

Posttraumatische Belastungsstörung- psychogene Dramatisierung oder invalidisierendes Leid?

Dr. med. Marion Mohnroth, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Rheintalpraxis-Mohnroth, Hauptstrasse 90, CH- 9436 Balgach
Rheintalpraxis-mohnroth@hin.ch, www.rheintalpraxis-mohnroth.ch

Diagnoseinstrumente, Fragebögen u.a.:

1. IK-PTBS (Interview zur komplexen PTBS)
2. DES2 (Dissociative Experience Scale)
3. FDS (Fragebogen zu dissoziativen Symptomen)
4. SIDDS (Strukturiertes Interview zur Diagnose diss. Symptome)

<http://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/>

Was ist ein Trauma und wie entstehen Traumafolgestörungen?

Der Begriff **Trauma** (*griech.*: Wunde) lässt sich bildhaft als eine "seelische Verletzung" verstehen, zu der es bei einer Überforderung der psychischen Schutzmechanismen durch ein traumatisierendes Erlebnis kommen kann. Als traumatisierend werden im Allgemeinen Ereignisse wie schwere Unfälle, Erkrankungen und Naturkatastrophen, aber vor allem auch Erfahrungen erheblicher psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt sowie schwere frühe Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen bezeichnet.

Umgangssprachlich wird der Begriff Trauma häufig in Bezug auf verschiedenste als leidvoll erlebte Vorkommnisse verwendet, um zu kennzeichnen, dass es sich dabei um eine besondere Belastung für den Betroffenen gehandelt hat.

In den medizinischen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-V), die maßgeblich sind für die fachgerechte Beurteilung psychischer Beschwerden, ist der Begriff jedoch wesentlich enger definiert und schließt allein Ereignisse mit ein, die

1. objektiv "mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß" (ICD-10) einhergehen oder "die tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder anderen" (DSM-V) einschließt, sowie
2. subjektiv "bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" (ICD-10) beziehungsweise mit "starker Angst, Hilflosigkeit oder Grauen" erlebt wurde.

Als traumatisch erlebte Ereignisse können bei fast jedem Menschen eine tiefe seelische Erschütterung mit der Folge einer Überforderung des angeborenen biologischen Stresssystems verursachen. Somit wirkt sich ein Trauma nicht nur seelisch, sondern auch körperlich aus. Die Überflutung des Gehirns im Rahmen einer überwältigenden Stressreaktion behindert die angemessene Verarbeitung des Erlebten mit der Folge, dass der Betroffene die gemachte Erfahrung nicht wie gewohnt in seinen Erlebnisschatz integrieren und dann wieder Abstand davon gewinnen kann.

Dieser Umstand kann dazu führen, dass der Organismus auf einem erhöhten Stressniveau verharrt und charakteristische Folgebeschwerden entwickelt.

Was ist posttraumatischer Stress und wie entstehen Traumafolgestörungen?

Traumatisierende Erlebnisse können Spuren in der Psyche und im Körper eines Menschen hinterlassen. Dies geschieht meist unabhängig von den individuellen Fähigkeiten der Betroffenen, Krisensituationen zu meistern. Posttraumatisches Stresserleben ist nicht „unnormal“ oder ein „Zeichen von Schwäche“, sondern ein Signal dafür, dass das Gehirn überfordert ist, Erlebtes zu verarbeiten. Es ist eine natürliche Reaktion des Körpers und der Psyche auf eine zutiefst belastende Erfahrung.

Wie gut ein Trauma verkraftet und verarbeitet werden kann, hängt von vielen Faktoren ab. Hier spielen die individuelle Lebensgeschichte sowie das persönliche Befinden zum Zeitpunkt des traumatischen Geschehens ebenso eine Rolle wie bestehende Umgebungsfaktoren, Risiko- und Schutzfaktoren, aber auch die Schwere und Dauer der Traumatisierung.

Glücklicherweise legen sich bei den vielen Menschen die posttraumatischen Beschwerden nach einer Weile von alleine. Die eigenen Selbstheilungskräfte lassen die sogenannte akute Belastungsreaktion (ABR) abklingen und der Betroffene kann das Erlebte zurücklassen, ohne dass es ihn in seinem weiteren Leben bedeutend beeinträchtigt. Wirken jedoch mehrere belastende Faktoren zusammen, können die posttraumatischen Symptome fortbestehen, obwohl das traumatische Ereignis bereits Wochen oder Monate, zum Teil auch Jahre zurückliegt. Bei diesen Personen spricht man dann von einer Traumafolgestörung.

