

**Der Verlauf dissoziativer Störungen
mit Beginn im Kindes- und Jugendalter:
eine katamnestische Studie**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Philosophischen Fakultät III
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg**

Vorgelegt von

Stefanie Schneck-Seif

**aus
Waiblingen**

**Würzburg
2007**

Erstgutachter: Professor Dr. W. Schneider

Zweitgutachter: Professor Dr. A. Warnke

Tag des Kolloquiums: 31.07.2007

**Für meine Eltern,
Farshid und Kian**

Danksagung

Mein besonderer Dank geht an Herrn Prof. Dr. med. Andreas Warnke, für die Überlassung des Themas und für seine unermüdliche Unterstützung.

Herrn Prof. Dr. Wolfgang Schneider danke ich sehr für die Stellungnahme sowie die Bereitschaft, die Betreuung dieser Dissertation zu übernehmen.

Sehr herzlich möchte ich mich bei Herrn Dr. Uwe Hemminger für seine Unterstützung bedanken und dafür, dass ich neben meiner klinischen Tätigkeit innerhalb der psychologischen Abteilung der Würzburger Klinik den Freiraum hatte, diese Arbeit anfertigen zu können.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Dr. Thomas Jans und Herrn Dr. Tobias Weigand, die am Entstehen der Arbeit einen wichtigen Beitrag leisteten.

Ganz besonders sei allen ehemaligen Patienten gedankt, die an der Untersuchung teilnahmen und dafür viele Mühen auf sich nahmen. Oft waren die Anfahrtswege weit, die Nachuntersuchungen waren langwierig und mit vielen teilweise auch intimen und an Vergangenes erinnernden Fragen verbunden, die möglicherweise auch emotional belastend waren. Von der Offenheit und dem Vertrauen, das uns entgegengebracht wurde, waren wir beeindruckt.

Ein besonders herzlicher Dank gilt meinem Mann Farshid und meinen Eltern sowie allen FreundInnen, insbesondere Frau Petra Kümmler und Frau Dr. Ulrike Schulze, die allzeit ihr Verständnis, ihre Unterstützung und ihre Geduld signalisierten und ohne die die Durchführung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. DISSOZIATIVE STÖRUNGEN	4
2.1. HISTORISCHE PERSPEKTIVE	4
2.2. KLASSIFIKATION UND DIAGNOSTISCHE KRITERIEN	9
2.3. DISSOZIATIVE STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	21
2.3.1 Phänomenologie der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter	21
2.3.2 Komorbidität	22
2.3.3 Epidemiologie	23
2.3.4 Diagnose	24
2.3.4.1 Diagnostische Verfahren	24
2.3.4.2 Diagnostische Richtlinien	25
2.3.4.3 Validität der Diagnose	26
2.3.5 Differentialdiagnose	28
2.4. ÄTIOLOGIE DER DISSOZIATIVEN STÖRUNG	31
2.4.1 Psychologische Hypothesen	31
2.4.1.1 Psychodynamische Konzept	31
2.4.1.2 Lerntheorien	32
2.4.2 Psychophysiologische Hypothesen	32
2.5. THERAPIE DER DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN	35
2.5.1 Psychotherapeutische Therapieverfahren	35
2.5.2 Pharmakologische Therapieverfahren	39
2.6. STAND DER FORSCHUNG ZUM VERLAUF DER DISSOZIATIVEN STÖRUNG	39
2.6.1 Langzeitverlauf der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter	39
2.6.1.1 Überblick über die Methodik bisheriger Studien	39
2.6.1.2 Verlauf der dissoziativen Symptomatik	40
2.6.1.3 Häufigkeit klinischer Störungen	44
2.6.1.4 Psychosoziale Anpassung	45
2.6.1.5 Prognostische Faktoren	47
2.6.2 Störungsverlauf bei erwachsenen Betroffenen	49
2.6.3 Der Aspekt der Stressreagibilität bei Patienten mit dissoziativen Störungen in Bezug auf die vorliegende Untersuchung	50
3. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	52
3.1. FRAGESTELLUNGEN DER UNTERSUCHUNG	52
3.1.1 Beschreibung der Symptomatologie der klinischen Inanspruchnahmepopulation – Phänomenologie der dissoziativen Störung	52
3.1.2 Systematisch erhobene Daten einer vollständigen Inanspruchnahmepopulation zum Verlauf dissoziativer Störungen	54
3.1.3 Beschreibung der prognostischen Indikatoren	54

3.2	HYPOTHESEN	55
4.	METHODEN	57
4.1	STICHPROBE	57
	4.1.1 <i>Einschlusskriterien</i>	57
	4.1.2 <i>Rekrutierung der Stichproben</i>	58
	4.1.3 <i>Beschreibung der Stichproben</i>	59
4.2	UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE	62
	4.2.1 <i>Retrospektive Datenerhebung</i>	62
	4.2.2 <i>Erfassung psychischer Störungen bei Katamnese</i>	64
	4.2.3 <i>Erfassung der dissoziativen Symptomatik</i>	67
	4.2.4 <i>Erfassung der psychosozialen Adaptation</i>	69
	4.2.5 <i>Erfassung der Krankheitsverarbeitungsstrategien</i>	69
	4.2.6 <i>Erfassung der Kontrollüberzeugungen zur Krankheit und Gesundheit</i>	70
	4.2.7 <i>Überprüfung der Belastbarkeit</i>	72
5.	ERGEBNISSE	75
5.1	MERKMALE DER AUSGANGSSTICHPROBE ZUM BEHANDLUNGSZEITPUNKT: ZUR 1.FRAGESTELLUNG	75
	5.1.1 <i>Epidemiologie</i>	75
	5.1.1.1 <i>Symptomverteilung</i>	75
	5.1.1.1.1 <i>Dissoziative Bewegungsstörungen</i>	77
	5.1.1.1.2 <i>Dissoziative Krampfanfälle</i>	78
	5.1.1.1.3 <i>Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen</i>	79
	5.1.1.1.4 <i>Geschlechtsspezifische Symptomverteilung</i>	81
	5.1.1.1.5 <i>Altersverteilung der Patientengruppe und altersspezifische Symptomverteilung</i>	82
	5.1.1.2 <i>Sozialer Status</i>	85
	5.1.1.3 <i>Intellektuelle Begabung</i>	87
	5.1.2 <i>Dissoziative Symptomatik und psychiatrische Komorbidität mit Begleitsymptomen</i>	87
	5.1.3 <i>Behandlung im Kindes- und Jugendalter</i>	89
	5.1.4 <i>Risikofaktoren dissoziativer Störungen</i>	91
	5.1.4.1 <i>Persönlichkeitsaspekte</i>	91
	5.1.4.2 <i>Ereignisse im familiären und außerfamiliären Bereich</i>	92
	5.1.4.3 <i>Potentielle krankheitsverstärkende bzw. aufrecht erhaltende Aspekte</i>	93
	5.1.4.4 <i>Familiäre Situation und psychische Erkrankungen in der Familie</i>	95
	5.1.5 <i>Entwicklungskorrelate der dissoziativen Störung</i>	96
	5.1.6 <i>Zusammenhänge zwischen anamnestischer Daten und dem Behandlungserfolg nach Therapieende</i>	98
	5.1.6.1 <i>Zusammenhang von Geschlecht auf den Behandlungserfolg</i>	98
	5.1.6.2 <i>Zusammenhang zwischen dem Beginn der dissoziativen Störung und dem Behandlungserfolg</i>	98

5.1.6.3	Zusammenhang von dissoziativen Symptomen und dem Behandlungserfolg	98
5.2	ERGEBNISSE DER KATAMNESTISCHEN UNTERSUCHUNG MIT STANDARDISIERTEN VERFAHREN.	
	ZUR 2. FRAGESTELLUNG UND DEN HYPOTHESEN 1-4	99
5.2.1	<i>Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Nachuntersuchung</i>	100
5.2.2	<i>Verlauf der dissoziativen Störungen</i>	105
5.2.2.1	<i>Häufigkeiten der dissoziativen Störungen bei Katamnese</i>	105
5.2.2.2	<i>Verlauf der dissoziativen Störung im Katamnesezeitraum</i>	106
5.2.3	<i>Häufigkeit psychischer Störungen bei Katamnese</i>	107
5.2.3.1	<i>Punktprävalenz komorbider Erkrankungen zum Katamnesezeitpunkt</i>	107
5.2.3.2	<i>Klinische Störungen nach Achse I Störungen</i>	108
5.2.3.3	<i>Persönlichkeitsstörungen (Achse II Störungen)</i>	110
5.2.3.4		
5.2.4	<i>Prognostische Faktoren für den Verlauf der dissoziativen Störung</i>	112
5.2.4.1	<i>Komorbide Störungen bei Erstbehandlung</i>	112
5.2.4.2	<i>Zeitraum zwischen Störungsbeginn und Behandlungsbeginn</i>	112
5.2.4.3	<i>Geschlechtszugehörigkeit</i>	112
5.2.4.4	<i>Primärer Therapieerfolg</i>	113
5.2.4.5	<i>Alter bei Erkrankungsbeginn</i>	113
5.2.4.6	<i>Anzahl der dissoziativen Störungen zum Erkrankungszeitpunkt</i>	113
5.2.4.7	<i>Andere mögliche Prognosefaktoren</i>	114
5.2.5	<i>Psychosoziale Anpassung bei Katamnese</i>	115
5.2.5.1	<i>Globalbeurteilung der psychosozialen Adaptation</i>	115
5.2.5.2	<i>Schule und Beruf</i>	116
5.2.5.3	<i>Beziehung zur Herkunftsfamilie</i>	119
5.2.5.4	<i>Soziale Kontakte und Freundschaften</i>	121
5.2.5.5	<i>Partnerschaft und Sexualität</i>	122
5.2.5.6	<i>Erfassung der sozialen Integration mit Hilfe des Fragebogens für soziale Integration</i>	124
5.2.6	<i>Erfassung der Kontrollüberzeugungen</i>	125
5.2.7	<i>Erfassung der Krankheitsverarbeitungsmechanismen</i>	127
5.2.8	<i>Nachbefragung zur persönlichen Nachuntersuchung</i>	128
5.3	ERGEBNISSE DER EXPERIMENTELLEN UNTERSUCHUNG ZUM KATAMNESEZEITPUNKT:ZUR 5.HYPOTHESE	130
5.3.1	<i>Die Veränderung der Befindlichkeit, körperlicher Beschwerden und der Emotionalität unter experimenteller Belastung im Vergleich der aktuell gesunden und der aktuell kranken ehemaligen Patienten</i>	130
5.3.1.1	<i>Die Befindlichkeit unter Belastungsbedingungen</i>	130
5.3.1.2	<i>Veränderung körperlicher Beschwerden unter Belastungsbedingungen</i>	133
5.3.1.3	<i>Veränderung der emotionalen Reaktion unter Belastung</i>	133

5.3.2	<i>Die Veränderung der Befindlichkeit, der körperlichen Beschwerden und der Emotionalität unter experimenteller Belastung im Vergleich zwischen der ehemaligen Patientengruppe und einer gesunden Kontrollgruppe</i>	134
5.3.2.1	<i>Die Befindlichkeit unter Belastungsbedingungen</i>	134
5.3.2.2	<i>Veränderung der körperlichen Beschwerden unter Belastung</i>	138
5.3.2.3	<i>Veränderung der emotionalen Reaktion unter Belastung</i>	139
5.3.3	<i>Leistungsfähigkeit im Vergleich zwischen der Kontrollgruppe und der ehemaligen Patientengruppe</i>	139
5.4	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE IN HINBLICK AUF DIE FRAGESTELLUNGEN UND DIE HYPOTHESEN	141
6.	DISKUSSION	145
	ZUSAMMENFASSUNG	158
	LITERATURVERZEICHNIS	162
	ANHANG	
	ANHANG A: Anschreiben an die Patienten, Informationsblatt, Einverständniserklärung	I
	ANHANG B: Befundbogen zur Datenerhebung aus den Krankengeschichten, Katamnesebogen, telefonische Befragung	VIII
	ANHANG C: Beschwerdeliste, EMO akt. (modifiziert)	LVIII
	ANHANG D: Ergänzende Angaben zu den Ergebnissen	LXI

Lebenslauf

1. EINLEITUNG

„.....Zur Information gebe ich Ihnen einige Fotokopien von Entlassungsberichten, EEGs und Computertomographien mit herein, die angefertigt wurden.

Bei der Patientin kommt es immer wieder zu den in den Briefen beschriebenen eigenartigen Zuständen, die mit Sehstörungen, Schwindel, Nichtansprechbarkeit einhergehen und oft dramatisch verlaufen, dass die Patientin die Schule nicht besuchen kann.

Im Gegensatz zu den Untersuchungsergebnissen der städtischen Klinik F. sind meine EEG Ableitungen nie unauffällig, normal gewesen, sondern zumeist mit der linksbetonten verdächtigen paroxysmalen Dysrhythmien und hypersynchronverdächtigen Gruppen durchsetzt, so dass ich immer wieder davon ausgegangen bin, dass doch eventuell ein epileptogenes Geschehen zu diskutieren ist und nicht eine einfache sympaticotone orthostatische Dysregulation.

Da aber gleichzeitig auch erhebliche psychische Alterationen auch von der Familiensituation her nicht auszuschließen sind, würde ich doch bitten, dass die Patientin nochmals bei Ihnen entsprechend durchuntersucht wird, um ggf. therapeutisch eingreifen zu können.....“

In Folge dieses Anliegens, welches der Kinderarzt der damals 10,11 jährigen Patientin formulierte, wurde S. zwei Wochen später in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg aufgenommen. Die Mutter des Mädchens verstand nicht, warum der Hausarzt einen Aufenthalt in der Psychiatrie vorschlug, da sie eine körperliche Ursache für die Symptomatik erwartete. Der Lebensgefährte der Mutter und Stiefvater von S. hingegen hielt eine psychische Ursache für durchaus denkbar.

Bei S. bestanden seit längerer Zeit Kopfschmerzen in Verbindung mit Schwindelattacken, die an ein epileptisches Geschehen, erinnern ließen. In Verbindung damit standen zeitweilige Sehstörungen und eine eingeschränkte Gehfähigkeit.

S. wurde als allgemein ängstliches Mädchen beschrieben. Gegenüber Mitpatienten wurde ein zurückhaltendes und wenig selbstbewusstes Verhalten beobachtet. S. besuchte damals bei knapp überdurchschnittlicher Begabung das Gymnasium. Sie fühlte sich dort aber trotz der festgestellten ausreichenden kognitiven Fähigkeiten überfordert.

Im weiteren Verlauf des kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthalts zeigte sich die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber eines epileptogenen Geschehens als

schwierig, da das EEG nicht altersentsprechend ausfiel; letztlich ergab sich jedoch kein Anhaltspunkt für spezifische Krampfpotentiale. Die Behandlung in unserer Klinik wurde auf Wunsch der Eltern nach relativ kurzer Zeit beendet. Die behandelnde Ärztin kam damals zu folgender Einschätzung:

„..... Es konnten genügend Faktoren gefunden werden, die (.....) die Verdachtsdiagnose einer Konversionsneurose erhärten.

Eine familiäre Symptomtradition wurde bei der Exploration von der Mutter zwar verneint, doch scheint uns die Persönlichkeit der Mutter als Modell für S. ganz „geeignet“. Der HNO-Bereich stellt bei der Symptomanifestation wohl den Locus minoris resistentiae dar. S. ist ein Mädchen mit einer ausgeprägten Selbstwertproblematik, leicht zu ängstigen und leicht zu beeindrucken. Insbesondere im schulischen Bereich, jedoch wohl nicht nur dort, verlangt S. sich ständig Höchstleistungen ab. (.....) Die Beziehung zum leiblichen Vater wurde von S. in Disharmonie beendet und ist scheinbar noch nicht verarbeitet. Die Auseinandersetzung mit der Person des Ersatzvaters ist noch nicht abgeschlossen. Um die Fürsorge der Mutter muss sie mit dem neuen Vater und den Geschwistern konkurrieren. Letztendlich ist S. s Symptombildung nicht nur eine „Flucht in die Krankheit“, sondern bringt auch einen ausreichenden Krankheitsgewinn mit sich. „

Heute lebt S. mit 23 Jahren nach wie vor im elterlichen Haus. Sie ist einfache Angestellte und kann ihrem Beruf weitgehend regelmäßig nachgehen. Die damaligen Kopfschmerzsymptomatik und die Schwindelanfälle, sowie Seh- oder Bewegungsstörungen spielen heute keine Rolle mehr. Der Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg war aber der Beginn einer bis heute anhaltender Krankheitsgeschichte. Ab dem 16. Lebensjahr unterzog sich S. ambulanten Behandlungsversuchen, gesprächstherapeutischer aber auch medikamentöser Art. Diagnostiziert wurde bei S. eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus. Zur Zeit ist es S. nur begrenzt möglich das Haus zu verlassen, da sie sonst Angstzustände mit Panikattacken befürchtet. Deshalb konnte die Nachuntersuchung auch bei S. nur zu Hause stattfinden. Bis heute wünscht sich S. mehr Selbstbewusstsein. Der Kontakt zum Stiefvater und dem Stiefgeschwister ist bis heute nicht gut.

Der geschilderte Verlauf der Entwicklung von S. hinterlässt Fragen, die sich auf folgende Aspekte beziehen:

Ist der Verlauf bei S. typisch?

Wie entwickeln sich bei anderen Patienten die dissoziativen Symptome?

Welche anderen psychischen Störungen manifestieren sich im Langzeitverlauf? Entwickeln andere Patienten im Rahmen des Langzeitverlaufes ebenfalls Persönlichkeitsstörungen?

Wie stellen sich die soziale Anpassung und berufliche Leistungsfähigkeit im Erwachsenenalter dar?

Es stellt sich die Frage, ob sich bei damals anderem therapeutischen Vorgehen der Verlauf anders dargestellt hätte.

In der Literatur existieren bisher nur wenige Studien, die den längerfristigen Verlauf der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter untersuchen. Auch fehlen vor allem Studiendesigns mit standardisiert durchgeführter Diagnostik. Die vorliegende Untersuchung ist die erste, die gemäß den Kriterien von ICD 10 und DSM IV den Langzeitverlauf der dissoziativen Störung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter verfolgt, dies zudem erstmalig mit persönlicher klinischer Nachuntersuchung anhand standardisierter Verfahren. Es ist zugleich die erste katamnestische Studie zum Verlauf dissoziativer Störungen, die störungsrelevante Parameter experimentell im Kontrollgruppenvergleich untersucht. Die Ergebnisse sind in wichtigen klinischen Gesichtspunkten neu und weiterführend.

Die Untersuchungsfragen konzentrierten sich zusammenfassend auf die Erfassung des Verlaufs der dissoziativen Symptomatik, die Entwicklung psychiatrischer Komorbidität sowie der psychosozialen Anpassung und Belastbarkeit im Erwachsenenalter. Weiterhin wurden im Hinblick auf die Verbesserung therapeutischer Interventionen die Krankheitsbewältigungsstrategien hinterfragt sowie die Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen.

Die vorliegende Arbeit hatte nicht zum Ziel spezifische Hypothesen zum Verlauf der dissoziativen Störung empirisch zu überprüfen. Die noch ergänzungsbedürftigen Kenntnisse zum Störungsverlauf sind auch über einen deskriptiven Untersuchungsansatz sinnvoll zu ergänzen. Ferner wurde die Belastbarkeit der ehemaligen Patienten mit einer dissoziativen Störung in Hinblick auf die aktuelle Belastbarkeit im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe untersucht.

Alle Patienten, die in der vorliegenden katamnestischen Untersuchung erfasst wurden, setzen sich aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation zusammen, die innerhalb eines definierten Zeitraums an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aufgrund einer dissoziativen Störung ambulant oder stationär behandelt wurden und im Erwachsenenalter nachuntersucht wurde.

2. DISSOZIATIVE STÖRUNGEN

2.1 HISTORISCHE PERSPEKTIVE

In den letzten Jahren findet eine Aktualisierung der Diskussion um die dissoziativen Störungen und ein vermehrtes Interesse an der Erforschung dissoziativer Symptome statt. Dies hängt insbesondere mit dem Auftreten dissoziativer Symptome als Hauptsymptomatik im Rahmen psychischer Erkrankungen in Folge einer traumatischen Erfahrung zusammen. Aber auch im Zusammenhang der Borderline-Persönlichkeitsstörungen finden sich häufig Hinweise auf dissoziative Phänomene. Schließlich beschreiben dissoziative Erlebnisse auch Alltagserlebnisse, die nicht pathologisch imponieren, sondern als Kontinuum auf einer Achse von „nicht klinisch bis krankhaft“ zu verstehen sind. Der Begriff der dissoziativen Störungen nimmt seinen Ursprung in der historischen Entwicklung des Konstruktes der Hysterie.

Zum Begriff der Hysterie

Der Begriff der Hysterie geht in der Geschichte der Psychiatrie in seiner Bezeichnung 2500 Jahre zurück. Ursprünge des Hysteriebildes finden sich in der Antike und liegen etwa 4000 Jahre zurück. Der Begriff der Hysterie leitet sich vom griechischen Wort *hystera* ab, was Gebärmutter bedeutet. In diesem Zusammenhang sei Platon (428 – 347 v.Chr.) zitiert, der über die Natur der Gebärmutter folgendes schrieb (Timaios):

...” Und aus den nämlichen Gründen haben auch bei den Weibern die sogenannte Scheide und Gebärmutter die gleiche Bedeutung: auch sie wohnen den Weibern inne als lebendiges Gebilde mit der Begierde nach Kinderzeugung, und wenn diesem, den Forderungen der Geschlechtsreife zuwider, die Zeugung lange Zeit versagt bleibt, dann wird es zu heftigen Unwillen aufgeregt, schweift überall im Körper umher, verstopft die Luftkanäle, sperrt so den Atem ab und verursacht die schwersten Beklemmungen und allerlei sonstige Krankheiten.”

Es existierte demzufolge bereits in der griechischen Antike die Idee eines multiplen von der Gebärmutter ausgehenden Beschwerdebildes und galt spätestens zu Beginn dieses Jahrtausends als Erklärungsmodell der sogenannten somatoformen Störungen. Die „Uterus-Hypothese“ wurde selbst später als Erklärung um einige tausend Jahre zurückverlegt nach Ägypten, so dass

ägyptische Ärzte als Entdecker gelten können (Veith 1965, 1979).

Im Mittelalter zur Zeit der Hexenverfolgung trat der körperlich-medizinische Aspekt in den Hintergrund und hysterioforme körperliche und psychische Auffälligkeiten wurden als Äußerung der Teufelsbesessenheit (Stigmata diaboli) gedeutet und hatten Folter oder den Scheiterhaufen zur Bekämpfung als Folge. Auch Kinder entkamen der Hexenverfolgung nicht und wurden verbrannt.

Bis ins 18. Jahrhundert hinein hielt sich auch die These, die Hysterie sei eine ausschließliche Erkrankung der Frauen. Pierre Pomme (1775) war der erste, der schriftlich von der „hysterischen oder hypochondrischen Nerven-Krankheit *beider* Geschlechter“ schrieb. Er stellte auch erstmals die bisher gängigen Therapieformen wie „eine Anregung des Sexuallebens“ oder die „Ehe“ in Frage.

Der Londoner Arzt Robert B. Carter war einer der ersten, der eine emotionale Labilität und möglicherweise traumatische Erfahrungen und Belastungen in Verbindung mit der Entstehung hysterischer Symptome sah (Carter 1853). Eine erste systematische Beschreibung der Hysterie stammt von *Paul Briquet* (1859), der sie als Nervenerkrankung betrachtete, die maßgeblich Gehirnregionen erfasst, die für Gefühlsempfindungen und Leidenschaften zuständig sind. Er versuchte eine phänomenologische Einordnung der vielfältigen hysterischen Symptome ohne aber in Hinsicht auf die Ätiologie oder Pathogenese neue Erkenntnisse zu gewinnen. Briquet unterschied folgende Symptomgruppen:

- Hyperästhesie (im Sinne von Schmerzzuständen),
- Anästhesie
- verzerrte Sinneswahrnehmungen
- Krämpfe (des Verdauungs- und Respirationstraktes, des Kreislaufs-, urogenitalen oder Nervensystems),
- Anfälle (spasmodisch, synkopal oder hysterisch) und
- hysterische Paralyse (der unterschiedlichsten Muskelgruppen).

Als prädisponierende Faktoren fand er bei der systematischen Untersuchung, der 430 ihm zur Verfügung stehenden Krankengeschichten:

- das weibliche Geschlecht (etwa zwanzigmal so häufig wie das männliche) ;
- ein junges Alter (bei einem Fünftel war der Beginn der Erkrankung vor der Pubertät, die Mehrzahl der Patienten war unter 20 Jahre alt);
- Erblichkeit (bei 30% wiesen die Eltern auch hysterische Symptome auf);
- ein niedriger Sozialstatus (mehr als die Hälfte kam aus der Unterschicht);
- Erziehungsfaktoren (Bericht von frühen Missbrauchserfahrungen und körperlichen Misshandlungen)
- keine sexuelle Abartigkeit.

Das von Briquet beschriebene Krankheitsbild kennzeichnet heute die somatoforme Störung.

Als ersten Erklärer der Hysterie nannte Freud (1894) J.M. Charcot, den Leiter der in Paris durch ihn berühmt gewordenen Klinik Salpêtrière. Charcot ging von einer vererblich-organisch bedingten Genese der Erkrankung aus. Trotz der Entdeckung, dass sich hysterische Symptome unter Hypnose verändern und auflösen lassen und somit Bewusstseinszustände für den Entstehungsmechanismus der Störungen Bedeutung haben, verstand er unter der “Grande Hystérie” multiple und komplexe somatoform-dissoziative Störungen.

Schließlich war es Pierre Janet (1889), ein Schüler Charcots, der sich von der “organischen Theorie” distanzierte und eine psychische Genese der *dissoziativen Phänomene* postulierte und detailliert beschrieb und klassifizierte. Der Begriff der “Dissoziation” bzw. “*désagrégation*” wurde durch ihn geprägt. Janet verstand unter der *désagrégation* eine pathologische psychische Reaktion auf ein psychisches Trauma, das zur Ausbildung sogenannter unterbewusster *idées fixes* führt. Obwohl die dissoziierten Gedanken nicht bewusst erinnert werden können, nehmen sie Einfluss auf das Denken, Fühlen und Handeln und zeigen sich aufgrund fehlender Integration in der Person, in Symptomen, die mit Störungen der Erinnerung, des Bewusstseins, des Affektes und des Willens sowie psychosomatischer Beschwerden verbunden sind. Folglich wirkt sich die inadäquaten Informationsverarbeitung auch auf die Verarbeitung neu auftretende Stressfaktoren aus, die ebenfalls nicht adäquat bewältigt werden. Eine Einengung des Bewusstseins, Erschöpfung, emotionaler Rückzug und Vermeidungsverhalten sind damit vergesellschaftet.

„Grundgedanke war demnach eine genetische Disposition, die zentralnervöse Prozesse in ihrer Integrationsfähigkeit störungsanfälliger mache und daher leichter zu Dissoziationen unterschiedlicher Systeme des ZNS führen könne.“ (*Kapfhammer Nervenarzt 1992*).

Um die Jahrhundertwende wurden die Theorien der Dissoziation von Psychiatern und Psychologen weiterverfolgt. Morton Prince (1878/1905; vgl. auch Hale 1975) und William James (1883/1890; vgl. auch Taylor 1982) griffen im Zusammenhang mit dem Begriff der multiplen Persönlichkeit auf das Konzept von Janet zurück. In Europa war um die Jahrhundertwende dieses Konzept aber bald in Vergessenheit geraten und auch in Amerika gewann zunehmend das psychoanalytische Modell zur Erklärung dissoziativer Symptome an Bedeutung. In heutiger Zeit hat die Dissoziations- Hypothese nach Dobmeier und Kapfhammer (2001) in der Pathogenese der posttraumatischen Belastungsstörung wieder an Bedeutung gewonnen.

Auch die frühen Studien von Breuer und Freud orientieren sich an den Ideen von Janet (1893; 1895). Sie stimmten in den Studien über die Hysterie (1895) beide darin überein, dass der Ursprung der gedanklichen Dissoziationen in der Hysterie in hypnoseähnlichen Zuständen liegen könnte, in die vulnerable Menschen bei traumatischen Erlebnissen geraten könnten. Freud relativierte später aber das Konzept realer Traumatisierungen und stellte kindliche sexuelle Phantasien und intrapsychische Konflikte bei der Symptomentwicklung in den Vordergrund. Für Freud bestand der zentrale Mechanismus der hysterischen Phänomene in einer Übersetzung der intrapsychischen Konflikte in ein körperliches Symptom, welches den Konflikt symbolisiert, den Konversionsprozess. Besteht der Konflikt in nicht zugelassenen Wünschen und Phantasien, mit meist sexuellem Inhalt, die nicht ins Bewusstsein zugelassen werden wollen, erfolgt die Lösung des Konflikts, in einer unbewussten Umwandlung der Triebe in ein Körpersymptom. Die dadurch erzielte Spannungsreduktion bezeichnete Freud als primären Krankheitsgewinn. Als sekundärer Krankheitsgewinn sind nach Freud die Reaktionen der Umwelt auf das Symptom zu bewerten, die eine neue Form der Beziehung mit der Umgebung ermöglichen (Freud & Breuer, 1895; Freud 1916/1917). Freud beschrieb dabei insbesondere Patientinnen aus höheren sozialen Schichten, die das ihnen zur Verfügung stehende Potential nicht nutzen konnten und auf die körperliche Symptomebene ausweichen mussten. Freud begriff die Hysterie als Krankheit mit motorischen, sensorischen und charakterlichen Symptomen, die er erstmals in folgende Symptombereiche

untergliederte: „Krampfanfälle, hysterogene Zonen, Störungen der Sensibilität, Störungen der Sinnestätigkeit, Lähmungen, Kontraktionen und allgemeine Charakter.“(Wölk 1994)

Benutzte man anfangs diesen Konversionsprozess nahezu gleichbedeutend für den hysterischen Verarbeitungsmechanismus und verband ihn damit engstens mit den Verhaltensweisen der hysterischen Persönlichkeit, erkannte man ihn zunehmend als Lösungsstrategie bei einer Reihe psychischer Konflikte, wodurch die Nähe zur hysterischen Persönlichkeitsstruktur relativiert werden konnte (Mentzos, 1980; Rangell 1959). In Folge dessen wurde die Frage diskutiert, ob die Konversion kein eigentliches Krankheitsbild, sondern vielmehr ein bloßes Symptom verschiedener Erkrankungen (Guze et al. 1971) sei. Zudem konnte in neueren Komorbiditätsstudien gezeigt werden, dass die Konversion als zusätzliches Phänomen komplexer psychischer Störungen angesehen werden kann (Spitzer et al., 1994). Dies würde dem Konversionsmodell wiederum entgegenstehen. Hierin findet sich auch eine Begründung, warum das lange in Vergessenheit geratene Dissoziationskonzept in der Hysterieforschung wieder an Aktualität gewann. Mit der Hypnose als Diagnose- und Therapieverfahren, in den letzten Jahren immer häufiger eingesetzt, konnte erneut der enge Zusammenhang, wie schon bei Janet, zwischen hypnoiden und dissoziativen Erfahrungen festgestellt werden (Whalen/Nash, 1996). Zur gleichen Zeit wurden in den USA die Langzeitfolgen traumatisierter Soldaten aus dem Vietnamkrieg beobachtet. Dabei wurde festgestellt, dass ein bedeutender Anteil der posttraumatischen Belastungsreaktionen sich in Form von dissoziativen Symptomen äußerte (Branscomb, 1991; Bremner et al. 1992). Eine weitere Form der Traumatisierung stellt der bisher unterschätzte Anteil von sexuellem Missbrauch bei Kindern dar. Das Dissoziationskonzept konnte für die Entstehung psychischer Störungen in Folge sexuellen Missbrauchs ein plausibles Erklärungsmodell liefern. Erwähnenswert ist an dieser Stelle die Multiple Persönlichkeit als Extremform der Dissoziativen Störung dar, bei deren Auftreten besonders häufig ein Zusammenhang zwischen körperlichem und sexuellem Missbrauch hergestellt werden konnte (Wilbur, 1984, Ross et al., 1991).

In der heutigen Psychopathologie findet sich der Begriff der Hysterie nicht mehr. Ersetzt wurde der Begriff durch eine Reihe anderer Störungsbilder, die früher als hysterisch eingestuft wurden: In den gegenwärtigen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) finden sich diese unterteilt

in den drei Störungsklassen der somatoformen Störungen, der dissoziativen Störungen und der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Nicht zu vernachlässigen sind dabei die Unterschiede in den Klassifikationssystemen, wie im Folgenden illustriert wird.

2.2 KLASSIFIKATION UND DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

Früher wurden nahezu alle dissoziativen Störungen als Form der "Hysterie" gesehen. Der Begriff "hysterisch" ist aber durch den ätiologietheoretischen Aspekt belastet, weshalb die Diagnose der Hysterie in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt wurde. Der Hysterie-Begriff wurde deshalb in den aktuellen Versionen der beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV aufgegeben. Die Neuordnung der dissoziativen Symptome erfolgte aber nicht einheitlich. Dies wird am deutlichsten an der Benutzung des Konversionsbegriffs in den beiden Klassifikationssystemen. Im DSM-IV, das vor allem im angloamerikanischen Sprachraum herangezogene Klassifikationssystem psychischer Störungen, wird die Konversionsstörung den somatoformen Störungen zugerechnet, es wird ferner nicht danach differenziert, welches Funktionssystem des Körpers von der Störung betroffen ist. Im ICD-10 befindet sich die Konversionsstörung hingegen im Bereich der dissoziativen Störungen, wird sogar synonym benutzt. Im DSM-IV finden sich zudem bestimmte Konversionssymptome in den Symptomlisten der Somatisierungsstörung. Fordern die ICD-10 Kriterien einen Zusammenhang zwischen der Entstehung der Symptomatik und einer zeitlich unmittelbar vorangegangenen Belastung, stellt dies im DSM-IV für die Konversionsstörung kein Diagnosekriterium dar (Tabelle 1). Weiterhin muss im ICD-10 zur Diagnose der dissoziativen Störung eine Auslösung durch eine körperliche Erkrankung oder durch Substanzmissbrauch ausgeschlossen sein. Unter den dissoziativen Störungen finden sich im DSM-IV, zusätzlich zu den im ICD-10 aufgenommenen Störungen noch die Depersonalisierungsstörung sowie die Derealisationsstörung, die im ICD-10 völlig fehlen. Im Weiteren wird der Begriff der dissoziativen Störung in enger Anlehnung an das ICD-10 verwendet.

Tabelle 1:
Dissoziative und somatoforme Störungen im DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
<p><i>Dissoziative Störungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dissoziative Amnesie (300.12) • Dissoziative Fugue (300.13) • Dissoziative Identitätsstörung (300.14) • Depersonaliationsstörung (300.6) • Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (300.15) <p><i>Somatoforme Störungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungsstörung (300.81) • Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81) • Konversionsstörung (300.11) • Somatoforme Schmerzstörung (307.80) • Hypochondrie (300.7) • Körperdysmorphie Störung (300.7) • Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.81) 	<p><i>Dissoziative Störungen (F44)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dissoziative Amnesie (F 44.0) • Dissoziative Fugue (F 44.1) • Dissoziativer Stupor (F 44.2) • Trance-und Besessenheitszustände (F 44.3) • Dissoziative Bewegungsstörungen (F 44.4) • Dissoziative Krampfanfälle (F 44.5) • Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6) • Dissoziative Störungen gemischt (F 44.7) • Andere (F44.8) • Nicht näher bezeichnete (F 44.9) <p><i>Somatoforme Störungen (F 45)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungsstörung (F 45.0) • Undifferenzierte Form (F 45.1) • Hypochondrische Störung (F 45.2) • Somatoforme Funktionsstörung (F 45.3) <ul style="list-style-type: none"> -der kardiovaskulären Systeme (F 45.30) -des oberen Gastrointestinaltraktes (F 45.31) -des unteren Gastrointestinaltraktes (F 45.32) -des respiratorischen Systems (F 45.33) -des Urogenitalsystems (F 45.34) -andere (F45.38) • Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) • Andere (F 45.8) • Nicht näher bezeichnete (F45.9)

Definition

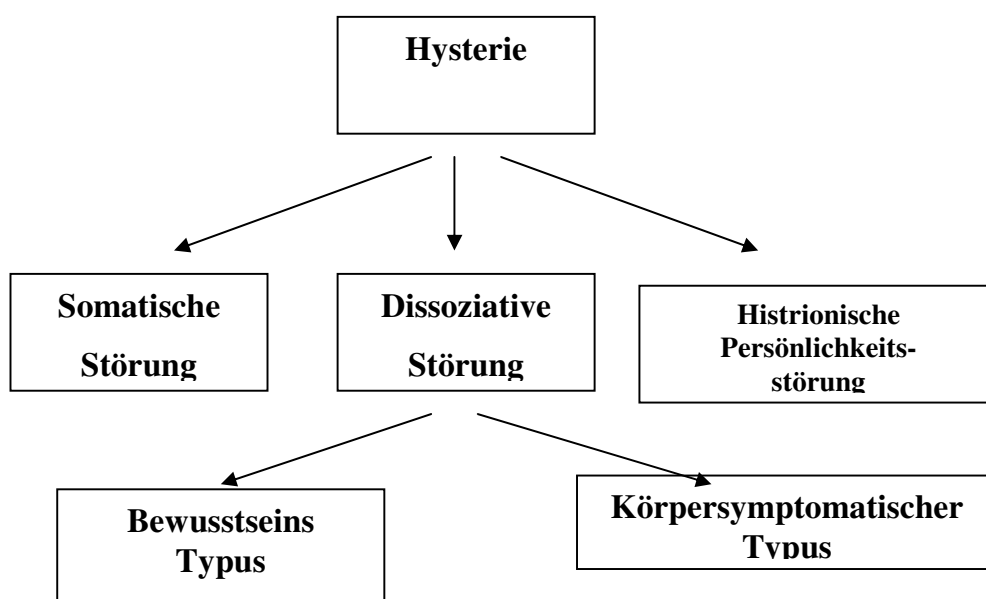
Als die allgemeinen Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörung nach ICD-10 (Dilling et al., 1991) gelten:

Ein teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.

Normalerweise besteht ein hoher Grad an bewusster Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die Aufmerksamkeit selektiert, und welche Bewegungen ausgeführt werden. Von den dissoziativen Störungen wird angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle in einem Ausmaß gestört ist, das von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde wechselt. Es lässt sich nur schwer feststellen, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden kann. Patienten mit dissoziativen Störungen verleugnen oft auffallend ihre für andere ganz offensichtlichen Probleme und Schwierigkeiten. Alle Probleme, die sie selbst erkennen, werden von ihnen auf die dissoziativen Symptome zurückgeführt. In diesem Zusammenhang ist auch eine nicht immer der Situation angemessene mangelnde Betroffenheit (*belle indifférence*) zu finden.

Brunner & Resch (2003) unterscheiden dissoziative Bewusstseinsstörungen, bei denen die gestörte Selbstwahrnehmung und das gestörte Identitätsbewusstsein imponieren und dissoziative Störungen vom „körpersymptomatischen Typus“ (Konversionsstörungen) die vorwiegend durch die Störung der Selbststeuerung der motorischen oder sensorischen Funktionen gekennzeichnet sind, wie die willentliche Kontrolle über die Bewegungen einzelner Körperteile (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1
Aufteilung des ursprünglichen Begriffs der Hysterie



Charakteristisch für beide Störungsbilder bleibt aber, dass Vorgänge des Bewusstseins, der Willensbildung und der Kontrolle über Handlungen betroffen sind. Im aktuellen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; WHO 1992) werden folgende dissoziative Störungen unterschieden: dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, dissoziativer Stupor, Trance- und Besessenheitszustände, dissoziative Bewegungsstörungen, dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen und gemischte dissoziative Störungen. Dem Ganser-Syndrom und der multiplen Persönlichkeitsstörung bleibt eine Restkategorie vorbehalten. Vorübergehende dissoziative Störungen im Kindes- und Jugendalter werden gesondert erfasst.

Dissoziative Störungen vom Bewusstseinstypus

Im Kindes- und Jugendalter treten dissoziative Störungen vom Bewusstseinstypus (siehe Tabelle 2) wie die dissoziative Amnesie, Fugue-Zustände oder Trance- und Besessenheitszustände sehr selten auf.

Tabelle 2

Dissoziative Störungen vom Bewusstseinstypus

<i>Dissoziative Amnesie(ICD 10: F44.0)</i>
<i>Dissoziative Fugue (ICD-10: F44.1)</i>
<i>Dissoziativer Stupor(ICD-10: F44.2)</i>
<i>Trance und Besessenheitszustände(ICD-10: F44.3)</i>
<i>Ganser Syndrom (ICD- 10: F44.80)</i>
<i>Multiple Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F44.81)</i>

Unter einer ***dissoziativen Amnesie*** auch "psychogene Amnesie" versteht man ein Vergessen von wichtigen persönlichen Informationen. Der Erinnerungsverlust ist nicht durch eine "übliche Vergesslichkeit" oder im Rahmen einer organischen Erkrankung zu erklären. Die Amnesie ist bezeichnenderweise retrograd und bezieht sich in der Regel auf belastende oder traumatisierende Ereignisse, die in der Vergangenheit liegen. Da ältere Studien das Störungsbild nicht unter den

Klassifikationsrichtlinien der ICD-10 oder DSM-IV untersuchten, kann über die Prävalenz der dissoziativen Amnesie nicht viel gesagt werden. Aktuellere Studien mit validierten diagnostischen Instrumenten sind bisher kaum erschienen. In einer zufällig ausgewählten Gruppe von kanadischen Erwachsenen lag der Anteil dissoziativer Amnesien mit 6% relativ hoch (Ross, 1990). Bei Patienten, die einer massiven Traumaexposition ausgesetzt waren, scheint eine eindeutig erhöhte Prävalenz der dissoziativen Amnesie nachweisbar (Eriksson & Lundin, 1996). Eine Untersuchung von Coons und Milstein (1992) beschreibt, dass bei 25 Patienten mit einer dissoziativen Amnesie, in 72% der Fälle eine traumatische Erfahrung in der Vergangenheit bestanden hat. Besonders traumatisierte Kinder scheinen häufig mit Symptomen einer dissoziativen Amnesie auf diese Traumatisierung zu reagieren. Eine Studie von Terr (1988) konnte zeigen, dass solche Kinder nicht mehr in der Lage waren ihr erlebtes Trauma verbal zu reproduzieren. Personen, die von einer dissoziativen Amnesie betroffen sind, beschreiben diese selbst meist als „Blackout“ oder unklaren Zeitverlust; oft wird dies erst realisiert, wenn die Betroffenen von anderen Personen auf Verhaltensweisen hingewiesen werden, die diesen völlig unbewusst sind, oder sich Gegenstände im eigenen Besitz befinden, die dem Besitzer bisher unbekannt waren (Kapfhammer, 1998). Obgleich in den meisten Fällen davon ausgegangen werden kann, dass Episoden dissoziativer Amnesie plötzlich beginnen und auch schnell wieder remittieren, zeigten Coons und Milstein (1992) in einer Kasuistik, dass Amnesien auch chronisch auftreten und sich dann nur sehr langsam wieder zurückbilden. Ebenfalls wurde beschrieben, dass nicht nur kürzlich zurückliegende zeitliche Erlebnisse vergessen werden, sondern auch länger vergangene. Obwohl das typische Krankheitsbild der Amnesie, das sich durch retrograde recht selektiv auf mnestiche Fähigkeiten beschränkte Ausfälle und einen meist plötzlichen Beginn auszeichnet, deutliche Hinweise auf die Diagnose ergibt, müssen differentialdiagnostische Überlegungen bedacht werden (Kapfhammer 1998). Dies betrifft insbesondere andere dissoziative Störungen, deren Auftreten zum Teil von Symptomen der Amnesie gebildet werden. So kann sie Bestandteil einer dissoziativen Fugue oder dissoziativen Identitätsstörung sein, wird aber dann nicht als eigene Diagnose verschlüsselt. Gleichzeitig kann die dissoziative Amnesie auch Symptom einer akuten oder posttraumatischen Belastungsreaktion, einer somatoformen Störung oder einer Borderline Persönlichkeitsstörung sein (Davidson & Foa, 1993; Spitzer et al., 1994).

Eine **dissoziative Fugue** (*fugare* lat. fliehen) ist durch das Verlassen des häuslichen Rahmens oder des Arbeitsplatzes gekennzeichnet. Die Person verhält sich dabei äußerlich geordnet, ist sich ihres Handelns aber nicht wirklich bewusst, sondern unterliegt in Hinblick auf die eigene Person einer dissoziativen Amnesie. Entsprechend kann die Symptomatik einer dissoziativen Amnesie gleichen, geht jedoch in ihrer Begrifflichkeit darüber hinaus, da das Wissen um die eigene Identität gestört ist (Kapfhammer 1998). Es kann dabei zur teilweisen oder ganzen Annahme einer neuen Identität kommen. Die dissoziative Fugue darf dabei aber nicht Symptom einer multiplen Persönlichkeitsstörung oder einer dissoziativen Identitätsstörung sein. Entscheidend als Auslöser sind typischerweise traumatische oder emotional belastende Ereignisse. Im Gegensatz zur dissoziativen Amnesie, werden zur Entstehung aber vielschichtiger Erklärungsmodelle diskutiert, wie beispielsweise ein ungünstiger familiärer Hintergrund; zugleich werden verschiedene Faktoren als prädisponierend für eine dissoziative Fugue angenommen; hier sind zu nennen: eine 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 genannt 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). Die Symptomatik legt nahe, dass die dissoziative Fugue bei Jugendlichen, insbesondere bei Kindern, seltener anzutreffen sein dürfte als bei Erwachsenen, da vor allem Kindern bereits die Möglichkeit des Verlassen des häuslichen Umfeldes vergleichsweise schwer fallen dürfte, Löwenstein (1996) weist allerdings darauf hin, dass das Weglaufen von Jugendlichen aus einem konfliktbelasteten Elternhaus („runaway behaviour“) durchaus als dissoziative Fugue gewertet werden kann. Das Ende einer dissoziativen Fugue ist meist genauso plötzlich wie ihr Anfang, die betroffene Person kehrt wieder in ihr vertrautes Umfeld zurück und beginnt, die amnestische Episode zu verarbeiten (Kihlstrom, 1990; Löwenstein, 1996).

Beim **dissoziativen Stupor** sind vom Aspekt die Kriterien eines Stupors erfüllt, was sich in einer Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung, sowie die Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivitäten zeigt. Es lassen sich aber keine Anzeichen einer körperlichen oder spezifischen psychiatrischen Störung finden. Gekennzeichnet ist der stuporöse Zustand 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). Wie bei anderen dissoziativen Störungen, fordert das ICD-10, das Vorausgehen eines belastenden Ereignisses.

Tranceähnliche Zustände sind in vielen ethnischen Gruppen verbreitet und dort weniger im psychopathologischen als vielmehr im religiösen Bereich zu finden. Unter den **Trance- und Besessenheitszuständen** sollen keine Zustände fallen, die im Rahmen kulturell oder religiös akzeptierter Situationen oder Rituale auftreten. Es sollen nur Trancezustände klassifiziert werden, die unfreiwillig oder ungewollt sind. Trance meint eine veränderte Bewusstseinslage mit nur selektiver Wahrnehmung der Umwelt. Häufig gehen stereotype Bewegungen und Verhaltensweisen mit einher. Besessenheit impliziert die Übernahme einer anderen Identität, die von einem Geist, einer Gottheit oder einer "Kraft" beherrscht wird. Im Anschluss besteht meist eine vollständige Erinnerungslücke.

Als dissoziative Störungen sind demnach nur jene anzusehen, die außerhalb des für die jeweilige Gesellschaft oder für die religiöse Gemeinschaft üblichen Rahmens auftreten und auch nur dann, wenn sie zu klinisch relevante Defiziten in persönlichen und psychosozialen Funktionen führen. Diagnostisch muss insbesondere beim Störungsbild der Trance differentialdiagnostisch auch an das Auftreten einer Psychose und gerade im Kinder- und Jugendbereich an Erscheinungsbilder des Autismus gedacht werden, welche ebenfalls mit stereotypen Bewegungsmustern und einer für Außenstehenden verändert erscheinenden Bewusstseinslage einhergehen können.

Das Störungsbild des **Ganser-Syndroms** wurde 1898 erstmals von Ganser beschrieben. Er beschrieb das Verhalten von drei Häftlingen, das 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 völlig unsinnig zu antworten. Diese 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 Bewusstseinsstörung sowie durch „hysterische“ Stigmata, wie ein durch bestimmte Reize ausgelöste Analgesie (Kapfhammer, 1998). In diesem Verhaltensmuster sah Ganser eine Variante des „hysterischen Dämmerzustandes“ (Ganser, 1904). Im weiteren Verlauf wurde der Begriff des Ganser Syndroms viele Male modifiziert in Hinblick auf die Frage seiner Entität im Rahmen der psychiatrischen Krankheitsbilder. Die heutige Einteilung verweist zum einen auf eine Sonderform der dissoziativen Störung, sie erwähnt jedoch zugleich das gehäufte Zusammentreffen des Ganser Syndroms mit unterschiedlichen hirnganischen Schädigungen (Cummings, 1985, Lishman, 1988). Das Vorliegen des klinischen Vollbildes gilt als äußerst selten, im Kindes- und Jugendalter findet es sich so gut wie nicht. Dieses Störungsbild findet sich auch unter der Bezeichnung „Pseudopsychose“.

Eine kontrovers diskutierte und äußerst selten diagnostizierte Störung stellt die **Multiple Persönlichkeitsstörung** dar. Unter dem Phänomen der Multiplen Persönlichkeitsstörung oder auch Dissoziativen Identitätsstörung versteht man das Vorliegen von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten bei einem Individuum. Der Wechsel von einer zur anderen Persönlichkeit erfolgt erstmals plötzlich und steht eng in Verbindung mit einem traumatischen Erlebnis. Nach einer Definition von Kluft (1991) sind die besonderen Kennzeichen des Störungsbildes seine Chronizität und eine komplexe Psychopathologie, die geprägt ist durch Störungen des Gedächtnisses und der Identität. Das Störungsbild der Multiplen Persönlichkeit enthält demnach psychopathologische Elemente, die auch bei der dissoziativen Amnesie oder der dissoziativen Fugue zu finden sind, es geht jedoch aufgrund der Kontinuität seines Auftretens darüber hinaus. Stand die Multiple Persönlichkeit in der Vergangenheit stark in der Diskussion, ob der Gültigkeit ihrer Existenz, so hat sie heute durch den Bewusstseinswandel über das Bestehen der dissoziativen Identitätsstörung ihre Berechtigung gefunden, was sich auch in der Aufnahme als eigenes Krankheitsbild in den aktuellen Klassifikationsschemata ausdrückt.

In der amerikanischen Literatur wird die Häufigkeit der Multiplen Persönlichkeitsstörung mit 1-3% der Allgemeinbevölkerung angegeben (Ross 1991). Ähnlich wie die anderen dissoziativen Störungen tritt auch die Multiple Persönlichkeitsstörung deutlich häufiger beim 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 angenommen (Kapfhammer, 1989), jedoch vergeht häufig eine lange Zeitspanne, durchschnittlich 7 Jahre (Löwenstein und Ross, 1992), bis es zur Diagnose der Störung kommt. Hinsichtlich der Pathogenese der dissoziativen Identitätsstörung wurden etliche Modelle aufgestellt, die jeweils für sich alleine das Störungsbild nur unzureichend erklären konnten. Sicherlich muss auch bei diesem Störungsbild von einer multifaktoriellen Entstehung ausgegangen werden (Kluft 1996). Bei der Multiplen Persönlichkeitsstörung findet sich eine hohe Anzahl komorbider Störungen, so finden sich bei einem Großteil der Patienten gleichzeitig Angststörungen, Symptome einer Borderline-Persönlichkeit, affektive Psychosen und einer Großzahl anderer Störungen (Kluft 1996).

Ergänzend sind an dieser Stelle noch die Diagnosen der *Depersonalisation/Derealisation* zu erwähnen, die im DSM-IV unter den dissoziativen Störungen verschlüsselt werden:

Depersonalisation drückt das Gefühl der Entfremdung gegenüber dem eigenen Körper aus. Derealisation umschreibt ein analoges Gefühl der Entfremdung der Person in Hinsicht auf die Umwelt. Diese Zustände stellen ein Kontinuum dar und können zusammen oder getrennt auftreten. Sie sind Bestandteil vieler anderer psychiatrischer Störungen, wie auch anderer dissoziativer Störungen oder treten im Rahmen von somatischen Erkrankungen in Erscheinung. Sie können aber auch als eigenständige klinische Syndrome auftreten. In der Allgemeinbevölkerung kennzeichnen sie in milder Form häufig verbreitete veränderte Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung

Dissoziative Störungen, die die Bewegung oder Sinnesempfindungen betreffen, können in vielfältigster Art auftreten (Tabelle 3). Es findet sich darunter ein vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrere Körperteile. Neben Lähmungen, die unterschiedliche Ausmaße annehmen können, sind auch unterschiedliche Formen und Grade mangelnder Koordination (Ataxie) bzw. alle ähnlich gearteten Zustände wie Apraxie, Akinesie,

Aphonie, Dysarthrie, Dyskinesie oder Paresen zu verschlüsseln. Es kann zu Bewegungsabläufen kommen, die ähnlich wie epileptische Anfälle verlaufen, jedoch ohne Zungenbiss, schweren Verletzungen beim Sturz, Urininkontinenz oder Verlust des Bewusstseins einhergehen. Es kann weiterhin zu unterschiedlichen Verlusten der verschiedenen sensorischen Modalitäten kommen. Beim Auftreten von visuellen Störungen ist mehr der Verlust der Sehschärfe als ein vollständiger Sehverlust zu beobachten. Selten sind dissoziative Taubheit oder Anosmie. Häufig treten auch Kombinationen der spezifischen dissoziativen Störungen auf.

Tabelle 3
Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung

<i>Dissoziative Bewegungsstörung (F44.4)</i>
<i>Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)</i>
<i>Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)</i>
<i>Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (F44.7)</i>
<i>Vorübergehende dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend (F44.82)</i>
<i>sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen (F44.88)</i>
<i>nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (F44.9)</i>

Dissoziative Krampfanfälle können prinzipiell all jene Symptome zeigen, die auch bei organisch begründbaren epileptischen Anfällen beobachtet werden. Diese können vom Bewusstseinsverlust über kurze Absencen bis hin zu generalisierten tonisch-klonischen Konvulsionen reichen. Um die Diagnose eines dissoziativen Krampfanfalles zu sichern, sollte ein mehrfach unauffälliger EEG-Befund, der nach Möglichkeit auch während eines Anfalles erhoben wird, vorliegen. An diesem Punkt stellt sich ein prinzipielles Problem bei der Diagnostik und Differentialdiagnostik der psychogenen Krampfanfälle. Denn auch bei organisch bedingten Krampfanfällen lassen sich nicht immer Veränderungen der cerebralen Erregung eindeutig dokumentieren. Besonders schwierig gestaltet sich die Unterscheidung zwischen einer sogenannten „echten“ Epilepsie und psychogener Anfälle beim gleichzeitigen Auftreten beider Erkrankungen. Im Rahmen von dissoziativen Krampfanfällen lassen sich auch öfters Symptom einer Fugue oder eines Stupors

beobachten, wodurch sich beispielhaft die nosologische Nähe beider Ausprägungen der Erkrankung darstellt.

Unter den *dissoziativen Bewegungsstörungen* finden sich insbesondere motorische Defizite, wie muskuläre Schwächen oder Paresen der Extremitäten. Gelegentlich finden sich Störungen im Bereich der Nackenmuskulatur (Torticollis spasticus) oder der Rumpfmuskulatur. Ganz selten sind Paresen im Gesicht oder im Bereich der Zungenmuskulatur zu beobachten. Hinweise auf eine psychogene Genese der Störung lassen sich daran erkennen, dass die Störungerscheinungen organische Strukturen missachtend auftreten. Es lässt sich weiterhin beobachten, dass in Momenten, in denen sich die Patienten ungestört fühlen oder sie gezwungenermaßen eine Bewegung ausführen müssen, die muskuläre Schwäche oder Parese aufgegeben wird. Daher ist eine solche dissoziative Störung mit einer neurologisch-körperlichen Untersuchung in einigen Fällen bereits zu diagnostizieren. Komplizierter gestaltet sich die Diagnose von Gang- oder Standstörungen.

Die Bewertung von Symptomen, die sich wie ein Tremor oder eine Dyskinesie bzw. Dystonie äußern und das Bild einer Störung des extrapyramidalen Systems nahe legen, erweisen sich ebenfalls als äußerst schwierig. Ein Hinweis findet sich zum Beispiel darin, dass die speziellen Symptome im Zusammenhang mit belastenden psychosozialen Situationen besonders stark imponieren. Dennoch ist bei der Diagnosestellung besondere Vorsicht geboten. Weitere, die dissoziative Bewegungsstörung begleitende Merkmale sind häufig ein leidender und angestrenzter Gesichtsausdruck, ein Stöhnen, eine manierierte Handhaltung oder eine Hyperventilation (Kapfhammer, 1998). Äußert selten auftretende Symptome der dissoziativen Bewegungsstörung sind Schluckbeschwerden, ein Harnverhalt oder der vollständige oder teilweise Verlust der Lautäußerung.

Bei dieser Form der dissoziativen Störung sollte eine eingehende fachärztliche neurologische Untersuchung stattfinden. Aber auch eine internistische Abklärung sollte erfolgen. Neben einer neurologischen Ursachenforschung sollte bei Kinder- und Jugendlichen auch eine eingehende pädiatrisch-internistische Untersuchung durchgeführt werden.

Vergleichbar mit den dissoziativen Bewegungsstörungen finden sich bei vielen *dissoziativen*

Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen Symptome im Bereich der Extremitäten. Betroffen können alle Qualitäten der Empfindung sein, sowohl als alleiniges Defizit wie auch miteinander auftretend. Das aufgehobene, herabgesetzte oder gestörte Berührungsempfinden ist hier am häufigsten anzutreffen. Seltener dagegen sind eine Störung der Tiefensensibilität oder des Temperaturempfindens. Zu den dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen zählen ebenfalls die Störungen der Sinnesorgane. Am häufigsten sind hier die Augen betroffen. Sehr viel seltener sind Störungen des Gehörs oder des Geruchssinns eruierbar.

