

Dissoziative Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Ein Überblick mit Praxishinweisen

S. Ahrens-Eipper¹, A. Walter²

Einführung

Innerhalb des gesunden Spektrums sind dissoziativ anmutende Phänomene bei Kindern verbreitet und kulturell akzeptiert. Die Trennung zwischen Realität und magischen Welten ist noch durchlässig: Im Keller können dunkle Gestalten hausen, ein imaginärer Freund kann helfen, nachts den Weg zur Toilette zu wagen, der Teddybär ist ein Beschützer. Kinder neigen stärker zur Dissoziation – besonders ausgeprägt im Alter von etwa 9 bis 12 Jahren [1]. Sie nehmen im Laufe der Jugendphase ab und werden durch angemessenere und kognitiv ausgereifere Bewältigungsstrategien abgelöst.

Im psychopathologischen Bereich stellen dissoziative Symptome für Heilbehandlerinnen und Heilbehandler eine Herausforderung dar – aufgrund der Seltenheit der Diagnosen, der mangelhaften Studienlage und insbesondere bezüglich Ätiologie, spezifischer Diagnostikinstrumente und therapeutischen Vorgehens. So kann es zu Fehldiagnosen (zum Beispiel Epilepsie, ADHS) kommen. Dissoziative Störungen bleiben häufig unerkannt [2].

Definition

Dissoziative Störungen bezeichnen Störungen oder Unterbrechungen der



Dissoziative Störungen bezeichnen Störungen der normalen Integration von Funktionen wie beispielsweise Bewusstsein, Gedächtnis und Identität.

normalen Integration von Funktionen wie Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotion, Wahrnehmung, Verhalten und dem Selbstgefühl. Es können prinzipiell alle Bereiche der psychischen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sein, unter anderem:

- erhebliche Lücken im Gedächtnis für alltägliche Ereignisse oder persönliche Informationen,
- das Erleben von Depersonalisation (Gefühl der Losgelöstheit von sich

selbst) oder Derealisation (Erleben der Umwelt als unwirklich),

- Identitätsstörungen mit Diskontinuität im Selbst- und Handlungsgefühl.

Ätiologie

Dissoziative Störungen gehen häufig mit traumatischen Erfahrungen beziehungsweise überwältigendem Stress einher. Sie führen zu starken Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder beruflichen Kontext [3]. Ihre Prävalenz wird in der erwachsenen Allge-

¹ Psychologische Psychotherapeutin, Vizepräsidentin Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)

² Stellvertretende Geschäftsführerin, Senior wissenschaftliche Referentin OPK

Tabelle: Gegenüberstellung der Kategorien und Neuerungen ICD 10 und ICD 11 [19]

Klinisches Bild	ICD-10 Code(s)	ICD-11 Code(s)	Wesentliche Änderungen / Neuerungen
Dissoziative Identitätsstörung (DIS)	F44.81	6B64	Ablösung der früheren Bezeichnung „multiple Persönlichkeitsstörung“. Detailliertere Diagnosekriterien, die Kontrollverlust und Identitätswechsel betonen.
Partielle dissoziative Identitätsstörung	(In ICD-10 nicht als eigene Diagnose enthalten)	6B65	Alternative Persönlichkeitszustände sind vorhanden, übernehmen aber selten bis nie die exklusive Kontrolle über das Verhalten.
Dissoziative Amnesie	F44.0, F44.1	6B61	Fokussiert sich in der ICD-11 auf die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, oft traumatischer Natur.
Dissoziative neurologische Symptomstörung (Konversionsstörung)	F44.4–F44.7	6B60	Betont die Symptome, die willkürliche Bewegungen oder Sinnesfunktionen betreffen, bei nachgewiesener Unvereinbarkeit mit neurologischen oder medizinischen Krankheitsfaktoren.
Depersonalisation-Derealisation	F48.1	6B66	Wurde in der ICD-11 von den „sonstigen neurotischen Störungen“ in die Kategorie der dissoziativen Störungen überführt.
Trance- und Besessenheitszustände	F44.3	6B63	In der ICD-11 präzisiert auf dissoziative Zustände, in denen das Gefühl der eigenen Identität verloren geht und kulturell oder spirituell bedingt ist.

