

**Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie**

der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. A. Warnke

***„Das klinische Bild dissoziativer Störungen
im Kindes- und Jugendalter,
ihr Verlauf und ihre Prognose“***

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät der

Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Tobias Weigand

aus Volkach

Würzburg, September 2005

Referent: Prof. Dr. med. A. Warnke, Klinik und Poliklinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie

Koreferent: Prof. Dr. med. H. Csef, Medizinische Klinik II

Dekan: Prof. Dr. med. G. Ertl, Medizinische Klinik

Tag der mündlichen Prüfung: 28. September 2006

Der Promovend ist Arzt

Inhaltsverzeichnis

Kapitel		Seite
1	<i>Einleitung – Zur Geschichte von Dissoziation und Konversion</i>	1
2	<i>Stand der Forschung</i>	6
2.1	<i>Entstehungskonzepte dissoziativer Störungen</i>	6
2.1.1	Konversionsstörungen	6
2.1.2	Dissoziative Störungen	14
2.2	<i>Die Einteilung der dissoziativen Störungen unter Berücksichtigung der 10. Novelle der International Classification of Diseases (ICD-10) der World Health Organisation WHO</i>	16
2.2.1	Dissoziative Amnesie	19
2.2.2	Dissoziative Fugue	21
2.2.3	Dissoziativer Stupor	22
2.2.4	Trance- und Besessenheitsstörungen	23
2.2.5	Dissoziative Krampfanfälle	24
2.2.6	Dissoziative Bewegungsstörung	26
2.2.7	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	29
2.2.8	Ganser-Syndrom	30
2.2.9	Multiple Persönlichkeitsstörung	31
2.3	<i>Diagnostik dissoziativer Störungen</i>	33
2.4	<i>Therapeutische Aspekte der der Behandlung dissoziativer Störungen</i>	34
2.5	<i>Forensische Aspekte dissoziativer Störungen</i>	37
2.5.1	Gewaltverbrechen und Dissoziation	37
2.5.2	Frühkindliche Traumatisierung und dissoziative Störungen	38
2.6	<i>Studien zum Verlauf der dissoziativen Störungen im Kindes- und Jugendalter</i>	40
2.6.1	Zusammensetzung der Patientengruppen	40
2.6.2	Kurzfristige Prognose der dissoziativen Störung	44
2.6.3	Längerfristige Prognose der dissoziativen Störung	44
2.6.4	Psychiatrische Komorbidität der dissoziativen Störung	48
2.6.5	Risikofaktoren, die den Verlauf der dissoziativen Störung beeinflussen	49

2.6.6	Zusammenfassender Überblick	50
3	<i>Fragestellung</i>	52
3.1	<i>Epidemiologische Untersuchungen</i>	52
3.2	<i>Komorbidität mit anderen Erkrankungen</i>	53
3.3	<i>Verlauf der dissoziativen Störung</i>	53
3.4	<i>Risikofaktoren beim Auftreten und im Verlauf einer dissoziativen Störung</i>	54
3.5	<i>Validität der Diagnose einer dissoziativen Störung</i>	56
3.6	<i>Zusammenfassende Fragestellung und Formulierung der Hypothesen</i>	57
4	<i>Methoden</i>	60
4.1	<i>Diagnostisches Instrumentarium</i>	60
4.1.1	Der halbstrukturierte Fragebogen zur Erfassung relevanter Daten aus den Krankengeschichten	60
4.1.2	Das Heidelberger Dissoziations-Inventar HDI	61
4.1.3	Der Fragebogen zur Sozialen Integration FSI	64
4.1.4	Das Klinische Psychiatrische Interview DIA-X	66
4.1.5	Der Fragebogen und das Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen der Achse-II SKID-II	67
4.1.6	Das klinische Kurz-Interview zu psychiatrischen Störungen MINI-DIPS	68
4.2	<i>Stichprobenerhebung von Patientengruppe und Kontrollgruppe</i>	70
4.2.1	Patientenstichprobe	70
4.2.2	Kontrollpersonengruppe	73
4.3	<i>Versuchsablauf</i>	75
4.3.1	Patientengruppe	75
4.3.2	Kontrollpersonengruppe	77
4.4	<i>Datenverarbeitung</i>	78
5	<i>Ergebnisse</i>	79
5.1	<i>Analyse der Ausgangsstichprobe</i>	79
5.1.1	Epidemiologie	79
5.1.2	Komorbidität mit anderen Erkrankungen	96
5.1.3	Therapieerfolg zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung bzw. der Beendigung der ambulanten Therapie	100
5.1.4	Risikofaktoren dissoziativer Störungen	101
5.1.5	Anamnestische Korrelate mit möglichem Einfluss auf den Verlauf der dissoziativen Störung	104
5.1.6	Korrelation anamnestischer Daten mit dem Behandlungserfolg	107

5.2	<i>Analyse der Katamnesestichprobe</i>	109
5.2.1	Vergleich der Katamnesestichprobe mit der Ausgangsstichprobe, Demografie der Katamnesegruppe	109
5.2.2	Verlauf der dissoziativen Störung	112
5.2.3	Komorbidität mit anderen Erkrankungen	115
5.2.4	Zusammenfassende Inzidenz psychischer Störungen der Katamnesegruppe	122
5.2.5	Prognostische Faktoren bei alleiniger Betrachtung der dissoziativen Störungen	123
5.2.6	Weitergehende Prognose der dissoziativen Störung	127
5.2.7	Validität der dissoziativen Störung	129
5.3	<i>Überprüfung der aufgestellten Hypothesen</i>	130
6	<i>Diskussion der Ergebnisse</i>	136
	<i>Ergebnisse in der Ausgangsstichprobe</i>	136
	<i>Ergebnisse aus den Daten der Katamnesestichprobe</i>	140
	<i>Ausblick – Konsequenzen der Ergebnisse auf den klinischen Alltag</i>	145
7	<i>Zusammenfassung</i>	148
	<i>Literaturverzeichnis</i>	151

1 Einleitung – Zur Geschichte von Dissoziation und Konversion

Beim Versuch, die Geschichte der Dissoziation und der Konversion zu skizzieren, sieht man sich unabdingbar auch mit der Geschichte der Hysterie konfrontiert (Garcia, 1990; Spitzer et al., 1996), da teilweise noch bis in heutige Tage hinein diese beiden Begriffe oftmals synonym gebraucht werden, wenngleich sie – obschon sie ähnlichen psychischen Mechanismen zuzuordnen sind – nach der aktuellen Nomenklatur vorzugsweise voneinander getrennt verwendet werden sollten. Der Versuch die gesamte Geschichte der Hysterie aufzuzeichnen würde jedoch den Rahmen dieses Kapitels bei weitem sprengen; hierzu sei auf Veröffentlichungen beispielsweise von Mentzos (1986) oder Kihlstrom (1994) verwiesen. Ziel dieses Kapitels ist vielmehr, die geschichtliche Entwicklung des Dissoziationsbegriffes bis zum heutigen Tage in groben Zügen zu erläutern.

Die ersten Erwähnungen des Hysteriebegriffes finden sich bereits in der ägyptischen Hochkultur (Veith, 1965). Man erklärte sich damals das vor allem bei Frauen anzutreffende Phänomen durch das Herumwandern des weiblichen Uterus im Körper und gab ihm daher das ägyptische Wort für Gebärmutter „hysteron“ zum Namen.

Während zu jener Zeit der Hysterie ein nicht näher erklärbarer Krankheitszustand zugeschrieben wurde, wurden zu anderer Zeit und in anderen Kulturen ähnliche Verhaltensmuster verehrt. So sind zum Beispiel die auch heute noch im Schamanismus anzutreffenden Trance- und Extasezustände durchaus mit dissoziativem Verhalten zu vergleichen (Eliade, 1964).

Im Mittelalter hingegen waren dissoziative Verhaltensweisen gerade nicht verehrt, wurden die Personen, die dieses Verhalten zeigten, doch oftmals als Besessene oder Hexen verfolgt (Mentzos, 1986).

Erste über diese eher okkulten Erklärungsmodelle hinausgehende wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dem Thema der Hysterie lassen sich gegen Ende des vorletzten Jahrhunderts in Frankreich finden. Bereits 1859 veröffentlichte Paul Briquet sein Werk „Traité de L'Hystérie“, in dem es ihm

gelang, eine erste Einordnung der vielfältigen Symptomausprägungen der Hysterie vorzunehmen, ohne dass er hierbei allerdings tiefer gehende Einsichten in die Ätiopathogenese der Hysterie gewinnen konnte (Briquet, 1859).

Jean Martin Charcot (1825-1893), Chefarzt der Pariser Hospice de la Salpêtrière, ist die erste Einsicht in den psychodynamischen Grundcharakter der Hysterie zu verdanken. Im Rahmen seiner Dienstagsvorlesungen konnte Charcot beweisen, dass Patienten mit hysterischen Symptomen diese unter Hypnose nicht mehr aufwiesen. Diese Beobachtung ließ Charcot zum Schluss kommen, dass dem Bewusstsein nicht zugängliche Verhaltensmuster für die Pathogenese der Hysterie verantwortlich sein könnten. Letztendlich vertrat Charcot dennoch die These einer somatischen Entstehung der Hysterie, deren Ursache er in einer Übererregbarkeit neuromuskulärer Strukturen sah (Wölk, 1992).

Die psychischen Aspekte der Hysterie vermochten erst Charcots Schüler Pierre Janet und Sigmund Freud näher zu erklären. 1889 war es Janet, der als erster den Begriff der Dissoziation oder „desagrégation“ ins Leben rief. Nach Janets Ansicht entstand die Hysterie durch dem Willen nicht mehr unterworfenen oder abgespaltene „psychologische Automatismen“ (aus mehreren komplex miteinander verwobenen Handlungstendenzen bestehende Verhaltensweisen). Unter normalen Bedingungen seien all jene Automatismen dem Willen unterworfen, in traumatischen Situationen jedoch komme es bei prädisponierten Personen (von Janet als „dégénérescence“ bezeichnet) zur Abspaltung oder Dissoziation einzelner dieser Automatismen. Somit war es auch Janet, der als erster den Zusammenhang zwischen traumatisierender Situation und dem Entstehen von Hysterie und Dissoziation beschrieb. Auch die multifaktorielle Pathogenese der Dissoziation, die erst durch das Zusammenspiel von Diathese, Trauma und früheren Erfahrungen entstehe, entstammt Janets Theorien (Kapfhammer, 1998)

Sigmund Freud unterstützte zu Beginn seiner Forschungen die Thesen Janets, allerdings kam er im Verlauf seiner psychoanalytischen Theorienbildung zusammen mit Breuer (1895) immer mehr zu der Erkenntnis, dass es sich bei

der die Hysterie auslösenden traumatischen Situation vielmehr um ein inneres Trauma handle, das er im Rahmen seines Libidokonzeptes mit sexuellen Phantasien gleichsetzte (Kapfhammer, 1998). Im weiteren Fortgang seiner Forschungen favorisierte Freud zunehmend ein Verdrängungs- anstatt eines Dissoziationsmodells zur Erklärung der Hysterie (Krutzenbichler, 1997).

Zur Zeit der Jahrhundertwende des 19./20. Jahrhunderts wurde das Dissoziationskonzept vor allem in den USA von zahlreichen Wissenschaftlern weiter untersucht. In europäischen Kreisen geriet es zunehmend in Vergessenheit. Jedoch konnten sich auch die in den USA erlangten neueren Erkenntnisse zur Dissoziation nicht wirklich durchsetzen, da das von Eugen Bleuler formulierte Konzept der Schizophrenie auf breite Zustimmung stieß und dieses die Dissoziation als Kernsymptom der Schizophrenie definierte, so dass die Dissoziation ihren Status als eigene Entität immer mehr verlor (Bliss, 1980). Ein anderer Grund für das nachlassende Interesse am Dissoziationskonzept zur Erklärung der Hysterie zu Beginn des 20. Jahrhunderts dürfte zudem in den weiteren Forschungen Sigmund Freuds gelegen haben, der hierin die Hysterie weniger als Dissoziation einzelner Verhaltensanteile, sondern als Umsetzung eines intrapsychischen Konfliktprozesses in körperliche Symptomenkomplexe zu erklären versuchte. Nach Freud werden unterdrückte Triebregungen meist sexuell-ödipaler Natur als Möglichkeit einer Konfliktlösung und Triebreduktion in symbolhafte körperliche Erscheinungsbilder umgewandelt, ohne dass dem Betroffenen hierbei jedoch der intrapsychische Konflikt bewusst werde (Freud, 1916/17).

Im weiteren Verlauf wurde das Konversionskonzept verstärkt zur Erklärung der Hysterie herangezogen, wenn es jedoch auch mehrere Male modifiziert wurde (Hohendorf & Bölle, 1996; Mentzos, 1986). Vor allem wich man von der Annahme Freuds ab, der intrapsychische Konflikt, der die Konversion bedinge, sei ödipaler Natur, da in zunehmendem Maße hysterische Konversionssymptome auch bei nicht-ödipalen Konfliktkonstellationen zu beobachten waren (Hofmann & Hochapfel, 1995; Mentzos, 1986). Uneinigkeit bestand lange Zeit darüber, welche körperlichen Symptome unter dem Begriff einer Konversion zu subsumieren seien. Während einige Autoren der Ansicht

waren, jedes Organ des Körpers könne auf eine Konversion zurückzuführende Symptome zeigen, wurde von anderen Kreisen ein engerer Konversionsbegriff bevorzugt, der lediglich Symptome im Bereich der Willkürmotorik und Sinneswahrnehmung als konversionsneurotisch bezeichnete (Köbler & Scheidt, 1997). Einem eher eng gefassten Konversionsbegriff folgen auch die aktuell gültigen Klassifikationssysteme des ICD-10 und des DSM-IV.

Der zu beobachtende Gestaltwandel im Symptombild der Konversion war eine weitere Ursache für Modifikationen an Freuds Ur-Konzept der Konversion. So konnte beobachtet werden, dass die früher noch verbreitet beobachteten monosymptomatischen theatralisch anmutenden Konversionssymptome, wie der von Briquet erstmals beschriebene „arc de cercle“, ein tonisches Überstrecken der gesamten Rumpfmuskulatur, im Verlauf der Zeit immer häufiger einem polysymptomatischen Bild mehrerer kleiner Symptome wich (Mentzos, 1986). Ursache hierfür ist vor allem das fortschreitende medizinische Wissen, das beim Ausdruck des Konfliktes in allzu dramatischen Symptomen schnell den Eindruck der Simulation (Hoffmann, 1986) erweckt hätte.

Jedoch kamen im weiteren Verlauf wieder Zweifel auf an der Verwendung des Konversionskonzeptes zur Erklärung der Hysterie. Durch Beobachtungen, dass konversionstypische Symptome auch im Gefolge nicht hysterischer psychischer Störungen auftreten können, wurde die Frage diskutiert, ob die Konversion kein eigentliches Krankheitsbild, sondern vielmehr ein bloßes Symptom verschiedener Erkrankungen sei (Guze et al., 1971). Zudem konnte in neueren Komorbiditätsstudien gezeigt werden, dass die Konversion als akzessorisches Phänomen komplexer psychischer Störungen angesehen werden kann (Spitzer et al., 1994), was wiederum dem Konversionsmodell als Erklärung der Hysterie entgegenstand.

Aus diesen Gründen rückte das für lange Zeit weitgehend in Vergessenheit geratene Dissoziationskonzept wieder in den Mittelpunkt des Interesses der Hysterieforschung. In den letzten Jahren wurde verstärkt die Hypnose als Diagnostikum und Therapeutikum psychischer Störungen eingesetzt, wodurch auch der enge Zusammenhang zwischen hypnoiden und dissoziativen Erfahrungen festgestellt wurde (Whalen/Nash, 1996). Gleichzeitig beschäftigte

man sich in den USA mit den Langzeitfolgen von im Vietnamkrieg traumatisierten Soldaten und stellte fest, dass dissoziative Symptome einen bedeutenden Teil in der Symptomatik dieser posttraumatischen Belastungsreaktionen ausmachten (Branscomb, 1991; Bremner et al., 1992). Schließlich musste man feststellen, dass der sexuelle Missbrauch von Kindern in der modernen Gesellschaft einen sehr viel größeren Stellenwert einnimmt als bis dato angenommen und dieser natürlich eine Form der Traumatisierung darstellt. Die Entstehung psychischer Störungen in der Folge sexuellen Missbrauchs kann mit Hilfe des Dissoziationskonzeptes erklärt werden. Hierbei ist vor allem die Maximalvariante der dissoziativen Störung – die Multiple Persönlichkeit - zu erwähnen, bei deren Auftreten ein überdurchschnittlich häufiger Zusammenhang mit körperlichem oder sexuellem Missbrauch belegt werden konnte (Wilbur, 1984; Ross et al., 1991).

Es zeigt sich, dass der heute nur noch ungern verwendete Hysteriebegriff von etlichen wissenschaftlichen Strömungen beeinflusst wurde. Daher erscheint es sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich, vom Archetypus der Hysterie zu sprechen oder die Konversion bzw. die Dissoziation als einzige Triebfeder bei der Entwicklung hysterischer Verhaltensweisen anzusehen. Vielmehr sollte man sich vor Augen halten, dass unter dem in der ICD-10 als dissoziative Störung geführten Krankheitsbild ein Kontinuum von Symptomen aus dem dissoziativen sowie konversionsneurotischen Bereich zu finden ist. Es handelt sich bei vielen als dissoziative Störung bezeichnete Erkrankungen im engeren Sinne demnach nicht um eine Dissoziation als vielmehr um eine Konversion.

Das Zusammenfassen dieser beider Modelle unter ein Störungsbild in den modernen Klassifikationssystemen wird der geschichtlichen Entwicklung daher nur zum Teil gerecht, da es sich bei beiden Theorien im Ursprung um verschiedene Erklärungsmodelle handelt, die aber dennoch beide ähnlich geartete Symptome zu erklären versuchen.

2 Stand der Forschung

2.1 Entstehungskonzepte dissoziativer Störungen

Im Klassifikationssystem der DSM-IV sind die Konversionsstörungen unter den somatoformen Störungen zu finden, mit denen sie auch deutliche ätiologische Gemeinsamkeiten verbinden. Auf der anderen Seite sind die „klassischen“ dissoziativen Symptome (unter anderen Amnesie, Fugue, Multiple Persönlichkeitsstörung) zu sehen, die in ihrer Entstehung teilweise auf andere Wege erklärt werden. Im ICD-10-Klassifikationssystem werden beide Störungsbilder gemeinsam zu den dissoziativen Störungen gerechnet, wobei bedacht werden muss, dass bezüglich der Entstehung beider Gruppen von Störungen gewisse Unterschiede bestehen, wenn beide Störungen doch auch etliche Gemeinsamkeiten verbinden. Aus diesem Grunde wird bei der Erörterung der ätiologischen Konzepte der Störungen eine Trennung analog der Klassifikation des DSM-IV in dissoziative Störungen und in zu den somatoformen Störungen zählenden konversionsneurotischen Störungen vorgenommen.

2.1.1 Konversionsstörungen

Unter Beachtung des aktuellen Forschungsstandes muss derzeit von einer multifaktoriellen Genese der Konversionsstörung ausgegangen werden. Verschiedene Vulnerabilitätsfaktoren fließen individuell in unterschiedlicher Gewichtung in die Störungsgenese ein.

2.1.1.1 Genetische Aspekte

Wie bei den meisten anderen psychischen Störungen so ist auch bei der Entstehung der Konversionsstörungen von einer genetischen Disposition auszugehen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit der Störung beeinflussen kann. In einer Zwillingsstudie von Torgersen (1986) konnte festgestellt werden, dass die Konkordanz monozygoter Zwillinge bezüglich der Diagnose einer somatoformen Störung (unter die im DSM-IV die Konversionsstörung

subsumiert wird) 29 Prozent betrug, wohingegen diese Rate bei heterozygoten Zwillingen bei lediglich zehn Prozent lag.

Eine größere Studie untersuchte die Frage, ob Konversionsstörungen häufiger bei bestimmten klinischen Belastungen der Eltern der Patienten auftraten. Untersucht wurden hierbei 800 Schwedinnen, die bereits früh in der Kindheit von den leiblichen Eltern getrennt aufwuchsen. Es zeigte sich ein erhöhtes Risiko für das Auftreten der Konversionsstörung, wenn die leiblichen Kindsväter unter Alkoholproblemen oder schizophrenen Psychosen litten (Bohmann et al. 1984). Der Faktor einer genetischen Disposition für die Entwicklung einer Konversionsstörung lässt sich daher nicht von der Hand weisen, wenn er auch eine weitaus geringere Rolle als beispielsweise bei der Entstehung schizophrener Psychosen spielen dürfte (Guze, 1993).

2.1.1.2 Biologische Aspekte

Ob und inwieweit biochemische Vorgänge der Neurotransmission bei Patienten mit Konversionsstörungen gestört sind, ist gegenwärtig noch nicht geklärt. Jedoch ließ sich bereits nachweisen, dass durch experimentelle Beeinflussung der Cortisol-Konzentration die Wahrnehmung von Schmerzreizen moduliert werden konnte (Fehm-Wolfsdorf, 1994). Ob auf ähnlichem Wege auch die Wahrnehmung anderer willkürlicher Körperfunktionen beeinflusst werden kann, was letztlich zu Symptomen der Konversion führen könnte, ist gegenwärtig nur Gegenstand von Spekulationen.

Jedoch konnten bei an somatoformen Störungen Erkrankten bereits Veränderungen in zentralnervösen Verarbeitungsprozessen festgestellt werden. Das Gehirn dieser Patienten lässt bei der Bearbeitung visuospatialer Aufgaben eine deutlichere Aktivierung des cerebralen Blutflusses erkennen als bei gesunden Kontrollpersonen. Ob hierin die statistische Bevorzugung der linken Körperhälfte bei der Präsentation somatoformer Symptome mitbegründet ist, kann letztlich nicht abschließend beurteilt werden (James et al., 1987). Auch andere neurophysiologische Untersuchungen fanden diskrete aber signifikante Unterschiede bei Patienten mit somatoformen und auch konversionsneurotischen Störungen. In verschiedenen Untersuchungen

konnten Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf relevante Reize gefunden werden (Gordon et al, 1986; James et al., 1990). Hieraus wurde geschlossen, dass irrelevante endogene Reize als krankhaft missdeutet und mit einer reaktiven Veränderung der Körperfunktionen beantwortet werden.

Schließlich konnte bei Patienten mit somatoformen Störungen ein generell erhöhtes psychophysiologisches Aktivierungsniveau festgestellt werden, welches dazu beitragen kann, dass im Grunde physiologische Reize verzerrt wahrgenommen und somit leicht als krankhaft fehlinterpretiert werden können (Hanback & Revelle, 1978; Pennebaker, 1982).

2.1.1.3 Umweltkonzepte

Bei an somatoformen Störungen Leidenden konnte gehäuft festgestellt werden, dass dem Thema Krankheit in der Kindheit der Patienten ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde, da zum Beispiel ein Elternteil oder ein Geschwister an einer schweren organischen Krankheit litt. Hieraus konnte abgeleitet werden, dass ein anderer Umgang mit Körpersignalen, ihrer Bewertung sowie daraus resultierenden Verhaltenskonsequenzen von den Patienten gelernt wurde (Craig et al., 1993; Livingston et al., 1995). Gleichzeitig konnte beobachtet werden, dass die Symptomwahl konversionsneurotischer Patienten oftmals engen Zusammenhang mit dem familiären Umfeld aufweist. Die Patienten zeigten Symptome, die in ähnlicher Weise bei kranken Familienangehörigen oder Bekannten zumeist organisch begründbar auftraten (Kapfhammer et al., 1992). Zeitweise orientieren sich Konversionspatienten an ihren eigenen organischen Erkrankungen und deren Symptomen, was im oftmals koexistenten Auftreten eines genuinen cerebralen Konvulsionsleidens und einer entsprechenden Konversionsstörung zu beobachten ist.

Diese teilweise angelernten Einstellungsweisen entscheiden darüber, wie eine Person Körperempfindungen bewertet und auf sie reagiert. Somatisierungspatienten neigen dazu, bereits Bagatellempfindungen unbewusst zu pathologisieren und krankheitsspezifische Reaktionen daraus abzuleiten (Barsky et al., 1993).

Es gibt etliche Belege dafür, dass traumatische Lebensereignisse die Entwicklung dissoziativer Störungen bedingen können. In der Folge beider Weltkriege sowie jüngerer militärischer Konflikte konnten zahlreiche Konversionsphänomene dokumentiert werden. Die Inzidenz traumatischer Lebensereignisse ist bei Patienten mit Konversionsstörung signifikant höher als in der Allgemeinbevölkerung und auch deutlich höher als in Gruppen, die an anderen psychischen Störungen leiden, was das erhöhte Risiko des Auftretens einer Konversion bei stattgehabter Traumatisierung belegen kann (Barsky et al., 1994; Morrison, 1989; Pribor et al., 1993). Besonders in der jüngeren Vergangenheit wurden gerade sexuell traumatisierende Ereignisse in besonderem Maße für das Entstehen dissoziativer Störungen schuldig gemacht. Hier existieren Studien, in denen bei allen untersuchten Patienten mit dissoziativen Störungen Hinweise auf massive sexuelle Übergriffe in der Vergangenheit gefunden wurden (Saxe et al., 1993). Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass nicht nur Übergriffe sexuell geprägten Charakters als Verursacher dieser Störungen schuldig gemacht werden können, sondern generell all jene Situationen, in denen es zu aggressiven Handlungen mit körperlicher Bedrohung kommt (Rief, 1998).

Frauen erkranken deutlich häufiger an Konversionsstörungen als Männer. Diese Beobachtung lässt vermuten, dass auch soziologische Aspekte das Auftreten der Störung begünstigen können. Die höhere Inzidenz der Erkrankung bei Frauen ist sicherlich darin mitbegründet, dass diese in erheblich höherem Maße den eben erwähnten Risikofaktoren, speziell den Erfahrungen sexuellen Missbrauchs ausgesetzt sind, da diese Gewalttaten in überwiegender Mehrzahl von Männern begangen werden. Von Rief (1998) wird zudem die Vermutung aufgestellt, dass die gängigen Diagnosekriterien sehr enge definierte Störungsbilder voraussetzen, die wohl häufiger von Personen des weiblichen Geschlechts erfüllt würden; denn würde man die Diagnosekriterien weiter fassen, so gleiche sich das Geschlechtsverhältnis mehr aneinander an.

Epidemiologische Studien konnten bezüglich des Erstauftretens der Störung einen zweigipfligen Altersverlauf mit Häufungen zwischen 15 und 25 Jahren sowie 45 und 55 Jahren herausarbeiten (Maxion et al., 1989; Scheidt et al.,

1996), gleichzeitig konnte beobachtet werden, dass Personen aus den unteren sozialen Schichten, die aus ländlichen Gegenden stammen, häufiger erkranken (Maxion et al. 1989).

2.1.1.4 Persönlichkeitskonzepte

Von Barsky und Wyshak (1990) konnte belegt werden, dass Patienten die an somatoformen und konversionsneurotischen Störungen erkrankten, sehr häufig das Persönlichkeitsmerkmal der „somatosensory amplification“ aufwiesen, welches besagt, dass diese Patienten in erhöhtem Maße körpereigene Empfindungen wahrnehmen und ihre Aufmerksamkeit auf diese fokussieren. Diese Beobachtung hängt möglicherweise auch mit der bereits erwähnten Beobachtung der zentralnervösen Fokussierungsstörung zusammen.

Vor allem von psychotherapeutischer Seite gewann das Persönlichkeitsmodell der Alexithymie bei der Frage möglicher Risikofaktoren zur Entstehung somatoformer Störungen schnell an Popularität. Unter dem Begriff Alexithymie wird die mangelnde Fähigkeit verstanden, Emotionen in adäquater Weise zu verbalisieren. Durch diese Unfähigkeit würde nach alternativen Wegen des Ausdrucks der Emotion gesucht, was schließlich unter anderem im Ausdruck durch körperliche Reaktionen beantwortet wird. Erhalten diese Reaktionen krankheitsbezogene Bedeutungen, so können sich daraus vermehrt somatoforme Störungen und Konversionsstörungen entwickeln. Trotz seiner Popularität konnte die Alexithymie als Risikofaktor für die Entwicklung der Konversionsstörungen nicht ausreichend belegt werden. Vielmehr ist inzwischen davon auszugehen, dass dieses Persönlichkeitsmerkmal nicht als spezifisch für somatoforme Störungen im Speziellen oder Psychosomatosen im Allgemeinen anzusehen ist, sondern dass es einen allgemeinen Risikofaktor für die Entstehung vieler verschiedener psychischer Erkrankungen darstellt (Vingerhoets et al., 1995).

Ebenfalls von Psychoanalytikern wurde die These aufgestellt, dass die Konversionsstörung als wichtige Voraussetzung das Vorliegen einer hysterisch strukturierten Primärpersönlichkeit benötige. Dieses Persönlichkeitsprofil zeichne sich durch ausgeprägte Merkmale theatralischen Verhaltens,

emotionaler Labilität, Abhängigkeit, Übererregbarkeit, Egozentrik, verführerischen Verhaltens und erhöhter Suggestibilität aus. Neuere Studien zur Psychopathologie von Konversionspatienten beschrieben jedoch auch eine erhöhte Anzahl passiver, dependenter und depressiver Primärpersönlichkeiten (Chodoff & Lyons, 1958; Folks et al., 1984; Toone, 1990).

In neuerer Zeit wurde das Persönlichkeitsmodell „The big five“ (Extraversion, Freundlichkeit, Emotionalität, Charakterstärke, Reflexivität/Offenheit) als Risikofaktor für die Entstehung somatoformer Störungen diskutiert. Kirmayer et al. (1994) diskutierten, dass diese Persönlichkeitsfaktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung teilhaben. Eine gewisse Ähnlichkeit des Persönlichkeitsmodells „The big five“ mit dem histrionen Persönlichkeitstypus ist nicht von der Hand zu weisen. Jedoch wurde bereits in den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts von Chodoff und Lyons (1958) eine Studie veröffentlicht, die aufzeigen konnte, dass die dissoziativen Störungen nicht unweigerlich mit einer speziellen Primärpersönlichkeit verknüpft sein müssen.

2.1.1.5 Andere psychische Störungen

Schließlich soll noch auf komorbide Störungen verwiesen werden, deren Auftreten gehäuft mit somatoformen Störungen beobachtet wird und die daher als Risikofaktoren für die Entstehung dissoziativer Störungen gelten können. Hier sei an erster Stelle die Depression, deren affektive Komponente eher im Hintergrund steht, genannt („lavierte Depression“). Häufig wurde vermutet, dass es sich bei Symptomen aus dem Bereich der somatoformen Störungen vielmehr um das körperliche Äquivalent dieser Depression handle. Da für beide Erkrankungen bis zum heutigen Tage kein analoges neurobiologisch begründbares Entstehungsbild gefunden wurde und zugleich beobachtet werden konnte, dass bei einer Koexistenz der depressiven und der somatoformen Störung beide nicht zeitgleich auftraten, ist von zwei verschiedenen Erkrankungsbildern auszugehen, die sich gegenseitig als Risikofaktoren bedingen. Ähnlich verhält es sich in diesem Zusammenhang auch mit der Angststörung, welche ebenfalls in erhöhtem Maße koexistent mit somatoformen Störungen einerseits und depressiven Störungen andererseits

auftritt. Auch hier ist von einer eigenen Krankheitsentität auszugehen, deren Bestehen das Auftreten der beiden anderen zu begünstigen scheint, so dass sich eine gegenseitige trianguläre Beziehung zwischen den drei Krankheitsbildern der Konversionsstörung, der Angststörung und der depressiven Störung ergibt, da auch die beiden letzteren sich gegenseitig zu begünstigen scheinen.

2.1.1.6 Behaviorale Faktoren bei der Aufrechterhaltung der Erkrankung

Für die Aufrechterhaltung, weniger die Entstehung der Erkrankung werden neben Komorbiditäten, genetischen Faktoren und anderen auch Verhaltensweisen verantwortlich gemacht, die bei Patienten mit somatoformen und dissoziativen Störungen gehäuft anzutreffen sind. Vor allem die beiden Verhaltensweisen des Kontrollverhaltens und des Schonverhaltens /Vermeidungsverhaltens sollen hier angeführt werden. Das Schonverhalten der Patienten führt zu einer Reduktion der Funktionsfähigkeit der jeweiligen Organe über die durch die Erkrankung empfundene Einschränkung hinaus, was wiederum als Bestätigung des Krankheitskonzeptes empfunden wird und weitere Schonung bedingen kann. Schonverhalten führt daneben auch zum Aufsuchen reizarmer Umgebungsbedingungen, was mit sozialem Rückzug und einer weitgehend passiven Freizeitgestaltung einhergehen kann. Hierdurch werden verstärkt Situationen gefördert, in denen die Person körpereigene Signale wahrnimmt und fehlinterpretiert, was wiederum als weiterer Verstärker der Erkrankung anzusehen ist. Vor allem bei lokalisierten körperlichen Symptomen wird von Seiten der Patienten ein sich wiederholendes Verhalten beobachtet, den Körper auf Funktionsausfälle hin abzusuchen oder bestimmte „Provokationstests“ zu vollziehen, mit denen die körperlichen Funktionseinschränkungen abgeschätzt werden sollen (z. B. Durchbewegen der Finger bei motorischen Störungen). Diese Verhaltensweisen reduzieren die im Patienten bestehende Angst vor weitergehender körperlicher Krankheit und sind somit als Schutzmaßnahme des Körpers vor zu großer Angst anzusehen. Im lerntheoretischen Sinne werden solche Verhaltensweisen positiv verstärkt, was letztendlich jedoch dazu führt, dass der ursächliche Bedingungsfaktor der

Angst im Hintergrund bleibt und nicht vom Patienten bewältigt werden kann (Salkovskis, 1996).

2.1.1.7 Synopsis

In Abb.1 Ist dargestellt, wie verschiedene Risikofaktoren und aufrechterhaltende Faktoren die Erkrankung bedingen. Es sei darauf hingewiesen, dass durch eine derartige Abbildung nur einzelne Faktoren der vielfältigen Entstehung der

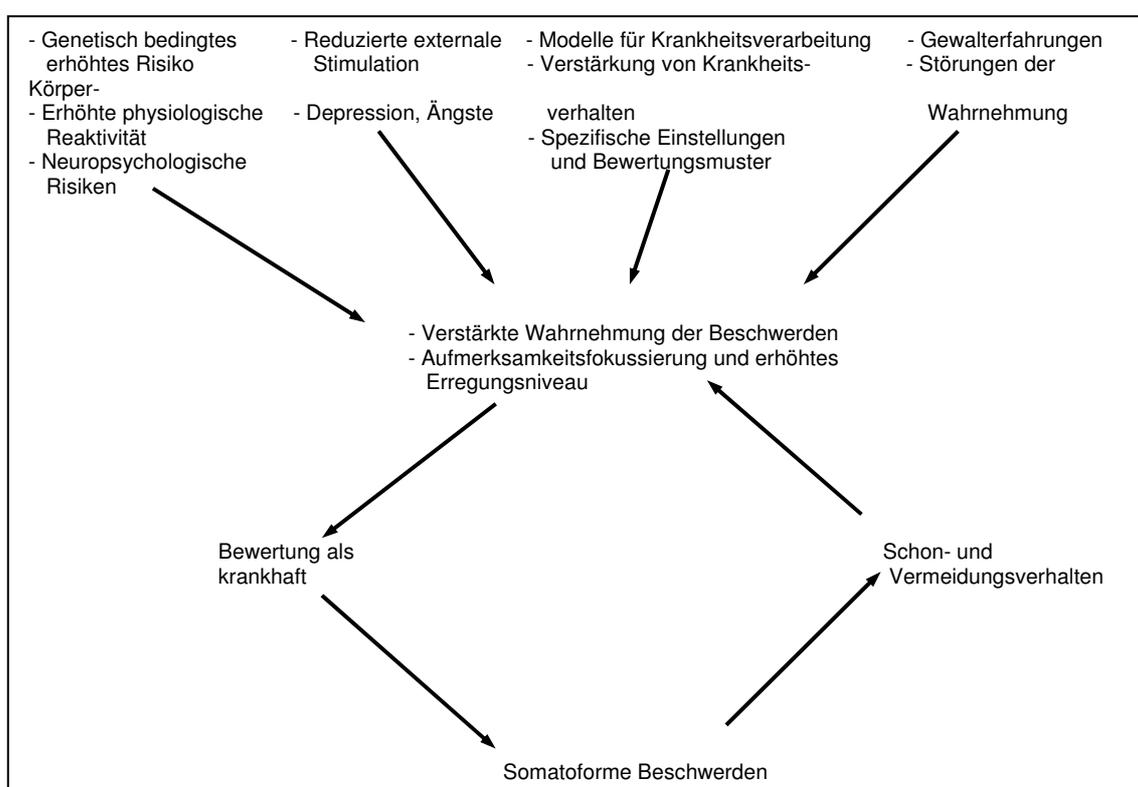


Abbildung 1: Entstehungskonzept und Aufrechterhaltung somatoformer und dissoziativer Störungen (nach Rief, in Baumann & Perrez (Hrsg.): Klinische Psychologie – Psychotherapie, 2.Aufl., Hans Huber, Bern, 1998, S.938)

Störung aufgezeigt werden können und diese hierdurch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Zentraler Punkt der Pathogenese ist der circulus vitiosus aus verstärkter Wahrnehmung teils physiologischer körpereigener Prozesse, die durch verschiedene Faktoren als pathologisch verstanden werden, und über verstärktes Vermeidungsverhalten wiederum eine Verstärkung erfahren

dadurch, dass eine erneute Fokussierung auf besagte enterozeptive Reize erfolgt. Aus diesem Prozess heraus können sich schließlich die somatoformen Störungen entwickeln und verselbstständigen.

Zusammenfassend bleibt zu erwähnen, dass das Bild der Konversionsstörungen von mehreren heterogenen Faktoren abhängig ist, und allenfalls mittels epidemiologischer Studien Risikofaktoren für die Entwicklung der Störung formuliert werden können. Der letztendlichen Pathogenese der Störung ist im individuellen Fall gesondert Beachtung zu schenken.

Momentan vermag jedoch noch kein endgültiges Konzept der Krankheitsentstehung formuliert werden.

2.1.2 Dissoziative Störungen

Die dissoziativen Störungen lassen sich bezüglich ihrer Genese mittels Stress-Vulnerabilitäts-Modells verstehen. Gemeinsam ist allen Ausprägungen dissoziativer Symptome, dass sie gleichsam als Reaktion auf meist massive und unerwartete psychische Traumatisierungen entstehen. Sowohl bei dissoziativen Amnesien als auch bei der dissoziativen Fugue oder dissoziativen Identitätsstörungen lassen sich im Vorfeld der Störungen massive Stressexpositionen bei den Patienten eruieren wie z.B. Kriegserlebnisse, Misshandlungen, Beziehungskonflikte oder andere subjektiv scheinbar unlösbare Konfliktsituationen (Kardiner & Spiegel, 1947; Kopelman, 1987; Loewenstein, 1991; Putnam, 1991).

Dissoziative Reaktionen können daher als Verhaltensweisen gedeutet werden, in denen die Psyche sich vor im Moment scheinbar unlösbaren Problemen flüchtet, indem sie jene Teile des Bewusstseins, die diesem Problem exponiert sind, von der übrigen Identität abspaltet, um dem Individuum Raum zur Reorganisation und Traumabewältigung zu geben (Ford, 1989).

Unter neurobiologischen Gesichtspunkten sind bei solch massiven Stressexpositionen zwei sich primär gegenüberstehende Verhaltensmuster zu unterscheiden, welche beide teilweise zur Erklärung dissoziativer Phänomene herangezogen werden können.

1. Das Kampf- oder Fluchtreaktionsmuster: Ein Individuum reagiert mit einer generalisierten Alarmreaktion auf extreme externe Bedrohungen, indem ein erhöhter Sympathikotonus eine Kampf- oder Fluchtreaktion vorbereitet („fight and flight“). Dieses als hyperarousal bezeichnete Stadium zeichnet sich durch eine zentral gesteuerte Abgabe katecholaminerger Substanzen und corticotroper Hormone aus. Jüngst konnte in einer Studie belegt werden, dass dissoziative Erfahrungen in derartigen hyperarousal-Situationen vermehrt beobachtet werden (Sterlini, Bryant, 2002).
2. Das Aufgabereaktionsmuster: Diese Reaktionsweise wird vom Individuum vor allem dann gewählt, wenn eine Kampf- oder Fluchtreaktion nicht aussichtsreich erscheint oder aufgrund cerebraler Reifungs- und Lernprozesse noch nicht ausgebildet ist, wie dies zum Beispiel bei Kindern der Fall ist. Auch hierbei kommt es ähnlich wie im hyperarousal-Stadium zu einer initialen Antwort mit der Ausschüttung von Katecholaminen und Corticosteroiden. Diese wird jedoch gefolgt von einer starken Aktivierung des Parasympathikus und der zentralen dopaminergen Systeme vor allem im mesolimbischen und mesokortikalen Kortex. Diese beeinflussen das Affektverhalten. Durch Querverbindungen zum endogenen Opioidsystem erfolgt zudem eine Modulation der Schmerzwahrnehmung, die auch eine Verzerrung der Wahrnehmung von Zeit, Ort und Realität bedingen kann, in ähnlicher Weise wie dies auch durch externe Applikation von Opioidanaloga beobachtet werden kann. Diese Pharmaka vermögen auch dissoziative Reaktionen auszulösen.

Durch die verzerrte Realitätswahrnehmung können sich in diesem Zusammenhang auch einzelne Symptome dissoziativer Störungen wie beispielsweise die gestörte Zeit- und Ortswahrnehmung im Rahmen einer dissoziativen Fugue erklären lassen.

Die generelle Bereitschaft eines Individuums, auf externe Reize eventuell mit dissoziativen Symptomen zu reagieren, ist von mehreren Faktoren abhängig. Eine Großzahl dieser Faktoren wurde bereits bei der Erörterung der Risikofaktoren der Konversion genannt. Zusätzlich hierzu muss als besonderer Risikofaktor bei der Entstehung dissoziativer Störungen die frühkindliche

Traumatisierung genannt werden, die häufig in Zusammenhang mit dissoziativen Störungen und hier wiederum vor allem mit der dissoziativen Identitätsstörung genannt wird (Putnam et al., 1986). Zugleich wurde noch eine Vielzahl weiterer Prädiktoren oder Risikofaktoren zur Entwicklung dissoziativer Phänomene diskutiert, wie beispielsweise minimale cerebrale Dysfunktionen, Schlafentzug, Alkoholkonsum, ein ungünstiger familiärer Hintergrund mit frühkindlichen Deprivationserlebnissen etc. Der gesamte Kontext dieser Faktoren wäre zu umfangreich, um in diesem Zusammenhang in vollem Umfang dargestellt zu werden. Hier sei z.B. auf die Veröffentlichung von Kapfhammer (1998) verwiesen.

Es besteht mit hinreichend gesicherter Wahrscheinlichkeit ein enger Zusammenhang zwischen der Bereitschaft eines Individuums zur Dissoziation und der Suggestibilität oder Hypnotisierbarkeit der Person. So wird die Hypnose als Simulation einer dissoziativen Störung herangezogen, um so unter Untersuchungsbedingungen dissoziative Phänomene zu simulieren, sie zu analysieren und auch zu behandeln (Hilgard, 1986). Die erhöhte Bereitschaft zur Hypnotisierbarkeit wird daher ebenfalls als Risikofaktor bei der Dissoziationsentwicklung angesehen – Patienten mit dissoziativen Störungen weisen eine im Mittel verstärkte Bereitschaft zur Hypnose auf (Frischholz et al., 1992) -, wenngleich herausgehoben werden muss, dass sie nicht unabdingbar bei Patienten mit dissoziativen Störungen vorliegen muss.

2.2 Die Einteilung der dissoziativen Störungen unter Berücksichtigung der 10. Novelle der International Classification of Diseases (ICD-10) der World Health Organisation WHO

Die in der Einleitung dargelegte Inhomogenität des Begriffes der Dissoziativen Störungen führt dazu, dass sich unter der Diagnosenummer F44.X der dissoziativen Störungen in der ICD-10 zum einen Störungsbilder finden, die dem klassischen Dissoziationskonzept zuzuordnen sind als auch der Konversionstheorie zugehörige Symptome. In der ICD-10 werden diese jedoch allesamt als dissoziative Störung bezeichnet. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit

werden die Begriffe Konversionsstörung und dissoziative Störung oftmals nebeneinander verwendet, wobei sich die Konversionsstörungen hierbei auf Symptome im Sinne einer klassischen Konversion beziehen, die erwähnten dissoziativen Störungen aber sowohl die klassischen dissoziativen Symptome als auch der Konversion zuzuordnende Symptome beschreiben.

Die Zusammenlegung der beiden medizingeschichtlich verschiedenen Störungen resultiert aus mehreren Parallelitäten, die beide Störungen verbinden und vor allem die Konversionsstörungen in gewissem Maße von den somatoformen Störungen unterscheidet, mit denen sie jedoch im DSM-IV noch unter einem Diagnoseschlüssel zusammengefasst sind. Denn im Gegensatz zu den meist chronisch bestehenden somatoformen Störungen werden die Konversionen in der überwiegenden Zahl als Reaktion auf ein akutes Geschehen beobachtet. Weiterhin spielen sich sowohl die Dissoziation als auch die Konversion auf der Ebene des normalerweise bewussten Erlebens ab, wobei im Rahmen der Störung normalerweise bewusste Vorgänge oder Empfindungen der Aufmerksamkeit entzogen sind (Kihlstrom, 1994). Zugleich lassen sich die Konversionsstörungen ähnlich wie die Dissoziationen auf das beide Störungen bedingende Hysteriekonzept zurückführen, weshalb sie in der ICD-10 – wenngleich hinsichtlich der gebotenen Symptome eigentlich somatoform – unter den dissoziativen Störungen aufgenommen wurden.

Gewisse Grundvoraussetzungen müssen bei der Diagnose einer dissoziativen Störung erfüllt sein. Der Begriff der „Dissoziativen Störung“ beinhaltet Verhaltensweisen, die durch einen teilweisen oder vollständigen Verlust der beim Gesunden vorhandenen Integration von Erinnerung, Identität, Empfindung und Körperkontrolle gekennzeichnet sind (Jans, 1999).

Im ICD-10 (Dilling et al., 1991) wird für alle dissoziativen Störungen ein zeitlicher Zusammenhang mit Belastungen, Problemen oder Bedürfnissen gefordert. Im Weiteren muss zur Diagnose der Dissoziativen Störung deren Auslösung durch eine körperliche Erkrankung oder durch Substanzmissbrauch ausgeschlossen sein.

Unter dem Begriff der Dissoziativen Störung werden in der ICD-10 die folgenden Krankheitsbilder subsumiert:

- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Fugue
- Dissoziativer Stupor
- Trance- und Besessenheitsstörung
- Dissoziative Bewegungsstörung
- Dissoziativer Krampfanfall
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung
- Gemischte dissoziative Störung
- Ganser-Syndrom
- Multiple Persönlichkeitsstörung
- Andere näher bezeichnete dissoziative Störung
- Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung

Im DSM-IV, dem vor allem im angloamerikanischen Sprachraum herangezogenen Klassifikationsmanual psychischer Störungen, lassen sich einige Unterschiede im Vergleich zur ICD-10 bei der Diagnose der dissoziativen Störungen finden. Hier finden sich die Konversionsstörungen als Subkategorie der somatoformen Störungen aufgelistet, ferner wird bei der Diagnose der Konversionsstörung nicht dahingehend differenziert, welches Funktionssystem des Körpers von der Störung betroffen ist. Zudem finden sich andere Konversionssymptome auch in der Symptomliste der Somatisierungsstörung. Einen zeitlichen Zusammenhang zwischen Beginn der Symptomatik und einer Konfliktsituation fordert das DSM-IV lediglich für die Konversionsstörungen, nicht jedoch für die dissoziativen Störungen, die unter einem eigenen Diagnoseschlüssel zu finden sind. Unter den dissoziativen Störungen sind zusätzlich zu den im ICD-10 aufgenommenen Störungen noch die Depersonalisierungsstörung sowie die Derealisationsstörung zu finden, die im ICD-10 gänzlich fehlen.

Im Folgenden wird der Begriff der dissoziativen Störung in enger Anlehnung an den ICD-10 verwendet, eine Differenzierung nach den Kriterien des DSM-IV unterbleibt, da die in der Studie untersuchten dissoziativen Symptome nach

diesem Klassifikationsschema eine sehr inhomogene Verteilung von Störungen darstellten, die auf drei verschiedene Diagnosen verteilt wären.

2.2.1 Dissoziative Amnesie

Unter einer dissoziativen Amnesie oder „psychogenen Amnesie“ versteht man das Vergessen wichtiger persönlicher Informationen, das weder durch eine „gewöhnliche Vergesslichkeit“ oder durch eine somatische Erkrankung erklärt werden kann. Die Amnesie ist typischerweise retrograd, sie bezieht sich also auf in der Vergangenheit liegende Ereignisse (Kapfhammer, 1998). Wie bei allen dissoziativen Störungen, so verlangt die ICD-10 auch bei der dissoziativen Amnesie den glaubhaften Zusammenhang zwischen Symptombeginn und einer Belastungssituation, sowie den Ausschluss von somatischen Erkrankungen oder Substanzmissbrauch zu deren Diagnose.