Die diagnostischen Leitlinien im ICD-10 fordern ganz im Gegensatz zu den primär deskriptiv angelegten Störungsdefinitionen anderer diagnostischer Kategorien einen zeitlichen Zusammenhang des Störungsbegins mit Belastungen, Problemen oder gestörten Beziehungen. Die Symptomatik darf nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar sein.

Im Unterschied dazu klassifiziert die American Psychiatric Association (DSM-IV; APA, 1994) die Konversionsstörung, die sensorische und motorische Symptome (eingeschlossen psychogene Anfälle) umschließt, in einer Unterkategorie der somatoformen Störungen. Dissoziative Störungen bilden im DSM-IV eine eigene Gruppe, die im Unterschied zum ICD-10 die Depersonalisationsstörung mit einschließt. Im ICD-10 wird das Depersonalisations- / Derealisationssyndrom unter „Sonstige neurotische Störungen“ verschlüsselt. Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen einem Konflikt und dem Auftreten eines Symptoms wurde im DSM-IV nur für die Konversionsstörung in die diagnostischen Kriterien mit aufgenommen.

Der Begriff der Hysterie, dem in der Vergangenheit mannigfaltige klinische Krankheitsbilder zugeschrieben wurde, ist in den heutigen Klassifikationssystemen (DSM-IV und ICD-10), die phänomenal konzipiert sind, nicht mehr aufgenommen, sondern in eine Vielzahl diagnostischer Kategorien klassifiziert. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff "dissoziativ" in Anlehnung an die ICD-10 in seinem weiteren Sinne gebraucht und schließt neben Störungen, die sich auf der Bewusstseins- oder der kognitiven Ebene zeigen (z.B. die Amnesie) auch körperliche Symptome (Konversionssymptome) mit ein.

2.3. DISSOZIATIVE STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

2.3.1 Phänomenologie der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter

Bei Kindern und Jugendlichen werden nach Remschmidt (1997) folgende Faktoren als ätiologisch bedeutsam betrachtet:

1. eine familiäre Häufung von dissoziativen Störungen, wobei der Stellenwert einer genetischen Belastung weitgehend unklar ist
2. eine disponierende Persönlichkeitsstruktur,
3. Modellernen,
4. eine aktuelle Konflikt- und Überforderungssituation,
5. die "Symptomwahl" bestimmende Verletzungen und Erkrankungen in der Vorgeschichte,
6. operante Faktoren in Form positiver oder negativer Verstärkung ("Krankheitsgewinn") und
7. eine Begünstigung durch organische Hirnschädigungen.

Im Kindes- und Jugendalter manifestieren sich auf Symptomebene häufig psychogene Krampfanfälle, Bewegungsstörungen (vor allem Gangstörungen und Lähmungen), Dämmerzustände und Sehstörungen (Lehmkuhl et al., 1989; v. Aster et al. 1987).

Letztlich können fast alle körperlichen Erkrankungen der Konversionsstörung als Modell dienen. Die Symptomatik zeigt sich in motorischen, sensiblen, sensorischen und somatoviszeralen Störungen (Eggers, 1991). Die dissoziativen Bewusstseinsstörungen, wie dissoziative Amnesien, Fugue-Zustände oder Trance- und Besessenheitszustände treten bei Kindern- und Jugendlichen sehr selten auf. Hingegen kann es zu Erinnerungslücken kommen, selten werden ekstatische Verhaltensweisen, eingeschränkte Bewusstseinszustände oder Schlafwandeln gesehen (Trott, 1996). In der Literatur kaum beschrieben ist im Kindes- und Jugendalter das Ganser-Syndrom, dass sich in Form von Bewusstseinsminderung, Pseudodemenz und regressiv-infantilem Verhalten äußert. Im Kindes- und Jugendalter stehen, so bisherige Studien an kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten, bei ca. 40% aller Konversionssyndrome Anfälle oder Bewegungsstörungen im Vordergrund. Bei jeweils 13% äußert sich die Symptomatik in Form von

psychogenen Lähmungen oder sensorischen Ausfällen. Bei Blanz et al. (1987) wird seltener von Seh- und Hörstörungen berichtet. Eine gänzliche Blindheit kommt bei Kindern und Jugendlichen ohnedies selten vor. Dagegen kommt es zur Abnahme der Sehschärfe bzw. verschwommenem Sehen oder zu Gesichtsfeldeinschränkungen, die als Tunnelblick beschrieben werden. Nicht selten findet sich ein gleichzeitiges Auftreten unterschiedlicher Konversionssymptome. Kennzeichnend für die dissoziative Störung ist ein akuter Beginn, der in einem zeitlichen Zusammenhang mit einem psychischen Stressor liegt. Im Verhalten der Kinder und Jugendlichen findet sich häufig ein der Situation nicht angemessenes Fehlen von Betroffenheit, die in der Literatur als „belle indifférence“ beschrieben ist.

Bei Kindern und Jugendlichen wird als Modell der Erkrankungen in untersuchten Familien ein Zusammenwirken von Umweltfaktoren und genetischen Faktoren als möglich angesehen. Es wird eine genetische Prädisposition für neurotische Störungen vermutet, die unter spezifischen Belastungsfaktoren zu einer neurotischen Störung führen könnten (Schulte-Körne & Remschmidt, 1996). Es findet sich überzufällig häufig bei Patienten mit Konversionssyndrom ein Modell in der Familie (Trott, 1996).

2.3.2 Komorbidität

Andere klinische Störungen werden bei dissoziativen Störungen mit 10 bis 50% relativ häufig gefunden (Merskey und Buknih, 1975; Captan und Nadelson, 1980; Rothenberger und Buknih, 1982). Jans und Warnke (1999) beschrieben in ihrem Übersichtsartikel im Verlauf der dissoziativen Störungen bei 11,5% bis 37,8% komorbide psychiatrische Störungen im Verlauf. Die Beschreibung einer Kombination von Konversionssymptomatik und soziopathischer Störung findet sich bei Guze (1964) und bei Woodruff (1971). Die Autoren erkannten Anzeichen dahingehend, dass weibliche Jugendliche, die delinquente oder dissoziale Tendenzen hatten, später als Erwachsene hysterische Symptome entwickeln (Robins, 1966; Guze et al., 1973)

Blanz et al. (1987) beschreiben nur bei einem Fünftel der Patienten das Auftreten einer dissoziativen Symptomatik; bei anderen zeigten sich ein weiteres oder mehrere andere Symptome. 16% der Kinder und Jugendlichen hatten suizidale und parasuizidale Handlungen

durchgeführt. Diese Rate stimmt genau mit der von Kindern und Jugendlichen mit neurotischen Störungen von Poustka (1985) überein.

Bei Goodyer (1980) wird bei 80% der Patienten von einer früheren psychischen Verhaltensauffälligkeiten berichtet (z.B. Angstzustände, Schulverweigerung, Enuresis, Depression). Auch in der Studie von Goodyer & Mitchell (1989) wird bei 85% der Patienten mehr als eine dissoziative Symptomatik berichtet.

Im Erwachsenenalter zeigt sich eine Reihe relevanter psychiatrischer Zusatzdiagnosen (Spitzer et al. 1994). In dieser Studie dominieren dabei mit einem Anteil von 72% Angststörungen, insbesondere Phobien, sowie depressive Störungen mit 52%. Weiterhin wurden Suchterkrankungen und somatoforme Störungen beschrieben.

2.3.3 Epidemiologie

Nach einer Übersicht von Blanz und Lehmkuhl (1986) schwankt die Häufigkeit der Diagnose in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation zwischen 0,5% und 17%. Aufgrund der unterschiedlichen diagnostischen Kriterien und Bezugsgruppen erscheinen die Ergebnisse der Studien kaum komparabel. Der Grund für die divergierenden Angaben dürfte nicht zuletzt auf bedeutsame Einflüsse des soziokulturellen Hintergrunds auf die Prävalenzrate belegen, wie die Studie von Srinath et al. in Indien zeigt. Die Autoren stellten bei 31% der durch sie untersuchten stationären Patienten die Diagnose einer Hysterie.

Lieb et al. (1998) erhoben in einer Studie Daten zur Häufigkeit somatoformer Störungen, womit Beschwerdebilder mit körperlichen Symptomen gemeint sind, die nicht hinreichend durch einen körperlichen Befund erklärbar sind (DSM-IV), bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 24 Jahren. Demnach beträgt die Lebenszeitprävalenz der Konversionsstörung 0,35%, diejenige der nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung (begrenzt auf die Symptome Schwäche-Ohnmachtsanfall, Bewusstlosigkeit und Amnesie) 0,82%. Auf Symptomebene gaben 6,9% der Probanden typische Konversionssymptome, 9,8% weitere pseudoneurologische

Symptome und 7,5% die genannten dissoziativen Symptome an. Die Daten belegen ein eindeutiges Überwiegen des weiblichen Geschlechts (Konversionsstörung: 0,14% m vs. 0,56% w, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung 0,21% m vs. 1,38% w). Ab dem 16./17. Lebensjahr ist ein merklicher Anstieg der Prävalenz zu verzeichnen. Hinsichtlich der soziodemographischen Daten wurden keine bemerkenswerten Auffälligkeiten oder Zusammenhänge gefunden. Dissoziative Erlebens- und Verhaltensweisen sind bei bis zu 20% jugend- und erwachsenenpsychiatrischen Populationen in einem klinisch relevanten Sinne zu finden. (Armstrong et al., 1997; Brunner et al., 1999; Freyberger et al., 1998, Putnam et al., 1996). Bei Brunner et al. (1999) fanden sich mit den dissoziativen Störungen im kategorialen Sinne die Borderline-Persönlichkeitsstörung und affektive Störungen assoziiert.

2.3.4 Diagnose

2.3.4.1 Diagnostische Verfahren

Die Diagnosestellung erfolgt üblicherweise über unstrukturierte klinische Interviews, die differentialdiagnostische Überlegungen und die Erfassung komorbider Störungen mit berücksichtigen. Aus Gründen der Qualitätssicherung, zum Zwecke der diagnostischen und begrifflichen Einheitlichkeit (u.a. zu Forschungszwecken) ist die Durchführung strukturierter bzw. standardisierter diagnostischer Interviews heutzutage aber Standard.

In den gängigen diagnostischen Interviews ist in der Regel auch ein Kapitel zur Erfassung dissoziativer Störungen enthalten. Für Kinder werden im englischen Sprachraum das Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1, Fisher et al., 1993) und das Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents (ADIS-C, Silverman & Nelles, 1988) eingesetzt. Im deutschsprachigen Raum ist das Diagnostische Interview für psychische Störungen (Kinder-DIPS, Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995) verbreitet. International verbreitete diagnostische Interviews für Erwachsene existieren in deutschsprachiger Adaptation (z.B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, SKID, Wittchen, Zaudig & Feydrich, 1997), Composite International Diagnostic Interview, CIDI, Wittchen et al., 1995). Komorbide Persönlichkeitsstörungen können mit den deutschen Adaptationen der International Personality

Examination (IPDE, Mombour et al., 1996) und dem SKID-II (Wittchen et al., 1997) erfasst werden.

Zur spezifischen Diagnose dissoziativer Störungen wurde im amerikanischen Raum eine Reihe verschiedener Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren entwickelt (Spitzer et al., 1996). Diese orientieren sich allerdings an den diagnostischen Leitlinien der DSM-Systeme. Im deutschsprachigen Raum findet sich eine autorisierte deutsche Bearbeitung der Dissociative Experience Scale (DES, Bernstein et al., 1986). Dieser Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS; Freyberger et al., 1999) umfasst die 28 Items der Originalfassung, welche Dissoziation auf psychischer Ebene erfassen. Für die deutsche Version wurden weitere 16 Items hinzugefügt, um auch die dissoziativen Symptome gemäß der ICD-10 erfassen zu können. Es diskriminiert gut zwischen Patienten mit einer klinisch relevanten dissoziativen Symptomatik und Patienten ohne dissoziativer Störung sowie gesunden Kontrollpersonen (Freyberger et al., 1999). Die Autoren betonen aber, dass das Verfahren zur klassifikatorischen Diagnostik im Einzelfall nicht geeignet sei. Es wird ebenfalls empfohlen das Instrument erst ab dem Alter von 18 Jahren einzusetzen. Die Autoren gehen von einer bewussten Wahrnehmung erst ab diesem Alter aus. Eine weitere Adaptation des DES stellt das Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI, Brunner et al., 1999) dar. Dieses Verfahren stellt das bisher einzige Erhebungsinstrument dar, dass auch an jugendlichen Patienten untersucht wurde (A-DES). Es beinhaltet ein eigens entwickeltes strukturiertes Interview zur kategorialen Zuordnung dissoziativer Symptome nach den Diagnosekriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1994) und /oder DSM-IV. Weitere Diagnoseinstrumente für den kinder- und jugend-psychiatrischen Bereich finden sich im englischsprachigen Raum von Putnam et al. (*Child Dissociative Checklist, CDC, 1993*) und Armstrong et al. (*Adolescent Dissociative Experiences Scale, A-DES, 1997*).

2.3.4.2 Diagnostische Richtlinien

Diagnoseweisend für die dissoziative Störung können Symptom-Wechsel, eine Verstärkung der Symptomatik bei Auftreten von erneut emotional belastenden oder Überforderungssituationen sowie die Anwesenheit von Publikum sein. Symptombesserungen treten dagegen häufig bei Ablenkung auf (Egle und Ecker-Egle, 1998). Eine unmittelbare Beobachtung des Symptoms

erbringt oft Hinweise auf eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der Symptomatik und der damit verbundenen Dynamik bezüglich elterlicher Bemühungen, die überfürsorglich anmuten im Kontrast zur öfters auftretenden Unberührtheit des Kindes. Infolge der häufig entstandenen innerfamiliären Dynamik ist die Gewinnung von fremdanamnestischen Angaben bedeutungsvoll. Diese beziehen sich auf die Art beispielsweise von Lähmungserscheinungen oder dem Ablauf von „Anfällen“, die häufig sehr abwechslungsreich verlaufen und nicht auf typische stereotype Muster begrenzt bleiben. Das Bewusstsein wird dabei in der Regel nicht verloren. Sensibilitätsstörungen beziehen sich in der Regel nicht auf neurologisch definierte Abschnitte. Auch sind der Umgang mit Krankheit oder gesundheitlichen Problemen in der Familie wichtig. Könnten andere Familienmitglieder als Modell der Erkrankung dienen oder bestehen beim Patienten selbst organische Grunderkrankungen wie ein Anfallsleiden, das situationsabhängig auch „eingesetzt“ werden kann, so dass neben der organischen Grunderkrankung auch Konversionssymptome auftreten können. Aufgrund der Verbindung zu Überforderungssituationen kommt der testpsychologischen Überprüfung des allgemeinen Entwicklungsstandes, insbesondere des intellektuellen Leistungsvermögens im Kindes- und Jugendalter, eine besondere Bedeutung zu (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2000)

2.3.4.3 Validität der Diagnose

Inwieweit sich die Symptome, die bei Erstdiagnose als dissoziativ angesehen wurden, im Verlauf als direkte Symptome einer organischen Erkrankung erwiesen, gilt die Frage nach der Validität der Diagnose einer hysterischen oder dissoziativen Störung. In Tabelle 4 findet sich ein Überblick über die Validität der Diagnose dissoziativer Störungen, wie sie anhand von Verlaufsstudien von Patienten im Kindes- und Jugendalter beschrieben wird.

Tabelle 4

Validität der Diagnosen: prozentualer Anteil der Patienten, bei denen sich die Diagnose einer dissoziativen bzw. hysterischen Störung im Verlauf aufgrund organischer Verursachung der Symptome als falsch erwies (Jans & Warnke, 1999)

Autor	Fehldiagnosen (Prozent)
Robins & O'Neal (1953)	a)
Rada et al. (1973)	16.7
Goodyer (1981)	a)
Kotsopoulos & Snow (1986)	4
Maisami & Freeman (1987)	5.6
Goodyer & Mitchell (1989)	a)
Stickler et al. (1989)	0
Wyllie et al. (1990) ^{a)}	a)
Spierings et al. (1990)	7.2
Lancman et al. (1994) ^{a)}	a)

^{a)} keine genaueren Angaben

Es zeichnet sich ein Anteil von Fehldiagnosen ab, der zwischen 0 und 16,7% schwankt. In neueren Studien hingegen findet sich eine befriedigende Validität der Diagnose. Kent et al (1995) fanden bei 12,5% der Patienten eine organische Ursache der als ursprünglich konversionstypische Symptome eingestuften Beschwerden. In einer über sechs Jahre verlaufenden Studie von Crimlik et al. (1998), der die Validität der Diagnose bei motorischen Konversionssymptome bei erwachsenen Patienten einer neurologischen Inanspruchnahmepopulation untersuchte, fand sich bei nur knapp 5% der Patienten eine körperliche Erkrankung, durch die die Symptomatik erklärbar wurde. Als Grund wird von den Autoren die verbesserte und effizientere körperliche neurologische Diagnostik im Vergleich zu älteren Studien angegeben.

Köbler & Scheidt (1997) geben eine umfassende Übersicht über die Ergebnisse von 14 Verlaufsstudien, die sich auf die Validität der Diagnose von Konversionsstörungen beziehen. Die Mehrzahl der Studien bezieht sich aber bei Erstuntersuchung auf erwachsene Patienten. Die Anzahl der Fehldiagnosen liegt in diesen Studien zwischen 12,5% und 100%. Köbler & Scheidt schlussfolgerten anhand der ihnen vorliegenden Studien, dass methodische oder inhaltliche Ungenauigkeiten (unklare Krankheitsdefinition oder diagnostische Kriterien, kurze Follow-up-Perioden, kleine Stichproben) zu einer unzureichenden Validität bei der Diagnose einer

Konversionsstörung führen. Untersuchungen mit methodisch und inhaltlich aussagekräftigem Design führten mit einem Anteil von Fehldiagnosen unter 10% zu einer guten Validität der Diagnose. Zusammenfassend sprechen für eine valide Diagnose eindeutige und positiv formulierte diagnostische Kriterien, die nicht auf den Ausschluss organischer Symptomverursachung beschränkt sind. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, dass sechs von den sieben als aussagekräftig eingestuften Studien nach 1980 veröffentlicht sind und sich auf die Kriterien des DSM -III-(R) beziehen.

2.3.5 Differentialdiagnose

Insgesamt gilt die Diagnose und Differentialdiagnose bei dissoziativen Störungen als schwierig (Blanz & Lehmkuhl, 1986). Die Abklärung der Diagnose muss hinsichtlich der somatisch-neurologischen als auch der psychologisch-psychiatrischen Ebene erfolgen. Liegt der Schwerpunkt der Suche auf einer organischen Ursache besteht die Gefahr einer psychogenen Verstärkung der Symptomatik sowie einer Fixierung auf somatischer Ebene. Bei frühzeitiger Missachtung oder Nichtbeachtung der organischen Symptome könnte dagegen das Übersehen einer schleichend beginnenden neurologischen Erkrankung drohen. So wiesen Caplan (1970), Goodyer (1981) und Volkmer (1984) bei bis zur Hälfte, der von ihnen untersuchten Patienten im weiteren Verlauf organische Erkrankungen nach, die für die Symptomatik verantwortlich gemacht werden konnten. Caplan berichtet davon, dass vor allem Sehstörungen fehldiagnostiziert wurden. Gold (1965) sieht primär bei besonders demonstrativen Zügen, bei denen die Patienten besonders darauf bedacht sind, durch ihre Symptome Zuwendung zu erlangen oder ein starkes Mittelpunktstreben im Vordergrund steht, die Gefahr einer Fehldiagnose. Allgemein bezieht das ICD-10 das Ausschlusskriterium für die Diagnose einer dissoziativen Störung auf das Vorliegen einer *Simulation*. Unter einer *Simulation* versteht man die absichtliche Präsentation von Krankheitssymptomen oder -zeichen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Im Erwachsenenalter treten Simulationen oft in Verbindung mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen auf und dienen zum Beispiel zum Erhalten von Medikamenten.

Bei Kindern ist die Abgrenzung von der Konversionsstörung unter Umständen schwierig. Die Symptomatik schafft die Möglichkeit einer *Vermeidung* von unerwünschten Anforderungen, wie

zum Beispiel des Schulbesuches. Dem Wunsch nach Vermeidung liegen in der Regel eine Reihe andere psychiatrische Probleme zugrunde, wie eine Überforderungssituation, Trennungsängste, Sozialisationsprobleme. Andere mögliche Auslöser für vermeidendes Verhalten können eine schwierige familiäre Situation oder Probleme mit Gleichaltrigen sein. Demzufolge sollte eine diesbezügliche Diagnosestellung im Kindes- und Jugendalter äußerst vorsichtig gehandhabt werden (Trott, 1996). Das Münchhausen-Syndrom, ein Störungsbild, bei dem körperliche Symptome präsentiert werden, um in den Patientenstatus zu kommen oder verbleiben zu können, wurde auch für das Jugendalter beschrieben. Führt die nächste Bezugsperson (häufig aus der Berufsgruppe medizinischer Helferberufe) absichtlich Krankheitssymptome beim Kind herbei, spricht man vom „Münchhausen-by-proxy-Syndrom“ (AWMF, 2003).

Im Hinblick auf die Differentialdiagnose dissoziativer Erkrankungen werden für die einzelnen Störungsbilder jeweils eigene Angaben gemacht. In der folgenden Tabelle 5 sind die wichtigsten Differentialdiagnosen aufgeführt.

Tabelle 5
Differentialdiagnose der dissoziativen Symptomatik (ICD-10, 1993)

Körperliche bzw. neurologische Erkrankungen und organisch bedingte psychische Störungen: z.B. postiktale Amnesien bei Epilepsie, postiktale Fugue bei Temporallappenepilepsien, amnestisches Syndrom beim Korsakow-Syndrom
Hypochondrische Störung: Exzessive Beschäftigung mit dem Beschwerdebild
Simulation als bewusste Vortäuschung einer Erkrankung
schizophrene Psychosen: katatoner Stupor, Halluzinationen, Wahn
Posttraumatische Belastungsstörung
Persönlichkeitsstörungen: Borderline PS, Histrione PS
Affektive Störungen: z.B. depressiver oder manischer Stupor
Münchhausen - Syndrom oder Münchhausen-by-proxy
Somatoforme Störungen

Bei den klassischen Konversionsstörungen gehören zu den wichtigsten somatischen differentialdiagnostischen Einschätzungen Epilepsien, Tumore oder entzündliche Erkrankungen.

Bei der dissoziativen Bewusstseinsstörung ist bei der differentialdiagnostische Abgrenzung zu Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders auf den Verlauf der Störungen zu achten, da sogenannte Erstrang-Symptome zur weitreichenden Fehleinschätzung im therapeutischen Vorgehen führen könnten. Wichtig deshalb erscheint eine genaue Erfassung der dissoziativen Erlebens- und Verhaltensweisen.

Die Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Abgrenzung der Konversionsstörung von der somatoformen Störung zeigt sich deutlich in der unterschiedlichen Einordnung der beiden Klassifikationsschemata ICD-10 (Dilling et al., 1991) und DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig, 1996). Die Konversionsstörung wird im DSM-IV nicht den dissoziativen Symptomen, sondern dem Kapitel der somatoformen Störungen zugeordnet, mit der Begründung „um zu betonen, dass auch neurologische oder andere medizinische Krankheitsfaktoren bei der Differentialdiagnostik in Erwägung zu ziehen sind.“ In einer Kasuistik von Wewetzer & Warnke (1999) wird die Problematik der Abgrenzung verdeutlicht, in Hinblick auf das Vorliegen einer Anpassungsstörung auf ein primär organisches Leiden einerseits oder auf eine Konversionsstörung im Sinne einer dissoziativen Störung nach ICD-10 bzw. einer somatoformen Störung andererseits.

2.4 ÄTIOLOGIE DER DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN

2.4.1 Psychologische Hypothesen

2.4.1.1 Psychodynamisches Konzept

Es existiert eine Reihe von Modellen zur Pathogenese der Konversionsstörungen; eine herausragende Rolle stellt das psychodynamische Konzept dar. Der Begriff der Konversion stammt von Freud (1894). Zunächst vertrat Freud die Annahme, dass die Konversionssymptome aus unbewussten Triebkonflikten entstehen, die auf möglicherweise traumatische Erlebnisse oder frühere familiäre Interaktionen zurückgehen. Die Erinnerungen daran unterliegen Verdrängungsmechanismen, die bei analogen Konflikten aktualisiert werden und „somatisiert“ gelöst werden sollen. Ein Konversionssymptom entsteht demnach bei einem ungelösten unbewussten Konflikt, der sich Ausdruck durch ein körperliches Symptom verschafft. Galten ursprünglich sexualisierte Traumata als Triebkonflikte, erweiterten andere Autoren (z.B. Fenichel, 1945) diese um zentrale, präödiipale und aggressive Triebkonflikte. Die mit der Konversion verbundene seelische Entlastung wird als primärer Krankheitsgewinn bezeichnet, die damit gewonnene Aufmerksamkeit durch die Umwelt als sekundärer Krankheitsgewinn. Die Entstehung von Konversionsmechanismen wurde zunächst eng im Zusammenhang, ja als nahezu identisch mit der Reaktion von hysterischen Persönlichkeiten gesehen.

In der aktuelleren psychodynamischen Sichtweise stellen die Konversionssymptome eigene Lösungsstrategien dar, um mit einer Fülle von innerseelischen, interpersonalen und sozialen Konflikten durch die Identifikation mit einer bestimmten Krankenrolle fertig zu werden. Diese Konfliktlösung ist nicht an eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur gebunden. (Mentzos, 1980).

Bei Hoffmann (1996) wird eine psychodynamische Operationalisierung des Konversionsmechanismus vorgeschlagen. Er benennt fünf Kriterien, von denen drei erfüllt sein müssen, um bei neurologischen Symptomen, neben dem Ausschluss einer körperlichen Symptomatik, von einem Konversionsgeschehen sprechen zu können. Ein empirischer Nachweis dieser Hypothese steht bisher jedoch noch aus.

2.4.1.2 Lerntheorien

Lerntheoretische Ansätze stellen keinen Widerspruch zu den psychodynamischen Konzepten dar, sondern erscheinen durchaus mit diesen vereinbar zu sein. Hierbei wird versucht das klassisch und/oder operant konditionierte Krankheitssymptom einzusetzen, um mit problematischen und konflikthaften Situationen umzugehen und sie zu lösen. Lerntheoretische Prinzipien stellen dabei z. B. das Lernen am Modell dar. Häufig finden sich in der Umgebung der Patienten Personen aus dem familiären oder weiteren sozialen Umfeld, die phänomenologisch sehr ähnliche Symptome aufweisen (Kapfhammer et al., 1992).

Medizinsoziologische Theorien (Mechanic, 1962; Pilowsky, 1990) heben ein erlerntes Verhaltensmuster hervor. Dieses entsteht ihrer Ansicht nach durch soziale Strukturen, Verhaltensweisen im Umgang mit emotionalen Stresssituationen in Verbindung mit einer besonderen Konzentration auf körperliche Beschwerden.

2.4.2 Psychophysiologische Hypothesen

Neue Forschungsergebnisse, die den Zusammenhang zwischen Gedächtnis und Stress untersuchen, nehmen in der aktuellen Diskussion um die Entstehungsmodelle der Dissoziation einen wichtigen Stellenwert ein (Fiedler, 1999). In zahlreichen Tierexperimenten (McKittrick, Blanchard, Blanchard, McEwen & Sakai, 1995; Blanchard, Spencer, Weiss, Blanchard, McEwen & Sakai, 1995) sowie bei Opfern mit Traumaerfahrung (Bremner et al., 1995) konnte gezeigt werden, dass unter Stress das Funktionieren des expliziten (auch deklarativen) Gedächtnisses deutlich beeinträchtigt ist. Bei wiederholten Traumaerfahrungen kann es auch zu irreversiblen Veränderungen des Hippocampus kommen; bei den betroffenen Personen resultiert deshalb eine eingeschränkte Merkfähigkeit, die teilweise zu Erinnerungslücken oder falschen Erinnerungen führen kann.

Bei den Untersuchungen von möglichen morphologischen Veränderungen im Gehirn, speziell gedächtnisrelevanter Areale, sollten die Auswirkungen von Neurotransmittern und Neuropeptiden

in Bezug auf die Einwirkung von Stressoren auf die Funktion des Gedächtnisses untersucht werden (Kapfhammer, 2001). Dissoziative Symptome bzw. Störungsbilder sollten deshalb besonders unter der Berücksichtigung der verschiedensten Stressantwortsysteme, die Einfluss nehmen auf die Gedächtnisverarbeitung (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, Biogene, Amine), betrachtet werden.

Kapfhammer (2001) brachte funktionelle Störungen des Thalamus in enge Verbindung mit dissoziativen Symptomen der Wahrnehmung, die ein verändertes Zeiterleben, den Kontext und die visuelle oder Schmerzwahrnehmung betreffen. Diese Symptome wurden in Folge von Schlafentzug, einem erhöhten Aktivierungsniveau unter Stress oder bei Epilepsien beobachtet. In diesem Zusammenhang sind Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen sowie akustische und visuelle Halluzinationen bei Patienten mit Temporallappenepilepsie beobachtet worden. Auch eine veränderte Thalamusaktivierung bei der Absencen-Epilepsie untermauern die Rolle des Thalamus bei Integrations- und Informationsverarbeitungsprozessen.

Spence et al. (2000) und Vuilleumier et al. (2001) konnten in neurobiologischen Untersuchungsansätzen zu dissoziativen Störungen im Bereich der Körperempfindungen erstmals funktionale neuroanatomische Korrelate bei Patienten mit einer Pseudoparalyse der Extremitäten finden. Störungen im Bereich der Basalganglien und des Thalamus wurden als neuronale Korrelate der dissoziativen Bewegungsstörung gefunden. Mit der Bewegungsstörung einer Extremität wurde eine relative Minderaktivierung der kontralateralen thalamischen Schaltkreise sowie der Basalganglien beobachtet, die mit der Abnahme der Lähmungserscheinung ebenfalls zurückging (Spence et al., 2000). Schlussfolgern ließ sich dadurch die Annahme, dass dissoziative Lähmungen durch eine selektive Hemmung von motorischen Aktionen durch Veränderungen in spezifischen Systemen der Basalganglien und des Thalamus assoziiert sein könnten. Unbewusste emotionale Stressoren, die möglicherweise ihren Ursprung im Bereich des prozeduralen emotionalen Gedächtnisses haben und durch limbische Einflüsse von der Amygdala oder des orbito-frontalen Kortex vermittelt sind, könnten die Hemmung bewirkt haben (Vuilleumier et al., 2001).

Jang et al. 1998 zeigten in klassischen Zwillingsstudien, dass möglicherweise die erhöhte Bereitschaft zu dissoziativem Erleben genetisch beeinflusst erscheint. Weiterhin konnten

bestimmte genetische Einflüsse gefunden werden, die einen Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsstrukturen und einer Dissoziationsneigung vermuten lassen, so dass genetische Informationen, die die Persönlichkeitsstruktur beeinflussen, auch für die dissoziativen Reaktionsmuster verantwortlich sein könnten.

Multifaktorielles Modell

Es konnte mehrfach gezeigt werden, dass in der Genese der dissoziativen Störungen traumatische Erfahrungen eine Rolle spielen (Putnam, 1995). Sexuelle Traumata wurden aber in der Vergangenheit überschätzt (Merckelbach & Muris, 2001). Bei der Entwicklung von dissoziativen Störungen bei Jugendlichen dürften vielmehr eine Kombination von verschiedenen als Trauma empfundenen Erlebnissen und eine emotionale Vernachlässigung von Bedeutung sein (Brunner et al., 2000; Chu & Dill, 1990):

So scheint, wie bei vielen anderen psychiatrischen Störungen auch bei den dissoziativen Störungsbildern ein multifaktorielles Ätiologiemodell plausibel.

Resch und Brunner (2002) vermuten auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde, dass das psychobiologische Stressantwortsystem bei Patienten mit dissoziativen Störungen zu funktionellen bzw. strukturellen Beeinträchtigungen der Informationsverarbeitung und der Affektregulation führen; diese werden als mitverantwortlich für das Auftreten dissoziativer Symptome gesehen. Die Autoren gehen weiter davon aus, dass die dissoziativen Symptome als Stressor wirken und damit die Persönlichkeitsentwicklung negativ beeinflusst wird.

In diesem Zusammenhang erscheint Janets Modell der Dissoziation erwähnenswert, welches hauptsächlich auf einer Diathese-Stress-Theorie basiert, die in einer konstitutionellen Prädisposition zur Dissoziation begründet ist. Demnach muss eine Dissoziation nicht immer durch ein extremes äußeres Trauma ausgelöst werden, sondern stellt vielmehr eine persönlichkeitspezifische Vulnerabilität eines Menschen dar, bestimmte Ereignisse traumatisch zu erleben, und diese mit inadäquaten Bewältigungsmechanismen zu verarbeiten, was letztlich zur psychopathologischen Störung führt, die sowohl psychische als auch somatische Symptome zur Folge haben kann.

2.5 THERAPIE DER DISSOZIATIVEN STÖRUNG

2.5.1 Psychotherapeutische Therapieverfahren

Ein wichtiger Aspekt der Behandlung der dissoziativen Störungen bezieht sich auf die Akzeptanz und den Respekt, der Patienten und ihrer Symptomatik entgegengebracht werden müssen. Mehr vielleicht als bei anderen psychischen Erkrankungen liegt ein erfolgreiches Behandlungskonzept in einer vertrauensvollen Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten. Nicht selten fühlen sich Patienten mit diesem Krankheitsbild nicht ernst genommen. Es wird ihnen signalisiert: "es sei nichts". Dies kann zu einer nicht unerheblichen Kränkung und in häufigen Fällen zu einer Verstärkung der Erkrankung oder zum Abbruch der Therapie führen. Wichtig erscheint dabei, dem Patienten eine alternative oder ergänzende Sicht auf die körperliche Symptomatik zu ermöglichen.

In Abhängigkeit von Ausprägung, Dauer und Schweregrad der Symptomatik muss eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung erfolgen. Für die Durchführung einer stationären Behandlung sprechen schwere ausgeprägte komorbide Störungen, lang anhaltende Symptome, die das nähere Umfeld (z. B. die Familie) stark emotional aber auch im zeitlichen Umfang betreffen. Des Weiteren symptomverstärkende, ambulant nicht mehr zu lösende familiäre Interaktionen. Insbesondere Schulversäumnisse bzw. den Alltag massiv einschränkende Symptome sprechen für einen stationären Aufenthalt.

Ein mehrdimensional ausgerichtetes Therapiekonzept, das bei symptomspezifischer Behandlung konfliktbezogene Psychotherapie und umweltregulierende Maßnahmen mit einbezieht, hat sich bewährt (Maisami und Freeman, 1987; Trott et al., 1996).

Tabelle 6 zeigt die wichtigsten Behandlungsschritte in der Therapie dissoziativer Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf.

Tabelle 6***Therapeutische Behandlungsschritte bei der Therapie dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter (modifiziert nach Remschmidt, 2000)***

1. Nach der Identifikation des Konflikts (Auslöser) Vermittlung (Erarbeitung) anderer Bewältigungsstrategien durch Anwendung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen einschließlich kognitiver Strategien, wie z.B. Training sozialer Kompetenz, Fertigkeitentraining, Erkennen von Selbstüberforderung usw.
2. Symptomorientierte Übungsbehandlung unter Berücksichtigung relevanter Situationen. Funktionelle Einzelübungen als Behandlungsansatz: langsam aufbauende Krankengymnastik (z. B. bei Lähmungen und Bewegungsstörungen) unter „Wahrung des Gesichts“; Körpertherapie
3. Verhaltenstherapeutisch orientierte Rahmenbedingung, - die demonstrative Symptome weitgehend ignoriert und zur Bewältigung dieser ermutigt - Positive Verstärkung nicht symptomgebundener Verhaltensweisen, wodurch eine Kommunikation durch die Symptomatik unterbunden werden soll (Verstärkerpläne).
4.. Gegebenenfalls Einsatz von Suggestivmaßnahmen, wie Hypnose, zielgerichtete suggestive Beeinflussung oder passive Maßnahmen wie Reizsimulation, Massagen, die auch regressive Bedürfnisse befriedigen können. Suggestivmaßnahmen sollten nie isoliert eingesetzt werden, können aber v.a. zu Beginn der Behandlung nützlich sein.
5. Einbeziehung der Familie des sozialen Umfelds: Umstrukturierung des sozialen Umfeldes, so dass der Patient den durch die Symptomatik erzielten Krankheitsgewinn nicht mehr benötigt.
6. Kombination medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung bei Vorliegen einer zusätzlichen organischen Erkrankung, z.B. Epilepsie.
7. Langsame Anbahnung in Gesprächen über eine mögliche "symbolische Bedeutung" der Symptomatik. Dem Patienten ist diese symbolische Bedeutung in der Regel nicht bewusst. Wenn man sie zu Beginn der Behandlung bereits anspricht, so wird die Krankheit vom Patienten oft schuldhaft verarbeitet, oder er fühlt sich gedemütigt. Im Laufe der Behandlung kann Einblick in die Persönlichkeit und die eignen Reaktionsweisen erlangt werden, so dass auch der Zweck bzw. Sinn der Symptomatik erkannt und damit im Sinne einer echten Einsicht auch die mögliche symbolische Bedeutung deutlich werden kann.

Es findet sich in der Literatur immer wieder der Hinweis (Kammerer, 1980; Eggers, 1983), dass die Herausnahme aus dem belastenden Milieu bzw. das Beseitigen der Überforderung einen ersten wichtigen Schritt im therapeutischen Prozess bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen darstellt. Zuletzt auch deshalb, um möglicherweise aufrechterhaltende Faktoren (sekundärer Krankheitsgewinn) zu entkoppeln. V. a. bei Kindern und Jugendlichen sind enge Kontaktpersonen, in der Regel die Eltern, in den Behandlungsprozess mit einzuschließen (Nissen, 1997). Diese müssen ebenfalls über die Störung aufgeklärt werden. Ihnen kommt eine wichtige Rolle im Gesundheitsprozess (oft auch als Co-Therapeut) zu.

Bei Identifizierung einer objektivierbaren Überforderungssituation ist eine Entlastung im familiären oder schulischen Alltag für die Betroffenen zu schaffen.

Bei der Behandlung von dissoziativen Störungen im Erwachsenenalter findet sich in der Literatur eine Trennung zwischen der Behandlung von pseudoneurologischen dissoziativen Störungen und der Behandlung dissoziativer psychischer Symptome und Störungen (Spitzer & Freyberger, 1997; Fiedler, 1999). So kommt bei den dissoziativen Bewusstseinsstörungen der Auseinandersetzung mit den aktuellen oder früheren traumatischen Erfahrungen eine entscheidende Rolle zu (Eckhardt und Hoffmann, 1997). Zu Beginn der Therapie sollte aber zunächst die Verminderung der Dissoziationsneigung stehen, die unmittelbar verknüpft erscheint mit einem Umgang in Stresssituationen. Eine Kombination von psychodynamischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen hat sich bislang bewährt und findet seine Grundlage in der Behandlung von Borderline-Patienten (Linehan, 1993). Bei Kapfhammer (2001) finden sich in der verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiven Behandlung folgende Schritte:

- Die Bearbeitung von zentralen kognitiven Überzeugungen hinsichtlich der Symptombildung,
- Eine Sensibilisierung gegenüber den Effekten von Aufmerksamkeits- und Körperwahrnehmung,
- Eine direkte Ansprache belastender persönlicher Probleme,
- Eine Reduktion von vermeidendem Coping sowie ein Aufbau alternativer, erfolgsversprechender Lösungsstrategien,
- Eine physische Aktivierung und
- Die Bestärkung von „Normalverhalten“.

Bei der Behandlung der klassischen Konversionssyndrome schlägt Fiedler (1999) im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Maßnahme folgende drei Behandlungsschwerpunkte vor:

1.) Patientenschulung:

Erklärung der Konversion als autoregulative und selbstinduzierte Funktion

Versuch, dem Patienten zu Beginn einer Behandlung die Entstehung, Form und Bedeutung der Konversionsstörung nahe zu bringen, um ein plausibles Erklärungsmodell zu schaffen, das weiteren Behandlungsschritten als Grundlage dienen könnte.

2.) Therapieziel und Habituation

Analyse und Habituation der Konversion

Erarbeitung alternativer Verarbeitungsstrategien für die ursächlichen Belastungen, Stressoren oder möglicherweise ungelösten Konflikte, unter Verwendung von verhaltenstherapeutischen Wirkmechanismen wie Exposition und Habituation.

3.) Integration und Transfer

Letztlich finden auch psychodynamische Therapieansätze ihre Rechtfertigung in der Behandlung der dissoziativen Störungen. Es wird versucht zentrale Konflikte und emotionale Zustände als Ausdruck eines gestörten Selbst- und Objekterlebens zu sehen. Der Erfolg dieses therapeutischen Ansatzes ist uneinheitlich. Fenichel (1930) berichtete über positive Verläufe, hingegen zeigt sich bei Weber et al. (1967) nur bei einem Drittel eine Remission.

Grundsätzlich muss unmittelbar vor jeder psychotherapeutischen Intervention eine sorgfältige neurologisch-neuropsychiatrische und internistische Untersuchung erfolgen. Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass allgemein kontrollierte Therapiestudien zur Behandlung der dissoziativen bzw. der Konversionsstörung fehlen, so dass bislang keine therapeutischen Standards empfohlen werden können. Von der ISSD Task Force (International Society for the Study of Dissociation) wurden im Februar 2003 Richtlinien für die Behandlung der dissoziativen Störungen im Kindes- und Jugendalter veröffentlicht. Darin kann kein allgemeingültiges Konzept für die Behandlung dissoziativer Störungen gefunden werden. Es handelt sich mehr um allgemeine Behandlungsansätze. Die Empfehlungen der ISSD Task Force stimmen in großen Teilen mit den Empfehlungen der Leitlinien der AWMF (siehe Kapitel 2.3) überein.

2.5.2 Pharmakologische Therapie

Bei der Behandlung der dissoziativen Symptomatik steht eindeutig der psychotherapeutische Ansatz im Vordergrund. Eine Psychopharmakotherapie erscheint per se nicht indiziert. Beim Vorhandensein komorbider Störungen, wie Angststörungen oder schweren depressiven Symptomen sollte an eine Begleitmedikation gedacht werden. (Spitzer & Freyberger, 1997).

2.6 STAND DER FORSCHUNG ZUM VERLAUF DER DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN

2.6.1 Langzeitverlauf der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter

2.6.1.1 Überblick über die Methodik bisheriger Studien

Bisher wurde in keiner Studie zum Verlauf dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter bei Erstuntersuchung oder Katamnese standardisierte Untersuchungsinstrumente zur Erfassung der dissoziativen Symptomatik eingesetzt. Im Erwachsenenbereich dagegen findet die Anwendung standardisierter Instrumente zunehmend mehr statt (Kent et al., 1995; Ellason et al., 1997; Crimlisk et al., 1998). In den vorliegenden Verlaufsstudien ist die Beurteilung des Zustandes der Patienten bei Katamnese als sehr unterschiedlich zu bewerten. In keiner Studie finden sich Störungsdefinitionen nach den gängigen Klassifikationsschemata. Über den Zustand der Patienten bei Katamnese geben Verbesserungsratings hinsichtlich der dissoziativen Symptomatik, globale Verbesserungsratings oder Inanspruchnahmehäufigkeiten an der allgemeinärztlichen Versorgung wegen der ursprünglichen Beschwerden Auskunft. Allein in der Studie von Robins & O'Neal (1953) wird über die Häufigkeit gestellter Diagnosen berichtet.

2.6.1.2 Verlauf der dissoziativen Symptomatik

Zum Katamnesezeitpunkt wurden bei 13,5% bis 54,5% der Patienten dissoziative Störungen diagnostiziert (siehe Tabelle 7). Jans (1999) fasst zusammen, dass die unterschiedlichen prozentualen Häufigkeiten von Patienten mit dissoziativen Symptomen oder Störungen von den jeweils angelegten "Erfolgskriterien" abhängig seien. So erklärt sich die niedrige Rate dissoziativer Störungen in der Studie von Robins & O'Neal (1953), da Häufigkeiten auf Diagnoseebene angegeben werden. Andere Zahlen ergeben sich bei der Betrachtung auf Symptomebene. Insgesamt waren bei 22 Patienten Symptome eruierbar; jedoch nur vier der 23 nachuntersuchten Patienten hatten die Diagnose einer Hysterie. Die hohe Rate von 54% bei Spierings et al. (1990) dagegen wird dadurch relativiert, dass der Zustand bei 72% als gebessert beschrieben wird. Die grundsätzliche Vergleichbarkeit, so Jans, bleibt dennoch erhalten. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in acht Studien Ergebnisse auf der Grundlage dissoziativer Symptome beschrieben sind, demgegenüber bei Robins & O'Neal (1953) die Diagnoseebene und bei Stickler et al. (1989) von einer unspezifischen "Beschwerdeebene" gesprochen wird.

Tabelle 7**Follow-up Studien zu dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter:
Stichprobenbeschreibung und Studiendesign (Jans & Warnke 1999)**

Autor	Untersuchte (Gesamt- kollektiv)	Katamnese- dauer	Alter bei Erkrankung (in Jahren)	Alter bei Vorstellung (in Jahren)	Stichprobe & Diagnose- kriterien	Alter bei Katamnese (in Jahren)
Robins & O'Neal (1953)	37(41)	8.6 Jahre (2-17)	Krankheitsdauer bis Kontakt: "1Tag bis 7 Jahre"	9.9 (3-14)	gemischt: - Hysterie - Hypochondrie - "mixed psychoneurosis"	18.6
Rada et al. (1973)	18(20)	"mindestens ein Jahr"			visuelle Konvers.-symptomatik	7-18
Goodyer (1981)	12(15)	Ein-Jahres-Verläufe	v.a. präpuberal bei Beginn, durchschn. Krankheitsdauer bis Kontakt: männl.: 15 Mo. weibl.: 5 Mo.		stationäre Patienten, v.a. Bewegungs- und Sehstörungen	
Kotso-poulos & Snow (1986)	20(25)	25.7 Monate (12-58 Mo.)	Krankheitsdauer bis Kontakt: n=13 ≤ 2 Mo. n=7: 3 Mo. bis 7 Jahre	7-16	Konversionsstörung und Schmerzstörung (DSM-III) (2 Pat. nur Schmerzsymptome)	
Maisami & Freeman (1987)	36(41)	3 Jahre (9 Monate - 7.5 Jahre)			Konversionsstörung (DSM-III) (13 Patienten Schmerzsymptome)	
Goodyer & Mitchell (1989)	59(93)	35 Monate (1-82 Mo.)	Anfälle: 11.4 andere dissoziative Symptome: 11 körperliche Beschwerden: 9.5	Anfälle: 14.1 andere dissoziative Symptome.: 12.2 körperliche Beschwerden: 11.2	"Hysterie": - Anfälle (n=16) - andere Symptome (n=20) Kontrollen: körperliche Beschwerden (n=23) DSM-III-R	
Stickler et al. (1989)	26(27)	12.6 (5-22)	Durchschnittliche Krankheitsdauer bis Kontakt: 9.4 Wochen (1-60 Wo.)	12.8	Atasie und Abasie (Konversionsstörungen. DSM-III)	25.5 (20-34)
Wyllie et al. (1990)	18(21)	30 Monate (6-66 Mo.)	13.8 (8-18)	14.5 (8-18)	psychogene Anfälle (keine Epilepsie, neurol. Erkrankung oder geist. Behinderung)	
Spierings et al. (1990)	82% (84)	50.7 Monate (13-131 Mo.)		12.1 (6-17)	Konversionsstörungen. DSM-III-R, auch Pat. mit v.a. psychogenen Schmerzen	
Lanman et al. (1994)	22(43)	40 Monate	12.4 (5-16)	15	psychogene Anfälle (keine Epilepsie)	

Untersuchungen, die Patientengruppen mit unterschiedlichen dissoziativen Störungsbildern umfassen, ergaben, dass zwischen 14% und 54% der Patienten bei Katamnese dissoziative Symptome oder Störungen aufwiesen (Robins & O'Neal, 1953; Goodyer, 1980; Kotsopoulos & Snow, 1986; Maisami & Freeman, 1987; Spierings et al., 1990). Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der dissoziativen Symptome.

Tabelle 8
Häufigkeit dissoziativer Symptome bzw. Störungen bei Katamnese (Jans & Warnke, 1999)

Autor	n	Diagnose- Kriterien ^{a)}	Methodik	Häufigkeit dissoziativer Symptome bzw. Störungen
Robins & O'Neal (1953)	37	Hysterie-Diagnose: multiple, auch somatoforme Beschwerden	persönliches Interview: 23 Pat. (meist auch ein Elternteil) schriftlich / telefonisch: 14 Pat.	13.5%
Rada et al. (1973)	18	psychogene Sehstörung ohne klaren Bezug zu definierten diagnost. Kriterien	augenärztliche und psychiatrische Untersuchung (16 Pat. persönlich, 2 Pat. andere Informationsquellen)	46.7% 7 von 15 Pat. keine Verbesserung oder fluktuierender Verlauf; 3 Pat. organische Grundlage
Goodyer (1981)	12	Konversionsstörung: kein org. Befund; Bezug zu emotionalen Schwierigkeiten	Analyse der Krankenblätter (1-Jahres-Verlauf)	34%
Kotsopoulos & Snow (1986)	20	DSM-III	Interview mit Eltern und Kind: n=7 andere Quellen / telefonisch: n=13	30%
Maisami & Freeman (1987)	36	DSM-III (Baseline)	nicht beschrieben	30.6%
Goodyer & Mitchell (1989)	59	DSM-III-R (Baseline)	Follow-up Fragebogen (Angaben des Hausarztes)	in Behandlung beim Hausarzt wegen Zielsymptomatik: Pseudoanfälle: 56% sonst. Konvers.-St.: 10%
Stickler et al. (1989)	26	DSM-III-R (Baseline) Konversionsstörung: Astasie / Abasie	Follow-up Fragebogen (Angaben des Patienten) Telefonisch, wenn kein Rücklauf des Bogens	geringe Beschwerden (nicht nur dissoziativer Natur): 34.6% "psychiatrische Probleme": 11.5%
Wyllie et al. (1990)	18	psychogene Anfälle, während EEG (Baseline)	telefonische Befragung der Patienten	Anfälle während des letzten Jahres: 22%
Spierings et al. (1990)	69	DSM-III-R (Baseline)	Fragebogen	noch vorhandene Beschwerden / Symptome: 54%
Lanman et al. (1994)	22	psychogene Anfälle	psychosoziale Adaptation: persönlich oder telefonisch (Eltern, Bezugspersonen) Anfälle: nicht genau beschrieben	Anfälle: 54.5%

^{a)} erfolgt keine Eingrenzung auf eine bestimmte Symptomatik wurden verschiedene dissoziative Störungsbilder untersucht

Bei der Betrachtung spezieller dissoziativer Symptome zeigt sich, dass mit einer Rate von 56% (Goodyer & Mitchell, 1989) sich vor allem Patienten mit psychogenen Anfällen zum Katamnesezeitpunkt in allgemeinärztlicher Behandlung befanden. Von den Patienten mit anderen Konversionssymptomen hingegen befanden sich nur 10% in der Behandlung bei einem Allgemeinarzt. Mit 55% berichten Lancman et al. (1994) ebenfalls von einer hohen Anzahl von Patienten mit weiterhin bestehenden psychogenen Anfällen bei Katamnese. In einer Studie von Wyllie et al (1990) hingegen traten nur bei 22% der untersuchten Patienten im Verlauf des letzten Jahres vor Katamnese Anfälle auf. Im Vergleich zu Patienten mit psychogenen Anfällen waren Patienten mit der Neigung zur Somatisierung mit einer Rate von 26%, seltener in allgemeinärztlicher Behandlung, im Vergleich zu Patienten mit anderen dissoziativen Symptomen mit 10 % (Goodyer & Mitchell) aber häufiger. In Hinblick auf weitere spezifische Symptome zeigte sich bei Kindern und Jugendlichen mit visuellen dissoziativen Symptomen bei 47% ein chronischer oder episodischer Verlauf (Rada, 1973). Für Patienten mit dissoziativen Gangstörungen ergab sich in der Studie für Stickler et al. (1989) eine relativ günstige Prognose. Allerdings wurden unterschiedliche Erfolgskriterien zu Grunde gelegt, was eine letztgültige Aussage über den Zustand der Patienten erschwert. 85% bewerteten ihren Gesundheitszustand als gut, 34% gaben leichte Beschwerden in Form von Schwäche in den Extremitäten und Schmerzen an.

In der Zusammenschau der Ergebnisse der einzelnen Studien zeigt im längerfristigen Verlauf etwa ein Drittel der Patienten weiterhin dissoziative Symptome. Es ergeben sich Anzeichen dafür, dass psychogene Sehstörungen und psychogene Anfälle einen ungünstigeren Verlauf und psychogene Gangstörungen eher einen positiveren Verlauf nehmen.

Die Art der dissoziativen Beschwerden scheint im Verlauf ebenfalls zu wechseln. In der Studie von Spierings et al. (1990) wird bei 33% der Patienten bei Katamnese von den ursprünglichen Symptome wie bei der Erstuntersuchung berichtet. Bei 17 % fanden sich andere und bei 4% dieselben und andere Symptome.

Einen direkten Zusammenhang zwischen dem Verlauf der Symptomatik und der Katamnesedauer scheint es nicht zu geben. Untersuchungen mit einer durchschnittlichen Katamnesedauer von

etwa einem Jahr berichten von einer dissoziativen Symptomatik bei 34% bis 47% der Patienten (Rada et al., 1973; Goodyer, 1981; Stickler et al., 1989). Bei einem Katamnesezeitraum von etwa einem bis drei Jahren wird eine Symptommhäufigkeit von 10% bis 56% beschrieben (Kotsopoulos & Snow, 1986; Maisami & Freeman, 1987; Goodyer & Mitchell, 1989; Wyllie et al., 1990). Bei Katamneseuntersuchungen über drei Jahren werden bei 14% bis 55% der Patienten (Robins & O'Neal, 1953; Spierings et al., 1990; Lancman et al., 1994) über eine weiter bestehende Symptomatik berichtet. Dabei erscheint die Bandbreite der angegebenen Häufigkeiten im Rahmen der vorliegenden Katamneseuntersuchungen über 1 Jahr sehr groß, so dass keine endgültige Aussage über den längerfristigen Verlauf dissoziativer Symptome bei Kindern und Jugendlichen möglich erscheint.

Ein häufiges Auftreten von Suizidversuchen in der Vorgeschichte bei Patienten mit der Diagnose einer Hysterie (vorwiegend erwachsene Patienten) wird bei Martin et al. (1985 a/b) berichtet. In den vorliegenden Studien konnte im Verlauf aber keine erhöhte Sterbensrate gefunden werden.

2.6.1.3 Häufigkeit klinischer Störungen

Die Komorbiditätsraten in Studien zu dissoziativen Störungen bei Erwachsenen scheint im Vergleich zum Kindes- und Jugendalter deutlich erhöht. So weisen 78% der durch Crimlisk et al. (1998) untersuchten Patienten eine komorbide Störung auf (vor allem depressive Störungen und Angststörungen). In der gleichen Studie finden sich bei 53% Persönlichkeitsstörungen (vorwiegend dependent, emotional-instabil, ängstlich vermeidend und nur bei 6% eine histrionische Persönlichkeitsstörung). Bei Spitzer et al. (1994) findet sich ebenfalls eine hohe Komorbiditätsrate bei Erwachsenen mit einer dissoziativen Störung (Lebenszeitprävalenzen: Angststörungen 46%; depressive Episode: 30%; rezidivierende depressive Störungen: 40%, somatoforme Störungen 20%).

Tabelle 9**Psychiatrische Komorbidität bei Patienten mit dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (Jans & Warnke 1999)**

Autor	n	Gesamt-komorbidität	gegenwärtige psychiatrische Komorbidität bei Katamnese (absolute Zahlen)
Robins & O'Neal (1953)	37	14 (37.8%)	Angstneurose: 7 andere psychiatrische Erkrankung: 4 (keine schizophrene oder affektive Psychose) andere psychiatr. Erkrankung und Angstneurose: 3
Kotsopoulos & Snow (1986)	20	4 (20%)	Angstsymptomatik: 3 Störung des Sozialverhaltens: 1
Stickler et al. (1989)	26	3 (11.5%)	"psychische Probleme": 3 (1 Pat.: depressiv; 2 Pat.: nicht näher beschriebene Schwierigkeiten)
Lancman et al. (1994) ^{b)}	22	7 (31.8%)	mäßig ausgeprägte Depression: 3 "hysteroide Züge": 2 Persönlichkeitsstörungen: 2 (zwanghaft; "psychotisch")

a) von Rada et al. (1973), Goodyer (1981), Maisami & Freeman (1987), Goodyer & Mitchell (1989), Wylie et al. (1990), Spierings et al. (1990) werden keine komorbiden Störungen mitgeteilt.

b) anamnestische Angaben

2.6.1.4 Psychosoziale Anpassung

In den vorliegenden Verlaufsstudien werden zur psychosozialen Adaptation zum Katamnesezeitpunkt insgesamt sehr unterschiedliche Ergebnisse beschrieben.

Inwieweit diese Unterschiede auf die unterschiedlichen Kriterien zur Definition der Anpassung oder den divergierenden dissoziativen Störungsbilder in den einzelnen Studiendesigns zurückgeführt werden können, ist unklar. Eine abschließende Wertung in Hinblick auf die psychosozialen Adaptation im Verlauf kann nicht erfolgen. Angaben über die Patienten, die mindestens in einem Anpassungsbereich Beeinträchtigung bzw. keine Verbesserung zeigten, variierten zwischen 10% und 69%.

