

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DISSOZIATIVE BEWUSSTSEINS-STÖRUNGEN

„Sich seiner bewusst sein“ hört sich erst einmal abgehoben an. Es ist aber die Grundlage einer „normalen und damit funktions-tüchtigen Existenz im Alltag“. Was aber, wenn diese gestört ist? Zum Beispiel durch dissoziative Amnesien, Fugue-Zustände, dissoziativen Stupor, Trance und Besessenheit, wenn nicht gar dissoziative Identitätsstörung, auch als Multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Das mag alles eher selten sein, aber natürlich „total irritierend“ für die Betroffenen und ihr Umfeld. Dies betrifft sogar die häufigeren Zustände von Depersonalisation („ich bin nicht mehr ich“) oder Derealisation („alles so sonderbar um mich herum“). Was sollte man wissen?

Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Dissoziative Bewusstseins-Störungen – dissoziative Amnesien – Gedächtnisverlust – Fugue-Zustände – dissoziativer Stupor – vollständige Bewegungslosigkeit – Mutismus (Verstummen) – Trance-Zustände – schlaf-ähnliche Bewusstseinszustand – Besessenheits-Zustände – „ungewöhnlicher Ich-Zustand“ – dissoziative Identitätsstörung – Multiple Persönlichkeitsstörung – Depersonalisation – „Ich bin nicht mehr ich“ – Derealisation – „Alles so fremd um mich herum – Diagnose – Therapie-Möglichkeiten – u.a.m.

Dissoziative Bewusstseins-Störungen gehören zu den ungewöhnlichsten psychopathologischen Phänomenen der Medizin. Allerdings können sich die wenigstens darunter etwas vorstellen, auch wenn man das lateinische Wort dissociatio = Trennung oder dissociare = trennen, scheiden bzw. dissociatus = ungesellig (lebend) zur Erklärung heranzieht.

Das pflegt sich übrigens auch nicht erhellender zu klären, wenn man bestimmte Fachbegriffe zu Rate zieht, die sich im Zusammenhang mit dieser Störung finden (Beispiele siehe unten). Und in der Tat: Dissoziative Bewusstseinsstörungen gehören selbst für die Fachwelt nicht nur zu den seltenen, sondern schwer durchschaubaren und vor allem schwierig erklärbaren Phänomenen, gleichgültig ob neurobiologisch, psychoanalytisch, kognitions-psychologisch u. ä. interpretiert.

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu einigen besonders schwer begreifbaren Krankheitsbildern:

- Bei **dissoziativen Amnesien** können bestimmte biographische Begebenheiten, Ereignisse oder Informationen nicht mehr erinnert werden. Bei der generalisierten Amnesie (Gedächtnisverlust) kann sich der Betroffene an seine gesamte Identität, Lebenssituation, biographische Entwicklung und sogar die Menschen, die ihm nahe waren, nicht mehr erinnern. Meistens rückwirkend.

Bisweilen können auch alle Ereignisse eines bestimmten Zeitraums nicht mehr erinnert werden, z. B. Naturkatastrophen, Unfälle, Verlust naher Angehöriger oder sonstige traumatische Ereignisse. Dem Betroffenen fallen diese Lücken nicht auf.

- Bei den **Fugue-Zuständen**, d. h. zielgerichteten Ortsveränderungen von Zuhause oder vom Arbeitsplatz weg, und zwar nach außen durchaus geordnet, lassen sich meist schwerwiegende Belastungs- und Konfliktsituationen erfragen. Beispiele: Partnerschaftskonflikte, finanzielle Probleme, gerichtliche Verfahren, Verlust eines Partners oder Kindes oder anderer nahe stehender Personen, traumatische Erlebnisse wie sexuelle oder körperliche Misshandlungen u. a.

Häufig finden sich zusätzlich Depressionen und Angstzustände. In einigen Fällen wird sogar eine neue Identität angenommen. Das erstreckt sich von wenigen Tagen bis zu längeren Zeiträumen und mitunter erstaunlich vollständig. Obgleich für diese Zeit eine Amnesie besteht, kann das Verhalten völlig normal wirken, z. B. Selbstversorgung (Essen, Waschen), zwischenmenschliche Kontakte, sogar mit Fremden (Kauf von Fahrkarten oder Benzin, Bestellen von Mahlzeiten, Fragen nach Ortsrichtungen) usf.

In der Regel lösen sich die Fugue-Zustände nach einiger Zeit schrittweise wieder auf; Erinnerung und Identität kehren wieder zurück, wenn auch für den Zeitraum der Fugue eine Amnesie bestehen bleibt, d. h. die Betroffenen können sich nicht erinnern, was sie während dieses Zustandes gemacht haben. Dauern beide Phänomene ungewöhnlich lang, z. B. ein Jahr oder länger, denken die Experten auch an Simulation (gezielte Täuschungsabsicht), aus welchem Anlass auch immer.