Über die Prävalenz der dissoziativen Amnesie lässt sich nur wenig sagen, da ältere Studien das Störungsbild nicht unter den Klassifikationsrichtlinien der ICD-10 oder des DSM-IV untersuchen konnten; neuere Studien mit validierten diagnostischen Instrumenten sind bisher nur wenige erschienen. Ross (1990) bezifferte den Anteil dissoziativer Amnesien in einer zufällig ausgewählten Gruppe kanadischer Erwachsener mit 6% recht hoch. Eindeutig scheint eine erhöhte Prävalenz der dissoziativen Amnesie bei Patienten nachweisbar zu sein, die einer massiven Traumaexposition ausgesetzt waren (Erikson & Lundin, 1996). Auch Coons und Milstein (1992) kamen bei der Untersuchung von 25 Patienten mit dissoziativer Amnesie zu dem Ergebnis, dass in 72% der Fälle eine für den Patienten einschneidende traumatische Erfahrung in der Vergangenheit bestanden hatte. Gerade auch traumatisierte Kinder scheinen besonders häufig mit Symptomen einer dissoziativen Amnesie auf diese Traumatisierung zu reagieren. Terr (1988) konnte belegen, dass solche Kinder die von ihnen erlebten Traumata verbal nicht mehr zu reproduzieren im Stande waren.

Die betroffene Person selbst beschreibt eine dissoziative Amnesie selbst zumeist als „Blackout“ oder unklaren Zeitverlust; oft wird dies erst dann

bewusst, wenn andere Personen den Betroffenen mit Verhaltensweisen konfrontieren, die diesem gänzlich unbewusst sind oder sich plötzlich Dinge im eigenen Besitz finden, die dem Besitzer bis dato unbekannt waren (Kapfhammer, 1998).

Obwohl in einer Großzahl von Fällen angenommen werden kann, dass Episoden dissoziativer Amnesien plötzlich beginnen und auch rasch wieder in Remission gehen, konnten Coons und Milstein (1992) im Rahmen einer Fallstudie zeigen, dass die Amnesien auch chronisch auftreten und sich dann nur sehr langsam wieder zurückbilden. Zugleich konnte gezeigt werden, dass nicht nur kürzlich zurückliegende zeitliche Episoden vergessen werden, sondern auch länger vergangene.

Zwar bietet das typische Erscheinungsbild der dissoziativen Amnesie, das sich durch retrograde recht selektiv auf menstische Fähigkeiten beschränkte Ausfälle und einen meist plötzlichen Beginn auszeichnet, bei der Diagnose bereits deutliche Hinweise, jedoch sollte stets bedacht werden, dass letztlich kein Test und keine Untersuchung existiert, mit der alleine sich die dissoziative Amnesie endgültig beweisen lässt (Kapfhammer, 1998). Daher sollten bei der Diagnose einer dissoziativen Amnesie stets differentialdiagnostische Überlegungen erwogen werden. Diese beinhalten vor allem andere dissoziative Störungen, deren Erscheinungsbild teilweise von Symptomen der Amnesie gebildet wird; hier sind vor allem die dissoziative Fugue und die Multiple Persönlichkeitsstörung zu erwähnen. Zugleich kann die dissoziative Amnesie auch Symptom einer akuten oder posttraumatischen Belastungsreaktion, einer somatoformen Störung oder auch einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sein (Davidson & Foa, 1993; Spitzer et al, 1994).

Des Weiteren muss man sich bei der Diagnostik der dissoziativen Amnesie dabei bewusst sein, dass es sich bei den gezeigten Symptomen durchaus auch um eine Simulation handeln kann (Kapfhammer et al., 1998; Schachter, 1986). Auch neurologische bzw. neuropsychiatrische Erkrankungen wie beginnende Demenzen, Delirien, epileptische Anfallsleiden, Migräneepisoden oder eine transiente globale Amnesie können durchaus als dissoziative Amnesie verkannt werden, wenn auch einige dieser Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

selten vorkommen, da sie typischerweise im Senium auftreten. Ähnlich können auch Intoxikation mit verschiedensten Substanzen (z.B. Alkohol, Steroide, LSD) und andere metabolische Störungen (wie z.B. Hypoglykämien, Urämien oder Porphyrinen) Amnesien bedingen (Akhtar & Brenner, 1979; Cummings, 1985; Lishman, 1998). Daher sollte die Diagnose der dissoziativen Amnesie möglichst erst nach Ausschluss der genannten Störungen mittels internistischer und neurologischer Untersuchung, auch unter Ausschöpfung laborchemischer Untersuchungsparameter und bildgebender Diagnostik gestellt werden (Kapfhammer, 1998).

2.2.2 Dissoziative Fugue

Die dissoziative Fugue ist gekennzeichnet durch ein plötzliches und unerwartetes Verlassen der gewohnten Umgebung. Die Person ist sich hierbei über Sinn und Zweck dieser „Flucht“ (*fugare* lat. fliehen) und über die persönliche Vergangenheit meist im Unklaren. Somit kann die Symptomatik zunächst der einer dissoziativen Amnesie ähneln, jedoch geht der Begriff der Fugue weiter als der einer Amnesie, da hier das Wissen um die eigene Identität gestört ist (Kapfhammer, 1998)

Auch bei der Entstehung der dissoziativen Fugue spielen Traumatisierungen eine entscheidende Rolle. Jedoch werden im Gegensatz zur dissoziativen Amnesie vielschichtiger Erklärungsmodelle zu ihrem Entstehen herangezogen wie beispielsweise ein ungünstiger familiärer Hintergrund; zugleich werden verschiedene Faktoren als prädisponierend für eine dissoziative Fugue angenommen wie beispielsweise Schlafdeprivation oder diskrete Schädel-Hirn-Traumata (Löwenstein, 1996; Fisher, 1945; Riether & Stoudemire, 1988).

Die Prävalenz der dissoziativen Fugue lässt sich aus ähnlichen Gründen, die bereits bei der dissoziativen Amnesie erwähnt wurden, nur schwer abschätzen, Ross (1991) beziffert sie mit 0,2% in der erwachsenen Normalbevölkerung; eine Häufung der dissoziativen Fugue in Kriegszeiten wird berichtet (Löwenstein, 1996).

Anhand der Symptomatik erscheint es durchaus plausibel, dass die dissoziative Fugue bei Jugendlichen und besonders Kindern seltener anzutreffen sein dürfte

als bei Erwachsenen, da vor allem Kindern bereits die Möglichkeit des Verlassens des häuslichen Umfeldes vergleichsweise schwer fallen dürfte, allerdings weist Löwenstein (1996) darauf hin, dass das „Weglaufen“ von Jugendlichen aus einem konfliktbelasteten Elternhaus („runaway behaviour“) durchaus auch als dissoziative Fugue gedeutet werden kann.

Das Ende einer dissoziativen Fugue ist meist genauso plötzlich wie ihr Anfang, die betroffene Person kehrt wieder in ihr gewohntes Umfeld zurück und beginnt, die amnestische Episode zu verarbeiten (Kihlstrom, 1990; Löwenstein, 1996).

Bei der Diagnose der dissoziativen Fugue müssen neben den bereits bei der dissoziativen Amnesie erwähnten Erkrankungen differentialdiagnostisch vor allem im Rahmen einer komplex partialen Epilepsie auftretende postiktale ziellose Wanderzustände und andere nichtepileptische hirnorganische Störungen wie Gehirntumoren oder eine Migräne bedacht werden (Akhtar & Brenner, 1979; Good, 1993).

2.2.3 Dissoziativer Stupor

Nach ICD-10 ist der dissoziative Stupor gekennzeichnet durch eine beträchtliche Verringerung bis hin zur völligen Unfähigkeit, willkürliche Bewegungen auszuführen. Ebenso kann es hierbei zu einem Fehlen reflektorischer Reaktionen auf visuelle, auditorische oder taktile Reize kommen. Dies äußert sich häufig darin, dass der Patient in einer einzelnen Körperhaltung überwiegend reglos verharrt. Hierbei kann jedoch ausgeschlossen werden, dass der Patient schläft oder bewusstlos ist, da ein gewisser Ruhemuskeltonus vorhanden ist, die Atmung für den Wachzustand typische Muster aufweist, oder die Augen von Zeit zu Zeit geöffnet und koordiniert bewegt werden. In unbeobachteten Momenten werden zeitweilig auch spontane Bewegungen der Patienten beobachtet (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2000). Zur Zuordnung eines Stupors zum dissoziativen Formenkreis muss das Vorliegen einer organischen oder speziellen psychiatrischen Erkrankung ausgeschlossen werden, bei der ähnliche Symptome auftreten können.

Diesbezüglich muss differentialdiagnostisch vor allem der katatone, depressive oder manische Stupor beachtet werden.

Neben dem typischen Krankheitsbild fordert der ICD-10 zur Diagnose des dissoziativen Stupors zusätzlich noch das Vorhandensein eines belastenden Ereignisses oder entsprechender Probleme.

2.2.4 Trance- und Besessenheitsstörung

Tranceähnliche Zustände sind in vielen ethnischen Gruppen verbreitet und dort weniger im psychopathologischen als vielmehr im religiösen Bereich zu finden. Trancen sind „integrale Bestandteile von religiösen und kulturellen Ritualen, die einem normativem Regelwerk unterliegen“¹. Der Begriff der Trance beschreibt einen Geisteszustand veränderter Bewusstseinslage mit generell eingeschränkter oder nur selektiv ausgerichteter Empfänglichkeit für externe Stimuli. Häufig ist hiermit das Auftreten von stereotypen Verhaltensmustern oder Bewegungen verbunden.

Der Begriff der Besessenheit geht über den der Trance hinaus und beschreibt zusätzlich das (vorübergehende) Ersetzen der eigenen Identität durch eine Neue. Diese neue Identität wird einem Geist, einem Gott beziehungsweise einer göttlich wirkenden Kraft oder einer anderen herausragenden Persönlichkeit zugesprochen, die für den Zeitraum der Besessenheit Kontrolle über den Geist der Person erhalten. Typischerweise besteht für den Zeitraum der Besessenheit eine retrograde Amnesie.

Das Auftreten von Symptomen, die einer Trance oder einer Besessenheit entsprechen, sollten lediglich dann als dissoziative Störung angesehen werden, wenn sie bei einer Person zu beobachten sind, in deren Kulturkreis entsprechende Symptome nicht im Rahmen religiös-kultureller Riten anzutreffen sind (Kampfhammer, 1998), selbst wenn diese Symptome in ihrer Entstehungsweise und Psychopathogenese einer dissoziativen Störung entsprechen.

Als dissoziative Störungen sind demnach nur jene anzusehen, die außerhalb des für die jeweilige Gesellschaft oder für die religiöse Gemeinschaft üblichen

¹ Kampfhammer, HP.: Dissoziative Störungen, in: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie & Psychotherapie, Urban & Schwarzenberg, München, 1998, S.1293

„normalen“ Rahmens auftreten und auch nur dann, wenn sie zudem mit klinisch bedeutsamen Einbußen in persönlichen und psychosozialen Funktionen einhergehen. Derartige Störungen werden gehäuft bei Angehörigen bestimmter Kulturkreise oder Personen aus umschriebenen geographischen Regionen beobachtet und so können sie auch als „kulturgebundene beziehungsweise kulturspezifische Störungen“ bezeichnet werden (González et al., 1997). In Mitteleuropa und speziell auch in Deutschland finden sich Symptome einer Trance oder Besessenheit aus den genannten Gründen nur selten.

Diagnostisch bereitet das Vollbild einer Besessenheit wahrscheinlich nur wenige Probleme, während bei einem sich bietenden Bild der Trance differentialdiagnostisch auch an das Auftreten einer Psychose und gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie an Erscheinungsbilder des Autismus gedacht werden muss, welcher ebenfalls mit stereotypen Bewegungsmustern und einer für den Außenstehenden verändert erscheinenden Bewusstseinslage einhergehen kann.

2.2.5 Dissoziative Krampfanfälle

Der dissoziative Krampfanfall stellt eine der Störungen dar, die sich entwicklungsgeschichtlich den Konversionsstörungen zuordnen lassen. Prinzipiell können dissoziative Krampfanfälle all jene Symptome zeigen, die auch bei organisch begründbaren epileptischen Anfällen beobachtet werden können. Diese können von alleinigem Bewusstseinsverlust über kurze Absenzen bis hin zu generalisierten tonisch-klonischen Konvulsionen reichen. Gleichzeitig können im dissoziativen Krampfanfall sensorische Defizite mit enthalten sein, diese müssen aber in enger zeitlicher Beziehung zum Anfall stehen. Es lassen sich einige Symptome und Merkmale formulieren, die hinweisend auf eine psychogene Genese der Anfälle sind, diese jedoch keinesfalls beweisen (nach Savard & Andermann, 1990).

1. Als Quasi-Aura werden von den Patienten häufig Übelkeit, Kopfschmerzen, Atemnot oder Schwindel angegeben, die vor allem wichtigen

- Bezugspersonen mitgeteilt werden und die ganz offenkundig den Beginn eines Anfalls fördern.
2. Der Anfall ereignet sich zumeist in einer dem Patienten vertrauten Umgebung, nur ganz selten ereignet er sich des Nachts, also ohne Zugewesenheit anderer Personen.
 3. Wenngleich die Symptombreite der Anfälle einen weiten Spielraum möglicher Ausprägungen erkennen lässt, so bleibt doch festzuhalten, dass vielen dieser Symptome ein theatralischer Aspekt anhaftet. Seine maximale Ausprägung erfährt diese Theatralik im so genannten „arc de cercle“, einem tonischen Überstrecken der autochthonen Rückenmuskulatur, der in früherer Zeit häufiger beschrieben wurde, in der jüngeren Vergangenheit jedoch nur noch selten Erwähnung findet.
 4. Auch der während des Anfalles sich bietende Gesichtsausdruck der Patienten lässt deutliche dramatisierende Komponenten erkennen und verdeutlicht dadurch die konflikthafte psychische Situation, in der sich die Patienten befinden.
 5. In den meisten Fällen gelingt es den Patienten, schmerzhaftes Haltungen während der Anfälle zu vermeiden, im Rahmen der Anfälle beobachtete Stürze verlaufen zumeist ohne schwerwiegende Verletzungen. Im gleichen Kontext ist zu erwähnen, dass die bei genuinen Epilepsien häufig beobachteten Symptome der Enuresis oder Enkopresis bzw. des lateralen Zungenbisses bei dissoziativen Krampfanfällen nur selten beobachtet werden. Ihr Auftreten spricht für eine schwerwiegende Störung der psychopathologischen Primärpersönlichkeit.
 6. Ein Zeichen, das vor allem bei den dissoziativen Anfällen zu beobachten ist, ist die so genannte geotrope Augenbewegung; beim passiven Bewegen des Kopfes des Patienten wird stets eine Deviation der Augen zum Boden hin und somit weg vom Untersucher beobachtet.
 7. Die Dauer des dissoziativen Anfalles ist in der Regel signifikant länger als die eines epileptischen Krampfanfalles und übersteigt normalerweise die Dauer von zwei Minuten. Nicht selten mündet der dissoziative Anfall in einen prolongierten Pseudostatus ein. Auch ist die Frequenz der Anfälle für

gewöhnlich häufiger als bei genuinen Epilepsien, meist ereignen sich die konversionsneurotischen Anfälle mehrmals täglich.

Als grundlegende Forderung der Diagnose eines dissoziativen Krampfanfalles sollte der mehrfache unauffällige EEG-Befund, der nach Möglichkeit auch während eines Anfalles erhoben wird, gefordert werden. Hier bietet sich eine grundlegende Problematik bei der Diagnostik und Differentialdiagnostik der dissoziativen Krampfanfälle. Denn auch bei genuinen Konvulsionen gelingt es zeitweise nicht, vorhandene Veränderungen der cerebralen Erregung eindeutig zu dokumentieren. Gerade hier sollte die Diagnose einer Konversionsstörung nicht zu vorschnell gestellt werden.

Besonders kompliziert gestaltet sich die Differenzierung zwischen „echter“ Epilepsie und Konversion beim gelegentlich beobachteten gleichzeitigen Auftreten beider Erkrankungen. Hierbei dient sich der Patient zumeist selbst als Vorbild für die gezeigte dissoziative Symptomatik.

Im Gefolge dissoziativer Krampfanfälle können gehäuft Symptome einer dissoziativen Fugue oder eines Stupors beobachtet werden, was nochmals die nosologische Nähe beider Ausprägungen der Erkrankung darlegt.

2.2.6 Dissoziative Bewegungsstörung

Unter den dissoziativen Bewegungsstörungen sind vor allem motorische Defizite zu nennen, hier vor allem muskuläre Schwächen oder Paresen der Extremitäten. Gelegentlich ist auch eine Störung im Bereich der Nackenmuskulatur zu beobachten, die sich klinisch als Torticollis spasticus äußert. Jedoch sind Schwächen oder Paresen der Rumpfmuskulatur seltener beim Bild der dissoziativen Bewegungsstörung anzutreffen. Sehr selten sind die Paresen im Gesicht oder an der Zungenmuskulatur zu beobachten.

Ein Hinweis auf eine eventuelle psychogene Genese der Störung lässt sich dann erkennen, wenn die Störungerscheinungen organische Strukturen missachtend auftreten. Zum Beispiel beachten die dissoziativen Störungen in der überwiegenden Zahl der Fälle streng die Körpermittellinie. Des Weiteren

lässt sich zuweilen beobachten, dass die Patienten ihre muskulären Schwächen oder Paresen zum Teil aufgeben, wenn sie sich unbeobachtet fühlen oder gezwungen sind Bewegungen auszuführen, die der Mithilfe der betroffenen Muskeln bedürfen. Daher ist eine derartige dissoziative Störung mit einer gründlichen neurologisch-körperlichen Untersuchung in einigen Fällen bereits zu diagnostizieren.

Sehr viel komplizierter gestaltet sich die Diagnose einer dissoziativen Gangstörung oder einer Standstörung. Bei der Diagnostik dieser Störungen finden sich zuweilen einige Charakteristika, die das Augenmerk des Untersuchenden auf die Konversionsstörungen lenken können (Brandt et al, 1994).

1. Es findet sich eine auffällige Fluktuation der Störung, welche sich häufig durch suggestive Beeinflussung oder Ablenkung in ihrer Ausprägung beeinflussen lässt.
2. Die Bewegungsabläufe der Patienten wirken oftmals auffällig verlangsamt, quasi wie unter Zeitlupe.
3. Bei durchgeführtem Romberg- Standversuch lässt sich eine allmähliche Zunahme der Körperschwankamplituden aus initial sicherem Stand beobachten.
4. Die Patienten nehmen auffallend unphysiologische Körperhaltungen ein, zugleich findet sich ein häufiges Einknicken im Hüft- oder Kniegelenk mit einem ruckartigen Auffangen des Körpers, ohne dass es hierbei jedoch zu einem Sturz kommt.
5. Bei vielen Patienten wird der so genannte „Plattfüßige Eisgang“ beobachtet, der durch ein äußerst vorsichtiges Abrollen der Füße mit verminderter Bewegung der oberen Sprunggelenke charakterisiert ist, und beim Beobachter den Eindruck hervorruft, der Patient ginge auf äußerst glattem Boden.

Besonders schwierig sind Symptome zu bewerten, die sich wie ein Tremor oder eine Dyskinesie bzw. eine Dystonie bemerkbar machen und das Bild einer Störung des extrapyramidalen Systems nachahmen. Wenngleich diesen

Symptomen ein zuweilen unverkennbarer Ausdruckcharakter in Zusammenhang mit belastenden psychosozialen Situationen anhaftet, so ist doch bei der Diagnosestellung besondere Vorsicht geboten, um nicht ein vorschnelles Bild von einer psychogenen Störung des Patienten zu gewinnen.

Alle dissoziativen Bewegungsstörungen gehen oft mit einer Reihe weiterer psychomotorischer Ausdruckssymptome einher wie einem leidenden und angestregtem Gesichtsausdruck, einem Stöhnen, einer manierten Handhaltung oder einer Hyperventilation (Kapfhammer, 1998).

Nur selten gezeigte Symptome der dissoziativen Bewegungsstörung sind Schluckbeschwerden, ein Harnverhalt sowie der vollständige oder teilweise Verlust der Phonation (Kellner, 1991).

Bevor die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung gestellt wird sollten durch eingehende fachärztliche neurologische Untersuchungen diejenigen organischen Störungen ausgeschlossen werden, die zur Erklärung der Symptome herangezogen werden können. Da gerade auf dem Gebiet der Neurologie etliche Störungen zur Erklärung dieser Symptome dienen können, muss der Patient unter Umständen eine Vielzahl teilweise invasiver Untersuchungen durchlaufen. Auch beim Vorliegen von Nebensymptomen, die auf eine psychogene Genese der Erkrankung hinweisen können, sollte die Diagnose der dissoziativen Störung nicht zu vorschnell gestellt werden. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sei bei zu vorschneller Diagnose gebotener Beschwerden als Dissoziationsstörung an eine drohende Stigmatisierung der jungen Patienten erinnert.

Differentialdiagnostisch müssen, wie eben erwähnt, all jene organischen neurologischen Erkrankungen bedacht werden, die ähnliche Symptome zeigen können. Auch etliche internistische Erkrankungen oder Intoxikationen können mit dem Bild dissoziativer Bewegungsstörungen verwechselt werden. Daher sollte neben einer neurologischen Ursachenforschung auch eine eingehende pädiatrisch-internistische Untersuchung erfolgen.

2.2.7 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung

Ähnlich wie die dissoziativen Bewegungsstörungen sind viele der Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen ebenfalls im Bereich der Extremitäten lokalisiert. Betroffen können alle Qualitäten der Empfindung werden, sowohl als alleiniges Defizit wie auch miteinander kombiniert. Sehr häufig ist hier die aufgehobene, herabgesetzte oder gestörte Berührungsempfindung anzutreffen, weniger häufig wird von den Patienten eine Störung der Tiefensensibilität oder des Temperaturempfindens angegeben. Die Diagnose dieser Störungen gestaltet sich als häufig sehr schwierig, da bereits bei klinisch gesunden Patienten die Funktionstüchtigkeit des Sensibilitätssinnes nur mit unzureichender Reliabilität eingeschätzt werden kann, da letztendlich praktisch kein patientenunabhängiges valides Verfahren zu dessen Bestimmung besteht. Häufig ist die streng an der Mittellinie orientierte Hypästhesie oder Anästhesie einer Körperhälfte, die bei organischen Erkrankungen nur selten anzutreffen ist (Toone, 1990). Bei organisch begründbaren Halbseitenhyp- oder Anästhesien liegt die Demarkationslinie einige Zentimeter lateral der Körpermittellinie, da in diesem Bereich eine Versorgung durch die kontralaterale Seite gewährleistet wird (Hoffmann, Hochapfel, 1995).

Zur dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung zählen neben den eben Erwähnten auch Störungen in der Funktion der übrigen Sinnesorgane. Hiervon sind die Augen am häufigsten betroffen; jedoch tritt nur selten eine totale Amaurosis auf, häufiger werden Gesichtsfeldausfälle oder qualitative Störungen des Sehens wie verschwommenes oder unscharfes Sehen von den Patienten berichtet. Sehr viel seltener werden Störungen des Gehörs oder des Geruchssinnes beklagt.

Im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen Störungen der sensiblen Leistungen des Integuments werden die primären Sinnesorgane betreffende dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen heute nur noch deutlich seltener angetroffen (Hoffmann, Hochapfel, 1995).

Differentialdiagnostisch sind bei den die Haut betreffenden Störungen in erster Linie cerebrale Ischämien mit resultierender Hemihyp- oder Anästhesie zu

bedenken, weiterhin gilt es auch, periphere Neuritiden, traumatische oder toxische Nervenläsionen auszuschließen.

In ähnlicher Weise müssen auch bei den Störungen, die mit Funktionseinschränkungen der übrigen Sinnesorgane einhergehen, ischämische, infektiöse, traumatische und nutritiv-toxische Ursachen ausgeschlossen werden, ehe die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt werden sollte.

2.2.8 Ganser-Syndrom

Im Jahre 1898 beschrieb Ganser als erster ein bei drei Häftlingen beobachtetes Verhalten, welches gekennzeichnet war durch die Tendenz, auf gestellte Fragen nie genau zu antworten, sondern die korrekte Antwort stets knapp zu verfehlen oder aber auf die Frage gänzlich unsinnig zu antworten. Dieses in der Psychopathologie als Vorbeireden bezeichnete Phänomen (McGrath & McKenna, 1961) wird bei der Beschreibung des Ganser-Syndroms noch ergänzt durch auftretende visuelle und akustische (Pseudo-) Halluzinationen, eine fluktuierende Bewusstseinsstrübung sowie durch „hysterische“ Stigmata wie eine durch bestimmte Reize triggerbare Analgesie (Kapfhammer, 1998). Ganser sah in diesem Verhaltensmuster eine Variante eines „hysterischen Dämmerzustandes“ (Ganser, 1904).

Im weiteren Verlauf erlebte der Begriff des Ganser-Syndroms eine Vielzahl von Umdeutungen hinsichtlich der Frage seiner Entität im Rahmen der psychiatrischen Krankheitsbilder. Es wurde als Erscheinungsform einer endogenen bzw. einer psychogenen Psychose dargestellt, man sah in ihm eine Form der dissoziativen Störung, eine besondere Form der Haftpsychose oder auch eine psychopathische Simulationshaltung (Ennoch, Trethowan, 1979).

Die heutige Einteilung verweist zum einen auf eine Sonderform der dissoziativen Störung, sie erwähnt jedoch zugleich das gehäufte Zusammentreffen des Ganser-Syndroms mit unterschiedlichen hirnrnorganischen Schädigungen (Cummings, 1985; Lishman, 1998). Allgemein besteht bei allem Dissens über die nosologische Einteilung des Ganser-Syndroms doch Einigkeit

darüber, dass es als klinischen Vollbild nur sehr selten anzutreffen ist, und die Fülle möglicher Differentialdiagnosen, vor allem die hirnorganischen Störungen mit hinreichender Sicherheit auszuschließen sind, ehe die Diagnose der Ganser-Syndroms guten Gewissens gestellt werden kann. Erschwerend kommt hinzu, dass das Vorliegen des erstbeschriebenen Symptoms dieser Störung, nämlich das Vorbeireden, bei vielen anderen Störungen in der Psychiatrie anzutreffen ist, und somit sicherlich nicht zur endgültigen diagnostischen Eingrenzung herangezogen werden kann (Whitlock, 1982; Sigal et al., 1992)

2.2.9 Multiple Persönlichkeitsstörung

Wohl nur wenige psychiatrische Störungen haben mehr Aufmerksamkeit auf sich gezogen und mehr kontroverse Diskussionen angeregt als die multiple Persönlichkeitsstörung, sowohl auf wissenschaftlichem als auch auf medienwirksamen Parkett. Unter dem Phänomen der Multiplen Persönlichkeitsstörung oder auch Dissoziativen Identitätsstörung wird nach einer Definition von Kluft „eine chronische komplexe Psychopathologie, die durch Störungen des Gedächtnisses und der Identität charakterisiert ist“, verstanden. „ Sie unterscheidet sich von anderen psychischen Störungen durch eine anhaltende Koexistenz von relativ konsistenten, aber wechselnd auftretenden, subjektiv getrennten Identitäten und durch wiederkehrende Episoden einer verzerrten Erinnerungsfähigkeit, einer offenkundigen Amnesie oder beides.“².

Das Bild der Multiplen Persönlichkeit enthält somit psychopathologische Elemente, die auch bei der dissoziativen Amnesie oder der dissoziativen Fugue zu finden sind, es geht jedoch über dieses hinaus vor allem durch die Konstanz seines Auftretens.

In der Vergangenheit wurden viele teils recht widersprüchliche Ansichten über die Multiple Persönlichkeitsstörung veröffentlicht. Wurde in früheren Tagen noch von einzelnen Beobachtungen multipler Persönlichkeiten oder gar von

² Kluft, R.P. [1991] : *Multiple Personality Disorder*, in : Tasman, A. & Goldfinger, S.M. (Hrsg.): *Review of Psychiatry*, Washington, D.C.; American Psychiatric Press; Bd. 10, S. 161

lediglich im Literarischen existenten Fiktionen gesprochen, so hat sich heute das Bewusstsein über das Bestehen der dissoziativen Identitätsstörung gewandelt, was sich auch in der Aufnahme als eigenes Krankheitsbild in den aktuellen Klassifikationsschemata widerspiegelt.

Die Häufigkeit des Auftretens der Multiplen Persönlichkeitsstörung wird in der amerikanischen Literatur mit 1-3% der Allgemeinbevölkerung angegeben (Ross, 1991). Während diese Werte eigentlich erwarten lassen, dass in der allgemeinmedizinischen Versorgung das Krankheitsbild häufig auftritt, so sprechen doch die Erfahrungen in Praxen dafür, dass dort nur äußerst selten Patienten mit multiplen Persönlichkeitsstörungen anzutreffen sind. Der Grund für diese Diskrepanz dürfte unter Umständen darin liegen, dass sich ein Großteil der Patienten nicht wegen der Dissoziativen Identitätsstörung in Behandlung begibt, da die Störung oftmals für Umwelt und Patient nicht in gravierendem Maße als belastend erachtet wird.

Ähnlich wie die anderen dissoziativen Störungen weist auch die Multiple Persönlichkeitsstörung eine deutliche Wendigkeit zum weiblichen Geschlecht auf (Bliss, 1980; Putnam et al., 1986; Coons et al., 1988; Schultz et al., 1989; Ross et al, 1989), das mittlere Alter bei Erkrankung wird mit etwa dreißig Jahren beziffert (Kapfhammer, 1998), allerdings vergehen oft etliche Jahre bis zur Primärdiagnose der Störung. Loewenstein und Ross (1992) bezifferten diese Zeitspanne auf durchschnittlich sieben Jahre. Bezüglich der Pathogenese der Dissoziativen Identitätsstörung wurden etliche Modelle aufgestellt, die jeweils für sich alleine das Störungsbild nur recht unbefriedigend in seiner Gänze beschreiben können, jedoch als Teilaspekte im Bild einer multifaktoriellen Entstehung der Störung dienlich sind. Diese verschiedenen Erklärungsansätze sind von Kluft 1996 zusammengetragen worden und sollen daher hier nicht näher erläutert werden.

Es wurde bereits erwähnt, dass der Patient, der unter einer Multiplen Persönlichkeitsstörung leidet, nur selten wegen Symptomen dieser Störung selbst ärztlichen Rat sucht, allerdings lässt sich eine sehr hohe Rate psychiatrischer Komorbiditäten im Gefolge der Störung beobachten. In einer Metaanalyse verfügbarer empirischer Studien beschrieb Kluft (1996) die

Häufigkeit komorbider Störungen. So ist zu lesen, dass ein Großteil der Patienten zugleich unter Angststörungen, Symptomen einer Borderline-Persönlichkeit, affektiven Psychosen und einer Vielzahl anderer Störungen litt.

Aufgrund der Komplexität der Multiplen Persönlichkeitsstörung ist die Diagnose denkbar schwierig und sie erschließt sich oftmals erst im Rahmen einer länger dauernden therapeutischen Beziehung; differentialdiagnostisch ist unter Umständen die Abgrenzung zu einer schizophrenen Psychose schwierig, vor allem dann, wenn die verschiedenen Persönlichkeiten vom Patienten selbst in Form kommentierender Stimmen wahrgenommen werden. Auch die Abgrenzung zur Simulation mag schwierig sein, zumal wenn bei einem Patienten eine Multiple Persönlichkeitsstörung vorliegt, zusätzlich zu dieser aber noch weitere artifizielle Persönlichkeiten im Rahmen einer Simulation hinzukommen.

2.3 Diagnostik dissoziativer Störungen

In vielen Fällen liegt bereits beim Erstkontakt mit einem Patienten der Verdacht auf eine psychische Auslösung dargebrachter somatischer Beschwerden nahe. Die endgültige Diagnose einer dissoziativen Genese der Beschwerden sollte jedoch stets erst nach Ausschluss möglicher Differentialdiagnosen – aus dem somatischen wie auch dem psychiatrischen Formenkreis – erfolgen.

Von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde im Januar 1999 eine Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der dissoziativen Störungen erarbeitet, die im Jahre 2003 veröffentlicht wurde (Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003).

Hier wird die notwendige Diagnostik beim Verdacht auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung aufgeführt. Sie umfasst eine umfassende Exploration sowohl des Patienten als auch seiner Eltern nebst der Beobachtung der Interaktion von Eltern und Kind während aller Untersuchungsgänge; explizit wird hier auch das Hinzuziehen fremdanamnestischer Befunde – beispielsweise aus der Schule oder dem weiteren sozialen Umfeld des Patienten – erwähnt. Im

Weiteren wird neben einer gründlichen körperlichen und neurologischen Untersuchung des Patienten wird seitens der apparativen Diagnostik die Anfertigung eines EEG dringend gefordert, die Hinzuziehung bildgebender Verfahren im Einzelfall empfohlen. Zusätzlich sollte das Blut und der Liquor der Patienten einer Untersuchung unterzogen werden. Bezüglich der testpsychologischen Diagnostik wird in jedem Fall eine zumindest orientierende Leistungsdiagnostik empfohlen, die im jeweiligen Fall um spezielle Fragebögen zu dissoziativen Störungen, eine eingehende Familiendiagnostik und verschiedene andere Verfahren erweitert werden sollte.

Bei der primären Diagnose der dissoziativen Störung wurden in der Vergangenheit mehrere diagnostische Leitlinien erarbeitet, die zum einen in den gängigen Klassifikationssystemen, zum anderen in Veröffentlichungen der Autoren zu finden sind. Aus diesem Grunde sollen diese – zum Teil recht umfassenden – Leitlinien hier nicht einzeln aufgeführt werden. Hierzu sei auf die jeweilige Literatur verwiesen (Leitlinien nach ICD-10; Leitlinien nach DSM-IV; Leitlinien nach Kimball & Balindt, 1982; Leitlinien nach Adler & Hemmeler, 1989; Leitlinien nach Hoffmann, 1996).

2.4 Therapeutische Aspekte bei der Behandlung der dissoziativen Störungen

Das Symptomspektrum dissoziativer Störungen ist sehr breit, zugleich zeichnen sich die Störungen durch ein großes Ausmaß komorbider psychologischer Störungen aus. Im Gegensatz zu dieser Vielzahl möglicher Ausprägungen der Erkrankung bestehen momentan wenige systematische, in empirischen Studien validierte Therapieansätze, weder im Bereich der Psychotherapie noch im Bereich der Psychopharmakologie. In der Literatur beschriebene Therapiekonzepte weisen daher häufig nur einen sehr allgemeinen Charakter auf. Einigkeit besteht darin, dass bei der Therapie dissoziativer Störungen ein auf den jeweiligen Patienten und sein Krankheitsbild abgestimmter therapeutischer Weg eingeschlagen werden sollte. Insgesamt wird hier den psychotherapeutischen Behandlungsmethoden der Vorzug vor pharmakotherapeutischen Therapien gegeben.

Von der ISSD Task Force (International Society for the Study of Dissociation) wurden im Februar 2003 Richtlinien für die Behandlung der dissoziativen Störung im Kindes- und Jugendalter veröffentlicht. Auch hier spiegelt sich die Problematik wieder, dass bislang kein allgemeingültiges Konzept zur Behandlung der dissoziativen Störung gefunden werden konnte, da es sich bei den Richtlinien der ISSD mehr um allgemeine Behandlungsgrundsätze denn um konkrete Strategien handelt. Die Empfehlungen der ISSD Task Force decken sich in großen Teilen auch mit den Empfehlungen der Leitlinien der AWMF (siehe Kapitel 2.3).

Generell wurde konstatiert, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen weniger schwierig und langwierig als die erwachsener Patienten ist (Dell & Eisenhower, 1990; Kluft & Schultz, 1993).

Vor allem aufgrund der oft vorhandenen Dramatik der Symptome wird die Notwendigkeit einer rasch einsetzenden stationären Therapie zur Gewährleistung einer schnellen Genesung hervorgehoben, jedoch kann hier auch eine intermittierende stationäre Therapie erfolgen. Eine stationäre Therapie sollte immer dann erfolgen, wenn beim Patienten automutilitative Handlungsweisen beschrieben werden. Hingegen bietet sich eine zunächst ambulante Behandlung dann an, wenn bezüglich der krankheitsauslösenden Situationen noch Unklarheiten bestehen, da im ambulanten Setting sehr viel intensiver soziale Strukturen der Patienten beobachtet werden können.

Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit zwischen Therapeut und Patient ist die Empathie des Therapeuten dem Kind gegenüber, hierbei sollte auch das Störungsbild des Patienten als Teil der Persönlichkeit akzeptiert und ernst genommen werden. Als der Heilung förderlich erwies sich die Hinzuziehung involvierter Personenkreise des Patienten.

Besonderes Augenmerk sollte der Behandlung von Kindern und Jugendlichen daher gelten, da sich innerhalb dieser Patientengruppe eine hohe Rate traumatisierter Personen finden lässt, die primär durch die Überführung in eine geschützte Atmosphäre vor neuerlicher Traumatisierung bewahrt werden müssen, um einen Heilungserfolg zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sollten auch – vor allem bei Stillstand des Genesungsprozesses – restriktive

Maßnahmen erwogen werden (z.B. Herausnehmen des Pat. aus der Schule, keine oder nur wenige Elternbesuche,...), um eine wiederkehrende Konfrontation mit dem traumatisierenden Umfeld zu vermeiden.

Generell muss die Familie des Kindes/Jugendlichen jedoch eng in den therapeutischen Prozess mit eingebunden werden, um die Gedankengänge und Beschwerden des Kindes zu verstehen und sie in gewissem Rahmen zu akzeptieren.

Ziel jeder Therapie der dissoziativen Störung sollte die möglichst vollständige Reintegration der dissoziierten Wesensanteile sein; hierzu muss der Patient die dissoziierten Gedanken und Handlungen als seine eigenen erkennen und akzeptieren und in der Zukunft bereit sein, Konflikte direkt zu verarbeiten. Zum Erlernen solcher Coping-Strategien wird im Kindesalter vor allem die Spieltherapie hervorgehoben, im Jugendalter wurden mit dem Psychodrama gute Erfolge erzielt. Ziel sollte hier auch das frühe Erkennen drohender dissoziativer Tendenzen durch den Patienten sein, um diesen ebenso frühzeitig ausweichen zu können. Ein offenes Verbalisieren von Gedanken und Gefühlen wird hier als zuträglich beschrieben.

Liegt der dissoziativen Störung eine massive Traumatisierung zugrunde so sollte diese nach Möglichkeit aufgearbeitet werden, damit dem Patienten die das Trauma begleitende Angst genommen werden kann. Da es sich um teils massive Traumatisierungen handelt, wird hier die Verwendung von Hypnosetechniken in entsprechenden Fällen empfohlen (Williams & Velazquez, 1996; Friedrich, 1991).

Neben der grundlegenden Therapie mit dem Ziel der Reintegration werden in Abhängigkeit vom individuellen Fall verschiedene additional Therapien empfohlen. Der Familientherapie wird hier ein großer Stellenwert zugemessen. Die Eltern der Patienten müssen Erziehungsstile erlernen, die dem Auftreten einer dissoziativen Störung entgegenwirken können (Boat, 1991); hierfür muss zuvor jedoch das Wesen der Dissoziation verstanden werden (Waters, 1998). Insbesondere soll versucht werden, bislang inadäquate Erziehungsstile der Eltern, die die Dissoziation ausgelöst haben könnten, zu verlassen (Benjamin & Benjamin, 1993; Silberg, 2001).

Psychopharmakotherapie wird aufgrund fehlender kontrollierter Studien nicht empfohlen. Der Einsatz von Pharmaka bei Begleitsymptomen wie Schlafstörungen, depressiven Störungen oder Reizfilterstörungen wird von etlichen Autoren als hilfreich beschrieben (Nemzer, 1998; Putnam, 1997; Silberg, Stipic, Taghizadeh, 1997).

Der Einsatz von Hypnose und Kunsttherapie wird eher skeptisch bewertet, da hierdurch bei unsachgemäßem Einsatz ein Trauma wiederausgelöst werden kann, ohne dass zugleich eine Lösungsstrategie vorliegt, was der Genesung schaden könnte. Daher sollten diese Therapieformen nur von geschulten Therapeuten nach vorausgegangener eingehender Information und unter Einverständnis von Patient und Erziehungsberechtigten durchgeführt werden.

Der Einsatz von Gruppentherapien hingegen wird als sehr nützlich beschrieben, vor allem da die Patienten hierdurch die Erlangung sozialer Kompetenzen trainieren können (Brand, 1998; Siberg et al., 1997).

2.5 Forensische Aspekte dissoziativer Störungen

2.5.1 Gewaltverbrechen und Dissoziation

23 bis 65 % der wegen Mordes und Totschlages angeklagten Täter behaupten vor Gericht, keine Erinnerung an den Tathergang mehr zu besitzen (Schacter, 1986). Ein Teil dieser Täter mag die Gewalttat unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen bzw. im Rahmen organischer Erkrankungen begangen haben und daher nur fragmentarische oder gänzlich fehlende Erinnerung an die Tat besitzen.

In den übrigen Fällen sieht man sich mit dem Problem konfrontiert, durch entsprechende Untersuchungen binnen vergleichsweise kurzer Zeit herausfinden zu müssen, ob die vom Täter angegebene Unfähigkeit der Erinnerung auf psychiatrischen Erkrankungen gründet oder ob es sich hierbei lediglich um eine Simulation des Täters handelt mit dem Ziel der Strafminderung.

Vor diesem Hintergrund spielen vor allem die Dissoziative Amnesie als auch die Multiple Persönlichkeitsstörung eine beachtenswerte Rolle im strafrechtlichen Alltag.

Für den psychiatrischen Gutachter stellt sich das Problem, dass zum Einen durch das gutachterliche Ergebnis das Urteil in nicht unerheblichem Maße beeinflusst werden kann, dass zum Anderen keine letztendliche Sicherheit über das Vorliegen einer dissoziativen Störung besteht, da mit keiner der derzeit zur Verfügung stehenden Untersuchungen alleine die Störung eindeutig bewiesen werden kann. Letztendlich werden durch die diversen Test- und Fragebögen nur – teilweise sicherlich weitreichende – Hinweise auf das Vorhandensein dissoziativer Störungen gegeben, die jedoch erst in Kombination mit der klinischen Erfahrung des Untersuchers zum endgültigen Ergebnis kommen sollten.

Eine unlängst veröffentlichte Studie von Rivard et al. (2002) kam zu dem durchaus interessanten Ergebnis, dass auch Polizeibeamte im Rahmen der Ausübung ihres Dienstes gehäuft dissoziative Symptome erkennen ließen. Unter Zuhilfenahme des DES (Dissociative Experiences Scale) konnte hier gezeigt werden, dass bei 90% von amerikanischen Polizeibeamten im Rahmen von Einsätzen, bei denen Gebrauch von Schusswaffen gemacht wurde, Symptome einer dissoziativen Amnesie für zumindest einen kurzen Zeitabschnitt während des Einsatzes diagnostiziert werden konnten.

2.5.2 Frühkindliche Traumatisierung und Dissoziative Störungen

In einer großen Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen wird der Zusammenhang zwischen dem Auftreten dissoziativer Störungen und frühkindlichen Traumatisierungen im Allgemeinen, sowie den sexuellen Missbrauchserfahrungen im Speziellen hervorgehoben. Dieser Sachverhalt ist natürlich auch aus forensischer Sicht von Belang. Generell besteht momentan noch Disput drüber, in wieweit frühkindliche Traumatisierungen das Auftreten dissoziativer Störungen im Erwachsenenalter bedingen mögen. Ganz besonders erhitzen sich die Kontroversen dann, wenn im Rahmen

therapeutischer Bemühungen solche frühkindlichen Traumatisierungen erstmals aufgedeckt oder vom Patienten wieder erinnert werden und hieraus justitiable Anschuldigungen der entdeckten Missbrauchstäter resultieren. Hierbei wird besonders diskutiert, ob diese Erinnerungen wirklich als wieder entdeckte Tatsachen zu deuten sind, oder aber ob sie in Wahrheit lediglich Syndrome falscher Erinnerung („false memory syndrome“) (Kapfhammer, 1998) sind.

Bei der Beantwortung dieser Frage gilt zu bedenken, ob die Erlebnisse frühkindlicher Traumatisierungen für die Patienten überhaupt erinnerlich sind, oder ob sie im Rahmen der Konversion aus der bewussten Gedankenwelt herausgenommen wurden (Brewin, 1996; Mollon, 1998). Weiterhin kann eine Erinnerung frühkindlicher Traumatisierung auch durch Mittel nonverbaler Kommunikation zum Ausdruck gebracht werden; erwiesenermaßen ist das Gedächtnis Traumatisierter anders strukturiert (van der Kolk, 1996). Auch auf neuroanatomischer Basis konnte eine unterschiedliche Kognitionsverarbeitung bei in der frühen Kindheit Traumatisierten gezeigt werden (Bremner et al, 1996). Bei lange zurückliegenden Traumatisierungen muss bedacht werden, dass im Verlauf der Zeit zusätzliche Einzelheiten zum ursprünglichen Hergang einer Traumatisierung hinzu interpretiert wurden, um das Erlebte für den Patienten weiterhin tolerierbar zu machen. Schließlich noch muss bedacht werden, dass durch ungenügende psychotherapeutische Exploration oder gar suggestive oder manipulative Maßnahmen der tatsächliche Sachverhalt der frühkindlichen Traumatisierung allenfalls erahnt denn hinreichend bewiesen werden kann (Merskey, 1998).

Ob also frühkindliche Traumatisierungen, die zu späterer Zeit von Patienten geschildert werden, ausreichend sind für eine Anklage oder eine rechtskräftige Verurteilung, bleibt eher fraglich und sollte daher sicherlich im Einzelfall entschieden werden.

2.6 Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung im Kindes- und Jugendalter

Die Heterogenität des Dissoziationsbegriffes gestaltet es schwierig, vorhandene Studien zum Verlauf der dissoziativen Störungen miteinander zu vergleichen. Durch im Verlauf der Zeit häufig im Wandel begriffene Definitionen und durch verschiedene den Studien zugrunde liegende Klassifikationssysteme, sowie durch Fokussierung einzelner Studien auf zum Teil sehr spezielle Symptome im Rahmen der dissoziativen Störung, berichten die jeweiligen Autoren häufig von sehr unterschiedlichen Zahlen über die Inzidenz und die Prognose der Störung. Die Inzidenz der dissoziativen Störung schwankt daher in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen zwischen 0,5% und 17% (Blanz & Lehmkuhl, 1986); da den jeweiligen Studien unterschiedliche Krankheitsdefinitionen zugrunde liegen und die Versorgungsaufträge der Zentren, an denen sie erhoben wurden, verschieden sind, lassen sich diese Ergebnisse wie erwähnt kaum miteinander vergleichen (Jans, 1999). In anderen Kulturkreisen scheint die dissoziative Störung verbreiteter als in Mitteleuropa; Srinath et al. (1993) beispielsweise berichten von einer Inzidenz hysterischer Störungen in Indien von 31%.

Studien, die das DSM-IV als Klassifikationsmanual zugrundelegen, berichten von einer Lebenszeitprävalenz der Konversionsstörung von 0,35% bzw. von 0,82% die nicht näher bezeichnete dissoziative Störung betreffend (Lieb et al., 1998).

2.6.1 Zusammensetzung der Patientengruppen (vgl. Tabelle 1)

Die Größe der Patientengruppen früherer Studien mit dem Ziel, den Verlauf der dissoziativen Störung im Kindes- und Jugendalter aufzuzeichnen, schwankt zwischen 15 und 148 Patienten, wobei die Definition der Einschlusskriterien bei den Studien mit großem Patientenkollektiv recht weit gefasst wurde. In Follow-up-Studien konnten für eine Katamneseuntersuchung zwischen 12 und 82 Patienten (entsprechend zwischen 51% und 96% des Ausgangskollektivs) gewonnen werden. Das Alter der Kinder und Jugendlichen bei der ersten

Vorstellung schwankte zwischen 3 und 18 Jahren und war je nach Autor verschieden. Ähnlich verschieden war auch der Zeitraum, der zwischen Krankheitsmanifestation und Kontakt mit der Klinik verstrichen war. Er schwankte je nach Studie zwischen einem Tag und bis zu 22 Jahren. Hierbei muss erwähnt werden, dass nicht alle Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung als follow-up-Studien angelegt waren. Der Zeitraum zwischen der Entlassung aus der initialen Behandlung und der Katamneseuntersuchung wird – soweit erwähnt – mit einem Monat bis 22 Jahren angegeben. Einen Überblick über die Zusammensetzung der Patientengruppen der Studien gibt Tab. 1 (nach Jans, 1999).