Robins & O'Neal nahmen 1953 eine Globalbeurteilung in Hinsicht auf die schulisch-berufliche und psychosoziale Anpassung vor. In der Studie wurden 31% der Patienten als unbeeinträchtigt beschrieben, d.h. 9% waren symptomfrei, 22% hatten zwar psychiatrisch relevante Symptome, fühlten sich dabei aber unbeeinträchtigt. 69% der Nachuntersuchten wurden als beeinträchtigt eingestuft, davon 39% als mäßig, 30% als schwer beeinträchtigt. Von einer günstigeren Entwicklung wird bei Goodyer (1981) berichtet. Die 66% der als symptomfrei beschriebenen Patienten waren in emotionaler und in schulischer Hinsicht in der Lage ihren Alltag gut zu bewältigen. Auch in der Studie von Goodyer & Mitchell (1989) wird von einer positiveren Entwicklung berichtet. Als Kriterium für eine geschätzte allgemeine Anpassung wurde hier das Urteil der Hausärzte genommen. Diese gaben bei 62,5% ihrer ehemaligen Patienten mit psychogenen Anfällen und 90% der Patienten mit anderen hysterischen Symptomen eine Verbesserung an. Insgesamt muss aber davon ausgegangen werden, dass das Verbesserungsrating nicht auf eine aktuelle Adaptation bezogen werden kann.

Die Patienten von Lanceman et al. (1990) waren in Zeiten, bei denen sich Symptome (psychogene Anfälle) zeigten, gegenüber anfalls- bzw. symptomfreien Perioden in ihrer Lebensbewältigung beeinträchtigt. In Hinsicht auf die schulische Leistungsfähigkeit zeigten Patienten, die dissoziative Anfälle aufwiesen, im Vergleich zu ihrer sozialen (familiären, außerfamiliären) Beeinträchtigung eine deutlichere Einschränkung (Lanceman et al., 1994).

In einer Studie von Rada et al. (1973) wurde bei keinem der untersuchten Patienten mit visuellen Konversionssymptomen eine schwerwiegende soziale Beeinträchtigung zum Katamnesezeitpunkt festgestellt. Ebenfalls von einer allgemeinen positiveren Lage berichtet Stickler et al (1986) in seiner Studie. Die Patienten befanden sich bei Katamnese in einem guten Gesundheitszustand, standen erfolgreich im Arbeitsleben oder verrichteten ihre häusliche Arbeit. Unklar dabei bleibt aber die Anzahl der Patienten mit und ohne dissoziativer Symptomatik zum Katamnesezeitpunkt.

Eine Antwort darauf, ob Patienten mit psychogenen Anfällen im Vergleich zu anderen dissoziativen Störungen im Verlauf eine ungünstigere soziale Anpassung erreichen und ob sich Beeinträchtigungen stärker im Leistungsbereich als im sozialen Bereich zeigen, muss noch offen bleiben.

2.6.1.5 Prognostische Faktoren

In Hinsicht auf die Voraussagekraft bisher untersuchter Faktoren ergibt sich kein einheitliches Bild. Dies hängt möglicherweise auch mit den unterschiedlichen Studiendesigns (unterschiedliche Störungsbilder, Krankheitsdefinitionen und Kriterien, auf die sich die Prädiktion bezieht) zusammen. Ein Überblick über die Prädiktoren des Verlaufs dissoziativer Störungen, wie sie in den retrospektiven Studien genannt werden, gibt Tabelle 10.

In der Untersuchung von Kotsopoulos & Snow (1986) erwies sich eine "reine" dissoziative Symptomatik ohne begleitende Ängste als prognostisch günstig. Widersprüchliche Ergebnisse zeigen sich dagegen in Studien mit erwachsenen Patienten. Im Gegensatz zu Lempert & Schmidt (1990) und Kathol et al. (1993) fanden Mace & Trimble (1996) und Crimlisk et al. (1998) komorbide psychiatrische Störungen (Angst und Depression) in Verbindung mit einem günstigen Verlauf. In den Studien von Robins & O'Neal (1953) sowie Lanceman et al. (1994) fand sich eine kürzere Symptombdauer bis zum Behandlungsbeginn mit einem günstigeren Verlauf assoziiert. Dazu stimmen Ergebnisse bei erwachsenen Patienten in Studien von Hafeiz (1980), Lempert & Schmidt (1990), Kathol et al. (1983), Chandrasekran et al. (1994), Couprie et a. (1995) und Crimlisk et al. (1998) überein. Kotsopoulos & Snow (1986) resümierten, dass alle Patienten, bis auf einen, die nach der abschließenden Diagnostik keine Behandlung begonnen oder die Behandlung abbrachen, zum Katamnesezeitpunkt Symptome zeigten, weshalb eine Behandlungsmotivation mit einer günstigeren Prognose einherzugehen scheint.

Betrachtet man die prognostischen Faktoren in der Literatur der im Erwachsenenalter dissoziativ erkrankten Patienten, ergeben sich Hinweise darauf, dass in jüngerem Alter erkrankte Personen eine relativ bessere Prognose haben. Slater & Glithero (1965) sahen vor allem bei Kindern und Jugendlichen einen günstigeren Verlauf bei akuten Konversionsreaktionen. Ebenfalls signifikante Zusammenhänge zwischen Alter und Verlauf finden sich auch bei Sletteberg et al. (1989) und Mace & Trimble (1996).

In den Studien von Kathol et al. (1983), Lempert und Schmidt (1990) und Chandrasekaran et al. (1994) fanden sich dagegen keine Zusammenhänge zwischen Alter und Verlauf.

In den meisten vorliegenden Studien zum Verlauf der dissoziativen Störung steht das Geschlecht in keiner Beziehung zum Heilungserfolg bei Katamnese. Lediglich Robins & O'Neal (1953) beschreiben einen ungünstigeren Verlauf von Mädchen und jungen Frauen.

Entgegen ihren Annahmen zeigten sich in der Studie von Goodyer & Mitchell (1989), dass polysymptomatische Patienten keine ungünstigere Prognose hatten als monosymptomatische, und dass ein schlechter Behandlungserfolg nicht mit einer ungünstigen längerfristigen Prognose einhergeht.

Tabelle 10

Prognostische Faktoren für den Verlauf dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (Jans & Warnke, 1999)

Autor	keine Assoziation zum Heilungserfolg	assoziiert mit gutem Heilungserfolg	assoziiert mit schlechtem Heilungserfolg	Bemerkungen
Robins & O'Neal (1953)			längere Krankheitsdauer bis Behandlung weiblich	Kriterium: Hysterie-diagnose bei F.up keine Signifikanzen mitgeteilt
Kotsopoulos & Snow (1986)		"reine" Konversionssymptome (ohne Ängste)		keine Signifikanzen mitgeteilt zusätzlich Prädiktoren für Behandlungsverlauf: (+): muskuläre Symptome, stat. Behandlung, (-): Behandlungsabbruch
Goodyer & Mitchell (1989)	monosymptomatisch vs. poly-symptomatisch Behandlungserfolg		psychogene Anfälle	Kriterium: Verbesserungs-rating bzgl. psychosozialer Adaptation
Wyllie et al. (1990)	Geschlecht psychiatrische Behandlung (ja / nein) Einsicht der Eltern in psychogene Natur der Anfälle			Kriterium: Auftreten psychogener Anfälle keine statistischen Analysen
Lancman et al. (1994)	Geschlecht neurologischer Befund Anfallstyp		Tendenz (nicht stat. signifikant): früher Beginn späte Diagnose hohe Anfallsfrequenz	Kriterium: Auftreten psychogener Anfälle

^{a)} von Rada et al. (1973), Goodyer (1981), Maisami & Freeman (1987), Stickler et al. (1989) und Spierings et al. (1990) werden keine prognostischen Faktoren mitgeteilt

2.6.2 Störungsverlauf bei erwachsenen Betroffenen

An dieser Stelle ist es nicht die Absicht, alle Verlaufsstudien im Erwachsenenbereich zu referieren. Es soll ein Vergleich zum Verlauf bei Kindern und Jugendlichen gegeben und auf eventuelle Unterschiede hingewiesen werden. Erinnert man den Verlauf psychogener Anfälle bei Kindern und Jugendlichen, zeigt sich im Verlauf von erwachsenen Patienten in einer Studie von Lempert & Schmidt mit durchschnittlicher Katamnesedauer von zwei Jahren ein ähnlich hoher Prozentsatz von weiterhin 66% der Patienten mit psychogenen Anfällen in den sechs Monate vor Katamnese. In einer Studie von Krumholz & Niedermeyer (1983) hatten dagegen 29% der Patienten weiterhin psychogene Anfälle bei einem Follow-up nach mindestens fünf Jahren. Eine im Vergleich zu anderen dissoziativen Störungen ebenfalls ungünstigere Prognose für psychogene Anfälle beschreibt Carter (1949). Keine Hinweise auf die Art der dissoziativen Symptomatik und der Heilungschance weisen Mace & Trimble (1996) nach und weisen explizit darauf hin, dass zwischen motorischen Konversionssymptomen und psychogenen Anfällen keine Unterschiede gefunden wurden. Inwieweit diese unterschiedlichen Ergebnisse auf unterschiedliche Katamnesezeiträume oder unterschiedliche Zeitfenster zurückzuführen sind, bleibt unklar.

Während im Erwachsenenalter zunehmend standardisierte Verfahren zur Verlaufsuntersuchungen durchgeführt werden, wurden bei den bisher durchgeführten Verlaufsstudien zu dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter, zum Beispiel zur Erfassung psychiatrischer Störungen, in keiner Studie standardisierte Untersuchungsinstrumente verwandt (Jans, 1999). Auch bezüglich der sozialen Anpassung oder des soziökonomischen Status finden sich keine standardisiert erhobenen Daten. Ziel der vorliegenden Arbeit war es deshalb, erstmalig den Verlauf dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter mit Hilfe standardisierter Verfahren zu erfassen.

2.6.3 Der Aspekt der Stressreagibilität bei Patienten mit dissoziativen Störungen in Bezug auf die vorliegende Untersuchung

In der Diskussion um die Ätiologie dissoziativer Störungen stellt auch die physiologische Stressreagibilität der Patienten einen Faktor dar. Beobachtungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit der Neigung zu dissoziativen Symptomen ließen erkennen, dass die Symptome bereits unter geringen, nicht mit einem Trauma assoziierten Stressoren auftraten.

Eine zentrale These im heutigen multifaktoriellen Modell zur Entstehung der dissoziativen Störungen besteht in der Überlegung, dass eine biologisch begründete Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung und der Affektregulationsfähigkeit als konstantes Merkmal (trait) (Brunner & Resch, 2002) besteht. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Faktoren - diskutiert. Als Erklärung gelten einerseits traumatische Erlebnisse, die, im Falle eines wiederholten Auftretens und eines Fehlens protektiver Faktoren sowie sozialer Unterstützung zur Ausprägung von pathologischen dissoziativen Mustern führen können (Entwicklungspsychopathologisches Paradigma; Resch 1999, Resch et al., 1998). Dabei entwickeln sich dissoziative Abwehrmechanismen häufiger bei Kindern mit gestörtem Bindungsverhalten, was zu Defiziten in Bereich der Selbstregulation führen kann (Putnam, 1997; van der Kolk und Fislser, 1994). Andererseits wird traumaassoziiert von einer Veränderung mnestischer Prozesse ausgegangen. Diese führen wiederum auch beim Vorhandensein unspezifischer Stressoren zu einem veränderten Stresserleben (Fiedler, 1999; van der Kolk, 1994). Weitere Stressmomente treffen auf diese veränderten Mechanismen und werden entsprechend verarbeitet. Möglicherweise findet sich darin wiederum der Ursprung in wieder auftretenden psychopathologischen Phänomenen.

Als weiterer ätiologischer Faktor wird auch eine genetische Disposition zur Dissoziationsneigung diskutiert. Hierfür fanden sich Hinweise in Zwillingsstudien (Jang et al., 1998). Demnach könnte, unabhängig vom Auftreten eines Traumata, eine erhöhte Stressreagibilität bei bereits unspezifischen Stressoren zum Auftreten von dissoziativen Symptomen führen.

Vor dem Hintergrund der Annahme einer veränderten Informationsverarbeitung, welche zu einer möglichen erhöhten vulnerablen Stressreagibilität führt, soll der experimentelle Teil dieser Untersuchung gesehen werden.

Durch die experimentell eingeführten Belastungsbedingungen sollen die Reaktionen der Personen der Katamnesestichprobe auf emotionaler und körperlicher Ebene überprüft werden und mit einer gesunden Stichprobe verglichen werden.

Die Begrenztheit einer solchen experimentellen Situation sollte kritisch in Betracht gezogen werden. Dennoch besteht hierüber die Möglichkeit des vergleichenden (Katamnesestichprobe, Kontrollgruppe) Nachweises von Reaktionen. Diese könnten Hinweise auf eine veränderte Stressreagibilität geben und eine Anregungen für weiterführende Untersuchungen darstellen.

3. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

3.1 FRAGESTELLUNGEN DER UNTERSUCHUNG

Der aktuelle Forschungsstand zum Störungsbild und dem katamnesticen Verlauf der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter lässt folgende Defizite erkennen:

- a) die Anzahl von Studien zu dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter ist insgesamt gering,
- b) die Fallzahl in den Studien ist klein,
- c) es fehlen Studien, die den langfristigen Verlauf dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter erfassen,
- d) die bisherigen Studien fußen meist nicht auf den heute gültigen Diagnosekriterien von ICD-10 oder DSM-IV, so dass die Vergleichbarkeit der durchgeführten Studien durch ungleiche Diagnosekriterien nur eingeschränkt valide möglich ist.
- e) die verwendeten Diagnoseinstrumente waren meist nicht gemäß den Diagnosekriterien von ICD-10 oder DSM-IV validiert.

Diese Studie ist die erste empirische Untersuchung an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation, die mit standardisierten Diagnoseverfahren nach international gültigen Kriterien von ICD-10 und DSM-IV den Verlauf dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter erfasst und im Kontrollgruppenvergleich zum Katamnesezeitpunkt neuropsychologische Störungsmerkmale experimentell misst. Es ist die erste Katamnese studie, mit der auch standardisierte Komorbiditäten, Copingstrategien und Kontrollüberzeugungen erfasst wurden.

3.1.1 Beschreibung der Symptomatologie der klinischen Inanspruchnahmepopulation - Phänomenologie der dissoziativen Störung

Es fehlen nach wie vor Erkenntnisse zur Symptomatologie und diagnostischen Klassifikation von Patienten mit dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter, die durch

standardisierte diagnostische Verfahren auf der Grundlage von ICD-10 gewonnen wurden. Daraus ergibt sich die

1. Fragestellung der Studie: Wie ist die Symptomatik und die Verteilung der diagnostischen Subtypen dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter zum Zeitpunkt der Erstbehandlung?

Die Frage nach der Symptomatologie der dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter beinhaltet folgende Merkmalsbereiche:

- Welche Arten von dissoziativen Störungen liegen im Kindes- und Jugendalter vor? Ergeben sich Unterschiede in den Altersklassen und, wie schwer ist die dissoziative Störung ausgeprägt?
- Wie ist die Geschlechtsverteilung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation von Patienten mit einer dissoziativen Störung, und ergeben sich Unterschiede in Bezug auf die verschiedenen Subtypen?
- Unterscheiden sich Mädchen und Jungen hinsichtlich ihres Alters bei Beginn der dissoziativen Symptomatik?
- Welche komorbiden Symptome lassen sich bei Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen während der Behandlung eruieren?
- Wie sind der kurzfristige Verlauf (Zustand nach Beendigung der initialen stationären oder ambulanten Therapie)? Wie gestaltet sich der langfristige Verlauf?
- Wie häufig sind bei den Patienten Entwicklungsrisiken- und rückstände bekannt?
- Wie gestaltet sich die familiäre Situation der Patienten?
- Welchen schulischen bzw. beruflichen Werdegang haben die Patienten genommen und wie ist ihre diesbezügliche Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Behandlung?
- Wie ist das Kontaktverhalten zu beurteilen?
- Wie steht es um die körperliche Gesundheit der Patienten?
- Wie ist die intellektuelle Begabung der Patienten?
- Wie stark ist die Familie in die Symptomatik involviert?
- Wie wurden die dissoziativen Symptome behandelt und welche Gesamtverbesserung ergab sich?
- Wie häufig wurde die Behandlung abgebrochen?
- Wohin wurden die Patienten entlassen?

Um diese Merkmalsbereiche erfassen zu können, erfolgte mit Hilfe eines Befundbogens eine retrospektive Datenerhebung anhand der Krankengeschichten der ehemaligen Patienten (siehe Kapitel 5.1).

3.1.2 Systematisch erhobene Daten einer vollständigen Inanspruchnahmepopulation zum Verlauf dissoziativer Störungen

Aus dem bisherigen Fehlen systematisch erhobener Daten einer persönlich nachuntersuchten Inanspruchnahmepopulation erhebt sich die

2. Fragestellung der Studie: Wie verhält es sich mit dem Verlauf der dissoziativen Störung zum Katamnesezeitpunkt ?

Diese Frage umfasst folgende Merkmalsbereiche:

-Verlauf (Kapitel 5.2.2)

- Ist die im Kindes- und Jugendalter vorhandene dissoziative Symptomatik über die Zeit stabil?
- Wie häufig sind die Verlaufstypen „Remission“, „subklinisch“, „episodisch“, und „chronisch“?
- Wie viele Patienten leiden im Erwachsenenalter noch unter einer dissoziativen Störung?
- Welcher Art ist die dissoziative Störung im Erwachsenenalter?

3.1.3 Beschreibung der prognostischen Indikatoren (Kapitel 5.2.4):

- Gibt es prognostische Faktoren für den Verlauf der dissoziativen Störung?

3.2 HYPOTHESEN

Untersuchung im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe in Bezug auf: Soziale Adaptation (Kapitel 5.2.5)

1. Hypothese

Im Vergleich zwischen einer ehemaligen Patientengruppe mit dissoziativen Störungen im Kindes- und Jugendalter und einer gesunden Kontrollgruppe wird angenommen, dass die Kontrollgruppe „sozial besser“ integriert ist.

Operationalisiert wurde dies durch folgende Verfahren:

- Fragebogen zur sozialen Integration (FSI, von Wietersheim et al., 1989) und
- im statistischen Vergleich der Angaben der beiden Gruppen im Befundbogen Teil 2.

Einfluss von Kontrollüberzeugungen (Kapitel 5.2.6)

2. Hypothese

In der ehemaligen Patientengruppe unterscheiden sich die aktuell Gesunden von den aktuell weiterhin psychiatrisch Erkrankten und einer gesunden Kontrollgruppe in Hinsicht auf aktuelle gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen.

Operationalisiert wurde dies durch den

- Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG, Lohaus & Schmitt, 1989).

Erkrankungsrisiko für andere psychische Störungen (Kapitel 5.2.3)

3. Hypothese

Ehemalige Patienten mit dissoziativen Störungen leiden zum Katamnesezeitpunkt häufiger als in der Normalbevölkerung zu erwarten an psychischen Störungen.

Operationalisiert wurde dies durch folgende Verfahren:

- Heidelberger Dissoziationsinventar (HDI, Selbstrating und Interviewteil (Brunner et al., 1999),
- Diagnostisches Expertensystem (DIA-X, Wittchen & Pfister, 1997),
- Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen (SKID-II, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997).

Feststellung des Krankheitsbewältigungsverhaltens (Kapitel 5.2.7)

4. Hypothese

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung bei Katamnese und der retrospektiven Einschätzung des Krankheitsbewältigungsverhaltens.

Operationalisiert wurde dies durch den

-Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV, Muthny, 1989).

Experimentelle Untersuchung

Da dissoziative Störungen diagnostisch eine Überforderungsreaktion voraussetzen (externe Überforderung, Konfliktbelastungen etc.) kommt der Stressreagibilität von Patienten mit dissoziativen Störungen hypothetisch eine pathogenetische Bedeutung zu. Es fehlen jedoch bislang experimentell erhobene Daten zur Belastbarkeit (Stressreagibilität) von ehemaligen Patienten mit dissoziativer Störung. Hieraus begründet sich der experimentelle Teil der Studie (Kapitel 5.3).

5. Hypothese

Die ehemaligen Patienten zeigen im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe unter körperlichen und kognitiven Belastungsbedingungen eine geringere Belastbarkeit in Form

- a) geringerer objektiver Leistungsfähigkeit
- b) negativerer Befindlichkeit
- c) stärkerer Neigung zur Entwicklung körperlicher Beschwerden

Die Durchführung des experimentellen Teils wird in Kapitel 4.2.7 ausführlicher erläutert.

4. METHODEN

4.1. STICHPROBE

4.1.1 Einschlusskriterien

Die Stichprobe setzt sich aus einer Patientengruppen und einer Kontrollgruppe zusammen.

Für die Aufnahme eines Patienten in die Katamnese studie wurden die folgenden Einschlusskriterien zugrunde gelegt.

- Es sollten alle Patienten nachuntersucht werden, die im Zeitraum von 1982 bis 1993 in der Klinik für Kinder – und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg ambulant oder stationär behandelt wurden. Es wurden nur diejenigen Patienten in die Studie aufgenommen, bei denen nach Durchsicht der Krankengeschichte sichergestellt werden konnte, dass die ICD-10-Forschungskriterien für dissoziative Störungen erfüllt waren. Zusätzlich soll miterfasst werden, inwieweit die DSM–IV-Kriterien erfüllt sind. Nicht beachtet wurden solche Patienten, bei denen früher die Diagnose einer "hysterischen Neurose" oder "Konversionsreaktion" gestellt wurde.
- Bei retrospektiv festgestellter psychiatrischer Komorbidität sollten nur diejenigen Patienten in die Studie aufgenommen werden, bei denen die dissoziative Störung anderen Störungen zeitlich vorausging.
- Das Alter des jeweiligen Patienten musste bei Katamnese mindestens 18 Jahren betragen.
- Das Intelligenzniveau, gemessen zum Zeitpunkt der Behandlung im Kindes- und Jugendalter, durfte nicht im Bereich einer geistigen Behinderung liegen (Intelligenzquotient > 70).

Für die Aufnahme in die Kontrollgruppe wurden die folgenden Einschlusskriterien zugrunde gelegt:

- Die Probanden der Kontrollgruppe mussten zum Zeitpunkt der Untersuchung 18 Jahre alt sein.
- Das Begabungsniveau durfte nicht im Bereich der geistigen Behinderung liegen, was anhand des Bildungsstandes eruiert wurde (Intelligenzquotient > 70).
- Sie mussten aktuell psychiatrisch gesund sein und durften in der Vergangenheit nie ernstlich unter einer psychiatrischen Erkrankung gelitten haben. Die Überprüfung dieser Anforderung erfolgte mit Hilfe des Mini DIPS, einem diagnostischen Kurzinterview zur Erfassung psychiatrischer Erkrankungen.

4.1.2 Rekrutierung der Stichproben

Ehemalige Patientengruppe

Es erfolgte eine Vorauswahl der Krankengeschichten der ehemaligen ambulanten oder stationären Patienten, bei denen die Patientendokumentation der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie Würzburg die Diagnose einer dissoziativen Störung vermuten ließ. Im Anschluss hieran wurden die Krankengeschichten, die nicht die Kriterien einer dissoziativen Störung nach ICD-10 erfüllten, ausgeschlossen. Möglichst alle Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, sollten für die Nachuntersuchung gewonnen werden. Zunächst erfolgte eine schriftliche Anfrage an die ehemaligen Patienten. In diesem Anschreiben (siehe Anhang) wurde über die Ziele der Studie informiert und um eine Teilnahme an dieser gebeten. Einige Tage später wurden die ehemaligen Patienten telefonisch kontaktiert, damit in einem persönlichen Gespräch die Ziele der Untersuchung verdeutlicht werden konnten sowie um Fragen der ehemaligen Patienten klären zu können. Aufgrund der zum Teil sehr lange zurückliegenden Kontakte mit der Klinik waren viele Patienten verzogen; das Wiederauffinden nahm teilweise Monate in Anspruch. Um möglichst viele Patienten nachuntersuchen zu können, wurde bei der Festlegung eines Untersuchungstermins den Wünschen und Bedürfnissen der ehemaligen Patienten entsprochen und gegebenenfalls auch ein Termin am Wochenende vereinbart. Manchen ehemaligen Patienten fiel es auch schwer, sofort eine Aussage zu machen, weshalb erst nach einigen Wochen und erneuter Telefonate eine Zu- oder Absage erfolgte. In einem 2. Anschreiben (siehe Anhang A) wurden den

Teilnehmern dann erste Selbstbeurteilungsfragebögen und der vereinbarte Untersuchungstermin zugeschickt.

Kontrollgruppe

Die Kontrollpersonen wurden in Vorlesungen an der Universität sowie in einem Berufsbildungswerk über die geplante Studie aufgeklärt und zur Mitarbeit aufgefordert. Es meldeten sich 40 Personen, die sich bereit erklärten an der Untersuchung teilzunehmen.

4.1.3 Beschreibung der Stichproben

Ehemalige Patienten

62 ehemalige Patienten erfüllten letztlich die Einschlusskriterien der Studie und sollten zur Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden. Von insgesamt 27 Patienten (44%) konnten Informationen zum Verlauf der dissoziativen Störung erhoben werden. 23 konnten persönlich nachuntersucht werden, von diesen haben wiederum 21 am experimentellen Teil der vorliegenden Studie teilnehmen. Zwei ehemaligen Patienten war dies aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich. 2 Patienten erklärten sich bereit ein ausführliches Interview (Katamnesefragebogen) am Telefon zu geben und Fragebogen auszufüllen. Zwei weitere füllten die Fragebogenverfahren aus. Zwei männliche Patienten hatten sich suizidiert. Zwei Patienten waren ins Ausland verzogen, von 10 Patienten konnte der aktuelle Wohnsitz nicht ermittelt werden und 21 (34%) waren nicht bereit weitere Auskünfte zu erteilen.

Im Folgenden werden die 27 katamnestic erreichten Patienten beschrieben, da ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf der Deskription des Verlaufs der dissoziativen Störung liegt. Im Ergebnisteil wird auf die 62 Patienten der Ausgangsstichprobe ausführlich eingegangen (siehe ab Seite 75). In Hinsicht auf die Unterschiede zwischen den nachuntersuchten und den katamnestic nicht erfassten Patienten sei ebenfalls auf den Ergebnisteil verwiesen (siehe Seite 100ff.).

Von den 27 katamnestic untersuchten ehemaligen Patienten waren 9 männlich und 18 weiblich. Die Behandlung der dissoziativen Störung erfolgte bei 18 Patienten stationär, bei 9 Personen ambulant. Das Alter bei Beginn der dissoziativen Störung lag durchschnittlich bei 11,7 Jahren.

Tabelle 11
Stichprobenbeschreibung (N=27)

	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Alter zu Beginn der dissoziativen Störung	11,7	2,5	6	17
Erkrankungsalter bis zur ersten Behandlung aufgrund der dissoziativen Störung in Jahren	12,6		7	17
Intelligenz zum Zeitpunkt der Behandlung (IQ)	103	13,7	75	129
Alter bei Katamnese in Jahren	24,8	5,4	18,7	36,4
Katamnesezeitraum in Jahren	12,4	4,9		

Kontrollpersonen

Von den 40 Personen, die sich gemeldet hatten, verblieben 35 Personen. Von diesen waren 24 weiblich und 11 männlich. Das Durchschnittsalter betrug 22,9 Jahre (Minimum 18,11 Jahre, Maximum 29,11).

Untersuchungssituation

Ehemalige Patientengruppe

Hinsichtlich des Zeitpunkts der Untersuchung kamen wir den Wünschen der ehemaligen Patienten entgegen. Notwendigerweise wurden Untersuchungstermine am Wochenende vereinbart. Aufgrund des Studiendesigns, das an einen Untersuchungsaufbau in der Klinik gebunden war, versuchten wir als Untersuchungsort die kinder- und jugendpsychiatrische Universitätsklinik in Würzburg zu belassen. Einer Patientin war es aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung nicht möglich, die Wohnung zu verlassen, weshalb die zu realisierenden Interviews bei ihr zu Hause durchgeführt wurden.

Zu Beginn der Untersuchung wurde den ehemaligen Patienten die Möglichkeit gegeben, frei über ihre Erinnerungen an die Behandlung an der Klinik zu sprechen. Es war ihnen möglich, über ihre damalige Symptomatik, über ihre Erlebnisse im Katamnesezeitraum, aber auch über ihre aktuelle Lebenssituation und ihr derzeitiges Befinden zu berichten. Dieses nicht standardisierte einleitende Gespräch sollte dazu dienen, eine gewisse Vertrauensbasis zwischen Untersucher und Proband herzustellen, bevor mit der eigentlichen Untersuchung angefangen wurde. Im Anschluss erfolgte mit Hilfe eines Informationsblatts eine nochmalige Erklärung der Ziele der Untersuchung, und es wurde auf den Datenschutz hingewiesen. Auf einem weiteren Formular wurde eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang A) zur Teilnahme an der Untersuchung als auch zur Nutzung der erhobenen Daten zu ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken eingeholt. Daraufhin wurde der empirische Teil der Untersuchung durchgeführt.

Dieser umfasste das Ausfüllen von drei Selbstbeurteilungsfragebogen: dem Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogen (MDBF), der Beschwerdeliste (BL) und den Emotionsskalen (EMO). Diese wurden vor der Durchführung der Belastungssequenzen (Baseline) und jeweils im Anschluss an diese in derselben Reihenfolge von den Probanden ausgefüllt. Die Reihenfolge der Belastungen wurde zufällig (Losentscheid) ausgewählt und umfasste eine kognitive Belastung (Reaktionstest, RT) und eine körperliche Belastung (Hyperventilation für zwei Minuten). Die Durchführung erfolgte mit Hilfe einer Testmappe, die die einzelnen Erhebungsbogen enthielt, nach einer standardisierten Vorgehensweise. Danach wurden die folgenden Interviews in folgender Reihenfolge durchgeführt: DIA-X, HDI, SKID, ergänzendes Katamnese-Interview (Katamnesebogen)

Kontrollpersonen

Die Teilnehmer an der Studie wurden über die Freiwilligkeit und den Datenschutz hingewiesen. Um das Vorliegen einer psychiatrischen Krankheit auszuschließen wurde zunächst das Mini DIPS durchgeführt. Im Anschluss daran wurde der experimentelle Teil durchgeführt, der sich im Ablauf nicht von dem der ehemaligen Patienten unterschied (siehe oben). Abschließend wurde ebenfalls das Katamneseinterview durchgeführt. Ergänzend sollten die Probanden den Fragebogen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit und den FSI ausfüllen.

4.2 UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE

4.2.1 Retrospektive Datenerhebung

Zur systematischen Auswertung der Krankengeschichten der ehemaligen Patienten wurde ein Befundbogen (Anhang B) eingesetzt, der der Beschreibung der Ausgangsstichprobe der Kinder und Jugendlichen mit einer dissoziativen Störung diente. Grundlage für die Entwicklung des eingesetzten Befundbogens bildet ein Instrument, das an der Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalter der Universität Marburg im Rahmen einer katamnestic Studie zum Verlauf der Anorexia nervosa entwickelt wurde (Remschmidt, Wienand & Wewetzer, 1990)

Die Datenerhebung umfasste zusammenfassend die folgenden Bereiche:

- Soziodemographische Daten;
- Entwicklung, familiäre Situation; Schule und Ausbildung, Kontaktverhalten
- Somatische und psychologische Befunde;
- Dissoziative Symptomatik, komorbide Symptome und familiäre Belastung;
- Behandlung im Kindes- und Jugendalter.

Im Anhang sind die Variablen im Überblick dargestellt. Die Grundlage für die Beurteilung bildeten die Informationen, die in den Krankengeschichten nach Beendigung der ersten ambulanten oder stationären Behandlung an der Universitätsklinik enthalten waren.

Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung der Entwicklung und des Verlaufs der dissoziativen Störungen, psychiatrischer Komorbidität, der psychosozialen Anpassung, der Validität der Diagnose und der Krankheitsverarbeitungsstrategien sowie der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen kamen die in Tabelle 12 beschriebenen Verfahren zum Einsatz:

Tabelle 12
Übersicht über die Erhebungsinstrumente

Untersuchungsmittel	Zielbereich
Teil I der Fragestellungen	
Fragebogen zur sozialen Integration (FSI) -v. <i>Wietersheim et al. 1989</i>	Erfassung der psychosozialen Adaptation in Hinblick auf schulische bzw. berufliche Situation, Kontaktverhalten, Partnerschaft und Sexualität.
Teil II der Fragestellungen	
Heidelberger Dissoziationsinventar (HDI, Selbstrating und Interviewteil) - <i>Brunner et al., 1999</i> Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene (FDS) - <i>Freyberger et al. 1999</i>	Dissoziative Symptomatik
Diagnostisches Expertensystem (DIA-X) <i>Wittchen & Pfister, 1997</i>	Erfassung klinischer Störungen
Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) - <i>Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997</i>	Erfassung von Persönlichkeitsstörungen
Katamnesefragebogen: Teil 1: Befundbogen Teil 2: halbstrukturiertes Interview - <i>nach Remschmidt, Wienand & Wewetzer 1990</i>	Retrospektive Datenerhebung: Zufriedenheit mit der Behandlung in der Klinik, Häufigkeit ambulanter und stationärer Behandlungen aufgrund der dissoziativen Störung, anderen psychiatrischen Störungen und körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen, familiäre Belastung durch eine psychiatrische Erkrankung, Angaben zur derzeitigen Lebenssituation, Verlaufsbeurteilung der dissoziativen Symptomatik.
Hypothese 4	
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) - <i>Lohaus & Schmitt, 1989</i>	Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
Hypothese 5	
Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) - <i>Muthny, 1989</i>	Krankheitsverarbeitungsstrategien (Copingstrategien)

4.2.2 Erfassung psychischer Störungen bei Katamnese

Erfassung klinischer Störungen

Zur Erfassung klinischer Störungen wurde das Diagnostische Expertensystem (DIA-X, Wittchen & Pfister, 1997) eingesetzt. Das DIA-X ist ein vollstandardisiertes Interview zur Diagnose psychischer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV (Weiterentwicklung des Composite International Diagnostic Interview, CIDI).

Die im Rahmen der Untersuchung angewandte Version des DIA-X ist computerisiert.

Die vom Interviewer gestellten Fragen erscheinen wortwörtlich auf dem Bildschirm und die Antworten des Probanden werden unmittelbar in den Computer eingegeben. Dadurch werden Fehler, die in der Paper-Pencil Version des Verfahrens durch falsche Befolgung von Sprungregeln entstehen könnten, vermieden. Es wurde die Lifetime-Version des Verfahrens durchgeführt, d.h. die ehemaligen Patienten wurden in Bezug auf klinische Störungen in ihrer Vergangenheit und in der Gegenwart befragt. Die im Ergebnisteil aufgeführten Diagnosen beziehen sich auf den Tag des Interviews und die vorausgegangenen zwei Wochen.

Folgende Sektionen des DIA-X wurden in der vorliegenden Studie durchgeführt:

- Soziodemographie,
- Somatoforme und dissoziativen Störung,
- Phobien und andere Angststörungen,
- Affektive Störungen,
- Essstörungen,
- Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit,
- Missbrauch und Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen,
- Schizophrenie,
- Abschlussfragen.

In Ergänzung enthielt das Katamneseinterview (siehe Anhang B) Fragen zur Erfassung von Trichotillomanie, Ticstörungen und Nikotinabusus.

Klinisches Kurz-Interview zur Erfassung psychiatrischer 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 einer raschen übersichtsartigen 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 Vorteil dieses Diagnostikums besteht in der überaus kurzen Durchführungszeit von 30 Minuten. Dennoch können die Diagnosen ohne nennenswerte Verluste der Reliabilität und Validität, im Vergleich mit anderen großen diagnostischen Interviews, gestellt werden. Das Mini-DIPS ermöglicht mit hinreichender Exaktheit die Diagnose der Angststörungen, affektiven Störungen, somatoformen Störungen, Essstörungen und von Substanzmissbrauch sowie einen ersten Ausschluss psychotischer Störungen. In Anbetracht der Kürze des Interviews beschränkt sich das Verfahren auf die am häufigsten vorkommenden psychischen Störungsbilder (Markgraf, 1994). Das Mini-DIPS ist als Verfahren für Erwachsene und Jugendliche ab einem Alter von 16 Jahren geeignet. Für Kinder und jüngere Jugendliche steht das von Unweh et al. (1994) entwickelte Kinder-DIPS zur Verfügung. Beim Mini-DIPS handelt es sich um ein halbstandardisiertes Interview, was bedeutet, dass die Fragen den Probanden wörtlich vorgelesen werden. Der Proband antwortet primär mit Ja oder Nein, wird aber aufgefordert, vor allem im Falle einer positiven Antwort diese weiter zu erläutern. In der vorliegenden Studie wurde das Mini-DIPS lediglich mit den Kontrollpersonen durchgeführt, um das Vorliegen einer psychischen Störung ausschließen zu können. Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung hätte den Ausschluss aus der Kontrollgruppe zur Folge gehabt. Lediglich beim alleinigen Vorliegen spezifischer Phobien vom Tier-Typus, die nicht zu einer Einschränkung des täglichen Lebens führten, wurde der Proband dann auch in die Kontrollgruppe aufgenommen. Das Interview wurde bewusst so konzipiert, dass es sich bei der Auswertung primär um falsch-positive Fehler handelt, d.h., eigentlich gesunde Probanden durch das Interview als erkrankt diagnostiziert werden. 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 Interviews mit den beim gleichen Patienten mit Hilfe des ausführlicheren DIPS-Interviewes gestellten Diagnosen vergleichen. Hierbei wurden Kappa Werte für die jeweiligen Oberklassen von Störungen zwischen 0,8 und 1,0 errechnet. 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 und mehrfach auch bei 1,0 lagen (Markgraf, 1994).

Erfassung von Persönlichkeitsstörungen

Zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen wurde das strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II (Persönlichkeitsstörungen) (SKID-II, deutsche Version; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) durchgeführt. Das SKID-II ist ein halbstrukturiertes diagnostisches Interview. Zur Orientierung für den Interviewer, welche Symptome für den Probanden relevant sein könnten, dienen die Antworten des Probanden in einem vorab zu bearbeitenden Screening-Fragebogen. Die Ausgestaltung der nachfolgenden Exploration bleibt dem Interviewer überlassen, wobei zu berücksichtigende Bereiche vorgegeben sind. Erfragt werden müssen in etwa typische Beispiele für ein Symptom, die Auftretenshäufigkeit des Symptoms oder Situationen, in denen sich das Symptom manifestiert. Das Symptom muss dabei situationsübergreifend auftreten und stabil sein, darf nicht ausschließlich auf eine vorliegende klinische Störung zurückzuführen sein und muss mit einer Beeinträchtigung einhergehen. Über Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein eines persönlichkeitsstörungsspezifischen pathologischen Kriteriums entscheidet, auf der Basis der erfragten Informationen, abschließend der Interviewer.

Zusammenfassend kann das SKID-II in Hinblick auf die Reliabilität und Validität als gut vergleichbar mit anderen Instrumenten zur Erhebung von Persönlichkeitsstörungen nach DSM IV angesehen werden (vgl. Bronisch, 1992). In Hinsicht auf die Reliabilität ergaben sich in einer Test-Retest-Reliabilitätsstudie mit klinischen und gesunden Probanden befriedigende Koeffizienten (Kappa-Werte), die im Durchschnitt zwischen Kappa = .51 und Kappa = .66 (klinische Stichprobe) sowie zwischen Kappa = .36 und Kappa = .48 („gesunde“ Stichprobe) lagen. Bezüglich der Validität fanden sich keine Angaben (Brickenkamp Handbuch, 2002).

Folgende Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV wurden mit dem SKID-II erfasst:

- **Gruppe A (exzentrische Störungen):** paranoide Persönlichkeitsstörung
schizoide Persönlichkeitsstörung
schizotypische Persönlichkeitsstörung
- **Gruppe B (dramatische Störungen):** antisoziale Persönlichkeitsstörung
Borderline Persönlichkeitsstörung
histrionische Persönlichkeitsstörung
narzistische Persönlichkeitsstörung
- **Gruppe C (ängstliche Störungen):** selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
dependente Persönlichkeitsstörung
zwanghafte Persönlichkeitsstörung
passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung

Die Kodierung von akzentuierten und beeinträchtigenden Persönlichkeitszügen, die nicht den angeführten diagnostischen Kategorien zugeordnet werden können, erlaubt eine Residualkategorie ("nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen").

4.2.3 Erfassung der dissoziativen Symptomatik

Art und Schweregrad der dissoziativen Symptomatik wurde über das Heidelberger Dissoziationsinventar (HDI, Brunner et al., 1999) erfasst. Es handelt sich um die deutschsprachige Adaptation der Dissociative Experience Scale in ihrer ersten Version (DES, Bernstein et al., 1986), die hinsichtlich der Skalierung modifiziert wurde (DES-II Carlson & Putnam, 1993). Die Skala erfasst dissoziative Symptome über ein Selbstrating. Zusätzlich zum Fragebogen existiert ein Interviewteil, in dem dissoziative Störungen in Anlehnung an die ICD-10 detaillierter erfragt werden als dies in störungsübergreifenden diagnostischen Interviews möglich ist. Das Interview umfasst folgende Störungsbereiche:

- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Fugue
- dissoziativer Stupor
- Trance- und Besessenheitsstörungen
- dissoziative Krampfanfälle
- dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- Ganser-Syndrom
- dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung)
- Depersonalisations-, Derealisationsstörung

Der HDI soll die Erfassung dissoziativer Phänomene einschließlich Depersonalisations- und Derealisationserlebens bei Jugendlichen und Erwachsenen ermöglichen. Das strukturierte klinische Interview dient zum einen einer diagnoseübergreifenden Symptomgewichtung, zum anderen einer diagnosesichernden kategorialen Zuordnung der dissoziativen Symptomatik. Mit Hilfe einer Interraterreliabilitätsstudie wurde die psychometrische Güte des Interviews geklärt. Die Beurteilerübereinstimmung (Cohen-Kappa) ergab für die Einzelsymptome ein zufrieden stellendes mittleres Kappa von .82. In Bezug auf die einzelnen Diagnosen ergab sich ein befriedigendes mittleres Kappa von .67 (ICD-10 Diagnosen). Eine hohe Korrelation ergab sich zwischen den Ratern (Mittleres $r = .93$; range = .73 - .998).

Untersuchungen zur Validität (zum DES-II) konnten zeigen, dass die DES-II zwischen Patienten mit dissoziativen Störungen solche von Patienten mit anderen Störungen und nicht klinische Probanden hochsignifikant diskriminiert (Dubester & Braun, 1995, Putnam, 1995).

Dieses Instrument wurde bereits in mehreren Studien eingesetzt und methodisch überprüft. Die Parameter in Bezug auf die Reliabilität können demnach als gut bis befriedigend eingestuft werden. Bei psychiatrischen Patienten wurden folgende zufrieden stellende Reliabilitätskennwerte erzielt (Split-Half: .71 - .91; Cronbach's alpha für die gesamte Skala: .91 - .94). Bei nicht klinischen Personen ergaben sich ebenfalls zufrieden stellende psychometrische Eigenschaften (Cronbach's alpha für die gesamte Skala: .90 - .93).

Ergänzendes Katamneseinterview

Im ergänzenden Katamneseinterview ("siehe Katamnesebogen" im Anhang B) werden neben den erwähnten Zusatzfragen zu dissoziativer Symptomatik und Klinischen Störungen im persönlichen Interview folgende Bereiche erfragt:

- Allgemeine Angaben zur Katamnese (wie Katamnesezeitraum, Alter bei Katamnese);
- Familiäre Belastungen mit dissoziativen Störungen bei Katamnese (Verwandte 1. Grades, Lifetime)
- Behandlung der dissoziativen Störung im Katamnesezeitraum
- Psychosoziale Adaptation bei Katamnese (Beziehung zu und Unabhängigkeit von der Herkunftsfamilie, schulische bzw. berufliche Situation, Kontaktverhalten, Partnerschaft und Sexualität)
- Gesamtbeurteilung der Anpassung: Skala zur Globalbeurteilung des Funktion
- Rückblickende Bewertung der Behandlung im Kindes und Jugendalter
- Nachbefragung zur Untersuchung.

4.2.4 Erfassung der psychosozialen Adaptation

Als Fragebogen wurde der *Fragebogen zur sozialen Integration* (FSI, v. Wietersheim et al., 1989; deutsche Adaptation der Social Adjustment Scale – Self Report, SAS-SR von Weissman & Bothwell, 1976) eingesetzt. Weiter erfolgte ein Fremdrating mit der *Global Scale of Functioning* (GAF, V. Achse des DSM-IV).

4.2.5 Erfassung der Krankheitsverarbeitungsstrategien

Eingesetzt wurde der *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (FKV; Muthny, 1989) und der *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit* (KKG, Lohaus & Schmitt, 1989).

Strategien der Krankheitsverarbeitung

Die Wichtigkeit der Krankheitsverarbeitung hat sich durch die Stress- und Coping- Forschung (Beutel & Muthny, 1988) erhöht. Die Einblicknahme in diesbezügliche innerpsychische Strategien dient der Hoffnung, angemessenere therapeutische Methoden zu etablieren.

Der Freiburger Fragebogen zur Erfassung von Krankheitsverarbeitungsstrategien erfasst folgende Krankheitsverarbeitungsstrategien:

Problemanalyse und Lösungsverhalten

Depressive Verarbeitung

Hedonismus

Religiosität und Sinnsuche

Misstrauen und Pessimismus

Kognitive Vermeidung und Dissimulation

Ablenkung und Selbstaufwertung

Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug

Regressive Tendenzen

Relativierung durch Vergleich

Compliance-Strategien und Arztvertrauen

Selbstermutigung

Die Krankheitsverarbeitungsstrategien wurden von den Patienten retrospektiv in Hinblick auf den Umgang mit der dissoziativen Symptomatik eingestuft.

4.2.6 Erfassung der Kontrollüberzeugungen zur Krankheit und Gesundheit

Der Fragebogen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG, Lohaus & Schmitt, 1989) umfasst drei Dimensionen mit jeweils sieben Items, die anhand von sechsstufigen Antwortskalen zu bearbeiten sind:

Internalität (KKG-I)

soziale Externalität (KKG-P)

fatalistische Externität (KKG-C)

Die Autoren gehen davon aus, dass sich spezifische Kontrollerwartungen, die sich über Vorerfahrungen und Vorwissen über die Beeinflussungsmöglichkeiten im Bereich von Gesundheit und Krankheit individuell entwickeln, auf die Kontrollüberzeugungen auswirken. Folglich werden die Kontrollüberzeugungen im Sinne eines Resultats der Lernerfahrungen, die jeder aufgrund eigener Vorerfahrungen in Hinsicht auf Selbst- und Fremdbestimmung bei körperlichen Vorgängen gemacht hat, interpretiert. Diese wiederum bilden demnach die Grundlage für den Umgang mit einer neuen Problematik und entscheiden darüber, ob neue Erfahrungen verhindert, erschwert oder erleichtert werden.

Der Fragebogen wurde in Anlehnung an das dreidimensionale Kontrollüberzeugungskonzept von Levensons konstruiert, das sich auf die Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) von Wallston, Wallston & Devellis bezieht.

Es konnten befriedigende Retest-Reliabilitäten (.66 und .78) und hinreichende interne Konsistenzen (.64 und .77) ermittelt werden.

Aus den Kontrollüberzeugungen ergeben sich zwei bedeutsame Bereiche:

- a) gesundheitsförderndes Handeln im Krankheitsfall (Einhalten von ärztlichen Ratschlägen, Durchführung zusätzlicher gesundheitsfördernder Maßnahmen)
- b) Krankheitsvermeidendes Handeln im Gesundheitsfall (Durchführung von Vorsorgemaßnahmen, Vermeidung gesundheitsbelastenden Verhaltens)

Bei einer *fatalistischen Kontrollüberzeugung* kann von einer geringen Eigenmotivation ausgegangen werden, das somatische Befinden zu beeinflussen, da es durch eigene Initiative als nicht veränderbar erlebt wird.

Bei Vorhandensein einer *sozialen Externalität* ist die Bereitschaft zur Eigeninitiative zu erwarten, wenn diese von externen Autoritäten, wie einem Arzt, empfohlen wird.

Internalität lässt ebenfalls Zusammenhänge zu gesundheitsfördernden oder krankheitsvermeidenden Verhalten erwarten. Dies ist, vor allem dann der Fall, wenn die Eigeninitiative, z. B. Teilnahme an Selbsthilfegruppen, vom Probanden selbst gefordert ist. Da die Einstellung dominiert, durch eigenes Handeln das körperliche Befinden zu beeinflussen, könnte hier jedoch auch die Basis für Konflikte liegen, die dann entstehen, wenn von ärztlicher Seite Ratschläge erteilt werden.

Der Autor nennt abschließend drei ätiopathogenetische Ansätze der Klinischen Psychologie, die in enger Verbindung zum Konzept der Kontrollüberzeugungen stehen (Brand 1982, Krampen, 1985):

- Das Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975)
- Das kognitive Depressionsmodell (Beck, 1972)
- Die „self-efficacy-theory“ (Bandura, 1977).

Ebenfalls erscheint das Modell der Kontrollierbarkeit für die Stressverarbeitung von Bedeutung zu sein, nachdem bedeutender Einfluss der Kontrollierbarkeit auf das Stressempfinden gefunden werden konnte (Miller, 1979; Miller & Norman, 1979).

4.2.7 Überprüfung der Belastbarkeit

Die Überprüfung der Belastbarkeit sollte sowohl die kognitive als auch die körperliche Ebene betreffen. Zur Induktion der primär kognitiven Belastung wurde eine komplexe Mehrfach-Reiz-Reaktionsaufgabe (Test für reaktive Stresstoleranz, RST-3, Kisser und Brandstätter, 1985) vorgegeben, die folgende Forderungen an den Probanden stellte:

- Wahlreaktionen (Hand- und Fußtasten) auf optische und akustische Reize
- standardisierte Reize
- Übungsphase (Darbietungszeit 1,58 Sekunden)
- Belastungsphase (Darbietungszeit 0,95 Sekunden)
- Erholungsphase (Darbietungszeit 1,07 Sekunden)
- Leistungsparameter: Anzahl zeitgerechter Reaktionen, Fehlerzahl.

Die primär körperliche Belastung wurde durch eine Hyperventilation provoziert.

Die Erfassung der Befindlichkeitsparameter erfolgte als Baseline und im Anschluss an die beiden Belastungsphasen mit den folgenden Verfahren:

- a) Mehrdimensionaler Befindlichkeitsbogen (MDBF, Steyer et al., 1997)
- b) Emotionsskalen (EMO-16akt, Schmidt-Atzert & Hüppe, 1996)
- c) Modifizierte Beschwerdeliste (B-L mod., relevante Items der Skalen B-L, B-L', B-L° von Zerssen, 1976).

Zu a) Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) stellt ein Instrument zur Erfassung dreier bipolar konzipierter Dimensionen der aktuellen psychischen Befindlichkeit dar. *Gute - Schlechte Stimmung (GS)*, *Wachheit - Müdigkeit (WM)* und *Ruhe - Unruhe (RU)*.

Unter Befindlichkeit wird ein psychischer Zustand verstanden, der sich folgendermaßen charakterisieren lässt: " Befindlichkeit kennzeichnet das aktuelle, ins Bewusstsein gerückte innere Erleben und Empfinden eines Individuums." (Steyer et al.,1997). Die Wahrnehmung einer Befindlichkeit kann zu Veränderungen der Handlung führen, sie ist weder objekt- oder situationsspezifisch. Der Befindlichkeit wird im Gegensatz zu einem Motiv eine Intention abgesprochen, und ist im Vergleich zu einer Persönlichkeitskomponente durch eine geringere zeitliche Stabilität gekennzeichnet. Es besteht aber in Hinblick auf Gefühle eine höhere Stabilität.

Zu b) Die Emotionsskalen (EMO 16) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der den aktuellen emotionalen Gefühlszustand auf 16 Skalen erfasst. Die Frage nach der "sexuellen Erregung" wurde aus dem Fragebogen herausgenommen, was von den Autoren als legitim vertreten wird, aus Gründen der möglichen Anstößigkeit bei angewandter Forschung. Der mehrdimensionale Fragebogen, der von uns auf 15 Skalen reduziert wurde, basiert auf Ähnlichkeitsanalysen von Emotionswörtern, die durch ein Substantiv beschrieben werden. Die Intensität des Gefühls ist auf einer 6-stufigen Skala zuzuordnen. Bei vergleichbaren Situationen lag die Retestrelabilität zwischen .37 und .92. (Median von .70).

Die Validität der Skalen wurde durch unterschiedlich hohe Korrelationen mit externen Emotionsskalen sowie durch unterschiedliche Sensitivität für emotionsinduzierende Bedingungen belegt. Das Verfahren erwies sich als geeignet, eine rasche und umfassende Selbstbeschreibung eines Gefühlszustandes abzulegen.

Zu c) Die Beschwerdeliste (B-L mod., relevante Items der Skalen B-L, B-L', B-L° von Zerssen, 1976) enthält 24 Items, die auf einer vierstufigen Skala (stark, mittelmäßig, kaum, gar nicht) verschiedene körperliche Empfindungen angeben. Die Validität der Skala wurde überprüft und wurde als geeignet erachtet, einen aktuellen körperlichen Zustand erfassen zu können.

Die Überprüfung der Wirkung der kognitiven und körperlichen Belastungen wurde anhand der drei oben beschriebenen Selbstbeurteilungsverfahren, der Beschwerdeliste, der Emotionsskalen und dem mehrdimensionalen Empfindlichkeitsfragebogen erfasst. Ausgewertet wurde der Verlauf über den T1-Test für den Behandlungs-Kontrollgruppenvergleich. Der Test wurde aus dem Buch von Bortz und Lienert „Nonparametrische Statistik (Kurzfassung), kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung (2000) entnommen.

Die Gestalt einer Verlaufskurve wird beim T1-Test durch die Vorzeichen der Differenzen auf einander folgender Messungen beschrieben. Ein Minuszeichen deutet auf einen fallenden und ein Pluszeichen auf einen steigenden Wert hin. Da jede Differenz positiv oder negativ ausfallen kann, sind verschiedene Vorzeichenmuster möglich (2^{n-1} mit n = Anzahl der Messungen). Wenn man von der Möglichkeit aus geht, dass 2 auf einander folgende Messungen auch identisch sein können (Differenz = 0), ergeben sich allgemein $3n-1$ verschiedene Vorzeichen –muster.

Die Anzahl der Vorzeichenmuster steigt demnach mit wachsender Anzahl der Messungen exponentiell an. Deshalb erscheint es sinnvoll, die möglichen Vorzeichenmuster vor Untersuchungsbeginn in 2 Gruppen einzuteilen: Eine Gruppe umfasst alle Vorzeichenmuster, die man für die Verlaufskurven der ehemaligen Patientengruppe erwartet und die 2. Gruppe enthält die erwarteten Vorzeichenmuster der Kontrollgruppe. Ist der Versuch abgeschlossen, wird jede Verlaufskurve –getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe- danach klassifiziert, ob ihr Vorzeichenmuster für oder gegen die Behandlungswirkung spricht. Die so resultierenden Häufigkeiten werden in eine Vierfeldertafel eingetragen, die asymptotisch über die folgende Gleichung ausgewertet wird.

$$T1 = \chi^2 = N \times (|a \times d - b \times c| - N/2)^2 \div (a+b) \times (c+d) \times (a+c) \times (b+d)$$

Das Ergebnis wird mit dem kritischen Wert $\chi^2 = 2,71$ verglichen, wird dieser Wert überschritten, wird die H_0 verworfen und die H_1 akzeptiert.

5. ERGEBNISSE

5.1 MERKMALE DER AUSGANGSSTICHPROBE ZUM BEHANDLUNGSZEITPUNKT. ZUR 1. FRAGESTELLUNG

5.1.1 Epidemiologie

Von den insgesamt 62 Patienten mit einer dissoziativen Störung waren 19 (30,6%) männlich und 43 (69,4%) waren weiblich (signifikanter Geschlechtsunterschied; Binominaltest: $p = .003$).

Vor der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg wurden die meisten Kinder und Jugendlichen in keiner anderen Einrichtung behandelt. Lediglich acht der 62 Patienten (13,1%) wurden vor dem ersten Kontakt mit der Klinik wegen ihrer dissoziativen Störung ambulant behandelt. Nur drei der Patienten (4,8%) befanden sich bereits zuvor in stationärer Behandlung.

Die Mehrzahl der Patienten (64,4%) wurde als mittelschwer erkrankt eingestuft, während die Erkrankung von 13 Patienten (22%) als leicht und von acht Patienten als schwer (13,5%) erachtet wurde.