Auch wenn die Ausprägungen der Symptome in Form von negativen Gefühlen und Empfindungen auf körperlicher und psychischer Ebene von Fall zu Fall unterschiedlich sein können, so lassen sich doch bei vielen Betroffenen vergleichbare Merkmale beobachten, anhand welcher posttraumatischer Stress festgestellt werden kann. Das Erkennen ist der erste Schritt zur erfolgreichen Bewältigung, der zweite ist die Überlegung, welche Maßnahmen den Bewältigungsprozess unterstützen können – mitunter schließt dies auch die Suche nach einem kompetenten Traumatherapeuten mit ein. Denn selbst ausgeprägte posttraumatische Beschwerden lassen sich in einer qualifizierten Traumatherapie zumeist gut behandeln und auflösen.

1. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Halten die posttraumatischen Beschwerden länger als vier Wochen an, so spricht man von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Hierzu kommt es insbesondere dann, wenn die traumatisierende Erfahrung als überaus bedrohlich erlebt wurde oder die betroffene Person in der Vergangenheit bereits weitere Traumatisierungen verkraften musste. Gelegentlich kann es auch vorkommen, dass die Beschwerden erst einige Wochen oder sogar Monate nach dem traumatischen Erlebnis erstmals auftreten.

Folgende Beschwerden sind typisch für eine posttraumatische Belastungsstörung:

Wiedererleben (Intrusionen)

Betroffene erleben oft Teile der traumatischen Erfahrung immer wieder – teils bewusst, mitunter aber auch in Form von Albträumen. Ungewollt drängen sich die Erinnerungen auf, angestoßen durch bestimmte Auslöser, sogenannte "Trigger". Häufig fühlen sich die

Betroffenen von den Erinnerungen und den damit verbundenen unangenehmen Gefühlen völlig überflutet und reagieren so, als ob sie sich wieder in der belastenden Situation befänden. Die Erfahrung, nur wenig Einfluss auf das eigene Erleben nehmen zu können, erzeugt bei vielen Betroffenen eine tiefe Hilflosigkeit.

Das Wiedererleben stellt den Versuch des Gehirns dar, die im Hochstress des Traumas nur bruchstückhaft und unzusammenhängend gespeicherten Erlebnisinhalte zu verarbeiten. Es handelt sich also um eine physiologische Reaktion des Körpers, in dem Bemühen, sich selbst zu heilen. Es kann eine Aufgabe der Traumatherapie sein, diesen Verarbeitungsversuch des Körpers zu unterstützen, indem das Erlebte systematisch und vorsichtig dosiert bearbeitet wird. Dies ermöglicht der oder dem Betroffenen, nach und nach Distanz zu dem belastenden Ereignis aufzubauen, ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle wiederzugewinnen und schließlich das Erlebte in den eigenen Erfahrungsschatz zu integrieren.

Vermeidung (Avoidance)

Um sich dem für gewöhnlich als äußerst belastend empfundenen Wiedererleben zu entziehen, meiden die Betroffenen jegliche Umstände, die sie an das traumatische Ereignis erinnern könnten. Schmerzhafte Gedanken an das Erlebte werden weggeschoben, "Trigger" möglichst gemieden, über das Erlebte zu sprechen, erscheint nicht aushaltbar. Manche Menschen erleben sich emotional "wie betäubt" und lassen so negative Gefühle gar nicht erst an sich heran.

Die Verdrängung des Erlebten in dieser Weise ist eine verständliche, wenn auch zumeist wenig hilfreiche Reaktion. In vielen Fällen erschwert das Vermeidungsverhalten die spontane Verarbeitung des Traumas, zudem geht es nicht selten mit einer allmählichen Verringerung des persönlichen Aktionsradius einher, was mit der Zeit zu erheblichen Einschränkungen im Alltag führen kann.

Übererregung (Hyperarousal)

Weitere typische Beschwerden sind Nervosität und Unruhe, Konzentrationsstörungen, erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Die Ursache hierfür liegt darin, dass der Körper weiterhin eine Stressreaktion aufrecht erhält, obwohl faktisch gesehen keine Gefahr mehr besteht. Das sympathische Nervensystem bleibt aktiviert und versetzt den Organismus in ständige Alarmbereitschaft.

