kamillushaus, Heidhauser Strasse 273, 45239 Essen

Impressum

Die *„Materialien der DGSGB“* sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Druckauflage ist eng begrenzt auf die Mitglieder der DGSGB. Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)

Geschäftsstelle
Frau Steffi Kirch
Dohnaer Platz 11, 01239 Dresden
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

1.Aufl. 01/21/200

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

dgsgb

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Dr. Knut Hoffmann, Bochum (Vorsitzender)
Dipl. Päd. Heiner Bartelt, Senden (Vorsitzender)
Priv. Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin (Stellv. Vors.)
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
Dr. Dipl. Psych. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd
Dr. Dipl. Psych. Anne Styp von Rekowski, Windisch (CH)
Dr. Wolfgang Köller, Berlin

Postanschrift

Geschäftsstelle der DGSGB
Frau Steffi Kirch
Dohnaer Platz 11, 01239 Dresden
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de

ISBN 978-3-938931-45-5