meinbevölkerung mit 3,3 bis 3,5 Prozent angeben [4, 5]. In Bezug auf Kinder und Jugendliche sind aufgrund der unzureichenden Studienlage keine verlässlichen epidemiologischen Aussagen möglich. Es besteht jedoch ein vielfach belegter Zusammenhang zwischen dissoziativen Störungen im Erwachsenenalter und Missbrauchs-/Misshandlungserfahrungen in der Kindheit [6, 7, 4, 8].

Überblick über die Diagnosesysteme ICD 10 und ICD 11

Vorab sei angemerkt, dass beide Diagnosesysteme keine kinder-/jugendspezifischen Kategorien vorsehen. Im ICD 10 werden dissoziative Störungen unter F 44.x verortet und in Bewusstseins- und Konversionstypus unterteilt. Das ICD 11 bietet eine deutlich differenziertere und ausführlichere Darstellung der Kategorien und einige Neuerungen. Eine Gegenüberstellung findet sich in der Tabelle.

Diagnostische Instrumente für das Kindes- und Jugendalter

Es existieren nur wenige standardisierte diagnostische Instrumente für das Kindes- und Jugendalter:

- Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI) [9],
- Deutsche Bearbeitung der Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) [10],
- Child Dissociative Checklist – Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern [11] (Deutsche Bearbeitung der CDC),
- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV für Dissoziative Störungen (SKID-D) [12].

Bei der Diagnostik ist die Abklärung möglicher Differenzialdiagnosen zu beachten. Neben der standardisierten Überprüfung des Vorliegens psychischer Störungen [13, 14] sollten unbe-

dingt auch somatische Diagnosen abgeklärt werden, mittels EEG zur Abklärung von Krampf-Erkrankungen wie Epilepsie, bildgebenden Verfahren, Bluttests und einem Urin-Drogenscreening [15].

Folgende grobe Einordnung soll helfen, das klinische Bild zu veranschaulichen:

Leichte Ausprägung der dissoziativen Symptomatik

Das Kind driftet leicht weg, nimmt dabei die Umgebung nur noch wenig oder gar nicht mehr wahr. Es kann dabei zu abrupten Stimmungswechseln kommen, sowie zu kleinkindhaften oder regressiven Verhaltensweisen. Dem Kind ist dies in der Regel weder bewusst noch kann es die Zustände kontrollieren.

Moderate Ausprägung der dissoziativen Symptomatik

Die Dissoziation kann sich in einer Gefühlstaubheit und auch durch Ausset-

zen von Körperempfindungen zeigen. Beängstigende Erfahrungen, heftige Emotionen, körperliche Zustände, emotionale Bedürfnisse und Schmerzen können so blockiert und nur abgemildert bis gar nicht wahrgenommen werden. Weiterhin kann es zu Depersonalisationserfahrungen kommen: Das Kind fühlt sich außerhalb seines eigenen Körpers, während es sich selbst beobachtet. Bei Derealisationserfahrungen fühlt sich die Umgebung unwirklich an. Diese Zustände entstehen oft in bedrohlichen Situationen und können erneut auftreten, wenn das Kind an diese erinnert wird. Wiederholungen verstärken den dissoziativen Schutzmechanismus, da die ursprüngliche Angstreaktion gleichzeitig mit ausgelöst wird.

Schwere Ausprägung der dissoziativen Symptomatik

Betroffene schließen Emotionen, Empfindungen oder Erfahrungen vollständig aus der Wahrnehmung aus, um sich sicher fühlen zu können. Dies kann zur Aufspaltung in verschiedene Persönlichkeitsanteile oder -zustände führen, welche verschiedene Funktionen innehaben. In schweren Fällen besteht kein bewusster Zugang zwischen diesen Zuständen, sodass das Kind/die Jugendliche Erlebtes in diesem Zustand nicht erinnern kann. Die Betroffenen zeigen für den jeweiligen Persönlichkeitsanteil charakteristische Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Artikulation, biografisches Gedächtnis und Vorlieben. Diese Form wird als dissoziative Identitätsstörung (DIS) eingeordnet (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified [DDNOS]/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) und ist im Kindes- und Jugendalter extrem selten.