Die Übererregungssymptome sind für die Betroffenen nicht nur äußerst unangenehm, sondern stören auch das Funktionieren im Alltag. Dauerhafte Nervosität und Schlafstörungen werden als zermürend empfunden, Konzentrationsstörungen erschweren die Erledigung alltäglicher Aufgaben. Viele Betroffene erleben sich zudem als überaus gereizt und ecken deshalb ständig mit ihren Mitmenschen an.

2. Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) bzw. früher DESNOS („Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“)

Besonders frühe, schwere oder wiederholte bzw. langanhaltende Traumatisierungen, zum Beispiel infolge psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrungen oder auch Erfahrungen schwerer körperlicher bzw. emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit, können erhebliche Beeinträchtigungen des Erlebens, Denkens, Fühlens und auch der Interaktion mit der Umwelt nach sich ziehen. Bei vielen Betroffenen prägt sich ein vielfältiges Beschwerdebild aus, das ein Muster typischer Veränderungen beinhaltet und als komplexe posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet wird:

Veränderungen der Emotionsregulation und Impulskontrolle

Oft haben die Betroffenen erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit belastenden oder unangenehmen Gefühlen wie zum Beispiel Ärger, Wut oder Trauer. Es gelingt ihnen nicht,

die nötige Distanz zu den inneren Vorgängen herzustellen und sich selbst zu beruhigen. Entsprechend reagieren sie entweder unverhältnismäßig emotional, zum Teil bis hin zum Kontrollverlust, oder wenden große Kräfte auf, um die ihnen "bedrohlich" erscheinende eigene Emotionalität vor den Mitmenschen zu verbergen. Sind die Betroffenen in ihrer Regulationsfähigkeit überfordert, äußert sich das gelegentlich auch in Wutausbrüchen, fremd- bzw. selbstverletzendem Verhalten oder „Selbstberuhigungsversuchen“ mittels Alkohol oder Drogen. Viele Betroffene haben überdies mit starken autodestruktiven Impulsen zu kämpfen, was sich nicht nur durch vorsätzliche selbstverletzende Handlungen bis hin zur Suizidalität, sondern auch durch offenkundige Nachlässigkeit in Sicherheitsfragen äußert. Auch die Vermeidung oder im Gegenteil das übermäßige bis zwanghafte Ausleben von Sexualität gehören in diesen Bereich.

Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein

Komplex Traumatisierte berichten häufig von Bewusstseinsphänomenen wie dissoziativen Episoden, in denen sich ihr bewusstes Erleben von der Außenwelt zurückzieht, ausgeprägten Erinnerungslücken oder sogenanntem Derealisations- bzw. Depersonalisationserleben, während dem die Umwelt distanziert und wie unwirklich erscheint oder das Gefühl besteht, "wie neben sich" zu stehen. Andererseits kann es auch zu belastendem Wiedererleben der traumatisierenden Erfahrungen in Form intrusiver Symptome kommen.

Veränderungen der Selbstwahrnehmung

Viele Betroffene erleben sich selbst als hilflos und haben das Gefühl, nur wenig Einfluss auf den Verlauf ihres Lebens nehmen zu können. Oft melden sich ausgeprägte Schuldgefühle, selbst in Situationen, in denen deutlich ist, dass der Betreffende keine Verantwortung zu tragen hat. Viele komplex Traumatisierte fühlen sich isoliert von ihren Mitmenschen und haben aufgrund von Schamgefühlen große Schwierigkeiten damit, sich anderen Menschen so zu zeigen, wie sie sind. Zumeist besteht nur ein geringes Selbstwertgefühl und häufig leben Betroffene in der Überzeugung, von niemandem wirklich verstanden zu werden.

Veränderungen in Beziehungen zu anderen

Aufgrund ihrer häufig äußerst belastenden Vorerfahrungen im zwischenmenschlichen Bereich haben komplex Traumatisierte oft große Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen. Viele Betroffene sind deshalb sehr vorsichtig, wenn es darum geht, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und tun sich schwer im Austragen und Bewältigen von Konflikten. Gleichzeitig haben sie nicht selten nur wenig Gespür für die eigenen Grenzen, so dass sie wiederholt in Situationen geraten, in denen sie ausgenutzt oder sogar missbraucht werden. Manche komplex Traumatisierte übernehmen hingegen selbst die Täterrolle und verletzen andere Menschen seelisch oder körperlich.