Tabelle 1 : Übersicht über frühere Studien zu dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (nach Jans, 1999)

Autor	Gesamtkollektiv	Nachuntersuchte Patienten	Alter bei Erkrankung	Alter bei Vorstellung	Katamnesedauer
<i>Robins & O'Neal (1953)</i>	41	37	Krankheitsdauer bis Kontakt: „1 Tag bis 7 Jahre“	9,9 Jahre (3-14 Jahre)	8,6 Jahre (2-17 Jahre)
<i>Rada et al. (1973)</i>	20	18			„mindestens ein Jahr“
<i>Goodyer (1981)</i>	15	12	Vor allem präpuberal bei Beginn, durchschnittl. Krankheitsdauer bis Kontakt : 15 Monate (männliche Pat.); 5 Monate (weibl. Pat.)		1 Jahr
<i>Kostopoulos & Snow (1986)</i>	25	20	Krankheitsdauer bis Kontakt : n=13 : 2 Monate n=7 : 3 Monate – 7 Jahre	7-16 Jahre	25,7 Monate (12-58 Monate)
<i>Maisami & Freeman (1987)</i>	41	36			3 Jahre (9 Monate bis 7,5 Jahre)
<i>Blanz et al. (1987)</i>	148	Kein follow-up	Dauer der Erkrankung bis Vorstellung : 13 Monate	13,4 Jahre (5,5 – 19,3 Jahre)	Kein follow-up
<i>Leslie (1988)</i>	20	Kein follow-up	Dauer der Erkrankung bis Vorstellung: n=14 : 6 Monate	13 Jahre (11 – 15 Jahre)	Kein follow-up
<i>Goodyer & Mitchell (1989)</i>	93	59	Je nach Symptom zwischen 9,5 Jahren und 11,4 Jahren	Je nach Symptom zwischen 11,2 Jahren und 14,1 Jahren	35 Monate (1 – 82 Monate)
<i>Lehmkuhl et al. (1989)</i>	93	Kein follow-up	Dauer der Störung bis Vorstellung : 9 Monate	13,8 Jahre (5,5 – 19,3 Jahre)	Kein follow-up
<i>Stickler et al. (1989)</i>	27	26	Durchschnittliche Krankheitsdauer bis Kontakt 9,4 Wochen (1 – 60 Wochen)	12,8 Jahre	12,6 Jahre (5 – 22 Jahre)
<i>Wyllie et al. (1990)</i>	21	18	13,8 Jahre (8 – 18 Jahre)	14,5 Jahre (8 – 18 Jahre)	30 Monate (6 – 66 Monate)
<i>Turgay (1990)</i>	137	Kein follow-up		8 – 17 Jahre	Kein follow-up
<i>Spierings et al. (1990)</i>	84	82		12,1 Jahre (6 – 17 Jahre)	50,7 Monate (13 – 131 Monate)
<i>Srinath et al. (1993)</i>	38	Kein follow-up	Dauer der Störung bis Vorstellung: Bei 79% der Pat. : 8 Wochen	63% der Pat. > 12 Jahre	Kein follow-up
<i>Lancman et al. (1994)</i>	43	22	12,4 Jahre (5 – 16 Jahre)	15 Jahre	40 Monate

Bei der Frage der Geschlechtsverteilung innerhalb der dissoziativen Störung herrscht gemeinhin Konsens unter den Autoren der jeweiligen Studien; sie berichten von einem deutlichen Überwiegen des weiblichen Geschlechts im Verhältnis von etwa 1:4 männlich zu weiblich (Lieb et al., 1998; Wyllie et al., 1990; Turgay, 1990; Spierings et al., 1990); dieses Verhältnis scheint im Kindesalter allerdings eher ausgeglichen zu sein (Kostopoulos & Snow, 1986). Von dissoziativen Symptomen vor dem fünften Lebensjahr wird kaum berichtet (Goodyer, 1981).

Tabelle 2 : Untersuchte dissoziative Symptome und zugrunde gelegte Klassifikationssysteme in früheren Studien (siehe hierzu Tab. 1) (nach Jans, 1999)

Autor	Eingeschlossene Symptome	Diagnosekriterien
<i>Robins & O'Neal (1953)</i>	Gemischt: - Hysterie - Hypochondrie - „mixed psychoneurosis“	Hysterie-Diagnose : auch somatoforme Beschwerden mit eingeschlossen
<i>Rada et al. (1973)</i>	Visuelle Konversionssymptomatik	Kein klarer Bezug zu definierten diag. Kriterien
<i>Goodyer (1981)</i>	v. a. Bewegungs- und Sehstörungen	Konversionsstörung
<i>Kostopoulos & Snow (1986)</i>	Konversionsstörung und Schmerzstörung	DSM-III
<i>Maisami & Freeman (1987)</i>	Konversionsstörung (13 von 41 Pat. Schmerzsymptome)	DSM-III
<i>Blanz et. al. (1987)</i>	Hysterische Störung	ICD-9
<i>Leslie (1988)</i>	Konversionsreaktionen, jedoch keine psychogenen Anfälle	
<i>Goodyer & Mitchell (1989)</i>	„Hysterie“	DSM-III-R
<i>Lehmkuhl et al. (1989)</i>	Konversionsstörung	DSM-III
<i>Stickler et al. (1989)</i>	Astasie und Abasie	Konversionsstörungen nach DSM-III
<i>Wyllie et al. (1990)</i>	Psychogene Anfälle (keine Epilepsien)	Psychogene Anfälle unter EEG-Aufzeichnung
<i>Turgay (1990)</i>	Konversionsstörung, keine Patienten mit Anfallsleiden oder „schwerer körperlicher Erkrankung“	DSM-II,-III,-III-R ICD-8,-9
<i>Spierings et al. (1990)</i>	Konversionsstörung, auch Patienten mit vor allem psychogenen Schmerzen	DSM-III-R
<i>Srinath et al. (1993)</i>	Dissoziative Störung und Konversionsstörung	DSM-III-R
<i>Lancman et al. (1994)</i>	Psychogene Anfälle (keine Epilepsie)	Psychogene Anfälle

Das Hauptproblem, bei Durchsicht der existierenden Studien einen Überblick über das Störungsbild der dissoziativen Störung zu gewinnen, ist die bereits mehrfach erwähnte Fokussierung einer Großzahl der Studien auf einzelne

Symptome des dissoziativen Formenkreises oder aber der Ausschluss eines oder mehrerer Symptome. Einige der Studien hielten sich bei der Diagnose der Störungen leider nicht an gängige Klassifikationssysteme. Keine der Studien schließt alle dissoziativen Störungen nach ICD-10 ein, wie in Tabelle 2 dargelegt wird.

2.6.2 Kurzfristige Prognose der dissoziativen Störung

Die Prognose der dissoziativen Störung wird von Autoren früherer Studien zumeist als sehr gut beschrieben. Zwischen 78% und 97% aller Patienten konnten binnen kurzer Zeit als symptomfrei oder mit deutlich gebesserter Symptomatik aus der Behandlung entlassen werden. Einen Überblick über die verschiedenen Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung bezüglich ihrer kurzfristigen Prognose gibt Tab. 3 (nach Jans, 1999)

Tabelle 3 : Kurzfristige Prognosen früherer Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter

Autor	Diagnosekriterien	Größe der Patientengruppe	Behandlungserfolg bei Entlassung
<i>Blanz et al (1987)</i>	Hysterische Störung nach ICD-9	148	44% : viel besser 32% : etwas besser 22% : unverändert oder schlechter
<i>Leslie (1988)</i>	Konversionsreaktionen, jedoch keine dissoziativen Krampfanfälle	20	Totalremission : < 3 Monate : 85% < 12 Monate : 95%
<i>Lehmkuhl et al. (1989)</i>	Konversionsstörung nach DSM-III	93	48% : viel besser 30% : etwas besser 22% : unverändert oder schlechter
<i>Turgay (1990)</i>	Konversionsstörung nach DSM-II, -III, -III-R, ICD-8, -9 (keine Pat. Mit Anfallsleiden)	137	97% symptomfrei binnen vier Wochen
<i>Srinath et al. (1993)</i>	Diss. Störung und Konversionsstörung nach DSM-III-R	38	71% binnen einer Woche 90% binnen zweier Wochen symptomfrei

2.6.3 Längerfristige Prognose der Dissoziativen Störung (vgl. Tabelle 4)

Jene Studien, die nach Ablauf einer gewissen Zeit versuchten, Ihre früheren Patienten zu einer Katamneseuntersuchung wieder einzuladen, oder auf

anderem Wege den Gesundheitszustand der Personen zu erfahren versuchten, berichten im Gegensatz zu Studien, die lediglich den Erfolg der Therapie bei Entlassung aus selbiger untersuchten, über weniger positive Ergebnisse. Einschränkend muss hier allerdings erwähnt werden, dass keine der Studien etablierte Klassifikationsschemata oder diagnostische Manuale zur Diagnose eventuell vorliegender Störungen heranzog, sondern dass der Verlauf anhand verschiedener Einschätzungen bezüglich des Wiederauftretens der ursprünglichen Störung, globaler Verbesserungsratings oder anhand der Inanspruchnahmehäufigkeit an der allgemeinärztlichen Versorgung bemessen wurde. Auch konnten in keiner der Studien alle ehemaligen Patienten persönlich nachuntersucht werden, oft stützte sich die Katamnese auf telefonische oder schriftliche Befunde (Robins & O'Neal, 1953; Stickler et al., 1989; Wyllie et al., 1990,). Goodyer & Mitchell (1989) befragten nicht die Patienten selbst, sondern alleine deren Hausärzte dahingehend, ob die Patienten wegen der ursprünglichen Symptomatik weiterhin oder erneut in Behandlung standen.

Die Ergebnisse über den Verlauf der dissoziativen Störung unterscheiden sich in den jeweiligen Studien zum Teil deutlich. Dies mag auch daran liegen, dass die Prognose über den Verlauf nicht immer am Vorliegen dissoziativer Symptome generell bemessen wurde; Studien, die bei der Untersuchung des Verlaufs der dissoziativen Störung auf einzelne ursprünglich gezeigte Symptome fokussierten, erfragten zumeist auch nur das Vorhandensein eben solcher Symptome bei Katamnese (Wyllie et al., 1990; Lancman et al., 1994). Hierbei wird ein eventueller Symptomwandel innerhalb des dissoziativen Formenkreises außer Acht gelassen.

Die Studien von Robins & O'Neal (1953) sowie von Stickler et al. (1989) bemessen den Verlauf nicht am Vorhandensein dissoziativer oder anderer psychischer Symptome, sondern mittels einer unspezifischeren „Beschwerdeebene“ (Jans, 1999).

Studien, die Patienten mit mehreren Störungsbildern der dissoziativen Störung untersuchten, berichten davon, dass zwischen 14% und 54% der Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese noch unter Störungen litten (Robins & O'Neal, 1953;

Goodyer, 1980; Kostopoulos & Snow, 1986; Maisami & Freeman, 1987; Spierings et al., 1990). Jene Studien, die lediglich den Verlauf psychogener Anfälle untersuchten, wiesen bei Katamnese einen Anteil zwischen 22% und 56% von Patienten auf, die wegen genannter Symptomatik noch immer in Behandlung standen (Goodyer & Mitchell, 1989; Wyllie et al., 1990; Lancman et al., 1994). Visuelle Konversionssymptomatiken wurden von Rada et al. (1973) näher untersucht; hierbei konnten bei Katamnese bei 47% der Patienten dissoziative Symptome mit einem chronischen oder episodischen Verlauf der Störung in Verbindung gebracht werden. Stickler et al. untersuchten 1989 dissoziative Gangstörungen und konnten bei Katamnese von einem vergleichsweise guten Verlauf der Störung berichten. Allerdings muss einschränkend erwähnt werden, dass der Verlauf der Störung in dieser Studie an einer recht allgemein gehaltenen Beschreibung von Beschwerden des Patienten bemessen wurde, und spezifische dissoziative Symptome nur teilweise untersucht werden konnten.

Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter weisen symptomunabhängig eine schlechtere Prognose auf wie vergleichbare Studien im Erwachsenenalter. Hier konnten beispielsweise Krumholz & Niedermeyer (1983) von einem Anteil bei Katamnese weiterhin an psychogenen Anfällen Leidender von lediglich 29% berichten.

Jedoch lassen sich die jeweiligen Studien vor allem auf Grund der bereits erwähnten methodischen Inkongruenzen nur bedingt miteinander vergleichen, so dass auch nur in bedingtem Maße ein Gesamtbild des Verlaufs dissoziativer Störungen erstellt werden kann.

Tabelle 4 : Längerfristige Prognose der dissoziativen Störung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter anhand früherer Studien sowie die zur Ermittlung der Prognose herangezogenen Untersuchungsmethoden (nach Jans, 1999).

Autor	Untersuchte Störungen/ Diagnosekriterien	Methodik	Häufigkeit von Störungen bei Katamnese
Robins & O'Neal (1953)	Hysterie (gemischtes Störungsbild incl. Somatoformer Störungen)	Persönliches Interview (62%) Schriftlich / telefonisch (38%)	13,5%
Rada et al. (1973)	Psychogene Sehstörung	89% augenärztliche und psychiatrische Untersuchung 11% über andere Informationsquellen	46,7% keine Verbesserung oder fluktuierender Verlauf
Goodyer (1981)	Konversionsstörungen	Analyse der Krankenblätter nach einjährigem Verlauf	34%
Kostopoulos & Snow (1986)	Dissoziative Störungen nach DSM-III	35% Interview mit Eltern und Kind bei Katamnese 65% telefonisch / andere Quellen	30%
Maisami & Freeman (1989)	Dissoziative Störungen nach DSM-III	Keine Angaben	30,6%
Goodyer & Mitchell (1989)	Dissoziative Störungen nach DSM-III-R	Follow-up-Fragebogen, der vom Hausarzt der Patienten beantwortet wurde	In hausärztlicher Behandlung 56% wegen Pseudoanfällen, 10% wegen anderer diss. Störungen
Stickler et al. (1989)	Dissoziative Störung nach DSM- III-R und zusätzlich Astasie/Abasie aus dem Bereich der Konversionsstörung	Follow-up-Fragebogen, der von den Patienten beantwortet wurde, bei Nicht-Antworten telefonische Befragung	34,6% „Geringe Beschwerden“ (nicht nur dissoziative Symptome)
Wyllie et al. (1990)	Psychogene Anfälle (während einer EEG-Ableitung aufgetreten)	Telefonische Patientenbefragung	22% Anfälle binnen der letzten 12 Monate
Spierings et al. (1990)	Dissoziative Störung nach DSM- III-R	Befragung mittels Fragebogen	54% noch vorhandene Symptome oder Beschwerden
Lancman et al. (1994)	Psychogene Anfälle	Persönliche oder telefonische Befragung von Patienten oder deren Eltern bezüglich der psychosozialen Adaptation	54,5% Anfallssymptomatik

Insgesamt gesehen kann der Anteil der chronischen oder episodischen Verläufe der Dissoziativen Störung anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studien bei etwa 30% angenommen werden. Die aus den Studien sich ergebende eher ungünstige Prognose vor allem der dissoziativen Krampfanfälle und der dissoziativen Sehstörungen sollte aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen der Studien zumeist unter Vorbehalt gesehen werden.

Anhand der Daten der vorliegenden Studien konnten keine Zusammenhänge gefunden werden zwischen der Länge des Katamnesezeitraumes und der

Prognose der dissoziativen Störung. Studien mit kurzer Katamnesezeitdauer von etwa einem Jahr berichten bei 34% bis 47% (im Durchschnitt 38,3%) der Patienten von zum Katamnesezeitpunkt weiterhin bestehenden Symptomen (Rada et al., 1973; Goddyer, 1981; Stickler et al., 1989), Studien mit Katamnesezeiträumen zwischen einem und drei Jahren von 10% bis 66% (im Mittel 45%) (Kostopoulos & Snow, 1986; Maisami & Freeman, 1987; Goodyer & Mitchell, 1989; Wyllie et al., 1990). Studien schließlich, bei denen zwischen Initialbehandlung und Katamnese mehr als drei Jahre vergangen waren, beziffern den chronischen Verlauf mit 14% bis 55% (im Mittel 42,3%) (Robins & O'Neal, 1953; Spierings et al., 1990; Lancman et al., 1994).

2.6.4 Psychiatrische Komorbidität der dissoziativen Störung

Auch bei dem Versuch, die in einigen Studien bezifferten Raten psychiatrischer Komorbiditäten der Patienten bei Katamnese miteinander zu vergleichen, sieht man sich wiederum mit dem Problem der verschiedenen Methoden der jeweiligen Studien konfrontiert. Als besonders problematisch erweist sich hierbei die Tatsache, dass keine der Studien bei der Diagnose der Komorbidität auf international gültige Untersuchungsinstrumente zurückzugreifen schien oder die Komorbiditäten anhand der gängigen Klassifikationsschemata einteilte. Diesbezüglich erwähnte Begriffe wie beispielsweise „Psychische Probleme“ sind vieldeutig und nur schwer einem Vergleich zugänglich. Der Anteil der Patienten, die bei Katamnese über nicht der untersuchten Störung zugehörige psychiatrische Symptome klagten, schwankt zwischen 11,5% und 37,8%, wobei Angsterkrankungen absolut gesehen einen großen Teil ausmachen (bei insgesamt 28 Patienten in vier verschiedenen Studien wird von komorbiden Störungen berichtet, dreizehn dieser Patienten litten unter Angststörungen) (Robins & O'Neal, 1953; Kosopoulos & Snow, 1986; Stickler et al., 1989; Lancman et al., 1994).

Die Komorbiditätsraten aus entsprechenden Studien im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie liegen um etliches höher. Crimlisk et al. (1998) berichten bei 78% der von ihnen ursprünglich wegen dissoziativer

Bewegungsstörungen Behandler von komorbiden klinischen Störungen, Spitzer et al. (1994) beziffert die lifetime-Prävalenz klinischer Störungen im Gefolge dissoziativer Störungen mit 30% (depressive Episoden) bis 72% (Angststörungen). Ähnlich hohe Inzidenzraten werden auch von Ziegler et al. (1960) und Roy (1980) berichtet. Ähnlich wie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es auch hier vor allem die Angststörungen und die depressiven Störungen, die signifikant häufiger mit dissoziativen Störungen verknüpft zu sein scheinen.

2.6.5 Risikofaktoren, die den Verlauf der dissoziativen Störung beeinflussen

In einigen der retrospektiv angelegten Studien wurde der Versuch unternommen, jene Faktoren herauszuarbeiten, die mit besonders günstigem oder aber ungünstigem Verlauf der dissoziativen Störung verknüpft sind. Wiederum stellen das unterschiedliche Studiendesign und die uneinheitliche Kriteriendefinition den limitierenden Faktor für die Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse dar.

Mit einer günstigen Prognose verknüpft sahen Kostopoulos & Snow (1986) eine „reine“ dissoziative Initialsymptomatik ohne begleitende Komorbidität. Diese Beobachtung kann durch Vergleiche mit Studien der Erwachsenenpsychiatrie nicht eindeutig beurteilt werden, da hier widersprüchliche Ergebnisse vorliegen; Lempert & Schmidt (1990) sowie Kathol et al. (1983) fanden das Vorliegen komorbider Störungen mit einer schlechten Prognose verknüpft, während Mace & Trimble (1996) sowie Crimlisk et al. (1998) hier von einer guten Prognose sprechen.

Robins & O'Neal (1953) sowie Lancman et al. (1994) kamen zum Schluss, dass eine kurze Zeitdauer zwischen dem ersten Auftreten der Symptome und dem Behandlungsbeginn mit einer guten Prognose der dissoziativen Störung verknüpft ist. Entsprechend kamen Lancman et al. (1994) zum Ergebnis, dass ein später Behandlungsbeginn mit einer ungünstigen Prognose verknüpft sei. Diese Tatsache wird auch übereinstimmend von Studien aus der Erwachsenenpsychiatrie bestätigt (Hafeiz, 1980; Lempert & Schmidt, 1990;

Kathol et al., 1983; Chandrasekaran et al., 1994; Couprie et al., 1995; Crimlisk et al., 1998).

In der Studie von Wyllie et al. (1990) konnten bezüglich des Geschlechts der Patienten und der Einsicht der Eltern in die psychogene Natur der Störung ihres Kindes keine die Prognose der dissoziativen Störung beeinflussenden Zusammenhänge gefunden werden.

Ebenfalls sahen Lancman et al. (1994) das Geschlecht der Patienten nicht mit einer schlechten Prognose der Erkrankung verknüpft. Das weibliche Geschlecht steht jedoch bei Robins & O'Neal (1953) in Zusammenhang mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf.

Goodyer & Mitchell (1989) schließlich kamen zu dem Ergebnis, dass die Tatsache, ob die initiale Behandlung der dissoziativen Störung erfolgreich war oder nicht, in keinem Zusammenhang mit der Prognose der Störung stand.

Lancman et al. (1994) stellten schließlich die Vermutung auf, dass ein Beginn in jungen Jahren bei den von ihnen untersuchten Patienten mit psychogenen Anfällen und eine hohe Anfallsfrequenz mit einer ungünstigen Prognose verknüpft sein könnten.

2.6.6 Zusammenfassender Überblick

Insgesamt kann festgestellt werden, dass im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zum heutigen Tage zu wenige Studien mit zu geringen Fallzahlen über die dissoziative Störung und besonders über ihren Verlauf bestehen, um ein einheitliches und ausreichend validierbares Bild über sie zu erhalten.

Die Vergleichbarkeit der existierenden Studien wird durch zum Teil stark divergierende Diagnosekriterien, durch unterschiedliche Fokussierung auf einzelne Symptome der dissoziativen Störung und durch unterschiedliche und zum Teil nicht genügend validierte Testinstrumente erheblich eingeschränkt. Aufgrund der Tatsache, dass in einigen Studien nur geringfügig mehr als zehn Patienten an einer Katamneseuntersuchung teilnahmen, und in keiner der Studien, die den Verlauf der dissoziativen Störung untersuchten, alle an der

Katamnese teilnehmenden Patienten mittels identischer Testinstrumentarien untersucht wurden, lässt sich der Bedarf nach weiteren Studien erklären.

Diese sollten zum Ziel haben, eine möglichst große Zahl von Patienten einzuschließen und einen Großteil dieser Patienten zu einer Katamneseuntersuchung zu gewinnen. Diese Untersuchung sollte nach Möglichkeit nicht auf dem telefonischen oder postalischen Wege stattfinden, sondern stets im Rahmen eines klinischen Interviews. Zur Diagnostik sollten nach Möglichkeit ausschließlich genügend validierte und weithin anerkannte Testinstrumente herangezogen werden, damit zukünftig verschiedene Studien untereinander vergleichbar bleiben.

Der stetige Wandel der Definition der dissoziativen Störung in den gängigen Klassifikationskriterien bringt es mit sich, dass ältere mit neueren Studien selbst bei ähnlichem oder gleichem Studiendesign nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Eine gewisse Konstanz ist in diesem Zusammenhang dann zu erwarten, wenn in den beiden international am häufigsten verwendeten Klassifikationsmanualen zur Diagnose psychiatrischer Störungen, dem DSM und der ICD, die Diagnose der dissoziativen Störung über längere Zeit unverändert bleibt und sie untereinander besser als zum heutigen Tage vergleichbar wird.

3. Fragestellung

3.1 *Epidemiologische Untersuchungen*

Aufgrund der vergleichsweise geringen vorhandenen Informationsbreite zu dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter ist ein Ziel der vorliegenden Studie, weitere epidemiologische Daten zu dieser Störung aufzuführen.

So soll durch beschreibende Methoden beispielsweise die Verteilung der Patienten auf die Geschlechter untersucht werden. Hier interessiert, ob die von etlichen Autoren (Lieb et al., 1998; Wyllie et al., 1990; Turgay, 1990; Spierings et al., 1990) beschriebene Wendigkeit der hysterischen Störungen im Allgemeinen, und so auch der dissoziativen Störungen im Speziellen zum weiblichen Geschlecht durch die Patientinnen und Patienten der Studie bestätigt werden kann. Weiterhin soll die Altersverteilung der Patienten, hier auch die geschlechtsbezogene Altersverteilung untersucht werden. In früheren Studien wurde beschrieben, dass Jungen und Mädchen in jungen Jahren etwa gleich häufig an dissoziativen Störungen erkranken, sich dieses Verhältnis mit steigendem Alter allerdings immer weiter zu Gunsten des weiblichen Geschlechts verschiebt, so dass ab einem gewissen Alter nahezu ausschließlich weibliche Personen erkranken (Kostopoulos & Snow, 1986). Diese These soll dahingehend überprüft werden, ob auch innerhalb der Patientengruppe der vorliegenden Studie eine ähnliche Alters-Geschlechts-Verteilung vorliegt.

Ebenfalls interessiert die Verteilung der Patienten auf alle im ICD-10 genannten dissoziativen Syndrome und die Frage, ob einzelne dissoziative Störungen generell bzw. von einem bestimmten Geschlecht oder einer bestimmten Altersgruppe (bezogen auf das erste Auftreten der Symptomatik) bevorzugt werden. Hierzu gibt es bislang noch keine detaillierten Untersuchungen, vor allem aufgrund oben genannter Fokussierung früherer Studien auf einzelne Teilbereiche der dissoziativen Störungen. Auch innerhalb der jeweiligen dissoziativen Störungen sollen eventuelle geschlechts- oder altersspezifische

Unterschiede in der Symptomatik, der Ausprägung der Störung oder ihrer hauptsächlichsten Lokalisation evaluiert werden.

3.2 Komorbidität mit anderen Erkrankungen

Lehmkuhl et al. untersuchten 1989 Kinder und Jugendliche mit dissoziativen Störungen unter anderem daraufhin, welche weiteren psychiatrischen Erkrankungen diese aufwiesen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass 29% der untersuchten Patienten neben den dissoziativen Symptomen zusätzlich über „psychogene Schmerzzustände“ klagten und 15% der Patienten suizidale oder parasuizidale Verhaltensweisen an den Tag legten. Neben diesen beiden konnten sie noch eine Zahl weiterer Symptome feststellen, die jedoch weniger häufig auftraten. Diese zusätzliche Symptomatik sei signifikant häufiger bei Mädchen als bei Jungen aufgetreten.

Auch in vorliegender Studie soll anhand der Analyse der Krankengeschichten untersucht werden, ob die Patienten zusätzliche psychiatrische Auffälligkeiten im direkten Verlauf des Erstauftretens der Störung zeigten. Allerdings mussten diese eindeutig erst im Verlauf der dissoziativen Störung aufgetreten sein, da ihr früheres Auftreten ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die Patientengruppe bedeutet hätte. Im Einzelnen soll untersucht werden, ob die bei Lehmkuhl et al. genannten Symptome auch in der vorliegenden Gruppe in ähnlicher Häufigkeit auftraten.

3.3 Verlauf der dissoziativen Störungen

Ein weiteres Augenmerk der Untersuchung soll dem Verlauf der dissoziativen Störung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter gelten. Bisher gibt es nur wenige Untersuchungen, die dieses Krankheitsbild in seiner Gesamtheit über einen längeren Zeitpunkt beschreiben, und sie berichten von zum Teil recht unterschiedlichen Ergebnissen. Daher soll es ein Ziel dieser Studie sein, unabhängig vom ursprünglichen Symptombild den kurzfristigen sowie den längerfristigen Verlauf des Konversionssyndroms zu untersuchen.

Der kurzfristige Verlauf der Störung bezieht sich auf den Erfolg nach Beendigung des stationären Aufenthaltes bzw. nach Abschluss der ambulanten Therapie; hier soll unter beschrieben werden, inwieweit die Störungsbilder durch die Therapie zu reduzieren waren.

Bezogen auf den langfristigen Verlauf interessieren die Fragen, wie viele Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik bis zum Katamnesezeitpunkt erneut Konversionssymptome im Sinne eines Rückfalles der Krankheit erlebt haben, und ob diese Patienten unter einer chronischen Manifestation der Erkrankung leiden.

Gleichzeitig soll der Verlauf der dissoziativen Störungen auch unter einer weiter gefassteren Sichtweise näher beleuchtet werden, nämlich dann, wenn als Kriterium nicht alleine das Vorliegen dissoziativer Störungen gewertet wird, sondern generell alle Störungen der Achse-I und der Achse-II in die Beurteilung mit einfließen. In früheren Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung wurden ähnliche Untersuchungen teilweise bereits angestrengt, wobei hier bislang keine Differenzierung in die tatsächlich vorliegenden Störungen vorgenommen wurde. Insofern soll hierbei besonders interessieren, welche jeweiligen Störungsbilder im längeren Verlauf der Störung gehäuft vorkommen.

3.4 Risikofaktoren beim Auftreten und im Verlauf dissoziativer Störungen

In früheren Studien wurden etliche Modelle der Krankheitsentstehung und – Auslösung aufgestellt und diskutiert, gemeinhin ist man der Ansicht, dass die Entstehung der dissoziativen Störungen multifaktoriell zu erklären sei.

Einen dieser Faktoren stellt die belastende Lebenssituation der Patienten dar (Barsky et al, 1994; Morrison, 1989; Pribor et al., 1993), während das Vorhandensein einer histrionen Persönlichkeit einen weiteren Faktor darstellt.

Es wurde immer wieder diskutiert, dass auch genetische Faktoren eine dissoziative Störung bedingen würden. Das Vorhandensein dieser Risikofaktoren schließlich bedingt, eventuell kombiniert mit einer Auslösesituation, das Auftreten der dissoziativen Symptome. Die auslösende Situation wird als meist akut und den Patienten überlastend beschrieben. Der

Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch der dissoziativen Patienten in deren Kindheit wird ebenfalls hervorgehoben (Saxe et al., 1993).

Das Vorhandensein dieser Risikofaktoren in der Patientengruppe soll überprüft werden. Hierzu soll zur Frage eines genetischen Risikos unter anderem untersucht werden, ob Familienangehörige der Patienten mit dissoziativen Störungen ebenfalls an ähnlichen psychischen Störungen litten.

Das Vorliegen einer den Patienten überlastenden Situation, die von diesem mit Symptomen einer Konversion verarbeitet wurde, lässt sich durch Studie der Krankenblätter erarbeiten.

Auch der Frage nach dem Vorliegen einer histrionischen Persönlichkeit kann durch Analyse der Krankengeschichten nachgegangen werden, da im Rahmen des bei stationär behandelten Patienten routinemäßig erhobenen psychopathologischen Befundes Persönlichkeitsmerkmale, sofern sie dem Untersucher auffielen, dokumentiert wurden. In ähnlicher Weise mag die Einschätzung einer belastenden familiären Struktur möglich sein.

Die Beobachtung, dass der erlebte sexuelle Missbrauch in der Kindheit in signifikanter Häufigkeit mit dem Auftreten dissoziativer Störungen in Zusammenhang gebracht werden kann, kann im Rahmen des vorliegenden Studienkonzeptes nur schwer untersucht werden, da selbst im Rahmen länger dauernder Psychotherapien festgestellt werden konnte, dass etwa die Hälfte jener Patienten, die in ihrer Vergangenheit erwiesenermaßen Erfahrungen sexuellen Missbrauchs machen mussten, dieses Thema vollständig verschwiegen (Jacobson, 1987). Zum Aufbau eines tiefgehenden Vertrauensverhältnisses zwischen Untersucher und Patient ist der zeitliche Umfang sicher zu kurz.

Weiterhin soll untersucht werden, ob bestimmte körperliche Merkmale, wie beispielsweise Hinweise auf cerebrale Dysfunktionen oder frühkindliche Entwicklungsverzögerungen innerhalb der Patientengruppe gehäuft auftraten oder mit einem besonders schweren Verlauf der dissoziativen Störung einhergehen. Über die Korrelation der dissoziativen Störungen mit organischen Störungen finden sich bisher in der Literatur nur wenige Hinweise, jedoch wird

bei Cantagallo et al (1999) berichtet, dass die dissoziativen Störungen nach traumatischen cerebralen Schäden gehäuft beobachtet werden können.

Auch soll untersucht werden, ob die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht, die Wahl eines bestimmten dissoziativen Symptomenkomplexes, das Alter bei Auftreten der dissoziativen Störung, das Vorliegen komorbider Störungen oder die verstrichene Zeitspanne zwischen dem erstem Auftreten dissoziativer Symptome und der initialen Therapieeinleitung als Risikofaktor für einen schweren Verlauf der Störung nach Beendigung der initialen Therapie gewertet werden muss.

3.5 Validität der Diagnose einer dissoziativen Störung

Vor allem vor ökonomischem Hintergrund mag sich die Frage stellen, wie lange bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung nach einer organischen Ursache gefahndet werden soll. Die Diagnose „dissoziative Störung“ stellt in der täglichen Praxis eine Ausschlussdiagnose dar. Jedoch bleibt offen, wie lange man nach Hinweisen suchen sollte, die diese Diagnose ausschließen, besonders da das Repertoire an diagnostischen Untersuchungen stetig wächst und das für diese diagnostischen Untersuchungen zur Verfügung stehende Budget meist eher knapp bemessen ist. Von daher soll untersucht werden, ob das bei den Patienten vor und während der Behandlung verwandte diagnostische Repertoire ausreichte, um organische Störungen, die die Symptome der dissoziativen Störungen ebenfalls verursachen können, mit hinreichender Sicherheit auszuschließen.

Mittels der Daten, die von den an der Nachuntersuchung Teilnehmenden erhoben wurden, soll im Weiteren durch beschreibende Untersuchungen analysiert werden, ob die in der Vergangenheit gestellte Diagnose der dissoziativen Störung sich im Verlauf der Zeit als Fehldiagnose herausstellte dadurch, dass organische Störungen diagnostiziert wurden, die eine Erklärung für die gebotenen Symptome liefern.

3.6 Zusammenfassende Fragestellung und Formulierung der Hypothesen

Unter Zusammenfassung der vorangegangenen Kapitel konzentriert sich die katamnestiche Studie auf die folgenden Fragestellungen:

1. In welchen Symptomen äußert sich das Bild einer dissoziativen Störung im Kindes- und Jugendalter? Zeigen sich hierbei Unterschiede zwischen verschiedenen Altersklassen? Werden alle dissoziativen Syndrome als ähnlich schwerwiegend eingestuft?

Hypothesen:

- a) Unabhängig vom Alter oder Geschlecht zeigen alle Patienten ähnliche Symptome der dissoziativen Störung.
- b) Der Schweregrad der dissoziativen Erkrankung ist nicht abhängig vom gezeigten Symptomenkomplex.

2. Wie ist bei Beginn der dissoziativen Störung das Geschlechterverhältnis insgesamt und in Hinblick auf die einzelnen Subtypen der Störung?

Hypothese:

Mädchen sind in der Inanspruchnahmepopulation häufiger als Jungen zu finden; dies ist in allen Subtypen der Erkrankung festzustellen.

3. Liegt der Erkrankungsbeginn bei einem der Geschlechter früher als beim anderen Geschlecht?

Hypothese:

Der Erkrankungsbeginn dissoziativer Störungen liegt bei Mädchen wie auch bei Jungen im selben Alter, jedoch erkranken mit steigendem Erkrankungsalter deutlich mehr Mädchen an der dissoziativen Störung.

4. Welche Komorbiditäten lassen sich bei Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen während der Therapie diagnostizieren?

Hypothese:

An dissoziativen Störungen erkrankte Kinder und Jugendliche weisen gehäuft komorbide Symptome einer somatoformen Störung sowie Symptome einer erhöhten

Suizidalität auf, während sie aufgrund der dissoziativen Störung behandelt werden.

5. Wie sind der kurzfristige Verlauf (bis zur Beendigung der stationären Therapie bzw. der ambulanten Behandlung) und der langfristige Verlauf (zum Katamnesezeitpunkt) der dissoziativen Störung?

Hypothesen:

- a) Beim kurzfristigen Verlauf ist in einer hohen Anzahl von Fällen mit einem deutlichen Beschwerderückgang bzw. einer völligen Genesung der Patienten zu rechnen.
- b) Die dissoziative Störung ist in ihrem langfristigen Verlauf von einer beträchtlichen Anzahl chronischer oder rezidivierender Fälle gekennzeichnet.

6. Haben Kinder und Jugendliche mit dissoziativen Störungen unabhängig vom Verlauf der Störung ein erhöhtes Risiko, andere psychische Krankheiten zu erleiden?

Hypothese:

Das Risiko, im Verlauf einer dissoziativen Störung an anderen psychischen Störungen zu erkranken, ist für psychische Störungen gegenüber der gesunden Normalbevölkerung erhöht.

7. Bestehen Risikofaktoren, bei deren Vorhandensein gehäuft das Auftreten dissoziativer Störungen beobachtet werden kann?

Hypothesen:

Kinder

- a) mit einem unterdurchschnittlichen Intelligenzniveau
- b) aus sozial schwachem Elternhaus
- c) mit frühkindlichen Entwicklungsstörungen

erkranken häufiger an dissoziativen Störungen als Kinder, die diese Merkmale nicht aufweisen.

8. Gibt es Faktoren, die eine Aussage über die Prognose der dissoziativen Störung zum Katamnesezeitpunkt erlauben?

Hypothesen:

- a) Das Fehlen einer komorbiden Störung während der Behandlung ist mit einer günstigen Prognose verknüpft.
- b) Eine kurze Zeitspanne zwischen Beginn der Erkrankung und Beginn der Therapie ist mit einer günstigen Prognose verknüpft.
- c) Die Geschlechtszugehörigkeit hat keinen Einfluss auf die Prognose der Störung.
- d) Es ist für die Prognose der dissoziativen Störung unerheblich, ob die initiale Behandlung erfolgreich durchgeführt wurde, ob die Patienten hiervon also profitieren konnten.
- e) Bei Erkrankungsbeginn junge Patienten (<13 Jahre) lassen eine schlechtere Prognose der dissoziativen Störung erkennen als ältere Patienten.
- f) Der ursprünglich gezeigte Subtypus der dissoziativen Störung hat keinen Einfluss auf die Prognose der Erkrankung

4 Methoden

4.1 Diagnostisches Instrumentarium

Zur Erhebung der Daten, die Informationen zur Beantwortung der Fragen beisteuern sollten, wurde eine Zahl verschiedener diagnostischer Fragebögen und Interviews von den Patienten und den Personen der Kontrollgruppe entweder alleine ausgefüllt oder aber mit dem Untersucher gemeinsam bearbeitet. Die Fragestellungen, die mit den jeweiligen Untersuchungsmedien untersucht werden, sollen im Folgenden einzeln erörtert und die Tauglichkeit der Instrumentarien zur Beantwortung der entsprechenden Fragestellung dargelegt werden.

4.1.1 Der halbstrukturierte Fragebogen zur Erfassung relevanter Daten aus den Krankengeschichten

Dieser Fragebogen erhebt in zwei aufeinander aufbauenden Teilen eine Großzahl epidemiologischer Daten der Patienten. Er wurde klinikintern entwickelt zum Zweck einheitlicher Datenauswertung aus den Krankengeschichten der Patienten. Die Krankengeschichten beinhalten alle die Basisdokumentation, ein bundesweit in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführtes Dokumentationsverfahren. Im ersten Teil erfolgt die Datenerhebung retrospektiv anhand der in den Krankengeschichten, insbesondere in der Basisdokumentation dokumentierten Aufzeichnungen. Erfasst werden hier unter anderem Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit und familiäre Herkunft der Kinder und Jugendlichen sowie möglichst detaillierte Informationen über das Wesen der Erkrankung der Personen. Hier wird über verschiedene Items des Fragebogens das gezeigte Symptom im Rahmen der dissoziativen Störung genau beschrieben und im Rahmen der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV eingeordnet, weiterhin wird der Verlauf der Erkrankung in zeitlichen Kontext gesetzt. Im ersten Teil des Fragebogens wird zusätzlich noch erfragt, wie sehr das soziale Umfeld und die Familienangehörigen in die Erkrankung des Patienten involviert waren, mit

welchen Methoden die Erkrankung zu therapieren versucht wurde und inwiefern diese Versuche Erfolg zeigten. Der erste Teil des Fragebogens kann ohne Zugewesenheit der Patientinnen und Patienten alleine durch Durchsicht der Krankenblätter vollständig bearbeitet werden.

Der zweite Teil des Fragebogens hingegen bedarf der Anwesenheit und Mitarbeit der ehemaligen Patienten, da hierdurch versucht wurde, den weiteren Verlauf der Erkrankung und die Entwicklung der Patienten seit dem Zeitpunkt der Entlassung aus der ursprünglichen Behandlung zu erfassen.

So wurden die Patienten befragt nach wiederkehrenden Episoden ihrer ursprünglichen Erkrankung, nach anderen – psychiatrischen wie organischen-Erkrankungen, nach dem aktuellen familiären Umfeld, dem beruflichen und sozialen Werdegang seit der Entlassung aus der Klinik, oder aber auch nach psychisch-seelischen Erkrankungen der nächsten Verwandten. Abschließend wurde sowohl durch den Interviewer als auch durch den Probanden der Wahrheitsgehalt der gemachten Aussagen eingeschätzt.

Der Fragebogen zur Datenerhebung aus den Krankengeschichten wurde in ähnlicher Weise bereits bei einer Studie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg zum Verlauf der Zwangserkrankung bei Kindern und Jugendlichen herangezogen.

4.1.2 Das Heidelberger Dissoziations-Inventar HDI

Das von R. Brunner, F. Resch, P. Parzer und E. Koch veröffentlichte Heidelberger Dissoziations-Inventar HDI stellt die deutsche Übersetzung der Dissociative Experiences Scale – II (DES – II) (entwickelt von Carlson, Bernstein & Putnam; 1993) und der Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES Version 1.0) (entwickelt von Armstrong, Putnam & Carlson; 1994) dar. Dieses wurde ergänzt durch ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung dissoziativer Symptome, das sich an den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 und den diagnostischen Kriterien des DSM-IV orientiert.

Das Interview ermöglicht eine über den Fragebogen hinausgehende diagnosesichernde kategoriale Zuordnung und Gewichtung der dissoziativen Symptome.

Zur Untersuchung der Patienten und Kontrollpersonen wurde in vorliegender Studie lediglich das ergänzende klinische Interview durchgeführt.

Das strukturierte Interview des HDI umfasst 77 Fragen, die in zehn Kategorien unterteilt wurden, entsprechend den zehn dissoziativen Störungsbereichen

1. dissoziative Amnesie
2. dissoziative Fugue
3. dissoziativer Stupor
4. Trance- und Besessenheitszustände
5. dissoziative Bewegungsstörungen
6. dissoziative Krampfanfälle
7. dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung
8. Ganser-Syndrom
9. Dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung)
10. Depersonalisations-, Derealisationsstörung

Fünf der 77 Fragen werden im Verlauf des Interviews nur dann gestellt, wenn die ihnen vorausgegangene Frage bejaht wurde. Die Inhalte der Fragen beziehen sich auf für den jeweiligen dissoziativen Störungsbereich typische Symptome. Alle Fragen des Interviews sind voll strukturiert und erlauben eine Skalierung der Antwort bezüglich Schweregrad, Dauer und Häufigkeit des erfragten dissoziativen Symptoms, zudem erfassen sie eine eventuelle Belastung des Befragten durch das Symptom. Entsprechend der Ausprägung dieser Variablen wird ein Punktwert verteilt.

Die Abfolge der Störungsbereiche orientiert sich größtenteils an der Reihenfolge der ICD-10, lediglich der Bereich der Depersonalisations- und Derealisationsstörungen wurde bewusst ans Ende des Interviews verlagert, da diese Störungen aufgrund ihrer Schwere für den Patienten als weitaus belastender empfunden werden.

Innerhalb der jeweiligen Störungsbereiche sind die Fragen so angeordnet, dass der Fortgang des Interviews einem Gespräch gleichen kann.

Das Zeitfenster, auf das sich das Interview bezieht, ist frei wählbar; da im speziellen Fall das aktuelle Vorliegen dissoziativer Störungen von Interesse war, wurden die befragten Personen vor Beginn des Interviews darauf hingewiesen, dass sich alle Fragen auf das aktuelle Befinden beziehen und maximal jene Symptome miteinbezogen werden können, die sich innerhalb der letzten Wochen zutrugen. Wurde eine Frage bezüglich eines Symptoms bejaht und war aus der Antwort der Zeitpunkt des Auftretens nicht klar ersichtlich, so wurde noch einmal explizit nachgefragt unter Verweis auf das interessierende Zeitfenster.

Um sowohl den Klassifikationskriterien der ICD-10 und des DSM-IV gerecht zu werden, wurde bei Bejahen einer Frage weiter hinterfragt, ob das Vorliegen dieses Symptoms zu Belastungen in wichtigen Lebensbereichen führte (das DSM-IV fordert als Diagnosekriterium, dass das „Störungsbild in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderer wichtigen Funktionsbereichen“¹ verursacht). Der ICD-10 hingegen fordert einen zeitlichen Zusammenhang zwischen Beginn der Symptomatik und belastenden Ereignissen. Auch dies wurde bei Bejahen einer Frage des HDI näher hinterfragt.

Zur Auswertung des Interviews werden die in den jeweiligen Störungsbereichen erzielten Scores auf zwei verschiedenen Wegen aufaddiert; der erste Gesamtscore summierte lediglich die Punkte jener Symptome, die vom Patienten als belastend angesehen wurden, während der zweite die Punkte unabhängig von einer eventuellen Belastung vereinte. Durch diese Punktsommen konnte eine Graduierung der Schwere des jeweiligen dissoziativen Störungsbereiches erreicht werden.

Zwei weitere Auswertungsblätter dienten der Frage, ob die vom Untersuchten angegebenen Symptome die Diagnose einer dissoziativen Störung erlaubten. Sie enthalten eine Auflistung jener Punkte, die in den jeweiligen

¹ Brunner et al.: Heidelberger Dissoziations-Inventar, Manual; Heidelberg, 1984, S.24

Störungsbereichen mindestens vom Patienten bejaht werden müssen, um nach den Kriterien der ICD-10 bzw. des DSM-IV als dissoziative Störung zu gelten.

Somit kann mit dem HDI-Interview in vergleichsweise kurzer Zeit festgestellt werden, an welchen aktuellen Störungen die untersuchte Person momentan leidet, und wie schwer das jeweilige Störungsbild ausgeprägt ist.

Die psychometrische Güte des HDI-Interviews wurde durch eine Interraterreliabilitätsstudie mit 16 Patienten überprüft; hierbei wurde die Übereinstimmung der Beurteiler auf der Ebene der Einzelsymptome, der jeweiligen Diagnosen und dem Schweregrad der Symptome berechnet. Die hierbei berechneten Cohen-Kappa-Werte lagen bei Untersuchung der Einzelsymptome bei 0,82, im Bereich der einzelnen Diagnosen bei Zugrundelegung der Kriterien der ICD-1 bei 0,67 (DSM-IV: 0,84) und im Bereich der Schweregradbeurteilung bei 0,91 (alle erzielten Scores) bzw. bei 0,93 (nur jene Scores, bei denen eine Belastung vorlag).

Diese Ergebnisse belegen, dass mit Hilfe des HDI-Interviews unabhängig vom Untersucher mit hinreichender Sicherheit gleiche Diagnosen gestellt werden können.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde das Interview des HDI mit allen Patientinnen und Patienten der Patientengruppe durchgeführt.

4.1.3 Der Fragebogen zur Sozialen Integration FSI

Der Fragebogen zur Sozialen Integration FSI (v. Wietersheim et al., 1992) stellt eine in einigen Punkten abgewandelte Übersetzung des aus dem angloamerikanischen stammenden „Social Adjustment Scale – Self Report (SAS-SR)“ von Weissmann und Bothwell (1976) dar. Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der das Sozialverhalten und die soziale Integration des Probanden näher beleuchten soll. Als soziale Integration wird in diesem Zusammenhang „die Fähigkeit eines Individuums zur Übernahme instrumenteller und expressiver Rollen (nach Parsons und Bales, 1955)“² verstanden. Personen, die an sie gestellte Aufgaben in verschiedenen

² v. Wietersheim, Ennulat et al.: „Konstruktion und erste Evaluation eines Fragebogens zur sozialen Integration“, in Diagnostica 1989/35, Heft 4, S.359

Lebensbereichen bei eigenem Wohlbefinden zufrieden stellend bewältigen, können demnach als sozial integriert bezeichnet werden. Da diese Integration in verschiedenen Teilbereichen des Lebens unterschiedlich stark oder schwach ausgeprägt sein kann, ist der Fragebogen zur Sozialen Integration in verschiedene Bereiche untergliedert. So enthält der FSI insgesamt 45 Items in den Skalen „Arbeit“ (6 Items), „Freizeit“ (9 Items), „Verwandte“ (8 Items), „Partnerschaft“ (14 Items), „Kinder“ (7 Items) und „Finanzen“ (1 Item). Die Skala „Arbeit“ liegt in den Varianten „Berufstätige“, „Hausfrauen/-männer“, „Schüler/Studenten“, und „Rentner“ vor und formuliert den Inhalt der jeweiligen Fragen, den Arbeitsanforderungen des jeweiligen Zweiges entsprechend, unterschiedlich.

Jedes Item des FSI besteht aus einer Frage und fünf unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten, denen ein Punktwert von 1 bis 5 zugeteilt ist, wobei eine höhere Punktzahl einer geringeren sozialen Integration entspricht. Innerhalb der verschiedenen Bereiche mussten von den Untersuchten nur jene Items beantwortet werden, deren Inhalt auf sie zutraf (kinderlose Personen sollten den Bereich „Kinder“ demnach auslassen). Die Aufgabe der Testpersonen bestand darin, für jedes Item jenen Wert anzugeben, der aktuell auf sie zutraf.

Auf einem Auswertungsbogen wurde der Gesamtscore eines Bereiches durch die Zahl der in dem jeweiligen Bereich bearbeiteten Fragen geteilt und so ein Mittelwert für jeden Bereich gebildet.

In der Entwicklung des FSI wurde der Fragebogen insgesamt 367 Personen vorgelegt, von denen 201 an psychosomatischen Erkrankungen litten. Die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) schwankte hierbei zwischen 0,59 im Bereich Kinder und 0,76 im Bereich Partnerschaft, es wurden somit in den meisten Teilbereichen zufrieden stellende Ergebnisse erzielt.

Der Fragebogen zur Sozialen Integration FSI wurde sowohl der Patientengruppe als auch der Kontrollgruppe im Vorfeld der Untersuchung zur Bearbeitung zugesandt; hiermit sollten eventuelle Unterschiede in der sozialen Integration zwischen ehemals psychiatrisch Erkrankten und gesunden Kontrollpersonen erarbeitet werden.