Psychotherapie

Kontrollierte Therapiestudien zu dissoziativen Störungen im Kindes- und Ju-

FALLBEISPIEL 1: Jugendliche mit dissoziativen Zuständen

Die 16-jährige Mara wird durch die behandelnde Psychiaterin zur Psychotherapie empfohlen. Die Anamnese ist durch vielfältige Gewalterfahrungen geprägt: Drogensucht der Kindsmutter, vielfältige sexuelle Aktivitäten in Anwesenheit des Kindes, teils unter Einbeziehung der Patientin, häufige Beziehungsabbrüche, gewalttätige Partnerschaften der Kindsmutter. Die Patientin schildert eine Reihe von Suizidversuchen bereits im Alter von elf Jahren.

Die Patientin selbst gibt an, seit dem zwölften Lebensjahr an Panikattacken zu leiden und merkwürdige, sie quälende Erinnerungen und Wahrnehmungen zu haben, bei denen sie die Angst empfinde, verrückt zu werden. Sie wisse nicht, woher diese kämen. Häufig bekomme sie über längere Zeit nichts um sich herum mit, fühle sich dann wie weg, verbunden mit einem Verlust des Zeitgefühls. Fast täglich ver falle sie in ein Erstarren, sodass sie über Stunden nichts machen könne, auch wenn sie es unbedingt wolle. Dies hindere sie oft daran, Hausaufgaben zu machen oder Vorträge vorzubereiten. Quälende Empfindungen seien eigentlich immer vorhanden, würden sich jedoch in Stresssituationen deutlich verstärken. Manchmal würden ihr andere berichten, was sie mit ihnen gemeinsam unternommen oder ihnen erzählt habe, sie selber wisse absolut nichts davon. Manchmal sprächen sie auch fremde Personen an, als seien sie gute Bekannte.

gendalter liegen bislang nicht vor [17]. Dissoziative Symptome sind oft Teil eines komplexen posttraumatischen Störungsbildes mit Problemen der Affektregulation, daher sind umfassende Therapieansätze erforderlich. Die Bearbeitung traumatischer Erlebnisse sollte erfolgen, jedoch erst nach dem Aufbau von Affektregulationsfähigkeiten, da sonst Überforderung und erneute dissoziative Zustände ausgelöst werden können. Diese stehen häufig mit selbstverletzendem Verhalten in Verbindung, weshalb Behandlungsstrategien auch auf dessen Reduktion abzielen sollten. Bewährt haben sich dialektisch-behaviorale Ansätze mit Schwerpunkt auf Emotionsregulation, Stressreduktion und der Verringerung dissoziativer Reaktionen. Ergänzend spielen Selbstmanagement, die Analyse auslösender Situationen sowie kognitive Strategien zur Stressbewältigung eine wichtige Rolle.

Da dissoziative Symptome häufig mit schweren familiären Belastungen ver-

bunden sind, sind oft zusätzliche institutionelle Hilfen und familientherapeutische Ansätze notwendig.

Grundprinzipien der Therapie [17]

- Beachtung aktueller/chronischer Belastungen/Konflikte,
- Berücksichtigung psychischer Komorbidität,
- Verminderung der Dissoziationsneigung,
- Identifikation von Auslösern,
- Vermeidung von Affektüberschwemmungen,
- Steigerung der Affekttoleranz,
- Pharmakotherapie im Kontext der psychischen Komorbidität,
- Vorrangig ambulante Therapien, bei schweren Krisen stationäre Interventionen,
- Institutionelle Hilfen.