Somatisierung

Betroffene leiden oftmals unter zahlreichen körperlichen Beschwerden, für die keine organische Erklärung gefunden werden kann. Die Beschwerden können sehr vielfältig sein und jedes Organsystem umfassen. Nicht selten treten mehrere Symptome gleichzeitig auf. Besonders häufig sind chronische Schmerzzustände, Beschwerden des Verdauungssystems, Erschöpfung, Schwindel sowie Beschwerden im Bereich des Herzens, der Atmung sowie des Harn- oder Genitaltraktes.

Veränderungen von Lebenseinstellungen

Viele komplex Traumatisierte tragen eine große Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit in sich und fühlen sich resigniert und desillusioniert. Werte, Lebenseinstellungen oder religiöse Überzeugungen, die möglicherweise zu einem früheren Zeitpunkt im Leben noch Halt gegeben hatten, haben ihre Bedeutung verloren oder ergeben keinen Sinn mehr.

Da die komplexe PTBS ein sehr heterogenes Krankheitsbild ist und bisher in den gängigen Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV keine bzw. kaum Erwähnung findet, bleibt sie häufig bei Betroffenen lange unerkannt. Im neuen Diagnosemanual ICD-11 soll/wird sich dies mit klaren Diagnosekriterien ändern. Überdies besteht eine hohe Überschneidung mit anderen psychischen Erkrankungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der [nicht-komplexen PTBS](#), den [dissoziativen Störungen](#), Depressionen, Angst- bzw. Panikstörungen sowie Sucht- und Zwangserkrankungen. Oft werden deshalb zunächst andere Diagnosen gestellt. Dass ein Zusammenhang mit einer Traumatisierung besteht, wird nicht selten erst später erkannt. Die richtige Einschätzung ist jedoch die Voraussetzung dafür, dass komplex traumatisierte Menschen die Behandlung erhalten, die sie benötigen – zumeist eine spezifische und qualifizierte Traumatherapie.

3. **Dissoziative Beschwerden**

Der Begriff der Dissoziation (lat. "Trennung", "Zerfall") beschreibt ein psychisches Phänomen der Auflösung des normalen Zusammenspiels von Wahrnehmung, Bewusstsein, Identitätserleben, Gedächtnis und Körpersteuerung.

Im Zusammenhang mit dissoziativem Erleben können sehr unterschiedliche Erscheinungsformen und Schweregrade beobachtet werden:

Alltagsdissoziationen kennt fast jeder. Nicht wenigen Menschen ist es schon einmal passiert, dass sie das Gefühl hatten, "nicht ganz bei sich" zu sein oder sich nicht mehr erinnern zu können, wie sie mit dem Auto von einem Ort zum anderen gekommen sind. Andere kennen das Gefühl, dass die Welt um sie herum an manchen Tagen "wie im Nebel" erscheint oder beim Lesen eines spannenden Buchs fast vollständig ausgeblendet wird.

Dissoziation kann jedoch auch im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen auftreten. Hierbei unterscheidet man kurzfristige Symptome, die während des Traumas bzw. unmittelbar danach auftreten ([peritraumatische Dissoziation](#)), sowie chronische [dissoziative Störungen](#).

Peritraumatische Dissoziation

Im Hochstress des Traumas kommt es im Rahmen einer Notfallreaktion zu einem Verlust der sogenannten integrativen Funktionen des Gehirns. Durch eine Veränderung der Wahrnehmung und der Informationsverarbeitung wird eine innerliche Distanz zum Traumageschehen und zur eigenen emotionalen Reaktion erzeugt. Die Betroffenen erleben das Geschehen als unwirklich (**Derealisation**) oder nehmen sich als äußere Betrachter wahr (**Depersonalisation**), bestimmte Sinneseindrücke erscheinen ausgeblendet, andere womöglich überdeutlich. Eine Erinnerung an das Geschehen ist manchmal später nur bruchstückhaft oder gar nicht vorhanden (**dissoziative Amnesie**).