4.1.4 Das Klinische Psychiatrische Interview DIA-X

Das von Wittchen und Pfister 1997 herausgegebene DIA-X-Interview ist eine erheblich überarbeitete und erweiterte Version des Composite International Diagnostic Interview (CIDI), das ursprünglich von der WHO und der US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA) entwickelt wurde. Es handelt sich beim DIA-X-Interview um ein umfassendes standardisiertes Interview zur Erfassung einer großen Anzahl psychischer Störungen basierend auf den Diagnosekriterien der ICD-10 sowie des DSM-IV, mit dessen Hilfe die klinischen Störungen nicht nur diagnostiziert, sondern auch in einen zeitlichen Kontext gebracht werden können und somit in aktuelle, chronische und vergangene Störungen differenziert werden können. Das DIA-X-Interview vermag lediglich Störungen des späten Jugendlichen- und Erwachsenenalters aufzudecken, für den Einsatz im Kinder- und Jugendlichenbereich ist es hingegen nicht geeignet. Gleichzeitig verweist der Herausgeber des Interviews darauf, dass mit Hilfe des DIA-X nicht alle 600 möglichen Diagnoseklassen psychischer Störungen sicher diagnostizierbar sind, und somit auch dem DIA-X-Interview einzelne Störungen entgehen können.

Das DIA-X-Interview besitzt sehr gute Testgütekriterien; die Interraterreliabilität weist Kappawerte zwischen 0,81 und 1,0 auf, was für eine hervorragende Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Interviews bei verschiedenen Interviewern spricht. Auch die Test-Retest-Reliabilität liegt bei einem bis drei Tagen Abstand zwischen den Tests mit zwei unabhängigen Untersuchern mit Kappa-Werten zwischen 0,49 und 0,83 befriedigend hoch. Auch die Validität des DIA-X-Interviews erwies sich in einer Untersuchung einer psychiatrisch-klinischen Patientengruppe und einer Zufallsstichprobe gesunder Patienten befriedigend hoch (Lachner & Wittchen, 1998). Verglichen mit den Diagnosen erfahrener Psychiater ergaben sich Kappa-Werte zwischen 0,39 bei der Diagnose psychotischer Störungen und 0,82 bei der Diagnose von Panikstörungen.

Das Interview wurde mit allen an der Katamnese teilnehmenden Patienten durchgeführt.

4.1.5 Der Fragebogen und das Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen der Achse-II SKID-II

Dieses diagnostische Instrument wurde mit den Patienten, die an der Katamneseuntersuchung persönlich teilnahmen, in beiden Teilen durchgeführt. Personen, die lediglich zu einer Teilnahme in Form der ausgefüllten Fragebögen bereit waren, konnten nur den Fragebogen zum SKID-II-Interview bearbeiten.

Der SKID-II ist ein zweistufiges Verfahren zur Diagnose der zehn auf der Achse-II sowie zweier im Anhang des DSM-IV aufgeführter Persönlichkeitsstörungen; diese sind im Einzelnen die

1. Selbstunsichere
2. Dependente
3. Zwanghafte
4. Negativistische
5. Depressive
6. Paranoide
7. Schizotypische
8. Schizoide
9. Histrionische
10. Narzißtische
11. Borderline- und
12. Antisoziale

Persönlichkeit.

Die erste Stufe des Testverfahrens stellt ein Fragebogen dar, dessen 117 Items aus für den Probanden einfach verständlichen Fragen bestehen, die typische Wesenszüge oder Handlungsweisen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung beschreiben und die der Proband mit Ja oder Nein beantworten muss, je nach dem, ob er selbst diese Wesenszüge oder Verhaltensweisen bei sich beobachtet.

In der zweiten Verfahrensstufe, dem klinischen Interview werden lediglich jene Items des Fragebogens näher hinterfragt, die vom Probanden mit Ja beantwortet wurden. Die bewusst sehr einfach gehaltenen Fragen des

Fragebogens weisen eine sehr hohe Sensitivität auf, so dass tendenziell deutlich mehr Fragen vom Probanden mit Ja angekreuzt werden, als tatsächlich zu einer Persönlichkeitsstörung zu rechnende Wesenszüge bei diesem Probanden vorhanden sind. Das klinische Interview grenzt also die subjektiv vom Probanden gemachten Aussagen weiter ein und bringt sie in einen Zusammenhang, durch den die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann.

Der Zeitraum, auf den sich die Fragen sowohl des Fragebogens als auch des Interviews beziehen, reicht bis etwa fünf vor der Durchführung des Tests zurück; auf diesen Zeitraum wurden die Probanden bei der Bearbeitung hingewiesen. Hiermit soll verhindert werden, dass akute psychische Phänomene, die seit wenigen Tagen und nur für kurze Zeit bestehen, als Persönlichkeitsstörung missgedeutet werden. Differentialdiagnostische Probleme ergeben sich bei seit langem bestehenden Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen psychischer Erkrankungen, die während des gesamten Zeitraumes, auf den sich die Fragen des SKID-II beziehen, Bestand hatten.

Zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung muss eine bestimmte Anzahl der Fragen eines einer Störung zugehörigen Fragenkomplexes bejaht werden.

4.1.6 Das klinische Kurz-Interview zu psychiatrischen Störungen Mini-DIPS

Das Mini-DIPS ist eine 1994 von Markgraf veröffentlichte Kurzform des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS) (Markgraf et al., 1991). Es dient der raschen überblicksartigen Erfassung jener psychischen Störungen, die vor allem für den psychotherapeutischen Bereich von Relevanz sind und gründet auf den Diagnosekriterien der ICD-10 sowie des DSM-IV. Der wesentliche Vorteil gegenüber anderen diagnostischen Interviews liegt beim Mini-DIPS in der außerordentlich kurzen Durchführungszeit von nur etwa 30 Minuten. Trotz dieses geringen Zeitaufwandes können die Diagnosen ohne nennenswerten Verlust von Reliabilität und Validität –verglichen mit großen diagnostischen Interviews– gestellt werden. Der Mini-DIPS ermöglicht mit

hinreichender Genauigkeit die Diagnose von Angststörungen, affektiven Störungen, somatoformen Störungen, Essstörungen und von Substanzmissbräuchen sowie einen ersten Ausschluss psychotischer Störungen.

Verständlicherweise können aufgrund der Kürze des Interviews nicht alle vorkommenden psychischen Störungen diagnostiziert werden, weshalb das Verfahren auf die häufigsten Störungen beschränkt bleibt (Markgraf, 1994).

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Störung sollte, sofern möglich, dennoch stets ein ausführliches diagnostisches Interview angeschlossen werden, um eine differenzierte Diagnose zu ermöglichen.

Das Mini-DIPS ist als Verfahren geeignet für Erwachsene und Jugendliche mit einem Mindestalter von 16 Jahren, für Kinder und jüngere Jugendliche steht das von Unnewehr et al. 1994 entwickelte Kinder-DIPS zur Verfügung.

Beim Mini-DIPS handelt es sich um ein halbstandardisiertes Interview, das heißt die Fragen werden dem Probanden wörtlich vom Interviewer vorgelesen, der Proband antwortet primär mit Ja oder Nein, wird aber aufgefordert, vor allem im Falle einer positiven Antwort diese weiter zu erläutern. Dieses Verfahren setzt seitens des Interviewers die Fähigkeit voraus, die Antworten des Probanden in einen Kontext zu bringen, welcher mit einem Syndrom oder einer Diagnose vereinbar ist.

Im speziellen Fall der vorliegenden Studie war diese klinisch-diagnostische Erfahrung des Durchführenden jedoch nicht dringend erforderlich, da das Mini-DIPS lediglich mit den Kontrollpersonen durchgeführt wurde. Kriterium zur Aufnahme in die Kontrollgruppe war das Fehlen klinisch psychischer Störungen, so dass eine positive Antwort eines Probanden in der Großzahl der Fälle zum Ausschluss aus der Kontrollgruppe geführt hätte. Lediglich beim alleinigen Vorliegen spezifischer Phobien vom Tier-Typus, die nicht zu einer Einschränkung des täglichen Lebens führten, wurde der Proband dennoch in die Kontrollgruppe aufgenommen.

Das Mini-DIPS-Interview vermag die oben genannten Störungen mit hinreichender Genauigkeit zu diagnostizieren, es wurde jedoch bewusst so konzipiert, dass es sich beim Vorliegen von Fehlern bei der Diagnostik

hauptsächlich um falsch-positive Fehler handelte, also ein eigentlich gesunder Proband durch das Interview als erkrankt diagnostiziert wurde. Damit wurde man der Intention gerecht, das Mini-DIPS hauptsächlich als Screening-Untersuchung einzusetzen (Markgraf, 1994).

Zur Testgüte des Mini-DIPS bestehen Untersuchungen, die die Diagnosen des Mini-DIPS mit den beim gleichen Patienten mit Hilfe des DIPS-Interviews gestellten Diagnosen vergleichen. Hierbei wurden Kappa-Werte für die jeweiligen Oberklassen von Störungen zwischen 0,8 und 1,0 errechnet. Lediglich die Übereinstimmung bei der Diagnose somatoformer Störungen lag mit 0,76 geringfügig niedriger. Auch bei der Diagnose einzelner spezifischer Störungen wurden befriedigende Übereinstimmungen zwischen beiden Interviews gefunden (Kappa-Werte zwischen 0,66 und 1,0) (Markgraf, 1994).

Auch die Interraterreliabilität des Mini-DIPS ist als sehr gut einzuschätzen, so wurden Kappa-Werte für die diagnostischen Oberklassen wie auch für spezifische Störungsbilder erzielt, die stets über 0,8, mehrfach auch bei 1,0 lagen. Genauere Informationen zu den Testgüteuntersuchungen sind dem Handbuch des Mini-DIPS zu entnehmen (Markgraf, 1994).

4.2 Stichprobenerhebung von Patientengruppe und Kontrollgruppe

4.2.1 Patientenstichprobe

Die Studie zum Verlauf der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter wurde mit ehemaligen Patienten der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg sowie einer vergleichbar zusammengesetzten Kontrollgruppe psychiatrisch bisher nicht erkrankter oder behandelter Personen im Zeitraum zwischen März 2000 und März 2001 durchgeführt.

Die Patientengruppe wurde zusammengestellt, indem die Klinikbücher nach Patienten durchsucht wurden, die in den Jahren 1983 bis 1992 wegen dissoziativer, konversionsneurotischer oder ähnlich lautender Symptome und Probleme behandelt wurden. Diese über 100 Krankengeschichten wurden daraufhin überprüft, ob die von den Patientinnen und Patienten dargebotenen Symptombilder nach aktuellen Klassifikationskriterien in den dissoziativen

Störungen zugehöriges Krankheitsbild darstellten. Hierbei war es nicht von Interesse, ob die Patienten ambulant oder stationär behandelt wurden, welchem Geschlecht oder welcher Religion sie angehörten, oder welches dissoziative Krankheitsbild sie im Einzelnen darboten, lediglich die Nennung einer eindeutig dissoziativen Symptomatik (anhand der ICD-10-Klassifikationskriterien überprüft) in der Krankengeschichte entschied über die Zugehörigkeit zur Patientengruppe. War die dissoziative Störung erst im Gefolge einer bereits früher diagnostizierten anderen psychiatrischen Störung aufgetreten, so wurde dieser Patient nicht in die Patientengruppe aufgenommen; ebenso wurde als Ausschlusskriterium definiert das Vorhandensein einer schwerwiegenden organischen Krankheit, in deren Folge dissoziative Störungen oder ihnen ähnliche Störungsbilder nicht eindeutig ausgeschlossen werden konnten, definiert, des Weiteren wurden Patientinnen und Patienten, die das achtzehnte Lebensjahr zum Katamnesezeitpunkt noch nicht erreicht oder einen mit gängigen Tests festgestellten Intelligenzquotienten von <70 hatten, von der Studie ausgeschlossen. Alle Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigend zählte die Patientengruppe 62 Personen. Eine Übersicht der jeweiligen Kriterien gibt Tabelle 5.

Tabelle 5: Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien der Patientengruppe

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Dissoziative Störung nach ICD-10	Dissoziative Störung nur Folgesymptom anderer psychischer Störungen
Behandlung zwischen 1983 und 1992 (unerheblich ob ambulante oder stationäre Behandlung)	Schwere organische Störungen, deren Symptome denen dissoziativer Störungen ähneln können
Alter bei Katamnese > 18 Jahre	Alter bei Katamnese < 18 Jahre
Intelligenzquotient >70 mit gängigen Testverfahren	Intelligenzquotient <70 mit gängigen Testverfahren

Von den 62 Personen waren 43 weiblichen (dies entspricht 69,4%) und 19 männlichen Geschlechts (30,6%). 45 der 62 Patienten wurden im Rahmen ihrer dissoziativen Störung mindestens einmal stationär behandelt, was einem Anteil von 72,6% entspricht, nur 17 Patienten (27,4%) wurden ausschließlich ambulant behandelt; acht der Patienten wurden vor dem Erstkontakt mit der Klinik der Universität Würzburg bereits in anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vorstellig, drei der Kinder wurden

anderswo bereits stationär zur Behandlung der dissoziativen Störung aufgenommen. Vier Versuchspersonen wiesen einen einer Lernbehinderung entsprechenden IQ von 70-85 auf (6,4%), alle anderen wiesen eine zumindest durchschnittliche Intelligenz auf.

Diese 62 Personen wurden postalisch unter der in der Krankengeschichte angeführten Adresse angeschrieben (dies war meist die elterliche Adresse), war der Patient dort nicht mehr gemeldet, so wurde das Einwohnermeldeamt des in der Krankengeschichte genannten Wohnorts angeschrieben mit der Bitte, die aktuelle Postanschrift mitzuteilen. Auf diesem Wege gelang es uns, 56 der 62 ehemaligen Patienten ausfindig zu machen. Etwa eine Woche, nachdem der Brief die Patienten erreicht hatte, wurden sie telefonisch kontaktiert und zur Teilnahme an der Nachuntersuchung eingeladen. Wurde die Teilnahme abgelehnt, luden wir die Patienten dazu ein, den Fragebogen zur Sozialen Integration FSI und den Fragebogen zum SKID-II (Einzelheiten zu den Fragebögen sind Kapitel 3.1 Diagnostische Inventarien zu entnehmen) auszufüllen und per Post zurückzusenden. Gleichzeitig sollten diese Patienten auch an einer telefonischen Befragung teilnehmen, deren Inhalt sich eng am zweiten Teil des Katamnesebogens anlehnte.

23 der Patienten waren zu einer Teilnahme an der Untersuchung bereit (37,1%), weitere zwei Patienten (3,2%) füllten die Fragebogen aus und nahmen an der Telefonbefragung teil und wiederum zwei Patienten (3,2%) füllten lediglich die Fragebögen aus, ohne jedoch an der telefonischen Befragung teilzunehmen. 27 Patienten (43,5%) verweigerten leider die Teilnahme an jeglicher Untersuchung, zwei Patienten (3,2%) waren verstorben (beide durch Suizid). Somit waren – Teilnahme durch Fragebogen und durch Telefonbefragung eingeschlossen – 27 Patienten bereit an einer Nachuntersuchung teilzunehmen (43,5%). Zwei der Patienten war es nicht möglich, persönlich zur Untersuchung nach Würzburg zu kommen, bei einer Patientin mit Lernbehinderung war die Durchführung einzelner Untertests aufgrund von Verständnisschwierigkeiten nicht oder nur eingeschränkt möglich.

In Abb.2 ist die Aufteilung der Versuchspersonen nochmals dargestellt.

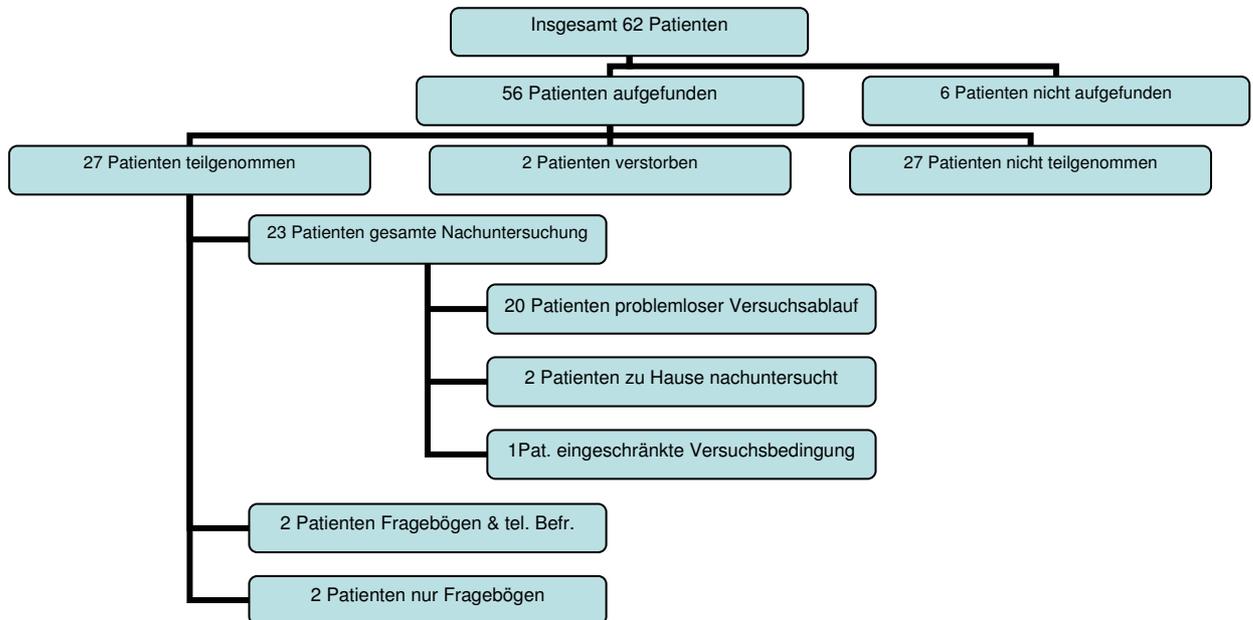


Abbildung 2 : Rekrutierung und Zusammensetzung von Ausgangsstichprobe und Katamnesestichprobe, Darstellung mittels Flussdiagramm

Den Probanden, die zur Teilnahme an der Katamneseuntersuchung bereit waren, wurden als Aufwandsentschädigung DM 100,- und zusätzlich die für die Anreise entstandenen Fahrtkosten ersetzt.

4.2.2 Kontrollpersonengruppe

Um Teile der Ergebnisse, die mittels der Untersuchung der ehemaligen Patienten erhoben werden konnten, zu vergleichen, wurde gleichzeitig eine Kontrollgruppe gesunder Probanden rekrutiert. Die Größe der Kontrollgruppe orientierte sich an der Anzahl Patienten, die an der Katamneseuntersuchung teilnahmen.

Die Kontrollpersonen wurden vornehmlich rekrutiert aus einer Gruppe von Studentinnen und Studenten der Universität Würzburg, die im Rahmen einer

Vorlesung über Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Studie informiert und um die Teilnahme an der Kontrollgruppe gebeten wurden. Als Aufwandsentschädigung wurde den Kontrollpersonen ein Betrag von DM 30,- geboten.

Auf diese Weise konnten 32 Studenten und Studentinnen – vornehmlich aus den Studiengängen Sonderpädagogik, Psychologie und Medizin - als Kontrollpersonen gewonnen werden. Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass sich in den Reihen der Patientengruppe vier Personen mit einem Intelligenzquotienten auf dem Niveau der Lernbehinderung befanden, wurden zusätzlich zu den Studenten noch vier Lehrlinge der Don-Bosco-Werke Würzburg, einer Schule, die Förderschülern eine geeignete Ausbildung bietet, in die Kontrollgruppe aufgenommen. Diese vier Personen wiesen eine Intelligenz im Bereich der Lernbehinderung auf. Für die Studienteilnahme wurde ihnen eine Aufwandsentschädigung von DM 50,- angeboten.

Bedingung für die Aufnahme in die Kontrollgruppe war in Anlehnung der Einschlusskriterien der Patientengruppe ein Mindestalter von 18 Jahren, ein Intelligenzquotient von >70 sowie das Fehlen von Hinweisen auf psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte sowie zum Untersuchungszeitpunkt. Aus diesem Grund wurde mit den Kontrollpersonen vor Beginn der Untersuchung ein orientierendes psychiatrisches Interview mit Hilfe des MINI-DIPS (näheres siehe 3.1 Diagnostische Verfahren) durchgeführt, und der weitere Versuchsablauf nur dann gestartet, wenn das Interview in allen Teilbereichen ohne pathologischen Befund war. Wie den Patienten wurde auch den Kontrollpersonen der FSI-Fragebogen mitgegeben, der bereits ausgefüllt zur Untersuchung mitgebracht werden sollte.

Von insgesamt 36 Kontrollpersonen waren 24 weiblich (66,7%) und 12 männlich (33,3%). Man konnte, bezogen auf die Untersuchungsinstrumente, bei Versuchspersonengruppe und Kontrollgruppe von vergleichbaren Gruppen ausgehen, da Alters-, Geschlechts- und annähernd auch Intelligenzverteilung sowie die Sozialzugehörigkeit vergleichbar waren.

4.3 Versuchsablauf

Bei der Beschreibung des Versuchsablaufs wird darauf hingewiesen, dass mit der identischen Patienten- und Kontrollgruppe noch eine weitere Studie durchgeführt wurde, welche auch die Verarbeitungsstrategien der ehemaligen Patienten in Belastungssituationen untersuchte. Die Untersuchungen für beide Studien wurden in derselben Sitzung mit den Patienten und Kontrollpersonen durchgeführt. Die in dieser Studie verwendeten Untersuchungsinstrumente werden unter Kapitel 3.3, „Diagnostische Verfahren“ im Detail erläutert. Für die anderen Instrumente, die nicht zu dieser Studie herangezogen wurden, sei auf die Studie von Schneck (in Bearbeitung) verwiesen.

4.3.1 Patientengruppe

Erklärte sich ein ehemaliger Patient der Klinik nach dem ersten Anschreiben im daraufhin geführten Telefongespräch zur Teilnahme an der Studie bereit, so wurden ihm die zuvor beschriebenen Fragebögen SKID-II und FSI per Post zugesandt (weitere Fragebögen, die von den Patienten bearbeitet wurden, finden in der Studie von Schneck Verwendung). Zusammen mit den Fragebögen wurden die Instruktionen zum Ausfüllen derselben versandt mit der Bitte an die Patienten, die Fragebögen soweit möglich zum Katamnesetermin ausgefüllt mitzubringen.

Nach einer kurzen Begrüßung des Patienten durch den Untersucher begann der Versuchsablauf damit, dass der Patient gebeten wurde, in kurzen Worten die Beschwerden darzulegen, wegen welcher er ursprünglich in der Klinik in Behandlung war. Hieraus entwickelte sich meist ein kurzes Gespräch über den weiteren Lebensweg bis zum Tag der Untersuchung; in diesem Gespräch wurden auch der berufliche und familiäre Werdegang erwähnt.

Nach diesem einleitenden Gespräch wurden die Fragebögen, die dem Probanden per Post nach Hause geschickt wurden, auf offene Fragen seitens der Patienten durchgearbeitet und diese gegebenenfalls geklärt.

Vor Beginn der Untersuchungen wurden die Patienten nochmals darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Untersuchung auf freiwilliger Basis stattfand und es dem einzelnen Patienten jederzeit freistünde, auf bestimmte

oder auch alle Fragen keine Antwort zu geben beziehungsweise die Durchführung eines Tests oder eines Teiles desselben zu verweigern. Zugleich wurde die bereits in den postalischen Anschreiben erwähnte Schweigepflicht, der alle mit der Untersuchung betrauten Personen unterlagen, sowie die anonymisierte Datenerfassung und –Verarbeitung nochmals hervorgehoben. Im Anschluss hieran wurde eine Erklärung vom Patienten unterzeichnet, in der diese Punkte festgehalten waren und in der der Patient den freien Willen zur Teilnahme an der Studie erklärte.

Nach Durchführung eines experimentellen Untersuchungsteils (hierzu sei auf die in Bearbeitung befindliche Studie von Schneck verwiesen) wurde die computergestützte Version des DIA-X Interviews mit den Patienten durchgeführt, um psychiatrische Belastungen in der Lebensspanne diagnostizieren zu können.

Nach diesem Interview wurde das ergänzende klinische Interview des Heidelberger Dissoziativen Inventars HDI mit den Patienten bearbeitet. Aktuell vorliegende Persönlichkeitsstörungen der Achse-II wurden mit dem SKID-II-Interview näher untersucht. Hierbei wurden nur jene Persönlichkeitsstörungen genauer evaluiert, innerhalb derer von den Patienten im vorab versandten SKID-II-Fragebogen Items mit Ja beantwortet wurden.

Abschließend wurde der zweite Teil des Katamnesebogens bearbeitet, um weitere soziodemografische Daten der Patienten zu erfassen, und auch ein differenzierteres Bild über den Krankheitsverlauf der dissoziativen Störung und anderer Krankheiten seit der Entlassung aus der ursprünglichen Behandlung gewinnen zu können. Die teilweise recht große Zeitspanne zwischen ursprünglicher Behandlung und Katamnese machten die Durchführung dieses Fragebogens teils etwas schwierig, da Einzelheiten des Krankheitsverlaufs den Patienten überhaupt nicht oder nur schwer erinnerlich waren.

Der Zeitbedarf für die Untersuchung eines Patienten variierte sehr stark zwischen circa zwei Stunden und bis zu fünf Stunden, vor allem, da der Zeitbedarf für das DIA-X-Interview sehr unterschiedlich lange war, abhängig davon, in wie vielen verschiedenen Störungsbereichen, die durch das Interview abgedeckt werden, sich Hinweise auf eine Störung fanden.

Eine tabellarische Darstellung des Versuchsablaufs von Patienten- und Kontrollgruppe gibt Tabelle 6 (S. 78).

4.3.2 Kontrollgruppe

Die Untersuchung der Kontrollpersonen beinhaltete Teile der ausführlicheren Untersuchung der ehemaligen Patienten. Der FSI-Fragebogen wurde von den Kontrollpersonen ebenfalls zu Hause bearbeitet.

Auch die Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden vor Untersuchungsbeginn über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die anonymisierte Datenverarbeitung und das Gebundensein der Untersucher an die Schweigepflicht aufgeklärt und sie unterzeichneten eine diese Punkte enthaltende Erklärung.

Vor Untersuchungsbeginn wurde überprüft, ob die Patienten an einer klinischen psychiatrischen Störung litten, was den Ausschluss aus der Kontrollgruppe zur Folge gehabt hätte. Das alleinige Vorliegen einer spezifischen Phobie vom Tier-Typus (meist eine Hunde-, Schlangen- oder Spinnenphobie), welches sich bei einer Großzahl sowohl der Patienten als auch der Kontrollpersonen zeigte, wurde nicht als Störung definiert, sofern es nicht zu massiven Einschränkungen im alltäglichen Leben der Patienten führte. Als Untersuchungsinstrument wählten wir das Mini-DIPS-Interview von Markgraf (1994), da durch kurzen zeitlichen Aufwand viele klinische Störungsbereiche auf das Vorliegen einer Störung hin abgefragt werden können.

Der experimentelle Versuchsteil war identisch mit dem der Patientengruppe.

Die mit den Patienten vorgenommenen Interviews (DIA-X, SKID-II und das HDI-Interview) wurden mit den Kontrollpersonen nicht durchgeführt, da bereits im Mini-DIPS-Interview das Fehlen klinischer Störungen nachgewiesen wurde.

Der zweite Teil des Katamnesebogens wurde mit den Kontrollpersonen nur fragmentarisch durchgeführt; erfragt wurden lediglich das Vorliegen somatischer Krankheiten, eine eventuelle psychiatrische Belastung der Eltern oder Geschwister, sowie einige soziodemografische Daten.

Durch das Fehlen der zeitaufwendigen Interviews nahm die Untersuchung der Kontrollpersonen sehr viel weniger Zeit in Anspruch als die

Katamneseuntersuchung der Patienten, meist reichten circa 60 Minuten zur Untersuchung einer Person aus.

Tabelle 6 stellt den Versuchsablauf von Patienten- und Kontrollgruppe gegenüber.

Tabelle 6: Versuchsablauf von Patienten- und Kontrollgruppe (die fett gedruckten Versuchsbestandteile fanden in der Studie Verwendung, die übrigen Versuchsteile werden in eine andere Studie einfließen).

<i>Patientengruppe</i>	<i>Kontrollgruppe</i>
Analyse der Krankengeschichten, retrospektive Datenerhebung anhand des Katamnesebogens, Teil1	
Vorab-Fragebögen : FKV, FSI, SKID-II, FKG	Vorab-Fragebögen : FKV, FSI, FKG
	MINI-DIPS-Interview
Aufklärung über Freiwilligkeit und Einhaltung der Schweigepflicht	
Experimenteller Teil : psychische Belastung, physische Belastung (in zufälliger Reihenfolge), am Ende Picture Frustration Test	
DIA-X Interview (PC-gestützt)	
HDI-Interview	
SKID-II-Interview	
Katamnesebogen Teil 2 (vollständig)	Katamnesebogen Teil 2 (teilweise)

4.4 Datenverarbeitung

Bei der Analyse der Datensätze wurde unter Zuhilfenahme des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson beziehungsweise des t-Tests bei unabhängigen Stichproben ein Vergleich der Verteilung der Datengruppen vorgenommen. Die Abweichung der Mittelwerte wurden als signifikant angenommen bei einem $\alpha < 5\%$, ein $\alpha < 1\%$ wurde als äußerst signifikant definiert. Bei einem α zwischen 5% und 10% wurde der Bereich eines statistisch nicht signifikanten Trends definiert.

Die erhobenen Daten wurden unter Zuhilfenahme des Programmpaketes „SPSS 9.0 für Windows“ statistisch verarbeitet, die visuelle Darstellung der Ergebnisse erfolgte unter Nutzung des „Microsoft Office 98“-Programmpaketes.

5 Ergebnisse

5.1 Analyse der Ausgangsstichprobe

5.1.1 Epidemiologie

Von den 62 Patientinnen und Patienten, die Eingang in die Studie fanden, waren 19 männlich und 43 weiblich; das entspricht einem Anteil von 30,6% männlichen und 69,4% weiblichen Personen. In 45 Fällen (72,6%) erfolgte die Behandlung auf stationärer Basis und in 17 Fällen (27,4%) wurden die Patientinnen und Patienten alleine ambulant behandelt.

Die meisten der Kinder und Jugendlichen wurden vor ihrer Behandlung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie von keiner anderen Einrichtung behandelt; lediglich acht der 62 Patienten (13,1%) wurden vor dem ersten Kontakt mit der Klinik ambulant wegen ihrer Dissoziativen Störung betreut, und nur drei der Patienten (4,8%) befanden sich deshalb zuvor bereits in stationärer Behandlung.

Bei näherer Untersuchung der Frage, wie schwer die Kinder und Jugendlichen nach Ansicht des behandelnden Arztes an der dissoziativen Störung erkrankt waren, konnte festgestellt werden, dass der Großteil der Patienten – nämlich 38 Fälle (61,3%) - als mittelschwer erkrankt eingestuft wurden, während die Erkrankung von 13 Patienten als leicht (21%) und von acht Patienten als schwer (12,9%) erachtet wurde. In vier Fällen war der Schweregrad der Erkrankung nicht abschätzbar, da diese Fälle nur über eine kurze Zeitspanne ambulant behandelt wurden.

5.1.1.1 Symptomverteilung

Obwohl versucht wurde, alle Ausprägungen der dissoziativen Störungen und der Konversionsstörungen in die Studie aufzunehmen, zeigte sich bei der Untersuchung der Krankengeschichten doch, dass einzelne Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter gehäuft vorkommen; wiederum andere Störungsbilder traten in der vorliegenden Patientengruppe überhaupt nicht auf.

Im Einzelnen wiesen sechs Patienten (9,7%) eine dissoziative Amnesie, drei Patienten (4,8%) die Symptome eines dissoziativen Stupor und ebenfalls drei Patienten (4,8%) Symptome dissoziativer Trance- und Besessenheitszustände auf; die Diagnose einer dissoziativen Fugue, einer multiplen Persönlichkeit, des Ganser-Syndroms, der nicht näher bezeichneten und der sonstigen näher bezeichneten dissoziativen Störung konnte innerhalb der Patientengruppe nicht gestellt werden. Somit entfielen lediglich 14,5 % aller Störungen auf diese acht dissoziativen Krankheitsbilder. Sehr viel häufiger waren demnach nur einige wenige dissoziative Krankheitsbilder; so wiesen insgesamt 26 Personen (41,9%) dissoziative Bewegungsstörungen auf, bei 25 Personen (40,3%) konnten dissoziative Krampfanfälle diagnostiziert werden und 24 Personen (38,7%) zeigten Symptome der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung.

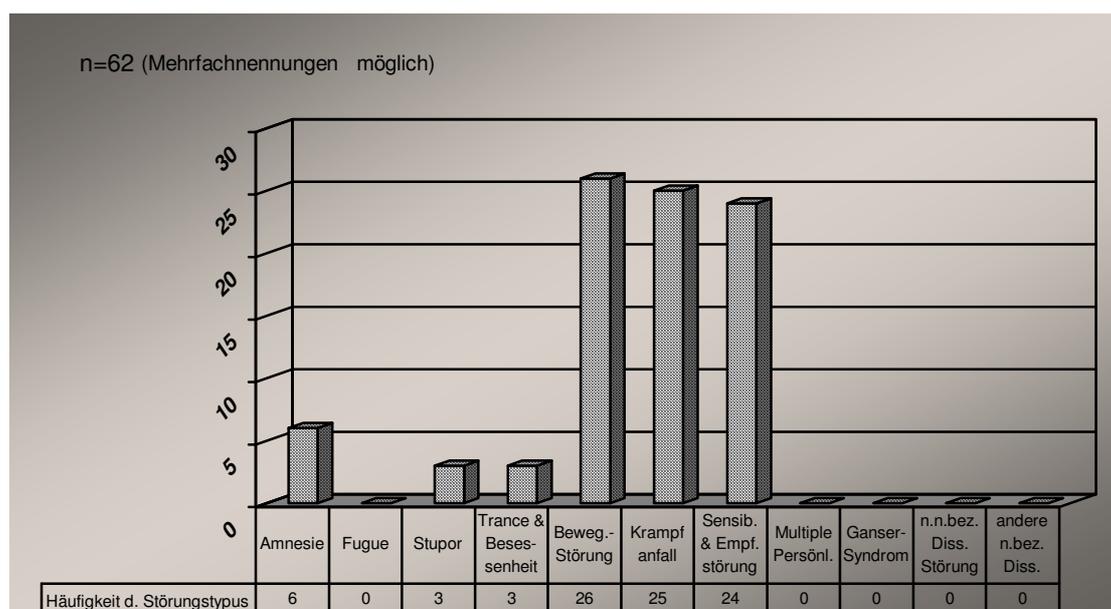


Abbildung 3 : Häufigkeitsverteilung der dissoziativen Störungen innerhalb der Ausgangsstichprobe (n=62, Mehrfachnennungen möglich)

Bei insgesamt 20 Patientinnen und Patienten (32,0%) trat mehr als eine dissoziative Symptomatik zugleich auf, so dass in diesen Fällen zusätzlich die Diagnose einer gemischten dissoziativen Störung gestellt werden musste. Die Verteilung dieser Symptomkombinationen der gemischten dissoziativen Störungen ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Symptomkombinationen bei gemischten dissoziativen Störungen (n=20)

Symptomkombinationen bei gemischten dissoziativen Störungen (n=20)		
<i>Symptome</i>	<i>Absolute Häufigkeit</i>	<i>Relative Häufigkeit</i>
Diss. Bewegungsstörung & diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	12	60%
Diss. Bewegungsstörung & diss. Krampfanfälle	2	10%
Diss. Krampfanfälle & diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	1	5%
Diss. Amnesie & diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	1	5%
Trance- und Besessenheitsanfälle & diss. Krampfanfälle	1	5%
Diss. Amnesie & diss. Krampfanfälle	1	5%
Diss. Bewegungsstörung & diss. Krampfanfälle & diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	1	5%
Diss. Amnesie & diss. Bewegungsstörung & diss. Krampfanfälle	1	5%
<i>Gesamt</i>	<i>20</i>	<i>100%</i>

Es ist hierbei auffällig, dass die dissoziativen Bewegungsstörungen und die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen meist im Rahmen einer gemischten dissoziativen Störung zusammen auftraten, wohingegen die dissoziativen Krampfanfälle als weiteres häufiges Symptom meist isoliert auftraten. Denn während 20 der 25 (80%) Patientinnen und Patienten, die dissoziative Krampfanfälle als eines Ihrer Symptome aufwiesen, unter keinen anderen Symptomen litten, traten nur 10 der 26 (38,5%) beschriebenen dissoziativen Bewegungsstörungen und lediglich sieben der 24 (29,2%) dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen isoliert auf.

Im Folgenden sollte untersucht werden, ob die Verteilung der Schweregrade der einzelnen dissoziativen Störungen voneinander abweichen. Da nur sehr wenige Patienten an Symptomen der dissoziativen Amnesie, des dissoziativen Stupor oder an Trance- und Besessenheitszuständen litten, kann keine aussagekräftige statistische Berechnung bezüglich der Schweregrade dieser Störungen erfolgen; diese bleibt daher auf die häufig aufgetretenen Störungen beschränkt. (siehe hierzu auch Tabelle 8, S.83).

Von den 26 Fällen dissoziativer Bewegungsstörungen wurden vier (15,4%) vom behandelnden Arzt als nur leicht erkrankt eingeschätzt, 13 mal (50%) beschrieb man die Bewegungsstörung als mittelschwer und achtmal (30,8%) wurde sie als schwer erachtet, einmal war keine Einschätzung des Schweregrades möglich. Dieses Verhältnis weicht deutlich von dem jener Patienten ab, die im Rahmen ihrer Erkrankung andere dissoziative Störungen erkennen ließen.

Patienten mit dissoziativen Krampfanfällen wurden dreimal (12%) als leicht, 19 mal (76%) als mittelschwer und zweimal (8%) als schwer erkrankt beschrieben, einmal war keine Einschätzung möglich; dieses Verteilungsmuster weicht nur unerheblich von dem der Patienten mit anderen dissoziativen Störungen ab.

Die Patienten, die über dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen klagten, waren achtmal (33,3%) leicht, elfmal (45,8%) mittelschwer und fünfmal (20,8%) schwer erkrankt. Dieses Verteilungsmuster wiederum weicht signifikant ab von dem jener Patienten, die nicht über dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen klagten. Die Erkrankungen der Patienten mit gemischter dissoziativer Störung schließlich wurden viermal (21,4%) als leicht, neunmal (47,4%) als mittelschwer und sechsmal (31,6%) als schwer bezeichnet; auch hier findet sich eine eindeutige Abweichung im Vergleich mit den Patienten, die nicht an einer gemischten dissoziativen Störung litten.

Tabelle 8 : Korrelation zwischen dissoziativem Syndrom und Einschätzung des Schweregrades der dissoziativen Störung (anhand der Einschätzung des behandelnden Arztes in der Basisdokumentation der Krankengeschichten) (n.s. = nicht signifikant $p > .05$, * = signifikant mit $.01 < p < .05$, ** = signifikant mit $p < .01$)

	<i>Leicht erkrankt</i>	<i>Mittelschwer erkrankt</i>	<i>Schwer erkrankt</i>	<i>Asymptotische zweiseitige Signifikanz (χ^2), p-Wert</i>
<i>Patienten mit dissoziativer Bewegungsstörung</i>	4 (15,4%)	13 (50%)	8 (30,8%)	$\chi^2(2,N=59)=12,634$; $p < .01$ (**)
<i>Patienten ohne dissoziative Bewegungsstörung</i>	9 (26,5%)	25 (73,5%)	0 (0%)	
<i>Patienten mit dissoziativen Krampfanfällen</i>	3 (12%)	19 (76%)	2 (8%)	$\chi^2(2,N=59)=3,852$; $p > .05$ (n.s.)
<i>Patienten ohne dissoziative Krampfanfälle</i>	10 (28,6%)	19 (54,3%)	6 (17,1%)	
<i>Patienten mit dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörung</i>	8 (33,3%)	11 (45,8%)	5 (20,8%)	$\chi^2(2,N=59)=6,09$; $p < .05$ (*)
<i>Patienten ohne dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung</i>	5 (14,3%)	27 (77,1%)	3 (8,6%)	
<i>Patienten mit gemischter dissoziativer Störung</i>	4 (21,1%)	9 (47,4%)	6 (31,6%)	$\chi^2(2,N=59)=7,987$; $p < .05$ (*)
<i>Patienten ohne gemischte dissoziative Störung</i>	9 (22,5%)	29 (72,5%)	2 (5%)	

War eine dissoziative Bewegungsstörung ein Syndrom der dissoziativen Störung, so war diese Störung häufig schwer ausgeprägt. Ähnlich verhält es sich mit gemischten dissoziativen Störungen, die auch häufiger als schwer

eingeschätzt wurden. Die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen waren vergleichsweise häufig entweder nur leicht oder aber schwer ausgeprägt; mittelschwere Verläufe waren hier eher selten anzutreffen.

Die drei in der Patientengruppe häufig vorkommenden Krankheitssyndrome der dissoziativen Bewegungsstörungen, der dissoziativen Krampfanfälle sowie der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sollen im Weiteren näher betrachtet werden.

5.1.1.1.1 Dissoziative Bewegungsstörungen

Jedes der dissoziativen Krankheitsbilder subsumiert eine Vielzahl einzelner Symptombilder, in welchen sich die jeweilige dissoziative Störung äußern kann. Unter diesem Aspekt war von Interesse, ob die Kinder und Jugendlichen der Patientengruppe einzelne Symptomausprägungen innerhalb eines dissoziativen Krankheitsbildes zu bevorzugen schienen (vgl. hierzu Tabelle 9)

Im Rahmen der dissoziativen Bewegungsstörung klagten 21 der 26 Patientinnen und Patienten über eine Lähmung oder lokale Schwäche der Beine (entsprechend 80,8%), wohingegen nur in sechs Fällen über eine Lähmung oder lokale Schwäche im Bereich der Arme berichtet wurde (23,1%). Jeweils elf Patienten (je 42,3%) klagten über eine Koordinationsstörung oder aber eine Gleichgewichtsstörung, in 17 Fällen (65,4%) konnten die Patientinnen und Patienten nicht mehr frei stehen (Astasie), zwölf Personen sahen sich nicht in der Lage, zu gehen (Abasie) (46,2%). Die vier eben genannten Symptome der Koordinations- oder Gleichgewichtsstörung und der Astasie oder Abasie traten zumeist in Kombination miteinander auf.

Tabelle 9 : Symptomverteilung innerhalb der dissoziativen Bewegungsstörung (n=26, Mehrfachnennungen möglich)

Häufigkeiten der Symptome im Rahmen der dissoziativen Bewegungsstörung (n=24)		
<i>Symptom</i>	<i>Absolute Häufigkeit</i>	<i>Relative Häufigkeit</i>
Lähmung oder lokale Schwäche der Beine	21	80,8%
Lähmung oder lokale Schwäche der Arme	6	23,1%
Koordinationsstörung	11	42,3%
Gleichgewichtsstörung	11	42,3%
Astasie	17	65,4%
Abasie	12	46,2%
Sprechschwierigkeiten	0	0%
Schluckschwierigkeiten / Globusgefühl	0	0%
Harnverhalt	0	0%
Sonstige	2	7,7%
<i>Gesamt</i>	<i>78</i>	<i>307,8%</i>
Hiervon Symptome, die komorbid mit anderen Symptomen auftraten	54	207,8%
<i>Gesamt</i>	<i>26</i>	<i>100%</i>

Bei ihren motorischen Störungen zeigten die Kinder und Jugendlichen nur selten Ausfälle lediglich einer Körperhälfte, nur in insgesamt neun Fällen (37,5%) konnte eine Halbseitensymptomatik beobachtet werden (in fünf dieser neun Fälle war diese rechtsseitig lokalisiert).

5.1.1.1.2. Dissoziative Krampfanfälle (vgl. Tabelle 10, S.86)

In 25 Fällen wurde von Krampfanfällen berichtet, die die Kinder und Jugendlichen zeigten. In jeweils sechs dieser Fälle (je 24%) bestanden die Anfälle darin, dass entweder generalisierte, unkoordinierte Bewegungen oder eine generalisierte Steifheit oder Spasmen bei den Patienten zu beobachten waren. Achtmal wurde während des Anfalls ein generalisiertes Zittern des Körpers festgestellt (32%). Seltener wurden regionale unkoordinierte Bewegungen festgestellt (4 Fälle, 16%), in jeweils zwei Fällen zeigte sich der dissoziative Anfall in regionaler Steifheit oder einem regionalem Spasmus bzw. in regionalem Zittern (jeweils 8%). Bei sechs der Patienten (24%) präsentierte sich der Anfall mit einer okulären Symptomatik wie Blickkrämpfen oder Starren. Einen großen Anteil innerhalb der dissoziativen Krampfanfälle nahmen jene ein, die sich in einem alleinigen Bewusstseinsverlust ohne motorische Symptomatik äußerten (9 Fälle, 36%). Schließlich konnte in zwei Fällen ein Anfall mit anderen anfallsartigen Bewusstseinsveränderungen im Sinne einer Absence beobachtet werden (8%).

Nur sechs der Patienten waren während ihrer Anfälle ansprechbar (24%), während in 17 Fällen keine Ansprechbarkeit während des Anfalls vorhanden war (68%), in drei dieser 17 Fälle setzte sich diese nicht vorhandene Ansprechbarkeit auch über die Dauer des Anfalls hinaus fort. Bei zwei Patienten konnten keine Angaben zur Ansprechbarkeit während der dissoziativen Krampfanfälle aus den Krankenblättern gemacht werden (8%).

Knapp die Hälfte der Patienten (11 von 25, 44%) wiesen nach dem Ende ihrer Anfälle Symptome einer retrograden Amnesie für die Zeit des Anfalles auf, ebenfalls elf Patienten konnten sich an den Anfall selbst erinnern, bei drei Patienten konnten hierzu keinerlei Aussagen gemacht werden.

Ähnlich wie bei den dissoziativen Bewegungsstörungen waren auch die dissoziativen Krampfanfälle nicht an eine Halbseitensymptomatik gebunden; bei keinem Fall ging aus der Krankengeschichte hervor, dass die Anfälle unilateral betont waren. In nur etwa der Hälfte der Fälle war eine Aussage über die Zeitdauer der dissoziativen Krampfanfälle machbar, in der Regel jedoch waren diese vergleichsweise lang; die Zeitdauer der Anfälle reichte von einer Minute bis hin zu zwei Stunden, der Median der Zeitdauer lag bei zehn Minuten, der Modus bei einer Minute.

Tabelle 10 : a) Zeitdauer der dissoziativen Krampfanfälle (n=14) sowie b) Symptomverteilung innerhalb der dissoziativen Krampfanfälle (n=25, Mehrfachnennungen möglich)

a)

Zeitdauer der dissoziativen Krampfanfälle in Minuten (n=14)				
Minimum	Maximum	Median	Modus	Mittelwert / SD
1	120	10	1	34 / 44,5

b)

Häufigkeiten der Symptome im Rahmen der dissoziativen Krampfanfälle (n=25)		
Symptom	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Generalisierte, unkoordinierte Bewegungen	6	24%
Generalisierte Steifheit/ Spasmen	6	24%
Generalisiertes Zittern	8	32%
Regionale unkoordinierte Bewegungen	4	16%
Regionale Steifheit/Spasmen	2	8%
Regionales Zittern	2	8%
Blickkrämpfe / Starren	6	24%
Bewusstseinsverlust ohne mot. Symptome	9	36%
Andere anfallsartige Bewusstseinsveränderungen	2	8%
<i>Gesamt</i>	45	180%
Hiervon Symptome, die in Kombination mit anderen auftraten	20	80%
<i>Gesamt</i>	25	100%

5.1.1.1.3. Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (vgl. Tabelle 11, S.87)

Von den 24 Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen ihrer Erkrankung über sensorische Ausfälle klagten, wiesen viele Patientinnen und Patienten entweder diverse Hautmissempfindungen oder aber Sehstörungen auf. 13 mal (54,2% aller dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen) konnten Störungen der Sensibilität im Bereich des Integuments festgestellt werden. Bei acht Patienten äußerten sich diese Störungen in Schmerzmissempfindungen der Haut (33,3%), sechsmal durch Berührungsmissempfindungen (25%) und fünfmal durch Missempfindungen bei Vibrationsreizen (20,8%); eine Patientin klagte über Temperaturmissempfindungen (sowohl Hitze als auch Kälte betreffend) (4,2%).

Die Lokalisationen dieser Sensibilitätsstörungen waren recht gleichmäßig über den gesamten Körper verteilt; insgesamt traten sie zweimal im Gesicht, sechs mal im Bereich der oberen Extremität, sieben mal im Bereich der unteren Extremität und zwei mal an anderen Stellen auf, wobei in einigen Fällen die Missempfindungen gleichzeitig an mehreren Körperregionen auftraten.

In der Hälfte der 24 Fälle, in denen über dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen berichtet wurde, handelte es sich um Störungen der Sehfähigkeit. Nur eine Patientin hatte hierbei einen vollständigen Sehverlust zu beklagen (8,3%), weitaus häufiger waren Kinder und Jugendliche anzutreffen, die nur noch verschwommen sehen konnten (acht der 12 Patienten mit Sehstörungen, entsprechend 66,7%), je zweimal wurde über Diplopien oder ein tunnelförmiges Blickfeld geklagt (jeweils 16,7%), in zwei Fällen wurden andere Sehstörungen wie zum Beispiel Augenmotilitätsstörungen festgestellt (ebenfalls 16,7%).

Die anderen Sinnesorgane waren im Gegensatz zum Auge nur selten betroffen; drei der 24 Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen erlitten einen Hörverlust, der in allen drei Fällen als nur teilweiser Hörverlust diagnostiziert wurde und sich lediglich als verschlechterte Hörfähigkeit bemerkbar machte. Die Intaktheit der Riechfähigkeit war in keinem Fall beeinträchtigt.