Fazit

Eine fundierte Diagnostik, die eine wirksame Früherkennung und angemessene therapeutische Maßnahmen

FALLBEISPIEL 2: Elfjähriger mit dissoziativen Krampfanfällen

Der elfjährige Tom leidet zwei- bis viermal wöchentlich an dissoziativen Krampfanfällen, die regelmäßig dazu führen, dass die Schule einen Krankenwagen ruft. Die Anamnese ist durch Vernachlässigung und Abwesenheit durch die Kindsmutter geprägt sowie durch Bindungsverlust und schließlich Aufwachsen bei den Großeltern. Er zeigt Impulsdurchbrüche und geringe Frustrationstoleranz. Während der dissoziativen Anfälle kommt es zu einem akut auftretenden, vorübergehenden Verlust der Kontrolle über die eigenen Körperbewegungen (teilweise mit Bewusstseinsverlust). Der Patient kippt nach hinten weg, fängt sich beim Fallen nicht ab und zeigt krampfende Bewegungen der Extremitäten. Die Augen bewegen sich unkontrolliert.

Auslöser sind überfordernde Situationen, die mit belastenden Gedanken, Gefühlen oder Intrusionen einhergehen und in der Regel durch Umweltreize ausgelöst werden, etwa durch Streit mit einem Mitschüler. Nach dem Anfall tritt in der Regel eine verzögerte Reorientierung auf, das Ereignis wird meist nur lückenhaft erinnert. Manchmal ist der Patient ansprechbar. So antwortet er dem herbeigerufenen Rettungssanitäter korrekt, welches Medikament er aktuell einnimmt. Manchmal ist er aber überhaupt nicht ansprechbar.

Entgegen der häufig für Außenstehende potenziell dramatisch wirkenden Hyper- oder Hypoventilation besteht während eines solchen Krampfanfalls medizinisch keine bedrohliche Situation [16]. Es kommt nur selten zu Verletzungen. Es ist daher nicht zwingend notwendig, die Anfälle zu unterbrechen. Dennoch befinden sich betroffene Patientinnen und Patienten in einer hoch vulnerablen Situation, in der sie erhöhten Schutz benötigen.

Dissoziative Anfälle können sehr unterschiedlich aussehen. Die Ähnlichkeiten mit epileptischen Anfällen oder auch Synkopen erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen und -behandlungen. Differenzialdiagnostik ist entscheidend: Dissoziative Anfälle werden leitliniengemäß mittels Psychotherapie behandelt, Epilepsie mittels medikamentöser Therapie mit Antikonvulsiva.

bei dissoziativen Störungen bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht, kann erhebliche Auswirkungen auf den klinischen Verlauf haben [18]. Da diese Störungen nicht spontan abklingen, ist die frühzeitige Erkennung signifikanter

dissoziativer Symptome für eine erfolgreiche Behandlung essenziell [1]. Vielversprechende Therapieansätze stammen aus der Behandlung von Traumafolgestörungen, wobei die Spezifika der dissoziativen Symptomatik sorgfältig in die Behandlungsplanung integriert und Vorgehensweisen angepasst werden müssen. Aufgrund des hohen Leidensdruckes und der massiven Einschränkungen der Teilhabe der betroffenen Kinder und Jugendlichen möchten wir dazu ermutigen, ihnen Hilfsangebote zukommen zu lassen.

Das folgende Interview ergänzt die fachliche Perspektive um die Sicht einer Betroffenen (siehe Seite 28). Claras Erfahrungen zeigen, wie eng dissoziative Symptome, Affektüberforderung, Ohnmachtserleben und Beziehungserfahrungen miteinander verflochten sein können. Zugleich wird deutlich, wie zentral traumasensibles, individuelles Handeln und Kommunikation auf Augenhöhe in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Symptomen sind. ■

Literatur unter
www.slaek.de/aerzteblatt-sachsen

Korrespondierende Autorin
Dr. Sabine Ahrens-Eipper
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Vizepräsidentin
Goyastraße 2d, 04105 Leipzig
E-Mail: Sabine.Ahrens-Eipper@opk-info.de