Diese während eines Traumas sowie unmittelbar danach auftretenden Veränderungen bezeichnet man als "peritraumatische Dissoziation". Diese zunächst hilfreiche und schützende Reaktion des Körpers ist jedoch gleichzeitig ein Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer Traumafolgestörung. Zwar bildet sich die dissoziative Symptomatik in den meisten Fällen wieder zurück, doch kann die während der peritraumatischen Dissoziation gestörte Informationsverarbeitung zu Schwierigkeiten in der anschließenden psychischen Verarbeitung des Geschehenen führen. Eine anhaltende **dissoziative Störung** oder **posttraumatische Belastungsstörung** kann die Folge sein.

Überblick über die dissoziativen Störungen

Es sind vielfältige dissoziative Symptome und Krankheitsbilder bekannt. Nicht selten liegen mehrere dissoziative Erscheinungsformen nebeneinander vor, so dass sich komplexe dissoziative Beschwerdebilder ergeben können:

Derealisation und Depersonalisation

Unter **Derealisation** versteht man eine vorübergehend oder gelegentlich auch dauerhaft veränderte Wahrnehmung der Umwelt. Die Umgebung erscheint plötzlich unwirklich oder weit weg, wie „hinter einer Glasscheibe“ oder „im Nebel“. Die Betroffenen erleben sich selbst wie „in Watte“ und abgeschnitten von dem Geschehen um sie herum.

Depersonalisation bezeichnet ein Gefühl wie „neben sich zu stehen“ oder den eigenen Körper als fremd, unwirklich oder nicht zu sich gehörig wahrzunehmen. Manche Betroffene erleben sich selbst wie „außerhalb des eigenen Körpers“ oder „ferngesteuert“, Körperteile können größer oder kleiner erscheinen, als sie tatsächlich sind oder „wie leblos“ und taub empfunden werden.

Derealisation und Depersonalisation erfüllen innerhalb der menschlichen Psyche eine Schutzfunktion, indem sie im Erleben eine Distanz zwischen der eigenen Person und den Vorgängen im Außen erzeugen. Aus diesem Grund kommt es häufig in als besonders belastend empfundenen Situationen wie im **traumatischen Stress** zu Derealisation oder Depersonalisation. Unter bestimmten Umständen kann sich hieraus später ein chronisches Beschwerdebild entwickeln, so dass es bereits durch geringfügige Auslöser oder sogar spontan zu entsprechenden Bewusstseinszuständen kommt.

Aber auch Menschen ohne Traumavorerfahrung können hin und wieder Derealisation oder Depersonalisation erleben. Häufig geschieht dies bei großer Müdigkeit und in ängstigen oder von besonderer emotionaler Erregung begleiteten Situationen.

Dissoziative Amnesie

Im Hochstress des Traumas kommt es zu einer Überforderung der integrativen und Gedächtnisfunktionen des Gehirns, so dass das Erlebte oftmals nicht oder nur bruchstückhaft gespeichert werden kann. Die Folge können Erinnerungslücken – sogenannte „**Blackouts**“ – größeren oder geringeren Ausmaßes sein. Bei einzelnen Traumatisierungen kann es vorkommen, dass Teile des Ereignisses bis hin zum gesamten Geschehen nicht mehr erinnerlich sind. Bei wiederholten oder langanhaltenden Traumatisierungen, insbesondere wenn diese sich während der Kindheit ereignet haben, fehlt die Erinnerung häufig über sehr lange Zeiträume, zum Teil sogar über Jahre hinweg. Die dissoziative Amnesie erfüllt hier ebenfalls eine Schutzfunktion, indem sie die Psyche vor einer neuerlichen Konfrontation mit den belastenden Erlebnissen bewahrt.

Viele Betroffene berichten auch von sogenannten **Alltagsamnesien**, die ausgelöst durch kleinere oder größere Belastungen oder auch spontan im täglichen Leben auftreten können. Hierbei handelt es sich um ein chronifiziertes Trauma-folgesymptom, das häufig eine Folge besonders schwerer oder wiederholter Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter ist.