Genauso wie in den Fällen der dissoziativen Bewegungsstörungen und der dissoziativen Krampfanfälle konnte auch bei den dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen keine Bevorzugung einer Körperseite festgestellt werden; in sechs der 24 Fälle (25%) waren die Ausfälle linksseitig lokalisiert, in drei Fällen wurden sie auf der rechten Seite festgestellt (12,5%).

Tabelle 11 : Häufigkeit der Symptommennungen innerhalb der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (n=24, Mehrfachnennungen möglich)

Häufigkeiten der Symptommennungen im Rahmen der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (n=24, Mehrfachnennung möglich)		
<i>Symptom</i>	<i>Absolute Häufigkeit</i>	<i>Relative Häufigkeit</i>
Hautempfindungen	13	54,2%
Davon Schmerzmissempfindung	8	33,3%
Davon Berührungsmissempfindung	6	25%
Davon Vibrationsmissempfindung	5	20,8%
Davon Temperaturmissempfindung (Hitze/Kälte)	1	4,2%
Davon im Gesicht lokalisiert	2	8,3%
Davon an der unteren Extremität lokalisiert	8	33,3%
Davon an der oberen Extremität lokalisiert	7	29,2%
Davon an anderer Lokalisation	2	8,3%
Sehverlust	12	50%
Davon mit vollständigem Sehverlust	1	4,2%
Davon mit Verschwommensehen	8	33,3%
Davon mit Tunnelsehen	2	8,3%
Davon mit anderem Ausfall	4	16,7%
Hörverlust	3	12,5%
Davon mit vollständigem Hörverlust	0	0%
Davon mit teilweisem Hörverlust	3	12,5%
Verlust der Riechfähigkeit	0	0%
Seitenbetonung der Ausfälle links	6	25%
Seitenbetonung der Ausfälle rechts	3	12,5%

5.1.1.2. Geschlechtsspezifische Symptomwahl

Untersucht man die Nennungshäufigkeit dissoziativer Symptome bei Mädchen und Jungen näher, so finden sich gewisse geschlechtsspezifische Unterschiede. Die männlichen Patienten zeigten hauptsächlich dissoziative Krampfanfälle als Symptom (13 von 19, entsprechend 68,4%); jeweils fünf der 19 Patienten (je 26,3%) wiesen entweder dissoziative Bewegungsstörungen oder dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen auf, die übrigen

dissoziativen Symptome wurden bei männlichen Patienten nur selten beobachtet. Weibliche Patientinnen hingegen schienen in ihrer Symptomwahl die dissoziativen Bewegungsstörungen (21 von 43 Patientinnen, entsprechend 48,8%) sowie dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (19 von 43 Pat. 44,2%) zu bevorzugen. Der bei Jungen häufige dissoziative Krampfanfall wurde nur von 12 Patientinnen (27,9%) gezeigt. Die übrigen Krankheitsbilder kamen auch bei weiblichen Patientinnen nur selten vor. Hierzu sei auf Abbildung 4 verwiesen.

Vergleicht man die Häufigkeiten der dissoziativen Bewegungsstörungen, der dissoziativen Krampfanfälle sowie der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen innerhalb der beiden Geschlechter, lässt sich feststellen, dass weder Jungen noch Mädchen überzufällig häufig an dissoziativen Bewegungsstörungen und dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen litten, während die dissoziativen Krampfanfälle eine eindeutige Knabenwendigkeit aufzuweisen scheinen.

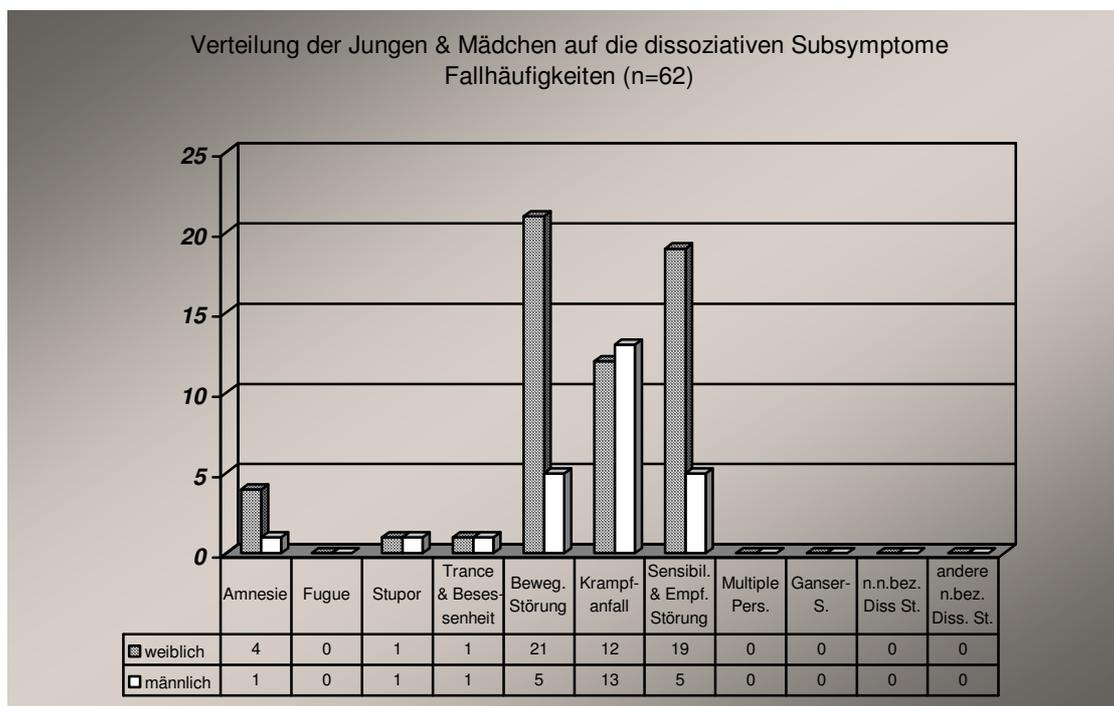


Abbildung 4 : Geschlechtsspezifische Verteilung aller Patienten der Ausgangsstichprobe auf die jeweiligen dissoziativen Störungen

Tabelle 12 : Korrelation zwischen dissoziativer Störung der Patienten der Ausgangsstichprobe und Geschlecht der Patienten (n=62) (n.s. = nicht signifikant, p>.05, *=signifikant mit .01<p<.05, **=signifikant mit p<.01)

	Männliche Patienten	Weibliche Patientinnen	Zweiseitige Signifikanz Chi-Quadrat
Dissoziative Bewegungsstörung	5 von 19	21 von 43	$\chi^2(1, N=62)=2,745$; p>.05 (n.s.)
Dissoziative Krampfanfälle	13 von 19	12 von 43	$\chi^2(1, N=62)=8,988$; p<.01 (**)
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	5 von 19	19 von 43	$\chi^2(1, N=62)=1,774$; p>.05 (n.s.)

5.1.1.3. Altersverteilung der Patientengruppe und altersspezifische Symptomwahl

Das Alter der 62 Personen bei Beginn der dissoziativen Störung schwankte zwischen acht Jahren und einem Monat und sechzehn Jahren und elf Monaten, der Median lag zwischen dreizehn Jahren und zwei bzw. drei Monaten, die 25%-Perzentile bei elf Jahren und fünf Monaten, die 75%-Prezentile bei vierzehn Jahren und sieben Monaten. Die Altersverteilung der Patientengruppe weist die folgenden Merkmale auf:

Die weiblichen Patientinnen waren beim Beginn ihrer Erkrankung zwischen sechs Jahren und 18 Jahren und einem Monat alt, der Median lag bei dreizehn Jahren und drei Monaten, der Mittelwert bei 13,2 Jahren (SD=2,7), die 25%-Perzentile bei elf Jahren und zehn Monaten, die 75%-Perzentile bei fünfzehn Jahren und neun Monaten.

Die männlichen Patienten dagegen waren bezüglich der meisten Werte etwas jünger, die Altersspanne reichte von sechs Jahren bis sechzehn Jahren und elf Monaten, der Median lag bei elf Jahren und zehn Monaten, der Mittelwert bei 11,6 Jahren (SD=2,7), die 25%-Perzentile bei zehn Jahren und zehn Monaten, die 75%-Perzentile bei 13 Jahren und zehn Monaten. Abbildung 5 zeigt das Alter, in dem jeweils ein Zehntel der Mädchen bzw. ein Zehntel der Jungen an der dissoziativen Störung erkrankten, gegeneinander aufgetragen.

Hier lässt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des mittleren Alters bei Beginn der dissoziativen Störung zwischen den beiden Geschlechtern errechnen ($t(60)=-2,114$; $p<.05(**)$).

Das Geschlechtsverhältnis lag bei den Patienten, deren Erkrankung im Kindesalter begonnen hatte, bei einem männlichen Erkrankten zu 1,2

weiblichen, im Jugendalter stieg der Anteil der weiblichen Patientinnen an, so dass ein männlicher nur noch auf 4,3 weibliche Patienten kam.

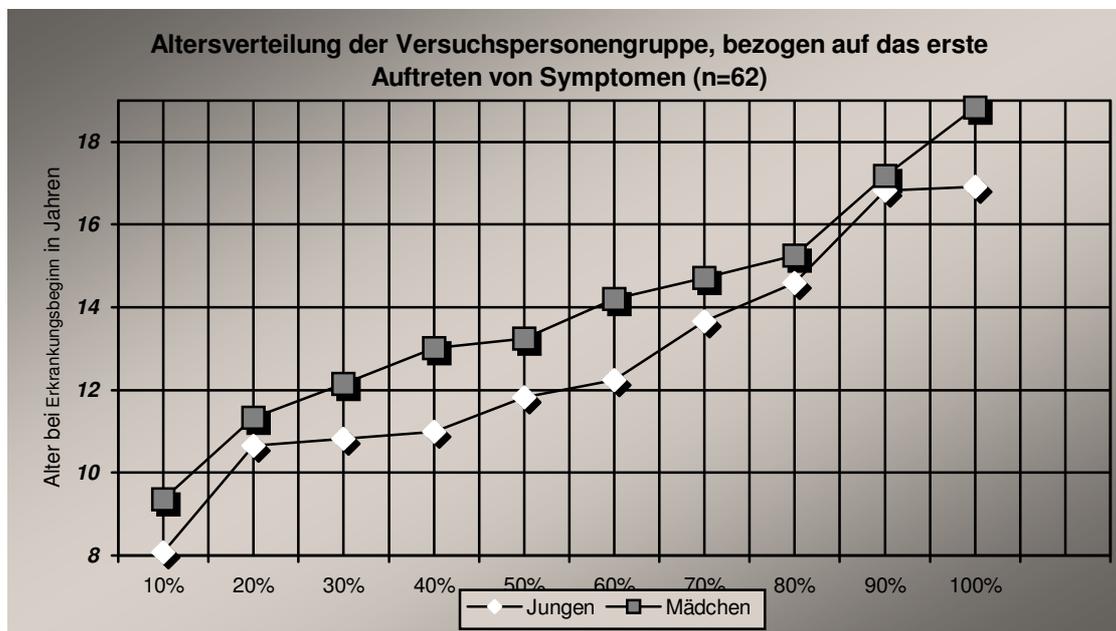


Abbildung 5 : Geschlechtsspezifische Altersverteilung der Patienten der Ausgangsstichprobe. Die Kurve gibt an, in welchem Alter jeweils 10% aller Mädchen bzw. Jungen erstmals Symptome der Erkrankung zeigten (n=62)

Tabelle 13 : Verteilung der Patienten der Ausgangsstichprobe auf die Gruppe der Kinder (<=14 Jahre) bzw. der Jugendliche (>14 Jahre). Zugrunde gelegt ist das Alter beim ersten Auftreten der Symptome (n=62)

	Männliche Pat. Absolut	Männl. Pat. relativ	Weibl. Pat. absolut	Weibl. Pat. Relativ	Summe
Beginn der Erkrankung im Kindesalter	13	43,3%	17	56,6%	100%
Beginn der Erkrankung im Jugendalter	6	18,75%	26	81,25%	100%
Gesamt	19	30,6%	43	69,4%	100%

Anhand dieser Daten lässt sich wiederum erkennen und die zuvor getroffene Aussage somit noch bestätigen, dass die männlichen Patienten tendenziell häufiger als Kinder erkranken, während sich das Geschlechterverhältnis im Jugendalter zugunsten der weiblichen Patientinnen verschiebt ($\chi^2(1, N=62)=5,156; p<.05 (*)$).

Die Frage, ob die Schwere der Erkrankung vom Alter des Patienten bei Erkrankungsbeginn abhängt, ist ebenfalls von Interesse. Zu diesem Zweck wurden die 62 Patienten in fünf Gruppen verteilt, je nach dem, ob sie bei

Erkrankungsbeginn jünger als zehn Jahre, zwischen zehn und zwölf, zwischen zwölf und 14, zwischen 14 und 16 oder älter als 16 Jahre alt waren. Diese Gruppeneinteilung war notwendig, um bei einer erhaltenen Unterteilung in möglichst viele verschiedene Altersbereiche dennoch in jeder der gebildeten Gruppen eine zur statistischen Auswertung genügende Anzahl von Gruppenmitgliedern zu erhalten. In der jüngsten Gruppe, die aus insgesamt sieben Kindern bestand, waren sechs (85,7%) mittelschwere und eine (14,3%) schwere Erkrankungen zu finden, die Gruppe der zehn- bis zwölfjährigen bestand aus 16 Patienten, von denen drei (18,8%) leicht, zehn (62,5%) mittelschwer und zwei (12,5%) schwer erkrankt waren; einmal war keine Einschätzung der Schwere der Erkrankung möglich. In der ebenfalls 16 Personen umfassenden Gruppe der zwölf- bis 14-jährigen fanden sich vier Fälle (25%) leichter, zehn Fälle (62,5%) mittelschwerer und zwei Fälle (12,5%) schwerer Erkrankung. Die zwölf Jugendlichen, die bei Erkrankungsbeginn zwischen 14 und 16 Jahren alt waren, wurden dreimal (25%) als leicht, siebenmal (58,3%) als mittelschwer und einmal (8,3%) als schwer erkrankt bezeichnet; in einem Fall wurde die Einschätzung der Schwere der Erkrankung nicht vorgenommen. Die elf über 16-jährigen Patienten schließlich waren dreimal (27,3%) leicht, fünfmal (45,5%) mittelschwer und zweimal (18,2%) schwer erkrankt; auch in dieser Gruppe fehlte einmal die Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung (siehe Abbildung 6).

Abgesehen von dem recht hohen Anteil mittelschwer Erkrankter in der Gruppe der bis Zehnjährigen, der durch das Fehlen leichter Erkrankungen in dieser Gruppe bedingt sein dürfte, lässt sich in keiner Altersgruppe kein eindeutiger Unterschied bezüglich der Schwere der Erkrankung feststellen.

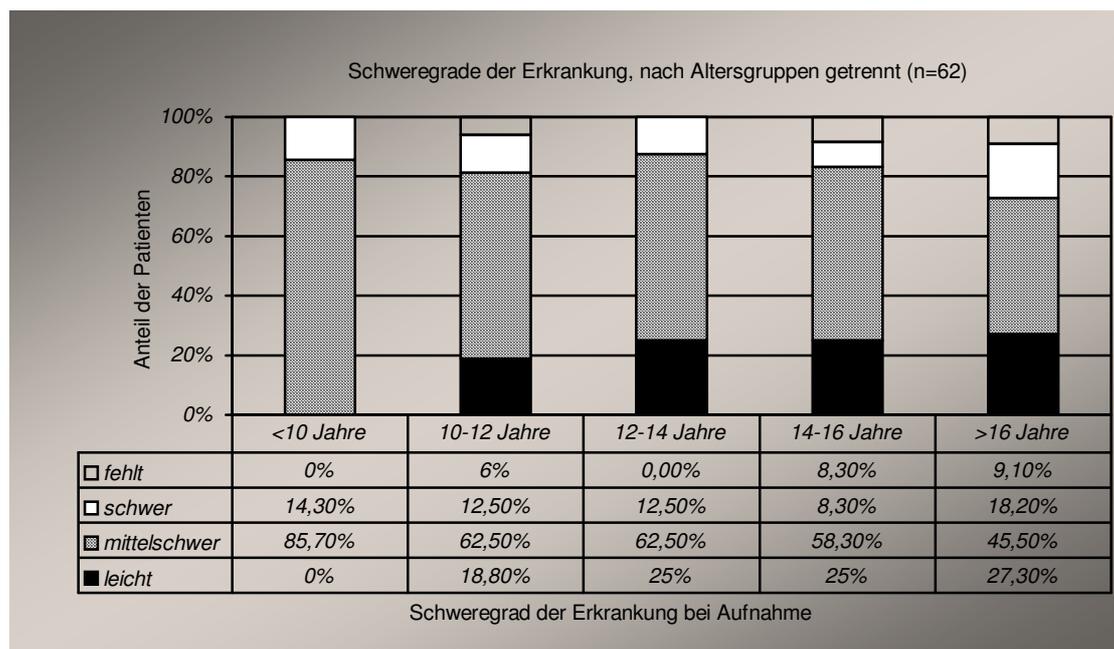


Abbildung 6: Einschätzung der Schweregrade der dissoziativen Störung bei Erkrankungsbeginn (anhand der Dokumentation in den Krankengeschichten) der Patienten der Ausgangsstichprobe, getrennt nach Alter der Patienten bei Beginn der Erkrankung (n=62)

Untersucht man näher, welche dissoziativen Syndrome die Kinder bzw. Jugendlichen aufwiesen, so kann man erkennen, dass im Gegensatz zum Geschlecht der Patienten das Alter keinen wesentlichen Einfluss auf das Bild der Erkrankung auszuüben scheint.

Hierzu wurde die Patientengruppe in die insgesamt 29 Personen umfassende Gruppe der Kinder (bei Erkrankungsbeginn jünger als 13 Jahre) und die 33 Personen umfassende Gruppe der bei Erkrankungsbeginn mindestens 13-jährigen Jugendlichen unterteilt. Hier kann zumindest bei den drei häufig gezeigten Störungsbildern der dissoziativen Bewegungsstörung, der dissoziativen Krampfanfälle und der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung kein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Altersgruppen gefunden werden. Eine Analyse der selten beobachteten Krankheitsbilder unterblieb, da die Fallzahlen hierdurch zu gering wären, um signifikante statistische Berechnungen zuzulassen. Aus selben Gründen erfolgte keine Untergliederung in kleinere Altersgruppen.

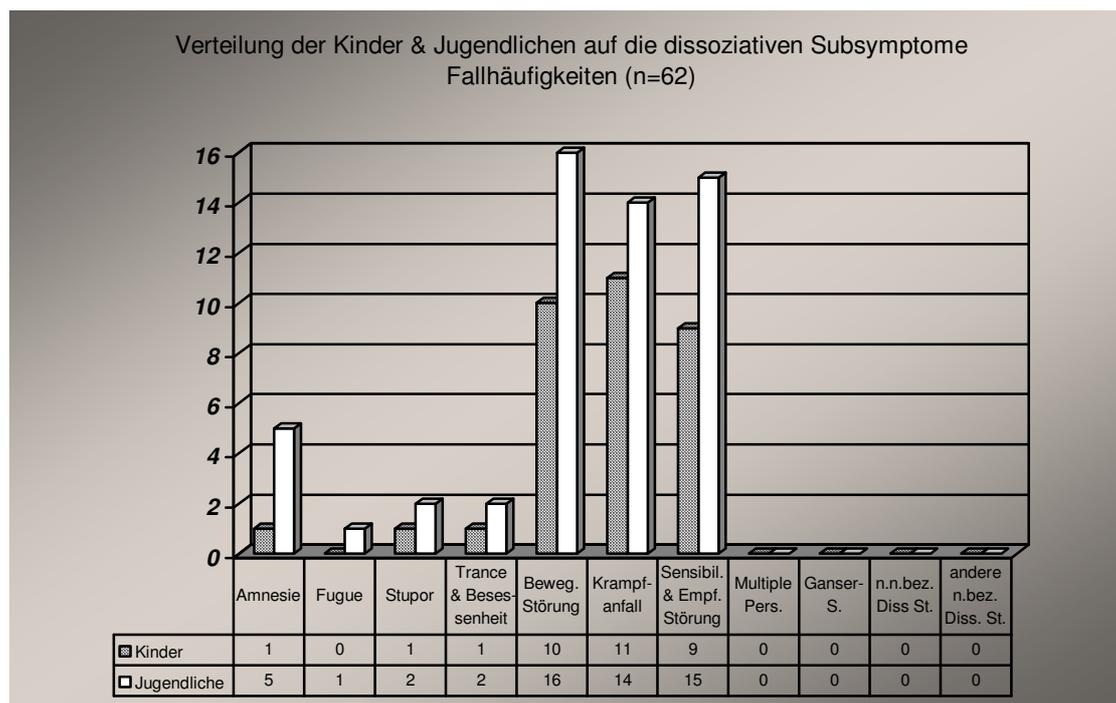


Abbildung 7 : Altersspezifische Verteilung aller Patienten der Ausgangsstichprobe auf die jeweiligen dissoziativen Störungen

Tabelle 14 : Korrelation zwischen dissoziativer Störung der Patienten der Ausgangsstichprobe und Alter der Patienten (n=62) (n.s. = nicht signifikant, $p > .05$, * = signifikant mit $.01 < p < .05$, ** = signifikant mit $p < .01$)

	Kinder (<13 J.)	Jugendliche (≥ 13 J.)	Zweiseitige Signifikanz Chi-Quadrat
Dissoziative Bewegungsstörung	10 von 29	16 von 33	0,31 (n.s.)
Dissoziative Krampfanfälle	11 von 29	14 von 33	0,798 (n.s.)
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	9 von 29	15 von 33	0,301 (n.s.)

5.1.1.4. Religionszugehörigkeit und soziale Schichtung

Neben den Symptomen, die für ein spezielles Geschlecht oder Alter typisch zu sein scheinen, sollen auch noch weitere epidemiologische Fakten beschrieben werden, wie beispielsweise die Religionszugehörigkeit der Patienten. Die Patienten der Patientengruppe, bei denen die Religionszugehörigkeit erwähnt wurde, gehörten alle der christlichen Religion an; davon waren 28 römisch-katholisch und sieben evangelisch. Bei 27 Patienten fehlte leider jede Angabe zur Religionszugehörigkeit.

Innerhalb einer Kultur wiederum soll die dissoziative Störung besonders häufig bei Personen sein, die niedrigeren soziokulturellen Schichten angehören. Entsprechende Untersuchungen in der Erwachsenenpsychiatrie wurden von Maxion et al. 1989 durchgeführt. Zur Überprüfung des Sachverhalts wurde die Schichtzugehörigkeit der Familien der Patienten nach dem Schema des ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim) ermittelt (siehe hierzu Abbildung 7, S.93). Hierbei ergab sich, dass vier Patienten (6,5%) aus Elternhäusern stammten, in denen der im soziokulturellen Schichtsystem höher stehende Elternteil ungelernter Arbeiter war. Die Eltern von jeweils 16 Patienten (25,8%) waren entweder angelernte Arbeiter oder Landwirte mit Grundbesitz bis zu 9 Hektar, bzw. waren sie Facharbeiter oder Landwirte mit Grundbesitz zwischen zehn und 19 Hektar Land. Die Eltern von fünf Patienten (8,1%) waren einfache Angestellte oder Beamte, Vorarbeiter oder Landwirte mit 20 bis 49 Hektar Grund. Zwölf mal (19,4%) waren die Eltern der Kinder und Jugendlichen mittlere Angestellte oder Beamte, Selbstständige mit bis zu einem Mitarbeiter, Handwerksmeister oder Landwirte mit mehr als 50 Hektar Land. Zwei Patienten (3,2%) stammten aus Familien, in denen zumindest ein Elternteil als gehobene Angestellte oder Beamte bzw. als Selbstständige mit zwei bis neun Mitarbeitern tätig war; in vier Fällen (6,4%) schließlich waren die Eltern der Patienten Freiberufler, höhere Angestellte oder Beamte bzw. Selbstständige mit mehr als zehn Mitarbeitern. In drei Fällen (4,8%) war keine Aussage über den sozioökonomischen Status aus den Krankengeschichten zu erheben.

Der Großteil der Patienten der Patientengruppe war demnach den unteren sozioökonomischen Schichten zuzuordnen (entsprechend den Schichten 1-3 in der folgenden Abbildung 8)

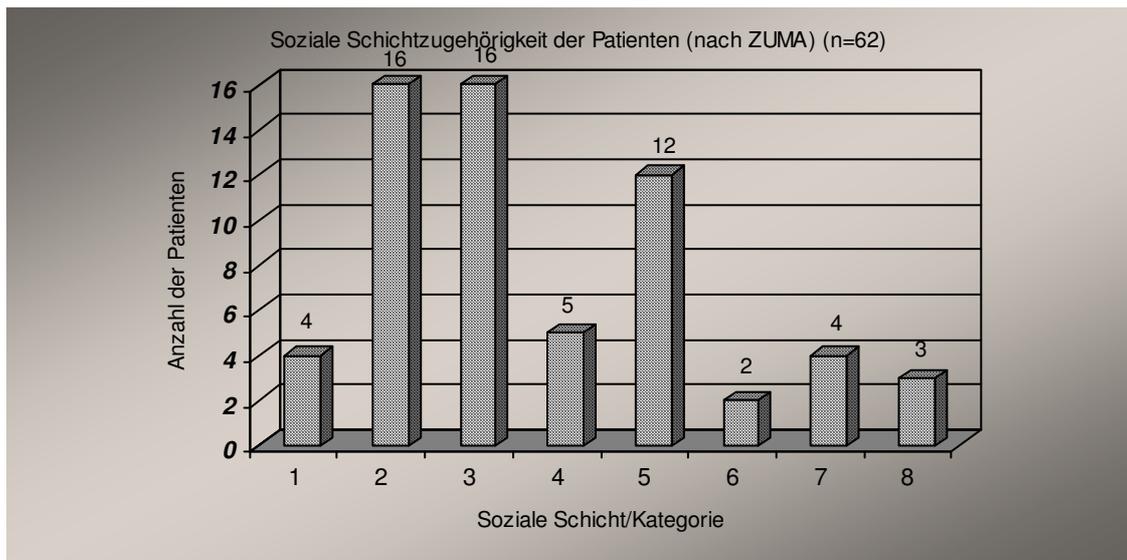


Abbildung 8 : Soziale Zugehörigkeit der Familien der Patienten der Ausgangsstichprobe (n=62) (nach ZUMA; Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen)

Erläuterung der Kategorien (maßgeblich ist der sozial jeweils höher stehende Elternteil):

1= ungelernter Arbeiter

2= angelernter Arbeiter; Landwirt mit bis zu 9ha Grund

3= Facharbeiter; Landwirt mit 10-19ha Grund

4= einfache Angestellte/Beamte; Vorarbeiter; Landwirt mit 20-49ha Grund

5= mittlere Angestellte/Beamte; Handwerksmeister; Selbstständige mit bis zu einem Mitarbeiter; Landwirte mit >50ha Grund

6= gehobene Angestellte/Beamte; Selbstständige mit 2-9 Mitarbeitern

7= Freiberufler; höhere Angestellte/Beamte; Selbstständige mit mehr als 10 Mitarbeitern

8= keine Angabe

5.1.1.5. Intelligenzniveau

Von Interesse war ebenfalls die Intelligenz der Patienten; hier wurde ein Zusammenhang zwischen einem niedrigen Intelligenzniveau und dem Auftreten der dissoziativen Störung vermutet. Bei 46 der 62 Patienten wurde im Rahmen des stationären Aufenthaltes bzw. der ambulanten Behandlung ein Intelligenztest mit einem gängigen Instrument (zumeist dem HAWIK-R oder dem SPM) durchgeführt. Das Intelligenzniveau der Patientengruppe lag bei einem Mittelwert von 101 (SD=13,86), der Median bei 102,5, die 25%-Perzentile bei einem IQ von 89 und die 75%-Perzentile bei einem IQ von 111,5. Insofern fand sich ein durchschnittliches Intelligenzniveau. Bei einer Aufschlüsselung hinsichtlich der dissoziativen Störung jedoch finden sich Abweichungen innerhalb des Intelligenzniveaus. Der mittlere IQ der Patienten mit dissoziativen Bewegungsstörungen sowie der Patienten mit dissoziativen

Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen lag mit 103,5 bzw. 105,63 im Bereich der gesamten Patientengruppe, ebenso der Median (105 bzw. 105,5). Dahingegen lag das mittlere Intelligenzniveau der Patienten mit dissoziativen Krampfanfällen bei 96,95, der Median bei einem IQ von 93, also im Mittel zehn Intelligenzpunkte unter der gesamten Patientengruppe.

Anhand eines Mittelwertvergleiches kann hier zwar kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Intelligenzniveaus der Patienten belegt werden, jedoch zeigt sich bei den Patienten mit dissoziativem Krampfanfall ein Trend hin zu einem geringeren IQ ($t(56)=1,767$; $p<.1$).

5.1.2. Komorbidität mit anderen Erkrankungen

Im Folgenden soll untersucht werden, welche weiteren psychiatrischen Symptome oder Erkrankungen im Verlauf der dissoziativen Störung in der Patientengruppe auftraten.

Als Einschlusskriterium zur Aufnahme in die Studie musste die Voraussetzung erfüllt sein, dass die dissoziative Störung das Erstsymptom war, das dann eventuell von anderen Symptomen begleitet oder durch sie ergänzt wurde (siehe Abb. 9, S.98). Bei zehn der Patienten kam es im Verlauf der dissoziativen Störung zu Depressionen, 19-mal berichteten die Kinder und Jugendlichen über Ängste. Nur in wenigen Fällen waren Ticstörungen (sechsmal motorische Ticstörungen, 9,8%) im Verlauf zu beobachten, lediglich zwei Patienten zeigten psychotische Symptome, einmal wurden autistische Verhaltensweisen beschrieben. In drei Fällen kam es zu verschiedenen Substanzmissbräuchen. Suizidale Handlungen traten ebenfalls recht häufig auf (12 Patienten, 19%), zugleich wurden gehäuft aggressive Tendenzen bei den Patienten beobachtet (bei 2 Patienten autoaggressive Handlungen [3,2%], bei 13 Patienten fremdaggressive Handlungen [20,3%]). Zwangsstörungen oder Trichotillomanie wurden ebenso selten beobachtet wie sekundäre Enkopresis oder Enuresis, stereotype Handlungsweisen oder Mutismus. Essstörungen wurden innerhalb der Patientengruppe überhaupt nicht beobachtet.

Vergleichsweise häufig fanden sich jedoch Symptome einer Schulverweigerung.

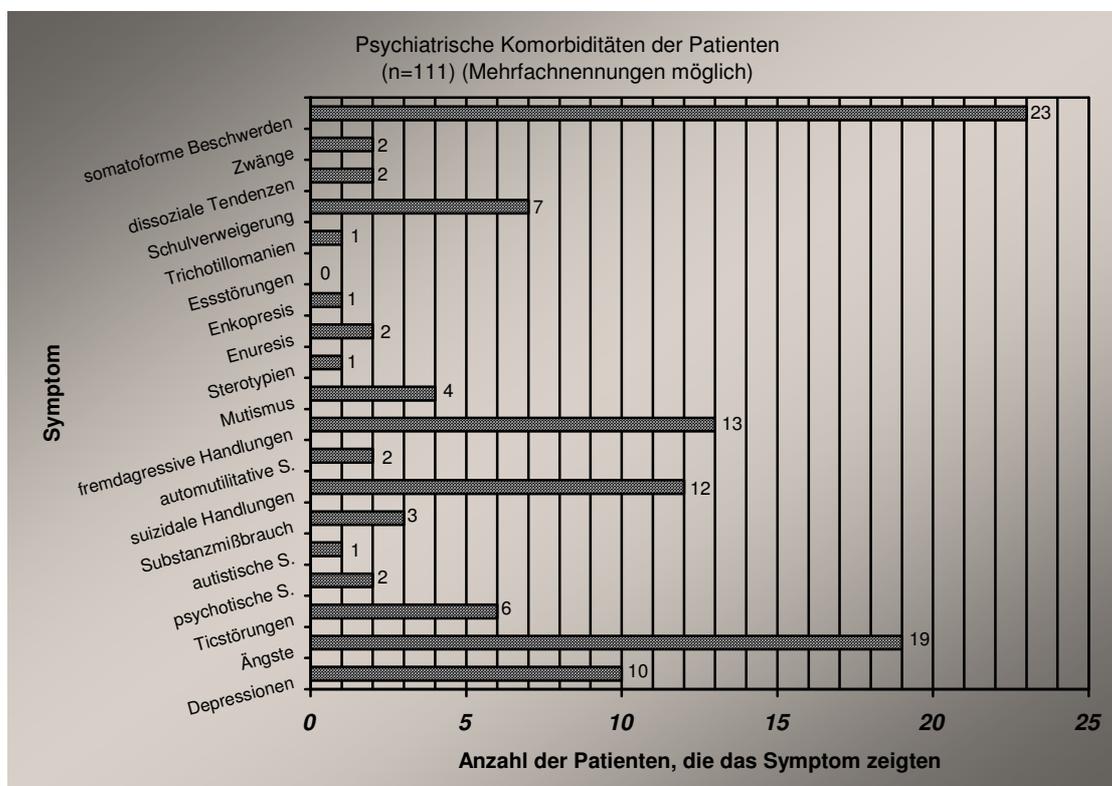


Abbildung 9 : Komorbide klinische Störungen der Patienten der Ausgangsstichprobe im Verlauf der initialen Behandlung (n=111, Mehrfachnennungen möglich)

Das häufige Auftreten somatoformer Beschwerden lässt sich sicherlich zum Teil damit erklären, dass die Symptomatik beider Erkrankungen sehr nahe beieinander liegt, auffällig ist jedoch der hohe Anteil der Angsterkrankungen sowie der Anteil der aggressiven Verhaltensweisen. Ebenfalls erwähnenswert hoch liegt der Anteil der suizidalen Handlungen innerhalb der Patientengruppe. Bei einer Aufteilung der komorbiden Störungen der Patienten entsprechend dem Alter der Patienten in Kinder und Jugendliche (vgl. Tabelle 15 sowie Abbildung 10) fällt auf, dass bis auf das Symptom suizidaler Handlungen keine der komorbiden Störungen signifikant häufiger in der Gruppe der Kinder bzw. der Jugendlichen anzutreffen waren. Die Verteilung der suizidalen Handlungen allerdings ist statistisch eindeutig zur Seite der Jugendlichen hin verschoben. Das Auftreten von Ticstörungen scheint gehäuft in der Gruppe der Kinder aufzutreten, wohingegen Süchte bzw. Substanzmissbräuche in der Gruppe der

Jugendlichen häufiger waren, jedoch lassen sich diese Beobachtungen statistisch nicht eindeutig belegen.

Tabelle 15: Komorbide klinische Störungen der Patienten der Ausgangsstichprobe, korreliert nach der Zugehörigkeit der Patienten zur Gruppe der Kinder bzw. der Gruppe der Jugendlichen bei erstem Auftreten der Symptomatik (n.s. = nicht signifikant $p>.05$, tend. = Trend, $.05<p<.1$, *=signifikant mit $.01<p<.05$, **=signifikant mit $p<.01$)

	Gesamt	Kinder	Jugendlich	Signifikanz (χ^2), (jeweils) $df=1$; $N=61$
Depression	10	3	7	$X^2=1,476$; $p>.05$ (n.s.)
Ängste	19	9	10	$X^2=0$; $p>.05$ (n.s.)
Motorische Ticstörung	6	5	1	$X^2=3,418$; $p<.1$ (tend.)
Psychotische Symptome	2	2	0	$X^2=2,282$; $p>.05$ (n.s.)
Autistische Verhaltensweisen	1	1	0	$X^2=1,122$; $p>.05$ (n.s.)
Substanzmissbrauch / Sucht	3	0	3	$X^2=2,954$; $p<.1$ (tend.)
Suizidale Handlungen	12	1	11	$X^2=9,208$; $p<.01$ (**)
Selbstaggressive Handlungen	2	1	1	$X^2=0,005$; $p>.05$ (n.s.)
Fremdaggressive Handlungen	13	5	8	$X^2=0,546$; $p>.05$ (n.s.)
Mutismus	4	1	3	$X^2=0,872$; $p>.05$ (n.s.)
Stereotypien	1	1	0	$X^2=1,122$; $p>.05$ (n.s.)
Essstörungen	0	0	0	
Enuresis	2	2	0	$X^2=2,282$; $p>.05$ (n.s.)
Enkopresis	1	0	1	$X^2=0,921$; $p>.05$ (n.s.)
Trichotillomanie	1	1	0	$X^2=1,122$; $p>.05$ (n.s.)
Schulverweigerung	7	5	2	$X^2=1,809$; $p>.05$ (n.s.)
Dissoziale Tendenzen	2	0	2	$X^2=1,874$; $p>.05$ (n.s.)
Zwangsgedanken/-handlungen	2	2	0	$X^2=2,282$; $p>.05$ (n.s.)
Somatoforme Beschwerden	23	10	13	$X^2=0,244$; $p>.05$ (n.s.)

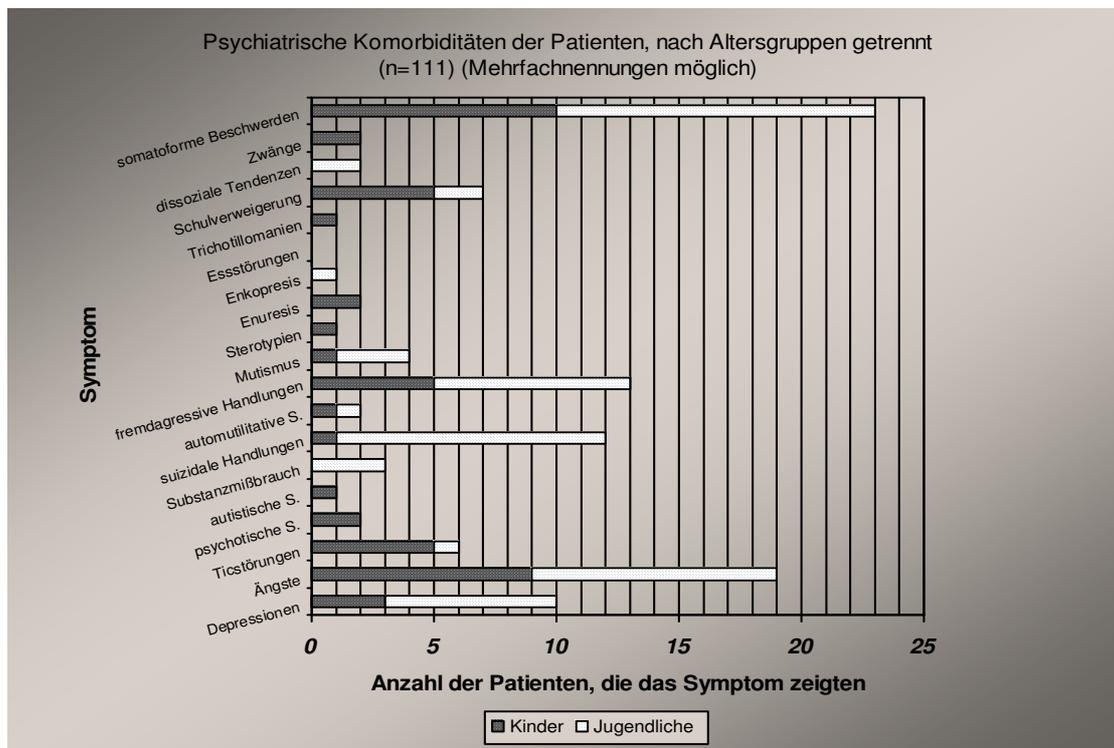


Abbildung 10: Komorbide klinische Störungen der Patienten der Ausgangsstichprobe im Verlauf der initialen Behandlung, nach Altersgruppen getrennt [Kinder<13 Jahre; Jugendliche>=13 Jahre] (n=111, Mehrfachnennungen möglich)

Bei einer Unterteilung der komorbiden Störungen nach dem Geschlecht der Patienten fällt auf, dass der zuvor deutlich signifikante Unterschied bezüglich der suizidalen Handlungen bei Kindern bzw. Jugendlichen keinen Unterschied bezüglich des Geschlechts der Patienten erkennen lässt. Hier sind zwar absolut gesehen deutlich mehr Handlungen von weiblichen Patientinnen begangen worden, jedoch lässt sich kein relativer Unterschied feststellen.

Lediglich die psychotischen Handlungsweisen wurden allesamt bei Jungen beobachtet, was aber aufgrund der kleinen Fallzahl von nur zwei Personen statistisch nur schwer verwertet werden kann (vgl. Tabelle 16 bzw. Abbildung 11).

Tabelle 16: Komorbide klinische Störungen der Patienten der Ausgangsstichprobe, korreliert nach dem Geschlecht der Patienten bei erstem Auftreten der Symptomatik (n.s. = nicht signifikant $p > .05$, tend. = Trend, $.05 < p < .1$, * = signifikant mit $.01 < p < .05$, ** = signifikant mit $p < .01$)

	Gesamt	Jungen	Mädchen	Signifikanz (χ^2), (jeweils $df=1$; $N=61$)
Depression	10	3	7	$\chi^2=0,932$; $p > .05$ (n.s.)
Ängste	19	8	11	$\chi^2=1,545$; $p > .05$ (n.s.)
Motorische Ticstörung	6	1	5	$\chi^2=0,651$; $p > .05$ (n.s.)
Psychotische Symptome	2	2	0	$\chi^2=4,517$; $p < .05$ (*)
Autistische Verhaltensweisen	1	1	0	$\chi^2=2,247$; $p > .05$ (n.s.)
Substanzmissbrauch / Sucht	3	1	2	$\chi^2=0,004$; $p > .05$ (n.s.)
Suizidale Handlungen	13	3	9	$\chi^2=0,263$; $p > .05$ (n.s.)
Selbstaggressive Handlungen	2	0	2	$\chi^2=0,935$; $p > .05$ (n.s.)
Fremdaggressive Handlungen	13	4	9	$\chi^2=0,001$; $p > .05$ (n.s.)
Mutismus	4	2	2	$\chi^2=0,709$; $p > .05$ (n.s.)
Stereotypien	1	0	1	$\chi^2=0,460$; $p > .05$ (n.s.)
Essstörungen	0	0	0	
Enuresis	2	0	2	$\chi^2=0,935$; $p > .05$ (n.s.)
Enkopresis	1	1	0	$\chi^2=2,247$; $p > .05$ (n.s.)
Trichotillomanie	1	0	1	$\chi^2=0,460$; $p > .05$ (n.s.)
Schulverweigerung	7	4	3	$\chi^2=2,492$; $p > .05$ (n.s.)
Dissoziale Tendenzen	2	1	1	$\chi^2=0,343$; $p > .05$ (n.s.)
Zwangsgedanken/-handlungen	2	1	1	$\chi^2=0,343$; $p > .05$ (n.s.)
Somatiforme Beschwerden	23	5	18	$\chi^2=1,524$; $p > .05$ (n.s.)

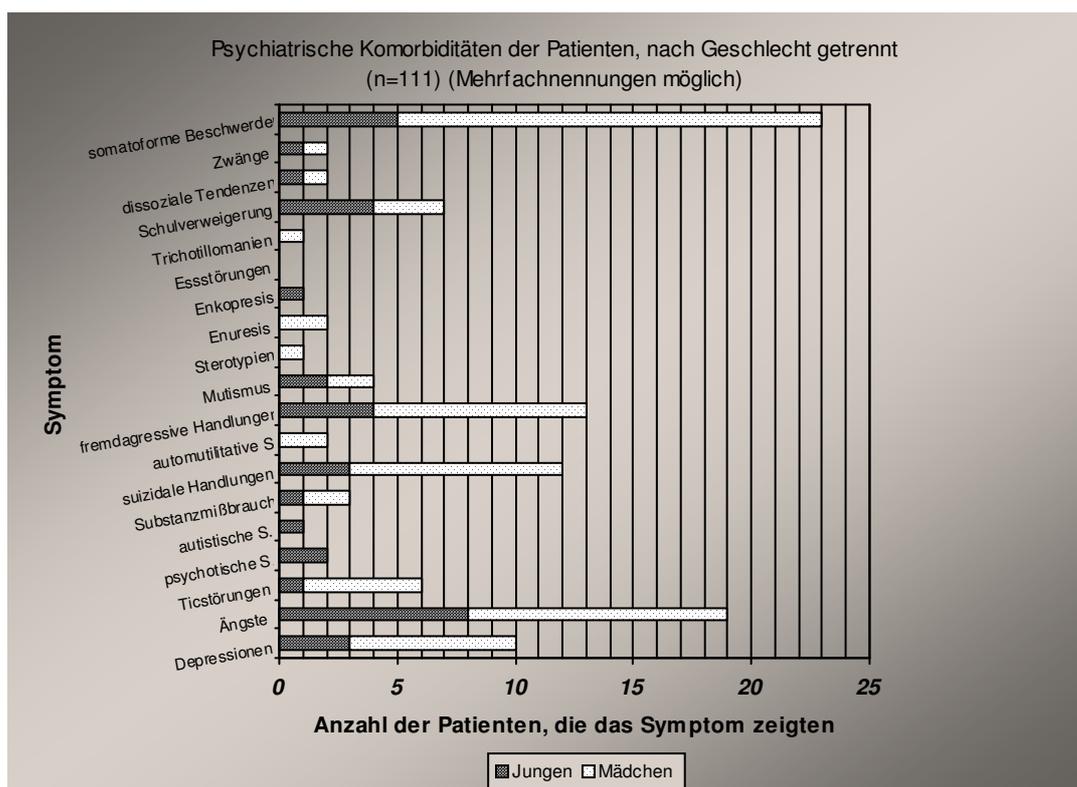


Abbildung 11: Komorbide klinische Störungen der Patienten der Ausgangsstichprobe im Verlauf der initialen Behandlung, nach Geschlecht getrennt (n=111, Mehrfachnennungen möglich)

5.1.3. Therapieerfolg zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung bzw. der Beendigung der ambulanten Therapie

Von den 62 Patienten wurde die Therapie von 51 (82,3%) zu Ende geführt, in sieben Fällen (11,3%) wurde sie abgebrochen, viermal (6,5%) fand sich keine Angabe hierzu in den Krankenblättern. Anhand der Hypothesen wird ein hoher Anteil von Patienten mit einer deutlichen Verbesserung des Beschwerdebildes bei Ende der Therapie erwartet (vgl. Hypothese 5 in Kap. 3.6).

In nur 46 (74,2%) Fällen wurde die Gesamtverbesserung des Krankheitsbildes nach Therapieende bzw. bei Entlassung dokumentiert, 16 mal (25,8%) fehlte diese Angabe. 38 (82,6%) der 46 Patienten zeigten nach Ansicht des behandelnden Arztes ein gebessertes Krankheitsbild, nur acht Kinder und Jugendliche (17,4%) zeigten bei Therapieende keine Besserung der Beschwerden; eine Beschwerdeverschlechterung unter der Therapie wurde nicht beobachtet. Die acht Patienten, die von der Therapie nicht deutlich profitierten, waren weder auffällig häufig einem Geschlecht oder einer

Altersgruppe zuzuordnen, noch wiesen sie vermehrt eine spezielle dissoziative Störung auf. Zwei der Patienten, die keine Verbesserung bei Therapieende erkennen ließen, waren Therapieabbrecher, demnach führte in sechs Fällen eine abgeschlossene Therapie dennoch zu keinem erkennbaren Erfolg.

5.1.4. Risikofaktoren dissoziativer Störungen

5.1.4.1. Persönlichkeitskorrelate

Die psychopathologischen Befunde, die durch einen Diplompsychologen der Klinik erstellt werden, wurden nach Hinweisen auf histrione Wesenszüge durchsucht.

Unter den 59 Fällen, in denen ein solcher Befund erhoben wurde, konnte in mehr als der Hälfte der Fälle (31 Fälle, 52,5%) kein Anhalt für histrione Wesenszüge gefunden werden; in 28 Fällen (47,5%) jedoch gab es klare Hinweise auf deren Vorhandensein. Ein validierter Persönlichkeitstest zur strukturierten Erfassung von Achse-II-Störungen wurde jedoch mit keinem Patienten durchgeführt; die Angabe histrionischer Wesenszüge begründet sich jeweils in der Einschätzung des Untersuchers.

5.1.4.2. Akute Ereignisse im familiären und außerfamiliären Bereich mit Bezug zum Beginn der dissoziativen Störung (vgl. Abbildung 12)

Anhand des Aufnahmeinterviews mit den Patienten und ggf. mit ihren Eltern oder Angehörigen ließ sich in vielen Fällen ein zur Entwicklung der dissoziativen Störung führender Faktor herausarbeiten.

26 der 62 (41,9%) Patienten ließen einen im Bereich der Familie liegenden Konfliktfokus erkennen, bei zehn (16,1%) Patienten lag er im schulischen Bereich, bei dreizehn (21%) Patienten schienen beide Bereiche gleichermaßen betroffen. Bei zehn (16,1%) Patienten war es nicht möglich, innerhalb der Krankenblätter einen Hinweis auf die Störung auslösende Faktoren zu finden, in drei (4,8%) der Fälle schließlich war eine auslösende Bedingung vorhanden, diese ließ sich jedoch keinem der beiden oben erwähnten Bereiche zuordnen

(es handelte sich hierbei im einzelnen um eine akute organische Krankheit einer Patientin, eine vom Patienten ungewünschte Urlaubsreise sowie um einen Fall, in dem die Patientin von Personen aus ihrem weiteren Bekanntenkreis erpresst und sexuell genötigt wurde).