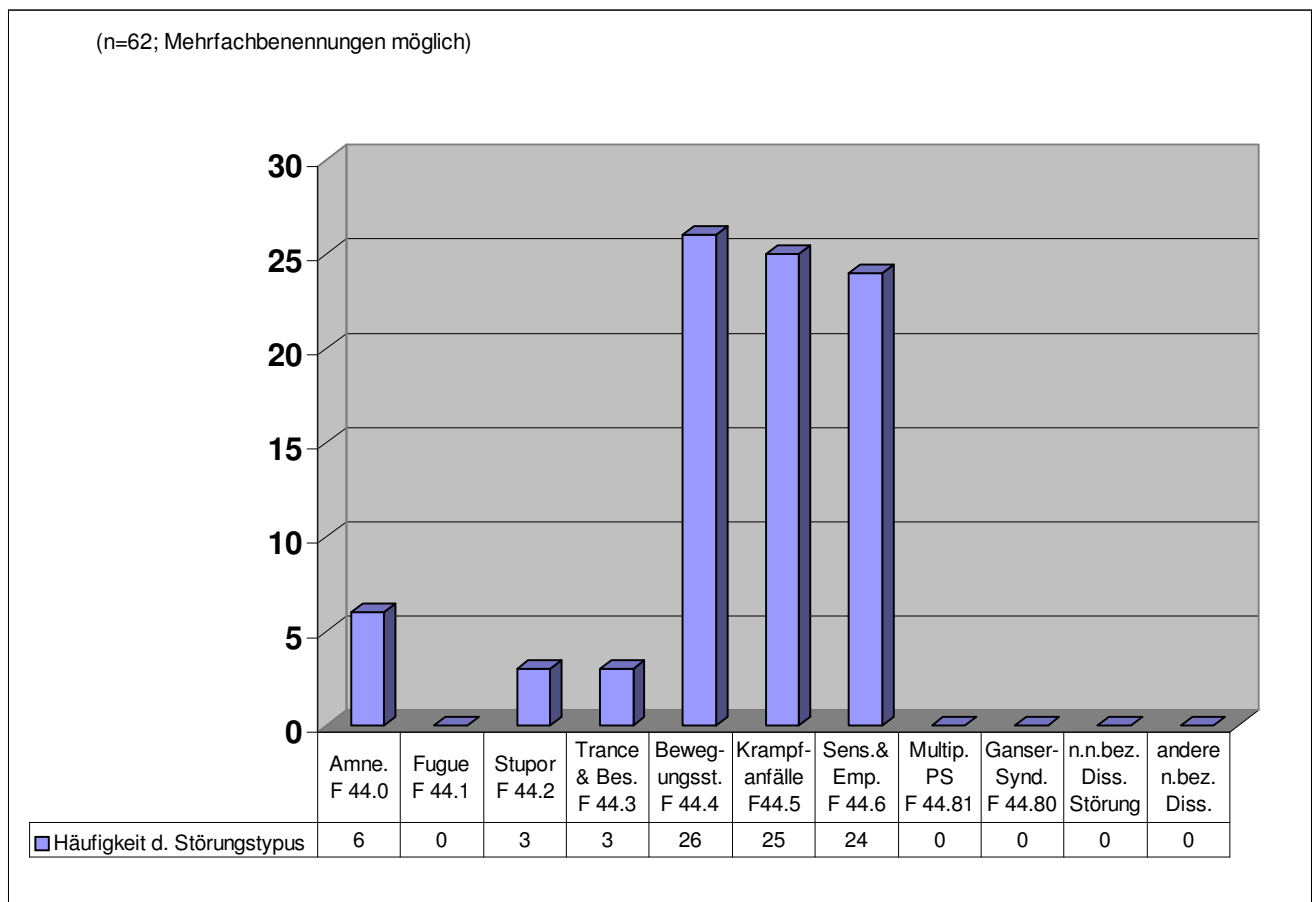
5.1.1.1 Symptomverteilung

Bei der Untersuchung der Krankengeschichten zeigte sich, dass in der eingeschlossenen Patientengruppe einzelne Störungsbilder der dissoziativen Störungen gehäuft und andere überhaupt nicht auftraten. Die häufigste Form der dissoziativen Störung betrafen konversionstypische Verhaltensweisen. 26 der Patienten (41,9%) wurden mit dissoziativen Bewegungsstörungen, 25 (40,3%) Personen mit dissoziativen Krampfanfällen und 24 (38,7%) mit dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen in die Klinik aufgenommen. Lediglich 14,5% der Patienten litten unter dissoziativen Störungsbildern, die die Erinnerung bzw. den Bewusstseinszustand betrafen. Im Einzelnen wiesen sechs Personen (9,7%) eine dissoziative Amnesie, drei Patienten (4,8%) die Symptome eines dissoziativen Stupors und

ebenfalls drei Patienten (4,8%) Symptome dissoziativer Trance- und Besessenheitszustände auf. Die Diagnose einer dissoziativen Fugue, eines Ganser Syndroms oder einer multiplen Persönlichkeit wurde bei keinem der Patienten gestellt.

Abbildung 2:

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



Bei einem Drittel (30,6%) der Patienten traten mehr als eine dissoziative Symptomatik gleichzeitig auf, weshalb zusätzlich die Diagnose einer gemischten dissoziativen Störung vergeben werden musste. Die Verteilung der einzelnen Störungsbilder findet sich in der Abbildung 2.

Es ist hierbei auffällig, dass die dissoziativen Bewegungsstörungen und die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen meist im Rahmen einer gemischt dissoziativen Störung auftraten. Dissoziative Krampfanfälle, die ebenfalls häufig auftraten, dagegen traten meist isoliert auf (20 der 25; 80%). Im Gegensatz dazu, traten nur bei 10 der 26 (38,5%)

Patienten mit einer beschriebenen Bewegungsstörung und lediglich bei sieben der 24 (29,2%)

Patienten mit dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen die jeweiligen Symptome isoliert auf (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13:
Symptomkombinationen bei gemischten dissoziativen Störungen (n=20)

Symptomkombination bei gemischten dissoziativen Störungen		
Symptome	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Diss. Bewegungsstörung & Diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	12	60%
Diss. Bewegungsstörung & Diss. Krampfanfälle	2	10%
Diss. Krampfanfälle & Diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	1	5%
Dissoziative Amnesie & Diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	1	5%
Trance und Besessenheitszustände & Diss. Krampfanfälle	1	5%
Dissoziative Amnesie & Diss. Krampfanfälle	1	5%
Diss. Bewegungsstörung & Diss. Krampfanfälle & Diss. Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	1	5%
Dissoziative Amnesie & Diss. Bewegungsstörung & Diss. Krampfanfälle	1	5%
Gesamt	20	100

5.1.1.1.1 Dissoziative Bewegungsstörungen

Unter den konversionstypischen dissoziativen Krankheitsbildern subsumieren sich eine Vielzahl einzelner Symptombilder, in denen sich die spezifische dissoziative Störung äußern kann. In dieser Hinsicht interessiert, welche Symptome bei der Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen sich gehäuft und welche sich eher seltener manifestieren (siehe Tabelle14).

Tabelle 14:
Symptomverteilung innerhalb der dissoziativen Bewegungsstörung (n=26,
Mehrfachnennungen möglich)

Symptome	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
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%
Atasie	17	65,4%
Abasie	12	46,2%
Sprechschwierigkeiten	0	0%
Schluckschwierigkeiten/Globusgefühle	20	76,9%
Harnverhalt	0	0%
Sonstige	2	7,7%

Im Rahmen der dissoziativen Bewegungsstörung klagten 21 der 26 Patienten über eine Lähmung oder lokale Schwäche der Beine (80,8%), hingegen wurde in nur sechs Fällen (23,1%) eine Lähmung oder lokale Schwäche in den Armen berichtet. Jeweils 11 Patienten (je 42,3%) klagten über eine Koordinationsstörung oder eine Gleichgewichtsstörung, in 17 Fällen (65,4%) konnten die Patienten nicht mehr frei stehen (Atasie), zwölf Kinder und Jugendliche (46,2%) sahen sich nicht mehr in der Lage zu gehen (Abasie). Meist traten die zuvor genannten Symptome der Koordinations- und Gleichgewichtsstörung sowie der Atasie oder Abasie in Kombination miteinander auf. Die Kinder und Jugendlichen zeigten bei den motorischen Störungen nur selten Ausfälle einer Körperhälfte, bei lediglich neun Fällen (37,5%) konnte eine Halbseitensymptomatik beobachtet werden.

5.1.1.1.2 Dissoziative Krampfanfälle

Bei 25 Kindern und Jugendliche fand sich das Krankheitsbild eines psychogenen Anfallsleidens (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15:
Häufigkeit der Symptome im Rahmen der dissoziativen Krampfanfälle (n = 25,
Mehrfachnennungen möglich)

Symptome	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 motorische Symptome	9	36%
Andere anfallsartige Bewusstseinsveränderungen	2	8%
Gesamt	45	180%
Davon in Kombination auftretende Symptome	20	80%
Gesamt	25	100%

In jeweils sechs (je 24%) dieser Fälle bestanden die Anfälle darin, dass entweder generalisierte, unkoordinierte Bewegungen oder eine generalisierte Steifheit oder Spasmen bei den Patienten festgestellt werden konnte. Ein generalisiertes Zittern konnte bei acht Patienten (32%) beobachtet werden. Selten fanden sich regionale unkoordinierte Bewegungen (4 Fälle, 16%). In jeweils zwei Fällen zeigte sich der dissoziative Anfall in regionaler Steifheit oder einem regionalem Spasmus bzw. regionalem Zittern (8%). Anfälle in Form einer okulären Symptomatik wie Blickkrämpfe oder Starren zeigten sich bei sechs Patienten (24%). Ein Großteil der dissoziativen Krampfanfälle trat in einem alleinigen Bewusstseinsverlust ohne motorische Symptomatik auf (9 Fälle, 36%). Schließlich äußerten sich zwei psychogene Anfallsleiden (8%) in Form einer Bewusstseinsveränderung im Sinne einer Absence.

5.1.1.1.3 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Im Rahmen sensorischer Ausfälle bei dem Symptombild der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung fanden sich bei 24 Kindern und Jugendlichen entweder unterschiedliche Hautmissempfindungen oder Sehstörungen. Bei 13 Patienten (54,2%) fanden sich Störungen der Sensibilität im Bereich des Integuments. Störungen bezüglich der Schmerzempfindung der Haut äußerten acht Patienten (33,3%). Bei weiteren 6 Patienten (25%) zeigten sich Berührungsmissempfindungen und bei weiteren fünf (20,8%) Missempfindungen durch Vibrationsreize. Eine Patientin äußerte Temperaturmissempfindungen sowohl bei Hitze als

auch bei Kälte. Die Lokalisationen der Sensibilitätsstörungen waren recht gleichmäßig über den gesamten Körperbereich verteilt.

In der Hälfte der 24 Fälle, die unter einer Sensibilitäts- und Empfindungsstörung litten, handelte es sich um Störungen der Sehfähigkeit. Nur eine Patientin gab hierbei einen vollständigen Sehverlust an. Überaus häufiger fanden sich Kinder und Jugendliche (8 Fälle, 66,7% der Sehstörungen), die nur noch verschwommen sehen konnten. Zwei berichteten über Doppelbilder, zwei weitere klagten über ein tunnelförmiges Blickfeld. Andere Sehstörungen, wie eine Augenbewegungsstörung gaben zwei der Patienten an.

Im Gegensatz zum Auge waren andere Sinnesorgane nur geringfügig betroffen. Drei der 24 Patienten mit einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung erlitten einen selektiven Hörverlust, der sich in einer eingeschränkten Hörfähigkeit bemerkbar machte.

Eine Übersicht über die Verteilung der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen gibt die folgende Tabelle 16.

Tabelle 16.

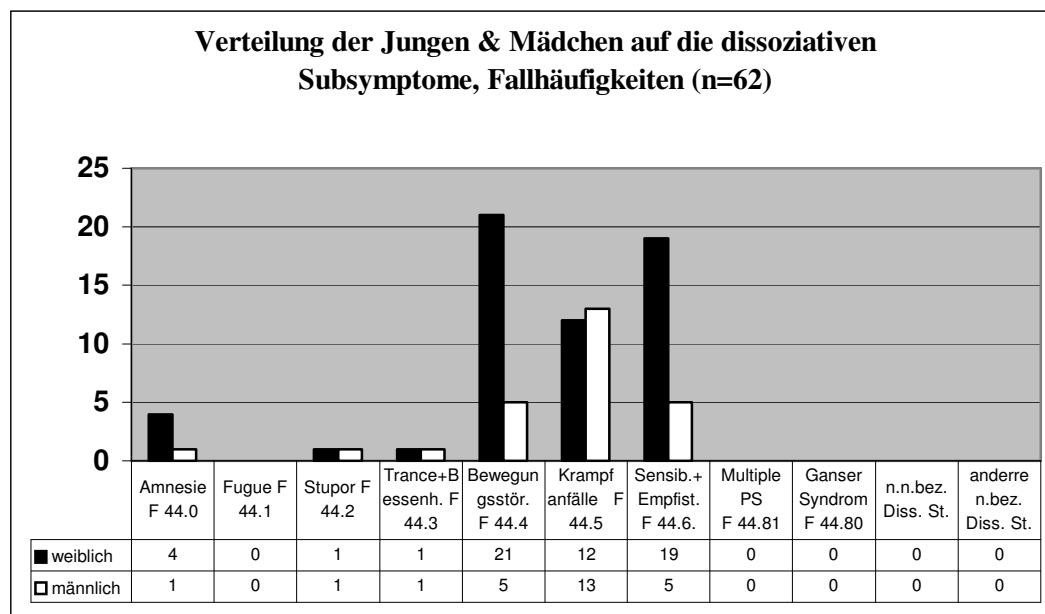
Häufigkeit der Symptommennungen innerhalb der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (n=24, Mehrfachnennungen möglich)

Symptom		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Hautempfindungen, davon:		13	54,2%
	Schmerzempfindungen	8	33,3%
	Berührungsmissempfindungen	6	25%
	Vibrationsmissempfindungen	5	20,8%
	Temperaturmissempfindungen	1	4,2%
Sehverlust, davon:		12	50%
	Vollständiger Sehverlust	1	4,2%
	Verschwommensehen	8	33,3%
	Tunnelblick	2	8,3%
	andere Art von Ausfall	4	16,7%
Hörverlust, davon:		3	12,5%
	Vollständiger Hörverlust	0	0%
	teilweiser Hörverlust	3	12,5%
Verlust der Riechfähigkeit		0	0%

5.1.1.1.4 Geschlechtsspezifische Symptomverteilung

Untersucht man die Nennungshäufigkeit dissoziativer Symptome bei Mädchen und Jungen näher, so fanden sich gewisse geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei den männlichen Patienten traten als Symptom hauptsächlich dissoziative Krampfanfälle auf. Bei 13 von 19 Fällen also 68,4%. Jeweils fünf der 19 männlichen Patienten (je 26,3%) wiesen entweder dissoziative Bewegungsstörungen oder dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen auf. Andere dissoziative Symptome traten bei den männlichen Kindern und Jugendlichen nur in sehr geringer Zahl auf. Bei weiblichen Patientinnen fanden sich hingegen am häufigsten dissoziative Bewegungsstörungen (21 von 43 Patientinnen, 48,8%). An zweiter Stelle standen die Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (19 Patientinnen, 44,2%). Die bei Jungen häufig vergebene Diagnose eines dissoziativen Krampfanfalls zeigten nur 12 Patientinnen (27,9%). Die übrigen dissoziativen Störungsbilder fanden sich auch bei den Mädchen nur relativ selten. Hierzu sei auf Abbildung 3 verwiesen.

Abbildung 3:
Geschlechtsspezifische Verteilung aller Patienten der Ausgangsstichprobe auf die jeweiligen dissoziativen Störungen



Nimmt man einen geschlechtsspezifischen Vergleich zwischen den dissoziativen Bewegungsstörungen, den dissoziativen Krampfanfällen sowie der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung vor, muss konstatiert werden, dass weder Jungen noch Mädchen überzufällig häufig eine dissoziative Bewegungsstörung ($\chi^2 = 2,745$, $p > .05$, $n=62$) oder

Sensibilitäts- und Empfindungsstörung ($\chi^2 = 1,774$, $p > .05$, $n=62$) aufweisen, während sich jedoch bei den dissoziativen Krampfanfällen eine eindeutige Knabenwendigkeit beobachten lässt ($\chi^2 = 8,988$; $p \leq .01$, Tabelle 17).

Tabelle 17:

Korrelation zwischen dissoziativer Störung der Ausgangsstichprobe und Geschlecht der Patienten (n=62)

	Männliche Patienten	Weibliche Patientinnen	P
Dissoziative Bewegungsstörung	5 von 19	21 von 43	n.s.
Dissoziative Krampfanfälle	13 von 19	12 von 43	**
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	5 von 19	19 von 43	n.s.

Anmerkung: n.s.= nicht signifikant; $p > .05$; **=signifikant mit $p \leq .01$

5.1.1.1.5 Altersverteilung der Patientengruppe und altersspezifische Symptomverteilung

Zum Zeitpunkt des Beginns der dissoziativen Störung waren die Patienten durchschnittlich 12,7 Jahre alt ($sd = 2,7$; Minimum = 6; Maximum 18,10). Mädchen waren mit einem Alter von durchschnittlich 13,2 Jahren zum Erkrankungszeitpunkt etwas älter als die Jungen, die ein Durchschnittsalter von 11,6 Jahren aufwiesen. Mädchen erkrankten im Durchschnitt etwa 1½ Jahre später als Jungen, was ein signifikant älteres Erkrankungsalter ($p < .050$) darstellt (Tabelle 18).

Tabelle 18:

Alter bei Beginn der dissoziativen Störung

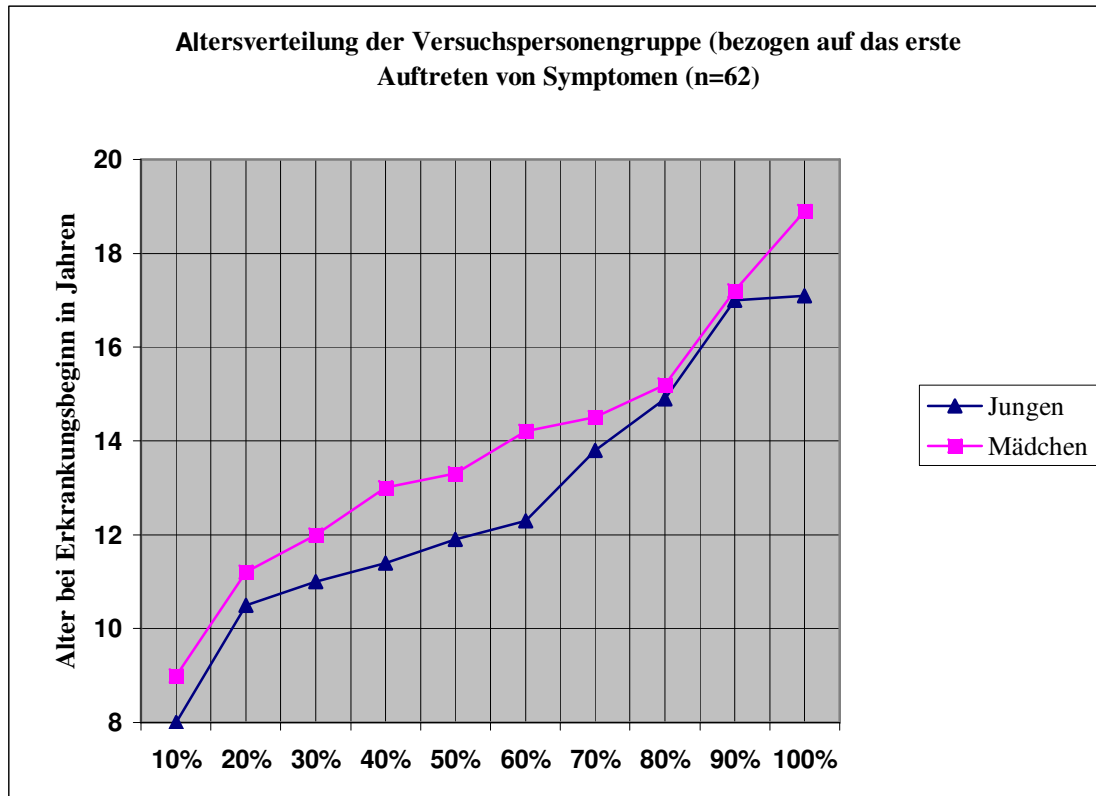
	Mittelwert	Standard- abweichung	Streubreite	Minimum	Maximum
Alle Patienten (n = 62)	12,7	2,8	11,9	6,0	18,1
Mädchen (n = 43)	13,1	2,7	12,1	6,0	18,1
Jungen(n = 19)	11,6	2,7	10,11	6,0	16,11

Die Diagnose der dissoziativen Störung erfolgte im Durchschnitt 9 Monate später und lag im Altersdurchschnitt bei 13,4 Jahren ($sd=2,89$; Minimum= 6,11; Maximum=19,04; $n=62$).

Abbildung 4 stellt das Alter, in dem jeweils ein Zehntel der Mädchen bzw. der Jungen an einer dissoziativen Störung erkrankten, gegeneinander aufgetragen, dar.

Abbildung 4:

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

**Tabelle 19:**

Verteilung der Ausgangsstichprobe auf die Gruppe der Kinder (< 14 Jahre) bzw. der Jugendlichen (> 14 Jahre). Zugrunde gelegt ist das Alter bei Beginn der Erkrankung. (n=62)

	Männl. 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%

Betrachtet man sich das Geschlechterverhältnis genauer, wurde deutlich, dass bei den Patienten, deren Erkrankung im Kindesalter begann, das Verhältnis von Jungen zu Mädchen annähernd 1:1 betrug. Bei Erkrankungsbeginn im Jugendalter stieg der Anteil der weiblichen Patientinnen deutlich an, so dass auf einen männlich erkrankten Jugendlichen nun 4 weibliche Patientinnen kamen. Diese Daten bestätigen die bereits vorher untersuchten Daten, wonach männliche Patienten häufiger als Kinder erkranken, während sich das Geschlechterverhältnis

im Jugendalter zu Lasten der weiblichen Patientinnen verschiebt ($\chi^2= 5,156$; $p \leq .05$; $n=62$; Tabelle 19).

Untersucht man näher, welche dissoziativen Störungsbilder bei Kindern bzw. Jugendlichen diagnostiziert wurden, so zeigt sich, anders als zum Geschlecht der Patienten, dass das Alter der Patienten keinen erheblichen Einfluss auf das Erkrankungsbild ausübt (Abbildung 5). Hierzu wurde die Patientengruppe in eine Gruppe von Kindern, die bei Erkrankungsbeginn jünger als 13 Jahre waren (29 Personen) und in eine Gruppe von Jugendlichen, die bei Erkrankungsbeginn mindestens 13 Jahre alt waren, unterteilt. Dabei zeigte sich, dass wenigstens bei den drei häufigsten Störungsbildern, der dissoziativen Bewegungsstörung, dem dissoziativen Krampfanfall und der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen auffällig wurde. Aufgrund der geringen Fallzahl der in dieser Studie selteneren beobachteten dissoziativen Erkrankungen, unterblieb eine statistische Berechnung (Tabelle 20).

Abbildung 5:
Altersspezifische Verteilung aller Patienten der Ausgangsstichprobe auf die jeweiligen dissoziativen Störungen

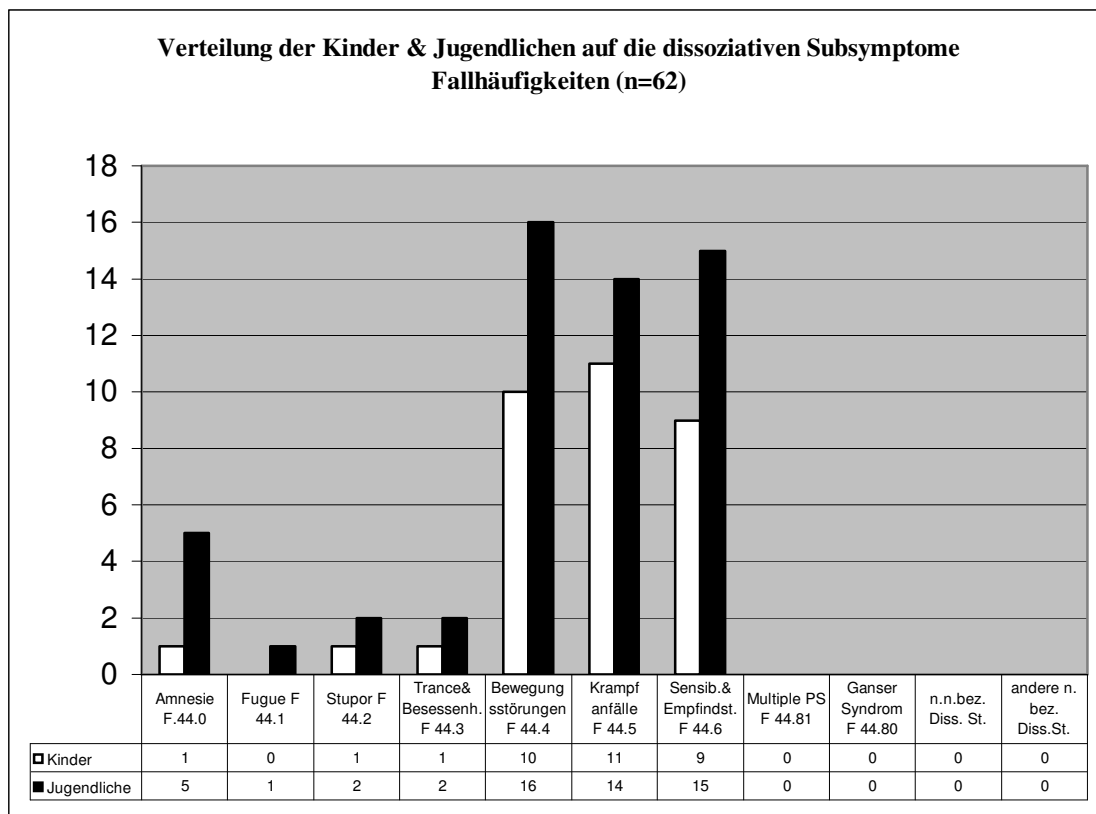


Tabelle 20:
Korrelation zwischen dissoziativer Störung der Ausgangsstichprobe und Alter der Patienten (n=62)

	Kinder (< 13 Jahre)	Jugendliche (>/= 13 Jahre)	P
Dissoziative Bewegungsstörung	10 von 29	16 von 33	n.s.
Dissoziative Krampfanfälle	11 von 29	14 von 33	n.s.
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	9 von 29	15 von 33	n.s.

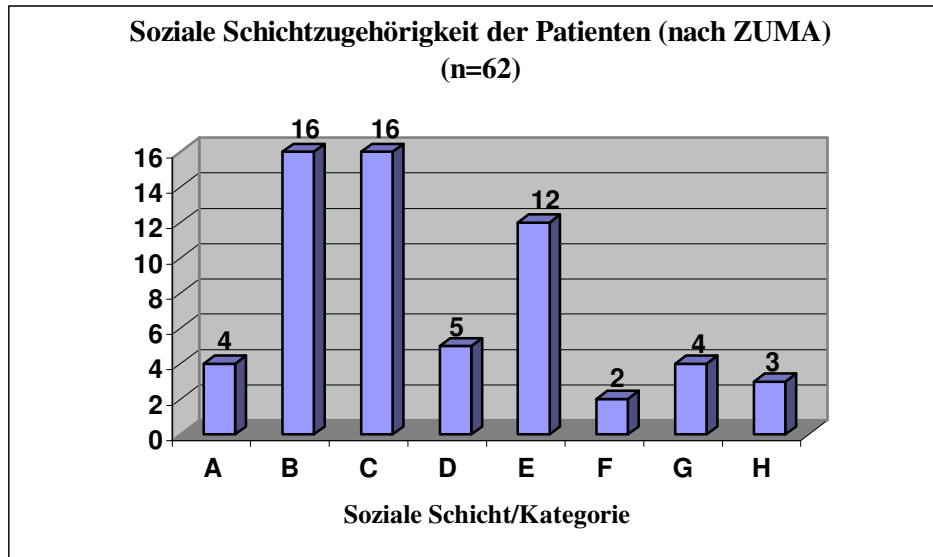
Anmerkung: n.s.= nicht signifikant

5.1.1.2 Sozialer Status

In Studien im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (Maxion et al., 1989) ergaben sich Hinweise darauf, dass innerhalb der Gesellschaft dissoziative Störungen vorwiegend bei Personen auftreten, die den unteren sozialen Schichten angehören. Zur Überprüfung dieses Sachverhalts wurde die Schichtzugehörigkeit der Familien der Patienten basierend auf dem Beschäftigungsstatus der Eltern, nach der Einteilung des ZUMA (Zentrum für Umfrage, Methoden und Analysen, Mannheim) ermittelt.

Abbildung 6:

Soziale Schichtzugehörigkeit der Familien der Patienten der Ausgangsstichprobe (n=62) nach ZUMA; Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen
Erläuterungen der Kategorien (maßgeblich ist der sozial jeweils höher stehende Elternteil)

**Legende:**

- A: Ungelernter Arbeiter**
B: Angelernter Arbeiter, Landwirte bis 9 ha
C: Facharbeiter, Landwirte mit 10-19 ha
D: Einfache Angestellte/Beamte; Vorarbeiter, Landwirte mit 20-49 ha
E: Mittlere Angestellte/Beamte; Selbständige bis ein Mitarbeiter und Werkmeister, Meister und Werkmeister, Landwirte mit mehr als 50 ha
F: Gehobene Angestellte und Beamte; Selbständige mit 2-9 Mitarbeiter
G: Freie Berufe; höhere Angestellte und Beamte; Selbständige mit mehr als 10 Arbeitern
H: keine Angaben

Demnach ergab sich, dass insgesamt 6 Patienten (10,1%) aus Familien kamen, in denen der im soziokulturellen Schichtsystem höher stehende Elternteil der gehobeneren oder oberen Schicht zugehörig war. 66 % der Familien der Patienten gehörten zumindest der unteren Mittelschicht an. Ein Drittel (34%) der Familien waren der Unterschicht zugehörig. Bei drei Patienten (4,8%) war keine Aussage über den sozioökonomischen Status aus der Krankengeschichte zu entnehmen. Der Großteil der Patienten war demzufolge den unteren sozioökonomischen Schichten zuzuordnen entsprechend den Schichten A-G in der obigen Abbildung 6.

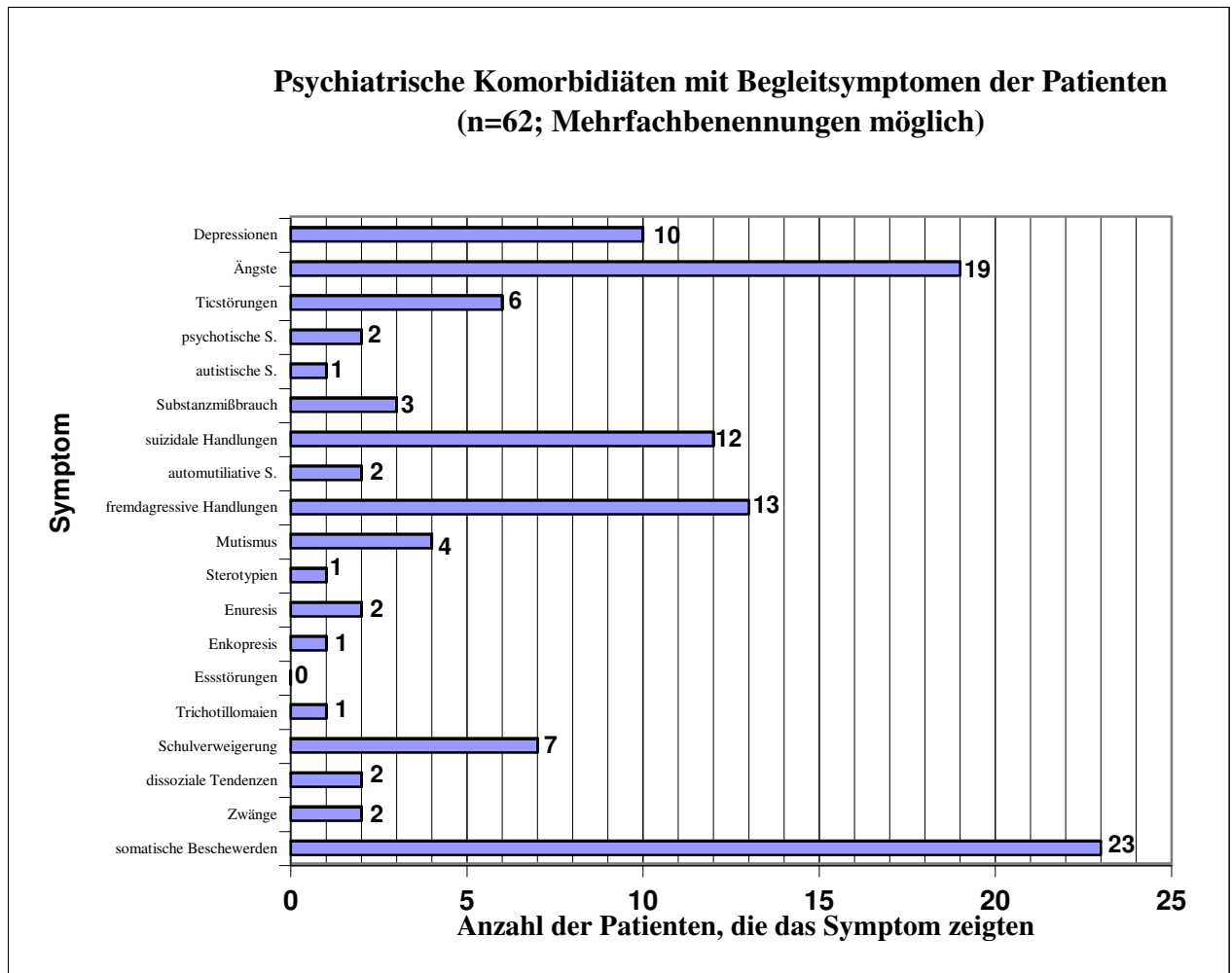
5.1.1.3 Intellektuelle Begabung

Übereinstimmend mit den Angaben zur Schullaufbahn — über die Hälfte der Patienten besuchte eine Hauptschule, im Vergleich dazu nur 6 Patienten zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes ein Gymnasium— lag der mittlere Intelligenzquotient der Ausgangsstichprobe im durchschnittlichen Bereich ($m=101,1$; $sd=13,9$; Minimum=75; Maximum=129; $n=46$). Zur Intelligenzmessung kamen am häufigsten (50%) deutschsprachige Adaptationen des Wechsler-Intelligenztest (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene bzw. für Kinder) zum Einsatz. Bei 27% der Patienten wurden sprachfreie Verfahren verwandt (Coloured bzw. Standard Progressive Matrices; Grundintelligenztest 2). Bei 22,6% der Patienten konnte keine Angaben über das Verfahren der Intelligenzmessung gemacht werden. Aufgrund der Angaben der besuchten Schule oder des Schulabschlusses ist auch bei diesen Patienten von einer durchschnittlichen Intelligenz auszugehen.

5.1.2 Dissoziative Symptomatik und psychiatrische Komorbiditäten mit Begleitsymptomen

Die Art und Häufigkeit begleitender Symptome wird in Abbildung 7 dargestellt. Selten fanden sich bei den Patienten im Verlauf Ticstörungen (9,8%). Lediglich zwei Patienten zeigten psychotische Symptome, einmal wurden autistische Züge erwähnt. Bei drei jugendlichen Patienten fanden sich Hinweise auf verschiedene Substanzmissbräuche. Zwangsstörungen oder Trichotillomanie wurden ebenso selten beobachtet wie sekundäre Enkopresis oder Enuresis, stereotype Handlungsweisen oder Mutismus. Essstörungen wurden innerhalb der Patientengruppe überhaupt nicht gesehen. Vergleichsweise häufig wurde von Schulverweigerungstendenzen berichtet. Am häufigsten traten somatoforme Beschwerden (37,1%) auf, was sich sicherlich zum Teil damit erklären lässt, dass die Erkrankungen eng miteinander verwandt sind. Auffallend hoch ist aber der Anteil der Angsterkrankungen (30%) als begleitende psychische Auffälligkeiten. Ebenfalls relativ häufig fanden sich depressive (16,1%) und aggressive Verhaltensweisen (21%) bei den Patienten.

Abbildung 7:
Komorbide klinische Störungen der Patienten der Ausgangsstichprobe im Verlauf der initialen Behandlung (n=62; Mehrfachnennungen möglich)



Anmerkung: S= Symptom

Ein beachtlicher Anteil (19,6%) der Patienten hatte bereits suizidale Handlungen vorgenommen. Bei Unterteilung der Ausgangsstichprobe in Kinder (bis 13 Jahre) und Jugendliche (ab 13 Jahren) zeigte sich, dass im Jugendalter signifikant häufiger suizidales Verhalten zu beobachten war als bei Kindern ($n = 61$; $\chi^2 = 9,208$; $p = .002$).

Eine weitere Unterteilung in drei Altersgruppen zeigt Tabelle 21, die für Kinder unter 10 Jahre keine suizidalen Handlungen belegt, dagegen mit zunehmenden Jugendalter ein Anstieg der suizidalen Handlungen ($n=61$; $\chi^2 = 8,605$, $p = .014$).

Tabelle 21
Suizidale Handlungen, unterschieden in zwei Altersgruppen

	Suizidale Handlungen				p *
	Ja		Nein		
	n	%	n	%	
Gruppe 1 (ab 5 - 9,11 Jahre)	0	0	7	11,5	
Gruppe 2 (bis 10 – 14,11 Jahre)	5 (15,1%)	8,2	33	54,1	
Gruppe 3 (15 - 18 Jahre)	7 (77,8%)	11,5	9	14,8	

Anmerkungen: n: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. * $p \leq 0.05$). Die Signifikanz wurden über χ^2 -Quadrat gerechnet; n=61

Hinsichtlich selbstverletzenden oder aggressiven Verhaltensweisen ergaben sich keine signifikanten Altersunterschiede. Es zeigten sich lediglich bei 5,3% automutilative Handlungen im Vergleich zu 21,3% aggressiven Verhaltens.

Bei einer Unterteilung der komorbiden Störungen nach dem Geschlecht der Patienten fällt auf, dass sich hinsichtlich der einzelnen Symptome keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bemerkbar machen. Absolut gesehen begingen deutlich mehr weibliche Patientinnen suizidale Handlungen als männliche, jedoch lässt sich keine statistische Signifikanz ($\chi^2=0,263$; $p>.05$) erkennen.

5.1.3 Behandlung im Kindes- und Jugendalter

Die dissoziativen Störungen begannen bei den Patienten der Ausgangsstichprobe durchschnittlich im Alter von 12,6 Jahren. Die erste Behandlung der dissoziativen Störung erfolgte im Durchschnitt neun Monate nach Beginn der Symptomatik.

Den Angaben in den Krankengeschichten zufolge wurden 13,1% der Patienten der Ausgangsstichprobe ambulant und 4,8% der Patienten stationär behandelt, bevor der Kontakt zur Würzburger Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wurde. Aufgrund fehlender Angaben kann zu der Dauer der ambulanten oder stationären Vorbehandlungen keine genaue Aussage getroffen werden.

Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der Fachklinik waren die Patienten durchschnittlich 13,3 Jahre alt. 45 Patienten (72,6%) wurden stationär und 17 ausschließlich ambulant behandelt (27,4%).

Die Angaben zur ambulanten Behandlung beziehen sich auf die ausschließlich ambulant behandelten Patienten (nicht eingeschlossen sind ambulante Behandlungen im Vorfeld der stationären Behandlung). Demnach betrug die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer 50 Tage. Die ambulante Behandlungsdauer mit im Schnitt drei Terminen präsentiert sich dagegen weniger behandlungsintensiv als die stationäre Behandlungsdauer. Die geringe stationäre Behandlungsdauer von wenigen Tagen (Minimum: ein Tag) verweist auf Therapieabbrüche.

Die eingesetzten therapeutischen Maßnahmen können Tabelle 22 entnommen werden.

Tabelle 22:
Therapeutische Maßnahmen laut Krankenblatt (Mehrfachnennungen möglich; N= 62)

	Stationäre Patienten (n=45)		Ambulante Patienten (n=17)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
„Analytische Therapie“	34	75,6	1	5,9
Sonstige Therapiemaßnahmen	31	68,9	2	11,8
Familientherapie	21	46,7	4	23,5
Verhaltenstherapie	14	31,1	9	52,9
Antidepressiva	4	8,9	1	5,9
Neuroleptika	1	2,2	0	0
Andere Medikamente	5	11,1	1	5,9

Anmerkungen: Die „sonstigen“ Therapiemaßnahmen betreffen meist Ergotherapie, Heilpädagogik, Musiktherapie, Reittherapie oder Bewegungstherapie

Im Vergleich zu 11,8% der ambulanten Patienten wurden 22,2% der stationären Patienten medikamentös behandelt. Vorwiegend bestand die Behandlung in der Gabe von Antidepressiva (14,8%) oder anderen Medikamenten (7%); neuroleptische medikamentöse Behandlung erfolgte nur bei einem Patienten. War die medikamentöse Behandlung eher selten, wurde stationär in 75,6% der Fälle eine „analytische Therapie“ durchgeführt. Seltener waren stationär verhaltenstherapeutische Interventionen (31,1%), die im ambulanten Rahmen aber bei ungefähr der Hälfte der Patienten eingesetzt wurde. Bei knapp der Hälfte der Patienten (46,7%) wurde stationär eine Familientherapie durchgeführt. Die hohe Rate an

"sonstigen Therapiemaßnahmen" bezieht sich auf stationär angebotene funktionelle Therapieangebote, die den Patienten eine Erweiterung ihres Handlungs- und Erlebensspielraums ermöglichen (Musik- Bewegungs- und Ergotherapie, Heilpädagogik).

Laut Krankenblättern fand bei sieben Patienten (11,3%) ein Behandlungsabbruch statt.

Der Behandlungserfolg wurde den ärztlichen Angaben in den Krankenblättern entnommen und wurde wie folgt eingeschätzt: als gebessert wurde die Symptomatik von 38 Patienten eingestuft (61,3%), als nur geringfügig gebessert oder als unverändert wurde bei 8 Patienten die Symptomatik (12,9%) nach Behandlung eingeschätzt. Es gab keinen Patienten, der als verschlechtert in seiner Symptomatik eingestuft wurde. Insgesamt lagen Beurteilungen über 46 Patienten vor.

Den Krankengeschichten war zu entnehmen, dass nach der Therapie 3 Patienten nicht mehr nach Hause zurück in die Familie gingen, sondern eine Jugendhilfemaßnahme in Anspruch nahmen (4,8%).

5.1.4 Risikofaktoren dissoziativer Störungen

5.1.4.1 Persönlichkeitsaspekte

Kontaktverhalten

Das Kontaktverhalten der Patienten wurde bei 68% vor der Einschulung und bei 66% in der Schulsituation als unauffällig beschrieben (siehe Tabelle 23). 32% zeigten während der frühen Kindheit ängstliches und zurückgezogenes Verhalten, bei 11% dieser Patienten wird Trennungsangst beschrieben. 6,4% der Patienten zeigten aggressives oder ungesteuertes Verhalten. Während der Schulzeit wurden 23% als kontaktänglich oder gehemmt eingestuft, nur 5% als aggressiv oder ungesteuert.

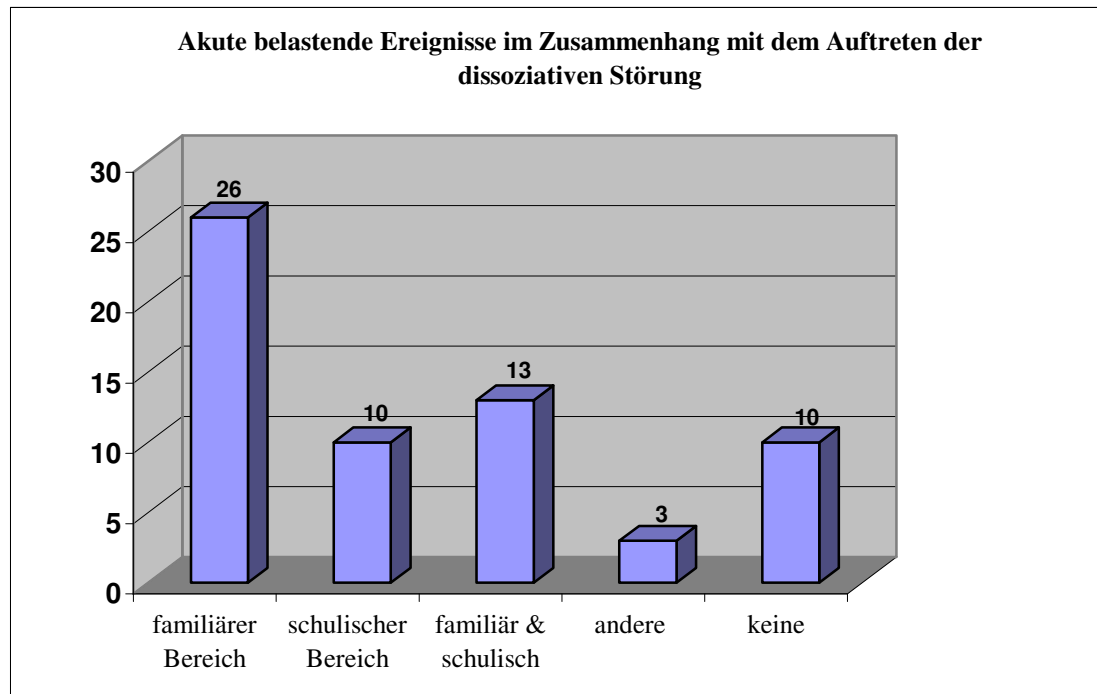
Tabelle 23:
Kontaktverhalten der Patienten der Ausgangsstichprobe (n=62)

	Kontaktverhalten bis Einschulung		Kontaktverhalten in der Schulsituation	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Unauffällig	36	58,1	33	53,2
Auffällig (ängstlich-zurückgezogen oder ungesteuert-aggressiv)	17	27,4	17	27,4
Keine Angaben	9	14,5	12	19,4

5.1.4.2 *Ereignisse im familiären und außerfamiliären Bereich*

Die Auswertung der Krankenblätter (n=62) hinsichtlich der belastenden Lebensereignisse, die mit der Symptombildung in zeitlichen Zusammenhang gebracht werden können, ergab ein vielschichtiges Bild. In fast allen Fällen ließ sich ein potentiell zur Entwicklung der dissoziativen Störung führender Auslöser finden. Bei einer Patientin bestand eine schulische Überforderung; bei knapp durchschnittlicher Begabung war sie ihrer gymnasialen Beschulung nicht gewachsen. Bei etwa einem Drittel (30,7%) der ehemaligen Patienten wurde eine überhöhte Leistungserwartung durch die Familie oder eine Außenseiterrolle im schulischen Rahmen geschildert. Bei 25,8% lag eine Überforderungssituation im familiären Rahmen vor. Laut der Beschreibung in den Krankengeschichten wurde bei 3 Patientinnen (5,7%) der Verdacht auf einen sexuellen Übergriff geäußert. Bei einer Patientin wurde eine Misshandlung durch die Mutter angegeben, bei einer weiteren ein Asylantrag geprüft. Zusammenfassend ließen sich bis auf 10 Krankenblätter ohne Angaben zu akuten Überforderungsereignissen (16,1%) in jeder Krankengeschichte Hinweise auf eine bedeutende Konfliktsituation finden. Die Bereiche der einzelnen Konfliktsituationen finden sich in Abbildung 8 wieder. Im Anhang A2 sind die einzelnen Konfliktsituationen aufgeführt.

Abbildung 8:
Akute belastende Ereignisse im zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der dissoziativen Störung



5.1.4.3 Potentielle krankheitsverstärkende bzw. aufrecht erhaltende Aspekte

Ein wesentlicher Aspekt bei der Entstehung insbesondere aber der Aufrechterhaltung dissoziativer Störungen stellt die persönliche Umgebung bei Kindern und Jugendlichen, also der familiäre Rahmen. Als Erklärungsmodell sieht man in der Zuwendung der Angehörigen eine positive Verstärkung, die die Symptomatik aufrechterhält. In der vorliegenden Studie könnte dafür ein Hinweis sein, dass laut Angaben in den Krankengeschichten bei nahezu 96% der Patienten andere Familienmitglieder leicht oder deutlich in die Symptomatik miteingebunden waren (siehe Tabelle 24).

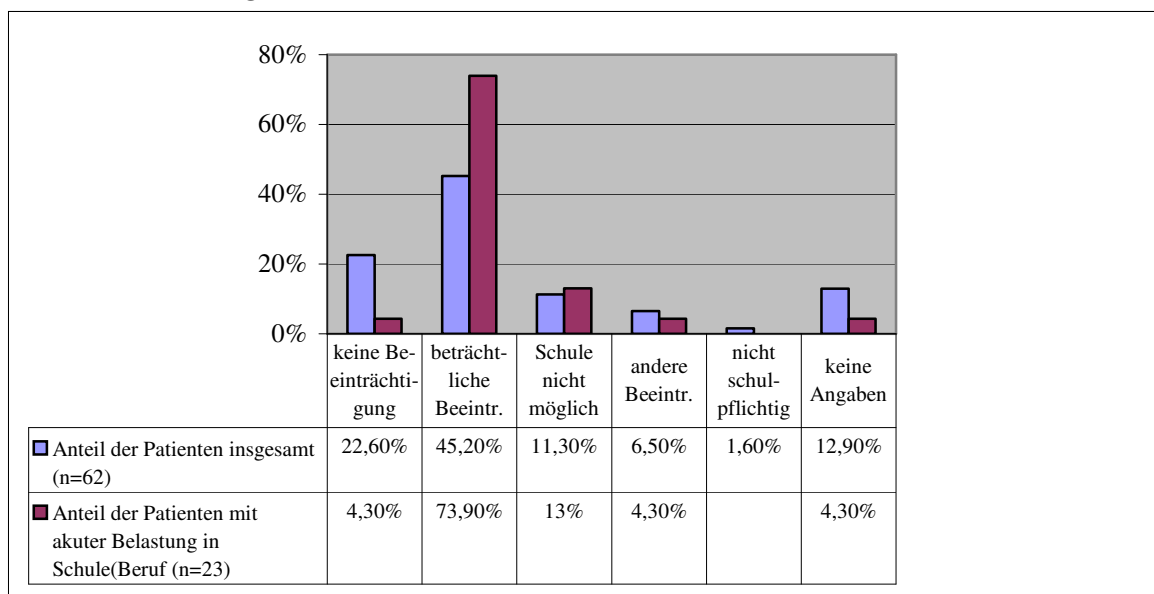
Tabelle 24:
Familiäre Verstrickung in die dissoziative Symptomatik des betroffenen Kindes (n= 55)

	Häufigkeit	Prozent
nicht vorhanden	1	1,8
leicht (ohne Beeinträchtigung des normalen Tagesablaufs)	26	47,3
Deutlich	27	49,1
stark (mind. ein Familienmitglied stark in die dissoziative Störung eingebunden)	1	1,8

Anmerkungen: zu sieben Patienten konnten keine Angaben gemacht werden.

In den Krankengeschichten wurde bei 28 Patienten (45,2%) eine Leistungseinschränkung berichtet, so dass nur noch ein eingeschränkter Schulbesuch möglich war. Bei sieben Patienten (11,3%) war kein Schulbesuch mehr möglich. Vier Patienten waren aufgrund einer anderen Beeinträchtigung in ihrer schulischen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Zwei Patienten hatten wegen der dissoziativen Störung noch keine Berufsausbildung begonnen. 14 Kinder und Jugendliche (22,6%) waren uneingeschränkt leistungsfähig. Bei einer Patientin konnte keine Aussage über die Leistungsfähigkeit gemacht werden, da sie die Schule noch nicht besuchte. Bei acht Patienten (12,9%) fanden sich keine Angaben zur Auswirkung der Störung auf die schulische Leistungsfähigkeit (siehe dazu Abbildung 9).

Abbildung 9:
Beeinträchtigung der schulischen bzw. beruflichen Leistungsfähigkeit durch die dissoziative Störung



5.1.4.4 Familiäre Situation und psychische Erkrankungen in der Familie

Die Tabelle 25 stellt die familiäre Situation der ehemaligen Patienten zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes dar. Bei zwei Patienten war ein Elternteil verstorben. Die leiblichen Eltern von 77% der Patienten lebten zusammen. 91% der ehemaligen Patienten lebten in ihrer Herkunftsfamilie. 93% der Väter waren Vollzeit, 22% der Mütter waren zumindest Teilzeit erwerbstätig. Über die Hälfte (60%) der Mütter waren vollständig im Haushalt beschäftigt.

Tabelle: 25

Familiäre Situation der Patienten der Ausgangsstichprobe (n=62)

	Häufigkeit n	Prozent %
Verlust der Eltern durch Tod¹		
beide leben	59	96,7
Vater verstorben	1	1,6
Mutter verstorben	1	1,6
Beziehungsstatus der leiblichen Eltern²		
zusammen lebend	44	77,2
Getrennt lebend	13	22,8
Lebensschwerpunkte des Patienten		
Herkunftsfamilie	57	91,9
Institution	1	1,6
Sonstiges	3	4,8
Arbeitstätigkeit der Eltern		
Mutter ³ erwerbstätig Vollzeit	9	16,6
Erwerbstätig Teilzeit	12	22,2
Arbeitslos	1	1,8
Haushalt	32	60,3
Vater ⁴ erwerbstätig Vollzeit	51	92,7
Berentet	3	5,5
Haushalt	1	1,8

Anmerkungen: ¹Verlust der Eltern durch Tod n=61; ²Beziehungsstatus der leibliche Eltern n=57; ³Arbeitstätigkeit der Mutter n=54; ⁴Arbeitstätigkeit des Vaters n=55

Risikofaktoren für die Entschung einer dissoziativen Störung durch die familiäre Häufung von dissoziativen Störungen bei Familienangehörigen war nicht anzutreffen; lediglich in einem Fall war die Schwester einer Patientin an einer dissoziativen Störung erkrankt. Jedoch fanden

sich eine Anzahl psychischer Störungen bei den Eltern der Patienten, die mit Hilfe der Krankenblätter eruiert wurden. Demnach zeigten Mütter (29,1%) und Väter (27%) eine ähnlich hohe Belastung an psychischen Störungen. Die Mütter wiesen Angststörungen (4%) und bipolare Störungen (3%), sowie häufiger als Väter depressive Störungen auf. Hingegen wurde bei den Vätern häufiger im Vergleich zu den Müttern (17% vs. 4%) ein Alkoholmissbrauch bzw. eine Suchterkrankung (21%) festgestellt. Bei den Geschwistern wurden nur wenige psychische Störungen erwähnt. 13% der Schwestern und 4% der Brüder wiesen den Beschreibungen in den Krankengeschichten zufolge mindestens eine psychische Störung auf.

Vergleicht man die Häufigkeiten der psychiatrischen Erkrankungen in der Kernfamilie der Patienten mit den Prävalenzzahlen der Gesamtbevölkerung, so stimmen die Zahlen weitgehend überein. Es wurde im Rahmen einer Untersuchung in Europa und Nordamerika eine Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen von insgesamt 20,9% in insgesamt 27 Feldstudien ermittelt (Dohrenwend et al. 1980); eine später an 25-, 35-, und 45-jährigen durchgeführte Studie spricht von einem Mittelwert von 26% (Schepank, 1987).

Der Anteil an Alkoholerkrankungen in unserer Studie mit 21% war jedoch recht hoch. In der Literatur werden hier Prävalenzwerte zwischen 1,6% (Dilling & Weyerer, 1984) und 2,4% (Dohrenwend et al., 1980) angegeben. Eine Vergleichbarkeit zwischen diesen Studien und der vorliegenden Studie muss aber relativiert werden.

5.1.5 Entwicklungskorrelate der dissoziativen Störung

Entwicklung

Der halbstandardisierte Fragebogen zur Erfassung der Krankheitsbilder bei dissoziativen Störungen erfragt das Vorhandensein mehrerer frühkindlicher Entwicklungsstörungen. Eine Übersicht über die Entwicklungsbesonderheiten gibt Tabelle 26.

Tabelle 26:
Entwicklungsbesonderheiten der Patienten der Ausgangsstichprobe (n=61)

	Häufigkeit	Prozent
Schwangerschaftskomplikationen*	6	9,8
Geburtskomplikationen*	10	16,4
Mehrlingsgeburt*	1	1,6
Entwicklungsrückstand*	10	16,4
Prämorbid psychopathologische Auffälligkeiten*	5	8,2

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen wurden relativ häufig bei etwa einem Viertel der Patienten in den Krankengeschichten beschrieben. Ein Patient ging aus einer Mehrlingsgeburt hervor. Eine nicht altersentsprechende Entwicklung statomotorischer oder sprachlicher Fähigkeiten wiesen 16% der Patienten auf. Bei lediglich 8% der Patienten ergaben sich Hinweise auf prämorbid psychopathologische Auffälligkeiten (z.B. Trennungsängste).

Zusammenfassend sprachen die Ergebnisse nicht dafür, dass die Rate frühkindlicher biologischer Risikofaktoren erhöht war. Psychrembel und Dudenhausen geben das Risiko einer Schwangerschaftskomplikation mit etwa 30%, Schmidt-Matthiesen das einer Geburtskomplikation mit 15% an.

Einen Überblick über die Ergebnisse des körperlichen Gesundheitszustands der Patienten gibt die Tabelle 27. Deutlich wurde, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten nicht unter ernsthafteren somatischen Erkrankungen oder neurologischen Auffälligkeiten litt. Von den 14 Patienten mit auffälligem EEG war bei 5 (35,7%) ein manifestes Anfallsleiden dokumentiert.

Tabelle 27
Gesundheitszustand der Patienten der Ausgangsstichprobe

	Häufigkeit	Prozent
Neurologischer Befund ¹		
Leicht auffällig	13	21,3
Pathologisch	3	4,9
Auffälliger EEG-Befund ²	14	24,5
Ernsthafte somatische Erkrankungen ³	3	5

Anmerkungen: ¹ n=61. ²n=57. ³n=60

5.1.6 Zusammenhänge zwischen anamnestischer Daten und dem Behandlungserfolg nach Therapieende

5.1.6.1 Zusammenhang von Geschlecht auf den Behandlungserfolg

Hinsichtlich des Geschlechts der Patienten konnte kein Zusammenhang zum Therapieerfolg im Urteil des behandelnden Arztes gefunden werden ($\chi^2=1,471$; $n=62$; $p>.05$, n.s.). Bei den Jungen wurde die Symptomatik bis auf eine Ausnahme als gebessert eingestuft. Bei 16 Fällen fehlte die Angabe. Auch bei den Mädchen fand sich vorwiegend (25 von 32) eine gebesserte Symptomatik. Bei sieben Fällen allerdings war nur eine geringfügige oder keine Besserung zu erreichen.

5.1.6.2 Zusammenhang zwischen dem Beginn der Störung und dem Behandlungserfolg

Es konnte kein Zusammenhang zwischen Zeitspanne und Auftreten der Symptome und Beginn der Therapie und Behandlungserfolg bei Entlassung eruiert werden ($\chi^2=20,047$; $n=46$; $p>.05$, n.s.).

5.1.6.3 Zusammenhang von dissoziativem Subtyp und dem Behandlungserfolg

Auch die Art des dissoziativen Störungsbildes (Subtyp) stand in keinem Zusammenhang mit positivem oder negativem Erfolg der Therapie. Jene Patienten, die wegen einer dissoziativen Amnesie, dissoziativen Fugue oder eines dissoziativen Stupors behandelt worden waren, konnten alle als gebessert entlassen werden. Auch bei den anderen Formen der dissoziativen Störungen ergab sich keine signifikante Häufung einer kaum oder nicht gebesserten Symptomatik.