- Der **dissoziative Stupor** ist eine (fast) vollständige Bewegungslosigkeit der (meist) mutistischen (stummen) Betroffenen mit eingeschränkter Reiz-Aufnahme und Reaktion bei wachem Bewusstsein. D. h. man liegt oder sitzt lange Zeit überwiegend bewegungslos. Muskelspannung, Haltung, Atmung und Augenbewegungen beweisen jedoch, dass der Betreffende weder schläft noch bewusstlos ist. Manche nehmen weder Flüssigkeit noch Nahrung zu sich oder zeigen eine Harn-Inkontinenz.

Danach herrscht teilweise oder völlige Erinnerungslosigkeit. Einige schildern im Wachzustand auftretende traum-ähnliche Erlebnisweisen, z. B. lebhafteszenische Trug-Wahrnehmungen. Das kann sich bis zu ernststen Notfall-Situationen auswachsen.

- **Trance** und **Besessenheit** sind zwei unterschiedliche Formen qualitativer Bewusstseins-Veränderungen, die sich in zahlreichen Kulturen finden, wenn auch transkulturell beträchtlich variierend. Bei krankheitswertigem Zustand kommt es zu zeitweiligen Identitäts-Störungen und Bewusstseins-Einengungen. Im Einzelnen:

- **Trance** ist ein hypnoid (schlaf-ähnlich) veränderter Bewusstseinszustand und geht mit Wahrnehmungs-Einengung und gezielter Konzentration auf die Umgebung und deren unmittelbare Reize einher. Möglich sind auch konvulsive (krampfartige) Zuckungen, Laufen oder bestimmte, überwiegend einfach strukturierte Handlungen, die von dem Betreffenden als unkontrollierbar erlebt werden. Rückblickend jedoch meist keine vollständige Erinnerungslosigkeit.

- In einem **Besessenheits-Zustand** verhält sich der Betreffende so, als ob er von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit oder einer „Kraft“ beherrscht wird. Ohne Krankheitswert findet sich das in vielen Kulturen. Krankheitsbedingt sind Besessenheits-Zustände nicht ritualisiert oder kulturell orientiert und treten unwillkürlich auf. Die Betroffenen leiden selbst darunter, was vor allem als „ungewöhnlicher Ich-Zustand“ erlebt wird. In etwa der Hälfte der Fälle finden sich auch Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen). Trance- und Besessenheits-Zustände sind jedoch selten, zumindest in der westlichen Welt.

- Die **dissoziative Identitätsstörung**, auch **Multiple Persönlichkeitsstörung** genannt, gilt als eine der ungewöhnlichsten, vielleicht sogar als erstaunlichste aller seelischen Struktur-Veränderungen. Denn solche Menschen verhalten oder erleben sich so, als gebe es mehrere verschiedene Personen in ihnen.

Bei dieser offensichtlich schwersten aller dissoziativen Störungen werden so wichtige Bereiche wie Wahrnehmung, Erinnerung, Handeln sowie Fühlen im normalen Alltags-Bewusstsein „wie von einer anderen Person“ erlebt. Oder

kurz: Man hält oder erlebt sich so, als gebe es mehrere verschiedene Personen in einem selber.

Die Folgen kann man sich denken, was nicht zuletzt zu Angst, Depressionen, psychosomatisch interpretierbaren Symptomen, zu Ess-Störungen, Suchterkrankungen (Selbstbehandlungs-Versuche), Beziehungsproblemen und Selbstverletzungen führen kann.

Auch zusätzliche dissoziative Störungen sind möglich. Auf jeden Fall aber das Hauptmerkmal, nämlich eine Störung der Identität, charakterisiert durch zwei oder gar mehr unterscheidbare Persönlichkeits-Zustände in einem selber. Und die können sich auch noch in Bezug auf Alter, Geschlecht, Sprache, Wissen, spezielle Fähigkeiten und vorherrschende Gemütslage unterscheiden, können wie eine fremde Person wahrgenommen werden und übernehmen auf innere oder äußere Auslöse-Reize hin die Kontrolle über das eigene Erleben und Erhalten. Dies kann Minuten, aber auch Stunden und bisweilen sogar länger dauern.

- Unter einer **Depersonalisation** versteht man das Gefühl, abgelöst oder abgetrennt vom eigenen Selbst (also der Gesamtheit aller Eigenschaften und Funktionen, die als dem Ich zugehörig empfunden werden), ferner dem Körper, den Gefühlsregungen und mentalen (geistigen) Prozessen zu sein.
- Bei der **Derealisation** empfindet man die Umwelt als unwirklich oder als ob man von der Umwelt wie von einem Schleier oder dicken Glas abgetrennt wäre.