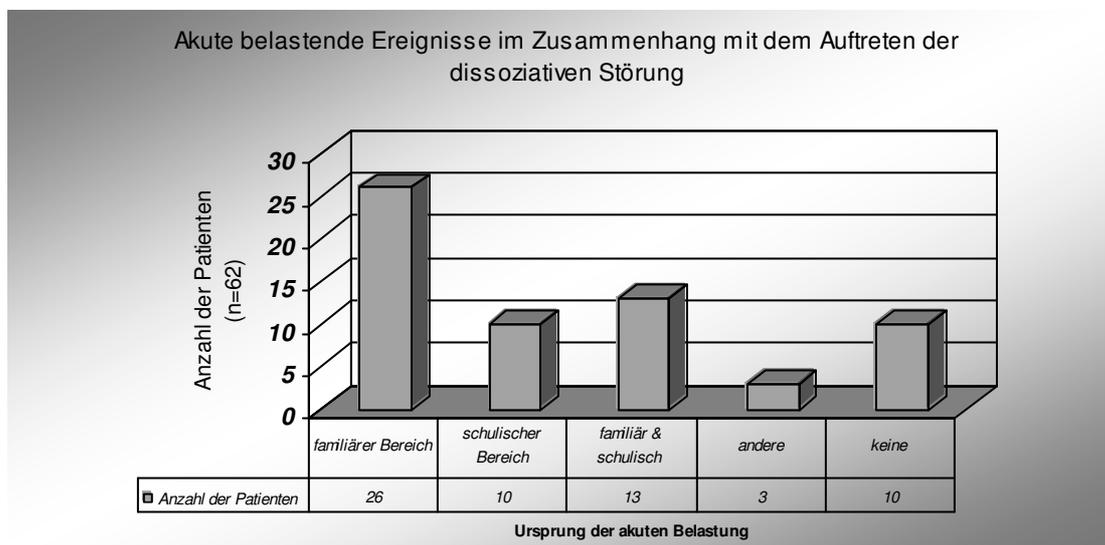


Abbildung 12: Akute belastende Ereignisse im zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der dissoziativen Störung.

5.1.4.3. Mögliche den Erkrankungsverlauf verstärkende bzw. aufrecht erhaltende Einflüsse

Die dissoziative Störung kann auf mehrfache Weise aufrechterhalten werden, auch wenn eine akute, das Auftreten der Störung begünstigende Belastung bereits wieder vergangen ist. Häufige die Störung erhaltende Momente sind die aus der operanten Konditionierung bekannten positiven oder negativen Verstärker. Durch einen positiven Verstärker (z.B. mehr Zuwendung durch die Kindeseltern, Erleichterungen/Privilegien in Schule/Beruf) wurde das Weiterbestehen der Störung in neun Fällen (14,5%) innerhalb der Patientengruppe ermöglicht, in zwölf Fällen (19,4%) war es ein negativer Verstärker (z.B. Herausnehmen aus Schule/Beruf, Aussetzen von Prüfungen). Durch die krankheitsbedingte Herausnahme aus dem Schulalltag lässt sich ein mögliches Aufrechterhalten der Störung erklären, da dies ebenfalls einen primären Krankheitsbeginn für die Patienten bedeuten kann (siehe Abbildung 13). 14 Patienten (22,6%) der Patientengruppe waren in ihrer schulischen oder

beruflichen Leistungsfähigkeit durch die dissoziative Störung nicht beeinträchtigt, in 28 Fällen (45,2%) allerdings war der Schulbesuch durch die dissoziative Störung beeinträchtigt (erhöhte Fehlzeiten des Patienten, einzelne Leistungserbringungen nicht möglich, Teilnahme an einzelnen Schulfächern nicht möglich), in sieben Fällen (11,3%) war er gänzlich unmöglich. Vier Patienten (6,5%) waren aufgrund einer anderen Beeinträchtigung in ihrer schulischen Leistungsfähigkeit eingeschränkt, bei einer Patientin (1,6%) konnte keine Aussage zur schulischen Leistungsfähigkeit gemacht werden, da sie zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes noch nicht zur Schule gegangen war, bei acht Patienten (12,9%) fand sich keine Angabe zur Auswirkung der Störung auf die schulische Leistungsfähigkeit. Die Einschätzung über die Einschränkung der schulischen Leistungsfähigkeit konnte anhand der Aufzeichnungen in der Krankengeschichte getroffen werden.

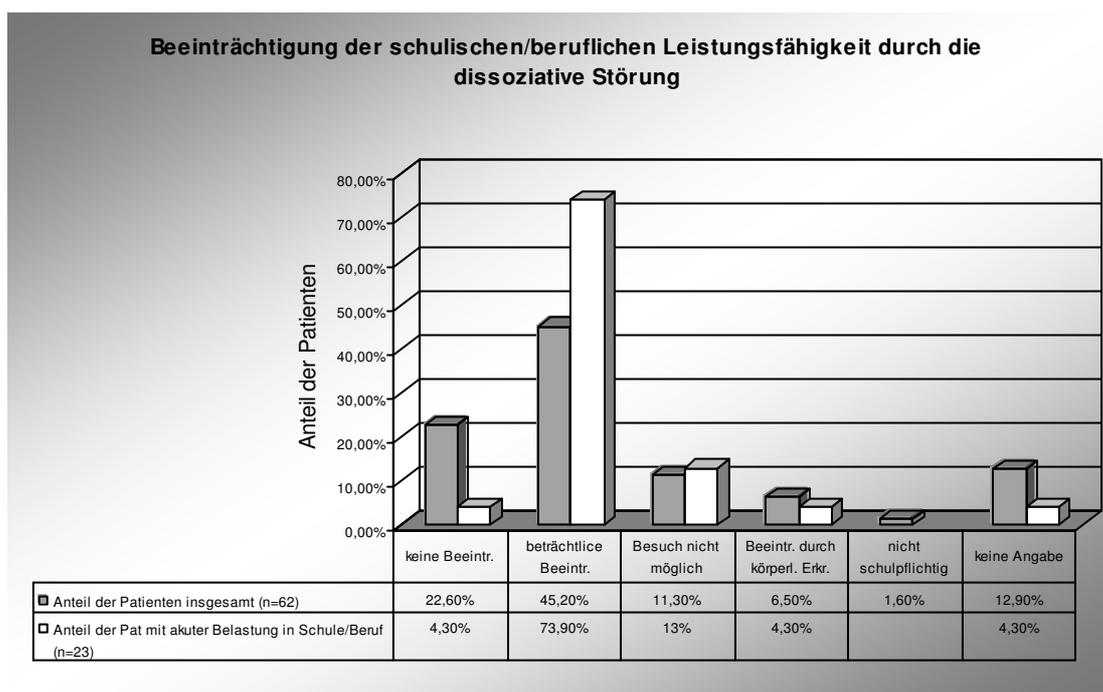


Abbildung 13: Beeinträchtigung der schulischen bzw. beruflichen Leistungsfähigkeit durch die dissoziative Störung

Beurteilt man die schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit der Patienten, bei denen die Schule bzw. die Ausbildungsstelle einen Belastungsfokus zum Zeitpunkt des Auftretens der dissoziativen Störung darstellte, zeigt sich, dass von 23 Patienten 17 (73,9%) in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt waren, drei Personen (13%) waren zum Besuch der Schule oder Arbeitsstelle nicht in

der Lage, und nur in jeweils einem Fall (jew. 4,3%) war die Leistungsfähigkeit entweder ungestört oder durch eine andere Störung eingeschränkt; einmal (4,3%) fehlte die Angabe der Leistungsfähigkeit in den Krankenblättern.

Die Untersuchung der Frage, ob von den ehemaligen Patienten gehäuft Erfahrungen sexuellen Missbrauchs gemacht wurden, erwies sich als erwartungsgemäß sehr schwierig, da im Rahmen der Katamneseuntersuchung durch die Bearbeitung etlicher standardisierter Untersuchungsverfahren nur sehr wenig Zeit blieb, mit den Patienten ein freies Gespräch über ihre Kindheit und Jugend im Allgemeinen und über traumatisierende Situationen im Speziellen zu führen. In einem Fall fanden sich in den Aufzeichnungen der Krankengeschichte Hinweise auf sexuelle Übergriffe durch den Nachbarn der Patientin, in einem anderen Fall konnte der Verdacht auf ein bis dahin noch nicht bekanntes oder dokumentiertes Erlebnis sexuellen Missbrauchs in der Vergangenheit der Patientin geäußert werden, ohne dass jedoch genauere Aussagen der Patientin zum Beweis dieses Verdachtes gemacht wurden.

5.1.5. Anamnestische Korrelate mit möglichem Einfluss auf den Verlauf der dissoziativen Störung

Es soll erarbeitet werden, ob die Patienten bis zum Auftreten ihrer dissoziativen Störung bestimmte Entwicklungsauffälligkeiten erkennen ließen oder bei im Rahmen ihres Aufenthaltes durchgeführten Elektroenzephalogrammen und neurologischen Untersuchungen Auffälligkeiten zeigten.

5.1.5.1. Schwangerschafts- und Geburtkomplikationen

Der halbstandardisierte Fragebogen zur Erfassung der Krankheitsbilder bei dissoziativen Störungen erfragt das Vorhandensein mehrerer frühkindlicher Entwicklungsstörungen; im Einzelnen wurde untersucht, ob während Schwangerschaft oder Geburt der Patienten Komplikationen vorlagen, ob das Kind prämorbid psychopathologische Auffälligkeiten wie Nägelkauen oder automutilative Impulse zeigte oder ob es in der normalen frühkindlichen

Entwicklung (stark) zurückblieb, und ob im Kontaktverhalten mit anderen Kindern in Kindergarten und Schule Auffälligkeiten beobachtet wurden.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen waren recht häufig dokumentiert, sechsmal (9,7%) war bei den Patientinnen eine schwierige Schwangerschaft, zehnmal (16,1%) eine komplizierte Geburt beschrieben. Eine verlässliche Inzidenz von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen in der Gesamtbevölkerung ist nur schwer anzugeben, da hierüber nur wenige statistische Aufzeichnungen zu finden sind. Pschyrembel und Dudenhausen geben das Risiko einer Schwangerschaftskomplikation mit etwa 30%, Schmidt-Matthiesen das einer Geburtskomplikation mit etwa 15% an. Insofern ist keine erhöhte Inzidenz dieser Komplikationen in der Patientengruppe zu beobachten.

5.1.5.2. Psychische Erkrankungen in der Familie

Eine familiäre Häufung dissoziativer Störungen war in der Patientengruppe nicht anzutreffen, lediglich in einem Fall war die Schwester einer Patientin ebenfalls an einer dissoziativen Störung erkrankt, die Eltern der Patienten waren gänzlich unbelastet. Jedoch waren bei den Eltern der Patienten verschiedene andere psychiatrische Erkrankungen festzustellen. Von 47 Müttern, über die sich anamnestic Angaben fanden, waren 32 (68,1%) bislang nicht psychiatrisch erkrankt, 35 von 48 (72,9%) Vätern wiesen bis zum Aufnahmedatum ihres Kindes keine psychiatrische Erkrankung auf. Die häufigsten Krankheiten der Mütter waren affektive Psychosen, hier vor allem Depressionen, die in fünf der 47 Fälle (8,1%) berichtet wurden, sowie bipolare affektive Psychosen (zwei Fälle, 3,2%). Die Väter hingegen litten am häufigsten an einer Suchterkrankung (in acht von 48 Fällen – 12,9% - Alkoholsucht, in zwei Fällen andere Süchte – 3,2%).

Vergleicht man die Häufigkeit der psychiatrischen Erkrankungen in der Kernfamilie der Patienten mit den Prävalenzzahlen der Gesamtbevölkerung, so decken sich diese Zahlen weitgehend miteinander.

Im Rahmen einer Untersuchung in Europa und Nordamerika konnte eine Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen von insgesamt 20,9% in insgesamt 27 Feldstudien ermittelt werden (Dohrenwend et al., 1980); eine später an 25-, 35- und 45-jährigen durchgeführte Studie konnte einen Mittelwert von 26% ermitteln (Schepank, 1987).

Auffällig ist hier jedoch der mit 8,4% recht hohe Anteil der Alkoholerkrankungen in den Familien der Patienten (unter Einbeziehung beider Elternteile wurde in 8 von 95 Fällen diese Diagnose gestellt), hier werden in der Literatur Prävalenzwerte zwischen 1,6% (Dilling & Weyerer, 1984) und 2,4% (Dohrenwend et al., 1980) angegeben. Ob eine Vergleichbarkeit der Studien mit den Ergebnissen in der Patientengruppe angenommen werden kann, kann hierbei jedoch bezweifelt werden.

5.1.5.3. Auffälligkeiten im EEG

Einen weiteren Faktor in der Entstehung der dissoziativen Störungen könnten organische Dysbalancen spielen, die jedoch für sich alleine noch keinen Krankheitscharakter besitzen. In der neurologischen Untersuchung und den in einer Großzahl der Fälle angefertigten Elektroenzephalogrammen, konnte insgesamt 16 mal (25,8%) ein auffälliger neurologischer Befund erhoben werden (z.B. Defizite in der altersentsprechenden Entwicklung der Grob- oder Feinmotorik bzw. der Sprachentwicklung), in 14 Fällen (22,6%) fand sich ein nicht altersentsprechendes EEG, welches jedoch per se noch keinen pathologischen Befund darstellte.

5.1.6. Korrelation anamnestischer Daten mit dem Behandlungserfolg

5.1.6.1. Zusammenhang von Zeitverlust zwischen Beginn der Störung und Therapieeinleitung und Therapieerfolg

Teilweise verstrichen Jahre, bis die dissoziative Störung der Patienten der Patientengruppe diagnostiziert und eine Therapie initiiert wurde; der längste

Zeitabschnitt waren hier 81 Monate, im Mittel war diese Zeitspanne allerdings kürzer, der Median lag bei 4 Monaten, der Mittelwert bei 8,81 Monaten. Jedoch konnte kein Zusammenhang hergestellt werden zwischen einer langen Zeitspanne zwischen Auftreten der Symptome und Beginn der Therapie und einer weniger guten Verbesserung der Symptome bei Entlassung. Bei jenen Patienten, die nach abgeschlossener Therapie nicht mit deutlich gebesselter Symptomatik entlassen wurden, war nicht festzustellen, dass sie besonders lange mit einer unbehandelten dissoziativen Störung gelebt hatten ($\chi^2(19, N=46)=20,047$; $p>.05$ (n.s.))

5.1.6.2. Zusammenhang von Geschlecht und Therapieerfolg

Auch hinsichtlich des Geschlechts der Patienten lässt sich kein Zusammenhang zum Therapieerfolg bei Beendigung der Behandlung finden. Von 32 Mädchen konnten 25 als mit gebesselter Symptomatik entlassen werden, nur in 7 Fällen war eine nur minimale oder gar keine Besserung zu beobachten.

Von 14 Jungen wurden 13 als bei Therapieende gebessert eingestuft, nur in einem Fall war keine Besserungstendenz zu beobachten; in insgesamt 16 Fällen fehlten die entsprechenden Angaben ($\chi^2(1, N=46)=1,471$; $p>.05$ (n.s.))

5.1.6.3. Zusammenhang von dissoziativem Syndrom und Therapieerfolg

Das dissoziative Störungsbild, wegen dem die Patienten sich in Behandlung befunden hatten, stand in keinem Zusammenhang mit einem signifikant guten oder schlechten Erfolg der initialen Therapie. Jene Patienten, die Symptome einer dissoziativen Amnesie, einer dissoziativen Fugue oder eines dissoziativen Stupor behandelt worden waren, konnten allesamt als hinsichtlich der Schwere der Symptomatik gebessert entlassen werden. Auch bei den anderen dissoziativen Syndromen war keine signifikante Häufung insbesondere einer kaum oder gar nicht verbesserten Symptomatik zu beobachten.

(dissoziative Amnesie: $\chi^2(1, N=46)=1,181$; $p>.05$ (n.s.);

dissoziative Fugue: $\chi^2(1, N=46)=0,215$; $p>.05$ (n.s.);

dissoziativer Stupor: $\chi^2(1, N=46)=0,44$; $p>.05$ (n.s.);

Trance/Besessenheit: $\chi^2(1, N=46)=0,568$; $p>.05$ (n.s.);

dissoziative Bewegungsstörung: $X^2(1, N=46)=1,426$; $p>.05$ (n.s.);

dissoziative Krampfanfälle: $X^2(1, N=46)=1,665$; $p>.05$ (n.s.);

dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsst.: $X^2(1, N=46)=0,141$; $p>.05$ (n.s.);

Gemischte dissoziative Störung: $X^2(1, N=46)=0,011$; $p>.05$ (n.s.)

5.1.6.4. Zusammenhang von Intelligenzniveau und Therapieerfolg

Untersucht man den Zusammenhang zwischen dem Intelligenzniveau der Patienten und der kurzfristigen Prognose ihrer Erkrankung, so kann man feststellen, dass der größere Teil der Patienten, die ohne deutlich gebessertes Krankheitsbild aus der Klinik entlassen wurden, eine überdurchschnittlich hohe Intelligenz mit einem IQ größer 100 aufwiesen. Von 18 Patienten, deren IQ größer als 100 war, wurden sechs bei Entlassung bezüglich ihrer Symptomatik als nicht gebessert eingestuft, während dies von den 19 Patienten mit einem IQ kleiner 100 nur bei zweien der Fall war. Bei insgesamt 25 Patienten war entweder kein Intelligenztest durchgeführt worden, oder es fand sich keine Angabe über die Symptomverbesserung bei Therapieende. Dieses Ergebnis zeigt, dass Patienten mit einem über dem Durchschnitt liegendem IQ tendenziell eine weniger positive Prognose bei Entlassung aus der Klinik erwarten mussten ($X^2(1, N=37)=2,837$; $p<.1$ (tend.); eine eindeutige statistische Signifikanz liegt hier jedoch nicht vor.

Die kurzfristige Prognose der dissoziativen Störung insgesamt ist jedoch eine durchwegs gute. Nach einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von 49,5 Tagen (Median 44 Tage) konnte der weitaus größere Teil der Kinder und Jugendlichen (38 von 46 Patienten, bei denen sich eine Angabe über die Gesamtverbesserung bei Therapieende in den Krankengeschichten fand, entsprechend 82,6%) als deutlich gebessert oder geheilt entlassen werden.

5.2. Analyse der Katamnesestichprobe

27 der 62 ehemaligen Patientinnen und Patienten nahmen an der Katamneseuntersuchung teil. Die Zeitdauer zwischen Katamnesezeitpunkt und dem Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung bzw. dem Ende der ambulanten Therapie variierte zwischen zwei Jahren und fünf Monaten und 19 Jahren und einem Monat, der Median lag bei 10 Jahren und acht Monaten.

5.2.1. Vergleich der Katamnesestichprobe und der Ausgangsstichprobe, Demografie der Katamnesegruppe

Zu Beginn der Analyse der Katamnesestichprobe soll untersucht werden, ob die Zusammensetzung dieser mit der Ausgangsstichprobe von 62 Fällen vergleichbar ist. Bei einer Vergleichbarkeit beider Gruppen kann davon ausgegangen werden, dass die innerhalb der Katamnesegruppe erhobenen Daten in der Ausgangsstichprobe in ähnlicher Ausprägung zu finden wären.

Die Katamnesegruppe bestand aus 17 weiblichen und zehn männlichen Personen, von denen acht ursprünglich nur ambulant behandelt wurden; 19mal handelte es sich um ehemalige stationäre Patienten. Das Verhältnis dieser Merkmale war in der Ausgangsstichprobe.

Ebenfalls ein vergleichbares Verhältnis zwischen Ausgangsstichprobe und Katamnesestichprobe liegt vor bei näherer Untersuchung des Alters, in dem die Erkrankung der Patienten begann, wie auch bezüglich des Alters, in dem die Therapie begonnen wurde und der Zeitspanne zwischen diesen beiden Alterswerten. Die Patienten der Katamnesestichprobe waren zu der Zeit, als ihre dissoziative Störungen begannen, im Mittel zwölf Jahre und einen Monat alt. Bei Therapiebeginn lag der Median des Patientenalters bei dreizehn Jahren und vier Monaten. Die Zeit, die zwischen Erkrankungsbeginn und Behandlungsbeginn verstrichen war, variierte in der Katamnesestichprobe zwischen weniger als einem Monat und 81 Monaten, der Median lag bei fünf Monaten.

Auch hinsichtlich der dissoziativen Symptome, wegen derer die Patienten behandelt wurden, fand sich keine signifikante Abweichung bezüglich der

Häufigkeitsverteilung dieser Symptome in Ausgangsstichprobe und Katamnesestichprobe.

Drei der sechs Patienten (11,1% der gesamten Katamnesegruppe) mit dissoziativer Amnesie nahmen an der Nachuntersuchung teil, von den Patienten, die wegen eines dissoziativen Stupor behandelt wurden, war leider keiner bereit, an der Nachuntersuchung teilzunehmen und lediglich in einem Fall (3,7%) konnten wir den Verlauf eines Falles mit Trance- und Besessenheitszuständen untersuchen. Die meisten Patienten, die sich zu einer Nachuntersuchung zur Verfügung stellten, wurden wegen dissoziativer Bewegungsstörungen bzw. dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen behandelt; jeweils elf mal (je 40,7% der Katamnesegruppe) wurde diese Diagnose während der Behandlung gestellt. Auch die Diagnose der dissoziativen Krampfanfälle fand sich als ursprüngliches Symptom in der Katamnesegruppe recht häufig wieder, sie wurde insgesamt neunmal (33,3%) gestellt. Ebenfalls in neun Fällen (33,3%) wurde bei den Patienten eine gemischte dissoziative Störung festgestellt.

Die 27 Patienten wurden während ihres Aufenthaltes fünfmal (18,5%) als leicht, 17 mal (63%) als mittelschwer und dreimal (11,1%) als schwer erkrankt eingestuft; in zwei Fällen wurde hierzu keine Aussage gemacht. Es zeigt sich auch hierin keine signifikante Abweichung vom Verhältnis der gesamten Patientengruppe.

Zwei der Patienten, die zur Nachuntersuchung erschienen, wurden bezüglich ihrer Symptomatik bei ihrer Entlassung als nicht oder kaum gebessert beschrieben, während die übrigen sechzehn als deutlich gebessert entlassen werden konnten. Vergleicht man diese Verhältnisse mit denen der gesamten Patientengruppe, so lassen sich auch hier äquivalente Verhältnisse finden.

Auch in Bezug auf die soziale Schichtzugehörigkeit ihrer Familien oder das während der Behandlung untersuchte Intelligenzniveau gleichen sich die beiden Gruppen annähernd. 14 der 27 zur Nachuntersuchung erschienenen Patienten (51,8%) stammten aus einer der drei unteren sozialen Schichten, sieben (25,9%) ließen sich der Mittelschicht zuordnen, nur vier (14,8%) stammten aus

hohen sozialen Schichten. Bei zwei Patienten (7,4%) fehlte die entsprechende Information in den Krankenblättern.

Sieben der an der Nachuntersuchung Teilnehmenden (25,9%) wurde während ihrer Behandlung ein Intelligenzquotient kleiner 100 bescheinigt, bei 12 Personen (44,4%) lag er darüber; in acht Fällen (29,6%) fand sich in den Krankengeschichten keine Dokumentation einer Intelligenztestung. In Tabelle 17 und 18 sind die Vergleichspunkte und die entsprechenden Chi-Quadrat-Werte nochmals aufgelistet.

Tabelle 17 : Vergleich von Patientengruppe und Katamnesegruppe, Verhältnis der Verteilung der dissoziativen Syndrome innerhalb beider Stichproben (Ausgangsstichprobe : n=62, Mehrfachnennungen möglich; Katamnese-Stichprobe : n=27, Mehrfachnennungen möglich)

Syndrom	Fälle in der gesamten Patientengruppe (n=62), Mehrfachnennungen möglich	Fälle in der Katamnesegruppe (n=27), Mehrfachnennungen möglich	X ² -Werte
Dissoziative Amnesie	6 (9,7%)	3 (11,1%)	X ² (1, N=62)=0,737; p>.05 (n.s.)
Dissoziative Fugue	1 (1,6%)	0	X ² (1, N=62)=0,784; p>.05 (n.s.)
Dissoziativer Stupor	3 (4,8%)	0	X ² (1, N=62)=2,432; p>.05 (n.s.)
Trance - & Besessenheitszustände	3 (4,8%)	1 (3,7%)	X ² (1, N=62)=0,134; p>.05 (n.s.)
Dissoziative Bewegungsstörung	26 (41,9%)	11 (40,7%)	X ² (1, N=62)=0,028; p>.05 (n.s.)
Dissoziative Krampfanfälle	25 (40,3%)	9 (33,3%)	X ² (1, N=62)=0,971; p>.05 (n.s.)
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	24 (38,7%)	11 (40,7%)	X ² (1, N=62)=0,083; p>.05 (n.s.)
Multiple Persönlichkeit	0	0	
Ganser-Syndrom	0	0	
Sonstige n. bez. Dissoziative Störung	0	0	
n.n.bez. dissoziative Störung	0	0	
Pat. mit Diagnose einer gemischten diss.Störung	20 (32%)	9 (33,3%)	X ² (1, N=62)=0,163; p>.05 (n.s.)

Tabelle 18: Vergleich von Patientengruppe und Katamnesegruppe, Verhältnis der Verteilung anderer Merkmale beider Stichproben (Ausgangsstichprobe : n=62; Katamnesestichprobe : n=27)

Merkmal	Häufigkeit / Wert in der gesamten Patientengruppe (n=62)	Häufigkeit / Wert in der Katamnesegruppe (n=27)	X ² -Werte
Geschlecht (weiblich/männlich)	43 / 19	17 / 10	X ² (1, N=62)=0,919; p>.05 (n.s.)
Behandlung (stationär/ambulant)	45 / 17	19 / 8	X ² (1, N=62)=0,117; p>.05 (n.s.)
Alter bei Erkrankungsbeginn (Median)	13J 3M.	12J. 1M.	X ² (45, N=62)=40,983; p>.05 (n.s.)
Alter bei Behandlungsbeginn (Median)	13J 1M.	13J. 4M.	X ² (47, N=62)=52,509; p>.05 (n.s.)
Zeitspanne zwischen Erkrankungsbeginn und Behandlungsbeginn (Median)	4M.	5M.	X ² (22, N=62)=17,368; p>.05 (n.s.)
Schwere der Erkrankung (leicht/mittelschwer/schwer/keine Angabe) (Einschätzung des behandelnden Arztes anhand der Basisdokumentation)	13 / 38 / 8 / 3	5 / 17 / 3 / 2	X ² (2, N=59)=0,246; p>.05 (n.s.)
Behandlungserfolg bei Therapieende (deutlich gebessert/nicht oder kaum gebessert/keine Angabe) (Einschätzung des behandelnden Arztes anhand der Basisdokumentation)	38 / 8 / 16	16 / 2 / 9	X ² (1, N=46)=0,812; p>.05 (n.s.)
Soziale Herkunftsschicht (Unterschicht/Mittelschicht/Oberschicht/keine Angabe)	36 / 7 / 6 / 3	14 / 7 / 4 / 3	X ² (6, N=59)=3,236; p>.05 (n.s.)
Intelligenzniveau (IQ<100/IQ≥100/keine Angabe)	19/27/16	7 / 12 / 8	X ² (1, N=46)=0,58; p>.05 (n.s.)

5.2.2 Verlauf der dissoziativen Störung

5.2.2.1. Verlauf der Störung zum Katamnesezeitpunkt

Mit Hilfe des Heidelberger Dissoziations-Inventars HDI, dessen Interviewteil mit allen an der Katamnese persönlich Teilnehmenden durchgeführt werden konnte, war es möglich, anhand der aktuell gültigen Klassifikationskriterien des ICD-10 das aktuelle Vorliegen einer dissoziativen Störung bei den Patienten zu untersuchen. Der Zeitraum, der durch das Interview abgefragt wurde, bezog sich auf die letzten sechs Monate vor Durchführung des Interviews. Erfragt

wurden im Interview mehrere typische dissoziative Symptome, die dem Patienten meist in Form eines kurzen Beispiels vorgetragen wurden.

Mit Hilfe des Test-Instrumentariums wurde bei sechs Patienten (22,2% der Katamnesegruppe) eine aktuelle oder maximal sechs Monate zurückliegende dissoziative Störung diagnostiziert. Jeweils zweimal handelte es sich bei diesen um eine dissoziative Amnesie, einen dissoziativen Krampfanfall oder eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (je 7,4% der Katamnesegruppe). In keinem Fall lagen zwei oder mehr dissoziative Symptome bei einem Patienten vor. Vergleiche hierzu Abbildung 14.

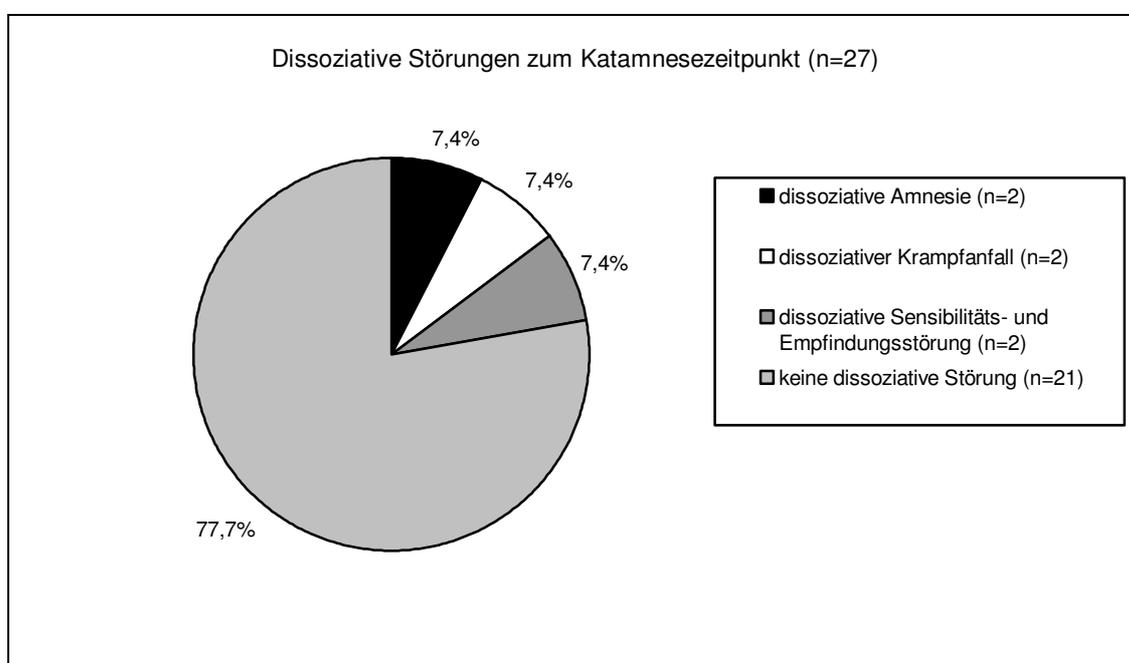


Abbildung 14: Vorliegende dissoziative Störungen zum Katamnesezeitpunkt, Diagnose mittels HDI-Interview

5.2.2.2. Verlauf der Störung im Zeitraum zwischen Entlassung und Katamnese

Ein großes Augenmerk wurde während der Katamnese darauf gelegt, wie sich die dissoziative Störung der Patienten im seit der Beendigung der Therapie vergangenen Zeitraum entwickelt hatte.

Um dies in Erfahrung zu bringen, wurden die Patienten zu Beginn der Untersuchung dahingehend befragt, ob sie nach der Entlassung aus der Klinik noch einmal wegen Symptomen einer dissoziativen Störung professionelle Hilfe in Anspruch nehmen mussten; hierbei wurde unterschieden zwischen

ambulanten und stationären Behandlungen. Es konnte festgestellt werden, dass drei Patienten (11,1% der Katamnesegruppe) nach Beendigung der Behandlung erneut ambulant wegen dissoziativer Symptome behandelt wurden, ebenfalls drei mal wurde eine erneute stationäre Behandlung notwendig (11,1%); in zwei Fällen wurden die Patienten sowohl ambulant als auch stationär erneut vorstellig (7,4%). Demnach rezidierte bei acht Patienten (29,6%) der Katamnesegruppe nach dem Ende der Therapie die dissoziative Störung.

Mit Hilfe des HDI-Interviews ließ sich wie im Kapitel 5.2.3.1. erwähnt bei sechs Patienten eine aktuell vorliegende dissoziative Störung nachweisen, jedoch gaben nur drei dieser Patienten auch an, seit Beendigung der Therapie erneut aufgrund dissoziativer Störungen in Behandlung gewesen zu sein. Bei drei Patienten (11,1%) wurde ein Rezidiv der dissoziativen Störung somit neu diagnostiziert, so dass in insgesamt 40,7% der Fälle von einer im Katamnesezeitraum rezidivierenden Störung gesprochen werden muss (siehe hierzu Abbildung 15).

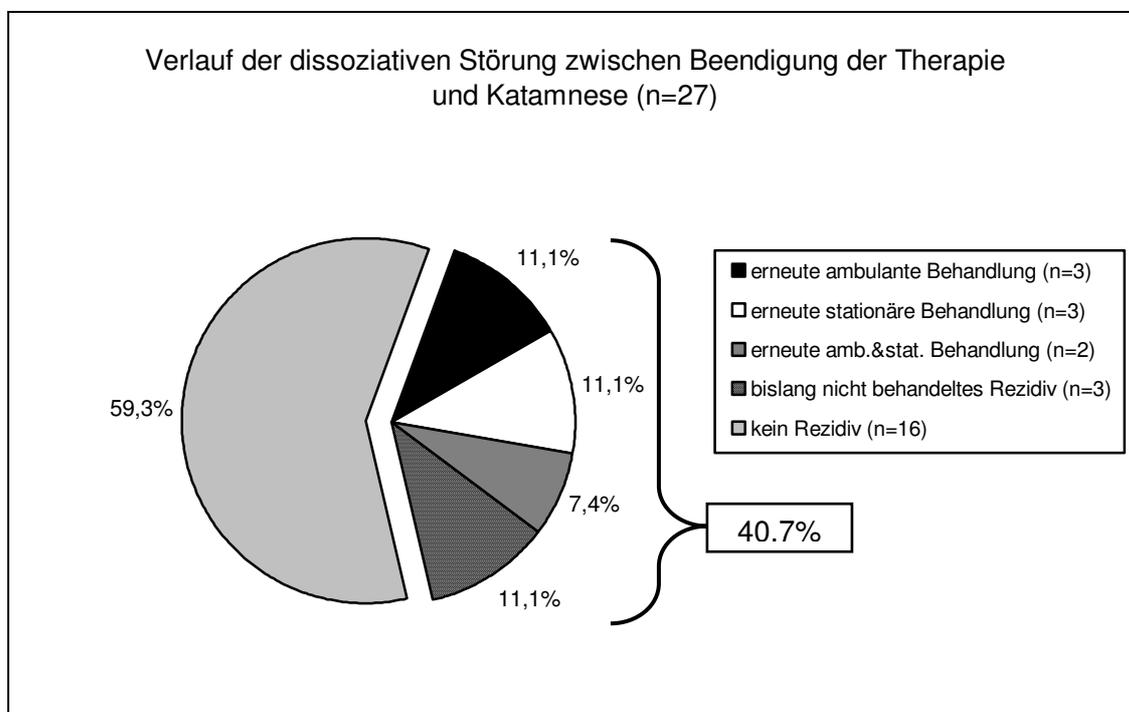


Abbildung 15: Verlauf der dissoziativen Störung seit Beendigung der ursprünglichen Therapie, insgesamt rezidierte die Störung in 40,7% der Fälle. Diagnose mittels HDI-Interview bzw. anhand der Angaben der Pat.

5.2.3. Komorbidität mit anderen Erkrankungen

5.2.3.1. Punktprävalenz komorbider Erkrankungen zum Katamnesezeitpunkt

Im weiteren Verlauf der Untersuchung wurde mit Hilfe des DIA-X-Interviews die Frage untersucht, ob neben dem Vorliegen dissoziativer Störungen auch andere klinische Störungen bei den Patienten festzustellen waren. Hierzu wurden jene im DIA-X diagnostizierten Störungen ausgewertet, deren letzte Manifestation nicht länger als ein halbes Jahr zurücklag.

Bei 10 der Patienten der Katamnesegruppe (37%) wurden hierdurch insgesamt 23 klinische Störungen diagnostiziert (vgl. Abbildung 16). Bei jeweils fünf der Diagnosen handelte es sich um somatoforme Störungen bzw. um phobische Störungen, vier der Diagnosen beschrieben eine Suchterkrankung, je dreimal wurde eine Agoraphobie bzw. eine Dysthymie diagnostiziert und einmal handelte es sich bei der Störung um eine bipolare Psychose. Zwei der sechs mit Hilfe des HDI-Interviews festgestellten dissoziativen Störungen konnten auch im DIA-X-Interview bestätigt werden. Auffallend ist eine Häufung der Angststörungen (die sich aus den phobischen Störungen und den Agoraphobien zusammensetzt), die bereits als komorbides Symptom während der ursprünglichen Therapie gehäuft unter den Patienten zu beobachten war. Zum Katamnesezeitpunkt waren 34,8% aller diagnostizierten Störungen dem Angst-Formenkreis zuzuordnen.

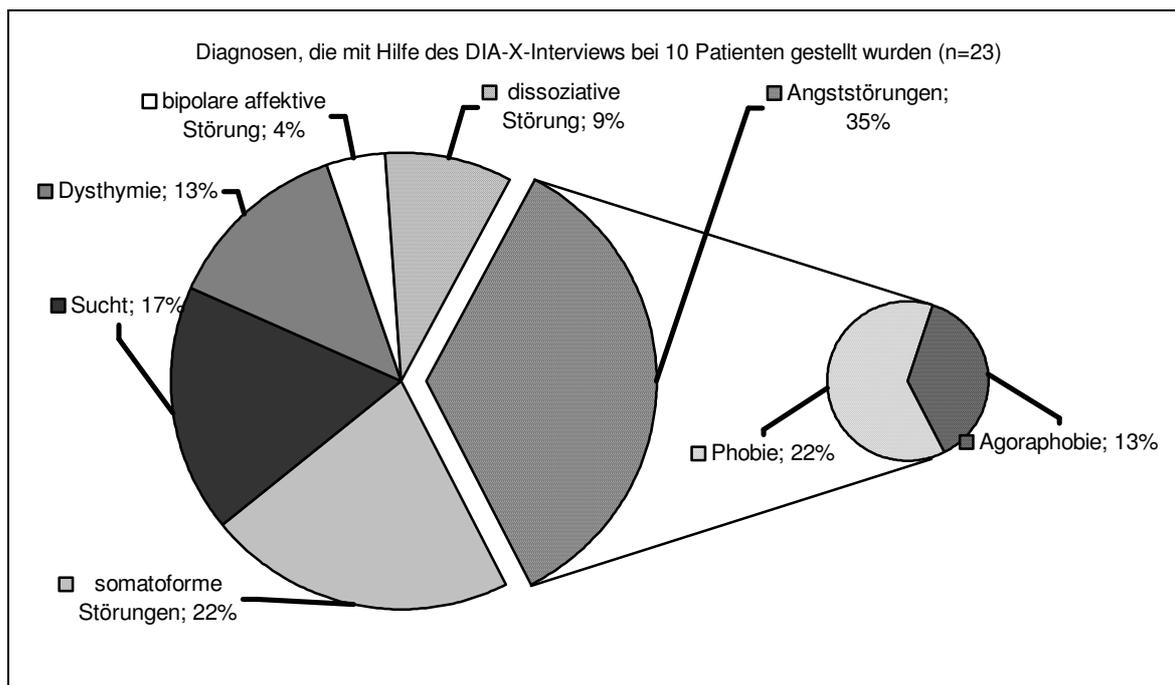


Abbildung 16: Diagnosen, die durch das DIA-X-Interview bei insgesamt 10 Personen gestellt wurden; Mehrfachnennungen sind hierbei möglich. Die phobischen Störungen (vor allem Sozialphobie und dingbezogene Phobie) sowie die Agoraphobie wurden zum Formenkreis der Angststörungen zusammengefasst.

5.2.3.2. Lifetime-Komorbidität

5.2.3.2.1. organische Erkrankungen

Im Verlauf der Katamneseuntersuchung wurden die Patientinnen und Patienten unter anderem gefragt, ob sich bei ihnen seit dem Zeitpunkt der Klinikentlassung bzw. der Beendigung der ambulanten Therapie psychische oder körperliche Krankheiten entwickelt hätten. Es war unerheblich, ob es sich hierbei um akute oder chronische Ereignisse gehandelt hatte. Wurden diese Fragen bejaht, so wurden die Patienten darum gebeten zu spezifizieren, um welche Erkrankungen es sich hierbei handelte und ob diese Erkrankung eine Behandlung nötig gemacht hatte. Behandlungsart und –dauer wurden ebenfalls festgehalten. Die Frage, ob sich die Patienten wegen einer ernsthaften Erkrankung somatischer Genese in ambulanter Therapie befanden, bejahten zehn der 27 Patienten (37%), von 15 wurde sie verneint (55,6%), während in zwei Fällen (7,4%) keine Antwort auf die Frage gegeben werden konnte. Es konnte allerdings keinerlei Häufung einer Erkrankung festgestellt werden, da bis

auf rheumatische Gelenkbeschwerden, die das Krankheitsbild zweier Patienten ausmachten, jede genannte Krankheit lediglich ein Mal erwähnt wurde. Drei der Patienten (11,1%) litten an zwei ambulant behandelten, ernsthaften Krankheiten gleichzeitig.

Die Frage nach ernsthaften organischen Krankheiten, die eine stationäre Behandlung nötig gemacht hatten, wurde von 14 Patienten (51,9%) mit ja beantwortet, während elf Patienten (40,7%) sie verneinten; in wiederum zwei Fällen (7,4%) wurde keine Aussage zur Frage gemacht. Auch die jeweiligen angegebenen Erkrankungen ließen kein Muster einer überzufälligen Häufung von Erkrankungen einzelner Organe oder Organsysteme erkennen. Die in der Allgemeinbevölkerung häufigen stationär zu behandelnden Erkrankungen (Cholecystitis, Appendicitis, unfallchirurgische Behandlungen) fanden sich auch in der Katamnesegruppe häufiger, während alle anderen angegebenen Erkrankungen je nur einmal genannt wurden.

5.2.3.2.2. Achse-I-Störungen

Um im Bereich der psychischen Erkrankungen alle Diagnosen der Patienten zu ermitteln, die zwischen dem Ende der ursprünglichen Therapie der dissoziativen Störung und dem Katamnesezeitpunkt zutrafen, wurde im Verlauf der Untersuchung daher das Computer gestützte ausführliche klinische Interview zur Diagnose psychischer Störungen (DIA-X) durchgeführt. Lediglich jene drei Personen, deren Teilnahme nur im Ausfüllen der Fragebögen und eventuell zusätzlich noch im Erteilen weiterer Auskünfte per Telefon bestand, wurden nicht mit diesem Instrumentarium untersucht.

Mit dem Interview konnte bei einem Großteil der Patienten eine psychiatrische Störung festgestellt werden. Schloß man die spezifischen Tier-Phobien aufgrund ihrer hohen Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung als relevante klinische Störung aus, so waren dennoch zwölf der 24 Personen (50%), mit denen das Interview durchgeführt wurde, an mindestens einer psychiatrischen Störung erkrankt (siehe auch Abbildung 17). Zwei Patienten (8,3%) erfüllten die Diagnosekriterien von zwei Erkrankungen, vier Patienten (16,7%) die von drei

Erkrankungen und drei Patienten (12,5%) litten nach dem Ende der Behandlung der dissoziativen Störung gar an vier verschiedenen Erkrankungen. Nur in der Hälfte der Fälle konnte mit Hilfe des DIA-X Interviews keine Diagnose oder lediglich die einer spezifischen Tier-Phobie gestellt werden. Es war hierbei auffällig, dass die Gruppe der Patienten mit mehr als zwei Diagnosen im DIA-X Interview hauptsächlich aus weiblichen Patientinnen bestand, während die männlichen Probanden –sofern sie nicht ohne Diagnose blieben- meist nur eine oder zwei Diagnosen aufwiesen (siehe Tabelle 19). Das Verhältnis von männlichen und weiblichen Patienten und Patientinnen bezüglich der Zahl der Diagnosen im DIA-X ist zwar nicht als statistisch eindeutig signifikant zu werten, jedoch lässt sich dennoch ein Trendwert mit einer zweiseitigen Signifikanz im Chi-Quadrat von .01 errechnen.

Tabelle 19 : Korrelation zwischen Geschlecht der Patienten der Katamnesestichprobe und der Anzahl der mit Hilfe des DIA-X-Interviews diagnostizierten klinischen Störungen (*=signifikant mit $.01 < p < .05$)

	0-2 Diagnosen im DIA-X	Mehr als 2 Diagnosen im DIA-X	X ² -Werte
Männlich	8 (88,8%)	1 (11,2%)	X ² (1, N=23)=2,608; p>.05 (n.s.)
Weiblich	8 (57,1%)	6 (42,9%)	
Gesamt	17 (73,9%)	6 (26,1%)	

Legte man dieser Untersuchung nicht das Geschlecht der Patienten zugrunde, sondern das dissoziative Syndrom, wegen dem die Patienten ursprünglich behandelt wurden, lässt sich feststellen, dass jene Patientinnen und Patienten, die ursprünglich wegen dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen behandelt wurden, signifikant häufiger eine Anzahl von Diagnosen im DIA-X aufwiesen, die größer als zwei war (siehe Abbildung 17). Bei fünf der neun Patienten (55,5%) mit dieser ursprünglichen Störung, bei denen das Interview durchgeführt wurde, waren drei bzw. vier Diagnosen festgestellt worden. Die Patienten, die wegen anderer Störungen behandelt wurden, blieben in der Mehrzahl der Fälle ohne Diagnose im DIA-X. Hier zeigt sich eine eindeutige Häufung mehrfacher Diagnosen bei den ursprünglich wegen dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörung Behandelten (vergleiche Tabelle 20).

Tabelle 20 : Korrelation zwischen dissoziativem Syndrom der Patienten der Katamnesestichprobe und der Anzahl der mit Hilfe des DIA-X-Interviews diagnostizierten klinischen Störungen (=signifikant mit $p < .01$)**

	0-2 Diagnosen im DIA-X	Mehr als 2 Diagnosen im DIA-X	χ^2 -Werte
Diss. Bewegungsstörung	7 (77,8%)	2 (22,2%)	$\chi^2(1, N=23)=0,059; p > .05$ (n.s.)
Diss. Krampfanfall	7 (87,5%)	1 (12,5%)	$\chi^2(1, N=23)=1,864; p > .05$ (n.s.)
Diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	4 (44,4%)	5 (55,6%)	$\chi^2(1, N=23)=9,168; p < .01$ (**)
Gesamt	18 (69,2%)	8 (30,8%)	

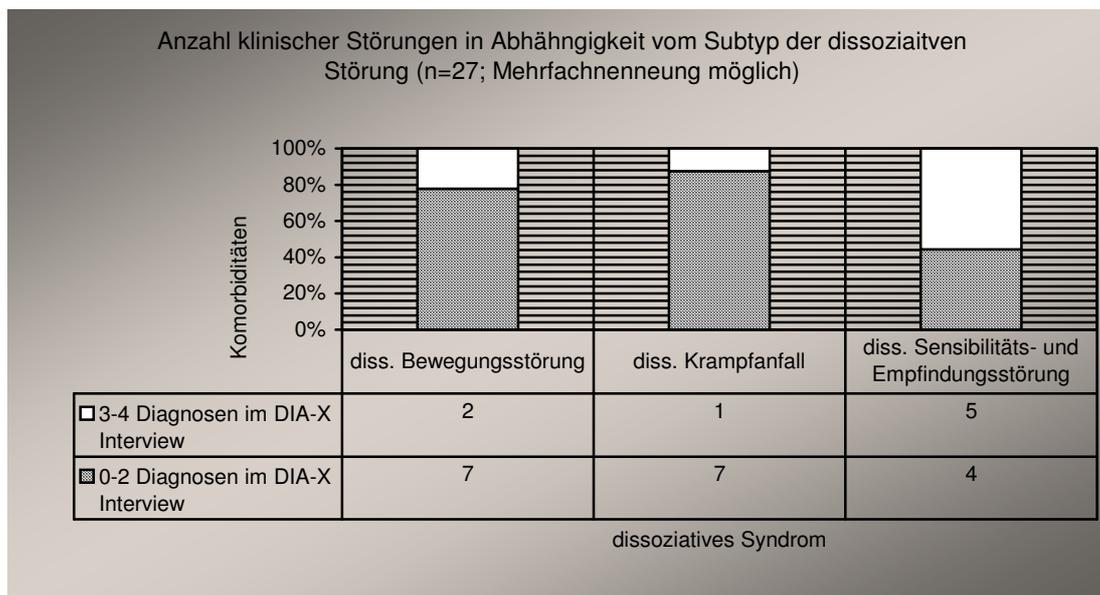


Abbildung 17: Anzahl der klinischen Störungen seit Beendigung der Therapie in Abhängigkeit vom ursprünglichen Subtypus der dissoziativen Störung (n=27; Mehrfachnennung aufgrund gemischter dissoziativer Störungen möglich)

Die folgende Tabelle 21 enthält eine Aufstellung der im Interview gestellten Diagnosen in absteigender Häufigkeit ihres Auftretens; die einzelnen, teilweise sehr speziellen Diagnosen wurden hierbei zu Gruppen zusammengefasst. Abbildung 18 veranschaulicht dieses Ergebnis nochmals.