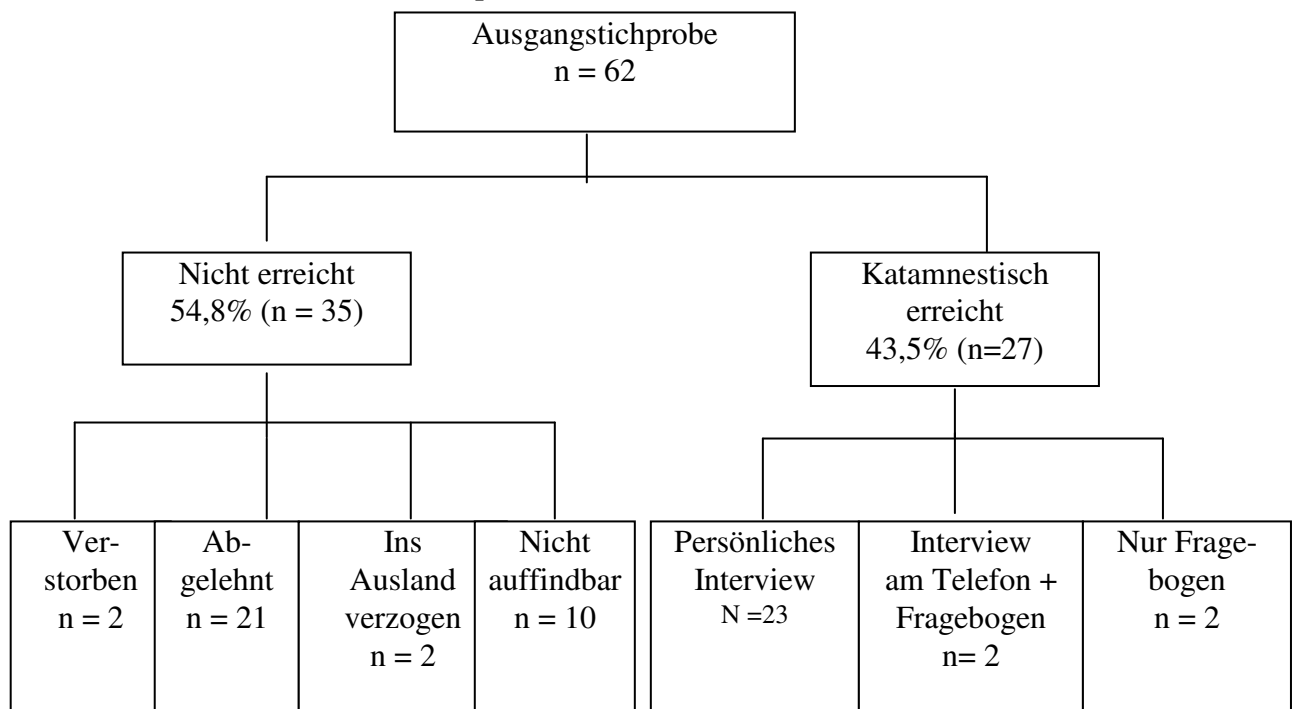
Nach einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von 49,5 Tagen konnte der weitaus größere Teil der Kinder und Jugendlichen (82,6%) Therapeutenurteil gemäß als deutlich gebessert oder geheilt entlassen werden.

5.2 ERGEBNISSE DER KATAMNESTISCHEN UNTERSUCHUNG MIT STANDARDISIERTEN VERFAHREN

ZUR 2. FRAGESTELLUNG UND DEN HYPOTHESEN 1-4

Der mittlere Katamnesezeitraum der Studie lag bei 12,4 Jahren. Der längste Katamnesezeitraum betrug 19 Jahre, der kürzeste 7 Jahre. Die Abbildung 10 zeigt die Anzahl der Patienten aus der Ausgangsstichprobe, die an der Katamnese studie teilgenommen (43,5%) bzw. nicht teilgenommen (54,8%) haben. Zwei männliche Patienten hatten sich im Katamnesezeitraum suizidiert. Zwei weitere waren ins Ausland verzogen. 33,9% lehnten es ab bei der Untersuchung mitzumachen und weitere 16,1% waren nicht mehr nachvollziehbar verzogen.

Abbildung 10:
Patientenstatistik zum Katamnesezeitpunkt



Bei den Patienten, die wir katamnestic erreichten, waren 23 zu einem persönlichen Interview bereit. Von diesen 23 waren 19 in der Lage den gesonderten experimentellen Teil zu absolvieren. Eine Patientin musste zu Hause interviewt werden. Für drei weitere Patienten stellte die Aufgabe aus gesundheitlichen bzw. intellektuellen Gründen eine Überforderung dar. Vier weitere Patienten waren bereit Fragebogen auszufüllen, von diesen beantworteten zwei am Telefon den Katamnesefragebogen.

5.2.1 Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Nachuntersuchung

Um die Repräsentativität der nachuntersuchten Patienten zu beurteilen wurden die Teilnehmer mit den Nichtteilnehmern verglichen. Die vollständige deskriptive Statistik der relevanten Variablen sowie alle Ergebnisse der Unterschiedsprüfungen (Prüfstatistiken, Signifikanzen) des Vergleichs der 27 Teilnehmer an der Nachuntersuchung mit den 35 Nichtteilnehmern werden im Folgenden dargestellt.

Es zeigte sich, dass die ehemaligen Patienten, die bei Beginn der Störung jünger waren, signifikant häufiger an der Nachuntersuchung teilnahmen (t-Test: $p < .010$). In Folge dessen ergab sich die Tendenz, dass ehemalige Patienten, die bei Diagnose ($p = .070$) und bei Behandlungsbeginn ($p = .070$) jünger waren eher an der Katamnesestudie teilnahmen.

Tabelle 28

Unterschiede zwischen den Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Nachuntersuchung in Bezug auf das Alter und das Intelligenzniveau ($n=62$)

	Teilnehmer n= 27		Nichtteilnehmer n=35		Prüf- Statistik T Df	Signi- fikanz P
	M	sd	M	Sd		
Alter bei Beginn der dissoziativen Störung	11,68	2,54	13,45	2,73	-2,6 60	0.01
Alter bei Diagnose der dissoziativen Störung	12,62	2,71	13,94	2,92	-1,82	0.07
Alter bei Erstbehandlung (Jahre)	12,65	2,68	13,99	2,91	-1,86	0.07
Intelligenz (IQ)	102,7	13,65	99,89	14,14	0,68	0.49

Anmerkungen: n=absolute Häufigkeit; %:relative Häufigkeit

Keine Unterschiede fanden sich in Hinblick auf die Art der dissoziativen Störung (Tabelle 29) oder dem Schweregrad der Symptomatik bei Behandlungsbeginn (Tabelle 30). Drei der sechs Patienten (11,1%) mit dissoziativer Amnesie nahmen an der Nachuntersuchung teil. Von den Patienten, die wegen eines dissoziativen Stupors behandelt wurden, war keiner bereit an der Nachuntersuchung teilzunehmen. Lediglich in einem Fall konnten wir den Verlauf eines Patienten mit Trance- und Besessenheitszuständen untersuchen. Die meisten Patienten, die sich zu unserer Katamneseuntersuchung zur Verfügung stellten, wurden wegen einer dissoziativen Bewegungsstörung (40,7%) bzw. dissoziativer Sensibilitäts- und

Empfindungsstörung (40,7%) behandelt. Auch die Diagnose eines dissoziativen Krampfanfalls fand sich als ursprüngliches Symptom in der Nachuntersuchung relativ häufig (33,3%) wieder. Genauso häufig wurden Patienten mit einer gemischten dissoziativen Störung nachuntersucht. Von den 27 Patienten wurde der Schweregrad der dissoziativen Symptomatik während ihrer Behandlung fünfmal (18,5%) als leicht, 17mal (63%) als mittelschwer und dreimal (11,1%) als schwer erkrankt eingestuft. In zwei Fällen wurde hierzu keine Aussage gemacht.

Tabelle 29

Unterschiede zwischen den Teilnehmern und den Nichtteilnehmern an der Nachuntersuchung: dichotome Variablen (n=62)

	Teilnehmer n= 27		Nichtteilnehmer n=35		Prüf- statistik	Signi- fikanz
	N	%	N	%	χ^2	P
Entwicklungsrückstand⁵	5	8,2	5	8,2	$\chi^2=0,27$	0,43
Geschlecht					$\chi^2=0,92$	0,25
Männlich	10	16,1	9	14,5		
Weiblich	17	27,4	26	41,9		
Ambulante Vorbehandlung	4	14,8	4	14,8	$\chi^2=0,12$	0,51
Stationäre Vorbehandlung	2	7,4	1	2,9	$\chi^2=0,69$	0,40
Dissoziative Amnesie	3	11,1	3	8,6	$\chi^2=0,11$	0,53
Dissoziative Fugue	0	0	1	2,9	$\chi^2=0,78$	0,57
Dissoziativer Stupor	0	0	3	8,6	$\chi^2=2,43$	0,17
Trance- und Besessenheitszustände	1	3,7	2	5,7	$\chi^2=0,13$	0,59
Dissoziative Bewegungsstörung	11	40,7	15	42,9	$\chi^2=0,03$	0,54
Dissoziative Krampfanfälle	9	33,3	16	45,7	$\chi^2=0,97$	0,24
Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	11	40,7	13	37,1	$\chi^2=0,08$	0,49
Multiple Persönlichkeitsstörung	0	0	0	0	-	-
Gemischte dissoziative Störung	9	33,3	10	28,6	$\chi^2=0,16$	0,45
Ganser Syndrom	0	0	0	0	-	-
Therapeutische Maßnahmen						
Antidepressiva ¹	1	3,7	4	11,4	$\chi^2=1,08$	0,3
Neuroleptika ¹	1	3,7	0	0	$\chi^2=1,42$	0,42
andere Medikamente ¹	2	7,4	4	11,4	$\chi^2=0,2$	0,51
analytische Therapie ²	16	59,3	19	54,3	$\chi^2=1,26$	0,21
Verhaltenstherapie ³	5	18,5	9	25,7	$\chi^2=0,26$	0,43
Familientherapie ³	11	40,7	14	40	$\chi^2=0,12$	0,47
sonstige Therapiemaßnahmen ⁴	13	48,1	20	57,1	$\chi^2=0,04$	0,54
Behandlungsabbruch ⁶	3	5,2	4	6,9	$\chi^2=0,44$	0,58

Anmerkung: ¹Teilnehmer n=23, Nichtteilnehmer n=32; ²Teilnehmer n=21, Nichtteilnehmer n=31; ³Teilnehmer n=22, Nichtteilnehmer n=31; ⁴Teilnehmer n=21, Nichtteilnehmer n=31, ⁵Teilnehmer: n=61; ⁶Teilnehmer: n=58, die Signifikanz wurden über χ^2 gerechnet.

Tabelle 29 (Fortsetzung)
Unterschiede zwischen den Teilnehmern und den Nichtteilnehmern an der
Nachuntersuchung: dichotome Variablen (n = 62)

	Teilnehmer n= 27		Nichtteilnehmer n=35		Prüf- statistik χ^2	Signi- fikanz P
	N	%	N	%		
Begleitsymptomatik¹						
Depression	3	11,1	7	20	$\chi^2=0,99$	0,26
Ängste	8	29,6	11	31,4	$\chi^2=0,05$	0,52
Zwangsgedanken/ -handlungen	2	7,4	2	5,4	$\chi^2=2,60$	0,19
Somatoforme Beschwerden	8	29,6	15	42,9	$\chi^2=1,35$	0,19
Ticstörung, nur motorisch	5	18,5	1	2,9	$\chi^2=4,12$	0,6
Ticstörung, nur vokal	0	0	0	0	-	-
Ticstörung, vokal und motorisch	0	0	0	0	-	-
psychotische Verhaltensweisen	2	7,4	2	5,7	$\chi^2=2,61$	0,19
autistische Verhaltensweisen	1	3,7	1	2,9	$\chi^2=1,28$	0,44
Substanzmissbrauch / Sucht	3	11,1	3	8,6	$\chi^2=2,58$	0,16
parasuizidale Handlungen	5	18,5	7	20	$\chi^2=0,04$	0,55
automutilative Handlungen	2	7,4	2	5,7	$\chi^2=1,64$	0,31
aggressive Handlungen	6	22,2	7	20	$\chi^2=0,02$	0,56
Mutismus	1	3,7	3	8,6	$\chi^2=0,64$	0,40
Stereotypien	1	3,7	1	2,9	$\chi^2=1,28$	0,44
Enuresis	1	3,7	1	2,9	$\chi^2=0,03$	0,69
Enkopresis	1	3,7	1	2,9	$\chi^2=1,28$	0,44
anorektische Essstörung	0	0	0	0	-	-
bulimische Essstörung	0	0	0	0	-	-
Trichotillomanie	1	3,7	1	2,9	$\chi^2=0,81$	0,56
Schulverweigerung	3	11,1	4	11,4	$\chi^2=0,01$	0,63
dissoziale Tendenzen	1	3,7	1	2,9	$\chi^2=0,03$	0,70
demonstrative Tendenzen						

Anmerkungen: ¹ Nichtteilnehmer n=34, n=absolute Häufigkeit; %: relative Häufigkeit; die Signifikanz wurden über χ^2 gerechnet.

Therapeutische Maßnahmen, die Begleitsymptomatik oder die Rate von Behandlungsabbrüchen unterschieden die Teilnehmer von der Ausfallgruppe nicht (Tabelle 29).

Teilnehmer und Nichtteilnehmer waren im Vorfeld in vergleichbarer Häufigkeit stationär oder ambulant vorbehandelt worden, bevor sie Kontakt zur Würzburger Klinik aufnahmen. Der Grad der Verbesserung am Ende der Behandlung war in beiden Gruppen nicht unterschiedlich (Tabelle 30).

Bei der Teilnahme war es auch nicht von Bedeutung, ob Patienten im Kindes- und Jugendalter suizidale oder aggressive Handlungen durchgeführt hatten.

Tabelle 30

Unterschiede zwischen den Teilnehmern und den Nichtteilnehmern an der Nachuntersuchung: ordinalskalierte Variablen (N=62)

	Teilnehmer n= 27		Nichtteilnehmer n=35		Prüf- statistik U	Signi- fikanz P
	N	%	N	%		
<u>Neurologischer Befund²</u>					378,0	0,14
unauffällig	17	63	28	80		
Leicht auffällig	6	22,2	7	20		
pathologisch	3	11,1	-	-		
Schweregrad der dissoziativen Symptomatik bei Therapiebeginn³					421,0	0,94
Leicht	5	8,6	8	13,8		
mittelschwer	17	29,3	21	36,2		
schwer	3	5,2	5	8,6		
Familiäre Verstrickung in die Symptomatik⁴						
nicht vorhanden	1	3,7	-	-	384,5	0,52
Leicht	12	44,4	14	40		
deutlich	12	44,4	15	42,9		
Stark	-	-	1	2,9		
<u>Behandlungserfolg⁵</u>						
Keine oder geringfügige Veränderung			0	0	-	-
Besser			0	0	-	-

Anmerkungen: n=absolute Häufigkeit; %: relative Häufigkeit; U: Mann-Whitney-U-Statistik; p: zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit. ²Teilnehmer:n=61; ³Teilnehmer:n=59; ⁴Teilnehmer:n=55; ⁵Teilnehmer:n=21(konnte, da Gruppe: nicht teilgenommen=0 nicht gerechnet werden)

Hinsichtlich des neurologischen Befundes (Tabelle 30), der Häufigkeit von Entwicklungsverzögerungen, der intellektuellen Begabung (Tabelle 28) und des sozioökonomischen Status der Eltern (Tabelle 31) unterschieden sich die Subgruppen ebenfalls nicht.

Tabelle 31
Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der persönlichen Nachuntersuchung: ordinalskalierte Variablen

	Teilnehmer n= 27		Nichtteilnehmer n=35		Prüf- Statistik U	Signi- fikanz P
	N	%	N	%		
Sozioökonomischer Status der Eltern					342,0	0,53
Ungelernte Arbeiter	2	7,4	2	5,7		
Angelernte Arbeiter, Landwirte bis 9ha	6	22,2	10	28,6		
Facharbeiter, Landwirte mit 10-19 ha	6	22,2	10	28,6		
Einfache Angestellte/ Beamte; Vorarbeiter; Landwirte mit 20-49 ha	2	7,4	3	8,6		
Mittlere Angestellte / Beamte; Selbständige bis ein Mitarbeiter, Meister und Werkmeister; Landwirte mit > 50 ha	5	18,5	7	20		
Gehobene Angestellte und Beamte; Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern	2	7,4	-	-		
Freie Berufe; höhere Angestellt und Beamte, Selbständige mit mehr als 10 Mitarbeitern	2	7,4	2	5,7		

Anmerkungen: n=absolute Häufigkeit; %: relative Häufigkeit; U: Mann-Whitney-U-Statistik; p: zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit.

Erwähnenswert erscheint aber, dass prozentual mehr Männer als Frauen an der Nachuntersuchung teilnahmen. Von den 19 erkrankten Männern im Kindes und Jugendalter nahmen 10 (52,6%) an der Nachuntersuchung teil, dagegen von den 43 Frauen nur 17 (39,5%) der Frauen. Statistisch ergab sich diesbezüglich aber keine Signifikanz.

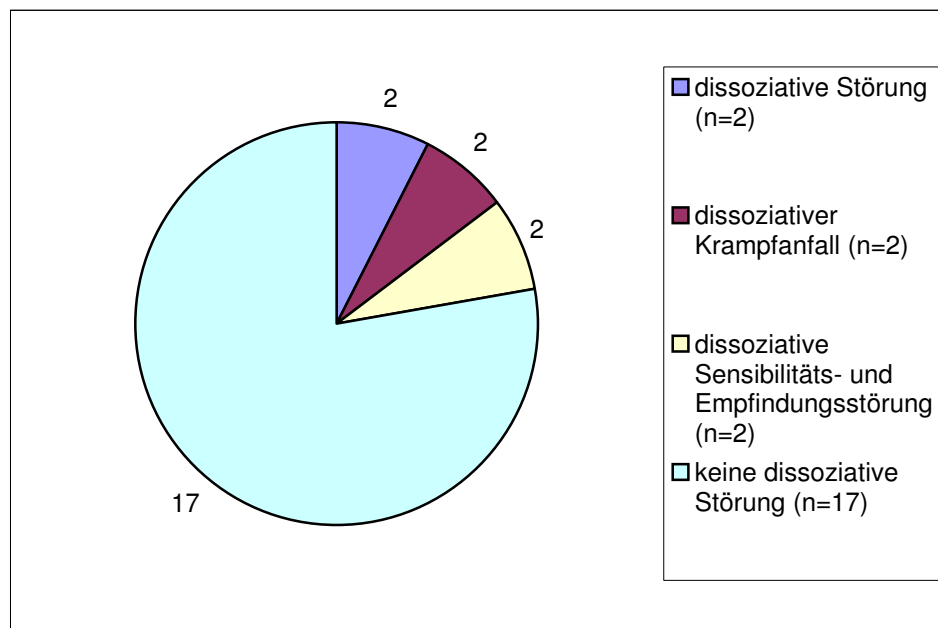
5.2.2 Verlauf der dissoziativen Störungen

5.2.2.1. Häufigkeiten der dissoziativen Störungen bei Katamnese

Mit Hilfe des Heidelberger Dissoziationsinventars (HDI; Brunner et al. 1999), war es möglich, anhand der gültigen Klassifikationskriterien des ICD-10 das aktuelle Vorliegen einer dissoziativen Störung bei den ehemaligen Patienten zu untersuchen. Der Zeitraum, der durch das Interview abgefragt wurde, bezog sich auf die letzten sechs Monate vor Durchführung des Interviews. Bei sechs der 23 persönlich nachuntersuchten Patienten (26,1%) ließ sich zum Katamnesezeitpunkt im Alter von durchschnittlich 23,1 Jahren (Minimum: 18,7; Maximum: 36,4 Jahren) die Diagnose einer dissoziativen Störung erheben. (siehe Abbildung 11)

Abbildung 11:

Vorliegende Diagnose einer dissoziativen Störungen zum Katamnesezeitpunkt, mittels HDI Interview (n=23)



Es handelte sich jeweils zweimal (7,4%) um die Diagnose einer dissoziativen Amnesie, eines dissoziativen Krampfanfalls und um eine Sensibilitäts- und Empfindungsstörung. In keinem Fall lagen zwei oder mehr dissoziative Symptome bei einem Patienten vor.

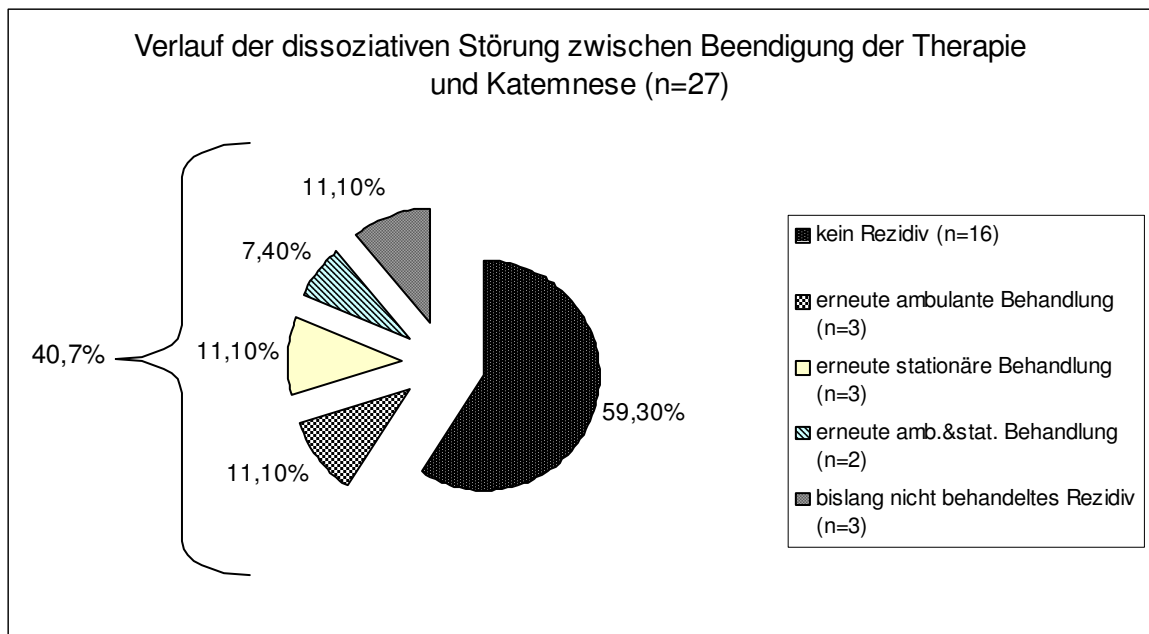
Bei zwei der Patienten handelte es sich um Männer, bei vier um Frauen, so dass trotz der kleinen Fallzahl das Geschlechterverhältnis von 1:3 (ca. 30%) erhalten blieb (Ausgangsstichprobe 19 erkrankte Männer und 43 erkrankte Frauen).

5.2.2.2 Verlauf der dissoziativen Störung im Katamnesezeitraum

Drei Patienten (11,1%) wurden nach Beendigung der Behandlung erneut ambulant wegen dissoziativer Symptome behandelt. Bei drei ehemaligen Patienten wurde eine erneute stationäre Behandlung notwendig. In zwei Fällen wurden die Patienten (7,4%) sowohl ambulant als auch stationär erneut vorstellig. Demzufolge kam es bei acht Patienten (29,6%) der Katamnesegruppe nach dem Ende der Therapie der dissoziativen Störung zu einem Rezidiv. Drei der von uns nachuntersuchten Patienten hatten angegeben, seit der Beendigung der Behandlung erneut unter dissoziativen Symptomen gelitten zu haben, deshalb aber nicht behandelt wurden. Demnach ergab sich im Katamnesezeitraum eine Rezidivrate der dissoziativen Störung bei insgesamt 40,7% der Fälle (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12:

Verlauf der dissoziativen Störung seit Beendigung der ursprünglichen Therapie, insgesamt rezidierte die Störung in 40,7% der Fälle. Diagnose mittels HDI-Interview bzw. durch Patientenangaben



5.2.3 Häufigkeit psychischer Störungen bei Katamnese

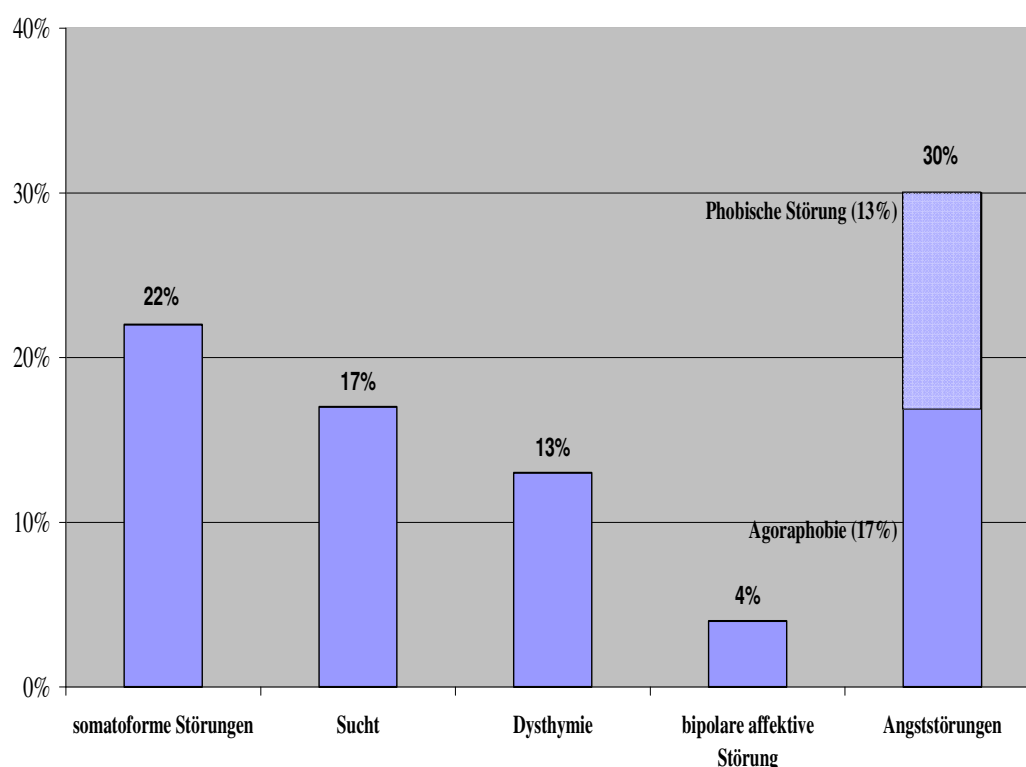
5.2.3.1 Punktprävalenz komorbider Erkrankungen zum Katamnesezeitpunkt

Mit Hilfe des DIA-X- Interviews wurde die Frage untersucht, ob neben dem Vorliegen der dissoziativen Störung auch andere klinische Störungen bei den ehemaligen Patienten vorlagen. Hierzu wurden jene mit dem DIA-X diagnostizierten Störungen ausgewertet, deren letzte Manifestation nicht länger als ein halbes Jahr zurücklag. Bei 11 Patienten (48%) der Katamnesegruppe wurden verschiedenste Störungen diagnostiziert (siehe Abbildung 13). Bei jeweils fünf der Diagnosen handelte es sich um somatoforme Störungen. Drei Patienten litten jeweils unter einer phobischen Störung und unter einer Dysthymie, zwei litten unter einer Suchterkrankung, viermal wurden eine Agoraphobie und einmal eine bipolare Störung diagnostiziert. Auffallend war die hohe Anzahl an Angststörungen, die sich aus den phobischen Störungen und den Agoraphobien zusammensetzen, die bereits als komorbides Symptom während der ursprünglichen Therapie gehäuft unter den Patienten zu beobachten waren. Zum Katamnesezeitpunkt waren 30% aller diagnostizierten Störungen Angststörungen zuzuordnen.

Abbildung 13:

Diagnosen durch das DIA-X Interview erhoben (n=23); Mehrfachnennungen möglich. Die phobischen Störungen (Sozialphobie und spezifische Phobien, sowie die Agoraphobie wurden unter den Angststörungen subsummiert.)

**Diagnosen, die mit Hilfe des DIA-X-Interviews bei 10 Patienten gestellt wurden
(Mehrfachbenennungen möglich, n=23)**



5.2.3.2 Klinische Störungen nach Achse I-Störungen

Um alle Diagnosen der Patienten im Bereich der psychischen Erkrankungen ermitteln zu können, die sich zwischen dem Ende der erstmaligen Behandlung der dissoziativen Störung und dem Katamnesezeitpunkt entwickelten, wurde das klinische Interview zur Diagnose psychischer Störungen (DIA-X) durchgeführt. Zwölf der 23 Personen, mit denen das Interview durchgeführt wurde, waren im Katamnesezeitraum mindestens an einer psychiatrischen Störung erkrankt gewesen. Zwei Patienten erfüllten die Diagnosekriterien von zwei Erkrankungen, vier, die von drei und drei Patienten litten nach dem Ende der

Behandlung der dissoziativen Störung an vier verschiedenen Erkrankungen. Genaue Angaben finden sich in Tabelle 32.

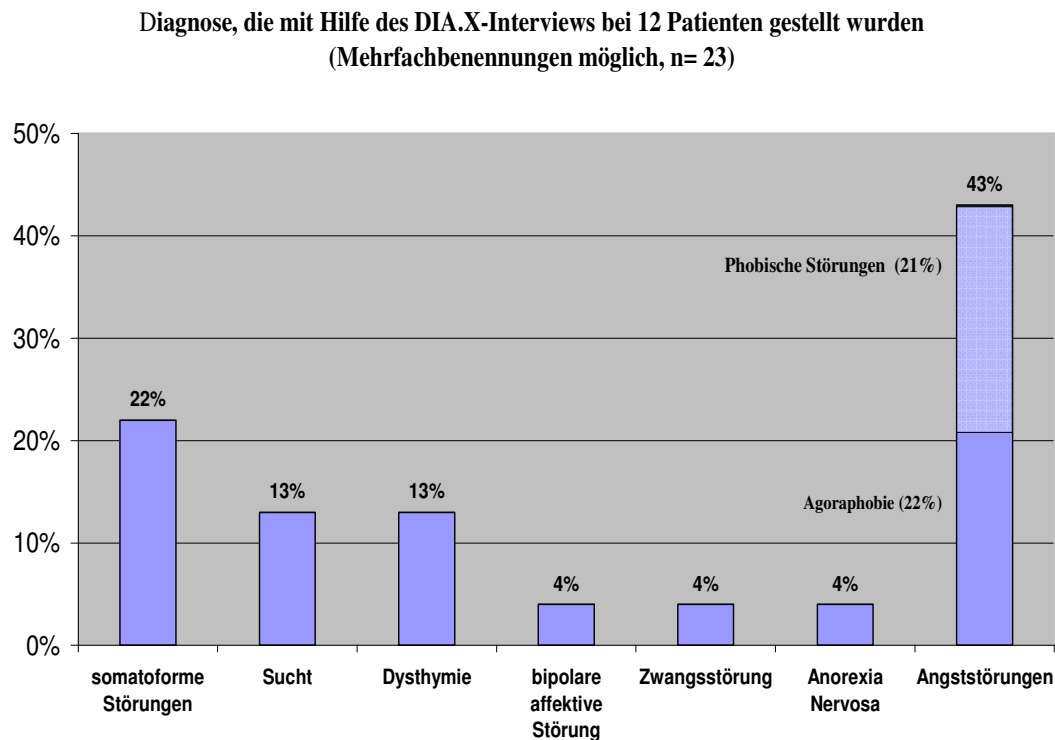
Tabelle 32:

Klinische Störungen der Patientengruppe, die mittels DIA-X Interviews bei Katamnese diagnostiziert werden konnten (Mehrfachnennungen möglich, n=23)

Diagnose	Häufigkeit der Diagnosestellung
Somatoforme Störung	5
Süchte	3
Dysthymie	3
Bipolare affektive Atörung	1
Anorexia nervosa	1
Zwangsstörung	1
Agoraphobie	5
Sozialphobie	4
Spezifische Phobien	1

In der Hälfte der Fälle konnte anhand des DIA-X keine Diagnose gestellt werden. Auffällig war, dass die Gruppe der Patienten, mit mehr als zwei Diagnosen im DIA-X hauptsächlich weibliche ehemalige Patienten umfasste, während bei den Männern sofern sie nicht ohne Diagnose blieben, diese meist nur eine oder zwei Diagnosen aufwiesen. Die Zahl der Diagnosen im DIA-X in Abhängigkeit des Geschlechts war nicht statistisch signifikant, jedoch lässt sich ein Trend mit einer zweiseitigen Signifikanz im χ^2 von .01 errechnen, wonach die Frauen, aufgrund der Anzahl der Diagnosen schwerer erkrankt waren als die Männer. Die Abbildung 14 gibt die Verteilung der Diagnosen nach DIA-X wider. Die Diagnosen wurden dabei teilweise zu Gruppen zusammengefasst. Der Anteil der Angsterkrankungen überwog insgesamt.

Abbildung 14:
Störungen, die mit Hilfe des DIA-X Interviews (n=23) im Zeitraum zwischen Beendigung der ursprünglichen Therapie und der Katamnese diagnostiziert werden konnten (Lifetime-Komorbidität); Mehrfachnennungen möglich



5.2.3.3 Persönlichkeitsstörungen (Achse II Störungen)

Im strukturierten klinischen Interview SKID II (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) fanden sich bei zwei der sechs Patienten mit einer aktuellen Diagnose einer dissoziativen Störung eine Persönlichkeitsstörung. Ein dritter Patient hatte eine Störung des Sozialverhaltens. Insgesamt 9 der 12 Patienten ohne aktuelle Diagnose einer dissoziativen Störung wiesen mindestens eine Persönlichkeitsstörung auf (bei drei Patienten lag eine, bei vier Patienten lagen zwei, und bei jeweils einem Patienten drei bzw. vier Persönlichkeitsstörungen vor). Im Vordergrund standen insgesamt die Borderline Störung (21,7%) und die zwanghafte Persönlichkeit (17,4%). Tabelle 33 zeigt die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen getrennt für die Patienten mit und ohne aktuelle Diagnose einer dissoziativen Störung.

Tabelle 33:
Persönlichkeitsstörungen bei Katamnese (Mehrfachnennungen möglich; n=23)

	Alle Patienten bei Katamnese (n=23)		Patienten mit Diagnose einer dissoziativen Störung bei Katamnese (n = 6)		Patienten ohne Diagnose einer dissoziativen Störung bei Katamnese (n = 21)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Borderline	5	21,7	1	16,7	4	19
Zwanghaft	4	17,4			4	19,0
Negativistisch	3	13			3	14,3
Selbstunsicher	2	8,7			2	9,5
Dependent	1	4,3			1	4,8
Histrion	1	4,3	1	16,7		
Depressiv	1	4,3			1	4,8
Paranoid	1	4,3			1	4,8
Schizotypisch	1	4,3			1	4,8
Schizoid	1	4,3			1	3,7
Störung des Sozialverhalten in Kindheit/ Jugend	1	4,3	1	16,7		

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei sechs Patienten gleichzeitig eine klinische Störung und eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Bei einem der sechs Patienten mit der aktuellen Diagnose einer dissoziativen Störung lag eine weitere psychische Störung vor. Bei einem Patienten wurden drei weitere und bei je zwei vier weitere Störungen diagnostiziert. Im SKID fand sich bei zwei der sechs Patienten eine Persönlichkeitsstörung. Bei einem dritten Patienten fand sich in Kindheit und Jugend eine Störung des Sozialverhaltens.

Zusammenfassende Inzidenz psychischer Störungen der Katamnesegruppe

Zusammenfassend lässt sich resümieren, dass für die Patienten, die an der Katamnese teilnahmen, sich eine hohe Inzidenzrate psychischer Störungen im Zeitraum zwischen der erstmaligen Behandlung der dissoziativen Störung und dem Katamnesezeitpunkt ergab.

Bei insgesamt 66% der 27 nachuntersuchten ehemaligen Patienten wurde im Erwachsenenalter mindestens eine psychische Störung diagnostiziert. 30% der Patienten erhielten die Diagnose einer klinischen Störung der Achse I-Störungen. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach dem strukturierten klinischen Interview für DSM IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen (SKID II; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) erfüllten 44% der Patienten. Das gleichzeitige Vorliegen einer klinischen Störung erhoben mit dem diagnostischen Expertensystem (DIA-X, Wittchen & Pfister 1997) und einer Persönlichkeitsstörung war bei 22,2% der Patienten anzutreffen.

Nur bei acht der insgesamt 27 nachuntersuchten Patienten konnte mit den verwendeten Testverfahren keine Störung diagnostiziert werden. Hier muss einschränkend erwähnt werden, dass vier der acht Patienten ohne relevante Diagnosen lediglich an der telefonischen Befragung teilgenommen haben, und somit nicht das gesamte diagnostische Programm absolvierten.

5.2.4 Prognostische Faktoren für den Verlauf der dissoziativen Störung

5.2.4.1 Komorbide Störungen bei Erstbehandlung

Zum Zeitpunkt der Erstbehandlung der ehemaligen Patienten wurde das Vorhandensein komorbider klinischer Störungen in den Krankengeschichten festgehalten. Von den Patienten, die an der Katamnese studie teilnahmen, wiesen 16 (69,9%) während der Erstbehandlung zumindest eine weitere komorbide klinische Symptomatik auf. In sieben Fällen (30,4%) lag eine alleinige dissoziative Störung vor. Unter den 16 Patienten mit komorbiden Störungen fanden sich bei Katamnese noch vier mit einer weiterhin bestehenden dissoziativen Störung.

Ein bedeutsamer Unterschied ließ sich hierbei nicht errechnen ($\chi^2=0,032$, $n=23$; $p>.05$, n.s.). Demnach schien eine komorbide Symptomatik nicht mit einem negativeren Erkrankungsverlauf einherzugehen.

5.2.4.2 Zeitraum zwischen Störungsbeginn und Behandlungsbeginn

Der Zeitraum zwischen Störungsbeginn und Behandlungsbeginn wurde unterteilt in > 6 Monate und < 6 Monate. Danach spielte die Latenz zum Therapiebeginn für den späteren Verlauf keine signifikante Rolle. Demnach lassen sich keine prognostischen Aussagen bezüglich des Störungsverlauf der dissoziativen Symptomatik machen, wenn man die Katamnesegruppe in jene Patienten, bei denen in der Kindheit mehr als sechs Monate bis Behandlungsbeginn vergingen, und jene, bei denen weniger als sechs Monate Zeit verstrichen unterteilt.

5.2.4.3 Geschlechtszugehörigkeit

Unter den 14 weiblichen Patientinnen der Katamnesegruppe wurde bei vier (28,6%) die Diagnose einer aktuellen dissoziativen Störung gestellt. Bei den männlichen ehemaligen Patienten fanden sich sieben (77,8%) ohne und zwei (22,2%) mit dieser Diagnose. Demnach war die Zugehörigkeit zu keinem der beider Geschlechter signifikant mit einer günstigen oder ungünstigen Prognose verknüpft ($\chi^2=0,115$; $n=23$; $p>.05$).

5.2.4.4 Primärer Therapieerfolg

Die initiale Behandlung von 15 ehemaligen Patienten führte zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik bei Entlassung. Lediglich bei zwei Patienten wurden die Symptome als nur geringfügig oder gar nicht gebessert angegeben. Bei den übrigen Patienten wurde keine Einschätzung der Gesamtsymptomatik vorgenommen. Von den beiden Patienten mit dem weniger erfolgreichen Therapieerfolg litten beide zum Katamnesezeitpunkt noch an einer dissoziativen Störung, während in der Gruppe der Patienten, die als deutlich gebessert entlassen worden war, bei drei Patienten eine weiterhin bestehende dissoziative Symptomatik

vorlag. Prinzipiell könnte hier von einem signifikanten Unterschied gesprochen werden, der belegt, dass eine effektive Erstbehandlung dissoziativer Störungen die Wahrscheinlichkeit des erneuten Auftretens dieser Störung verringern dürfte ($\chi^2=4,615$; $n=23$; $p<.05^*$). Aufgrund der geringen Fallzahl sollte dieses Ergebnis jedoch vorsichtig gewertet werden.

5.2.4.5 Alter bei Erkrankungsbeginn

In der Katamnesegruppe fanden sich zehn Patienten, die zum Zeitpunkt der Erkrankung der Altersgruppe der über 13jährigen angehörten. Zum Katamnesezeitpunkt konnte bei drei dieser Patienten (33%) eine dissoziative Störung diagnostiziert werden. 13 der Patienten gehörten bei Erkrankungsbeginn der Altersgruppe der unter 13-jährigen an. Zehn dieser Patienten (76,9%) wiesen zum Katamnesezeitpunkt eine dissoziative Störung auf. Obwohl die Prozentzahlen tendenziell eine negative Prognose für die Patienten vermuten lassen, die früher erkrankten, ergibt sich in der statistischen Auswertung kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Alter bei Erkrankungsbeginn und dem Krankheitsverlauf ($\chi^2=0,14$; $n=23$; $p>.05$).

5.2.4.6 Anzahl der dissoziativen Störungen zum Erkrankungszeitpunkt

Keine der dissoziativen Störungen konnte in der vorliegenden Studie mit einem günstigen oder ungünstigen Krankheitsverlauf in Verbindung gebracht werden. Es ließ sich aber bei Patienten, die zum Erkrankungszeitpunkt die Diagnose einer gemischten dissoziativen Störung erhielten, eine Tendenz zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf erkennen.

5.2.4.7 Andere mögliche Prognosefaktoren

Definiert man eine ungünstige Prognose der dissoziativen Störung nicht alleine im Vorliegen einer dissoziativen Störung zum Katamnesezeitpunkt, sondern im Vorliegen mindestens einer klinischen psychiatrischen Erkrankung, so ergaben sich die Werte in Tabelle 34.

Tabelle 34

Korrelationen zwischen den Patientenmerkmalen und dem Vorliegen einer psychiatrischen Störung bei Katamnese (n=27)

Merkmale im Kindes- und Jugendalter	N	Korrelation	p
Alter bei Beginn der Störung	27	r = -.18	.38
Geschlecht	27	r pbis = -.11	.58
Behandlungsabbruch	2	r pbis = -.22	.28
Behandlungsart (stationär/ambulant)	27	r pbis = .33	.09
Krankheitsdauer bis Behandlung	27	r = -.21	.28
Zahl der Symptome	27	r = -.32	.10
Psychogene Anfälle	27	r pbis = -.15	.47
Komorbide Angstsymptomatik	27	r pbis = -.38	.05*
Schweregrad der dissoziativen Störung	25	r rho = .18	.38
Neurologischer Befund	26	r rho = -.27	.18

Anmerkungen: n: Anzahl der in die Berechnung mit einbezogenen Patienten; p: Irrtumswahrscheinlichkeit; r: Produkt-Moment-Korrelation; r pbis: punkt-biseriale Korrelation; r rho: Rangkorrelation (Spearman)

Es zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen einer Angstsymptomatik bei Erstuntersuchung und einer psychiatrischen Erkrankung zum Katamnesezeitpunkt. Demnach ergab sich eine ungünstiger Prognose bei Patienten, die bei Erkrankungsbeginn komorbid eine Angstsymptomatik aufwiesen. Weitere bedeutsame Korrelationen ergaben sich nicht.

5.2.5 Psychosoziale Anpassung bei Katamnese

5.2.5.1 Globalbeurteilung der psychosozialen Adaptation

Erwartungsgemäß waren die Patienten mit der Diagnose einer aktuellen psychiatrischen Erkrankung zum Katamnesezeitpunkt in ihrer Lebensbewältigung beeinträchtigt als die Patienten ohne eine aktuelle Diagnose. Der Mittelwert der Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus (GAF, V. Achse des DSM-IV) ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Untergruppen (GAF-Score n= 25; T= -2,66; p<.05). Die Verteilung der Beurteilungen der psychosozialen Anpassung findet sich in Tabelle 35.

Tabelle 35:
Globalbeurteilung der psychosozialen Adaptation (GAF): Verteilung der GAF-Scores
(n=25)

	Häufigkeit	Prozent
81-90 gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten	6	24%
71-80 höchstens leichte Beeinträchtigung	7	28%
61-70 einige leichte Beeinträchtigung, aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit	4	16%
51-60 mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten	5	20%
41-50 ernste Beeinträchtigung	2	8%
31-40 starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen	0	0
21-30 Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit in fast allen Bereichen	1	4%
< 20 Selbst- / Fremdgefährdung	0	0

Obwohl ein Großteil der Patienten eine klinische Störung aufweist, ist anzumerken, dass lediglich drei Patienten (11,1%) von einer schwerwiegenden Beeinträchtigung betroffen waren. Die Gesamtheit der Patienten scheint aber bei einem mittlern GAF-Score von rund 71 ihr Leben relativ gut zu bewältigen.

5.2.5.2. Schule und Beruf

Im Folgenden wird die ehemalige Patientengruppe mit einer Kontrollgruppe in Hinsicht auf verschiedene Bereiche der sozialen Anpassung verglichen.

Tabelle 36:
Schulisch-berufliche Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit (n= 62)

	Patienten bei Katamnese (n=27)		Kontrollgruppe (n=35)		P
	N	%	N	%	
Leistungsfähigkeit in den letzten sechs Monaten ¹					**
Regelmäßig ohne besondere Fehlzeiten	15	65,2	35	100	
Unregelmäßige Tätigkeit, Teilzeit aus gesundheitlichen Gründen (psychisch/physisch)	2	8,7	0	0	
Keine Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen (psychisch/physisch)	2	8,7	0	0	
Keine Tätigkeit wg. privaten Gründen aber volle Leistungsfähigkeit	4	17,4	0	0	
Zufriedenheit mit schulischer bzw. beruflicher Situation ¹					n.s.
Sehr zufrieden	7	30,4	6	17,6	
Zufrieden	13	56,5	23	67,6	
Gleichgültig	1	4,3	2	5,9	
Unzufrieden	2	8,6	3	8,8	
Sehr unzufrieden	2	8,6	0	0	

Anmerkungen: n: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. n.s.: Unterschied zwischen Patienten und Kontrollgruppe nicht signifikant. ** $p \leq .001$; ¹n=23 (Patienten bei Katamnese)

Insgesamt gaben 82,6% der Patienten an, im letzten Jahr hinsichtlich ihrer schulischen oder beruflichen Situation uneingeschränkt leistungsfähig gewesen zu sein, d.h. entweder regelmäßig oder ohne besondere Fehlzeiten gearbeitet zu haben oder aus privaten Gründen bei eigentlich voller Leistungsfähigkeit nicht zu arbeiten (siehe Tabelle 36). Im Vergleich zur Kontrollgruppe gab die ehemalige Patientengruppe eine Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit zu erkennen. Unterscheidet man zwischen den ehemaligen Patienten in derzeit gesunde und kranke, sieht man, dass 12 der aktuell kranken Personen sich als voll leistungsfähig einstufen. Die 4 zum Katamnesezeitpunkt nicht leistungsfähigen sind ebenfalls krank. Dennoch waren die Patienten mit ihrer schulischen oder beruflichen Situation statistisch nicht signifikant unzufriedener als die Kontrollgruppe. Nimmt man die Kategorien zufrieden und sehr zufrieden zusammen, zeigte sich, dass 86,9% der ehemaligen Patientengruppe und 85,2% der Kontrollpersonen mit ihrer schulisch-beruflichen Situation sehr zufrieden oder zufrieden waren.

Der sozioökonomischer Status der ehemaligen Patienten nach ZUMA, unterschieden in aktuell krank und gesund, wird im Vergleich zur Kontrollgruppe in Tabelle 37 dargestellt.

Tabelle 37:
Sozioökonomischer Status der erwerbstätigen Patienten und der Kontrollgruppe

	gesunde Patienten bei Katamnese (n = 7)		kranke Patienten bei Katamnese (n = 14)		Kontrollgruppe (n = 35) ¹	
	N	%	N	%	N	%
Ungelernte Arbeiter	0	0	0	0	0	0
Angelernte Arbeiter, Landwirte bis 9 ha			1	7,1		
Facharbeiter, Landwirte mit 10-19 ha	1	16,7	2	14,3	2	33,3
Einfache Angestellte / Beamte; Vorarbeiter, Landwirte mit 20-49 ha	2	33,3	7	50,0	2	33,3
Mittlere Angestellte / Beamte; Selbständige bis ein Mitarbeiter; Meister und Werkmeister; Landwirte mit > 50 ha	1	16,7	3	25,0	2	33,3
Gehobene Angestellte und Beamte ; Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeiter	2	22,2	1	7,1		
Freie Berufe; höhere Angestellte / Beamte; Selbständige mit < 10 Mitarbeiter	0	0	0	0	0	0

Anmerkungen: 29 der Kontrollpersonen konnten keinem ökonomischen Status zugeordnet werden, da sie noch nie berufstätig waren.

Insgesamt zeigte sich, dass die Mehrzahl der ehemaligen Patientengruppe in Hinsicht auf ihren sozialen Status der Mittelschicht zuzuordnen waren. Es ließ sich nicht erkennen, dass die zum Katamnesezeitpunkt als krank eingestuften ehemaligen Patienten einem geringeren sozialen Status zugehörig sind als die gesunden ehemaligen Patienten.

Keiner der Patienten war ganz ohne erlernten Beruf oder regelmäßige Beschäftigung.

Die übrigen ehemaligen Patienten, die nicht in der Liste enthalten sind, befanden sich noch in schulischer Ausbildung. Bei der Kontrollgruppe handelte es sich bei den fehlenden Zahlen um Studenten.

5.2.5.3 Beziehung zur Herkunftsfamilie

72% der ehemaligen Patientengruppe wurden zum Katamnesezeitpunkt durch die Beurteilung der Untersucher als altersentsprechend unabhängig von ihrer Herkunftsfamilie eingeschätzt. Im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe bedeutete dies aber eine signifikant geringere Unabhängigkeit (Exakter Test nach Fisher $p < .05$).

In Unterscheidung der aktuell kranken und aktuell gesunden Katamnesezeitpunkte konnten folgende Beobachtungen gemacht werden: Sechs von sieben (85,7%) der aktuell Gesunden und 12 von 18 (66,7%) der aktuell Kranken wurden als unabhängig eingestuft. Die Angaben der Patienten selbst zeigten, dass sich die Abhängigkeit sowohl auf eine finanzielle Unterstützung ("äußere Unabhängigkeit": $n=25$; $\chi^2=6,525$; $p = .038$), als auch auf eine emotionale Ebene bezog, z.B. sich bei Entscheidungen, die das eigene Leben betreffen, von der Familie abhängig zu machen ("innere Unabhängigkeit"; $n=25$; $\chi^2=12,652$; $p=.005$). Betrachtet man die aktuell gesunden ehemaligen Patienten, lässt sich bei 71,4% eine altersadäquate äußere Unabhängigkeit ablesen im Vergleich zur Hälfte der aktuell kranken, bei denen lediglich 22,2% eine weitgehend unabhängige und 27,8% eine zu abhängige Beziehung zur Familie angaben. Weitgehend alle gesunden ehemaligen Patienten gaben auch eine innere Unabhängigkeit von der Familie an. Dagegen sahen sich nur 61,1% der kranken ehemaligen Patienten als altersentsprechend oder weitgehend unabhängig an. Drei gaben eine innerliche übermäßige Gebundenheit an die Familie an und vier machten keine Angaben (Tabelle 38).

Tabelle 38:
Beziehung zur Herkunftsfamilie (n=62)

	Patienten bei Katamnese (n=27)		Kontrollgruppe (n=35)		P
	N	%	N	%	
Selbsteinschätzung der Beziehung zur Familie ¹					n.s.
Gut	19	76	28	80	
Befriedigend	1	4	5	14,3	
Gleichgültig	2	8	1	2,9	
Unbefriedigend	3	12	1	2,9	
Selbsteinschätzung: äußere Unabhängigkeit von der Familie ¹					*
Altersentsprechend unabhängig	14	56	23	65,7	
Weitgehend unabhängig	5	20	11	31,4	
Zu abhängig	6	24	1	2,9	
Selbsteinschätzung: innere Abhängigkeit von der Familie ¹					**
Altersentsprechend unabhängig	15	60	18	51,4	
Weitgehend selbständig	3	12	16	45,7	
Übermäßig gebunden	4	16	1	2,9	
Keine Angaben	3	12	-	-	
Fremdbeurteilung: altersgemäße Unabhängigkeit von der Familie ¹					*1
Erreicht	18	72	33	94,3	
Nicht erreicht	7	28	2	5,7	

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. * $p \leq .050$.) Die Signifikanz wurden über Chi-Quadrat gerechnet; n.s.: Unterschied zwischen Patienten und Kontrollgruppe nicht signifikant. ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$ (*1 = Exakter Test nach Fisher). Die anderen Signifikanzen wurden über Chi-Quadrat gerechnet. ¹n=25 (Patienten bei Katamnese),

Die meisten der nachuntersuchten Patienten (76%) bezeichneten ähnlich wie die Kontrollgruppe (80%) ihre Beziehung zur Herkunftsfamilie als gut, wodurch sich kein signifikanter Unterschied abzeichnete.

5.2.5.4 Soziale Kontakte und Freundschaften

Auf Grundlage ihrer Angaben hinsichtlich ihres Kontaktverhaltens wurden 58% der Patienten als unauffällig eingestuft. Im Vergleich zur Kontrollgruppe erschien die ehemaligen Patientengruppe erwartungsgemäß in ihrem Kontaktverhalten auffälliger (siehe Tabelle 39).

Tabelle 39:
Soziale Kontakte und Freundschaften (n=62)

	alle Patienten bei Katamnese (n=27)		Kontrollgruppe (n=35)		P
	N	%	N	%	
Ausgehen (letzte 6 Monate) ¹					*
Ein bis mehrfach in der Woche	16	69,6	33	94,3	
Ein bis mehrfach im Monat	6	26,1	2	5,7	
Weniger als einmal im Monat	1	4,3	0	0	
Besuch erhalten (letzte 6 Monaten) ³					n.s.
Ein bis mehrfach in der Woche	11	45,8	24	68,6	
Ein bis mehrfach im Monat	5	20,8	9	25,7	
Weniger als einmal im Monat	7	29,1	2	5,7	
Freundschaften ²					**
Sehr eng	13	52	27	77,1	
Eng	3	12	8	22,9	
Weniger eng	5	20	0	0	
Keine	4	16	0	0	
Zufriedenheit mit außerfamiliären Kontakten ³					n.s.
Zufrieden	21	87,5	32	91,4	
Wunsch nach etwas mehr Kontakt	2	8,3	2	5,7	
Wunsch nach viel mehr Kontakt	1	4,1	1	2,9	
Fremdbeurteilung des Kontaktverhaltens ³					**
Unauffällig	14	58,3	35	100	
Leicht auffällig	7	29,1	0	0	
Sehr auffällig	4	16,7	0	0	

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. n.s.: Unterschied zwischen Patienten und Kontrollgruppe nicht signifikant. ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.5$.) Die Signifikanzen wurden über χ^2 -Quadrat gerechnet
Patienten bei Katamnese: ¹n=23; ²n=25; ³n=24

Es gaben 69,6% der Patientengruppe gegenüber 94,3% der Kontrollgruppe an, mindestens einmal in der Woche wegzugehen und 52% versus 77,1% gaben sehr enge freundschaftliche Beziehungen an. Die ehemalige Patientengruppe gab signifikant seltener an auszugehen und enge Freundschaften zu haben als die Kontrollgruppe (Ausgehen: $n = 58$; $\chi^2=6,702$; $p < .05$; Freundschaften. $n = 60$; $\chi^2=14,921$; $p < .01$). Zusammenfassend zeigten die ehemaligen

Patientengruppe unabhängig davon, ob zum Katamnesezeitpunkt eine Störung vorlag oder nicht, keine geringere Zufriedenheit mit ihren sozialen Kontakten als die Kontrollgruppe (n= 58; $\chi^2=0,299$; $p=0.860$).

5.2.5.5 Partnerschaft und Sexualität

50% der ehemaligen Patienten mit einer dissoziativen Störung lebten, im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 14%, zum Untersuchungszeitpunkt im Alter von durchschnittlich 22,9 Jahren signifikant häufiger in ihrer Herkunftsfamilie (n= 59, $\chi^2=21,31$; $p \leq .010$; Tabelle 40).

Tabelle 40
Lebensumfeld der ehemaligen Patienten (n= 27)

	Patienten bei Katamnese (n=27)		Kontrollgruppe (n=35)		P
	N	%	N	%	
Lebensumfeld ¹					
In Herkunftsfamilie	10	47,6	5	14,3	**
Allein	4	19,1	10	28,6	
Zu zweit mit Partner	2	9,5	5	14,3	
In selbst gegründeter Familie mit Kindern	5	20,8	1	2,9	
Wohngemeinschaft	0		14	10,2	

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. ** $p \leq .001$). Die Signifikanz wurden über χ^2 -Quadrat gerechnet. ¹n=21 (Patienten bei Katamnese)

Im Vergleich der ehemaligen Patientengruppe mit der Kontrollgruppe ergab sich hinsichtlich der Partnerschaften kein bedeutsamer Unterschiede (siehe Tabelle 41). Auch im Vergleich der aktuell kranken und der aktuell gesunden ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede in Hinsicht auf die Beziehungsform.

Tabelle 41:
Partnerschaft (n= 62)

	Patienten bei Katamnese (n=27)		Kontrollgruppe (n=35)		P
	N	%	N	%	
Partnerschaft¹					n.s.
Hat einen Partner	10	41,6	20	57,2	
Hat keinen Partner	15	58,3	15	42,9	
Partnerwunsch der Alleinstehenden²					n.s.
Partnerwunsch	10	66,7	12	92,3	
Partnerwunsch aber Angst vor Beziehung	1	6,7	0	0	
Gleichgültig	1	6,7	0	0	
Kein Partnerwunsch	4	20	1	7,7	
Zufriedenheit mit bestehender Partnerschaft³					n.s.
Sehr zufrieden	5	50	13	68,4	
Weitgehend zufrieden	5	50	5	26,3	
Unzufrieden	0	0	1	5,3	

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. n.s.: Unterschied zwischen Patienten und Kontrollgruppe nicht signifikant. Die Signifikanzen wurden über Chi-Quadrat gerechnet. ¹n=25 (Patienten bei Katamnese); ²n=15 (Patienten bei Katamnese) ; ³n=10 (Patienten bei Katamnese)

Von den Patienten mit bestehender Partnerbeziehung gaben alle an, mit ihrer Partnerschaft sehr oder weitgehend zufrieden zu sein. Im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 95%, ergab sich kein bedeutsamer Unterschied (n=59; $\chi^2=3,055$; p= .380).

Den Angaben der Patienten entsprechend waren 56% der Partner gesund (2 Patienten gaben ernsthaftere somatische Probleme und 1 Patient psychische Probleme des Partners an).