Beispiele für beide Phänomene, da nicht selten vermischt, wenn auch mit jeweiligem Schwerpunkt: Sich fremd fühlen, nicht wirklich, sondern von der Welt abgeschnitten. Flach und leblos wie auf einem Bild. Vertraute Stimmen klingen entfernt oder unwirklich. Als ob ein Schleier zwischen mir und der äußeren Welt wäre. Als ob selbst kürzlich Getanes lange zurückliegt. Als ob man nicht beteiligt gewesen wäre. Als ob man sich außerhalb seines Körpers befinde. Wie automatenhaft und mechanisch, wie ein Roboter. Man muss sich selber anfassen, um sich zu vergewissern, dass man einen Körper habe und wirklich existiere.

So ungewöhnlich sich dies auch anhört, es ist also nicht nur selten, sondern gehört auch zu den allgemein-menschlichen Erlebnis-Möglichkeiten, die deshalb als Entfremdungs-Symptome oder Unwirklichkeits-Gefühle bezeichnet werden. Da sie vor allem in „milderer“ Form im Alltag irritieren, etwas ausführlicher:

Depersonalisation und Derealisation können schon sehr früh verunsichern, z. B. um die Pubertät. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Der Beginn ist je zur Hälfte plötzlich oder schleichend. Häufige Auslöser mit

plötzlichem Beginn sind Panikattacken und Haschisch-Intoxikation; bei schleichendem Beginn eine depressive Episode. Aber auch psychosoziale Ursachen sind möglich. Beispiele: Schulwechsel oder -mobbing, Ablösung vom Elternhaus, Partnerschaft und Elternschaft und im höheren Lebensalter körperliche Erkrankungen.

Die Dauer kann Stunden oder Tage, selten Monate oder Jahre anhalten. Neben psychosozialen Auslösern, vor allem Stress, Schlafmangel, entsprechend belastenden Umweltbedingungen, können auch Lichtverhältnisse eine Rolle spielen.

Die Ursachen sind unklar: genetisch (erblich), Stress, schwere Kindheits-Traumatisierungen oder? Manchmal wird von emotionalem Missbrauch gesprochen: Zurückweisung, Erniedrigung, Mangel an Zuwendung, Gefahr der Vereinsamung. Schwere Belastungen sind aber nicht häufiger, eine gewisse Angst-Disposition scheint hingegen nicht selten zu sein.

Schlussfolgerung

Dies nur als kleiner Auszug einer dann doch erstaunlichen Zahl dissoziativer Bewusstseins-Störungen, wie sie wissenschaftlich und klinisch heute gesehen, vor allem aber hoffentlich rechtzeitig diagnostiziert und gezielt behandelt werden können.

Letzteres ist allerdings ein Problem, man kann es sich denken: Zuerst muss man jemand finden, der „einen nicht gleich für verrückt erklärt, z. B. als schizophren“ (Zitat einer Betroffenen). Dann stehen - je nach Leidensbild - verschiedene organische Abklärungs-Verfahren an (vor allem neurologisch, aber auch internistisch, HNO-ärztlich etc.). Sie alle führen in der Regel zu keinen „weiterführenden oder auch nur diskussions-werten Erkenntnissen“. Damit rückt dann der Psychiater in den differential-diagnostischen Mittelpunkt. Von ihm dürfte in der Regel die zutreffende Diagnose zu erwarten sein. Die gezielte Therapie erfordert dann aber zumeist ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten, wovon sich aber auch nicht jeder als zuständig erachten dürfte.

Will heißen: Nach einer meist langen, irritierenden, vielleicht sogar frustrierenden, wenn nicht gar demütigenden „unklaren“ Leidens-Strecke muss man wohl auch etwas Glück haben, einen entsprechend motivierten und dafür ausgebildeten Therapeuten zu finden.

Medikamentöse Hilfen können mit psychiatrischer Unterstützung und zeitlich begrenzt bisweilen sinnvoll sein. Beispiele: antipsychotische oder dämpfende Neuroleptika, beruhigende Tranquilizer und schlafbahnende Substanzen, wenn nicht gar Hypnotika. Meist wird man es aber psychotherapeutisch versuchen, „in den Griff zu bekommen“.

Fazit: Dissoziative Bewusstseins-Störungen können ein hartes Los werden, nicht nur vom Beschwerdebild her, auch was den differential-diagnostischen und therapeutischen Teil dieser spektakulären und damit schwer begreifbaren Krankheit betrifft.

LITERATUR

Grundlage dieser Ausführungen ist das Fachbuch:

A. Eckhardt-Henn, C. Spitzer (Hrsg.): **Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Grundlagen - Klinik - Therapie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017