Tab. 21: Klinische Störungen der Patientengruppe, die mittels Durchführung des DIA-X-Interviews bei Katamnese diagnostiziert werden konnten. (Mehrfachnennungen möglich).

Diagnose	Häufigkeit der Diagnosestellung	Hiervon männliche Patienten	Hiervon weibliche Patientinnen
Agoraphobie	5	2	3
Somatoforme Störung	5	1	4
Sozialphobien	4	0	4
Süchte	4	3	1
Spezifische Phobien	3	0	3
Dysthymie	3	0	3
Konversionsstörung	2	0	2
Angststörung	1	1	0
Bipolare affektive Psychose	1	0	1
Anorexia nervosa	1	0	1
Zwangsstörung	1	0	1
<i>Gesamt</i>	<i>30</i>	<i>7</i>	<i>23</i>

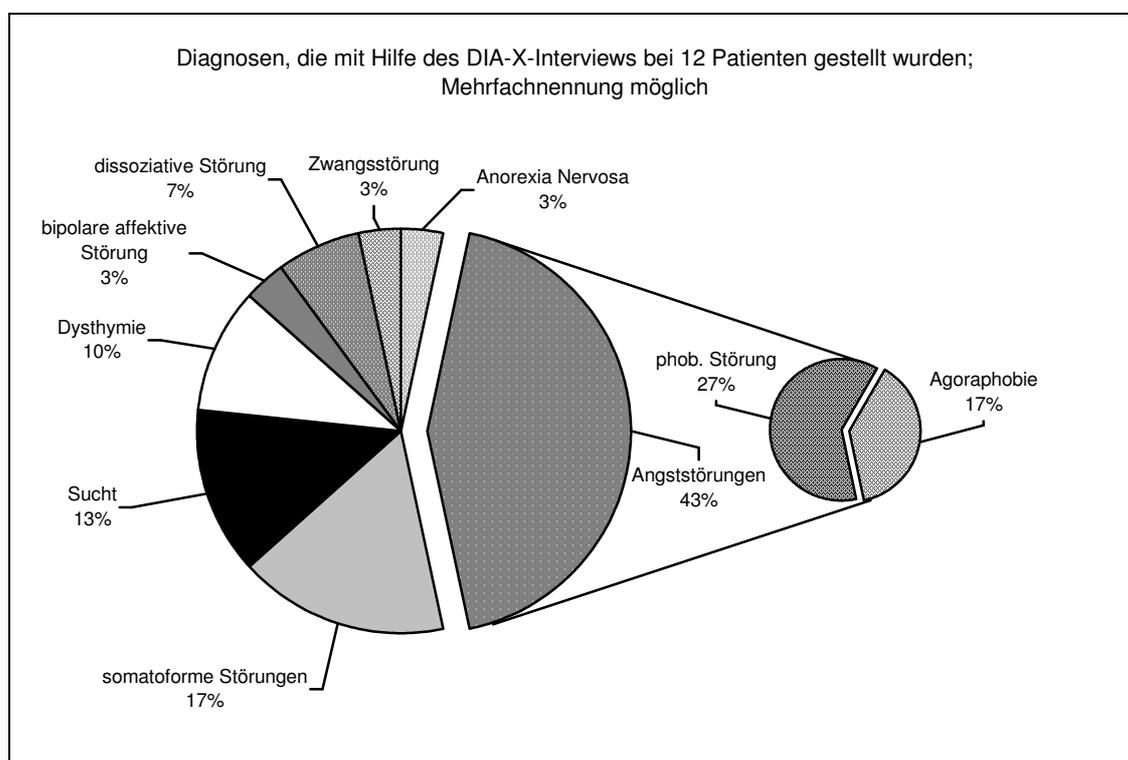


Abbildung 18: Störungen, die mit Hilfe des DIA-X Interviews bei 12 Patienten im Zeitraum zwischen Beendigung der ursprünglichen Therapie und Katamnese diagnostiziert werden konnten (Lifetime-Komorbidität); Mehrfachnennungen möglich

Fasst man die Diagnosen zu noch allgemeineren Gruppen zusammen, so wächst der Anteil der Angsterkrankungen (in der Tabelle unter Agoraphobie, spezifische Phobien, Sozialphobien, Angststörung) nochmals deutlich, insgesamt 13 mal (46,4% aller Diagnosen) trat diese Störung auf.

5.2.3.2.3. Achse-II-Störungen

Im Verlauf der Katamneseuntersuchung wurde mit den Patienten ein Interview zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen der Achse-II (das sog. SKID-II-Interview) durchgeführt, welches den Teilnehmenden bereits in Form eines Vorab-Fragebogens zugekommen war.

Im SKID-II Interview wurde bei zwölf Patienten (32,3%) eine Persönlichkeitsstörung nachgewiesen; vier dieser Patienten ließen Symptome zweier koexistenter Persönlichkeitsstörungen erkennen, in je einem Fall lagen gar drei bzw. vier Störungen gleichzeitig vor. Am häufigsten wurde hierbei die Diagnose einer Borderline-Störung gestellt, die bei vier Patienten zu finden war (14,8% der Katamnesegruppe), zwanghafte Persönlichkeitsstörungen waren mit drei Diagnosen ähnlich häufig.

Das gehäufte Auftreten einer Persönlichkeitsstörung konnte hierbei gehäuft in Verbindung gebracht werden mit dem ursprünglich gezeigten Symptom der dissoziativen Amnesie. Alle Patienten, die aufgrund dieses Symptoms behandelt wurden, litten unter mindestens einer, dem SKID-II Interview zugänglichen Persönlichkeitsstörung, während die Patienten mit anderen dissoziativen Symptomen im Kindes- und Jugendalter größtenteils nicht mit der Diagnose einer Achse-II Störung belastet waren, nur in 37,5% wurde eine derartige Störung diagnostiziert ($X^2(1, N=27)=4,219$; $p<.05$ (*)); einschränkend muss hier jedoch die nur geringe Fallzahl von lediglich drei Patienten erwähnt werden, die ursprünglich an einer dissoziativen Amnesie erkrankt waren und das SKID-II-Interview durchliefen. Weniger deutlich konnte das Syndrom dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen mit Achse-II-Störungen in Verbindung gebracht werden. Von den elf Patienten mit dieser Störung konnte bei sieben im SKID-II-Interview mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden ($X^2(1, N=27)=2,769$; $p<.1$ (tend.)).

Auf der anderen Seite konnte festgestellt werden, dass signifikant wenige Achse-II-Störungen von jenen Patienten gezeigt wurden, die ursprünglich an dissoziativen Bewegungsstörungen erkrankt waren. Nur zwei von elf Patienten ließen eine derartige Störung im SKID-II-Interview erkennen (18,8%) ($X^2(1, N=27)=5,185$; $p<.05$ (*)).

5.2.4. Zusammenfassende Inzidenz psychischer Störungen der Katamnesegruppe

In Zusammenschau der Kapitel 5.2.2. und 5.2.3. ergibt sich für die Patienten, die an der Katamnese teilnahmen, somit eine hohe Inzidenz klinisch relevanter psychischer Störungen im Zeitabschnitt zwischen Beendigung der ursprünglichen Therapie und Katamnese. Nur bei 7 der insgesamt 27 Patienten konnte mit den verwendeten Testverfahren keine Störung diagnostiziert werden.

Hier muss einschränkend noch erwähnt werden, dass drei der 7 Patienten ohne relevante Diagnosen lediglich an der telefonischen Befragung teilgenommen hatten, und somit nicht das volle diagnostische Programm durchliefen.

Bei neun Patienten konnten Störungen der Achse-I und der Achse-II gleichzeitig diagnostiziert werden. Abbildung 19 verdeutlicht die Auftretenshäufigkeit der jeweiligen untersuchten Störungen unter besonderer Berücksichtigung der dissoziativen Störungen in einer Mengendarstellung. Zu den Einzelheiten der jeweiligen Störungen sei nochmals auf die jeweiligen Kapitel verwiesen (Dissoziative Störungen: Kap. 5.2.2.2.; Achse-I-Störungen: Kap. 5.2.3.2.2.; Achse-II-Störungen: Kap. 5.2.3.2.3)

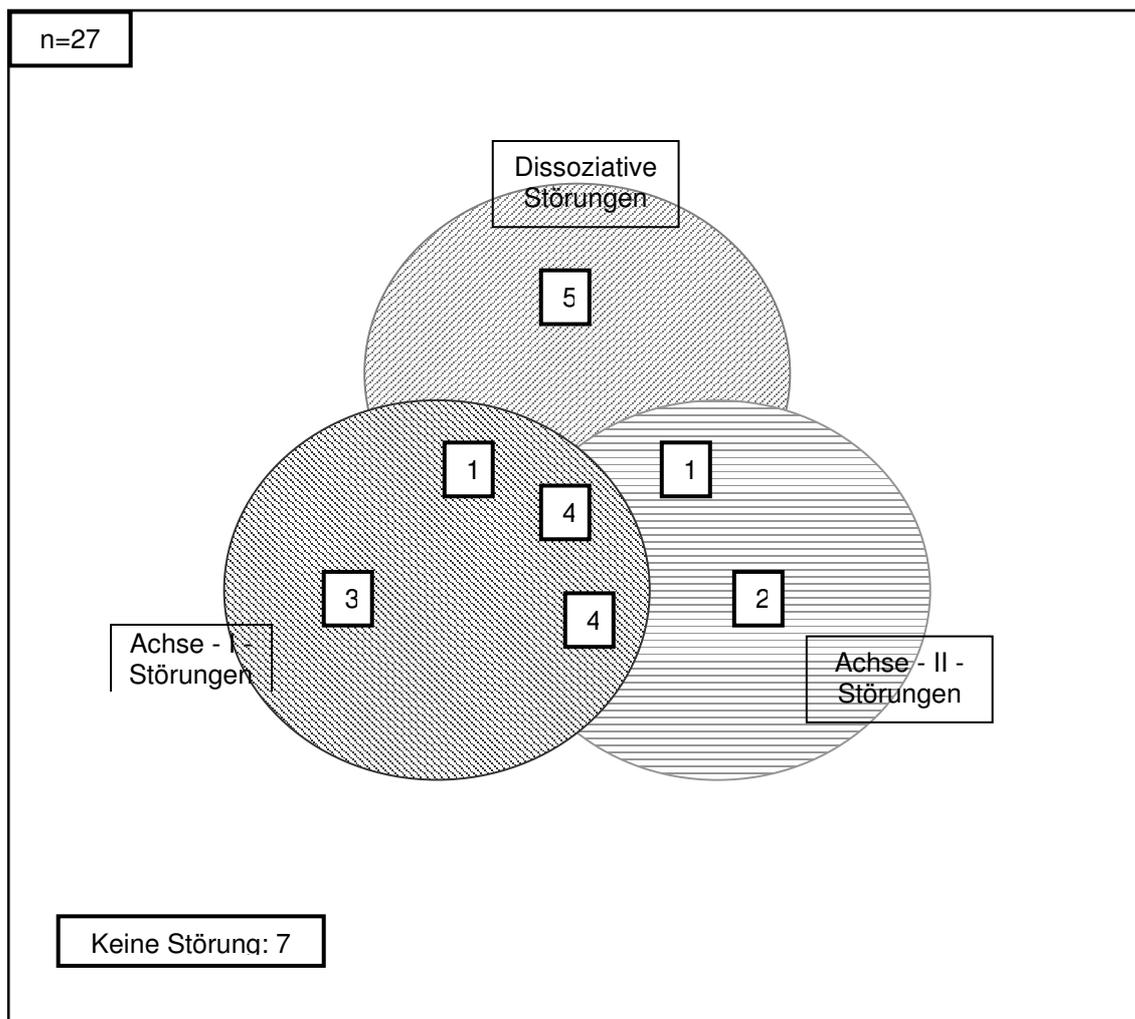


Abbildung 19: Diagnosen psychiatrischer Störungen der Patienten der Katamnesegruppe als Venn-Diagramm unter Berücksichtigung jener Patienten, die sowohl Störungen der Achse-I als auch der Achse-II aufweisen. Obwohl die dissoziativen Störungen der Achse-I zugehören, sind sie dennoch separat aufgezeigt.

5.2.5. Prognostische Faktoren bei alleiniger Betrachtung der dissoziativen Störungen

Die Erarbeitung prognostischer Faktoren stellt sich insofern als recht schwierig dar, da die Anzahl der an der Katamnese Teilnehmenden insgesamt gesehen vergleichsweise niedrig ist, wenngleich sie mit den Größen der Patientengruppen früherer Studien durchaus vergleichbar ist. Teilt man jedoch diese Gruppe in weitere Fraktionen ein, um Unterschiede bezüglich der Prognose der dissoziativen Störung zwischen diesen zu erkennen, so müssen deutlich kleinere Gruppenstärken in Kauf genommen werden. Dass hierbei eine

statistische Auswertung erschwert oder unmöglich gemacht wird, lässt sich häufig nicht vermeiden.

Im Folgenden sollen die in früheren Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung erwähnten positiven oder negativen Prognoseprädiktoren anhand der Daten der Patientengruppe dieser Studie überprüft werden. Hierbei wird angenommen, dass das Vorliegen einer dissoziativen Störung bei Katamnese einem ungünstigen Heilungsverlauf entspricht, das Fehlen eben einer solchen Störung dementsprechend einem günstigen Heilungsverlauf gleichkommt. Zur Auswertung kommen nur jene Patienten, mit denen das HDI-Interview durchgeführt werden konnte. Da dies kein Bestandteil der Fragebogenbefragung und des telefonischen Interviews war, können die Aussagen von lediglich 23 Patienten für die folgenden Untersuchungen herangezogen werden.

5.2.5.1. Komorbide Störungen

Im Rahmen der Erstbehandlung der Patienten wurde das Vorhandensein komorbider klinischer Störungen protokolliert. Von den Patienten die an der Katamneseuntersuchung teilnahmen, wiesen 16 (69,6%) während der ursprünglichen Behandlung ihrer Störung zumindest eine komorbide klinische Störung auf, lediglich in sieben Fällen (30,4%) konnte man von einer „reinen“ dissoziativen Störung sprechen. Innerhalb dieser Patientengruppe konnte während der Katamneseuntersuchung in zwei Fällen eine rezidivierende dissoziative Störung diagnostiziert werden. Unter den 16 Patienten, die komorbide Symptome aufwiesen, fanden sich bei Katamnese noch vier mit weiterhin bestehenden dissoziativen Störungen. Hier ist kein signifikanter Unterschied beider Gruppen erkennbar. ($\chi^2(1, N=23)=0,032$; $p>.05$ (n.s)).

5.2.5.2. Zeitdauer zwischen Erstauftreten der Symptome und Behandlungsbeginn

Unterteilt man die Katamnesegruppe in jene Patienten, bei denen in ihrer Kindheit und Jugend mehr als sechs Monate vergingen, bis ihre dissoziative

Störung behandelt wurde und in jene, bei denen weniger als sechs Monate zwischen Erkrankungsbeginn und Initiierung der Therapie verstrichen, so lassen sich bezüglich der Prognose der dissoziativen Störungen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede beider Gruppen finden. Bei 13 Patienten ging die Diagnosestellung und der Beginn der Therapie vergleichsweise schnell von statten, 10 Patienten mussten sechs Monate oder länger warten, bis mit der Behandlung ihrer Erkrankung begonnen werden konnte. Von den 13 Patienten der ersten Gruppe wiesen bei Katamnese vier (30,8%) eine dissoziative Störung auf, neun waren in dieser Hinsicht gesund (69,2%). In der zweiten Gruppe wurde zweimal (20%) die Diagnose dissoziative Störung gestellt, acht der Patienten waren gesund (80%). Dieses Ergebnis ist nicht signifikant ($\chi^2(1, N=23)=0,34$; $p>.05$ (n.s.)).

5.2.5.3. Geschlechtszugehörigkeit

Unter den neun männlichen Patienten der Katamnesegruppe fanden sich sieben (77,8%) ohne und zwei (22,2%) mit der Diagnose einer aktuellen dissoziativen Störung zum Katamnesezeitpunkt, unter den 14 weiblichen Patientinnen wurde in vier Fällen (28,6%) diese Diagnose gestellt. Somit war die Zugehörigkeit zu keinem der beiden Geschlechter signifikant mit einer günstigen oder ungünstigen Prognose verknüpft ($\chi^2(1, N=23)=0,115$; $p>.05$ (n.s.)).

5.2.5.4. Primärer Behandlungserfolg

Lediglich zwei Patienten der Katamnesegruppe wurden nach der initialen Therapie bezüglich ihrer Symptome als nur geringfügig oder gar nicht gebessert entlassen (Einschätzung des behandelnden Arztes anhand der Basisdokumentation), wohingegen die Behandlung in 15 Fällen zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik geführt hatte. Bei den übrigen Patienten wurde keine Einschätzung der Gesamtverbesserung nach Therapieende vorgenommen. Von den beiden Patienten mit dem weniger positiven Therapieerfolg litten beide zum Katamnesezeitpunkt noch an

dissoziativen Störungen (100%), während in der Gruppe der Patienten, die deutlich von der Therapie profitieren konnten, bei drei Patienten eine weiterhin bestehende dissoziative Störung diagnostiziert wurde (20%). Hier kann von einem signifikanten Unterschied gesprochen werden, der belegt, dass eine effektive Primärbehandlung dissoziativer Störungen die Wahrscheinlichkeit des erneuten Auftretens dieser Störung verringern kann ($X^2(1, N=15)=4,615$; $p<.05$ (*)).

5.2.5.5. Alter bei Erkrankungsbeginn

In der Katamnesegruppe fanden sich zehn Patienten, die zum Zeitpunkt der Erkrankung älter als 13 Jahre waren, sich also im Teenager-Alter befanden. Zum Zeitpunkt der Katamnese konnte bei drei dieser Patienten (33%) eine dissoziative Störung diagnostiziert werden. 13 der Patienten waren zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns jünger als 13 Jahre, zehn dieser Patienten wiesen zum Katamnesezeitpunkt eine dissoziative Störung auf (76,9%). In der Katamnesegruppe war das Alter bei Beginn der Erkrankung nicht mit einem Zusammenhang zum Heilungserfolg assoziiert ($X^2(1, N=23)=0,14$; $p>.05$ (n.s.)).

5.2.5.6. Dissoziatives Subsyndrom

In der vorliegenden Studie konnte anhand der Analyse der Katamnesegruppe keine einzelne Symptomatik der dissoziativen Störung mit einem ausgeprägt günstigen oder ungünstigen Krankheitsverlauf in Verbindung gebracht werden. Jedoch ließ sich bei Patienten mit ursprünglich mehreren dissoziativen Syndromen, die insofern an einer gemischten dissoziativen Störung erkrankt waren, eine tendenzielle Häufung auch weiterhin bestehender dissoziativer Störungen zum Katamnesezeitpunkt belegen (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dissoziativem Symptom und wiederkehrendem / chronischen Verlauf der dissoziativen Störung.

Ursprüngliches dissoziatives Symptom	Patienten insgesamt	Davon Pat. mit diss. Störung zum Katamnesezeitpunkt	Davon Pat. ohne diss. Störung zum Katamnesezeitpunkt	X ² -Werte
Amnesie	3	1	2	X ² (1, N=23)=0,094; p>.05 (n.s.)
Trance & Besessenheit	1	0	1	X ² (1, N=23)=0,369; p>.05 (n.s.)
Bewegungsstörung	9	4	5	X ² (1, N=23)=2,584; p>.05 (n.s.)
Krampfanfälle	8	2	6	X ² (1, N=23)=0,008; p>.05 (n.s.)
Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	9	3	6	X ² (1, N=23)=0,403; p>.05 (n.s.)
Davon gemischte dissoziative Störung	8	4	4	X ² (1, N=23)=3,638; p<.1 (tend.)

5.2.6 Weitergehende Prognose der dissoziativen Störung

Im Kapitel 5.2.2. zum Verlauf der dissoziativen Störung wurde bereits festgehalten, dass sehr häufig auch andere klinische Störungen diagnostiziert werden konnten, die selbst jedoch nicht dem dissoziativen Formenkreis angehören.

Definiert man daher eine ungünstige Prognose der dissoziativen Störung nicht alleine im Vorliegen einer dissoziativen Störung zum Katamnesezeitpunkt, sondern bereits im Vorliegen mindestens einer klinisch psychiatrischen Störung überhaupt, so ergeben sich bei Untersuchung der Prognose neue Aspekte. Wie bereits zuvor so wurde auch diesmal das Vorliegen einer spezifischen Phobie vom Tier-Typus wegen ihrer weiten Verbreitung in der mitteleuropäischen Allgemeinbevölkerung nicht als relevante klinische Störung betrachtet. Auch werden jene vier Patienten, von denen Daten zum Verlauf der Störung nicht im Rahmen einer persönlichen Untersuchung erhoben werden konnten, sondern die lediglich durch das Ausfüllen von Fragebögen und einer eventuellen zusätzlichen telefonischen Befragung an der Studie teilnahmen, bei den folgenden Betrachtungen nicht eingeschlossen.

Auch bei dieser weiter gefassten Definition der Prognose der dissoziativen Störung lässt sich die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht nicht mit

einer Aussage zur Prognose der Störung assoziieren. Von den neun männlichen Patienten litten sechs (66,6%) unter einer klinischen Störung, während dies bei elf der 14 Patientinnen (78,6%) der Fall war ($X^2(1, N=23)=0,403$; $p>.05$ (n.s.)).

Auch bei der Untersuchung der Frage, ob das ursprüngliche Vorliegen einer nicht durch komorbide klinische Störungen erschwerten dissoziativen Störung eine günstigere Prognose der Erkrankung zur Folge hat, konnte in der Studie kein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen festgestellt werden. Die 16 Patienten, die während der Behandlung ihrer Dissoziation auch andere Störungen zeigten, waren in drei Fällen (18,75%) bei Katamnese psychisch unauffällig; 13 mal (81,25%) ließen sie zumindest eine klinische Störung erkennen. Von den sieben zu früherer Zeit an einer „reinen“ dissoziativen Störung Erkrankten waren drei Patienten (42,9%) bei Katamnese psychiatrisch als gesund zu werten ($X^2(1, N=23)=1,468$; $p>.05$ (n.s.)).

Ebenso konnten nicht mit signifikantem Einfluss auf die Prognose der dissoziativen Störung assoziiert werden das Ausmaß der Verbesserung der dissoziativen Störung bei Therapieende ($X^2(1, N=23)=0,577$; $p>.05$ (n.s.)) sowie die Tatsache, ob der Patient bei Erkrankungsbeginn jünger oder älter als 13 Jahre war ($X^2(1, N=23)=0,34$; $p>.05$ (n.s.)). Jedoch konnte erstaunlicherweise herausgearbeitet werden, dass jene Patienten, die vor Initiierung der ursprünglichen Behandlung länger als sechs Monate bereits die dissoziative Störung aufwiesen, signifikant seltener eine klinische Störung zum Katamnesezeitpunkt erkennen ließen (hier zeigten nur fünf von zehn Patienten eine Störung auf, während in der Gruppe der Patienten, die rasch einer initialen Behandlung zugeführt werden konnten, zwölf von 13 Patienten entsprechend auffielen) ($X^2(1, N=236)=5,247$; $p<.05$ (*)).

Bei der Untersuchung der Frage, ob das dissoziative Symptom der Patienten eine prognostische Aussage auf den Heilungsverlauf der Störung zulässt, konnte für keine einzelne dissoziative Störung, ebenso auch nicht für die gemischten dissoziativen Störungen, ein statistischer Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Störungsbild und dem Vorliegen einer Störung der Achse-I oder-II festgestellt werden, wie Tabelle 23 belegt.

Tabelle 23: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dissoziativem Symptom und einer vorliegenden Störungen der Achsen I oder II zum Katamnesezeitpunkt.

Ursprüngliches dissoziatives Symptom	Patienten insgesamt	Davon Pat. mit Störung zum Katamnesezeitpunkt	Davon Pat. ohne Störung zum Katamnesezeitpunkt	X ² -Werte
Amnesie	3	3	0	X ² (1, N=23)=1,218; p>.05 (n.s.)
Trance & Besessenheit	1	1	0	X ² (1, N=23)=0,369; p>.05 (n.s.)
Bewegungsstörung	9	5	4	X ² (1, N=23)=2,584; p>.05 (n.s.)
Krampfanfälle	8	7	1	X ² (1, N=23)=1,174; p>.05 (n.s.)
Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	9	7	2	X ² (1, N=23)=0,115; p>.05 (n.s.)
Davon gemischte dissoziative Störung	8	6	2	X ² (1, N=23)=0,008; p>.05 (tend.)

5.2.7 Validität der Diagnose einer dissoziativen Störung

Die Qualität der Diagnose einer dissoziativen Störung kann nach der Analyse der Katamnesegruppe als sehr hoch eingeschätzt werden, da in keinem der Fälle im Verlauf der Erkrankung eine somatische, die dissoziativen Symptome erklärende Erkrankung festgestellt wurde. Das beim Verdacht auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung im Allgemeinen herangezogene diagnostische Inventar (zumeist bestehend aus ausführlicher Eigen- und Fremdanamnese, allgemeiner klinischer und spezieller neurologischer Untersuchung, EKG, EEG, psychopathologischem Befund, psychologischer Exploration & Testung, großem „internistischem“ Labor, ggf. Heranziehen von Fremdbefunden) erscheint daher als ausreichend, um eine somatische Erkrankung mit hinreichender Sicherheit auszuschließen.

Ob bestimmte Diagnostika im Einzelfall oder generell beim Verdachtsfall dissoziativer Störungen zur Verifizierung ungeeignet sind, konnte mit den in dieser Studie verwendeten Untersuchungen nicht näher analysiert werden.

5.3. Überprüfung der aufgestellten Hypothesen

1.) Die in Kapitel 3 aufgestellten Hypothesen lauteten:

- a) Unabhängig vom Alter oder Geschlecht zeigen alle Patienten ähnliche Symptome der dissoziativen Störung.
- b) Der Schweregrad der dissoziativen Erkrankung ist nicht abhängig vom gezeigten Symptomenkomplex.

Innerhalb des Erkrankungsbildes der dissoziativen Störung werden von Kindern und Jugendlichen einzelne Syndrome der Störung deutlich bevorzugt. Dies sind die dissoziative Bewegungsstörung, die dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (diese beiden Syndrome treten im Rahmen einer gemischten dissoziativen Störung oft miteinander kombiniert auf), sowie der dissoziative Krampfanfall.

Jungen zeigen häufiger Symptome des dissoziativen Krampfanfalles, während bei Mädchen keine eindeutige Bevorzugung einzelner Subsymptome vorliegt.

Die Erkrankung wurde bei Patienten mit dissoziativen Bewegungsstörungen oder dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sowie bei Patienten mit gemischten dissoziativen Störungen häufiger als schwerwiegend eingeschätzt als bei Patienten mit dissoziativen Krampfanfällen. Insofern kann sowohl die Hypothese 1a) als auch die Hypothese 1b) nicht aufrechterhalten werden, da sich innerhalb der Symptomatologie der dissoziativen Störungen signifikante Unterschiede in der Verteilung von Geschlecht und Alter der Patienten sowie der Schwere der Erkrankung zeigten.

2.) Hypothese:

Mädchen sind in der Inanspruchnahmepopulation häufiger als Jungen zu finden; dies ist in allen Subtypen der Erkrankung festzustellen.

Analog zur Bewertung der Hypothese 1.) kann auch die Hypothese 2.) nicht oder nur zum Teil bestätigt werden, da die dissoziative Störung

insgesamt zwar eine deutliche Mädchenwendigkeit erkennen lässt, die aber in einzelnen Subtypen der Störung – vor allem bei den dissoziativen Krampfanfällen – aufgehoben oder gar umgekehrt wird.

3.) Hypothese:

Der Erkrankungsbeginn dissoziativer Störungen liegt bei Mädchen wie auch bei Jungen im selben Alter, jedoch erkranken mit steigendem Erkrankungsalter deutlich mehr Mädchen an der dissoziativen Störung.

Es wurde postuliert, dass der Erkrankungsbeginn von Jungen und Mädchen keinen geschlechtsspezifischen Unterschied aufweist; jedoch konnte gezeigt werden, dass männliche Patienten früher an dissoziativen Störungen erkranken als weibliche, weshalb auch diese Hypothese verworfen wird.

4.) Hypothese:

An dissoziativen Störungen erkrankte Kinder und Jugendliche weisen gehäuft komorbide Symptome einer somatoformen Störung sowie Symptome einer erhöhten Suizidalität auf, während sie aufgrund der dissoziativen Störung behandelt werden.

Während der Behandlung wurde bei einer beträchtlichen Anzahl der Patienten eine komorbide Störung diagnostiziert. Hierbei wurden somatoforme Störungen und suizidale Handlungen (letztere vor allem bei den jugendlichen Patienten) gehäuft beobachtet, weshalb der Hypothese 3.) insofern stattgegeben wird; zusätzlich wurde jedoch auch in etlichen Fällen eine komorbide Angsterkrankung beobachtet.

5.) Hypothesen:

- a) Beim kurzfristigen Verlauf ist in einer hohen Anzahl von Fällen mit einem deutlichen Beschwerderückgang bzw. einer völligen Genesung der Patienten zu rechnen.

- b) Die dissoziative Störung ist in ihrem langfristigen Verlauf von einer beträchtlichen Anzahl chronischer oder rezidivierender Fälle gekennzeichnet.

Den beiden Hypothesen 5a.) und 5b.) kann ebenfalls zugestimmt werden. Die initiale Therapie führte im überwiegenden Fall zu einer deutlichen Verbesserung der dissoziativen Symptomatik bei den Patienten. Jedoch stellten sich im weiteren Verlauf in etlichen Fällen erneut dissoziative Störungen ein, hier war in über 40% der Fälle ein chronischer oder rezidivierender Verlauf der Erkrankung zwischen Therapieende und dem Zeitpunkt der Katamnese zu beobachten.

6.) Hypothese:

Das Risiko, im Verlauf einer dissoziativen Störung an anderen psychischen Störungen zu erkranken, ist für psychische Störungen gegenüber der gesunden Normalbevölkerung erhöht.

Neben einem wiederkehrenden Verlauf der dissoziativen Störung mussten auch andere psychiatrische Erkrankungen gehäuft im Patientengut der Studie beobachtet werden. Hier wurde bei jedem zweiten Patienten mindestens eine Achse-I-Störung im Zeitraum zwischen der Beendigung der ursprünglichen Therapie und dem Katamnesezeitpunkt diagnostiziert (ähnlich wie bei den komorbiden Störungen während der Initialbehandlung standen auch hier Angststörungen und somatoforme Störungen im Vordergrund, auch Suchterkrankungen und affektive Störungen waren gehäuft zu beobachten); 29,6% der Patienten wiesen eine Achse-II-Störung der Primärpersönlichkeit im selben Zeitraum auf. Da die Inzidenzen dieser Erkrankungen in der Patientengruppe über denen der Allgemeinbevölkerung liegen, kann Hypothese 6 somit im Hinblick auf beide Störungsbereiche zugestimmt werden.

7.) Hypothesen:

Kinder

- a) mit einem unterdurchschnittlichen Intelligenzniveau
- b) aus sozial schwachem Elternhaus
- c) mit frühkindlichen Entwicklungsstörungen

erkranken häufiger an dissoziativen Störungen als Kinder, die diese Merkmale nicht aufweisen.

Das Intelligenzniveau der Patientengruppe unterschied sich nicht signifikant vom allgemeinen Intelligenzniveau in der Bevölkerung, weshalb Hypothese 7a.) nicht aufrechterhalten werden kann. Teilweise scheinen sogar überdurchschnittlich intelligente Kinder an dissoziativen Erkrankungen zu laborieren, wobei hier auffällt, dass diese Kinder häufig an dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen oder dissoziativen Bewegungsstörungen erkranken. Für die Untergruppe der an dissoziativen Krampfanfällen Erkrankter scheint sich die Hypothese 7a.) zu bestätigen, da deren Intelligenzquotient leicht unter dem Durchschnitt liegt.

Hypothese 7b.) hingegen lässt sich bestätigen, da ein Großteil der Patienten aus sozial schwachem Elternhaus stammt. Hier ist ein Unterschied zur Normalverteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit zu beobachten, wobei die Festlegung der normalen Verteilung aufgrund ihrer immerwährenden Dynamik nur schwer zu erfassen ist.

Hypothese 7c.) wiederum muss verworfen werden, da die Inzidenz von frühkindlichen Entwicklungsrückständen, prämorbiden psychopathologischen Auffälligkeiten und von Schwangerschafts- und Geburtkomplikationen in der Patientengruppe nicht signifikant von der jeweiligen Inzidenz der Gesamtbevölkerung abweicht.

- 8.) Hypothesen bezüglich der Prognose der dissoziativen Störung:
- a) Das Fehlen einer komorbiden Störung während der Behandlung ist mit einer günstigen Prognose verknüpft.
 - b) Eine kurze Zeitspanne zwischen Beginn der Erkrankung und Beginn der Therapie ist mit einer günstigen Prognose verknüpft.

- c) Die Geschlechtszugehörigkeit hat keinen Einfluss auf die Prognose der Störung.
- d) Es ist für die Prognose der dissoziativen Störung unerheblich, ob die initiale Behandlung erfolgreich durchgeführt wurde, ob die Patienten hiervon also profitieren konnten.
- e) Bei Erkrankungsbeginn junge Patienten (<13 Jahre) lassen eine schlechtere Prognose der dissoziativen Störung erkennen als ältere Patienten.
- f) Der ursprünglich gezeigte Subtypus der dissoziativen Störung hat keinen Einfluss auf die Prognose der Erkrankung

Zu a) Entgegen anders lautender Befunde war in der Patientengruppe das Fehlen komorbider Erkrankungen beim Erstauftreten der dissoziativen Störung nicht mit einer besseren Prognose der Störung im weiteren Verlauf verknüpft. Anhand der vorliegenden Daten kann hier kein Zusammenhang zwischen diesen beiden Parametern festgestellt werden, so dass die Hypothese abgelehnt werden muss.

Zu b) Auch die verstrichene Zeitdauer zwischen Beginn der Erkrankung und Einleitung der Therapie ließ keinen eindeutigen Einfluss auf die Prognose der dissoziativen Störung erkennen, weshalb auch hierbei die Ablehnung der Hypothese erfolgt.

Zu c) Ebenfalls kein Zusammenhang konnte zwischen dem Geschlecht der Patienten und dem Verlauf der dissoziativen Störung gefunden werden, so dass Hypothese 8c.) bestätigt werden kann.

Zu d) Es zeigte sich in der Patientengruppe, dass Patienten mit einem initialen Therapieerfolg ein geringeres Risiko aufweisen, im Verlauf weiterhin an dissoziativen Störungen zu erkranken. Daher erfolgt die Ablehnung der Hypothese 8d.)

Zu e) Während bislang angenommen wurde, dass ein früher Erkrankungsbeginn einen Risikofaktor für einen schweren bzw.

chronischen Verlauf der dissoziativen Störung darstellt, konnte in der Patientengruppe kein Zusammenhang zwischen diesen Parametern gefunden werden, so dass auch die aufgestellte Hypothese 8e.) verworfen werden muss.

Zu f) Da sich kein Zusammenhang zwischen dem dissoziativen Symptom und der Prognose der Störung finden konnte, wird die Hypothese 8f.) somit bestätigt.

6 Diskussion der Ergebnisse

Ergebnisse in der Ausgangsstichprobe

Geschlechterverhältnis

Das Geschlechterverhältnis der Stichprobe lässt eine Wendigkeit zum weiblichen Geschlecht erkennen, was von vielen Autoren früherer Studien in ähnlicher Weise dokumentiert wurde. Jedoch muss hervorgehoben werden, dass sich das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Personen einander angleicht, je geringer das Alter beim ersten Auftreten der Symptomatik ist.

Die in der Patientengruppe festgestellten Geschlechtsverteilungen decken sich somit weitestgehend mit Ergebnissen früherer Studien u.a. von Lieb et al, 1988 oder von Spierings et al., 1990. Auch die von Kostopoulos & Snow 1986 getroffene Feststellung, dass sich das Verhältnis weiblicher und männlicher Erkrankter in jüngerem Alter einander näher angleicht, kann durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt werden. Auch im Erwachsenenalter lassen sich ähnliche Geschlechterverhältnisse bei Patienten mit dissoziativen Störungen feststellen (Maxion et al., 1989; McKegey, 1967; Ziegler et al., 1960).

Subtypen der dissoziativen Störung

Bezüglich der genauen Untersuchung der gezeigten dissoziativen Symptome wurde mit der vorliegenden Studie in weiten Teilen Neuland betreten, da in früheren Studien entweder nur spezifische Störungen des Dissoziativen Formenkreises näher untersucht wurden (Robin & O'Neal, 1953; Goodyer, 1981; Kostopoulos & Snow, 1986; Goodyer & Mitchell, 1989; Spierings et al., 1990) oder aber die Verteilung der erkrankten Personen auf die von ihnen gezeigte Symptome nicht näher untersucht wurden (Rada et al., 1973; Stickler et al., 1989; Wyllie et al., 1990; Lancman et al., 1994).

Es ließ sich erkennen, dass die Subtypen der „klassischen“ Dissoziation (Amnesie, Fugue, multiple Persönlichkeitsstörung,...) sehr viel seltener

Symptom der Erkrankung waren als vielmehr typische Konversionssymptome. Im Rahmen der Datenanalyse konnte beobachtet werden, dass männliche Patienten dissoziative Krampfanfälle als Erkrankungssyndrom eindeutig zu bevorzugen scheinen. Die anderen dissoziativen Störungen werden hingegen von keinem Geschlecht besonders häufig gezeigt. Bezüglich dieser Beobachtung muss einschränkend erwähnt werden, dass trotz des deutlichen Überwiegens des männlichen Geschlechts nur eine geringe Zahl von Patienten insgesamt an diese Art der dissoziativen Störung erkrankt waren. Um einen Zufallseffekt auszuschließen, bedürfte es einer deutlich größeren Zahl von Patienten in der Patientengruppe. Auch ungeklärt bleibt in diesem Zusammenhang die Frage, ob das Überwiegen der dissoziativen Krampfanfälle in der Gruppe der männlichen Patienten ein örtlich oder zeitlich begrenztes Phänomen darstellt, das bei Wiederholung des Studienkonzeptes in späteren Jahren oder an anderem Ort nicht mehr zu beobachten wäre. Es erscheint durchaus vorstellbar, dass die gezeigten Symptome der dissoziativen Störungen regionalen und zeitlichen Trends unterliegen.

Schwere der dissoziativen Erkrankung

Die Feststellung, dass dissoziative Krampfanfälle deutlich seltener als schwerwiegend eingestuft wurden als dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen bzw. Bewegungsstörungen, lässt sich mit der zeitlichen Ausdehnung der Störung erklären; dissoziative Krampfanfälle ereignen sich trotz ihrer zeitweiligen Dramatik in der überwiegenden Zahl der Fälle nur zeitlich begrenzt, während die Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen oder die Bewegungsstörungen deutlich persistierender sind und von daher auch als deutlich präsenter wahrgenommen werden können.

Komorbide Störungen während der ursprünglichen Behandlung

Von Lehmkuhl et al. (1989) wurden als dissoziative Störungen begleitende komorbide Störungen vor allem psychogene Schmerzzustände und suizidale

Impulse der Patienten erwähnt, während andere Autoren vor allem die Angsterkrankungen in den Vordergrund hoben (Robins & O'Neal, 1953; Kostopoulos & Snow, 1986; Stickler et al., 1989; Lanceman et al., 1994). Die Angaben über die Häufigkeit komorbider Störungen schwankten in diesen Studien zwischen 11,5% und 37,8%.

Die Häufigkeit komorbider Störungen in der Patientengruppe übertraf diese angegebenen Werte deutlich, da nur elf Patienten keine dokumentierte komorbide Störung aufwiesen (82,5% der Patienten litten unter komorbiden Störungen). Ähnlich wie in den früheren Veröffentlichungen handelte es sich bei den komorbiden Störungen vornehmlich um Angsterkrankungen, somatoforme Beschwerden und suizidale Handlungen.

Verlauf der dissoziativen Störung zum Zeitpunkt der Beendigung der Therapie

Der Therapieerfolg der dissoziativen Störung bei Entlassung aus der stationären Behandlung bzw. Beendigung eines ambulanten Therapie-Settings ist ähnlich wie bereits in früheren Studien (Blanz et al., 1987; Leslie, 1988; Turgay et al., 1990; Srinath, 1993) erwähnt, als durchaus positiv anzusehen. Nach einem durchschnittlichen Klinikaufenthalt von 44 Tagen bei stationärer Behandlung konnte bei drei von vier Patienten eine deutliche Besserung oder das völlige Verschwinden ihrer Beschwerden dokumentiert werden.

Risikofaktoren, die das Auftreten dissoziativer Störungen begünstigen

In früheren Untersuchungen zum Verlauf der Dissoziativen Störung wurde ein genetischer Einfluss bei der Entstehung der Erkrankung diskutiert, der durch Konkordanzraten in Zwillingsstudien (Torgersen, 1986) belegt wurde. Im Rahmen der aktuellen Studie konnte jedoch nur in einem Fall dokumentiert werden, dass innerhalb einer Familie gehäuft dissoziative Störungen auftraten; hier erkrankten zwei Geschwister innerhalb vergleichsweise kurzer Zeit an verschiedenen dissoziativen Störungen. Eine eingehendere Untersuchung einer

genetisch bedingten Krankheitsgenese war aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

Innerhalb der Familien der Patienten ließen sich vergleichsweise häufig Suchterkrankungen vor allem der Väter dokumentieren; die Mütter waren seltener an einer psychiatrischen Störung erkrankt, affektive Psychosen wurden bei ihnen am häufigsten erwähnt. Psychiatrische Erkrankungen der Geschwister waren selten. Anhand dieser Zahlen lässt sich kein direkter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer dissoziativen Störung beim Kind und einer speziellen Erkrankung der nächsten Verwandten ziehen. Einschränkend muss hierbei erwähnt werden, dass nur anhand der Äußerungen der Probanden Rückschlüsse auf eventuell vorliegende psychiatrische Erkrankungen der Kernfamilie gezogen wurden, insofern ist hier von einer Dunkelziffer auszugehen.

Die früher mit dem Auftreten der dissoziativen Störung in engem Zusammenhang gesehene histrionische Persönlichkeitsstörung ließ sich bei nur knapp der Hälfte der Patienten finden. Von der allzu engen Verknüpfung der Erkrankung und dem Vorliegen der histrionischen Persönlichkeit sollte daher eher Abstand genommen werden. Die zur Entwicklung einer dissoziativen Störung prädisponierende Persönlichkeit umfasst sicherlich mehrere Aspekte, als sie alleine im Rahmen des histrionischen Persönlichkeitstypus zu finden sind. Festzuhalten bleibt, dass auch in Fällen einer ganz und gar nicht histrionischen Primärpersönlichkeit des Patienten dissoziative Verarbeitungen möglich sind. Daher darf das Fehlen histrionischer Persönlichkeitsmerkmale im klinischen Alltag nicht das Auftreten einer möglichen Dissoziation ausschließen. Ähnliche Ergebnisse bei Erwachsenen finden sich auch in der Literatur (Alarcon, 1973; Barnert, 1971).

Die Feststellung einiger Autoren, die dissoziative Störungen mit Schädel-Hirn-Traumata oder andere zentralnervösen Erkrankungen (Cantagallo et al, 1999; Dalfen & Anthony, 2000) in Zusammenhang brachten, konnte nicht überprüft werden, da sich in der Probandengruppe keine Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen fanden. Ein vergleichsweise hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen ließ in der neurologischen Untersuchung oder in den

angefertigten EEG-Untersuchungen zumindest diskrete Abweichungen vom Normbefund erkennen, weshalb hier eine Dysfunktion zentralnervöser Strukturen zumindest vermutet werden kann.

Die Aufrechterhaltung einer manifesten dissoziativen Störung erfolgt auf vielerlei Art und Weise, wobei jedoch eine Häufung besonderer persönlicher Zuwendung der Kernfamilie zum Patienten als aufrechterhaltendes Agens zu beobachten ist. Gleichzeitig lassen sich auch in etlichen Fällen familiäre und auch schulische Konflikte eruieren, die bei der Auslösung der Störung eine Rolle spielten. Aus diesem Grunde sollte eine zumindest bei schweren dissoziativen Störungen konsequente stationäre Behandlung der Erkrankung gefordert werden, um durch die Herausnahme aus dem Elternhaus persistierende externale Stressoren oder Verstärker der Krankheitsaufrechterhaltung während der Behandlung weitestgehend ausschalten zu können.

Statistisch auffällig war im Rahmen der Studie die Beobachtung, dass innerhalb der Patientengruppe insgesamt eine durchschnittliche Intelligenz mittels gängiger Diagnoseverfahren zu erkennen war, in einzelnen Subtypen der Störung fand sich gar eine überdurchschnittliche Intelligenz. Diese Beobachtung sollte in zukünftigen Studien überprüft werden, um die Unterscheidung zwischen einem bloßen Zufallsphänomen oder einem Trend sicher treffen zu können.

Erkenntnisse aus den Daten der Katamnesestichprobe

Die Auswertbarkeit der Studie ist generell dadurch beeinträchtigt, dass nur ein geringer Anteil der Patienten für die Nachuntersuchung zu rekrutieren war. Die Gesamtzahl von 27 Patientinnen und Patienten lässt nur schwerlich statistische Auswertungen jeglicher Art zu, selbst bei signifikanten Ergebnissen muss jederzeit die Frage der Zufälligkeit derselben im Raum stehen bleiben.

Zugleich muss hier nochmals die nur eingeschränkte Vergleichbarkeit von Studien erwähnt werden, die in verschiedenen Kulturkreisen erstellt wurden, da die Inzidenz und das Erscheinungsbild der Störung in verschiedenen Ländern durchaus als verschiedenen gesehen werden müssen; ähnlich mag es sich auch mit zeitlich weit auseinander liegenden Studien, die durch die Dynamik der Klassifikationssysteme auch im Bereich der dissoziativen Störungen und durch den Fortschritt der Medizin gerade in der Diagnostik sicherlich gewisse Inkongruenzen aufweisen.

Soziale Integration

Bezüglich der sozialen Lebensumstände der Patienten war festzustellen, dass nur in vergleichsweise wenigen Fällen intakte und solide soziale Bindungen zu bestehen schienen. Die Probanden waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in der Mehrzahl zwischen 25 und 35 Jahren alt, ein Alter in dem feste Beziehungen oftmals bereits geknüpft sind. Über die Hälfte der ehemaligen Patienten lebten hingegen alleine, nur zehn Patienten gaben an, in einer festen Partnerschaft zu leben.

In ähnlichem Zusammenhang ist die Beobachtung zu sehen, dass nahezu die Hälfte der Patienten der Patientengruppe zum Nachuntersuchungszeitpunkt noch im elterlichen Haushalt lebten.

Komplettiert wurden diese Beobachtungen durch weitere Ergebnisse des halb standardisierten Katamnesebogens, die geprägt war von nur wenigen außerfamiliären Kontakten und nur wenigen Möglichkeiten des kommunikativen Austausches mit anderen Menschen. Die ehemaligen Patienten gingen nur selten aus, noch sehr viel seltener erhielten sie zu Hause Besuch von Freunden oder Bekannten, deren Kreis zahlenmäßig nur sehr gering war.

Im beruflichen Bereich erschienen die Patienten gut adaptiert, bei einer Großzahl konnte im Vergleich zu den Eltern ein sozialer Aufstieg erkannt werden, wobei noch immer die Mehrzahl der Patienten in Berufen der sozialen Unterschicht oder der unteren Mittelschicht tätig war. Jedoch waren die Probanden mit ihren Berufen gemeinhin zufrieden.

Verlauf der dissoziativen Störungen (bis) zum Katamnesezeitpunkt

Ein großes Augenmerk der Untersuchung wurde auf vorliegende Störungen zum Katamnesezeitpunkt gelegt. Hierzu wurden mehrere diagnostische Instrumente zur Analyse herangezogen, mit deren Hilfe eine umfassende Suche nach komorbiden Störungen im psychiatrischen Bereich möglich war.

Primär sollte die Untersuchung der Frage nachgehen, ob und wie viele der Patienten auch weiterhin unter dissoziativen Störungen leiden.

Hierbei konnten bei sechs der Patienten (22,2%) mit Hilfe des HDI-Interviews die Kriterien für das aktuelle Vorliegen einer dissoziativen Störung bestätigt werden, wobei keine Häufung besonderer Störungsbilder beobachtet wurde. Hierbei deckt sich die Inzidenz dissoziativer Störungen mit Vorbefunden in der Literatur, wo die Inzidenz der Störung bei Katamnese zwischen 13,5% (Robins & O'Neal, 1953) und 54% (Spierings et al., 1990) angegeben wird.

Unter Einbeziehung der Lifetime-Komorbidität dissoziativer Störungen zwischen der Entlassung aus der initialen Therapie und dem Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung steigt die Inzidenz der dissoziativen Störung auf über 40% innerhalb der Katamnesegruppe, wobei sich dieser Wert immer noch im Bereich der in der Literatur genannten Angaben bewegt.

Durch die Studie lassen sich somit die bestehenden Daten früherer Untersuchungen bekräftigen.

Verlauf anderer psychiatrischer Störungen (bis) zum Katamnesezeitpunkt

Wenn der Blick jedoch ausgeweitet wird auf alle psychiatrischen Erkrankungen einschließlich der Persönlichkeitsstörungen, so muss festgestellt werden, dass der Verlauf der dissoziativen Störung mit einer deutlich höheren Inzidenz klinisch manifester Störungen behaftet ist.