Von den kinderlosen Patienten gaben insgesamt 82% an, sich eigene Kinder zu wünschen, wobei sich die aktuell gesunden von den aktuell kranken Patienten nicht bedeutsam unterschieden (n= 17; p=.550). Auch im Vergleich zur Kontrollgruppe ergab sich kein bedeutsamer Unterschied (n=46; exakter Test nach Fisher; p= .260, Tabelle 42).

In Tabelle 41 ist dargestellt, dass die ehemaligen Patienten weniger Gefallen an sexuellen Kontakten (n= 57; p< .05) fanden und weniger Erfahrung mit sexuellen Kontakten (n=56; $\chi^2=9,275$; p<.05) beschrieben als die Kontrollgruppe. Auch gaben signifikant mehr

Kontrollpersonen als ehemalige Patienten an, eine befriedigende Sexualität zu leben (n=48, p<.01). In Hinsicht auf das offensichtliche sexuelle Verhalten und in Hinsicht auf den Kinderwunsch ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede (n=46; p=.256).

Tabelle 42:
Sexualität (n= 62)

	Patienten bei Katamnese (N=27)		Kontrollgruppe (n=35)		P
	N	%	N	%	
Kinderwunsch der Patienten ohne Kinder¹					n.s.
Kinderwunsch	14	82,4	27	93,1	
kein Kinderwunsch	3	6,5	2	6,9	
Einstellung zur Sexualität²					*
Gefallen an sexueller Aktivität	17	70,8	33	97,1	
Gleichgültigkeit	1	4,2	0	0	
Desinteresse	3	12,5	0	0	
Vermeidung	3	12,5	1	2,9	
Offensichtliches sexuelles Verhalten³					*
Beziehung mit befriedigender Sexualität	8	50	20	62,5	
Oberflächliche sexuelle Kontakte	1	6,25	2	6,25	
Vermeidung sexueller Kontakte	5	31,25	-	-	
Grundsätzlich befriedigende Sexualität, aber ohne Partner	2	12,5	10	31,25	
Intimität bisheriger Kontakte²			⁴ n		*
Geschlechtsverkehr	16	66,7	31	93,9	
sexuelle Kontakte ohne GV	3	12,5	0	0	
gelegentliche Zärtlichkeiten	3	12,5	2	3,6	
keine intimen Beziehungen	2	8,3	0	0	

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. n.s.: Unterschied zwischen Patienten und Kontrollgruppe nicht signifikant. Die Signifikanzen wurden über Chi-Quadrat gerechnet. Patienten bei Katamnese: ¹n=17;²n=24; ³n=16 (Patienten bei Katamnese) ¹n= 29; ²n= 34; ³n= 32; ⁴n=33 (KG)

5.2.5.6 Erfassung der sozialen Integration mit Hilfe des Fragebogens für soziale Integration (FSI)

Die Erfassung der sozialen Integration (FSI) ergab keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der ehemaligen Patientengruppe und der untersuchten Kontrollgruppe, unabhängig von dem aktuellen Gesundheitszustand in Hinsicht auf die Arbeitsfähigkeit (Berufstätige: n = 19; p = 0,745, Schüler/Studenten: n = 29), auf die Beziehung zu Familienmitglieder (n = 59,

$p = 0,636$), auf die Partnerbeziehung ($n = 59$ $p = 0,665$), auf die Beziehung zu den eigenen Kindern ($n = 7$; $p = 0,429$) und bezüglich der finanziellen Lage ($n = 60$; $p = 0,214$).

Eine Ausnahme bildete die Subskala Freizeitaktivitäten, da sich hier ein signifikanter Unterschied in der Freizeitgestaltung ergab ($n=59$; $p=,032$). Die aktuell kranken ehemaligen Patienten zeigten im Vergleich zu den aktuell gesunden ehemaligen Patienten und der Kontrollgruppe bedeutsam weniger Freizeitaktivitäten (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43
Freizeitgestaltung (n= 60)

	gesunde Patienten bei Katamnese (n=8) ¹		kranke Patienten bei Katamnese (n=19)		Kontroll- gruppe (n=35)		p
	N	%	N	%	N	%	
Freizeitgestaltung							*
Kategorie 1 (regelmäßige Freizeitgestaltung)	2	33,3	4	21,1	4	11,4	
Kategorie 2 (unregelmäßige Freizeitgestaltung)	3	50	7	36,8	29	82,9	
Kategorie 3 (so gut wie keine Freizeitgestaltung)	1	16,7	8	42,1	2	5,7	

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. * ($p \leq .050$). Die Signifikanz wurde über Chi² gerechnet. ¹n=6

Da die Berechnung der Daten auf Intervallniveau fraglich war, wurde eine Umkodierung der Daten in Kategorien vorgenommen, um dann auf Nominalniveau mit χ^2 -Quadrat rechnen zu können.

5.2.6 Erfassung der Kontrollüberzeugungen

Die drei Skalen im Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit KKG (Lohaus & Schmitt, 1989), mit deren Hilfe die Kontrollüberzeugungen überprüft wurden, wurden mit Hilfe einer ANOVA berechnet. Die drei Skalen der Kontrollüberzeugungen werden benannt als Internalität (KKG-I), soziale Externalität (KKG-P) und fatalistische Externität (KKG-C). Diese Skalen stehen für drei verschiedene Mechanismen im Umgang mit der eigenen Gesundheit.

Es ergaben sich in Hinsicht auf die internalen Verarbeitungsmechanismen (Skala Internalität) keine bedeutsamen Unterschiede ($F=1,66$; $p= .259$). In der Unterscheidung der drei Gruppen nahmen die Kontrollgruppe ($n= 35$; $m= 26,7$), die aktuell kranken Patienten ($n= 16$; $m=24,3$) und die aktuell gesunden ehemaligen Patienten ($n= 7$; $m= 26,4$) an, eine durchschnittlich hohe Eigenkontrolle über ihren körperlichen Zustand zu haben.

Auch für den Glauben, der körperliche Zustand könnte durch die Hilfe von anderen beeinflusst werden (Skala Externalität), ergab sich bei den drei Gruppen ein vergleichbarer Mittelwert ($F= 1,14$; $p= .255$). Sowohl die Kontrollgruppe ($n= 35$, $m= 20,6$) als auch die aktuell kranken ehemaligen Patienten ($n=16$; $m= 22,6$) und die aktuell gesunden ehemaligen Patienten ($n= 7$; $m= 20,8$) gingen von einer durchschnittlichen Beeinflussbarkeit aus.

Nicht einheitliche Ergebnisse ergaben sich in Bezug auf die Denkmuster der dritten Skala. Die aktuell kranken Patienten gaben signifikant stärker ($n= 16$; $m= 23,5$; $F= 8,49$; $p< .01$) eine schicksalhafte Einstellung zum eigenen gesundheitlichen Zustand an, als dies die gesunden Kontrollen ($n=35$; $m=17,1$) taten. Ebenfalls weniger, aber nicht signifikant, schicksalsergebener zeigten sich die aktuell gesunden ehemaligen Patienten ($n=7$; $m=16,9$) im Unterschied zu den aktuell kranken Personen. Eine Übersicht über die statistischen Ergebnisse gibt Tabelle 44.

Tabelle 44:
Kontrollüberzeugungen

	Gesunde Patienten n=7		Kranke Patienten n= 16		Kontrolle n=35		P
	m	sd	m	sd	m	sd	
Kontrollüberzeugung							
KKG – I Internalität	26,4	5,3	24,3	6,1	26,9	5,1	
KKG –P Externalität	20,8	3,4	22,6	4,2	20,5	4,1	
KKG – C Externalität	16,9	3,3	23,5	5,9	17,1	5,3	**

Anmerkung: N: Häufigkeit, p: Irrtumswahrscheinlichkeit, M: Mittelwert, sd: Standardabweichung, ANOVA: * die mittlere Differenz ist auf der Stufe .001 signifikant ($F= 8,49$; $p: .001$).

5.2.7 Erfassung der Krankheitsverarbeitungsstrategien

Bei der Erfassung der Krankheitsverarbeitungsstrategien mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung FFK (Muthny, 1989) lassen sich folgende Aussagen machen (siehe auch Tabelle 45). Im Vergleich zu den aktuell gesunden zeigten die aktuell kranken ehemaligen Patienten eine bedeutsam höhere Neigung dazu, rückblickend die dissoziative Störung verstärkt depressiv verarbeitet zu haben ($p=0.02$). Es zeigte sich weiterhin bei den aktuell kranken Patienten, die Tendenz dazu, stärker als aktuell gesunde Personen, in der Nachschau regressive Tendenzen im Umgang mit der Erkrankung entwickelt zu haben ($p=0.08$). In der weiteren Betrachtung der Verarbeitungsstrategien ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede mehr zwischen aktuell kranken und gesunden Personen. Am häufigsten versuchten die Patienten mit dissoziativen Störungen in der Vergangenheit ihrer Störung mit Selbstermutigung entgegen zu treten. ($n=23$; $m=3,2$).

Seltener hingegen war der Versuch, der Krankheit mit Religiosität oder durch die Suche nach dem Sinn der Krankheit zu begegnen ($n=23$; $m=1,8$).

Tabelle 45:
Krankheitsverarbeitungsmechanismen

	Gesunde Patienten n = 8 ¹		Kranke Patienten n = 19 ²		Patienten mit somatischer Erkrankung		F	P
	M	Sd	M	Sd	m	Sd		
Problemanalyse & Lösungsverhalten	2,5	0,5	2,9	0,6	3,07	0,94	1,86	.19
Depressive Verarbeitung	2	0,9	3,4	1,6	2,57	1,10	4,90	.04*
Hedonismus	2,4	0,7	2,5	0,7	2,95	0,85	,02	.89
Religiosität & Sinnsuche	1,6	0,7	1,9	0,7	2,36	1,08	,95	.34
Misstrauen & Pessimismus	2,2	0,7	2,7	0,8	2,63	1,04	1,39	.25
Kognitive Vermeidung & Dissimulation	2,3	0,5	3,1	1,9	2,61	0,98	1,91	.29
Ablenkung & Selbstaufwertung	2,4	0,7	2,3	0,7	2,67	0,88	,26	.61
Gefühlkontrolle & sozialer Rückzug	2,7	1,1	2,7	1,2	2,60	0,86	,01	.92
Regressive Tendenz	2,0	0,7	2,4	0,7	1,93	0,90	1,42	.25
Relativierung durch Vergleich	2,6	0,8	2,8	0,9	3,53	0,98	,16	.69
Compliance Strategie & Arztvertrauen	3,2	1,0	3,0	1,0	4,25	0,77	,17	.69
Selbstermutigung	3,6	1,0	3,1	1,1	3,54	1,00	1,36	.26

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. M: Mittelwert. sd: Standardabweichung, n¹=7; n²=16; * signifikant auf Stufe .05 (F= 4,90; p: .038).

5.2.8 Nachbefragung zur persönlichen Nachuntersuchung

Überwiegend erlebten die ehemaligen Patienten und die Kontrollgruppe die Teilnahme an der Nachuntersuchung als unproblematisch (85,7%). Nur 4 Personen gaben an, dass es ihnen schwer gefallen sei an der Untersuchung teilzunehmen (siehe Tabelle 46). Von vier Probanden fehlten die Angaben. Die Gründe für die Teilnahme der ehemaligen Patienten bezogen sich meist auf die Möglichkeit dadurch anderen mit der gleichen Erkrankung helfen zu können. Die Angaben stammen auch von den ehemaligen Patienten, die nur telefonisch

erreicht wurden oder bereit waren Fragebogen auszufüllen. Die Probanden der Kontrollgruppe gaben ähnliche Gründe an, etwa anderen helfen zu können. Sechs konnten dazu keine Angaben machen

Tabelle 46:

Nachbefragung zur persönlichen Nachuntersuchung und Fremdbeurteilung der Zuverlässigkeit der Angaben der ehemaligen Patienten und der Kontrollgruppe (n = 62).

	Häufigkeit n	Prozent
Teilnahmebereitschaft: "An der Untersuchung teilzunehmen ist mir..."¹		
leicht gefallen	54	91,5
weder schwer noch leicht gefallen	1	1,7
schwer gefallen	4	6,8
Offenheit: "Alle Fragen offen zu beantworten, ist mir..."²		
leicht gefallen	49	81,6
war unterschiedlich	10	16,7
schwer gefallen	1	1,6
Fremdbeurteilung der Zuverlässigkeit der Angaben³		
Zuverlässig	54	93,1
mäßig aber ausreichend zuverlässig	4	7

Anmerkungen: n: Häufigkeit: ¹n= 59; ²n=60; ³n=58

10 der ehemaligen Patienten sowie der Kontrollgruppe fiel es unterschiedlich schwer auf die Fragen offen zu antworten. Die Angaben von 54 der untersuchten Personen konnten als zuverlässig eingestuft werden. Keiner gab Anlass an der Richtigkeit der Angaben zu zweifeln. Bei vieren konnte von einer ausreichenden Glaubwürdigkeit ausgegangen werden.

5.3 ERGEBNISSE DER EXPERIMENTELLEN UNTERSUCHUNG ZUM KATAMNESEZEITPUNKT: ZUR HYPOTHESE 5

5.3.1 Die Veränderung der Befindlichkeit, körperlicher Beschwerden und der Emotionalität unter experimenteller Belastung im Vergleich der aktuell gesunden und der aktuell kranken ehemaligen Patienten

Im experimentellen Teil erfolgte die Prüfung der Belastbarkeit durch eine körperliche (Hyperventilation) und eine kognitive Aufgabe (Mehrfach-Reiz-Reaktionsaufgabe). Die Befindlichkeitsparameter wurden zu drei Zeitpunkten anhand von drei Selbstbeurteilungsfragebogen erhoben, die sich auf die aktuelle Befindlichkeit (MDBF, Steyer et al. 1997), die Emotionen (EMO-16akt, Schmidt-Atzert & Hüppe, 1996) und aktuelle Beschwerden (BL-mod, von Zerssen 1976) bezogen. Es wurde eine sogenannte Baseline zu Anfang der Untersuchung erhoben. Im Anschluss an die beiden Belastungsbedingungen erfolgte jeweils eine Neubewertung anhand der Fragebogen. Im folgenden Abschnitt werden die Daten über die drei Messzeitpunkte im Vergleich zwischen den Reaktionen der gesunden und der kranken ehemaligen Patienten betrachtet. Die Erwartungen gehen dahin, dass die aktuell gesunden Patienten sich durch die Belastungsfaktoren weniger beeindruckt zeigen als die aktuell kranken ehemaligen Patienten. Sollten sich die beiden Gruppen statistisch nicht voneinander unterscheiden, wird die gesamte ehemalige Patientengruppe mit einer Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte hin verglichen.

5.3.1.1 Die Befindlichkeit unter Belastungsbedingungen (Mehrbefindlichkeitsfragebogen MDBF, Steyer et al. 1997)

Um den Verlauf der Befindlichkeit (Stimmung, Vigilanz, innere Ausgeglichenheit) unter den Belastungsbedingungen beurteilen zu können, wurden die jeweiligen Verlaufskurven der drei Befindlichkeiten mit dem T_1 Test beschrieben (siehe Methodenteil), bei dem die Erstellung der Verlaufskurve durch die Vorzeichen der Differenzen der auf einander folgenden Messungen (Folgedifferenzen) erfolgt. Für die drei unterschiedlichen Befindlichkeiten wurden jeweils im Vorfeld spezifische Vorzeichenmuster benannt, die einen positiven bzw.

negativen Verlauf belegen. Die Hypothese bestand darin, dass die untersuchten ehemaligen Patienten eine schlechtere Stimmung und eine erhöhte Müdigkeit zeigen würden und sich unausgeglichener fühlen würden. Ausgewählt wurden deshalb bei der Stimmung nur Vorzeichen die eine Verschlechterung der Stimmung bedeuteten (---, 0-, -0). Die zunehmende Müdigkeit wurde durch folgende Vorzeichenmuster erfasst: +++; 0+ oder +0. Wohingegen eine zunehmende Unruhe durch die folgenden Vorzeichen erfasst wurde: ---, 0-, -0. Andere Vorzeichenmuster sprachen gegen diese Hypothese. Das gleiche Vorgehen wurde auch bei der Beschwerdeentwicklung (Kapitel 5.3.1.2) und der Veränderung der emotionalen Reaktion (Kapitel 5.3.1.3) angewandt. Anzumerken ist, dass eine „0“ einen unveränderter Zustand beschreibt, ein „-“, eine Abnahme und ein „+ „eine Zunahme des entsprechenden Zustandes bedeutet.

Stimmungsveränderung (Skala: gute/schlechte Stimmung)

Tabelle 47:
Stimmungsveränderung

Gute/schlechte Stimmung	gesunde Patienten	kranke Patienten	Summe
Vorzeichenmuster: --- 0- bzw. -0	0	8	8
andere Vorzeichenmuster	6	5	11
Summe	6	13	19

Es kann nach der Berechnung mit Hilfe der Vier Felder Tafel über χ^2 und dem Vergleich mit dem kritischen Wert (χ^2 Wert 47,5 > 2,71) gezeigt werden, dass die aktuell kranken Patienten unter den beiden Belastungsbedingungen eine schlechtere Stimmung entwickeln als die aktuell gesunden Patienten (siehe Tabelle 47).

Veränderung der Vigilanz (Skala: Wachheit/Müdigkeit)**Tabelle 48:**
Veränderung der Vigilanz

Wachheit/Müdigkeit	gesunde Patienten	kranke Patienten	Summe
Vorzeichenmuster: +++, 0+, +0	0	2	2
andere Vorzeichenmuster	6	11	17
Summe	6	13	19

In Hinsicht auf die Veränderung der Vigilanz der einzelnen Teilnehmer konnte im Verlauf der experimentellen Untersuchung kein Unterschied zwischen den aktuell gesunden und den aktuell kranken ehemaligen Patienten gefunden werden (χ^2 Wert = 0.403 < 2,71; Tabelle 48).

Veränderung der inneren Ausgeglichenheit (Skala: Ruhe/Unruhe)**Tabelle 49**
Innere Ausgeglichenheit

Ruhe/Unruhe	gesunde Patienten	kranke Patienten	Summe
Vorzeichenmuster: ---, 0- , -0	1	7	8
andere Vorzeichenmuster	5	6	11
Summe	6	13	19

Die Angaben der ehemaligen Patienten über ihre innere Ausgeglichenheit über die beiden Belastungsbedingungen hinweg ergab keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen (χ^2 Wert 0.609 < 2,71; Tabelle 49).

**5.3.1.2 Veränderung körperlicher Beschwerden unter Belastungsbedingungen
(B-L mod, von Zerssen 1976):**

Tabelle 50
Beschwerdeentwicklung

Beschwerdeliste	gesunde Patienten	krankte Patienten	Summe
Vorzeichenmuster: +++, +0, 0+	3	7	10
Andere Vorzeichenmuster	3	6	9
Summe	6	13	19

Die Angaben über die Entwicklung von körperlichen Beschwerden anhand der Beschwerdenliste (von Zerssen 1976) ergab ebenfalls keine Hinweise darauf, dass eine der beiden Patientengruppen mehr oder weniger Beschwerden unter den Belastungen entwickelt hatte ($\chi^2 = 0.092 < 2.71$; Tabelle 50).

5.3.1.3 Veränderung der emotionalen Reaktion unter Belastung

Von den 16 Emotionen wurden die für die Untersuchung relevant erscheinenden Emotionen Angst, Ärger, Abneigung und Freude herausgegriffen und verglichen. Auf allen vier Emotionsskalen zeigten sich bei den ehemaligen Patienten unter den Belastungsbedingung keine unterschiedlichen emotionalen Reaktionen.

Da sich bis auf die Skala Stimmung des Mehrbefindlichkeitsfragebogen keine Unterschiede im Verlauf der aktuell gesunden von der aktuell kranken Gruppe ergab, wurden beide Gruppen zusammengenommen und mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. Im Folgenden wird mit Hilfe des allgemeinen linearen Modells (GLM) die ehemalige Patientengruppe mit der gesunden Kontrollgruppe über alle drei Messzeitpunkte verglichen.

5.3.2 Die Veränderung der Befindlichkeit, körperlicher Beschwerden und der Emotionalität unter experimenteller Belastung im Vergleich der ehemaligen Patientengruppe und einer gesunden Kontrollgruppe

Es wurde unter den Belastungsbedingungen die aktuelle Befindlichkeit der Kontrollgruppe mit der ehemaligen Patientengruppe verglichen. Dabei kamen die bereits bekannten Messinstrumente zum Einsatz, die die Stimmungsveränderung (MDBF, Steyer et al. 1997), die Entwicklung allgemeinen körperlichen Symptome und emotionale Veränderungen erfassen. Es wurde eine sogenannte Baseline zu Anfang der Untersuchung erhoben. Im Anschluss an die beiden Belastungsbedingungen erfolgte jeweils eine Neubewertung anhand der Fragebogen.

5.3.2.1 Die Befindlichkeit unter Belastungsbedingungen (MDBF, Steyer et al. 1997):

Stimmungsveränderung (Skala: gute Schlechte Stimmung)

Unabhängig von der untersuchten Gruppe zeigte sich unter dem Einfluss der Belastungsbedingungen eine signifikante Veränderung der Stimmungslage (Faktor 1: $F=14,519$; $p \leq .001$, $n=54$). Bei beiden Gruppen konnte eine signifikante Verschlechterung der Stimmungslage beobachtet werden. Aber bei der Patientengruppe war die Verschlechterung stärker ausgeprägt (Wechselwirkung Gruppe x Zeit: Faktor 2: $F=2,767$; $P=.072$, $n=54$), so dass die ehemalige Patientengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine schlechtere Stimmungslage entwickelte (siehe Tabelle 51, Abbildung 15).

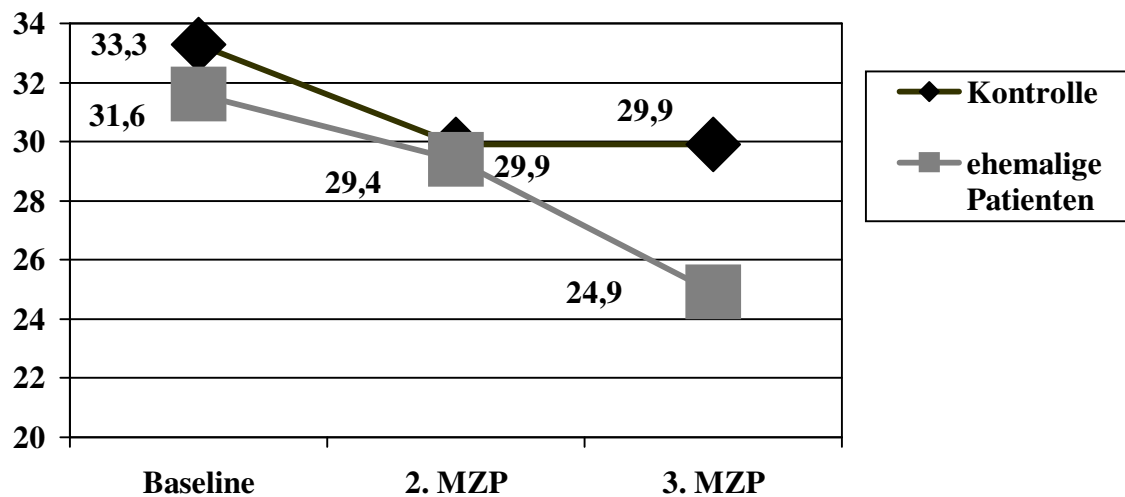
Tabelle 51:
Stimmungsveränderung (Skala: gute-schlechte Stimmung)

	ehemalige Patienten n= 19		Kontrolle n=35		P	
	M	Sd	M	Sd	1. Faktor	2. Faktor
MDBF gute/schlechte Stimmung					**	n.s.
MDBF gute/schlechte Stimmung Baseline/	31,6	5,2	33,3	4,9		
MDBF gute/schlechte Stimmung 1.Wiederholung	29,4	6,7	29,9	5,3		
MDBF gute/schlechte Stimmung 2.Wiederholung	24,9	7,8	29,9	5,0		

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. . M: Mittelwert. sd: Standardabweichung

**Unterschied zwischen kranken ehemaligen Patienten und Kontrollgruppe signifikant; exakte Statistik $p \leq .001$ (F= 14,519); n.s.: nicht signifikant

Abbildung 15: Stimmungsveränderung unter Belastung



Anmerkungen: MZP: Messzeitpunkt, Zahlen auf der X-Achse beziehen sich auf die Skalierung nach dem Fragebogen MDBF (Steyer et. al).

Veränderung der Vigilanz (Skala:Wachheit/Müdigkeit)

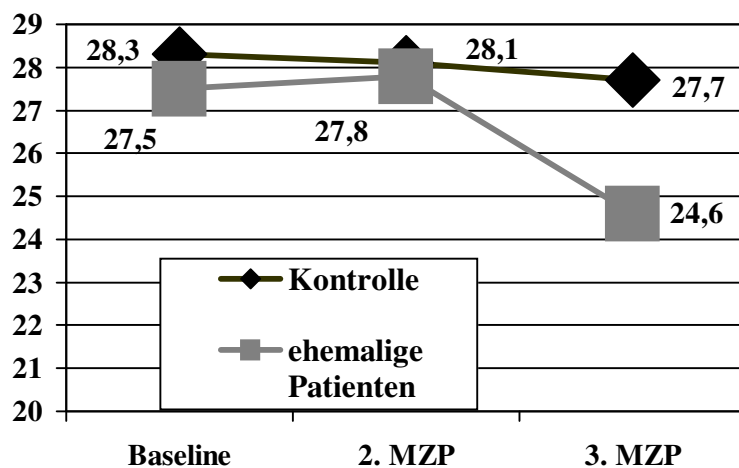
Die Vigilanz (Wachheit und Müdigkeit) veränderte sich dagegen bei beiden Gruppen nicht bedeutsam. Über die Zeit hinweg konnte bei der jeweiligen Gruppe keine Veränderung beobachtet werden. (1.Faktor: $F= 2,161$; $p= .126$, $n=54$). Es ergaben sich auch keine Wechselwirkungen zwischen den Gruppen (2.Faktor: $F= 1,497$, $p=.234$, $n=54$) (Siehe Tabelle 52, Abbildung 16).

Tabelle 52:
Aktuelle Befindlichkeit/Wachheit-Müdigkeit

	Ehemalige Patienten n= 19		Kontrolle n=35		P	
	M	Sd	m	Sd	1.Faktor	2.Faktor
MDBFWachheit/ Müdigkeit					n.s.	n.s
MDBF Wachheit/Müdigkeit Baseline/	27,5	9,3	28,3	9,1		
MDBF Wachheit/Müdigkeit 1.Wiederholung	27,8	7,3	28,1	5,3		
MDBF Wachheit/Müdigkeit 2.Wiederholung	24,6	6,0	27,8	6,0		

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. . M: Mittelwert. sd: Standardabweichung n.s.: Unterschied zwischen kranken ehemaligen Patienten und Kontrollgruppe nicht signifikant, (exakte Statistik).

Abbildung 16:Wachheit/Müdigkeit



Anmerkungen: MZP: Messzeitpunkt, Zahlen auf der X-Achse beziehen sich auf die Skalierung nach dem Fragebogen MDBF (Steyer et. al.).

Veränderung der inneren Ausgeglichenheit (Ruhe/Unruhe)

Die Angaben auf der Skala Ruhe und Unruhe ergab, dass beide Gruppen über die Belastungsproben hinweg im Vergleich zur Baseline signifikant unausgeglicher wurden (1.Faktor: $F=11,317$, $p \leq .001$, $n=54$). Ebenfalls ergab sich am Ende der zweiten Belastungsphase eine bedeutsam geringere Ausgeglichenheit für die aktuell kranken Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe (Wechselwirkung Gruppe x Zeit: 2. Faktor: $F=5,204$, $p \leq .05$, $n=54$), (siehe Tabelle 53, Abbildung 17).

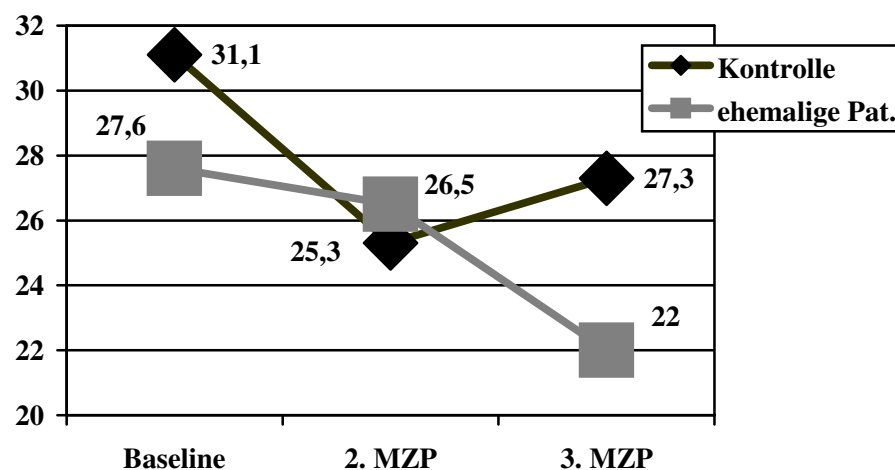
Tabelle 53: Aktuelle Befindlichkeit/Ruhe-Unruhe

	Ehemalige Patienten n= 19		Kontrolle n=35		P	
	M	Sd	M	Sd	1. Faktor	2. Faktor
MDBF Ruhe/ Unruhe					**	*
MDBF Ruhe/Unruhe Baseline/	27,6	7,2	31,1	4,7		
MDBF Ruhe/Unruhe 1.Wiederholung	26,5	6,5	25,3	6,5		
MDBF Ruhe/Unruhe 2.Wiederholung	22,0	7,8	27,3	6,1		

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. M: Mittelwert. sd: Standardabweichung.

** : Unterschied zwischen kranken ehemaligen Patienten und Kontrollgruppe signifikant; exakte Statistik; $p \leq .001$. * $p.05$

Abbildung 17: Ruhe/Unruhe



Anmerkungen: Zahlen auf der X-Achse beziehen sich auf die Skalierung nach dem Fragebogen MDBF (Steyer et. al), MZP: Messzeitpunkt

5.3.2.2 Veränderung der körperlichen Beschwerden unter Belastung

Die aktuell kranken Patienten gaben auf der Beschwerdenliste (BL-mod, von Zerssen 1976, Tabelle 54, Abbildung 18) von Anfang an bedeutsam mehr Beschwerden an, als die Kontrollgruppe. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Beschwerden über die Zeit unabhängig von der Gruppe veränderten, in dem Sinne, dass sie zunahmten. (1.Faktor: $F = 8,460$, $p = .05$; $n=54$). Im Verlauf über die drei Messzeitpunkte ergab sich innerhalb der Gruppen eine Zunahme der Beschwerden. Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Gruppen waren aber nicht signifikant (2. Faktor: $F=378$; $p=.687$).

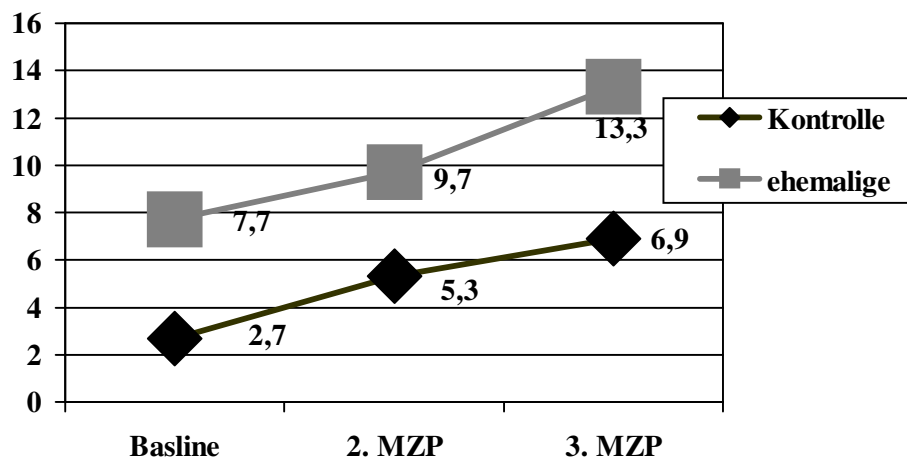
Tabelle 54: Angaben der Häufigkeit der Beschwerden

	Ehemalige Patienten N= 19		Kontrolle N=35		P	
	M	sd	m	sd	1.Faktor	2.Faktor
Beschwerdenliste					*	n.s.
BL Baseline	7,7	6,4	2,7	3,1		
BL 1.Wiederholung	9,7	10,5	4,9	4,9		
BL 2.Wiederholung	13,3	12,1	12,1	6,9		

Anmerkungen: N: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. M: Mittelwert. sd: Standardabweichung

* Unterschied zwischen kranken ehemaligen Patienten und Kontrollgruppe signifikant ($p \leq .05$).

Abbildung 18: Beschwerdenliste



Anmerkungen: MZP: Messzeitpunkt

5.3.2.3 Veränderung der emotionalen Reaktion unter Belastung

In Hinsicht auf die emotionale Lage, erfasst mit der Emotionsskala (EMO-16akt, Schmidt-Atzert & Hüppe, 1996) waren auf den einzelnen betrachteten Skalen (Gefühle Angst, Abneigung, Ärger und Freude) keine bedeutsamen Unterschiede in den beiden Gruppen über die Zeit hinweg zu finden. Auch zwischen der Kontrollgruppe und der Patientengruppe gab es keine bedeutsamen Diskrepanzen.

5.3.3 Leistungsfähigkeit im Vergleich zwischen der Kontrollgruppe und der ehemaligen Patientengruppe

Die kognitive Leistungsfähigkeit wurde mit einer komplex Mehrfach-Reiz-Reaktionsaufgabe (RST-3, Kisser und Brandstätter, 1985) erfasst. Die Aufgabe bestand darin, möglichst schnell auf visuelle und akustische Reize zu reagieren, die zunächst gleichmäßig, später dann in abwechselnder Geschwindigkeit, dargeboten wurden. Ziel dieser Aufgabe war es, die Leistungsfähigkeit der ehemaligen Patienten und der Kontrollgruppe vor und nach einer Stressphase innerhalb der Aufgabe zu erfassen. In diesem Verfahren zeigte sich zur Baseline in Hinsicht auf die Anzahl der Reaktionsgeschwindigkeit, gemessen mit Hilfe der richtigen Reaktionen auf die dargebotenen Reize, ein Unterschied zwischen den aktuell kranken Patienten und der Kontrollgruppe.

Vergleicht man die beiden Gruppen mit Hilfe des linearen allgemeinen Modells (GLM) zeigte sich, dass die Leistungsfähigkeit über die Zeit hinweg in beiden Gruppen abnimmt, sowohl in Hinsicht auf die Anzahl der Richtigen (Faktor 1: $F=23,238$; $p= .001$, $n= 53$) als auch bei der Anzahl der Zeitgerechten (Faktor 1: $F=3,059$, $p= .001$, $n= 53$) und der Anzahl der Ausgelassenen (Faktor 1: $F=16,555$; $p= .001$, $n=53$). Wechselwirkungen zwischen den beiden Gruppen ergaben bei den erfassten Variablen keine signifikanten Ergebnisse (Tabelle 55).

Tabelle 55:
Leistungsfähigkeit

	Ehemalige Patienten (n=19)		Kontrollgruppe (n=35)		P	
	M	m	M	M	1.Faktor	2.Faktor
Leistungsfähigkeit	Phase 1	Phase 3	Phase 1	Phase 3		
Anzahl der Richtigen	172	165	176	170	**	n.s.
Anzahl der Zeitgerechten	168	136	137	152	**	n.s.
Anzahl der Ausgelassenen	7,5	12,4	2,7	7,2	**	n.s.

Anmerkungen: n: Häufigkeit. p: Irrtumswahrscheinlichkeit. . m: Mittelwert. sd: Standardabweichung .n.s.: Unterschied zwischen gesunden und kranken ehemaligen Patienten nicht signifikant.

5.4 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE IN HINBLICK AUF DIE FRAGESTELLUNGEN

Zur 1. Fragestellung

Dissoziative Symptomatik der Ausgangsstichprobe:

Im Kindes- und Jugendalter fanden sich vorwiegend dissoziative Störungen vom körpersymptomatischen Typus (Konversionsstörungen). Diese waren die dissoziative Bewegungsstörung, die dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, wobei diese beiden Störungsbilder häufig im Rahmen einer gemischt dissoziativen Störung komorbid auftraten, und der dissoziative Krampfanfall.

Bei den dissoziativen Krampfanfällen fanden sich eindeutig mehr Jungen (Knabenwendigkeit), wohingegen bei den Mädchen die Verteilung der Subtypen der dissoziativen Störung weitgehend gleich verteilt war.

Das Auftreten der dissoziativen Störung im Kindes- und Jugendalter wies eine deutliche Mädchenwendigkeit auf. Dies bezieht sich aber nicht auf alle Subtypen, denn es fanden sich auch umgekehrte Verhältnisse, wie beispielsweise bei der Diagnose des dissoziativen Krampfanfalls.

Der Erkrankungsbeginn der dissoziativen Störung lag bei Jungen früher als bei Mädchen.

Bei einer hohen Anzahl der Patienten wurden während der Behandlung komorbid auftretende Symptome diagnostiziert. Dabei fanden sich gehäuft somatoforme Störungen und Angsterkrankungen. Bei Jugendlichen zeigten sich verstärkt suizidale Handlungen.

Zur 2. Fragestellung und den Hypothesen

Verlauf der Patienten mit dissoziativer Symptomatik:

In Hinblick auf den kurzfristigen Verlauf, am Ende der initialen Therapie, zeigte sich insgesamt bei den Patienten eine deutliche Verbesserung der dissoziativen Symptomatik. Im weiteren Verlauf traten aber bei einer Reihe der Patienten erneut dissoziative Störungen auf. Hier konnte von über 40% der Fälle ein chronischer oder rezidivierender Verlauf der

Erkrankung zwischen Therapieende und Katamnesezeitpunkt beobachtet werden.

Auffallend häufig entwickelten die ehemaligen dissoziativ erkrankten Patienten aber andere psychiatrische Erkrankungen. Es wurde bei jedem zweiten Patienten mindestens eine Achse-I-Störung im Zeitraum zwischen dem Ende der ersten Behandlung und dem Zeitpunkt der Katamnese diagnostiziert. Im Vordergrund standen hier Angsterkrankungen und somatoforme Störungen. Die Inzidenz von Achse-I Störungen lag in der Gesamtbevölkerung der USA bei 20,9% (Dohrenwend et al. 1984) und laut Dilling & Weyerer in Oberbayern bei 18,6%.

Betont werden muss, dass aber knapp 30% der Patienten eine Persönlichkeitsstörung (Achse II) im selben Zeitraum aufwiesen. Dabei zeigten sich vorwiegend die Entwicklung von Borderline-Persönlichkeiten und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. Eine histrionische Persönlichkeitsstörung fand sich nur bei einer Patientin. Die Angaben zur Inzidenz der Persönlichkeitsstörung sind widersprüchlich (Bronisch 2000). Dohrenwendt (1980) sowie Dilling & Weyerer (1984) sprechen von Prävalenzraten zwischen 4,8% und 0,9%. Demnach lag auch für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko vor.

Risikofaktoren

Das Intelligenzniveau der Patientengruppe lag im durchschnittlichen Bereich, so dass sich kein Unterschied zum allgemeinen Intelligenzniveau in der Bevölkerung ergab.

Hingegen ließ sich erkennen, dass die Mehrheit der Patienten der unteren sozialen Schicht zugehörig war. Darin zeigte sich ein Unterschied zur Normalverteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit. Allerdings ist dies indes nicht leicht festzulegen, da diese einem ständigen Wandel unterliegt.

Das Auftreten von frühkindlichen Entwicklungsrückständen, präorbiden psychopathologischen Auffälligkeiten und von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen unterschied sich in der Patientengruppe nicht bedeutsam von der jeweiligen Inzidenz der Gesamtbevölkerung.

Prognostische Faktoren

In Hinsicht auf die prognostischen Faktoren lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen: Im Gegensatz zu anderen früheren Studien (Kostopoulos & Snow, 1986) stand in der Patientengruppe das Fehlen komorbider Erkrankungen nicht mit einer besseren Prognose der

Störung im weiteren Verlauf im Zusammenhang.

Keinen eindeutigen Einfluss auf die Prognose der dissoziativen Störung nahm auch die vergangene Zeitspanne zwischen Beginn der Erkrankung und Einleitung der Therapie.

Zwischen dem Geschlecht der Patienten und dem Verlauf der dissoziativen Störung ließ sich ebenfalls kein Zusammenhang finden, worin sich Übereinstimmungen mit früheren Studien finden (Wyllie et al., 1990; Lancman et al., 1994).

Ein Ergebnis, das aufgrund der geringen Fallzahl vorsichtig interpretiert werden sollte aber prinzipiell bedeutungsvoll sein dürfte, bezieht sich auf den Krankheitsverlauf. Entgegen anders lautenden Aussagen in der Literatur (Goodyer & Mitchell, 1989) zeigte sich in der Patientengruppe, dass Patienten mit einem initialen Behandlungserfolg ein geringeres Risiko aufwiesen, im Verlauf erneut an einer dissoziativen Störung zu erkranken.

In unsere Patientengruppe konnte, anders als bisher angenommen, kein Zusammenhang zwischen einem frühen Erkrankungsbeginn und einem schweren bzw. chronischen Verlauf (Lancman et al. 1994) hergestellt werden.

Repräsentativität

Die an der Katamnesestudie teilnehmenden ehemaligen Patienten mit dissoziativer Störung unterschieden sich in wichtigen Gesichtspunkten nicht von den nichtteilnehmenden ehemaligen Patienten, so dass insgesamt von einer weitgehenden Repräsentativität der nachuntersuchten Patientengruppe ausgegangen werden kann.

Psychosoziale Anpassung

Ein Großteil der ehemaligen Patienten zeigte eine gute Lebensbewältigung insbesondere in Hinblick auf die schulische und berufliche Qualifikation. Der sozioökonomische Status lag im Vergleich zur Herkunftsfamilie sogar häufig höher. Bezüglich der Kontaktfähigkeit ergaben sich Einschränkungen. Die ehemalige Patientengruppe gab eine hohe materielle wie emotionale Abhängigkeit von der Herkunftsfamilie an. Insbesondere die aktuell kranken Patienten zeigten ein auffälligeres Kontaktverhalten als die aktuell gesunden Personen.

Im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe zeigte sich erwartungsgemäß eine schlechtere

soziale Anpassung der ehemaligen Patientengruppe. Die Lebenszufriedenheit unterschied sich nicht von der gesunden Kontrollgruppe.

Krankheitsbewältigungsstrategien

In Hinblick auf die Krankheitsbewältigungsstrategien zeigte sich, dass die aktuell erkrankten ehemaligen Patienten bedeutsam häufiger einen depressiven Verarbeitungsmechanismus im Umgang mit ihrer Erkrankung aufwiesen als dies aktuell gesunde ehemalige Patienten berichteten.

Belastbarkeit

Eine Beobachtung bezüglich einer geringeren objektiven Leistungsfähigkeit unter Belastungsbedingungen konnte nicht errechnet werden.

Es zeigte sich bei der ehemaligen Patientengruppe eine geringere Belastbarkeit unter körperlichen und kognitiven Belastungsbedingungen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe in Hinblick auf eine negativere Befindlichkeit. Die stärkere Neigung zur Entwicklung körperlicher Beschwerden fand sich dagegen nicht.

Kontrollüberzeugungen

Die Kontrollüberzeugungen unterschieden sich in der Gruppe der aktuell noch erkrankten ehemaligen Patienten von der gesunden Kontrollgruppe. Sie erlebten kaum oder keine Eigen- oder Fremdkontrollmöglichkeit über ihren gesundheitlichen Zustand.

6. DISKUSSION

Die vorliegende Untersuchung ist die erste, die gemäß den Kriterien von ICD 10 und DSM IV den Langzeitverlauf der dissoziativen Störung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter verfolgt, dies zudem erstmalig mit persönlicher klinischer Nachuntersuchung anhand standardisierter Verfahren. Es ist zugleich die erste katamnestiche Studie zum Verlauf dissoziativer Störungen, die störungsrelevante Parameter experimentell im Kontrollgruppenvergleich untersucht. Die Ergebnisse sind in wichtigen klinischen Gesichtspunkten neu und weiterführend:

- 1.) Die dissoziative Symptomatik ist nach einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 12,4 Jahren überwiegend nicht mehr vorhanden; die psychosoziale Anpassung der ehemaligen Patienten war überwiegend gut.
- 2.) Dagegen war die Mehrzahl der Patienten weiterhin durch andere psychische Störungen belastet.
- 3.) Der Anteil von Persönlichkeitsstörungen war hoch.
- 4.) Die weiterhin Kranken erlebten ihren gesundheitlichen Zustand als wesentlich unbeeinflussbarer als dies die Gesunden sowie eine gesunde Kontrollgruppe taten.
- 5.) Die weiterhin Kranken zeigten einen vermehrt depressiven Krankheitsverarbeitungsstil im Umgang mit der Erkrankung.
- 6.) Im experimentellen Vergleich mit einer Kontrollgruppe ergaben sich signifikante Hinweise auf eine erhöhte Stressreagibilität; letztere fand ihren Ausdruck in Form einer verschlechterten Stimmungslage und erhöhter Erregbarkeit unter Stresseinfluss.

Zur methodischen Besonderheiten der Studie

Ziel der vorliegenden Katamnese studie war die Untersuchung des Langzeitverlaufs dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter bei 62 ehemaligen Patienten. Der Anteil persönlich nachuntersuchter ehemaliger Patienten erscheint niedrig, kann aber unter Berücksichtigung der Art der untersuchten Störung als vergleichsweise hoch bezeichnet werden (Teilnehmerquote 43,5%). In der Literatur finden sich nur wenige Follow-up Studien mit ähnlich hoher Stichprobengröße (Robins & O'Neal, 1953, Maisami & Freeman, 1986, Goodyer & Mitchell, 1989, Stickler et al., 1989 und Spierings et al., 1990). Keine der

Untersuchungen entsprachen den hohen Kooperationsanforderungen und diagnostischen Ansprüchen der vorliegenden Studie.

Verglichen mit bisher vorliegenden (aufgrund methodischer Mängel nur eingeschränkt vergleichbarer) Studien, welche dissoziative Störungsbilder in ihren Subtypen mit standardisierten diagnostischen Verfahren auf der Grundlage von ICD-10 (WHO, 1991) erfassen, wurden erstmalig auch komorbide psychiatrische Erkrankungen mittels standardisierter Diagnoseverfahren nach ICD-10 festgestellt. Zudem erfragten wir erstmals in einer katamnestischen Studie Coping-Strategien und Kontrollüberzeugungen. Dies geschah in Abgrenzung zu bisher vorliegenden Untersuchungen, welche sich diesbezüglich überwiegend chronisch kranken Patienten widmeten (Buddeberg et al., 1988, Fahrenberg et al., 1986) sowie von Vergleichsstudien (z.B. Wyllie et al., 1990), die sich im Zusammenhang mit dissoziativen Störungen lediglich an Subtypen orientierten.

Weiteres Novum war die Durchführung einer physischen (Hyperventilation) und kognitiven (Reaktionstest) Belastungsprobe (experimenteller Teil der Untersuchung) zur Erfassung der zum Katamnesezeitpunkt gegebenen Stressreagibilität. Diesbezüglich fand ein Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen statt.

Zu den Ergebnissen der Ausgangsstichprobe

Demographische Merkmale der Ausgangsstichprobe

Das Alter zu Beginn der dissoziativen Erkrankung lag bei unseren Patienten bei durchschnittlich 12,7 Jahren und entspricht demnach den vorliegenden Literaturangaben (Blanz et al., 1987; Lehmkuhl et al., 1989; Leslie, 1988). Mädchen erkrankten in unserer Stichprobe durchschnittlich 1,7 Jahre später als Jungen. Die Patienten kamen im Durchschnitt 9 Monate nach Beginn der dissoziativen Störung zur Erstbehandlung. Das Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn lag bei 11,11 Jahren. Dieses Ergebnis ist neu, bislang in der Literatur nicht beschrieben.

Im Geschlechtervergleich der Ausgangsstichprobe überwog das weibliche Geschlecht im Verhältnis 2:1. Es kann – in Übereinstimmung mit den Angaben von Kostopoulos & Snow

(1986) – jedoch festgehalten werden, dass sich das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Personen einander angleicht, je jünger die Patienten beim ersten Auftreten der Symptomatik sind. Die untersuchte Geschlechterverteilung in der Patientengruppe entspricht demnach überwiegend den Ergebnissen früherer Studien (Lieb et al., 198; Spierings et al., 1990). Im Erwachsenenalter finden sich ähnliche Geschlechterverhältnisse bei Patienten mit dissoziativen Störungen (Maxion et al., 1989; McKegney, 1967; Ziegler et al., 1960). Ein weiteres Ergebnis der Datenanalyse ergab, dass männliche Kinder und Jugendliche häufiger an einem dissoziativen Krampfanfall erkrankten als dies Mädchen taten. In Hinsicht auf die anderen dissoziativen Störungsbilder ließ sich keine Präferenz eines Geschlechts mehr erkennen.

Das Intelligenzniveau lag im Mittel im durchschnittlichen Bereich. Begabungsadäquat besuchten die Patienten überwiegend eine Hauptschule. In der Literatur finden sich vergleichbare Angaben mit diesem Befund durchschnittlicher intellektueller Leistungsfähigkeit der Patienten mit Konversionssyndromen (Blanz et al., 1987; von Aster et al., 1987; Lanceman, 1994).

Dissoziative Störungsbilder und Komorbidität der Ausgangsstichprobe

Die vorliegende Studie ist im Hinblick auf die Differenziertheit der eingesetzten methodischen Mittel und Untersuchungsinhalte bisher vorliegenden Untersuchungen überlegen. Letztere wandten sich entweder nur spezifischen Störungen aus dem Spektrum der dissoziativen Erkrankungen zu (Robin & O'Neal, 1953; Goodyer, 1981; Kostopoulos & Snow, 1986; Goodyer & Mitchell, 1989; Spierings et al., 1990) oder schlüsselten den jeweiligen Anteil der jeweils untersuchten Symptome auf Subtypen unter den erkrankten Personen nicht weiter auf (Rada et al., 1973; Sticklwer et al., 1989; Wyllie et al., 1990; Lancman et al., 1994).

Wie in der Literatur beschrieben (Remschmidt, Blanz et al., 1987, Lehmkuhl et al., 1989; v. Aster et al., 1987), stehen im Kindes- und Jugendalter dissoziative Störungen vom körpersymptomatischen Typus im Vordergrund. In unserer Ausgangsstichprobe bestätigten sich diese Angaben. Am häufigsten wurden psychogene Bewegungsstörungen diagnostiziert. Fast ebenso häufig waren psychogene Krampfanfälle oder Sensibilitäts- und

Empfindungsstörungen. Bei einem Drittel der Patienten fanden sich gemischte dissoziative Störungen. Nur selten fand sich die Diagnose einer dissoziativen Bewusstseinsstörung.

In der Literatur finden sich sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit komorbider Störungen. Während Goddyer & Mitchell (1989) in bis zu 85% vom Vorhandensein anderer Störungsbilder berichten, fanden andere Untersuchungen dies nur bei 1/5 der Patienten (Blanz et al., 1987). Von Lehmkuhl et al. (1989) wurden als komorbide Störungen vor allem psychogene Schmerzzustände und suizidale Impulse angegeben. In anderen Studien werden als die dissoziative Störung begleitende Störung vor allem Angsterkrankungen betont (Robins & O'Neal, 1953; Kostopoulos & Snow, 1986; Stickler et al., 1989; Lanceman et al., 1994). Die Häufigkeit komorbider Störungen in der vorliegenden Patientengruppe war sehr hoch (82,5%), da nur elf Patienten keine dokumentierte komorbide Störung aufwiesen. Vergleichbar mit vorangegangenen Studien traten als komorbide Störungen primär Angsterkrankungen, somatoforme Beschwerden und suizidale Handlungen auf. Der Prozentsatz von 20% suizidaler Handlungen bei Jugendlichen bereits zum Zeitpunkt der Erstbehandlung muss als alarmierend eingestuft werden. 3% der ehemaligen Patienten gaben selbstverletzende Verhaltensweisen an.

Kurzfristiger Verlauf der dissoziativen Störung: Die psychische Befindlichkeit zum Zeitpunkt des Therapieendes bei Erstbehandlung

Ähnlich wie in früheren Studien (Blanz et al., 1987; Leslie, 1988; Turgay et al., 1990; Srinath, 1993) kann der Therapieerfolg der dissoziativen Störung bei Entlassung aus der stationären Behandlung bzw. nach Beendigung einer ambulanten Therapie als positiv gewertet werden. Bei einem durchschnittlichen stationären Aufenthalt von 44 Tagen konnte bei drei von vier Patienten eine deutliche Besserung oder das völlige Verschwinden der Beschwerden dokumentiert werden.

Mögliche Risikofaktoren, die das Auftreten dissoziativer Störungen begünstigen könnten

Sozioökonomischer Status: Der sozioökonomische Status der meisten Familien unserer Ausgangsstichprobe entsprach der unteren Mittelschicht. Ein Drittel gehörte entsprechend eher spärlich vorhandener Literaturangaben (Srinath et al; 1993, von Aster, 1987) der Unterschicht an. Ein durch von Aster (1987) beschriebener hoher Ausländeranteil bei Patienten mit Konversionsstörung wurde in unserer Studie nicht gefunden. Es fand sich auch lediglich eine Patientin aus einer Emigrantenfamilie.

Psychiatrische Erkrankung der Eltern: Mindestens eine psychische Störung wiesen rund ein Drittel der Mütter und Väter auf. Hinweise auf ein gehäuftes Auftreten dissoziativer Symptome bei jeweils einem Elternteil fanden sich nicht. Dagegen bestand bei 16% der Väter ein Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit, wodurch sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhter Prozentsatz ergibt. Die Auswirkungen der Befindlichkeit psychiatrisch erkrankter Eltern stellen einen Belastungsfaktor bei dissoziativen Störungen dar. Dies entspricht auch den Angaben in der Literatur (Blanz et al., 1987; von Aster, 1987). Psychiatrische Erkrankungen der Geschwister waren eher selten. Zusammenfassend lässt sich anhand dieser Ergebnisse kein direkter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer dissoziativen Störung beim Kind und einer speziellen Erkrankung im engeren familiären Bereich ziehen. Einschränkend muss hier angeführt werden, dass die Angaben nur anhand der Anamnese der Patienten und ihrer Familien erhoben wurden, weshalb die Vollständigkeit fraglich sein dürfte.

Familiäre Belastungen: Bei sämtlichen durch uns nachuntersuchten Patienten ließ sich im Vorfeld der Manifestation des jeweiligen Störungsbildes eine bedeutende Konfliktsituation eruieren. So wurde bei einem Viertel der Patienten eine überhöhte Leistungserwartung seitens der Familie beschrieben. Bei 26% bestand die Überforderungssituation in einer schwierigen familiären Situation. Bei weiteren 3 Patientinnen bestand der Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch. Angaben über erhöhte familiäre Belastungen finden sich auch in der Literatur (Lancman et al., 1994; Srinath et al., 1993). Maloney (1980) beschrieb bei nahezu allen Patienten mit einer Konversionssymptomatik das Vorhandensein familiärer

Belastungsfaktoren in Form unabgeschlossener Trauerreaktionen und von Kommunikationsproblemen.

Die Familie war bei knapp der Hälfte unserer ehemaligen Patienten durch die dissoziative Symptomatik belastet. Bei den restlichen Patienten fand sich zumindest eine leichte Belastung durch die dissoziative Symptomatik. Bei nahezu allen bestanden leichte bis deutliche Verstrickungen anderer Familienmitglieder in die Symptomatik. In diesen Angaben könnte sich eine offensichtliche Aufmerksamkeit, die unsere Patienten durch die Symptomatik erhielten, widerspiegeln. Sie könnten auch im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns, wie in der Literatur oftmals im Rahmen der Entstehung und Aufrechterhaltung dissoziativer Symptome beschrieben (Kammerer, 1980, Eggers, 1983), interpretiert werden.

Ergebnisse der katamnestischen Stichprobe: zu Hypothese 1 und 3

Für die Frage der Repräsentativität der Stichprobe und somit der Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist der Vergleich der Teilnehmer- und Nichtteilnehmergruppe der Ausgangsstichprobe wesentlich. Keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen ergaben sich hinsichtlich des Schweregrades der Symptomatik, der Intelligenz, sozioökonomischen Verhältnisse und Häufigkeit ambulanter und stationärer Vorbehandlungen sowie der meisten eingesetzten Behandlungsmaßnahmen. Es zeigte sich lediglich, dass an der Katamnese studie ehemalige Patienten bedeutsam häufiger teilnahmen, die bei Beginn der Störung jünger waren. Weiterhin nahmen prozentual gesehen mehr Männer als Frauen an der Katamneseuntersuchung teil.

Verlauf der dissoziativen Symptomatik

Zentraler Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war der Anteil der aktuell noch unter einer dissoziativen Störung leidenden ehemaligen Patienten zum Katamnesezeitpunkt. Hierbei fand sich bei sechs der nachuntersuchten Patienten (26%) zum Katamnesezeitpunkt eine dissoziative Störung. Sie erfüllten die mit dem HDI gemessenen Kriterien nach ICD-10, wobei keine Häufung besonderer Störungsbilder beobachtet werden konnte. Bezieht man die Lifetime-Komorbidität dissoziativer Störungen zwischen der Entlassung aus der initialen Therapie und dem Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung mit ein, steigt die Inzidenz der

dissoziativen Störung auf über 40% innerhalb der Katamnesegruppe. Insgesamt entspricht die jeweilige Inzidenz der verschiedenen dissoziativen Störungsbilder zum Katamnesezeitpunkt den Vorbefunden in der Literatur. Die Literaturangaben schwanken zwischen 13,5% und 54% (Robins & O'Neal, 1953; Spierings et al., 1990).