Dissoziative Fugue

Die dissoziative Fugue tritt selten auf und ist zumeist Ausdruck einer schwerwiegenden Trauma-folgestörung. Die Betroffenen verlassen plötzlich und ohne Vorankündigung ihre gewohnte Umgebung und kommen oftmals erst an einem weit entfernten oder unbekanntem Ort wieder zu sich, zumeist ohne eine Erinnerung an die vorangegangenen

Ereignisse oder sogar an das vorherige Leben zu haben. Gleichzeitig kann Unklarheit oder Verwirrung bezüglich der eigenen Identität bestehen.

Dissoziative Identitätsstörung

Die dissoziative Identitätsstörung ist die schwerste Form dissoziativen Erlebens und äußert sich über die Ausbildung mehrerer Persönlichkeitsanteile, die scheinbar autonom voneinander fühlen, denken und handeln und nicht der bewussten Steuerungsfähigkeit unterliegen. Abwechselnd übernehmen unterschiedliche, wie „abgespalten“ wirkende Persönlichkeitsanteile die Kontrolle über das innere Erleben und das äußere Handeln, wobei den Betroffenen diese Vorgänge zumeist nur wenig bewusst und zudem kaum erinnerlich sind.

Die dissoziative Identitätsstörung ist in der Regel eine Folge allerschwerster Traumatisierungen im Kindesalter wie wiederholter oder lang andauernder sexueller bzw. physischer Misshandlung oder Vernachlässigung, häufig auch im Rahmen organisierter oder ritueller Gewalt an Kindern.

Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DDNOS)

Die DDNOS fasst unterschiedliche dissoziative Erscheinungsformen unter einer gemeinsamen Bezeichnung zusammen. Typische dissoziative Beschwerden einer DDNOS können sein:

Typ 1: Das Vorhandensein unterschiedlicher Persönlichkeitsanteile, die jedoch nicht vollständig abgegrenzt sind oder für deren Handeln keine klinisch relevante Amnesie vorliegt. Das Beschwerdebild unterscheidet sich in diesen Punkten von der [dissoziativen Identitätsstörung](#).

Typ 2: Wiederholte Derealisation ohne Depersonalisation.

Typ 3: Dissoziative Zustände als Folge anhaltender schwerer repressiver Maßnahmen zur Erzwingung der Veränderung persönlicher Überzeugungen (umgangssprachlich "Gehirnwäsche").

Typ 4: Episoden reduzierten Bewusstseins in Bezug auf die Umgebung oder stereotypes (d. h. monotonen, wie automatisiertes) Verhalten bzw. Bewegungen, die als nicht willkürlich steuerbar erlebt werden. Bei Beschwerden dieser Art spricht man auch von einer **dissoziativen Trancestörung**.

Typ 5: Zustände von physischer Erstarrung bei gleichzeitiger Unfähigkeit auf äußere Reize zu reagieren (Stupor) bis hin zu Bewusstseinsverlust oder Koma.

Typ 6: Auf gestellte Fragen wird knapp vorbeigeantwortet. Die Frage wird zunächst verstanden und innerhalb der richtigen Antwortrubrik beantwortet, die Antwort selbst ist jedoch nicht zutreffend (z. B. "Welche Farbe hat der Himmel?" – "Grün". "1 + 4?" – "6").

Dissoziativer Stupor

Beim dissoziativen [Stupor](#) (F44.2) sind willkürliche Bewegungen, Sprache sowie die normale Reaktion auf Licht, Geräusche und Berührung vermindert oder fehlen ganz. Die normale Muskelspannung, aufrechte Körperhaltung und Atmung sind jedoch erhalten, die Koordination der Augenbewegungen ist häufig eingeschränkt.

Dissoziative Bewegungsstörungen

Bei dissoziativen Bewegungsstörungen kommt es entweder

- zu einem Verlust oder einer Einschränkung der Bewegungsfähigkeit ([Willkürmotorik](#), Sprache) oder

- zu Koordinationsstörungen, [Ataxie](#) oder der Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen. Dissoziative Bewegungsstörungen machen bis 25 % der Bewegungsstörungen in neurologischen Abteilungen aus. Davon wiederum fallen 32,8 % auf den psychogenen [Tremor](#), 25 % auf die psychogene [Dystonie](#), 25 % auf psychogene [Myoklonie](#), 6,1 % auf den psychogenen [Parkinsonismus](#) und 10,9 % auf die psychogene [Gangstörung](#).