Zum Zeitpunkt der Katamnese wurde bei jedem zweiten Patienten eine klinisch relevante Diagnose der Achse-I mittels des DIA-X-Interviews gestellt.

Wurden zudem noch Erkrankungen eingeschlossen, die entweder im Moment der Untersuchung nicht klinisch apparent waren oder aber die generell zu

einem Zeitpunkt nicht sicher diagnostisch erfasst werden können (hier sind vor allem die Persönlichkeitsstörungen der Achse II zu erwähnen), so zeigte sich, dass nahezu 75% aller untersuchten Patienten an einer klinischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung litten.

Vergleicht man die jeweiligen Inzidenzen mit entsprechenden Angaben der Allgemeinbevölkerung, zeigt sich eine deutliche Häufung der jeweiligen Störungen. Die Inzidenz von Störungen der Achse-I im gesamten Bevölkerungskollektiv der USA wird von Dohrenwend et al. (1980) mit 20,9% (Median) und in Oberbayern von Dilling & Weyerer (1984) mit 18,6% angegeben, wohingegen in der Patientengruppe mit 50% eine mehr als doppelt so große Inzidenz festgestellt wurde.

Die Angaben zur Inzidenz der Persönlichkeitsstörungen liegen laut Bronisch (2000), der Angaben zur Inzidenz aus Studien von Reich et al. (1989), Zimmermann & Coryel (1989) und Maier et al. (1992) verglichen, bei 6,6%-31,1% in der Gesamtbevölkerung, wobei auf die Unzuverlässigkeit dieser Zahlen aufgrund verschiedener Ausgangspopulationen, Klassifikationen und teilweise geringer Fallzahlen der zugrunde liegenden Studien hingewiesen sei. Dohrenwendt (1980) sowie Dilling & Weyerer (1984) berichten mit 4,8% bzw. 0,9% von deutlich niedrigeren Prävalenzraten. Dennoch zeigt sich auch hier mit einer Inzidenz von 32,3% eine Häufung der Achse-II-Störungen in der Patientengruppe.

Bezüglich der einzelnen diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen der ehemaligen Patienten fällt der Anteil der Angsterkrankungen erstaunlich hoch aus. Nahezu jede zweite Störung, die mit Hilfe des DIA-X-Interviews diagnostiziert werden konnte, stammte aus der Gruppe der Angsterkrankungen. Ursachen hierfür sind nur schwer auszumachen. Bereits an früherer Stelle wurde die erhöhte Koinzidenz der somatoformen bzw. dissoziativen Störungen, der depressiven Erkrankungen und der Angsterkrankungen erwähnt.

Ähnliche Beobachtungen konnten auch die vorliegenden Komorbiditäten zum Zeitpunkt der initialen Behandlung gemacht werden; auch hier lagen in einer hohen Zahl der Fälle vor allem Angsterkrankungen, suizidale Handlungen und somatoforme Störungen vor.

Hier zeigt sich eine gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich erhöhte Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen, weshalb postuliert werden kann, dass das Vorliegen einer dissoziativen Störung als Risikofaktor für das Entstehen anderer psychiatrischer Störungen angesehen werden muss.

Prognosefaktoren mit Einfluss auf den Verlauf der dissoziativen Störung

Während in früheren Veröffentlichungen von einer günstigen Prognose beim Vorliegen einer „reinen“ dissoziativen Störung ohne Komorbiditäten gesprochen wurde (Kostopoulos & Snow, 1986), konnte in der vorliegenden Stichprobe hierbei kein Zusammenhang festgestellt werden.

Jedoch konnte belegt werden, dass eine erfolgreiche initiale Behandlung das Risiko einer Chronifizierung der dissoziativen Störung senkt, was in früheren Untersuchungen bislang noch nicht belegt wurde (Goodyer & Mitchell, 1989).

Das Geschlecht der Patienten spielt ebenso wenig eine Rolle bei der Frage nach Risikofaktoren, die für das Wiederauftreten oder einen chronischen Störungsverlauf sprechen, wie der Zeitverlust zwischen Erstauftreten der Symptomatik und Behandlungsbeginn oder dem Patientenalter beim Beginn der Störung. Dies lässt im Hinblick auf die praktische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen dahingehend Hoffnung schöpfen, als dass die derzeit üblicherweise durchgeführte Behandlung nicht nur hinsichtlich der Beschwerdeverbesserung, sondern auch hinsichtlich der weiteren Prognose der Störung ihre Daseinsberechtigung hat.

Wenn auch anhand der Datenlage der Untersuchung kein erhöhtes Risiko bei „verschleppten“ dissoziativen Störungen zu bestehen scheint, die mehrere Monate oder gar Jahre unbehandelt fortbestehen, so sollte dennoch vor allem im Hinblick auf die familiäre Belastung eine rasche Therapieinitiierung angestrebt werden.

Schließlich konnte belegt werden, dass das ursprünglich dargebrachte dissoziative Symptom ohne Auswirkungen auf den langfristigen Störungsverlauf angesehen werden kann, so lange es sich um eine monosymptomatische dissoziative Störung handelt. Beim Vorliegen einer gemischten Störung musste

ein erhöhtes Risiko eines Wiederauftretens der dissoziativen Symptomatik beobachtet werden, weshalb in diesen Fällen sicherlich eine besonders intensive Therapie angezeigt sein dürfte.

Ausblick - Konsequenzen der Ergebnisse für den klinischen Alltag

Im Hinblick auf die hohe Inzidenz komorbider psychischer Erkrankungen im Verlauf der dissoziativen Erkrankung ist eine regelmäßige Vorstellung der Patienten bei Fachärzten sicherlich indiziert, um sich entwickelnde Störungen frühzeitig erkennen und behandeln oder deren Auftreten präventiv verhindern zu können. Auch vergleichsweise undramatische und in kurzer Zeit wieder rückläufige dissoziative Symptomatiken bei ansonsten gesund erscheinenden Kindern und Jugendlichen lassen nicht den Rückschluss zu, dass die weitere Entwicklung dieser Patienten durch die Erkrankung nicht beeinflusst wird. So sollte zumindest im direkt poststationären Verlauf eine regelmäßige Weiterbetreuung der Patienten gewährleistet sein. Hier bietet sich gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie beispielsweise auch die temporäre Unterbringung in einer tagesklinischen Einrichtung an.

Enorm wichtig erscheint angesichts der erwähnten hohen Koinzidenzraten die konsequente Therapie der Störung besonders im Hinblick auf die sie verursachende Überforderungssituation. Eine Therapie, die lediglich auf Rückbildung körperlicher Ausfallserscheinungen abzielt, wenngleich der psychogene Hintergrund oftmals klar zutage liegt, ist als rein symptomatische Therapie nur sehr bedingt zur definitiven Lösung der Problematik geeignet. Die Aufarbeitung dieser psychischen Auslöser sollte ausschließlich durch psychiatrische oder psychotherapeutische Fachkräfte erfolgen. Aus eigener klinischer Erfahrung muss jedoch immer wieder festgestellt werden, dass viele Patienten mit dissoziativen Störungen trotz regelmäßiger ärztlicher Konsultationen erst sehr spät oder gar niemals in fachpsychiatrische Behandlung weiter verwiesen werden. Kinder und Jugendliche werden oft in Kinderkliniken behandelt, seltener in neurologischen Einrichtungen, während Erwachsene mit dissoziativen Störungen sich häufig in internistischen oder

auch chirurgischen Einrichtungen finden lassen. Diese Patienten sollten in sehr viel häufigerem Maße als bisher zumindest im Rahmen konsiliarischer oder fachübergreifender Behandlungen durch einen Psychiater bzw. klinischen Psychologen bzw. einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (mit-)behandelt werden. Ursächlich für die zu seltenen Konsultationen sind neben personellen Defiziten der entsprechenden Fachrichtungen vor allem in medizinischen Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung sicherlich oftmals die vergleichsweise einfach erfolgreich zu therapierenden Beschwerden der Patienten. Was hierbei jedoch vernachlässigt wird, ist die Aufarbeitung der auslösenden psychischen Hintergründe oder eine dauerhafte Umstrukturierung pathologischer Verhaltensmuster, weshalb eine rezidivierende Symptomatik des Patienten oftmals in vielen Fällen bereits vorprogrammiert sein kann.

Insofern wird die konsequente zumindest konsiliarische Konsultation von psychiatrischem oder psychotherapeutischem Fachpersonal bei der Behandlung dissoziativer Störungen gefordert.

Von großer Wichtigkeit gerade bei Kindern und Jugendlichen erscheint die konsequente Miteinbeziehung der Kontaktpersonen im direkten sozialen Umfeld, da in einer Vielzahl der Fälle die für die geklagten Symptome ursächlichen Belastungen in eben diesem Umfeld zu finden sind. Eine effektive Therapie der dissoziativen Störung erscheint insofern nur dann möglich, wenn dem Patienten die Ursachen der Krankheit und Ihrer Auslösung bewusst werden, gleichzeitig jedoch Möglichkeiten geboten werden, diese Ursachen fortan zu umgehen oder zu kompensieren. Daher sollten auch die an der Auslösung Mitbeteiligten in die Genesung der Patienten eingebunden werden, indem sie am Abbauprozess der konfliktbeladener Strukturen partizipieren.

Einschränkend muss jedoch sogleich erwähnt werden, dass diese Ziele aus zeitlichen, strukturell-personellen und schließlich finanziellen Gesichtspunkten eher einem Idealbild als einem realisierbaren Ziel entsprechen.

Im Rahmen der Studie konnte aufgezeigt werden, dass nicht nur die dissoziativen Symptome selbst im Gefolge dissoziativer Störungen mit Beginn

im Kindes- und Jugendalter wiederkehrend sind, sondern auch andere psychische Störungen in gehäufterem Maße zu beobachten sind.

In zukünftigen Studien sollte daher auch an diese Beobachtungen angeknüpft werden und versucht werden, Ursachen für das gehäufte Auftreten anderer Störungen aufzuzeigen.

Die vorliegende Studie umfasste insgesamt leider zu wenige Versuchspersonen, um etwaige Trends mit hinreichender statistischer Sicherheit erkennen zu können. Auch eine Unterteilung der gesamten Patientengruppe in Untergruppen entsprechend dem Alter der Patienten oder den von ihnen gezeigten dissoziativen Subtypen ist aufgrund der hierdurch entstehenden sehr kleinen Gruppengrößen hinsichtlich der statistischen Auswertbarkeit deutlichen Einschränkungen unterworfen. Es wird daher auf die Notwendigkeit multizentrisch angelegter Studienkonzepte zur Akquisition einer ausreichenden Zahl von Versuchspersonen hingewiesen, um hierdurch auch gleichzeitig regionale und eventuelle zeitliche Strömungen der Ausprägung dissoziativer Störungen erfassen zu können.

7 Zusammenfassung

Dissoziative Störungen stellen in den aktuellen Klassifikationskriterien ICD-10 und DSM-IV eine sehr heterogene Gruppe psychiatrischer Erkrankungen dar, obwohl ihr Auftreten bereits seit langer Zeit beobachtet wurde, und seit über 100 Jahren Erklärungsmodelle zur Krankheitsentstehung formuliert wurden. Ein einheitliches und allen Fragestellungen genügendes psychologisches oder neurobiologisches Erklärungsmodell konnte bislang jedoch noch nicht definiert werden.

Im Zusammenhang mit der Heterogenität der Erkrankung und der Erklärungsmodelle ist auch die Vielzahl oftmals stark unterschiedlicher Studien zu sehen, die den Verlauf der dissoziativen Störung im Kindes- und Jugendalter sowie im Erwachsenenalter in vergangenen Jahren untersuchten.

Obwohl in den Studien mit kinder- und jugendpsychiatrischem Patientengut deutliche Unterschiede in der Alters- und Symptomverteilung auftauchen, und auch die Behandlungsstrategien ausgehend von den verschiedenen Erkrankungsbildern sehr unterschiedlich konzipiert waren, und schließlich auch die Nachuntersuchung verschieden konzipiert wurde, so konnten sich doch kongruente Ergebnisse dokumentieren lassen.

Einvernehmlich stellten die Autoren eine deutliche Besserungstendenz der dissoziativen Störung durch die eingeschlagene Behandlung bei den von Ihnen untersuchten Patienten fest, die binnen kurzer Zeit einen deutlichen Behandlungserfolg erkennen ließ.

Ähnlich mussten jedoch jene Autoren, deren Studien als Follow-up-Untersuchung konzipiert waren, feststellen, dass der langfristige Verlauf der Störung von einem recht hohem Anteil rezidivierender Verläufe von bis zu 56% geprägt war.

Komorbide Störungen sollten demnach bei Kindern und Jugendlichen seltener als bei Erwachsenen auftreten.

Ursachen für die Rezidive der Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen konnten nicht einvernehmlich definiert werden.

Durch die vorliegende Untersuchung sollten neue Erkenntnisse zum Erkrankungsbild der dissoziativen Störung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesammelt werden. Großes Augenmerk wurde hierbei darauf gelegt, alle in den gängigen Klassifikationskriterien aufgeführten Störungen einzuschließen. Gleichzeitig sollte durch ein prospektiv angelegtes Studienkonzept der Krankheitsverlauf dissoziativer Störungen näher untersucht werden. Insbesondere sollte hierbei der Versuch unternommen werden, einzelne Risikofaktoren, die einen schweren oder rezidivierenden Krankheitsverlauf bedingen, herauszuarbeiten. Anhand dieser Daten sollten erste Erklärungsversuche formuliert werden, weshalb ein rezidivierender Verlauf der dissoziativen Störung zu beobachten ist.

Hierzu wurde eine Patientengruppe von insgesamt 62 Personen gebildet, die zwischen 1983 und 1992 in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie der Universität Würzburg an einer dissoziativen Störung behandelt worden waren. 27 von diesen Patienten wurden in den Jahren 2000 und 2001 mit einer umfangreichen Testbatterie nachuntersucht; hier wurde das fortbestehende Vorliegen der dissoziativen Erkrankung untersucht, gleichzeitig wurde der Versuch unternommen, andere komorbide psychiatrische Störungen der Achse-I und -II zu diagnostizieren.

Ähnlich wie in den erwähnten Studien der vergangenen Jahre fand sich eine hohe Remissionsrate der dissoziativen Störung im Rahmen der primären Behandlung, im langfristigen Verlauf zeigte sich jedoch eine vergleichsweise hohe Rezidivquote von 22,2% bei alleiniger Betrachtung dissoziativer Störungen. Unter Betrachtung eines globaleren Störungshorizontes mit Einschluss der Achse-I-Störungen und der Achse-II-Störungen zeigte sich jedoch nur ein sehr geringer Anteil von psychiatrisch gesunden Patienten von lediglich 26%.

Anhand dieser Beobachtungen kann der Schluss gezogen werden, dass Kinder und Jugendliche, die an einer Form der dissoziativen Störung erkranken, nicht nur einem gewissen Risiko unterworfen sind, dass diese Störung einen rezidivierenden Verlauf nimmt, sondern dass sie in nicht unerheblichem Maße auch gefährdet sind, andere psychiatrische Störungen oder

Persönlichkeitsstörungen zu erleiden, die zu Einschränkungen in der sozialen Integration und Verwirklichung der persönlichen und beruflichen Entwicklung führen können.

Ziel einer erfolgreichen Behandlung dissoziativer Störungen ist somit primär keine Umstellung im Therapieregime der stationären oder ambulanten Behandlung, sondern vielmehr eine konsequente und zeitlich lang genug andauernde Nachbehandlung der Patienten zur frühzeitigen Erkennung drohender Erkrankungsrezidive oder komorbider Erkrankungen, um durch rechtzeitige Einleitung entsprechender Behandlungen den teils erheblichen Folgen vorzubeugen.

Literaturverzeichnis

1. Adler, R.H.; Hemmeler, W. [1989]: *Praxis und Theorie der Anamnese*. Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag; 83–124
2. Akthar, S; Brenner, I. [1979] : *Differential diagnosis of fugue-like states*; in: *Journal of clinical Psychiatry*; 40; 381-385
3. Alarcon, R.D. [1973]: *Hysteria and hysterical personality: how come one without the other?*; In: *Psychiatric Quarterly*, 47(2), 258-275
4. Armstrong, J.G.; Putnam, F.W.; Carlson, E.B. et al [1997]: *Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale*. In: *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185(8), 491-497
5. Barnert, C. [1971]: *Conversion reactions and psychophysiologic disorders: a comparative study*. In: *Psychiatric Medicine*, 2(3), 205-220
6. Barsky, A.J.; Coeytaux, R.R.; Sarnie, M.K.; Cleary, P.D. [1993] : *Hypochondrical patient's beliefs about good health*; in : *American Journal of Psychiatry*; 150, 1085-1089
7. Barsky, A.J.; Wool, C.; Barnett, M.C. et al. [1994] : *Histories of childhood trauma in adult hypochondrical patients*, in: *American Journal of Psychiatry*; 151(3), 397-401
8. Barsky, A.J.; Wyshak, G; Klerman, G.L. [1990] : *The Somatosensory Amplification Scale and ist Relationship to Hypochondriasis*, in: *Journal of psychiatirc Research (England)*; 24(4), 323-334
9. Benjamin, L.R.; Benjamin, R. [1993]: *Interventions with children in dissociative families: A family treatment model*; in: *Dissociation*, 7, 47-53
10. Bernstein Carlson, E.; Putnam, F.W. [1993]: *An Update on the Dissociative Experiences Scale* ; In: *Dissociation* 6 (1),16-27
11. Blanz, B.; Lehmkuhl, G. [1986] : *Konversionssymptomatik im Kindes- und Jugendalter*, in: *Fortschritte in der Neurologie – Psychiatrie*; 54, 356-363
12. Blanz, B.; Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U.; Braun-Scharm, H. [1987] : *Hysterische Neurosen im Kindes- und Jugendalter*, in: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*; 15, 97-111

13. Bliss, E.L. [1980] : *Multiple personalities; a report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria*; in: *Archives of General Psychiatry*, 37/1980, 1388-1397
14. Boat, B.W. [1991]: *Caregivers as surrogate therapists in treatment of a ritualistically abused child*. In: Friedrich, W.N. (Hrsg.): *Casebook of Sexual Abuse Treatment*, New York: Norton, 1-26
15. Bohmann, M.; Cloninger, R.; von Knorring, A.-L.; Sigvardsson, S. [1984]: *An adoption study of somatoform disorders. Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality*; in: *Archives of General Psychiatry*, 41, 872-878
16. Brand, B. [1998]: *Supportive group therapy for adolescents with dissociative disorders*; In: Silberg, J.L. (Hrsg.): *The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment & Management*, 2nd ed., Lutherville MD: Sidran, 219-230
17. Brandt, t.; Huppert, D.; Lempert, T.; Dietrich, M. [1994]: *Psychogen-funktionelle Gang- und Stndstörungen*; In: Martinius, J.; Kapfhammer, H.P. (Hrsg.): *Nervenärztliche Diagnose*, München: MMV Medizin Verlag; 91-101
18. Branscomb, L. [1991] : *Dissociation in combat-related post-traumatic stress disorder*; in: *Dissociation*, 4/1991; 13-20
19. Bremner, J.D.; Krystal, J.H.; Charney, D.S.; Southwick, S.M. [1996] : *Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse : Relevance to the current controversy surrounding the „false memory syndrome“*; in : *American Journal of Psychiatry*, 153, 71-82
20. Bremner, J.D; Southwick, S.; Brett, E.; Fontana, A.; Rosenheck, R. & Charney, D.S. [1992] : *Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans*; in: *American Journal of Psychiatry*; 149, 328-333
21. Brewin, C.R. [1996] : *Scientific status of recovered memory*; in : *British Journal of Psychiatry*; 169, 131-134
22. Briquet, P. [1859] : *Traité clinique et therapeutique de l'hysterie*. Paris: J.B. Ballière
23. Bronisch, T. [2000] : *Persönlichkeitsstörungen*, in: Möller, H.J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.P (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*; Springer, Berlin, Heidelberg, New York

24. Cahndrasekaran, R.; Goswami,U.; Sivakumar, V.; Chitralekha [1994] :
Hysterical neurosis – a follow-up study; in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*;
89, 78-80
25. Cantagallo, A.; Grassi, L.; Della Sala, S. [1999] : *Dissociative disorder after
traumatic brain injury*, in: *Brain Injury (England)*; 13(4), 219 – 228
26. Carlson, E.B.; Putnam, F:W.; Ross, C.A.; Torem, M.; Dill, D.M.;
Loewenstein, R.J.; Braun, B.G. [1993] : *Validity of the dissociative
experiences scale in screening for mutiple personalitiy disorder: A
multicenter study*; in: *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036
27. Chodoff, P.; Lyons, H [1958] : *Hysteria, the hysterical personality and
“hysterical” conversion*, in: *American Journal of Psychiatry*, 114, 734-740
28. Chodoff, P.; Lyons, H. [1958]: *Hysteria, the hysterical personality and
hysterical conversion*; In: *American Journal of Psychiatry*; 114, 887-892
29. Coons, P.M.; Bowman, E.S.; Milstein, V. [1988] : *Multiple Personality
Disorder: A clinical investigation of 50 cases*; in: *Journal of Nervous and
Mental Diseases*; 17, 519-527
30. Coons, P.M.; Milstein, V. [1992] : *Psychogenic amnesia: A clinical
investigation of 25 cases*; in: *Dissociation*, 5/1992; 73-79
31. Couprie, W.; Wijdicks, E.F.M.; Rooijmans, H.G.M.; van Gijn, J. [1995] :
Outcome in conversion disorder : a follow up study; in: *Journal of Neurology,
Neurosurgery, and Psychiatry*; 58,750-752
32. Craig, T.K.J.; Boardman, A.P.; Mills, K.; Daily-Jones, O.; Drake, H.[1993]:
*The south London somatisation study I: Longitudinal course and the
influence of early life experiences*; in: *British Journal of Psychiatry*; 163, 579-
588
33. Crimlisk, H.L.; Bhatia, K.; Cope, H.; David, A.; Marsden, C.D.; Ron, M.A.
[1998] : *Slater revisited : 6 year follow up study of patients with medically
unexplained motor symptoms*; in: *British Medical Journal*; 316(7131), 582-
586
34. Cummings, J.L. [1985] : *Clinical Neuropsychiatry*. New York: Grune &
Stratton

35. Dalfen, A.K.; Anthony, F. [2000]: *Head injury, dissociation and the Ganser syndrome*. In:
Brain Injury, 14(12), 1101-1105
36. Davidson, J.R.T., Foa, E.B. [1993] : *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington/DC: American Psychiatric Press
37. Dell, P.F.; Eisenhower, J.W. [1990]: *Adolescent multiple personality disorder: a preliminary study of eleven cases*; in: *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 359-366.
38. Dilling, H. & Weyerer, S. [1978] : *Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung*. Urban & Schwarzenberg, München
39. Dilling, H. & Weyerer, S. [1984] : *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen*, in: Dilling, H., Weyerer, S. & Castell, R. (Hrsg.) : *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*, Enke: Stuttgart, 1-120
40. Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) [1991] : *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*; Bern, Göttingen, Toronto: Huber
41. Dohrenwend, B.P.; Dohrenwend, B.S.; Schwartz Gould, M.; Link, B.; Neugebauer, R.; Wunsch-Hitzig, R. [1980] : *Mental illness in the United States. Epidemiological estimates*; New York: Praeger
42. Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) [2003] : *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter; Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen (F44), 2. überarb. Auflage*, Deutscher Ärzte-Verlag
43. Eliade, M [1964] : *Schamanism*. Princeton : The Princeton University Press
44. Enoch, M.D.; Trethowan, W.H. [1979] : *Some uncommon psychiatric syndroms*, 2nd Edition; Bristol: Wright
45. Eriksson, N.G; Lundin, T. [1996] : *Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the m/s Estonia Disaster*; in: *British Journal of Psychiatry* ; 169; 713-716
46. Fehm-Wolfsdorf, G. [1994]: *Stress und Wahrnehmung, Psychobiologie der Glucocorticoide*; Bern: Huber

47. Fisher, C. [1945] : *Amestic states in war neurosis: The psychogenesis of fugues*; in: *Psychoanalysis*; 14; 437-468
48. Folks, D.G.; Ford, C.V.; Regan, W.M. [1984] : *Conversion symptoms in a general hospital*; in: *Psychosomatics*; 25, 285-295
49. Ford, C.V. [1989] : *Psychogenic fugue*; in: American Psychiatric Association (Hrsg.): *Treatments of psychiatric disorders*; American Psychiatric Association, Washington D.C.; Bd. 3, 2190-2196
50. Freud, S. [1916/17] : *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. in: *Gesammelte Werke IX (7.Aufl.)*; Frankfurt a.M.: Fischer [1978]
51. Freyberger, H.J.; Spitzer C.; Spelsberg B.; Grabe H.J.; Mundt B. [1999] : *Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders*, in: *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 291-294
52. Friedrich, W.N. [1991]: *Hypnotherapy with traumatized children*, in: *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 39, 67-81
53. Frischholz, E.J.; Lipman, L.S.; Braun, B.G.; Sachs, R.G. [1992] : *Psychopathology, hypnotizability, and dissociation*; in: *American Journal of Psychiatry*.149; 1521-1525
54. Ganser, S.J.M. [1904] : *Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustand*; in: *Archiv der Psychiatrie und Nervenkrankheiten*; 30; 34-46
55. Garcia, F.O. [1990] : *The concept of dissociation and conversation in the new edition of the International Classification of Diseases (ICD-10)*; in: *Dissociation*, 4/1990, 204-208
56. Gonzáles, C.A., Lewis-Fernández, R.;Griffith, E.E.H.; Littlewood, E.; Castillo, R.J. [1997] : *Impact of culture in dissociation: Enhancing the cultural suitability of DSM-IV*; in: Widiger, T.A.; Frances, A.J.; Pincus, H.A.; Ross, R.; First, M.B.; Davis, W. (Hrsg.) : *DSM-IV sourcebook, vol. 3*; Washington, D.C.: American psychiatric Press; 943-949
57. Good, M.I. [1993] : *The concept of an organic dissociative disorder : What is the evidence?*; in : *Harvard Review of Psychiatry*; 1, 145-157
58. Goodyer, I. [1981] : *Hysterical conversion reactions in childhood*; in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 22, 179-188

59. Goodyer, I.M.; Mitchell, C. [1989] : *Somatic emotional disorders in Childhood and Adolescence*; in: *Journal of Psychosomatic Research*; 33(6), 681-688
60. Gordon, E; Kraiuhin, C; Kelly, P.; Meares, R.; Howson, A. [1986]: *A neurophysiological study of somatization disorder*; in: *Comprehensive Psychiatry*, 27, 295-301
61. Guze, S.B. [1993]: *Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder. A review of family, adoption, and twin studies*, in: *Annals of Clinical Psychiatry*, 5(4), 225-230
62. Guze, S.B.; Woodruff, R.A.; Clayton, P.J. [1971]: *A study of conversion symptoms in psychiatric outpatients*. in: *American Journal of Psychiatry*, 128, 643-646
63. Hafeiz, H.B. [1980] : *Hysterical Conversion : A Prognostic Study*; in: *British Journal of Psychiatry*; 136, 548-551
64. Hanback, J.W.; Revelle, W. [1978] : *Arousal and perceptual sensitivity in hypochondriacs*; in: *Journal of Abnormal Psychology*; 87, 523-530
65. Hilgard, E.R. [1986] : *Divided consciousness*; New York, Wiley
66. Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. [1995] : *Einführung in die Neurosenlehre und psychotherapeutische Medizin (4. Aufl.)*; Stuttgart: Schattauer
67. Hoffmann, S.O. [1986] : *Psychoneurosen und Charakterneurosen*. in: Kisker, K.P.; Lauter, H.; Meyer, J.E.; Müller, C. & Strömngren, M. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart; Band 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie*. Berlin: Springer
68. Hoffmann, S.O. [1996]: *Der Konversionsmechanismus*. In: *Psychotherapeut*, 41, 88–94
69. Hohendorf, G. & Bölle, M. [1996] : *Wandlungen des psychoanalytischen Konversionsbegriffes*; in: Seidler, G.H. (Hrsg.): *Hysterie heute*. Stuttgart: Enke
70. ISSD Task Force on Children and Adolescents [2003]: *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents*

71. Jacobson, A.; Richardson, B. [1987]: *Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry*; in: *American Journal of Psychiatry*, 144(7), 908-913
72. Jacobson, A.; Richardson, B. [1987]: *Assault Experiences of 100 Psychiatric Patients: Evidence of Need for Routine Enquiry*. In: *American Journal of Psychiatry*, 144, 908-913
73. James, L.; Gordon, E.; Kraiuhin, C.; Howson, A.; Meares, R. [1990]: *Augmentation of auditory evoked potentials in somatization disorder*; In: *Journal of Psychiatric research*, 24, 155-163
74. James, L.; Singer, A.; Zurynski, Y.; Gordon, E.; Kraiuhin, C; Harris, A.; Howson, et al. [1987]: *Evoked response potentials and regional cerebral blood flow in somatization disorder*; in: *Psychotherapy & Psychosomatics*, 47, 190-196
75. Janca, A.; Robins, L.N.; Cottler, L.B.; Early, T.S. [1992]: *Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An Analysis of the CIDI field trials - wave II at the St. Louis site*. In: *British Journal of Psychiatry*, 160, 815-818
76. Jans, T.; Warnke, A. [1999] : *Der Verlauf dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter – Eine Literaturübersicht*; in: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*; 27(2), 139-150
77. John, U.; Hapke, U.; Rumpf, H.-J.; Hill, A.; Dilling, H. [1996]: *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Baden-Baden: Nomos.
78. Kapfhammer, H.P.; Buchheim, P.; Bove, P.; Wagner, A. [1992] : *Konversionssymptome bei Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst*; in: *Der Nervenarzt*; 63,527-538
79. Kapfhammer, H.P.; Dobmeier, P.; Mayer, C.; Rothenhausler, H.B. [1998] : *Konversionssyndrome in der Neurologie. Eine psychopathologische und psychodynamische Differenzierung in Konversionsstörung, Somatisierungsstörung und artifizielle Störung*, in: *Psychotherapie, Psychosomatik und med. Psychologie*, 48(12), 463-474

80. Kardiner, A.; Spiegel, H. [1947]: *War stress and neurotic illness*. New York: Hoeber
81. Kathol, R.G.; Cox, T.A.; Corbett, J.J.; Thompson, H.S.; Clancy, J. [1983]: *Functional visual loss: II. Psychiatric Aspects in 42 patients followed for 4 years*; in: *Psychological Medicine*; 13,315-324
82. Kathol, R.G.; Cox, T.A.; Corbett, J.J.; Thompson, H.S.; Clancy, J. [1983]: *Functional visual loss: I. A true psychiatric disorder?* in: *Psychological Medicine*; 13, 307-314
83. Kellner, R. [1991]: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*; Washington D.C.: American Psychiatric Press
84. Kihlstrom, J.F. [1990] : *The psychological unconsciousness*; in: Pervin, L.: *Handbook of personality: Theory and research*; New York : Guilford; 445-464
85. Kihlstrom, J.F. [1994]: *One hundred years of hysteria*; in: Lynn, S.J. & Rhue, J.W. (Hrsg.): *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives*.
86. Kimball, C.P.; Balindt, K. [1982]: *Some thoughts on conversation*; in: *Psychosomatics*, 23(6), 647-649
87. Kirmayer, L.J.; Robbins, J.M.; Paris, J. [1994] : *Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress*, in: *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 125-136
88. Kluft, R.P. [1991] : *Multiple Personality Disorder*, in : Tasman, A. & Goldfinger, S.M. (Hrsg.): *Review of Psychiatry*; Washington, D.C.; American Psychiatric Press; Bd. 10, 161-188
89. Kluft, R.P. [1995]: *Dissociative Disorder*, in: Gabbard, G.O. [1995]: *Treatment of Psychiatirc Disorders*, 2nd edition. Washington D.C., London : American Psyciatric Press; 161-188
90. Kluft, R.P. [1996]: *Dissociative identity disorder*, in: Michelson, L.K.; Ray, W.J. (Hrsg.) : *Handbook of Dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York, London : Plenum; 337-366
91. Kluft, R.P.; Schultz, R. [1993]: *Multiple personality in adolescence*; in: Feinstein, S.C.; Marohn, R.C. (Hrsg.): *Adolescent Psychiatry*; Chicago: U. Chicago Press, 19, 259-279

92. Kopelman, M.D. [1987] : *Organic and Psychogenic*; in : *British Journal of Psychiatry*, 150, 428-442
93. Köbler, M. & Scheidt, C.E. [1997] : *Konversionsstörungen*. Stuttgart: Schattauer
94. Kostopoulos, S; Snow, B. [1986] : *Conversion Disorders in Children: A Study of Clinical Outcome*; in: *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*; 11(3), 134-139
95. Krumholz, A.; Niedermeyer, E. [1983] : *Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data*, in: *Neurology*, 33,498-502
96. Krutzenbichler, S. [1997] : *Sexueller Mißbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart*; in: Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer
97. Lachner, G.; Wittchen, H.-U.; Wunderlich, U., et al [1998]: *Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI)*; In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(11), 568-578
98. Lancman, M.E.; Asconapé, J.J.; Graves, S.; Gibson, P.A. [1994] : *Psychogenic Seizures in Children: Long-Term Analysis of 43 Children*; in: *Journal of Child Neurology*; 9(4), 404-407
99. Lehmkuhl, G.; Blanz, B.; Lehmkuhl, U.; Braun-Scharm, H. [1989] : *Conversion Disorder (DSM-III 300.11) : Symptomatology and Course in Childhood and Adolescence*; in: *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*; 238, 155-160
100. Lempert, T.; Schmidt, D. [1990] : *Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients*; in: *Journal of Neurology*; 237, 35-38
101. Leslie, S.A. [1988] : *Diagnosis and treatment of hysterical conversion reactions*; in: *Archives of Disease in Childhood*; 63, 506-511
102. Lieb, R; Mastaler, M.; Wittchen, H.-U. [1998]: *Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste Befunde der*

- Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe; in: Verhaltenstherapie; 8, 81-93*
103. Lishman, W.A. [1998] : *Organic Psychiatry : The psychological consequences of cerebral disorder; 3. Aufl., Oxford: Blackwell Science*
104. Livingston, R.; Witt, A.; Smith, G.R. [1995] : *Families woh somatize, in: Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 16(1), 42-46*
105. Loewenstein, R.J. [1991] : *Psychogenic Amnesia and Psychogenic Fugue: A comprehensive review; in : Tasman, A. & Goldfinger, S.M. (Hrsg.): Review of Psychiatry; Washington, D.C.; American Psychiatric Press; Bd. 10, 280-287*
106. Loewenstein, R.J.; Ross, D.R. [1992]: *Multiple personality and psychoanalysis. An introduction. Psa Inquiry 12, 3-48*
107. Löwenstein, R.J. [1996]: *Dissociative amnesia and dissociative fugue; in: Michelson L.K. & Ray, W.J. (Hrsg.): Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives. New York, London: Plenum*
108. Mace, C.J.; Trimble, M.R. [1996] : *Ten-year prognosis of Conversion Disorder; in: British Journal of Psychiatry; 169, 282-288*
109. Maier, W.; Lichtermann, D.; Klingler, T.; Heun, R.; Hallmayr, J. [1992] : *Prevalences of personality disorders (DSM-III) in the community, in: Journal of Personality Disorders, 6: 187-196*
110. Maisami, M.; Freeman, J.M. [1987] : *Conversion Reaction in Children as Body Language: A Combined Child Psychiatry/ Neurology Team Approach to the Management of Functional Neurologic Disorders in Children; in: Pediatrics; 80(1), 64-52*
111. Markgraf, J. [1995]: *Klassifikation und Diagnostik am Beispiel psychischer Störungen. In: Markgraf , J.; Kunath, H.: Methodische Ansätze in der Public Health Forschung Regensburg: Roderer, 43-70*
112. Markgraf, J.; Schneider, S.; Ehlers, A. (Hrsg.) [1991] : *Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS), in: Verhaltenstherapie, 1,110-119*

113. Markgraf, J.; Schneider, S.; Spoerkel, H. [1991]: *Therapiebezogene Diagnostik: Validität des Diagnostischen Interviews für psychische Störungen (DIPS)*. In: *Verhaltenstherapie*, 1, 110-119.
114. Maxion, H.; Fegers, S.; Pfluger, R.; Wiegand, J. [1989] : *Risikofaktoren klassischer Konversionssyndrome – psychogene Anfälle und Paresen – Beobachtungen einer neurologischen Klinik bei 172 Patienten*, in: *Psychotherapie und medizinische Psychologie*; 39,121-126
115. McGrath, S.D.; McKenna, J. [1961]: *The Ganser Syndrome: A critical review*; in: *Protocol of the 3rd World Congress of Psychiatry*, Bd.1, 156-161
116. McKegney, F.P. [1967]: *The incidence and characteristics of patients with conversion reactions. I. A general hospital consultation service sample*. In: *American Journal of Psychiatry*, 124(4) ,542-545
117. Mentzos, S [1986]: *Hysterie*. Frankfurt a.M.: Fischer
118. Merseky, H. [1998]: *Prevention and mangement of false memory syndrome*; in : *Psychiatric Treatment*; 4, 253-262
119. Mollon, P. [1998]: *Multiple selves, multiple voices: Working with trauma, violation and dissociation*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore : Wiley
120. Morrison, J. [1989]: *Histrionic personality disorder in women with somatization disorder*; in: *Psychosomatics*; 30, 433-437
121. Nemzer, E. [1998]: *Psychopharmacological Interventions for Children and Adolescents with Dissociative Disorders*; In: Silberg, J.L. (Hrsg.): *The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment & Management*, 2nd ed., Lutherville MD: Sidran, 231-272
122. Parsons, T.; Bales, R. [1955]: *Family, socialisation and the interaction process*; New York: The Free Press
123. Pennebaker, J.W. [1982]: *The psychology of Physical Symptoms*; New York: Springer
124. Pennebaker, J.W.; Gonder-Frederick, J.L.; Stewart, H.; Elfman, L.; Skelton, J.A. [1982]: *Physical symptoms associated with blood pressure*; in: *Psychophysiology*; 19, 201-210

125. Pribor, E.F.; Yutzy, S.H.; Dean, J.T.; Wetzel, R.T. [1993]: *Briquet's Syndrom, dissociation, and abuse*; in: *American Journal of Psychiatry*; 150, 1507-1511
126. Pschyrembel, W.; Dudenhausen J.W. [1986]: *Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen*; Berlin, New York: W. de Gruyter
127. Putnam, F.W. [1991]: *Dissociative Phenomena*; in : Tasman, A. & Goldfinger, S.M. (Hrsg.): *Review of Psychiatry*; Washington, D.C.; American Psychiatric Press; Bd. 10, 145-160
128. Putnam, F.W. [1997]: *Dissociation in Children and Adolescents*; New York: Guilford
129. Putnam, F.W.; Guroff, J.J.; Silberman, E.K.; Barban, L.; Post, R.M. [1986]: *The clinical phenomenology of multiple personality disorder : review of 100 recent cases*; in : *Journal of Clinical Psychiatry*; 47, 285-293
130. Rada, R.T.; Krill, A.E.; Meyer, G.G.; Armstrong, D. [1973]: *Visual conversion reaction in children; II Follow up*; in: *Psychosomatics*; 14, 271-276
131. Reich, J.H.; Yates, W.R.; Nduaguba, M. [1989]: *Prevalence of DSM-III personality disorders in the community*, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 12-16
132. Rief, W.; Hiller, W [1998]: *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe
133. Riether, A.M.; Stoudemire, A. [1988]: *Psychogenic fugue states: A review*; in: *Southern Medical Journal*; 81; 568-571
134. Rivard, J.M.; Dietz, P.; Martell, D.; Widawski, M. [2002]: *Acute dissociative responses in law enforcement officers in critical shooting incidents: the clinical and forensic implications*; in: *Journal of Forensic Sciences*; 47(5), 1093-1100
135. Robins, E.; O'Neal, P. [1953]: *Clinical features of hysteria in children with a note on prognosis*; in: *Childs Nervous System*, 10, 246-271
136. Ross, C.A. [1989]: *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York : Guilford

137. Ross, C.A.; Joshi, S.; Curri, R. [1991]: *Dissociative experiences in the general population: A factor analysis*; Hosp. Commun. Psychiatry 42/1991; 297-301
138. Ross, C.A.; Miller, S.D.; Bjornson, L.; Fraser, G.A. & Anderson, G. [1991]: *Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorders*; in: *Canadian Journal of Psychiatry*; 36/1991, 97-101
139. Roy, A. [1980]: *Hysteria*, in: *Journal of psychosomatic Research*, 24, 53-60
140. Salkovskis, P.M. [1995]: *Effective treatment of severe health anxiety (Hypochondriasis)*. Kopenhagen
141. Savard, G.; Andermann, F.; Olivier, A.; Remillard, G.M. [1991]: *Postictal psychosis after partial complex seizures: A multiple case study*; in: *Epilepsia*; 32(2), 225-231
142. Savard, G; Andermann, F.; So, N.K. [1990]: *Acute postictal psychosis : A stereo EEG study*, in: *Epilepsia (U.S.)*, 31(2)(Mar-Apr), 188-193
143. Saxe, G.N.; van der Kolk, B.A.; Berkovitz, R. et al. [1993]: *Dissociative disorders in psychiatric inpatients*; in: *American Journal of Psychiatry*; 150, 1037-1042
144. Schacter, D.L. [1986]: *Amnesia and crime: How much do we really know?*; in: *American Psychology*, 41, 286-295
145. Scheidt, C.E.; Hoffmann, S.O. [1996]: *Konversionsstörungen*; in: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*; Stuttgart, New York: Schattauer; 185-194
146. Schepank, H. [1987]: *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung: Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*; Berlin: Springer
147. Schmidt-Matthiesen, H [1989]: *Gynäkologie und Geburtshilfe, Ein Kurzlehrbuch für Studium und Praxis unter Berücksichtigung des Lernzielkatalogs*; Stuttgart, New York: Schattauer
148. Schneider, S.; Markgraf, J.; Spoerkel, H.; Franzen, U. [1992]: *Therapiebezogene Diagnostik: Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen*; In: *Diagnostica*, 38, 209-227

149. Schultz, R.; Braun, B.G.; Kluft, R.P. [1989]: *Multiple personality disorder: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression*; in: *Dissociation*; 2, 45-51
150. Sigal, M.; Altmark, D.; Alcifi, s.; Gelkopf, M. [1992]: *Ganser Syndrome: A review of 15 cases*; in: *Compr. Psychiatry*; 33, 134-138
151. Silberg, J.L. [2001]: *An optimistic look at childhood dissociation*; in: *ISSD NEWS*, 19:2, 1
152. Silberg, J.L.; Stipic, D.; Tagizadeh, F. [1997]: *Dissociative disorders in children and adolescents*; In: Noshpitz, J. (Hrsg.): *The Handbook of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. III, New York: Wiley, 329-355
153. Spierings, C.; Poels, P.J.; Sijben, N.; Gabreels, F.J.; Renier, W.O. [1990]: *Conversion Disorders in Childhood. A retrospective Follow-up Study of 84 Inpatients*, in: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 32, 865-871
154. Spitzer, C.; Freyberger, H.J.; Kessler, C. [1997]: *Dissociative Symptoms in schizophrenic patient with positive and negative symptoms*; in: *Psychopathology*, 30/1997, 67-75
155. Spitzer, C.; Freyberger, H.J.; Kessler, C.; Kömpf, D. [1994]: *Psychiatrische Komorbidität Dissoziativer Störungen in der Neurologie*; in: *Nervenarzt*; 65, 680-688
156. Spitzer, C.; Freyberger, H.J.; Stieglitz, R.D., et al. [1998]: *Adaptation and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale*. In: *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 799-809
157. Srinath, S.; Bharat, S.; Girimaji, S.; Seshadri, S. [1993]: *Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India*; in: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 32, 822-825
158. Sterlini, G.L.; Bryant, R.A. [2002]: *Hyperarousal and dissociation: a study of novice skydivers*. In: *Behaviour Research and Therapy*; 40(4), 431-437
159. Stickler, G.B.; Cheung-Patton [1989]: *Astasia – Abasia; a conversion reaction. Prognosis*; in: *Clinical Pediatrics*; 28, 12-16
160. Terr, L.C. [1988]: *Case study: What happens to early memory of trauma? A study of twenty children under age of five at the time of documented*

- traumatic events; in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 27/1988; 96-104*
161. Toone, B.K. [1990]: *Disorders of hysterical conversion; In: Bass, C. (Hrsg.): Physical symptoms and psychological illness. Oxford: Blackwell; 207-234*
162. Torgersen, S. [1986]: *Genetics of somatoform disorders; in: Archives of General Psychiatry, 43(5), 505-505*
163. Turgay, A. [1990]: *Treatment Outcome for Children and Adolescents with Conversion Disorder; in: Canadian Journal of Psychiatry; 35, 585-589*
164. Van der Kolk, B.A.; Pelcovitz, D.; Roth, S. et al. [1996]: *Dissociation, Somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma; in: American Journal of Psychiatry, 153, 83-93*
165. Veith, I. [1965]: *Hysteria. The history of a disease. Chicago: The University of Chicago Press*
166. Vingerhoets, A.J.; van Heck, G.L.; Grim, R. et al. [1995]: *Alexithymia: a further explanation of its nomological network; in : Psychotherapy and Psychosomatics; 64(1), 32-42*
167. Waters, F.W. [1998]: *Parents as partners in the treatment of dissociative children, In: Silberg, J.L. (Hrsg.): The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment & Management, 2nd ed., Lutherville MD: Sidran; 273-296*
168. Weissmann, M.M.; Bothwell, S. [1976]: *Assessment of Social adjustment by patient self-report, in: Archives of General Psychiatry, 33, 1111-1115*
169. Whalen, J.E. & Nash, M.R. [1996]: *Hypnosis and dissociation. in: Michelson, L.K. & Ray, W.J. (Hrsg.): Handbook of dissociation; New York: Plenum*
170. Whitlock, F.A. [1982]: *The neurology of affective disorder and suicide; in: The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 16, 1-12*
171. Wietersheim v., J.; Ennulat, A, Probst, B.; Wilke, E.; Feiereis, H. [1989]: *Konstruktion und erste Evaluation eines Fragebogens zur sozialen Integration, in: Diagnostica, 35(4), 359-363*
172. Wilbur, C. [1984]: *Multiple personality and child abuse; in: Psychiatric Clinics of North America; 7/1984, 3-8*

173. Williams, D.T.; Velazquez, L. [1996]: *The use of hypnosis in children with dissociative disorders*, in: *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 495-508
174. Wittchen, H.-U.; Pfister, H. (Hrsg.) [1997]: *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*; Frankfurt: Swets Test Services
175. Wölk, W. [1992]: *Vergangeheit und Zukunft des Hysteriekonzepts*. In: *Nervenarzt*, 63/1992, 149-156
176. Wyllie, E.; Friedman, D.; Rothner, D.; Luders, H.; Dinner, D.; Morris, H.III.; Cruse, R.; Erenberg, G; Kotagal, P. [1990]: *Psychogenic seizures in Children and Adolescents: Outcome After Diagnosis by Ictal Video and Electroencephalographic Recording*; in: *Pediatrics*; 85(4), 480-484
177. Ziegler, F.; Imboden, J.B.; Meyer, E. [1960]: *Contemporary conversion reactions. I.A clinical study*; JAMA, 183, 901-910
178. Zimmerman, M.; Coryell, W. [1989]: *DSM-III personality disorders in a nonpatient sample*, in: *Archives of General Psychiatry*, 46: 682-689

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Frau Dipl.-Psych. S. Schneck und Herrn Dr. phil. Th. Jans bedanken, die mir bei der Erstellung dieser Arbeit unverzichtbare Hilfe gaben.

Mein Dank gilt im Weiteren Herrn Prof. Dr. Warnke und Herrn Prof. Dr. Wewetzer, die die Themenauswahl dieser Arbeit übernahmen und trotz des langen Zeitraumes, die diese Arbeit letztendlich bis zu ihrer Vervollständigung in Anspruch nahm, immer ein offenes Ohr für meine Fragen hatten.

WEIGAND TOBIAS

PERSÖNLICHE ANGABEN

- Geboren am: 25. Dezember 1975
- Geburtsort: Werneck, Landkreis Schweinfurt
- Staatsangehörigkeit: deutsch
- Familienstand: verheiratet seit 29. Januar 1999
- 2 Kinder
- Eltern: Elisabeth & Peter Weigand, wohnhaft in 97332 Volkach

SCHUL- UND STUDIENAUSBILDUNG

- 1982 – 1985 Besuch der Grundschule in 97332 Volkach
- 1982 – 1995 Besuch des Franken-Landschulheims Schloss Gaibach in 97332 Volkach, Abschluss 1995 (allg. Hochschulreife)
- 1995 – 2002 Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg

BERUFSAUSBILDUNG

- 01. Mai 2002 – 31. Mai 2004: Arzt im Praktikum/Assistenzarzt, Innere Abteilung der Geomed-Klinik Gerolzhofen gGmbH, Dingolshäuserstr. 5, 97447 Gerolzhofen
- 01. Juni 2004 – 30. September 2005: Assistenzarzt, Arbeitsmedizinischer Dienst Würzburg der Berufsgenossenschaft für die Bauwirtschaft, Friedrichstr. 17a, 97082 Würzburg
- 01. Oktober 2005 – 30. September 2006: Assistenzarzt, Gemeinschaftspraxis Drs. G. Stürmer & K. Kolbert, Allgemeinmedizin, 97353 Wiesentheid
- 01. Oktober 2006 – 31. März 2007: Assistenzarzt, Gemeinschaftspraxis Drs. W. Faustmann & F.-J. Meyer, Allgemeinmedizin, 97421 Schweinfurt