Der Verlauf der dissoziativen Störung kann in Hinblick auf unsere Daten als tendenziell günstig bewertet werden, da 84% keine dissoziative Störung mehr zum Katamnesezeitpunkt aufwiesen. Allerdings litten 4 der 6 dissoziativ erkrankten Patienten unter komorbiden Störungen: Agoraphobie, soziale Phobie, depressive Störung, bipolare Störung, somatoforme Störung, Drogenabhängigkeit. Ein konkreter Vergleich mit Literaturangaben ist hierzu nicht möglich, da in unserer Studie erstmals ICD-10 Kriterien angelegt wurden. Studien zu dissoziativen Störungen bei erwachsenen Patienten verweisen jedoch auch auf hohe Komorbiditätsraten. Crimslík et al (1998) beschrieben bei 78% der Patienten eine komorbide klinische Störung (vor allem depressive Störungen und Angststörungen).

Verlauf anderer psychiatrischer Störungen

41% der ehemaligen Patienten litten zum Katamnesezeitpunkt unter einer anderen psychiatrischen Erkrankung. Die Wahrscheinlichkeit einer anderen psychischen Störung im weiteren Lebenslauf ehemaliger Patienten mit einer dissoziativen Erkrankung ist somit hoch und bestätigt unsere Hypothese 3, dass die ehemaligen Patienten ein deutlich höheres Risiko haben an einer weiteren psychischen Störung zu erkranken als die Normalbevölkerung.

Eine Aufschlüsselung der einzelnen Störungsbilder unserer Katamnesegruppe ist in Übereinstimmung mit anderen Verlaufsstudien im Kindes- und Jugendalter (Robins & O'Neal, 1953, Kotsopoulos & Snow, 1986) möglich. Hier sind insbesondere die Angststörungen hervorzuheben. Darüber hinaus zeigten sich eine alarmierend hohe Suizidrate unter den ehemaligen, insbesondere männlichen, Patienten sowie das Vorhandensein somatoformer Störungen zum Katamnesezeitpunkt. Entsprechende Befunde finden sich nicht in der Literatur. Eine Erklärung mag die Unklarheit in der Unterscheidung von dissoziativer Störung und somatoformen Störungen sein, wie sie im ICD-10 (anders im DSM-IV!) vorgenommen wurden. So wurde zum Beispiel von Robin & O'Neal (1953) die somatoformen Störungen mit in das Diagnosespektrum einbezogen.

Das Auftreten von schizophrenen oder affektiven Psychosen wurde bisher in keiner Studie berichtet. Im Vergleich hierzu erkrankte eine unserer Studienpatientinnen an einer affektiven Psychose. Die Diagnose einer schizophrenen oder wahnhaften Störung wurde jedoch auch durch uns nicht vergeben.

Besondere Berücksichtigung sollte die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der vorliegenden Katamensesstichprobe finden; diese lag im Vergleich zum Auftreten anderer klinischer Störungen deutlich höher. In der Betrachtung des Langzeitverlaufs von Konversionssymptomen bei Robins und O'Neal (1953) finden sich ähnliche Angaben, die unsere Studie bestätigen. In bisherigen Verlaufsstudien wurden bis auf die Studie von Lancman et al. (1994) keine Persönlichkeitsstörungen erwähnt.

Bei den sechs Patienten mit aktueller Diagnose einer dissoziativen Störung fand sich bei zwei eine Persönlichkeitsstörung. Bei weiteren 17 Patienten ohne dissoziative Symptomatik fand sich die Diagnose mindestens einer Persönlichkeitsstörung. Zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen zählten die Borderline Persönlichkeitsstörung und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. In der Literatur wurden enge Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von dissoziativen Störungen und Borderline Erkrankungen im Erwachsenenalter beschrieben (Shearer 1994, Zanarini et al., 2001), während der Zusammenhang zu anderen Persönlichkeitsstörungen noch nicht ausreichend untersucht wurde. Für das relativ häufige Auftreten der zwanghaften Persönlichkeitsstörung in unserer Studie findet sich in der Übersichtsarbeit von Jans und Warnke (1999) eine Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen vom Cluster C (ängstlich vermeidend). In anderen Arbeiten wurden gehäuft zwanghafte Persönlichkeitszüge beschrieben (Lancman et al., 1994 Wynick et al., 1997).

Wir fanden bei den von uns untersuchten Patienten, trotz der nicht selten beschriebenen histrionischen Züge im Kindes- und Jugendalter, nur eine Patientin mit der Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung. Bestätigungen dafür finden sich in der Literatur, in der dissoziative Symptome zwar häufig in Verbindung mit Persönlichkeitsstörung auftreten, aber nicht spezifisch mit der histrionischen Persönlichkeitsstörung (Mentzos, 1980, Rangell, 1959). In

der Diskussion, wie Konversion und Hysterie zueinander stehen, zeichnete sich in der Vergangenheit sowohl die synonyme Verwendung (Chodoff und Lyons, 1958, Strunk, 1985) als auch eine deutliche Unterscheidung der Krankheitsbilder ab. Durchgesetzt hat sich, wie die aktuellen Klassifikationsschemata bestätigen, eine Trennung beider Begriffe. Dass die Konversion nicht unbedingt an eine Hysterie gebunden sein muss, sondern Ausdruck verschiedenster Störungen sein kann, konnte in der Empirie dadurch unterstützt werden, dass Konversionssymptome auch im Rahmen depressiver Störungen, schizophrener Psychosen, Borderline Störungen oder als Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können (Perley & Guze, 1962; Barnet, 1971; Stefansson et al., 1976).

Prognostische Indikatoren

Die durchgeführten Korrelationen verweisen darauf, dass Patienten mit einer komorbiden Angstsymptomatik im Kindes- und Jugendalter bedeutsam häufiger zum Katamnesezeitpunkt psychiatrisch erkrankt waren. Unser Ergebnis bestätigt Angaben von Kotsopoulos & Snow (1986), die eine günstige Prognose bei dissoziativen Symptomen ohne begleitende Ängste vermuten. Auch konnte gezeigt werden, dass die Art der dissoziativen Störung keine Auswirkung auf den langfristigen Störungsverlauf nimmt, so lange es sich um eine monosymptomatische dissoziative Störung handelt. Beim Vorliegen einer gemischten dissoziativen Störung musste dagegen ein erhöhtes Risiko eines erneuten Auftretens der dissoziativen Symptomatik festgestellt werden, weshalb in diesen Fällen sicherlich eine besonders intensive Therapie angezeigt sein dürfte.

Ein Trend ergab sich in Hinblick auf das Behandlungssetting, d.h. die Frage, ob Patienten stationär oder ambulant behandelt worden waren. Dieses Ergebnis legt nahe, dass die Schwere der Symptomatik entscheidend für den weiteren Verlauf sein könnte. Demnach würden Patienten, bei denen ein stationärer Aufenthalt notwendig war, einen ungünstigeren Krankheitsverlauf nehmen als Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung als ausreichend angesehen wurde. In früheren Untersuchungen wurde eine günstigere Prognose beim Vorliegen lediglich einer dissoziativen Störung ohne Komorbiditäten vermutet (Kostopoulos & Snow, 1986). Diesbezüglich konnte in der vorliegenden Stichprobe kein Zusammenhang gefunden werden. Dennoch ist ersichtlich, dass eine erfolgreiche initiale

Behandlung das Risiko einer Chronifizierung der dissoziativen Störung senkt, was in bisherigen Studien noch nicht belegt werden konnte (Goodyer & Mitchell, 1989). Das Alter bei Krankheitsbeginn, das Geschlecht oder die Behandlungsart scheinen ebenfalls keine Aussage über den weiteren Verlauf zuzulassen. Ebenso wenig spielt der Zeitraum zwischen Beginn der Störung und Behandlungsbeginn eine Rolle bei der Frage nach Risikofaktoren, die für das Wiederauftreten oder einen chronischen Störungsverlauf sprechen.

Psychosoziale Anpassung:

Entsprechend unserer Erwartung und unserer Annahme in Hypothese 1 war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung die psychosoziale Anpassung unserer ehemaligen Patienten, die unter einer psychischen Störung litten schlechter, als die der Patienten ohne eine aktuelle Diagnose. Besonders deutlich wurde dies bei der Fremdbeurteilung des Kontaktverhaltens, das bei den aktuell Kranken bedeutsam auffälliger war als bei unseren ehemaligen, jetzt gesunden Patienten. Ersichtlich wurde dies auch in den sozialen Kontakten, der Freizeitgestaltung und im Sexualleben. Erwähnenswert erscheint auch die erlebte innerliche und äußerliche Abhängigkeit der ehemaligen Patienten von ihrer Herkunftsfamilie.

Diskussionswürdig im Zusammenhang mit dem Outcome der ehemaligen Patienten erscheint zusammenfassend der erstaunlich geringe Einfluss der Psychopathologie auf das psychosoziale Funktionsniveau.

Wir fanden bei den von uns untersuchten Patienten keine dissozialen oder delinquenten Entwicklungsverläufe. Patienten mit dissoziativer Störung scheinen möglicherweise aggressives Verhalten vornehmlich gegen sich selbst zu richten. Für diese Annahme spricht, dass sich im weiteren Verlauf bei weiblichen Patientinnen mehrfach die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus fand, die häufig mit Selbstverletzungen einhergeht.

Katamnestiche Ergebnisse im Kontrollgruppenvergleich: zu Hypothese 2 und 4

Kontrollüberzeugungen

In Bezug auf die Hypothese 2, dass sich die ehemalige Patientengruppe im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe in ihren Kontrollüberzeugungen unterscheiden, ergab unsere Studie, dass die aktuell erkrankten ehemaligen Patienten deutlich häufiger als die gesunden davon überzeugt waren, dass der eigene gesundheitliche Zustand nicht wesentlich durch eigene oder externe Hilfe zu beeinflussen ist. Dies mag aufgrund einer subjektiv erlebten „Ohnmächtigkeit“ zu einer krankheitserhaltenden, depressiven Grundhaltung beigetragen haben. Es könnte jedoch umgekehrt auch so sein, dass aufgrund der Fortdauer der Erkrankung die Überzeugung, auf externe Hilfe angewiesen zu sein, bestärkt und vielleicht auch angemessen ist. Dieser Befund legt letztlich nahe, dass die eigene Haltung im Umgang mit einer Erkrankung wichtig sein dürfte. Der Befund verlangt demnach einen aktiven Umgang mit der Erkrankung bzw. betont die Wichtigkeit des Erarbeitens eines subjektiven Krankheitsmodells.

Krankheitsverarbeitungsstrategien

Die vierte Hypothese besagte, dass ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung bei Katamnese und der retrospektiven Einschätzung des Krankheitsbewältigungsverhaltens besteht. Die Erfassung der Krankheitsverarbeitungsstrategien ergab hierzu, dass bei den aktuell erkrankten Patienten eine verstärkt depressive Verarbeitung im Umgang mit der Erkrankung erfasst werden konnte. Dieses Ergebnis verdeutlicht, wie wichtig es sein dürfte, Coping - Strategien frühzeitig zu erfassen und in die Therapie mit einzubeziehen, da ein wesentlicher Einfluss auf die Langzeitprognose zu bestehen scheint. Wenn aber gilt, dass die Fortdauer der dissoziativen Erkrankung das Risiko depressiver Entwicklung nach sich zieht, so unterstreicht dies die Bedeutung erfolgreicher Erstbehandlung der Primärdiagnose einer dissoziativen Störung.

Stressreagibilität: zur 5. Hypothese

Ein bisher noch in keiner Studie berücksichtigter und untersuchter Aspekt bezieht sich auf die Stressreagibilität der ehemaligen Patientengruppe. Um diese zu erfassen, wurde ein experimenteller Teil im Kontrollgruppenvergleich mit einer gesunden Stichprobe durchgeführt. Die fünfte Hypothese besagte, dass sich die ehemaligen Patienten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe belasteter zeigen würden in Hinblick auf die Leistungsfähigkeit, die Befindlichkeit und der Neigung zu körperlichen Beschwerden. Hierzu ergaben sich keine einheitlichen Ergebnisse. Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die experimentell eingesetzten „Belastungsfaktoren“ auf alle untersuchten Probanden als Stress wirkten. Die ehemaligen Patienten reagierten, anders als erwartet, nicht verstärkt mit körperlichen Beschwerden. Sie zeigten sich jedoch im Hinblick auf ihre Stimmungslage und Erregbarkeit signifikant vulnerabler als die gesunde Kontrollgruppe. Möglicherweise kann dies in Verbindung mit einer allgemein erhöhten Stressreagibilität gebracht werden. Da es in der Literatur bisher keine vergleichbaren Untersuchungen gibt, können keine Studien zur Bewertung der Ergebnisse herangezogen werden. Eine unzureichende Spezifität und die kurze Zeitdauer der eingesetzten Belastung sind eine methodische Schwäche unserer experimentellen Studie. Es ist zu vermuten, dass eine zeitliche Ausdehnung der Belastungsfaktoren in der Patientengruppe möglicherweise zu einem Auftreten „alter Muster“ bei an Überforderung grenzender Belastung geführt hätte.

Beschränkungen der Studie

Einige Aspekte der durchgeführten Untersuchung müssen bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse kritisch bedacht werden. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die klinische Inanspruchnahmepopulation, nicht für eine Bevölkerungsstichprobe. Auch wenn sich zwischen Teilnehmer- und Drop-out Gruppe keine wesentlichen signifikanten Unterschiede in der Ausgangslage fanden, so ist doch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse durch die Größe der Ausgangsgruppe begrenzt. Die retrospektive Erfassung der Variablen zur Diagnose der dissoziativen Störung sollte durch prospektive Studien validiert werden.

Bei der Bewertung unserer Ergebnisse muss das enge Zeitfenster von zwei Wochen beachtet werden, das für die Diagnosestellung zum Katamnesezeitpunkt mittels des DIA-X bestimmt wurde. Somit führt dieses Kriterium sicherlich zu einer Unterschätzung der Prävalenzen, wenn unsere Ergebnisse mit denjenigen Studien in Vergleich gebracht werden, die einen längeren Zeitraum von sechs oder 12 Monaten mitberücksichtigen. Vergleicht man jedoch unsere Daten mit epidemiologischen Erhebungen, so wird deutlich, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in unserer Stichprobe höher war, als dies für die Allgemeinbevölkerung gilt. Aufgrund der hypothesengenerierenden Zielsetzung der Studie wurde auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet (Bortz, 2002).

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde mittels einer katamnestischen Studie der Langzeitverlauf dissoziativer Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Das Hauptinteresse der Untersuchung galt der Erfassung der dissoziativen Symptomatik, der Häufigkeit psychischer Störungen und der psychosozialen Anpassung im Erwachsenenalter. Weitere Aspekte galten der Überprüfung von Verarbeitungsstrategien und im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe die Kontrollüberzeugungen in Hinblick auf Krankheit und Gesundheit sowie der aktuellen Belastbarkeit.

Das Untersuchungskollektiv setzte sich aus Patienten zusammen, die an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg wegen einer dissoziativen Störung (nach ICD-10) im Zeitraum zwischen 1982 bis 1993 behandelt wurden. Um eine weitgehend einheitliche Stichprobe zu erfassen, musste bei Vorliegen komorbider Störungen die dissoziative Symptomatik zeitlich vor dem Auftreten der anderen Störungen liegen. Zum Katamnesezeitpunkt mussten die ehemaligen Patienten ein Alter von mindestens 18 Jahren aufweisen. Das Intelligenzniveau, gemessen im Kindes- und Jugendalter, durfte nicht im Bereich einer geistigen Behinderung ($IQ > 70$) liegen. Diese Einschlusskriterien erfüllten 62 ehemalige Patienten. Davon konnten 27 persönlich nachuntersucht werden. (18 Frauen, 9 Männer). Das mittlere Alter bei Beginn der dissoziativen Störung betrug 11,7 Jahre. An der Würzburger Klinik wurden die Patienten mit durchschnittlich 12,6 Jahren gesehen. Das mittlere Alter bei Katamnese betrug 24,8 Jahre. Der durchschnittliche Katamnesezeitraum lag bei 12,4 Jahren.

Die Beschreibung der Ausgangsstichprobe erfolgte durch eine standardisierte Auswertung der Krankenblätter der Patienten in Bezug auf deren Entwicklung, Lebensumfeld, dissoziative - und Begleitsymptomatik sowie angewandte therapeutische Verfahren. Die Nachuntersuchung wurde mit Hilfe von standardisierten und möglichst international etablierten Untersuchungsinstrumenten durchgeführt (Heidelberger Dissoziationsinventar, Diagnostisches Expertensystem, Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen, ergänzendes halbstrukturiertes Katamneseinterview).

Nach Auswertung der Krankengeschichten konnte festgestellt werden, dass unsere Ausgangsstichprobe mit anderen in der Literatur beschriebenen Inanspruchnahmestichproben dissoziativ erkrankter Kinder und Jugendlicher übereinstimmte. Die weiblichen Patienten überwogen im Verhältnis. Die Art der dissoziativen Störungen bezog sich auf vorwiegend konversionstypische Symptome. In Begleitung der dissoziativen Symptome befanden sich an anderen psychopathologischen Auffälligkeiten am häufigsten Ängste. Die Begabung der Patienten ergab im Mittel ein recht genau durchschnittliches Niveau, die meisten von ihnen besuchten eine begabungsadäquate Schulform. In der Schule bzw. Beruf war jedoch über die Hälfte eingeschränkt leistungsfähig. Die familiären Verhältnisse waren beim Großteil der Patienten geordnet. Der sozioökonomische Status befand sich bei 2/3 zumindest in der unteren Mittelschicht, 30% der Familien gehörten der Unterschicht an. Nahezu alle Familien waren leicht oder deutlich in die Symptomatik mit eingebunden, wodurch sich eine hohe Belastung innerhalb der Familie durch die Erkrankung abzeichnete.

Die Analyse der Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Nachuntersuchung zeigte, dass sich in Bezug der meisten aus den Krankengeschichten entnommenen Variablen, keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Nachuntersuchung fanden. Dies spricht für eine Repräsentativität der Katamnesestichprobe für die klinische Inanspruchnahmepopulation.

Die Belastung unserer ehemaligen Patienten mit psychischen Störungen war im Erwachsenenalter sehr hoch. 74,1 % der Patienten wiesen eine psychische Störung auf. Bei 40,7% wurde eine klinische Störung und bei 44,4% eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. In Hinblick auf die dissoziative Symptomatik zeigte sich aber eine positive Entwicklung.

Lediglich 26,1% unserer ehemaligen Patienten gaben zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung an, noch unter einer dissoziativen Störung nach ICD-10 Kriterien zu leiden.

Unter den klinischen Störungen fanden sich überwiegend Angststörungen und somatoforme Störungen. Es überwogen bei den ehemaligen Patienten zum Untersuchungszeitpunkt Persönlichkeitsstörungen. Im Vordergrund standen hierbei die emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline Typus und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Obwohl knapp die Hälfte der ehemaligen Patienten im Kindes- und Jugendalter histrionische Züge

aufwiesen, fand sich zum Katamnesezeitpunkt nur eine Patientin mit histrioner Persönlichkeitsstörung. Dies steht in Einklang mit der Beobachtung in anderen Studien, dass das Auftreten einer dissoziativen Störung nicht unbedingt mit einer histrionen Persönlichkeitsstörung assoziiert sein muss.

Trotz einer deutlichen Belastung mit psychischen Störungen zum Katamnesezeitpunkt fühlten sich knapp 80% der ehemaligen Patienten in ihrer schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt, und 85% waren diesbezüglich mit ihrer Situation zufrieden. Die sozialen Kontakte schätzten 91% als zufriedenstellend ein. 42% lebten zum Untersuchungszeitpunkt in einer festen Partnerschaft. Unsere Ergebnisse lassen erkennen, dass bei einem Drittel der Patienten der Ablösungsschritt vom Elternhaus noch nicht bewältigt war und sich die Kontakte im Erwachsenenalter noch stark auf den familiären Rahmen bezogen. So lebte die Hälfte der ehemaligen Patienten noch in ihrer Herkunftsfamilie. 72% gaben dennoch eine weitgehend eigenständige Lebensführung an.

Erwartungsgemäß zeigte sich, dass ehemaligen Patienten, die aktuell unter einer psychiatrischen Erkrankung litten, eingeschränkter in Hinblick auf ihre psychosoziale Anpassung waren. Dies zeigte sich primär in der Freizeitgestaltung, der Gestaltung außerfamiliärer Kontakte und der psychosexuellen Entwicklung, sowie bei der Fremdbeurteilung ihres Kontaktverhaltens.

Die Überprüfung der Krankheitsverarbeitungsstrategien ergab bei den weiterhin psychiatrisch erkrankten Patienten eine verstärkt depressive Verarbeitungsstrategie im Umgang mit der dissoziativen Symptomatik in der Vergangenheit.

Zudem zeichnete sich in Bezug auf die Einschätzung des eigenen Einflusses auf die Gesundheit bei den aktuell kranken Patienten eine Haltung ab, die den eigenen gesundheitlichen Zustand als weniger beeinflussbar einschätzten als dies die Kontrollgruppe angab.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe ergab sich bei den ehemaligen Patienten, die derzeit unter einer psychiatrischen Störung litten, eine höhere emotionale Belastung im Verlauf der einzelnen Belastungsproben.

Eine ungünstige Prognose zeichnet sich durch die hohe Belastung mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter ab. Die Entwicklung der dissoziativen Symptomatik kann dagegen als günstig beschrieben werden. Optimistisch stimmt die verhältnismäßig positive psychosoziale Anpassung unserer ehemaligen Patienten.

Aufgrund unserer geringen Stichprobenzahl erhebt sich der Wunsch nach weiteren Untersuchungen, die im Rahmen von Multizenterstudien eine höhere Anzahl an teilnehmenden Patienten vermuten lassen, die mit standardisierten Diagnoseverfahren erfasst und deren Verlauf weiter verfolgt werden sollte.

Von besonderer Wichtigkeit scheint dabei die Erfassung der komorbid auftretenden Störungen. Möglicherweise ergibt sich dadurch auch eine richtungsweisende diagnostische Einschätzung, die hilft, therapeutische Maßnahmen zu verbessern.

LITERATURVERZEICHNIS

American Psychiatric Association (Hrsg.): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III). American Psychiatric Association. Washington 1980.

American Psychiatric Association (Hrsg.): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). American Psychiatric Association. Washington 1987.

American Psychiatric Association (Hrsg.): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association. Washington 1994.

Armstrong, J.; Putnam, F.; Carlson, E.; Libero, D.; Smith, S.: (1997): Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Ner. Mental Disorder*, 185: 491-495

Aster v. M., Pfeiffer E., Göbel D. & Steinhausen H.-Ch.(1987): Konversionssyndrome bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 36, 240-248,

Bernstein, E.; Putnam, F. (1986): Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nerv. Mental Disorder*, 174: 727-735

Beutel, M; Muthny, F.A.: Konzeptualisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung - Hintergrundtheorien, Methodenprobleme und künftige Möglichkeiten. *Psychother. Med. Psychol.*, 38, 19-27, 1988.

Blanchard, C.; Spencer, R.L.; Weiss, S.M.; Blanchard, R.; McEwen, B.S., Sakai, R. (1995): Visible burrow system as a model of chronic social stress. *Behavioral Neuroendocrinology*, 20: 117-139.

Blanz, B. & Lehmkuhl, G.: Konversionssymptomatik im Kindes- und Jugendalter. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 54, 356-363, 1986.

Blanz, B.; Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U.; Braun-Scharm, H. (1987): Hysterische Neurosen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 15, 97-111.

Bortz, J.; Döring, N.: (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. überarbeitete Auflage, Springer Verlag.

Bortz, J.; Lienert, GA. (1990): Nonparametrische Biostatistik. Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Springer Verlag.

Brähler, Elmar; Holling, Heinz; Leutner, Detlev; Petermann, Franz: Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, 2, 3. vollständig überarbeitet und erweiterte Auflage. Hogrefe Verlag, 2002.

-
- Bremner, J.D.; Randall, T.; Scott, T.M.; Brunen, R.A.; Seibyl, J.P.; Southwick, S.M.; Delaney, R.C.; McCarthy, G.; Charney, D.S.; Innis, R.B. (1995): MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 152: 973-981.
- Breuer, J. & Freud, S.(1895): *Studien über die Hysterie*. Leipzig/Wien: Deuticke.
- Briquet, P. (1859): *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Baillière et fils,.
- Bronisch, T. (1992): *Diagnostik von Persönlichkeitsstrungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme*. *Verhaltenstherapie*, 2, 140-150.
- Brunner, R.; Resch, F.; Parzer, P.; Koch, E. (1999): *Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI)*. Frankfurt/Main. Swets Test Services.
- Brunner, R.; Parzer, P.; Schuld, V.;; Resch, F. (2000): Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *Journal Nerv Mental Disorder*, 188: 71-77.
- Brunner, R.; Resch, F. (2003): in Druck
- Buddeberg, C.; Riehl-Emde, A.; Landolt-Ritter, C.; Steiner, R.; Sieber, M.; Richter, D (1988): Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für den Verlauf von Mammacarcinom-Erkrankungen-Ausgangsbefunde einer prospektiven Verlaufsstudie. *Gynäkologische Praxis*.
- Captan, R.L.; Nadelson, Th. (1980): The Oklahoma complex: A common form of conversion hysteria. *Arch. Intern. Med.* 140: 185-196.
- Carter, R.B. (1853): *On the pathology and treatment of hysteria*. London: John Churchill.
- Chandrasekaran R., Goswami U., Sivakumar V. & Chitralkha (1994):. Hysterical neurosis-a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 78-80, 1994.
- Chu, J.A.; Dill, D.L. (1990): Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147: 887-892
- Ciampi, L.: Le vieillissement des hystériques; etude catamnesticque. *Encephale* 55, 287-335, 1966
- Coupric W., Wijdicks E. F., Rooijmans H. G. & van Gijn J.(1995): Outcome in conversion disorder: a follow up study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 58, 750-752,.
- 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. *British Medical Journal* 316, 582-586.

Degkwitz R., Helmchen H., Kockott G. & Mombour W. (Hrsg.): *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten: dt. Ausgabe d. internat. Klassifikation d. Krankheiten d. WHO, ICD, 9. Revision, Kapitel V.* Springer. Berlin, Heidelberg, New York 1980.

Dilling H., Mombour W. & Schmidt M.H. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F).* Huber. Bern, Göttingen, Toronto 1991.

Dobmeier, P., Kapfhammer, H.-P.(2001): *Konzept und Geschichte der Dissoziation. Psychotherapie 6. Jahrg., Bd.6 Heft 1*, CIP Medien, München.

Eckhardt, A.; Hoffmann, S.O. (1997): In Egle, U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P.; (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*, 225-236. Stuttgart: Schattauer

Ellason J. W., & Ross C. A.(1997): Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry 154*, 832-839.

Eggers, C. (1983): Psychogene Anfälle , ihre Ursachen und Differentialdiagnose. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 11, 340-348.

Eggers, C., Fernholz, D. (1991): Hysterie und Konversion, Klassifikation un Therapie. In G. Nissen (Hrsg.) *Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter.* Huber:Bern, Stuttgart, Toronto.

Egle, U.; Ecker-Egle, M-L. (1998): Psychogene Störungen in der Neurologie. Dissozitaive und Konversionsstörungen. *Psychotherapeut*, 43: 247-261

Fahrenberg, J.; Myrtek, M.; Wilk, D.; Kreutel, K.: *Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten.* Psychother. Med. Psychol., 1986, 36, 347-354.

Esser, G.; Schmidt, M.-H. (1994): Children with specificreading retardation - early determinants and long-term outcome. *Acta Paedopsychiatrica*, 56: 229-237.

Fenichel, O. (1945): *Psychoanalytic theory of neurosis.* New York. Norton.

Fiedler, P. (1999). *Dissoziative Störungen und Konversion.* Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Fisher, P.W., Shaffer, D. Piacentine, J.C., Lapkin, J., Kafantaris, V., Leonard, H.,& Herzo, D.B. (1993). Sensitivity of the diagnostic interviwe schedule for children, 2nd. Ed. (DISC-2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 666-673

Freud, S. (1894): Die Abwehr - Neuropsychosen. *Neurologische Zentralbibliothek*, 13: 362-402.

-
- Freyberger, H.; Spitzer, C.; Stieglitz, R. (1998): *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)*. Deutsche Adaptation der Dissociative Experiences Scale (DES). Bern: Hans Huber.
- Fritz G. K., Fritsch S., & Hagino O.: Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1329-1338, 1997.
- Gold, S. (1965): Diagnosis and management of hysterical constructs in children. *British Medical Journal* 1, 21ff.
- Goodyer I.: Hysterical conversion reactions in childhood (1981) *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 179-188.
- Goodyer I. M., & Mitchell C.(1989): Somatic emotional disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychosomatic Research* 33, 681-688.
- Guze, S.B.; Woodruff, R.A.; Clayton. P.J. (1973): Sex, age and the diagnosis of hysteria (Briquet's Syndrom). *American Journal of Psychiatry* 129, 745-748.
- Guze, S.B.: Conversion symptoms in criminals (1964): *American Journal of Psychiatry*, 121: 580-583.
- Hafeiz H. B. (1980) Hysterical conversion: a prognostic study. *British Journal of Psychiatry* 136, 548-551.
- Hoffmann, S.O.(1996): Der Konversionsmechanismus. *Psychotherapeut*, 41: 88-94
- James. W. (1890): *Principles of Psychology*. New York, Holt & Co.
- Janet, P. (1889): *L'automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Janet, P.: J.M. Charcot, son oeuvre psychologique. *Revue philosophique*. 39, 569-604. 1895.
- Jang, K.L.; Paris, J.; Zweig-Frank, H.; Livesley, W.J. (1998): Twin study of dissociative experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 345-351.
- Jans, T. & Warnke, A. (1999). Der Verlauf dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter - Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27 (2), 139-150.
- Kammerer, E. (1980): Konversionssyndrom im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 8, 425-442.
- Kapfhammer, H.P; Buchheim; P.; Bove D.; Wagner, A. (1992): Konversionssymptome bei Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. *Der Nervenarzt*, 63, 527-538.

Kapfhammer, H-P. (2001): Trauma und Dissoziation - eine neurobiologische Perspektive. *Psychotherapie 6. Jahrg., Bd.6 Heft 1*, CIP Medien, München.

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. *Psychological Medicine 13*, 315-324.

Kent A. D., Tomasson, K., & Coryell, W. (1995): Course and Outcome of Conversion and Somatization Disorders - A Four-Year Follow-up. *Psychosomatics 36*, 138-144.

King L. J., & Pittman G. D (1969): A six year follow-up study of sixty-five adolescent patients: predictive value of presenting clinical picture. *British Journal of Psychiatry 115*, 1437-1441.

Kotsopoulos S., & Snow B. (1986): Conversion disorders in children: a study of clinical outcome. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa 11*, 134-139.

Kößler M. & Scheidt C.E. (1997): *Konversionsstörungen: Diagnose, Klassifikation, Therapie*. Schattauer. Stuttgart, New York.

Krumholz A., & Niedermeyer E. (1983): Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology 33*, 498-502.

Lancman M. E., Asconape, J., Graves S., & Gibson P. A. (1994): Psychogenic seizures in children: long-term analysis of 43 cases. *Journal of Child Neurology 9*, 404-407.

Launay C. & Col C.: L'hysterie chez l'enfant et l'adolescent: *Revue du praticien 14*, 1473-1480, 1962.

Lehmkuhl G., Blanz B., Lehmkuhl U., & Braun Scharm H. (1989): Conversion disorder (DSM-III 300.11): symptomatology and course in childhood and adolescence. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 238*, 155-160.

Lempert T., & Schmidt D. (1990): Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients. *Journal of Neurology 237*, 35-38.

Leslie S. A.: Diagnosis and treatment of hysterical conversion reactions. *Archives of Diseases in Childhood 63*, 506-511, 1988.

Lieb R., Mastaler, M. & Wittchen, H.-U. (1998): Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Verhaltenstherapie 8*, 81-93.

Linehahn, M. (1996): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien

- Nissen, G. (1997): Funktionelle und hysterische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Nissen G.: *Hysterie und Konversion: Prävention und Therapie*. Bern, 21-34. Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Maisami, M., & Freeman, J. M. (1987): Conversion reactions in children as body language: a combined child psychiatry/neurology team approach to the management of functional neurologic disorders in children. *Pediatrics* 80, 46-52.
- Martin, R. L., Cloninger, C. R.; Guze S. B., & Clayton P. J. (1985): Mortality in a Follow-up of 500 Psychiatric Outpatients. *Archives of General Psychiatry* 42, 47-54.a
- Martin, R. L., Cloninger, C. R.; Guze S. B., & Clayton P. J. (1985): Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients. II. Cause-specific mortality. *Archives of General Psychiatry* 42, 58-66, b.
- McKittrick, C.; Blanchard, C.; Blanchard, R.; McEwen, B.S., Sakai, R. (1995). Serotonin receptor binding in a colony model of chronic social stress. *Biological Psychiatry*, 37: 383-393.
- Mentzos, S. (1980): *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*. Kindler, München, 1980.
- Merckelbach, H.; Muris, P. (2001): The causal link between self-reported trauma and dissociation: A critical review. *Behavioral Research Therapy*, 39: 245-254.
- Merskey, H.; Buknih, N.A. (1975): Hysteria and organic brain disease. *British Journal of Medical Psychology*, 48: 359-366
- Merskey, H.(1995): *The analysis of hysteria. Understanding conversion and dissociation*. London: Gaskell- The Royal College of Psychiatrists.
- Mombour, W.; Zaudig, M.; Berber, P.; Gutierrez, K.; Berner, W.; Berger, K.; Cranach v., M.; Giglhuber, O.; Bose v., M. (Hrsg.) (1996): *International Personality Disorder Examination (IPDE). ICD-10 Modul - deutschsprachige Ausgabe im Auftrag der WHO*. Bern: Huber.
- Pomme, P (1775): *Abhandlung von den hysterisch-und hypochondrichen Nervenkrankheiten beider Geschlechter oder von der Vapeurs, in welcher man bemühet ist, mit einer gründlichen Theorie eine auf Wahrnehmung gegründete Heilungsart zu verbinden*. Breßlau: Johann Ernst Meyern (übersetzt von J. A. Gladbach).
- Prince, M. (1905): *The dissociation of a personality*. New York: Longmans.
- Putnam, F.; Carlson, E.; Ross, C.; Anderson, G.; Clark, P.; Torem, M.; Browman, E; Coons, P.; Chu, J. Dill, D.; Lowenstein, R.; Braun, B. (1996): *Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples*. *Journal of Nerv. Mental Disorders*, 11: 763-679

- Putnam, F. W. (1995): Development of dissociation. *Child Adolescent Psychiatric Clinical N Am*, 5: 285-301.
- Rada R. T., Krill A. E., Meyer G. G., & Armstrong D. (1973). Visual conversion reaction in children. II. Follow-up. *Psychosomatics* 14, 271-276,
- Rangell, L. (1959): Nature of conversion. *Journal of American Psychoanalysis Assoc* 7, 632-662.
- Remschmidt, H. (1997): Psychogene Anfälle im Kindes- und Jugendalter. In G. Gross-Selbeck (Hrsg.) *Das anfallsranke Kind, Band 4. Die Differentialdiagnose cerebraler Anfälle.* (S. 55-76). München: LABAZ (?)
- Remschmidt, H. (2000): Konversionsstörungen und dissoziative Störungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung* (S.226-233). Stuttgart: Thieme.
- Resch, F.; Brunner, R. (2002): Dissoziative Mechanismen und Persönlichkeitsentwicklung. In: Eckhardt-Henn, A.; Hoffmann, S.O. (Hrsg.). *Dissoziative Störungen des Bewusstseins.* Stuttgart: Schattauer (im Druck).
- Robins E., & O'Neal P. (1953) Clinical features of hysteria in children, with a note on prognosis. A two to seventeen year follow-up study of 41 patients. *Nervous Child* 10, 246-271.
- Robbins, L.N. (1966): *Deviant Children Grown-Up.* Baltimore
- Saß, H.; Wittchen, H-U; Zaudig M. (Hrsg.) (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV.* Deutsche Bearbeitung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association Göttingen: Hogrefe.
- Scheidt C.E., Koester B., & Deuschl G.: Diagnose, Symptomatik und Verlauf des psychogenen Tremors. *Nervenarzt* 67, 198-204, 1996.
- Schulte-Körne, G.; Remschmidt, H. (1996): Familiäre gehäuftes Auftreten einer Konversionsstörung. *Der Nervenarzt*, 67, 794-798.
- Silverman, W. K. & Nelles, W.B. (1988): The anxiety disorders interviews schedule for children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 772-778.
- Slater, E.T.O., & Glithero, E (1965): .A follow-up of patients diagnosed as suffering from 'hysteria'. *Journal of Psychosomatic Research* 9, 9-13.
- Sletteberg O., Bertelsen T., & Hovding G.(1989): The prognosis of patients with hysterical visual impairment. *Acta Ophthalmologica* 67, 159-163.

Spence, S.A.; Crimlisk, H.L.; Cope, H.; Ron, M.A.; Grasby, P.M. (2000): Discrete neurophysiological correlaters in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet*, 355: 1243-1244.

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. *Developmental Medicine and Child Neurology* 32, 865-871, 1990.

Spitzer, C., Freyberger, H.J.; Kessler Ch.& Kömpf D. (1994): Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen in der Neurologie. *Nervenarzt* 65, 680-688.

Srinath S., Bharat S., Girimaji S., & Seshadri S. (1993): Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. *Journal of the American Acadademy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 822-825.

Stevens, H. (1969): Conversion Hysteria - Revisited by the Pediatric Neurologist. *Clinical Proceedings* 25, 27-39.

Stickler G. B., & Cheung Patton A.(1989): Astasia-abasia. A conversion reaction. Prognosis. *Clinical Pediatrics* 28, 12-16.

Strunk, P. (1985): Konversionssyndrome. In Remschmidt, H.; Schmidt, M.H. (Hrsg). *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Vol. 3 Stuttgart 1985, 147-156.

Trott, G.-E.; Friese, H.-J., Wirth, S., Nissen, G. (1996): Somatoforme und konversionelle Syndrome bei Kindern und Jugendlichen und ihre Therapie. *Monatszeitschrift Kindreheilkunde*, 144, 544-551.

Turgay A. (1990): Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 35, 585-589.

Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Kinder-DIPS-Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.

Van der Kolk, B. (1994): *The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress*. *Harv. Rev. Psychiatry*, 1: 253-6.

Van der Kolk, B.; Fislser, R. (1994): *Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation*. *Bull Menninger Clin.*, 58: 145-68.

Veith, I. (1965): *Hysteria The history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press.

Veith, I.: Four thousand years of hysteria. In M.J. Horowitz (Ed.). (1979): *Hysterical personality*, 7-94. New York: Aronson.

Vuilleumier, P. Chicherio, C.; Assal, F.; Schwartz, S.; Slosman, D.; Landis, T. (2001): Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*, 124: 1077-1099.

Welner A., Welner Z., & Fishman R.: Psychiatric Adolescent Inpatients - Eight - to Ten-Year Follow-up. *Archives of General Psychiatry* 36, 698-700, 1979.

Wewetzer Ch.; Warnke A. (1999): Differentialdiagnose einer "Konversionsstörung". *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*; 27: 221-226.

Wittchen, H.U.; Beloch, E. Garczynski, E.; Holly, A.; Lachner, G.; Perkonig, A.; Pfütze, E.-M.; Schuster, P.; Vodermaier, A.; Vossen, A.; Wunderlich, U. & Ziegler, S. (1995). *Manual zum Münchner Composite Diagnostic Interview*. München: Max Planck Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie.

Wittchen, H.U.; Schramm, E.; Zaudig, M. & Unland, H. (1993). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM III-R, Achse II (Persönlichkeitsstörungen)*. Beltz-Verlag, Basel.

Wittchen, H.U.; Zaudig, M.; & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV (Achse I: Psychische Störungen; Achse II: Persönlichkeitsstörungen)*. Göttingen, Hogrefe.

Woodruff, R.A.; Clayton, P.J.; Guze, S.B. (1971): Hysteria: Studies of diagnosis, outcome and prevalence. *Jama*, 215: 425-428.

Wölk, W. (1992): Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. *Der Nervenarzt*, 63: 149-156.

Wyllie E., Friedman D., Rothner D., Luders H., Dinner D., Morris III H., Cruse R., Erenberg G., & Kotagal P. (1990): Psychogenic Seizures in Children and Adolescents: Outcome after Diagnosis by Ictal Video and Electroencephalographic recording. *Pediatrics*, 85, 480-484.

Anhang A:

- 1. Anschreiben (Bitte um Teilnahme an der Untersuchung)
- 2. Anschreiben (Terminbestätigung)
- Informationsblatt
- Einverständniserklärung

Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Direktor: Prof. Dr. Andreas Warnke



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fuchsleinstr.15, 97080 Würzburg

Frau

D-97080 Würzburg,
Fuchsleinstr.15

Liebe Frau,

wir dürfen uns heute an Sie als ehemalige Patientin unserer Klinik wenden, da wir zur Zeit eine wissenschaftliche Untersuchung zum Langzeitverlauf von dissoziativen („psychosomatischen“) Störungen im Kindes- und Jugendalter durchführen und Sie um Ihre Mithilfe bitten.

In den letzten Jahren konnten wesentliche neue Erkenntnisse zur Entstehung und Therapie von psychosomatischen Störungen gewonnen werden. Um die Wirksamkeit neuerer Therapieverfahren realistisch beurteilen zu können, ist jedoch eine genaue Kenntnis des Verlaufes der Erkrankung auch Jahre nach stationärer oder ambulanter Behandlung notwendig. Uns ist Ihre Beurteilung der Behandlung und des Behandlungserfolges an unserer Klinik sehr wichtig. Es ist unsere Absicht, die Form unserer Behandlung kritisch zu überprüfen und zu verbessern. Mit Ihrer Mitarbeit können Sie dazu beitragen, künftigen Patienten mit diesen Beschwerden besser zu helfen als bisher.

Unser Interesse besteht aber auch darin zu erfahren, ob Sie noch körperliche oder psychische Beschwerden haben und wie es Ihnen beruflich und sozial ergeht. Die Mitarbeit, um die wir Sie bitten, besteht in der Teilnahme an einem Termin an dem mehrere Interviews und eine Konzentrationsübung durchgeführt werden soll. Ebenso bitten wir Sie, uns einige Fragebogen auszufüllen, die wir Ihnen im Vorfeld nach Hause schicken würden.

Wir versichern Ihnen ausdrücklich, daß Ihre sämtlichen Angaben selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen unterliegen. Auch sind wir in der Lage, Ihnen Ihre Mühe mit 100,- DM zu vergüten und Ihnen außerdem Ihre jeweiligen Fahrtkosten zu erstatten.

Wir könnten uns vorstellen, daß Sie möglicherweise aus verschiedenen Gründen wenig Interesse haben, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Vielleicht waren Sie auch mit unserer Klinik

unzufrieden. Bitte bedenken Sie jedoch, daß gerade kritische Stellungnahmen für die Fragestellung äußerst wichtig sind, und daß zu einer Verbesserung der Behandlung psychosomatischer Störungen das Urteil und die Meinung von jedem der Betroffenen beitragen. Sie können daher sicher verstehen, wie wesentlich es ist, daß sich möglichst alle beteiligen, die dabei mithelfen können.

Wir werden Sie in den nächsten Tagen anrufen, um einen Termin für das Gespräch zu vereinbaren. Sollten Sie telefonisch nicht erreichbar sein, bitten wir Sie, uns Ihrerseits unter der Telefonnummer 0931/201-7800 anzurufen.

Im Interesse aller, die unter psychosomatischen Störungen leiden, hoffen wir sehr, daß Sie sich zur Mitarbeit entschließen können und bedanken uns schon im voraus! Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. A. Warnke
Direktor der Klinik

Dr. C. Wewetzer
Ltd. Oberarzt

S. Schneck
Dipl. Psych.

T. Weigand
Med. stud.

Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Direktor: Prof. Dr. Andreas Warnke



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fuchsleinstr.15, 97080 Würzburg

D-97080 Würzburg,
Fuchsleinstr.15

Sehr geehrte Frau ,

wir wenden uns heute an Sie und die Schüler des Kolping Berufsbildungswerk, mit der Bitte um ihre Unterstützung im Rahmen unserer wissenschaftlichen Untersuchung zum Langzeitverlauf von dissoziativen („psychosomatischen“) Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Wir suchen für unsere Kontrollgruppe ca. 5-10 junge Frauen und Männer ab 18 Jahre, die die Schule zur individuellen Lernförderung oder die Hauptschule besucht haben und die sich momentan als gesund beschreiben würden. Die Mitarbeit, um die wir sie bitten, besteht in der Teilnahme an einem Termin an dem einige Fragebogen ausgefüllt werden sollen und eine Konzentrationsübung durchgeführt werden soll. Insgesamt würden wir einen Zeitraum von ca. 2 Stunden benötigen. Als Anerkennung für diese Mühe können wir Ihnen 50,- DM vergüten.

Wir versichern Ihnen ausdrücklich, daß Ihre sämtlichen Angaben selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen unterliegen.

Wir hoffen, dass Sie uns weiterhelfen können und sich einige Schüler zur Mitarbeit entschließen können und bedanken uns schon im voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. A. Warnke
Direktor der Klinik

Dr. C. Wewetzer
Ltd. Oberarzt

S. Schneck
Dipl. Psych.

T. Weigand
Med. stud.

Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Direktor: Prof. Dr. Andreas Warnke



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fuchsleinstr.15, 97080 Würzburg

Frau

D-97080 Würzburg, 22.09.2000
Fuchsleinstr.15

Liebe Frau ,

zunächst einmal ganz herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, an unserer Untersuchung teilzunehmen. Wir wollen Ihnen an dieser Stelle den vorgesehenen Termin bestätigen:

Wochentag, den , Uhr.

Die Untersuchung findet in unserer Klinik, Fuchsleinstr. 15, Würzburg (Stadtteil Grombühl) statt. Bitte melden Sie sich an der Pforte der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und lassen sie dort Frau Dipl. Psychologin Schneck anfunken. Die Pforte befindet sich in dem Nebengebäude links neben der Schranke an der Einfahrt zum Klinikparkplatz. Unsere Klinik erreichen Sie

von der B27, Veitshöchheim her kommend: Bundesstraße ("Nordtangente") kurz vor Grombühl verlassen, linkerhand befindet sich die Klinik

von der Stadtmitte, Berliner Ring her kommend: nach der Brücke den Straßenbahnschienen folgend rechts in die Petrinistraße einbiegen, bei 1. Möglichkeit links in die Wagnerstraße einbiegen, bei der 3. Kreuzung dann links in die Schiestlstraße einbiegen, am Ende der Schiestlstraße befindet sich rechterhand die Klinik

von anderen Richtungen kommend nehmen Sie am einfachsten einen kurzen Umweg über den Berliner Ring.

Anbei schicken wir Ihnen einige Fragebogen. Wir bitten Sie, die Fragebogen auszufüllen und zum Untersuchungstermin mitzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

S. Schneck
Dipl.-Psych.

**Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg**



Direktor: Prof. Dr. Andreas Warnke

Informationsblatt

über unsere Studie zum Verlauf dissoziativer Beschwerden.

Liebe ehemalige Patientinnen und Patienten,

wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, an unserer Untersuchung zum Langzeitverlauf dissoziativer („psychosomatischer“) Beschwerden teilzunehmen. Diese Untersuchung soll dazu dienen, das Wissen über den langfristigen Verlauf dieses Störungsbildes zu vermehren und zu erfahren, was zu Ihrer Gesundheit beigetragen hat. Natürlich interessiert uns auch, ob Sie noch Probleme mit Ihrer damaligen Erkrankung haben. So möchten wir vor allem von Ihnen wissen, ob Sie noch körperliche oder psychische Beschwerden haben und wie es Ihnen beruflich und sozial ergeht.

Die Mitarbeit, um die wir Sie bitten, besteht in der Teilnahme an mehreren Interviews, im Beantworten von Fragebögen und in der Durchführung einer Belastungsprobe (eine Aufmerksamkeitsaufgabe und eine körperliche Belastung durch schnelles Atmen).

Die Verarbeitung der damit gewonnenen Daten erfolgt automatisiert und unterliegt der Regeln der ärztlichen Schweigepflicht. Ihr Name wird getrennt von den übrigen Angaben gespeichert. Der an der Untersuchung Beteiligte erhält auf Wunsch jederzeit Auskunft über seine bei uns in Zusammenhang mit dieser Untersuchung abgespeicherten Daten.

Das Datenschutzrecht gestattet uns die Verarbeitung der von Ihnen erfragten Daten nur mit Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung. Da eine Beurteilung unserer Untersuchung nur möglich ist, wenn wir die bei allen Patienten erhobenen Daten wissenschaftlich auswerten können, dürfen wir Sie um Ihr Einverständnis bitten.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte denken Sie daran, daß wir nur dann aussagekräftige Ergebnisse über den Verlauf dieses Beschwerdebildes erhalten können, wenn sich möglichst alle ehemaligen Betroffenen an der Studie beteiligen. Wir danken Ihnen sehr für Ihr Verständnis und stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Einwilligungserklärung

Name des Patienten:.....

Ich habe über den Ablauf der Untersuchung ein Informationsblatt erhalten und bin zur Teilnahme an Interviews und zur Beantwortung von Fragebögen bereit. Außerdem bin ich damit einverstanden, daß die bei dieser Untersuchung erhobenen Daten zu ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken elektronisch erfaßt und bearbeitet werden dürfen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten)

ANHANG B

- Befundbogen zur Datenerhebung
- Katamnesebogen
- Befundbogen für Kontrollpersonen
- Telefonische Befragung

HALBSTRUKTURIERTER ERHEBUNGSBOGEN ZUR KATAMNESE VON DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN

Abschnitt 1

Befundbogen zur Datenerhebung aus den Krankengeschichten

- 1 Teilnehmerstatus 2 Rater-Nr. |_|
- 1 0 teilgenommen
2 0 verweigert
3 0 verstorben
4 0 nicht aufgefunden
- 3 Fall-Nr. |_|_|_|
- 4 Behandlung erfolgte
- 1 0 stationär (auch bei ambulanter Vorbehandlung)
2 0 nur ambulant
- 5 Geburtsdatum |_|_|_|_|_|
- 6 Geschlecht
- 1 0 männlich
2 0 weiblich
- 7 Religion
- 1 0 evangelisch
2 0 katholisch
3 0 sonstige
4 0 keine
9 0 keine Angabe
- 8 Alter bei Beginn der dissoziativen Störung |_|_|,|_|_| Jahre, Monate
99,99 k.A.
- 9 Alter bei Diagnose der dissoziativen Störung |_|_|,|_|_| Jahre, Monate
99,99 k.A.
- 10 Alter bei Behandlungsbeginn |_|_|,|_|_| Jahre, Monate
99,99 k.A.
- 11 Datum Erstkontakt in der Klinik |_|_|_|_|_|
- 12 ambulante Vorbehandlung wegen dissoziativer Störung anderswo (mehr als 5 Termine)
- 1 0 nein
2 0 ja

- 9 0 keine Angabe
- 13 Dauer insgesamt |_|_| Monate (88 entfällt, 99 keine Angabe)
- 14 Anzahl ambulante Vorstellungen hier |_|_| (99 keine Angabe)
- 15 Dauer ambulante Vorstellung hier |_|_| Monate (99 keine Angabe)
- 16 stationäre Vorbehandlung wegen dissoziativer Störung anderswo
- 1 0 nein
2 0 ja
9 0 keine Angabe
- 17 Dauer insgesamt |_|_| Monate (88 entfällt, 99 keine Angabe)
- 18 Nur, wenn Item 4 = 1 (stationär): stationäre Behandlungen hier
1. vom |_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|
2. vom |_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|
3. vom |_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|
4. vom |_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|
- 19 Behandlungsabbruch
- 1 0 nein
2 0 ja
9 0 keine Angabe
- 20 Entlassung (ambulant: Fortsetzung der Betreuung nach Therapieende hier)
- 1 0 nach Hause
2 0 in Institution
9 0 keine Angabe

**21 Klassifikationskriterien bei Aufnahme: dissoziative Störungen
(ICD-10 Forschungskriterien, DSM IV)**

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21a	Dissoziative Amnesie (F44.0, 300.12)			
	Teilweise oder vollständige Amnesie für vergangene Ereignisse oder Probleme, die traumatisch oder belastend waren oder dies noch sind (ICD A)	0	0	0
	Episode(n) mit Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern (<i>zumeist</i> traumatische/belastende Natur) (DSM-IV A)	0	0	0
	Die Amnesie ist zu ausgeprägt und zu anhaltend, um mit einer normalen Vergeßlichkeit oder durch eine gewollte Simulation erklärt werden zu können (Schweregrad kann jedoch wechseln) (ICD C, DSM-IV A)	0	0	0
	Die Amnesie ist nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1, DSM-IV B)	0	0	0
	Amnesie geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (DSM-IV B)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Amnesie und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2)	0	0	0
	Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Dissoziativen Identitätsstörung, dissoziativen Fugue, Posttraumatischen Belastungsstörung, Akuten Belastungsstörung oder Somatisierungsstörung auf (DSM-IV B)	0	0	0
	Symptome verursachen in bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (DSM-IV C)	0	0	0
21a1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21a2	DSM-IV Kriterien erfüllt	0	0	0
21a3	ICD-10 und DSM-IV Kriterien erfüllt	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21b	Dissoziative Fugue (F44.1, 300.13)			
	Eine unerwartete, gleichwohl äußerlich normal organisierte Reise mit Entfernung von zuhause oder vom gewohnten Arbeitsplatz und den sozialen Aktivitäten; während dieser Zeit bleibt die Selbstversorgung weitgehend erhalten (ICD B)	0	0	0
	Vorherrschendes Störungsbild: plötzliches, unerwartetes Weggehen von zuhause oder vom gewohnten Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an <i>seine</i> Vergangenheit zu erinnern (DSM-IV A)	0	0	0
	Verwirrung über die eigene Identität bzw. Annahme einer neuen Identität (teilweise oder vollständig) (DSM-IV B)	0	0	0
	Entweder teilweise oder vollständige Amnesie für die Reise, welche das Kriterium C (ICD) für eine dissoziative Amnesie erfüllt (keine normale Vergeßlichkeit oder Simulation) (ICD C)	0	0	0
	Die Fugue (und Amnesie) sind nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1, DSM-IV C)	0	0	0
	Störung geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (DSM-IV C)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Fugue und Amnesie und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2)	0	0	0
	Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Dissoziativen Identitätsstörung auf (DSM-IV C)	0	0	0
	Symptome verursachen in bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (DSM-VI D)	0	0	0
21b1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21b2	DSM-IV Kriterien erfüllt	0	0	0
21b3	ICD-10 und DSM-IV Kriterien erfüllt	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21c	Dissoziativer Stupor (F44.2) (DSM IV: 300.15, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung)			
	Beträchtliche Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen und der Sprache sowie der normalen Reaktionen auf Licht, Geräusche und Berührung (ICD A)	0	0	0
	Der normale Muskeltonus, die Haltung und die Atmung sind erhalten (sowie häufig eine begrenzte Koordination der Augenbewegungen) (ICD C)	0	0	0
	Der Stupor ist nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn des Stupors und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2)	0	0	0
21c1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21c2	allgemeine DSM-IV Kriterien erfüllt (keine Erklärung durch Substanz; verursacht Leiden oder Beeinträchtigung)	0	0	0
21c3	ICD-10 und allg. DSM-IV Kriterien erfüllt	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21d	Trance- und Besessenheitszustände (F44.3) (DSM IV: 300.15, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung, Forschungskriterien aus Anhang B)			
	Auftreten von Trance- oder Besessenheitszuständen <u>Trance</u> : vorübergehende Bewußtseinveränderung mit mind. 2 der folgenden Merkmale: a) Verlust des Gefühls der persönlichen Identität b) Einengung des Bewußtseins auf die unmittelbare Umgebung oder eine eingeeengte Fokussierung auf Stimuli aus der Umgebung c) Einschränkungen von Bewegungen, Haltungen und Gesprochenem auf die Wiederholung eines kleinen Repertoires <u>Besessenheitszustand</u> : Überzeugung von einem Geist, einer Macht, einer Gottheit oder einer anderen Person beherrscht zu sein (ICD B)	0	0	0
	Auftreten von Trance- oder Besessenheitszuständen <u>Trance</u> : vorübergehende deutliche Bewußtseinsveränderung <i>oder</i> Verlust der persönlichen Identität, ohne eine neue anzunehmen, mit mind. einem der folgenden Merkmale: a) Einengung des Bewußtseins auf die unmittelbare Umgebung oder eine eingeeengte Fokussierung auf Stimuli aus der Umgebung b) stereotype Verhaltensweisen oder Bewegungen, die als der eigenen Kontrolle entzogen erlebt werden <u>Besessenheitszustand</u> : einmalig oder episodisch auftretende Bewußtseinsveränderung mit Annahme einer neuen Identität; dies wird dem Einfluß eines Geistes, Macht, Gottheit oder anderen Person zugeschrieben mit mind. einem der folgenden Merkmale: a) stereotype und kulturell geformte Verhaltensweisen oder Bewegungen, die als von der ein einflußnehmenden Macht kontrolliert erlebt werden b) vollständige oder teilweise Amnesie für das Ereignis (DSM-IV A)	0	0	0
	Trance bzw. Besessenheitszustand sind ungewollt und belastend; sie treten außerhalb von religiösen und anderen kulturell akzeptierten Situationen auf oder stellen eine Verlängerung solcher Zustände dar (ICD C, DSM-VI B)	0	0	0
	Trance bzw. Besessenheit treten nicht gleichzeitig auf mit einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F20-F29) oder mit einer affektiven Störung mit Halluzinationen oder Wahngedanken (F30-F39) (ICD D, DSM-IV D)	0	0	0
	Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Dissoziativen Identitätsstörung auf (DSM-IV D)	0	0	0
	Trance bzw. Besessenheit sind nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1, DSM-IV D)	0	0	0