Dissoziative Krampfanfälle

Bei dissoziativen Krampfanfällen kommt es zu plötzlichen und unerwarteten krampfartigen Bewegungen, die einem [epileptischen](#) Anfall ähnlich sein können. Es kommt allerdings nicht zum Bewusstseinsverlust. Stattdessen ist jedoch ein stupor- oder tranceähnlicher Zustand möglich. Eher seltener kommt es dabei zu einem Zungenbiss, schweren [Hämatomen](#), Verletzungen aufgrund eines Sturzes oder zur [Urininkontinenz](#).

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Bei den dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen liegt ein Verlust (teilweise oder vollständig) entweder

- der normalen Hautempfindungen (ein Körperteil oder am ganzen Körper) oder des Seh-, Hör- oder Riechvermögens vor.

Konversionsstörungen sind eine Gruppe [neurotischer Störungen](#). In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen [ICD-10](#) werden sie synonym als [dissoziative Störungen](#) bezeichnet. Typische Symptome sind ein Verlust des Identitätsbewusstseins, Erinnerungsstörungen und eine mangelnde Kontrolle über Körperbewegungen. Patienten nehmen [neurologische](#) Symptome wie [Taubheit](#), [Blindheit](#), [Lähmung](#), ungewollte Muskelkontraktionen oder Anfälle wahr, für die keine neurologische Ursache zu finden ist [Affektäquivalent](#), eine Abwehrreaktion des Körpers, die durch bestimmte Emotionen ausgelöst wird.

.....

Literatur zu Trauma, Dissoziation und Traumafolgen:

Posttraumatische Belastungsstörung

[Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen \(Reddemann, Dehner-Rau, Bleick\)](#)

[Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma: Ein Ratgeber für Menschen nach schweren seelischen Belastungen und ihren Angehörigen \(Schäfer, Rüther, Sachsse\)](#)

Folgen von emotionaler, körperlicher und sexueller Traumatisierung sowie Vernachlässigung in der Kindheit

[Die Narben der Gewalt \(Herman\)](#)

[Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1 \(Huber\)](#)

[Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2 \(Huber\)](#)

[Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen \(Reddemann, Dehner-Rau, Bleick\)](#)

[Wenn die Seele verletzt ist: Trauma - Ursachen und Auswirkungen \(Sautter\)](#)

[Dissoziative Identitätsstörung](#)

[Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität - verstehen, verändern, behandeln \(Huber\)](#)

[Schritt für Schritt ins Leben: Ein kompaktes Selbsthilfebuch für Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung und Zwischenformen \(Striebel\)](#)

[Folgen organisierter Gewalt](#)

[Handbuch Rituelle Gewalt \(Claudia Fliß\)](#)

[Trauma bei Kindern und Jugendlichen](#)

[Kinder und Trauma: Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben \(Eckardt\)](#)

[Erste Hilfe für traumatisierte Kinder \(Krüger\)](#)

[Verwundete Kinderseelen heilen \(Levine, Kline\)](#)

Regionale Studie

Ärzte und Wissenschaftler aus den [Kliniken Schmieder \(Lurija-Institut\)](#) haben zusammen mit Kollegen der [Universitätskliniken Marburg](#) und [Magdeburg](#) mittels [kernspintomographischer Verfahren](#) Patienten mit konversionsbedingten [Lähmungen](#) und gesunde Individuen, die eine Lähmung simulierten, untersucht. Die Studienautoren wiesen Unterschiede in [hemmenden Netzwerken](#) des [Frontalhirns](#) für die [motorische Kontrolle](#) bei [Schein-Simulanten](#) und echten Konversionspatienten nach. Diese Kenntnis [neuronaler Korrelate](#) ergibt nach Ansicht der Autoren Ansatzpunkte für die Diagnostik und Therapie der Konversionsstörungen.

T. Hassa, E. de Jel, O. Tiescher, R. Schmidt, M. A. Schoenfeld: *Functional networks of motor inhibition in conversion disorder patients and feigning subjects*. In: *NeuroImage. Clinical*. Band 11, 2016, S. 719–727, [doi:10.1016/j.nicl.2016.05.009](#), [PMID 27330971](#), [PMC 4900693](#).

Weiters u.a.:

[Nijenhuis et al. \(Holland\)](#)

[Schlumpf et al. 2013-2015 \(Schweiz\)](#)

[Reinders et al. 2012](#)