	Störung geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (DSM-IV D)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Trance bzw. Besessenheit und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2)	0	0	0
	Trance bzw. Besessenheit verursachen in bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (DSM-VI C)	0	0	0
21d1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21d2	DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0
21d3	ICD-10 und allg. DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0
		1 ja	2 nein	9 k.A.
21e	Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4), Konversionsstörung (300.11) mit motorischen Symptomen oder Ausfällen			
	Kompletter oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit. Dies betrifft Bewegungen, die normalerweise der willkürlichen Kontrolle unterliegen (einschließlich der Sprache) <i>oder</i> Verschiedene oder wechselnde Grade von Koordinationsstörungen, Ataxie oder der Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen (ICD B)	0	0	0
	Symptom oder Ausfall legen einen neurologischen oder sonstigen medizinischen Krankheitsfaktor nahe (DSM-IV A)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Bewegungsstörung und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2, DSM-IV B)	0	0	0
	Das Symptom oder der Ausfall wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (DSM-IV C)	0	0	0
	Bewegungsstörungen sind nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1, DSM-IV D)	0	0	0
	Störung geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz und kann nicht als kulturell sanktionierte Verhaltens- oder Erlebensform erklärt werden (DSM-IV D)	0	0	0
	Das Symptom oder der Ausfall ist nicht auf eine Schmerz- oder sexuelle Funktionsstörung begrenzt, tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Somatisierungsstörung auf und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (DSM-IV F)	0	0	0
	Symptom oder Ausfall verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, oder es rechtfertigt eine medizinische Abklärung (DSM-VI E)	0	0	0
21e1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21e2	DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0
21e3	ICD-10 und allg. DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21f	Dissoziative Krampfanfälle(F44.5), Konversionsstörung (300.11) mit Anfällen oder Krämpfen			
	Plötzliche und unerwartete krampfartige Bewegungen, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht von einem Bewußtseinsverlust gefolgt sind (ICD A)	0	0	0
	Die Anfälle sind nicht begleitet von Zungenbiß, schweren Hämatomen oder Verletzungen aufgrund eines Sturzes oder von Urininkontinenz (ICD B)	0	0	0
	Anfälle legen einen neurologischen oder sonstigen medizinischen Krankheitsfaktor nahe (DSM-IV A)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Anfälle und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2, DSM-IV B)	0	0	0
	Anfälle werden nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (DSM-IV C)	0	0	0
	Anfälle sind nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1, DSM-IV D)	0	0	0
	Störung geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz und kann nicht als kulturell sanktionierte Verhaltens- oder Erlebensform erklärt werden (DSM-IV D)	0	0	0
	Anfälle sind nicht auf eine Schmerz- oder sexuelle Funktionsstörung begrenzt, tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Somatisierungsstörung auf und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (DSM-IV F)	0	0	0
	Symptom oder Ausfall verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, oder es rechtfertigt eine medizinische Abklärung (DSM-VI E)	0	0	0
21f1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21f2	DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0
21f3	ICD-10 und allg. DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21g	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (F44.6), Konversionsstörung (300.11) mit sensorischen Symptomen oder Ausfällen			
	Teilweiser oder vollständiger Verlust einer oder aller normaler Hautempfindungen an Körperteilen oder am ganzen Körper (genaue Angabe ob Berührung, Nadelstich, Vibration, Hitze, Kälte) <i>oder</i> teilweiser oder vollständiger Seh-, Hör- oder Riechverlust (ICD B)	0	0	0
	<i>oder</i> Halluzinationen (DSM IV)	0	0	0
	Symptom oder Ausfall legen einen neurologischen oder sonstigen medizinischen Krankheitsfaktor nahe (DSM-IV A)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Symptomatik und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2, DSM-IV B)	0	0	0
	Das Symptom oder der Ausfall wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (DSM-IV C)	0	0	0
	Symptome sind nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1, DSM-IV D)	0	0	0
	Störung geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz und kann nicht als kulturell sanktionierte Verhaltens- oder Erlebensform erklärt werden (DSM-IV D)	0	0	0
	Das Symptom oder der Ausfall ist nicht auf eine Schmerz- oder sexuelle Funktionsstörung begrenzt, tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Somatisierungsstörung auf und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (DSM-IV F)	0	0	0
	Symptom oder Ausfall verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, oder es rechtfertigt eine medizinische Abklärung (DSM-VI E)	0	0	0
21g1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21g2	DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0
21g3	ICD-10 und allg. DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21h	Multiple Persönlichkeitsstörung (F44.81), Dissoziative Identitätsstörung (300.14)			
	Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten existieren in einer Person, von denen nur eine zu jeweils einem Zeitpunkt offenkundig ist. (ICD A, vergleichbar DSM-VI AB)	0	0	0
	Jede der Persönlichkeiten hat ein eigenes Gedächtnis, eigene Vorlieben und Verhaltensmuster, und übernimmt zeitweilig (und wiederholt) die vollständige Kontrolle über das Verhalten der Person (ICD B, vergleichbar DSM-VI AB)	0	0	0
	Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern (so ausgeprägt, daß nicht durch normale Vergeßlichkeit erklärbar) (ICD C, DSM-IV C)	0	0	0
	Beachte: bei Kindern sind die Symptome nicht durch imaginierte Spielkameraden oder andere Phantasiespiele zu erklären (DSM-IV D)	0	0	0
	Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Störung und belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen (ICD G2, ergänzt in den Int. Diagnose Checklisten)	0	0	0
	Symptomatik ist nicht zurückführbar auf eine organische psychische Störung (F00-F09) wie z.B. Epilepsie oder auf eine Störung durch psychotrope Substanzen (F10-F19) wie z.B. Intoxikation oder Entzug (ICD D, DSM-IV D)	0	0	0
	Die Störung ist nicht durch eine körperliche Erkrankung erklärbar (ICD G1, ergänzt in den Int. Diagnose Checklisten, DSM-IV D)	0	0	0
21h1	ICD-10 Kriterien erfüllt	0	0	0
21h2	DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0
21h3	ICD-10 und allg. DSM-IV Forschungskriterien erfüllt	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
21i	Gemischete dissoziative und Konversionsstörungen (F44.7, 300.11)			
21i1	Kombination aus F44.0-F44.6	0	0	0
21i2	gemischte Typen der Konversionsstörung aus 300.11 (bei mehreren dissoz. Störungen bzw. Kombination mit Konversionsstörung werden nach DSM mehrere Diagnosen gestellt)	0	0	0
21j	Ganser-Syndrom (F44.80), n.n.b. dissoziative Störung (300.15) spezifiziere Symptomatik: _____ _____ _____ _____ _____	0	0	0
21k	sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44.88) , entspricht der n.n.b. dissoziativen Störung (300.15) bzw. der n.n.b. somatoformen Störung (300.81) spezifiziere Symptomatik: _____ _____ _____ _____ _____	0	0	0
21l	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (Konversionsstörung) (F44.9)	0	0	0

(22/23 entfallen)

24 Diagnose ICD-9: I _ I _ I . I _ I

25 Zusatzdiagnose ICD-9: I _ I _ I . I _ I (keine: 888.8; keine Angabe 999.9)

26 Diagnosen ICD-10:

26a F I _ I . I . I _ I

26b F I _ I . I . I _ I

26c F I _ I . I . I _ I

(27 entfällt)

28 Diagnosen DSM-IV:

28a I _ I _ I . I _ I _ I

28b I _ I _ I . I _ I _ I

28c I _ I _ I . I _ I _ I

29 Schweregrad bei stationärer Aufnahme bzw. Beginn der ambulanten Therapie (retrospektiv nach Knölker)

1 0 leicht (kaum subjektiver und familiärer Leidensdruck, soziale Integration erhalten, ungestörter Schulbesuch)

2 0 mittelschwer (deutlicher subjektiver und familiärer Leidensdruck, krankheitsbedingte Leistungsstörung oin der Schule)

3 0 schwer (massiver subjektiver und familiärer Leidensdruck, soziale Desintegration, Schulbesuch oder Berufsausbildung unmöglich)

9 0 keine Einschätzung möglich

30 Einschätzung der Gesamtverbesserung durch stationäre oder ambulante Therapie zum

Zeitpunkt der Entlassung bzw. Therapieende

1 0 besser

2 0 kaum bzw. keine Veränderung

3 0 schlechter

9 0 keine Angabe

		1 ja	2 nein	9 k.A.
30	Nähere Beschreibung der dissoziativen bzw. Konversionssymptomatik			
A	Amnesie	0	0	0
B	Fugue	0	0	0
C	Identitätsstörung	0	0	0
D	Stupor	0	0	0
E	Trancezustand	0	0	0
F	Besessenheitszustand	0	0	0
G	Vorbeireden	0	0	0
H	Depersonalisation	0	0	0
I	Derealisation	0	0	0
J	andere Bewußtseinsveränderung	0	0	0
K	andere kognitive Beeinträchtigungen (etwa Konzentration, Gedächtnis, Auffassung, Denken)	0	0	0
L	Muskuläre Störung	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen:			
L1	Lähmung oder lokale Schwäche der Beine	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen:			
L1a	Koordinationsstörung	0	0	0
L1b	Gleichgewichtsstörung	0	0	0
L1c	Astasie aufgrund der Ausfälle	0	0	0
L1d	Abasie aufgrund der Ausfälle	0	0	0
L2	Lähmung oder lokale Schwäche der Arme oder Hände	0	0	0
L3	sonstige Lähmung oder lokale Schwäche	0	0	0
L4	Seitenbetonung der motorischen Symptome links	0	0	0
L5	Seitenbetonung der motorischen Symptome rechts	0	0	0
L6	Sprechschwierigkeiten	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen:			
L6a	vollständige Aphonie	0	0	0
L6b	nur flüsterndes Sprechen möglich	0	0	0
L6c	dysarthrisches Sprechen			
L7	Schluckbeschwerden oder Globusgefühl	0	0	0
L8	Harnverhalt	0	0	0
L9	andere: _____	0	0	0

		1 ja	2 nein	9 k.A.
	Nähere Beschreibung der dissoziativen bzw. Konversionssymptomatik (Fortsetzung)			
M	Anfälle oder Krämpfe	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen:			
M1	Generalisierte heftige, unkoordinierte Bewegungen	0	0	0
M2	Generalisiertes Zittern	0	0	0
M3	Generalisierte Steifheit, Spasmen	0	0	0
M4	regionale heftige, unkoordinierten Bewegungen	0	0	0
M5	regionales Zittern	0	0	0
M6	regionale Steifheit, Spasmen	0	0	0
M7	Starren	0	0	0
M8	Blickkrämpfe	0	0	0
M9	Bewußtseinsverlust ohne motoirsche Symptome	0	0	0
M10	andere anfallsartige Bewußtseinsveränderungen	0	0	0
M11	andere: _____	0	0	0
M12	Ansprechbarkeit während des Anfalls	0	0	0
M13	keine Ansprechbarkeit während des Anfalls	0	0	0
M14	keine Ansprechbarkeit nach dem Anfall	0	0	0
M15	Amnesie für die Zeit der Episode	0	0	0
M16	Seitenbetonung der Anfälle links	0	0	0
M17	Seitenbetonung der Anfälle rechts	0	0	0
M18	Durchschnittliche Dauer (Minuten): __ __			
		1 ja	2 nein	9 k.A.
	Nähere Beschreibung der dissoziativen bzw. Konversionssymptomatik (Fortsetzung)			
N	Sensorische Ausfälle	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen:			
N1	Hautempfindungen:	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen			
N1a	Schmerz	0	0	0
N1b	Berührung	0	0	0
N1c	Vibration	0	0	0
N1d	Kälte	0	0	0
N1e	Hitze	0	0	0
	betroffene Körperregionen:			
N1f	Gesicht:	0	0	0
N1g	Hände und/oder Arme	0	0	0
N1h	Füße und/oder Beine	0	0	0
N1i	andere	0	0	0
N2	Sehverlust	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen			
N2a	vollständiger Sehverlust	0	0	0

N2b	Doppeltsehen	0	0	0
N2c	Verschwommensehen	0	0	0
N2d	„Tunnelsehen“	0	0	0
N2e	anderer Ausfall	0	0	0
N3	Hörverlust	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen			
N3a	teilweiser Hörverlust	0	0	0
N3b	vollständiger Hörverlust	0	0	0
N4	Riechverlust	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen			
N4a	teilweiser Riechverlust	0	0	0
N4b	vollständiger Riechverlust	0	0	0
N5	andere:	0	0	0
N6	Seitenbetonung der Ausfälle links	0	0	0
N7	Seitenbetonung der Ausfälle rechts	0	0	0
O	Pseudohalluzinationen	0	0	0
	wenn ja, mit folgenden Symptomen:			
O1	optisch	0	0	0
O2	akustisch	0	0	0
O3	olfaktorisch	0	0	0
O4	coenästhetisch	0	0	0
P	Demonstrative Präsentation von Schmerzen	0	0	0
Q	Demonstrative Präsentation emotionaler Beschwerden	0	0	0
R	Belle indifférence	0	0	0
S	Histrione Persönlichkeitszüge	0	0	0

32a Freie Beschreibung der mit der Symptomatik in Zusammenhang stehenden Belastungs- bzw. Konfliktsituation

32b Hinweise auf auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen (Mehrfachnennung möglich)

- 1 0 Modell in Familie oder näherem Bekanntenkreis
- 2 0 Hinweise auf körperliche Faktoren im Sinne eines "locus minoris resistentiae"
- 3 0 Aufrechterhaltung i. S. positiver Verstärkung (Zuwendung, Vergünstigungen u.ä.)
- 4 0 Aufrechterhaltung i. S. negativer Verstärkung (Entlastung, Vermeidung u.ä.)
- 5 0 andere beschreibe:

9 0 keine Angabe

33 Familiäre Verstrickung in die Symptomatik

- 1 0 nicht vorhanden
- 2 0 leicht, ohne Beeinträchtigung des normalen Tagesablaufs
- 3 0 deutlich
- 4 0 stark, mindestens ein Familienmitglied deutlich durch Unterstützungen in die Symptomatik eingebunden
- 9 0 keine Angabe

 Anamnestische Angaben laut Krankenblatt

- | | | | |
|----|--|--------|----------|
| 34 | Schwangerschaftskomplikationen
9 0 k.A. | 1 0 ja | 2 0 nein |
| 35 | Geburtskomplikationen
9 0 k.A. | 1 0 ja | 2 0 nein |
| 36 | Mehrlingsgeburt
9 0 k.A. | 1 0 ja | 2 0 nein |
| 37 | Prämorbid psychopathologische Auffälligkeiten
9 0 k.A. | 1 0 ja | 2 0 nein |
| 38 | Entwicklungsrückstand
9 0 k.A. | 1 0 ja | 2 0 nein |
| 39 | Kindergartenbesuch
9 0 k.A. | 1 0 ja | 2 0 nein |
| 40 | Kontaktverhalten bis zur Einschulung (Mehrfachnennung möglich) | | |
| | 1 0 unauffällig | | |
| | 2 0 Trennungsangst | | |
| | 3 0 gehemmt / zurückgezogen | | |
| | 4 0 aggressiv | | |
| | 5 0 ungesteuert / hyperaktiv | | |
| | 9 0 keine Angaben | | |
| 41 | Einschulung | | |
| | 8 0 entfällt | | |
| | 1 0 regelrecht | | |
| | 2 0 vorzeitig | | |
| | 3 0 zurückgestellt (Stichtag: 30. Juli) | | |
| | 9 0 keine Angaben | | |
| 42 | Schulbesuch | | |
| | 8 0 entfällt | | |
| | 1 0 regelrecht | | |
| | 2 0 wiederholt | | |
| | 3 0 umgeschult | | |
| | 4 0 wiederholt und umgeschult | | |
| | 9 0 keine Angaben | | |
| 43 | Schule zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme bzw. der ersten ambulanten
Behandlung | | |
| | 8 0 entfällt | | |
| | 1 0 Grundschule | | |
| | 2 0 Hauptschule | | |
| | 3 0 Realschule | | |
| | 4 0 Gymnasium | | |
| | 5 0 Sonderschule | | |
| | 6 0 sonstige | | |

- 9 0 keine Angaben
- 44 Kontaktverhalten in der Schulsituation (Mehrfachnennung möglich)
- 8 0 entfällt
 - 1 0 unauffällig
 - 2 0 kontaktängstlich
 - 3 0 gehemmt / zurückgezogen
 - 4 0 aggressiv
 - 5 0 ungesteuert / hyperaktiv
 - 9 0 keine Angaben
- 45 Schulabschluß zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme bzw. der ersten ambulanten Behandlung
- 8 0 entfällt (noch kein Schulkind)
 - 1 0 noch in Schulbildung
 - 2 0 Abitur
 - 3 0 Realschulabschluß
 - 4 0 Hauptschulabschluß
 - 5 0 Sonderschulabschluß
 - 9 0 keine Angaben
- 46 Berufsausbildung
- 8 0 entfällt (zu jung bzw. Schulbesuch)
 - 1 0 Teilnahme an berufsvorbereitender Maßnahme
 - 2 0 in Berufsausbildung / Studium
 - 3 0 Abbruch wegen dissoziativer Störung
 - 4 0 Abbruch wegen sonstiger Gründe
 - 5 0 keine aufgenommen wegen dissoziativer Störung
 - 6 0 keine aufgenommen aus sonstigen Gründen
 - 9 0 keine Angaben
- 47 Schulische / berufliche Anpassung und Leistungsfähigkeit
- 8 0 entfällt
 - 1 0 ungestört
 - 2 0 Einschränkung wegen dissoziativer Störung
 - 3 0 Einschränkung aus sonstigen Gründen
 - 4 0 wegen dissoziativer Störung Schulbesuch / Ausbildung unmöglich
 - 5 0 aus sonstigen Gründen Schulbesuch / Ausbildung unmöglich
 - 9 0 keine Angaben
- 48 Leben leibliche Eltern
- 1 0 beide leben
 - 2 0 Vater verstorben
 - 3 0 Mutter verstorben
 - 4 0 beide verstorben

9 0 keine Angaben

49 Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (bei Tod: davor)

1 0 leben zusammen
 2 0 leben getrennt
 3 0 nie zusammen gelebt
 9 0 keine Angaben

Tätigkeit der Eltern zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme bzw. der ersten ambulanten Behandlung

	50: Mutter		51: Vater
entfällt	8	0	0
erwerbstätig Vollzeit	1	0	0
erwerbstätig Teilzeit	2	0	0
arbeitslos	3	0	0
in Ausbildung / Umschulung	4	0	0
Rentner	5	0	0
im Haushalt tätig	6	0	0
keine Angaben	9	0	0

52 Sozioökonomischer Status der Eltern nach ZUMA
 (unterscheidet sich der Status der Eltern: den höheren wählen; bei getrennt lebenden Eltern: Status des Elternteils, bei dem das Kind lebt)

1 0 ungelernte Arbeiter
 2 0 Angelernte Arbeiter, Landwirte bis 9 ha
 3 0 Facharbeiter, Landwirte mit 10-19 ha
 4 0 Einfache Angestellte / Beamte; Vorarbeiter; Landwirte mit 20-49 ha
 5 0 Mittlere Angestellte / Beamte; Selbstständige bis ein Mitarbeiter;
 Meister und
 Werkmeister; Landwirte mit mehr als 50 ha
 6 0 Gehobene Angestellte und Beamte; Selbstständige mit 2 bis 9
 Mitarbeitern
 7 0 Freie Berufe; höhere Angestellte und Beamte; Selbstständige mit mehr
 als
 10 Mitarbeitern
 8 0 nicht beurteilbar, da noch nie erwerbstätig
 9 0 Information fehlt

53 Lebenssituation des Patienten

1 0 Herkunftsfamilie
 2 0 eigene Wohnung
 3 0 Institution
 4 0 sonstiges
 9 0 keine Angaben

Familiäre Belastungen mit psychiatrischen Störungen bei Aufnahme

Legende:

keine psychiatrische Erkrankung 0 bei allen
 Verwandten: entfällt 88 Mehrfachnennung
 möglich
 keine Angaben 99

Zwangsstörung	1
Angststörung	2
Depressive Störung	3
Manische / bipolare Störung	4
Ticstörung	5
Tourette-Syndrom	6
Anorexia nervosa	7
Bulimia nervosa	8
unspezifische Eßstörung	9
Zwanghafte Persönlichkeit	10
Somatoforme Störung	11
Alkoholmißbrauch / Sucht	12
Anderer Substanzmißbrauch / Sucht	13
Psychose	14
Trichotillomanie	15
Autismus	16
Suizid	17
Sonstiges	18
dissoziative Störung	19

54 Mutter: ___ ___ ___

55 Vater: ___ ___ ___

Geschwister (ein Buchstabe pro Schwester / Bruder):

56 weiblich: A ___ ___ ___

57 männlich: A: ___ ___ ___

B ___ ___ ___

B ___ ___ ___

C ___ ___ ___

C ___ ___ ___

D ___ ___ ___

D ___ ___ ___

E ___ ___ ___

E ___ ___ ___

Körperliche Befunde laut Krankenblatt

58 Aufnahmegewicht |_|_|,|_| kg

59 Größe |_|_|_|,|_| cm

60 IQ |_|_|_| Verfahren: _____

61 Neurologischer Befund

1 0 unauffällig

2 0 leicht auffällig (z.B. Soft Signs)

3 0 pathologisch: _____

9 0 k.A.

62 EEG

1 0 unauffällig

2 0 auffällig: _____

9 0 k.A.

63A Ernsthaft somatische Erkrankungen

1 0 nein

2 0 ja, nämlich: _____

9 0 k.A.

63B Ausschluß organischer Verursachung der Symptome

1 0 sicher und keine im Zusammenhang mit der dissoziativen Störung stehenden

organischen Befunde eruierbar

2 0 sicher, aber Befunde eruierbar, die Beschwerden teilweise, aber sicher nicht im

Vollbild erklären können

3 0 Ausschluß unsicher

9 0 keine Angaben

63C Ausschluß erfolgte durch ergänzende fachärztliche / konsiliarische Untersuchung

1 0 nein

2 0 ja

9 0 k.A.

64 Pubertätsstatus nach Tanner

B: |_|

Ph: |_|

64A Wenn keine Angabe nach Tanner

- 1 0 altersentsprechende Pubertätsentwicklung
- 2 0 verzögerte Pubertätsentwicklung
- 3 0 Pubertas praecox
- 9 0 keine Angabe

65 Menstruation

- 8 0 entfällt (männliches Geschlecht)
- 1 0 prämenarchal
- 2 0 postmenarchal
- 9 0 k.A.

65A Menarche mit

l_l_l Jahren (88 entfällt, 99 keine Angabe)

66 Psychische Zusatzsymptomatik laut Krankenblatt

	1	2	9	
	ja	nein	keine Angabe	
A	0	0	0	Depression
B	0	0	0	Ängste
C	0	0	0	Ticstörung, nur motorisch
D	0	0	0	Ticstörung, nur vokal
E	0	0	0	Ticstörung, vokal und motorisch
F	0	0	0	psychotische Symptome
G	0	0	0	autistische Verhaltensweisen
H	0	0	0	Substanzmißbrauch / Sucht
I	0	0	0	suizidale Handlungen
J	0	0	0	automutilitative Handlungen
K	0	0	0	aggressive Handlungen
L	0	0	0	Mutismus
M	0	0	0	Stereotypien
N	0	0	0	Enuresis
O	0	0	0	Enkopresis
P	0	0	0	anorektische Eßstörung
Q	0	0	0	bulimische Eßstörung
R	0	0	0	Trichotillomanie
S	0	0	0	Schulverweigerung
T	0	0	0	dissoziale Tendenzen
(U entfällt)				
V	0	0	0	Zwangsgedanken/-handlungen
W	0	0	0	somatoforme Beschwerden

67 Therapeutische Maßnahmen laut Krankenblatt

	1	2	9	
	ja	nein	keine Angabe	
A	0	0	0	Antidepressiva
B	0	0	0	Neuroleptika
C	0	0	0	andere Medikamente
D	0	0	0	analytische Psychotherapie
E	0	0	0	Verhaltenstherapie
F	0	0	0	Familientherapie
G	0	0	0	sonstige

**Abschnitt 2
Katamnesebogen**

68 Katamnese datum |_|_|.|_|_|.|_|_|
Hyperventilation

Bedingung: 1 0 RST-

2 0

Hyperventilation-RST

69 Rater-Nr. |_|

erg1 Bitte beschreiben Sie die Beschwerden, wegen derer Sie in unserer Klinik
behandelt wurden, wie Sie sie heute in Erinnerung haben.

Gegebenenfalls ist die Beschreibung des Probanden durch dissoziative
Symptome,
die in der Krankengeschichte beschrieben werden, zu ergänzen:

erg2 Inwieweit denken Sie, daß ihre Beschwerden durch eine körperliche Ursache
bzw.

Erkrankung oder psychisch bedingt waren? (100%: rein körperliche
Verursachung,
0% rein psychische Verursachung)

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

erg3 An welche Erkrankung bzw. psychischen Ursachen bzw. Belastungen denken
Sie dabei?

Erkrankung:

Psychisch:

erg4 Interviewer: Gibt der Patient eine spezifische organische Ursache an?

- 1 0 ja
- 2 0 nein
- 9 0 keine Angabe

erg5 Interviewer: Gibt der Patient eine spezifische psychische Ursache an?

- 1 0 ja
- 2 0 nein
- 9 0 keine Angabe

erg6 Inwieweit hatten Sie damals Möglichkeiten, ihre Beschwerden zu beeinflussen?

(100%: völlige Kontrolle über Beschwerden, 0% keine Kontrolle)

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

70 Die Behandlung bei uns hat insgesamt gesehen

- 1 0 geholfen
- 2 0 weder geholfen noch geschadet
- 3 0 geschadet
- 9 0 keine Angabe

71 Unabhängig vom Erfolg der Behandlung: waren sie mit unserer Klinik zufrieden?

- 1 0 ja
- 2 0 weder/noch
- 3 0 unzufrieden
- 9 0 keine Angabe

72 Bitte schildern Sie, falls zutreffend, was Sie als hilfreich bzw. positiv in Erinnerung haben

(Intervieweranweisung: bitte im Kästchen bis zu fünf Bereiche in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit numerieren)

I_I 88 entfällt

- | | | |
|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Medikamente |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Gespräche mit dem Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Verhaltenstherapeutische Maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Kontakte zum Stationspersonal |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Kontakte zu anderen Kindern und Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Trennung von der Familie |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Familiengespräche / Familientherapie |
| <input type="checkbox"/> | 8 | Gruppentherapie |
| <input type="checkbox"/> | 9 | Arbeitsgemeinschaften / Beschäftigungstherapie |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Freizeitmöglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> | 11 | größere Fremdkontrolle |
| <input type="checkbox"/> | 12 | sonstiges, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> | 99 | keine Angaben |

73 Bitte schildern Sie, falls zutreffend, was Sie als besonders unangenehm, unangebracht bzw. unnötig in Erinnerung haben! (Intervieweranweisung: bitte im Kästchen bis zu fünf Bereiche in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit numerieren)

- | | | |
|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | 88 | entfällt |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Medikamente |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Gespräche mit dem Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Verhaltenstherapeutische Maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Kontakte zum Stationspersonal |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Kontakte zu anderen Kindern und Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Trennung von der Familie |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Familiengespräche / Familientherapie |
| <input type="checkbox"/> | 8 | Gruppentherapie |
| <input type="checkbox"/> | 9 | Arbeitsgemeinschaften / Beschäftigungstherapie |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Freizeitmöglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> | 11 | größere Fremdkontrolle |
| <input type="checkbox"/> | 12 | sonstiges, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> | 99 | keine Angaben |

74 Kommt oder kam es bei Ihnen aufgrund ständiger, ununterdrückbarer Impulse zum

Haarausreißen zu einem sichtbaren Haarverlust?
Interviewer: liegt / lag eine Trichotillomanie vor?

- 1 0 nein
2 0 ja, in den letzten 6 Monaten
3 0 ja, nicht in den letzten 6 Monaten, aber lifetime
9 0 keine Angabe

75 Haben Sie bemerkt, daß sie unwillkürliche, rasche, wiederholte, nicht rhythmische umschriebene Bewegungen in einer oder mehreren Körperregionen hatten (z.B. Zwinkern, Grimassieren, Springen)?
(Tics traten dabei nicht ausschließlich während einer Intoxikation mit psychoaktiven

Substanzen oder einer bekannten Erkrankung des ZNS auf)

A Jemals?

1 0 nein

2 0 ja, vorübergehend (12 Monate oder kürzer)

3 0 ja, über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten

9 0 keine Angabe

B Im letzten halben Jahr?

1 0 nein

2 0 ja

9 0 keine Angabe

C Motorische Tics erstmals aufgetreten im Alter von |_|_| Jahren (88 entfällt, 99 k.A.)

76 Haben Sie an sich Lautäußerungen bemerkt, die plötzlich einsetzten und keinem

offensichtlichen Zweck dienten (z.B. Räußern, Schnüffeln, Zischen,

Wiederholen von

Wörtern)?

(Tics traten dabei nicht ausschließlich während einer Intoxikation mit

psychoaktiven

Substanzen oder einer bekannten Erkrankung des ZNS auf)

A Jemals?

1 0 nein

2 0 ja, vorübergehend (12 Monate oder kürzer)

3 0 ja, über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten

9 0 keine Angabe

B Im letzten halben Jahr?

1 0 nein

2 0 ja

9 0 keine Angabe

C Vokale Tics erstmals aufgetreten im Alter von |_|_| Jahren (88 entfällt, 99 k.A.)

77 Interviewer: Hat/hatte der Patient ein Tourette-Syndrom?

A Jemals?

1 0 nein

2 0 ja

9 0 nicht beurteilbar

B Im letzten halben Jahr?

1 0 nein

2 0 ja

9 0 nicht beurteilbar

78 Ambulante Behandlung wegen dissoziativer Störung oder durch DIA-X nicht erfaßter psychiatrischer Erkrankung im Katamnesezeitraum

- 1 0 nein
- 9 0 keine Angabe (weiter zu Frage 79)
- 2 0 ja (A bis B bzw D ausfüllen)

Legende:	Dissoziative Störung	1
	Ticstörung	2
	Tourette-Syndrom	3
	Trichotillomanie	4
	Autismus	5
	Persönlichkeitsstörung	6
	Sonstigen nicht durch DIA-X erfaßte Störung	7
	keine Angabe	9

Pro ambulante Behandlungseinheit A) und B) ausfüllen
jede gleiche numerische Zahl bezieht sich auf die gleiche Behandlungseinheit

A) ambulante Behandlungseinheiten wegen k.A.) **B) Dauer in Monaten (999 k.A.)**

1.	_	_ _
2.	_	_ _
3.	_	_ _
4.	_	_ _
5.	_	_ _

C) und D) **nur bei ambulanter Behandlung wegen dissoziativer Störung** ausfüllen!

C) Form der Behandlung

(Mehrfachnennung pro Behandlungseinheit möglich)

Verhaltenstherapeutisch	1
therapeutische Gespräche ²	
Medikamentös	3
Sonstige	4
keine Angabe	9

D) Behandlungsabbruch?

(zutreffendes ankreuzen)

k.A.=9 bei medikamentöser nein=0 ja=1 Behandlung
Behandlung: welche? dauert an=2

1.	_ _ _ _	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>				

-
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

79 Stationäre Behandlung wegen dissoziativer Störung oder durch DIA-X nicht erfaßter psychiatrischer Erkrankung im Katamnesezeitraum

1 0 nein

9 0 keine Angabe (weiter zu Frage 80)

2 0 ja (A bis B bzw D ausfüllen)

Legende:	Dissoziative Störung	1
	Ticstörung	2
	Tourette-Syndrom	3
	Trichotillomanie	4
	Autismus	5
	Persönlichkeitsstörung	6
	Sonstigen nicht durch DIA-X erfaßte Störung	7
	keine Angabe	9

Pro stationärem Aufenthalt A) und B) ausfüllen

jede gleiche numerische Zahl bezieht sich auf denselben Aufenthalt

A) stationäre Behandlungseinheiten wegen **B) Dauer in Monaten** (999 k.A.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

C) und D) **nur bei stationärer Behandlung wegen dissoziativer Störung** ausfüllen!

C) Form der Behandlung

(Mehrfachnennung pro Behandlungseinheit möglich)

Verhaltenstherapeutisch 1

therapeutische Gespräche²
 Medikamentös 3
 Sonstige 4
 keine Angabe 9

D) Behandlungsabbruch?
 (zutreffendes ankreuzen)

	k.A.=9	bei medikamentöser Behandlung: welche?	nein=0	ja=1	Behandlung dauert an=2
1.	I _ I _ I _ I _ I _ O	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	I _ I _ I _ I _ I _ O	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	I _ I _ I _ I _ I _ O	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	I _ I _ I _ I _ I _ O	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	I _ I _ I _ I _ I _ O	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

80 Anzahl der ernsthaften Rückfälle der dissoziativen Störung ohne Behandlung (soweit durch den Patienten beurteilbar): I _ I _ (0=keine; 99=keine Angabe)

81 Ambulante Behandlung wegen ernsthafter körperlicher Erkrankung

1 0 nein
 9 0 keine Angabe (weiter zu Frage 82)
 2 0 ja (A und B ausfüllen)

A) Art der Erkrankung
 (999=k.A.)

B) Dauer in Wochen

1. _____	I _ I _ I _ I _
2. _____	I _ I _ I _ I _
3. _____	I _ I _ I _ I _
4. _____	I _ I _ I _ I _
5. _____	I _ I _ I _ I _

82 Stationäre Behandlung wegen ernsthafter körperlicher Erkrankung

1 0 nein
 9 0 keine Angabe (weiter zu Frage 83)
 2 0 ja (A und B ausfüllen)

A) Art der Erkrankung
 (999=k.A.)

B) Dauer in Wochen

-
- | | | |
|----|-------|---|
| 1. | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
- 83 Rauchen Sie?
- 1 0 ja
2 0 nein (weiter mit Frage 84)
9 0 keine Angabe
- A Wieviele Zigaretten pro Tag?: |_|_| (99=k.A.)
- B Seit wann (Jahre): |_|_| (99=k.A.)
- 84 Beziehung zur Familie (Kernfamilie)
- 1 0 gut
2 0 befriedigend
3 0 gleichgültig
4 0 unbefriedigend
8 0 entfällt
9 0 keine Angabe
- 85 Selbsteinschätzung: Äußere Unabhängigkeit von der Familie (lebt noch in der Familie,
erhält Hilfe zum Unterhalt, Familie bestimmt noch über Handlungen des Patienten; dabei
sind Lebensumstände - z.B. Studenten - zu berücksichtigen)
- 1 0 altersentsprechend unabhängig, lebt eigenes Leben
2 0 weitgehend unabhängig
3 0 zu abhängig
9 0 keine Angabe
- 86 Selbsteinschätzung: Innere Unabhängigkeit von der Familie (unangemessene Kontrolle
durch die Familie, nimmt übermäßig Rücksicht bei eigenen Entscheidungen, sorgt sich
übermäßig um Familie, häufige Konflikte)
- 1 0 altersentsprechend unabhängig, innerlich selbstständig
2 0 weitgehend innerlich selbstständig
3 0 innerlich übermäßig an die Familie gebunden
9 0 keine Angabe
- 87 Beurteilung des Interviewers: altersentsprechende Unabhängigkeit von der Familie
insgesamt

1 0 erreicht
2 0 nicht erreicht
9 0 nicht beurteilbar

Verwandtenbelastungen bei Katamnese (lifetime)

Legende:

keine psychiatrische Erkrankung 0 bei allen
 Verwandten: entfällt 88 Mehrfachnennung
 möglich keine Angaben 99

Zwangsstörung	1
Angststörung	2
Depressive Strörung	3
Manische / bipolare Störung	4
Ticstörung	5
Tourette-Syndrom	6
Anorexia nervosa	7
Bulimia nervosa	8
unspezifische Eßstörung	9
Zwanghafte Persönlichkeit	10
Somatoforme Störung	11
Alkoholmißbrauch / Sucht	12
Anderer Substanzmißbrauch / Sucht	13
Psychose	14
Trichotillomanie	15
Autismus	16
Suizid	17
Sonstiges	18
dissoziative Störung	19

88 Mutter: ___ ___ ___

89 Vater: ___ ___ ___

Geschwister (ein Buchstabe pro Schwester / Bruder):

90 weiblich: A ___ ___ ___

91 männlich: A: ___ ___ ___

B ___ ___ ___

B ___ ___ ___

C ___ ___ ___

C ___ ___ ___

D ___ ___ ___

D ___ ___ ___

E ___ ___ ___

E ___ ___ ___

Schule und Beruf

92 Berufliche und schulische Leistungsfähigkeit in den letzten 6 Monaten

1 0 regelmäßig Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigung ohne besondere Fehlzeiten

2 0 Teilzeitarbeit aus gesundheitlichen (physischen/psychischen) Gründen

oder

- Vollzeitarbeit mit häufigen Fehlzeiten
3 0 keine bezahlte Anstellung / Studium aus gesundheitlichen
(physischen/psychischen)
Gründen
4 0 keine berufliche Tätigkeit aus privaten Gründen (z.B. im Haushalt) bei
voller
Leistungsfähigkeit
9 0 keine Angabe

93 Sozioökonomischer Status nach ZUMA

- 1 0 ungelernte Arbeiter
2 0 Angelernte Arbeiter, Landwirte bis 9 ha
3 0 Facharbeiter, Landwirte mit 10-19 ha
4 0 Einfache Angestellte / Beamte; Vorarbeiter; Landwirte mit 20-49 ha
5 0 Mittlere Angestellte / Beamte; Selbstständige bis ein Mitarbeiter;
Meister und
Werkmeister; Landwirte mit mehr als 50 ha
6 0 Gehobene Angestellte und Beamte; Selbstständige mit 2 bis 9
Mitarbeitern
7 0 Freie Berufe; höhere Angestellte und Beamte; Selbstständige mit mehr
als
10 Mitarbeitern
8 0 nicht beurteilbar, da noch nie erwerbstätig
9 0 Information fehlt

94 Soziale Anpassung des Probanden

- 1 0 unauffällig
2 0 leicht auffällig (z.B. ohne erlernten Beruf, ohne regelmäßige
Beschäftigung)
3 0 auffällig (vorbestraft, antisoziales Verhalten)
9 0 keine Angabe

95 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer schulischen / beruflichen Situation?

- 1 0 sehr zufrieden
2 0 zufrieden
3 0 gleichgültig
4 0 unzufrieden
5 0 sehr unzufrieden
9 0 keine Angabe

Kontakte

96 Wie oft gehen Sie aus, um sich mit Freunden / Bekannten zu treffen (letztes 1/2
Jahr)

- 1 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach pro Woche
2 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach im Monat
3 0 seltener als einmal im Monat

-
- 9 0 keine Angabe
- 97 Haben Sie Freunde /Freundinnen in Ihrer Altersgruppe, mit denen Sie Dinge, die Sie bedrücken, besprechen?
- 1 0 sehr enge, vertrauensvolle Freundschaft
2 0 engere Freundschaft besteht, Möglichkeit zu Gesprächen über Persönliches
3 0 weniger enge Freundschaft, in Ausnahmefällen Gespräche über Persönliches
4 0 es bestehen weder freundschaftliche noch verwandtschaftliche Beziehungen
zu Gleichaltrigen
9 0 keine Angabe
- 98 Wie oft erhalten Sie Besuch von Freunden oder Bekannten im Durchschnitt?
- 1 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach pro Woche
2 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach im Monat
3 0 seltener als einmal im Monat
9 0 keine Angabe
- 99 Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kontakten außerhalb der Familie?
- 1 0 bin so zufrieden
2 0 wünsche mir etwas mehr Kontakte
3 0 wünsche mir viel mehr Kontakte
4 0 wünsche mir weniger Kontakte
9 0 keine Angabe
- 100 Zusammenfassende Beurteilung des Kontaktverhaltens durch Befragter
- 1 0 unauffällig (altersentsprechend bzw. entspricht Lebensumständen)
2 0 leicht auffällig
3 0 sehr auffällig
9 0 nicht beurteilbar

Partnerschaft

- 101 Proband lebt
- 1 0 in Herkunftsfamilie
2 0 allein
3 0 zu zweit mit Partner
4 0 in selbstgegründeter Familie mit Kindern
5 0 in Wohngemeinschaft
9 0 keine Angabe

102 Partnerschaft

- 1 0 gegengeschlechtlicher Partner
- 2 0 gleichgeschlechtlicher Partner
- 3 0 kein Partner
- 9 0 keine Angabe

103 Bei alleinstehendem Proband: wünscht sich Partner / Freund

- 8 0 entfällt
- 1 0 ja
- 2 0 ja, hat aber Angst vor fester Beziehung
- 3 0 gleichgültig
- 4 0 nein
- 9 0 keine Angabe

104 Probleme des Partners

- 8 0 entfällt
- 1 0 keine
- 2 0 ernsthafte gesundheitliche (organische) Probleme
- 3 0 ernsthafte psychische Probleme
- 4 0 sowohl körperlicher als auch psychischer Art
- 9 0 keine Angabe

105 Zufriedenheit mit Partnerschaft

- 8 0 entfällt
- 1 0 sehr zufrieden
- 2 0 weitgehend zufrieden
- 3 0 unzufrieden
- 4 0 stark unzufrieden
- 9 0 keine Angabe

Sexualität

106 Einstellung / Umgang zu Sexualität

- 1 0 Gefallen
- 2 0 Gleichgültigkeit
- 3 0 Desinteresse
- 4 0 aktive Vermeidung
- 9 0 keine Angabe

107 Haben oder hatten Sie schon intimere Beziehungen zu einem Partner?

- 1 0 sexuelle Beziehung einschließlich Geschlechtsverkehr
- 2 0 kein Geschlechtsverkehr, jedoch häufiger „Petting“
- 3 0 gelegentliche Zärtlichkeiten, selten „Petting“

-
- 4 0 keine intimen Beziehungen
9 0 keine Angabe
- 108 Offensichtliches sexuelles Verhalten (Einschätzung des Interviewers)
- 1 0 Beziehung mit befriedigender Sexualität
2 0 gelegentlich oberflächliche „Affären“, ohne befriedigende sexuelle Beziehungen
3 0 vermeidet sexuelle Kontakte
4 0 grundsätzlich befriedigende Sexualität, zur Zeit nur kein Partner
9 0 keine Angabe
- 109 Pille in den vorausgegangenen 6 Monaten
- 8 0 entfällt (männlich)
1 0 nein
2 0 ja
9 0 keine Angabe
- 110A Menstruation in den vorausgegangenen 6 Monaten (wenn Pille: Status vor Beginn der Pilleneinnahme)
- 8 0 entfällt (männlich)
1 0 immer regelmäßig und zyklisch
2 0 unregelmäßige, aber zeitweilig auch zyklische Menstruation
3 0 sporadische Menstruation (nie zyklisch)
4 0 sekundäre Amenorrhoe
5 0 primäre Amenorrhoe
6 0 keine Regel, da Schwangerschaft, Gebärmutterentfernung o.ä.
9 0 keine Angabe
- 110B Haben Sie je eine Zyklusabhängigkeit ihrer (dissoziativen) Beschwerden bemerkt?
- 8 0 entfällt (männlich)
1 0 nein
2 0 ja, Beschwerden verstärken sich in der Woche vor der Menstruation
3 0 ja, Beschwerden verstärken sich während der Menstruation
4 0 ja, anderweitig; beschreiben: _____
9 0 keine Angabe
- 111 Wenn keine eigenen Kinder: besteht Kinderwunsch?
- 8 0 entfällt
1 0 nein
2 0 ja
9 0 keine Angabe
- 112 Subjektive Einschätzung des Probanden: Wie würden Sie auf einer Skala von

1 (nicht vorhanden) bis 5 (stark ausgeprägt) die Beschwerden, wegen derer Sie bei uns in Behandlung waren, oder ähnliche (dissoziative) Beschwerden gegenwärtig beurteilen?

- 1 0 ich habe keine Beschwerden
2 0 ich habe nur wenige und leichte Beschwerden, die jedoch mein normales Leben kaum beeinflussen
3 0 ich habe mäßig starke Beschwerden, die mein Alltagsleben leicht beeinträchtigen
4 0 ich habe starke Beschwerden und bin in meinem Alltagsleben dadurch deutlich beeinträchtigt
5 0 meine Beschwerden sind sehr stark ausgeprägt; ich bin maximal beeinträchtigt
9 0 keine Angabe

Nachbefragung

113 Ist es Ihnen leicht oder schwer gefallen, an der Untersuchung teilzunehmen?

- 1 0 leicht gefallen
2 0 war mir egal
3 0 schwer gefallen
9 0 keine Angabe

114 Ist es Ihnen leicht oder schwer gefallen, alle Fragen offen zu beantworten?

- 1 0 leicht gefallen
2 0 unterschiedlich
3 0 schwer gefallen
9 0 keine Angabe

115 Hat Sie an der Untersuchung irgendetwas gestört?

- 1 0 nein
2 0 ja, und zwar: _____
9 0 keine Angabe

116 Welche Gründe haben Sie bewogen, an der Untersuchung teilzunehmen?

Körperlicher Befund

117 Körpergröße(cm) |_|_|_|_|_|

118 Körpergewicht (kg) |_|_|_|_|_| (gewogen in leichter Tagesbekleidung ohne Schuhe)

Nach Verabschiedung des Probanden

- 119 Wie schätzt der Interviewer den Wahrheitsgehalt der vom Probanden gemachten Äußerungen ein?
- 1 0 zuverlässige Angaben
 - 2 0 mäßig zuverlässige Angaben
 - 3 0 Interviewer bezweifelt die Richtigkeit der Angaben
 - 9 0 nicht beurteilbar
- 120 Verlauf der dissoziativen Störung
- 1 0 keine weitere dissoziative Symptomatik nach der ersten Behandlung
 - 2 0 subklinische dissoziative Symptomatik (Störung geringfügig, zweifelhaft, vorübergehend; keine oder nur geringe Funktionsbeeinträchtigung)
 - 3 0 episodischer Verlauf der dissoziativen Störung (Intervalle mit deutlicher und beeinträchtigender Symptomatik wechseln sich mit symptomfreien Perioden bzw. mit Zeiten mit subklinischer Symptomatik ab)
 - 4 0 chronischer Verlauf der dissoziativen Störung
 - 9 0 keine Angabe
- 121 GAF (siehe Beiblatt): I_I_I_I (999=keine Beurteilung möglich)

HALBSTRUKTURIERTER ERHEBUNGSBOGEN ZUR KATAMNESE VON DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN

Bogen für Kontrollpersonen

Bedingung:

- 1 0 RST-Hyperventilation
- 2 0 Hyperventilation-RST

3 Fall-Nr. |_|_|_|

5 Geburtsdatum |_|_|_|_|_|

6 Geschlecht

- 1 0 männlich
- 2 0 weiblich

7 Religion

- 1 0 evangelisch
- 2 0 katholisch
- 3 0 sonstige
- 4 0 keine
- 9 0 keine Angabe

68 Untersuchungsdatum |_|_|. |_|_|. |_|_|

69 Rater-Nr. |_|

kg_erg_1 Sind Sie in Vergangenheit wegen psychischer Beschwerden,
verminderter

Leistungsfähigkeit oder einer Sucht in ärztlicher oder psychologischer
Behandlung gewesen oder haben Rat bei anderen professionellen
Helfern
gesucht?

- 1 0 nein
- 2 0 ja, und zwar wegen:

9 0 keine Angabe

kg_erg_2 Sind Sie in Vergangenheit wegen einer ernsthaften körperlichen Erkrankung in ambulanter oder stationärer Behandlung gewesen?

1 0 nein

2 0 ja, und zwar wegen:

84 9 0 keine Angabe
Beziehung zur Familie (Kernfamilie)

1 0 gut

2 0 befriedigend

3 0 gleichgültig

4 0 unbefriedigend

8 0 entfällt

9 0 keine Angabe

85 Selbsteinschätzung: Äußere Unabhängigkeit von der Familie (lebt noch in der Familie, erhält Hilfe zum Unterhalt, Familie bestimmt noch über Handlungen des Patienten; dabei sind Lebensumstände - z.B. Studenten - zu berücksichtigen)

1 0 altersentsprechend unabhängig, lebt eigenes Leben

2 0 weitgehend unabhängig

3 0 zu abhängig

9 0 keine Angabe

86 Selbsteinschätzung: Innere Unabhängigkeit von der Familie (unangemessene Kontrolle durch die Familie, nimmt übermäßig Rücksicht bei eigenen Entscheidungen, sorgt sich übermäßig um Familie, häufige Konflikte)

1 0 altersentsprechend unabhängig, innerlich selbstständig

2 0 weitgehend innerlich selbstständig

3 0 innerlich übermäßig an die Familie gebunden

9 0 keine Angabe

87 Beurteilung des Interviewers: altersentsprechende Unabhängigkeit von der Familie insgesamt

- 1 0 erreicht
- 2 0 nicht erreicht
- 9 0 nicht beurteilbar

Verwandtenbelastungen bei Katamnese (lifetime)

Legende:

keine psychiatrische Erkrankung	0	bei allen
Verwandten: entfällt möglich	88	Mehrfachnennung
keine Angaben	99	

Zwangsstörung	1
Angststörung	2
Depressive Strörung	3
Manische / bipolare Störung	4
Ticstörung	5
Tourette-Syndrom	6
Anorexia nervosa	7
Bulimia nervosa	8
unspezifische Eßstörung	9
Zwanghafte Persönlichkeit	10
Somatoforme Störung	11
Alkoholmißbrauch / Sucht	12
Anderer Substanzmißbrauch / Sucht	13
Psychose	14
Trichotillomanie	15
Autismus	16
Suizid	17
Sonstiges	18
dissoziative Störung	19

88 Mutter: ___ ___ ___

89 Vater: ___ ___ ___

Geschwister (ein Buchstabe pro Schwester / Bruder):

90 weiblich: A ___ ___ ___

91 männlich: A: ___ ___ ___

B ___ ___ ___

B ___ ___ ___

C ___ ___ ___

C ___ ___ ___

D ___ ___ ___

D ___ ___ ___

E ___ ___ ___

E ___ ___ ___

Schule und Beruf

92 Berufliche und schulische Leistungsfähigkeit in den letzten 6 Monaten

- 1 0 regelmäßig Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigung ohne besondere Fehlzeiten
 - 2 0 Teilzeitarbeit aus gesundheitlichen (physischen/psychischen) Gründen
- oder
- Vollzeitarbeit mit häufigen Fehlzeiten
 - 3 0 keine bezahlte Anstellung / Studium aus gesundheitlichen (physischen/psychischen) Gründen
 - 4 0 keine berufliche Tätigkeit aus privaten Gründen (z.B. im Haushalt) bei voller Leistungsfähigkeit
 - 9 0 keine Angabe

93 Sozioökonomischer Status nach ZUMA

- 1 0 ungelernte Arbeiter
 - 2 0 Angelernte Arbeiter, Landwirte bis 9 ha
 - 3 0 Facharbeiter, Landwirte mit 10-19 ha
 - 4 0 Einfache Angestellte / Beamte; Vorarbeiter; Landwirte mit 20-49 ha
 - 5 0 Mittlere Angestellte / Beamte; Selbstständige bis ein Mitarbeiter;
- Meister und
- Werkmeister; Landwirte mit mehr als 50 ha
 - 6 0 Gehobene Angestellte und Beamte; Selbstständige mit 2 bis 9
- Mitarbeitern
- 7 0 Freie Berufe; höhere Angestellte und Beamte; Selbstständige mit mehr als 10 Mitarbeitern
 - 8 0 nicht beurteilbar, da noch nie erwerbstätig
 - 9 0 Information fehlt

94 Soziale Anpassung des Probanden

- 1 0 unauffällig
- 2 0 leicht auffällig (z.B. ohne erlernten Beruf, ohne regelmäßige Beschäftigung)
- 3 0 auffällig (vorbestraft, antisoziales Verhalten)
- 9 0 keine Angabe

95 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer schulischen / beruflichen Situation?

- 1 0 sehr zufrieden
- 2 0 zufrieden
- 3 0 gleichgültig
- 4 0 unzufrieden
- 5 0 sehr unzufrieden
- 9 0 keine Angabe

Kontakte

96 Wie oft gehen Sie aus, um sich mit Freunden / Bekannten zu treffen (letztes ½ Jahr)

- 1 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach pro Woche
- 2 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach im Monat
- 3 0 seltener als einmal im Monat
- 9 0 keine Angabe

97 Haben Sie Freunde /Freundinnen in Ihrer Altersgruppe, mit denen Sie Dinge, die

Sie bedrücken, besprechen?

- 1 0 sehr enge, vertrauensvolle Freundschaft
- 2 0 engere Freundschaft besteht, Möglichkeit zu Gesprächen über Persönliches
- 3 0 weniger enge Freundschaft, in Ausnahmefällen Gespräche über Persönliches
- 4 0 es bestehen weder freundschaftliche noch verwandtschaftliche Beziehungen
- zu Gleichaltrigen
- 9 0 keine Angabe

98 Wie oft erhalten Sie Besuch von Freunden oder Bekannten im Durchschnitt?

- 1 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach pro Woche
- 2 0 durchschnittlich ein- bis mehrfach im Monat
- 3 0 seltener als einmal im Monat
- 9 0 keine Angabe

99 Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kontakten außerhalb der Familie?

- 1 0 bin so zufrieden
- 2 0 wünsche mir etwas mehr Kontakte
- 3 0 wünsche mir viel mehr Kontakte
- 4 0 wünsche mir weniger Kontakte
- 9 0 keine Angabe

100 Zusammenfassende Beurteilung des Kontaktverhaltens durch Befragter

- 1 0 unauffällig (altersentsprechend bzw. entspricht Lebensumständen)
- 2 0 leicht auffällig
- 3 0 sehr auffällig
- 9 0 nicht beurteilbar

Partnerschaft

101 Proband lebt

- 1 0 in Herkunftsfamilie
- 2 0 allein
- 3 0 zu zweit mit Partner

-
- 4 0 in selbstgegründeter Familie mit Kindern
5 0 in Wohngemeinschaft
9 0 keine Angabe
- 102 Partnerschaft
- 1 0 gegengeschlechtlicher Partner
2 0 gleichgeschlechtlicher Partner
3 0 kein Partner
9 0 keine Angabe
- 103 Bei alleinstehendem Proband: wünscht sich Partner / Freund
- 8 0 entfällt
1 0 ja
2 0 ja, hat aber Angst vor fester Beziehung
3 0 gleichgültig
4 0 nein
9 0 keine Angabe
- 104 Probleme des Partners
- 8 0 entfällt
1 0 keine
2 0 ernsthafte gesundheitliche (organische) Probleme
3 0 ernsthafte psychische Probleme
4 0 sowohl körperlicher als auch psychischer Art
9 0 keine Angabe
- 105 Zufriedenheit mit Partnerschaft
- 8 0 entfällt
1 0 sehr zufrieden
2 0 weitgehend zufrieden
3 0 unzufrieden
4 0 stark unzufrieden
9 0 keine Angabe
- Sexualität**
- 106 Einstellung / Umgang zu Sexualität
- 1 0 Gefallen
2 0 Gleichgültigkeit
3 0 Desinteresse
4 0 aktive Vermeidung
9 0 keine Angabe
- 107 Haben oder hatten Sie schon intimere Beziehungen zu einem Partner?
- 1 0 sexuelle Beziehung einschließlich Geschlechtsverkehr

- 2 0 kein Geschlechtsverkehr, jedoch häufiger „Petting“
- 3 0 gelegentliche Zärtlichkeiten, selten „Petting“
- 4 0 keine intimen Beziehungen
- 9 0 keine Angabe

108 Offensichtliches sexuelles Verhalten (Einschätzung des Interviewers)

- 1 0 Beziehung mit befriedigender Sexualität
- 2 0 gelegentlich oberflächliche „Affären“, ohne befriedigende sexuelle Beziehungen
- 3 0 vermeidet sexuelle Kontakte
- 4 0 grundsätzlich befriedigende Sexualität, zur Zeit nur kein Partner
- 9 0 keine Angabe

109 Pille in den vorausgegangenen 6 Monaten

- 8 0 entfällt (männlich)
- 1 0 nein
- 2 0 ja
- 9 0 keine Angabe

110A Menstruation in den vorausgegangenen 6 Monaten (wenn Pille: Status vor Beginn der Pilleneinnahme)

- 8 0 entfällt (männlich)
- 1 0 immer regelmäßig und zyklisch
- 2 0 unregelmäßige, aber zeitweilig auch zyklische Menstruation
- 3 0 sporadische Menstruation (nie zyklisch)
- 4 0 sekundäre Amenorrhoe
- 5 0 primäre Amenorrhoe
- 6 0 keine Regel, da Schwangerschaft, Gebärmutterentfernung o.ä.
- 9 0 keine Angabe

111 Wenn keine eigenen Kinder: besteht Kinderwunsch?

- 8 0 entfällt
- 1 0 nein
- 2 0 ja
- 9 0 keine Angabe

Nachbefragung

113 Ist es Ihnen leicht oder schwer gefallen, an der Untersuchung teilzunehmen?

- 1 0 leicht gefallen
- 2 0 war mir egal
- 3 0 schwer gefallen
- 9 0 keine Angabe

114 Ist es Ihnen leicht oder schwer gefallen, alle Fragen offen zu beantworten?

- 1 0 leicht gefallen
- 2 0 unterschiedlich
- 3 0 schwer gefallen
- 9 0 keine Angabe

115 Hat Sie an der Untersuchung irgendetwas gestört?

- 1 0 nein
- 2 0 ja, und zwar: _____
- 9 0 keine Angabe

116 Welche Gründe haben Sie bewogen, an der Untersuchung teilzunehmen?

Körperlicher Befund

117 Körpergröße(cm) |_|_|_|,|_|

118 Körpergewicht (kg) |_|_|_|,|_| (gewogen in leichter Tagesbekleidung ohne Schuhe)

Nach Verabschiedung des Probanden

119 Wie schätzt der Interviewer den Wahrheitsgehalt der vom Probanden gemachten Äußerungen ein?

- 1 0 zuverlässige Angaben
- 2 0 mäßig zuverlässige Angaben
- 3 0 Interviewer bezweifelt die Richtigkeit der Angaben
- 9 0 nicht beurteilbar

121 GAF (siehe Beiblatt): |_|_|_| (999=keine Beurteilung möglich)

Telefonische Befragung

Name:-----

Datum Tel. Gespräch:-----

Zur Motivierung bei Teilnahmeverweigerung

- steht der Entschluss ganz fest?

- welche Gründe, Befürchtungen, Bedenken...?-----

- können wir Teilnahme irgendwie erleichtern (etwa zu Hause oder zu einem späteren Zeitpunkt?)-----

- noch mal auf die Ziele der Studie eingehen (wie geht es den Patienten auch Jahre später, wie sie die Behandlung erlebt haben, wie man sie verbessern könnte...

Bei weiterer Absage:

- signalisieren, dass Entscheidung respektiert wird
- Frage, ob der Pat. Bei Teilbereichen der Untersuchung teilnehmen würde (z.B. Fragebogen ausfüllen....)?
- Bitte darum, dass Pat. Einige kurze Fragen beantwortet

Schulabschluss----- Berufsausbildung-----

Jetzige berufliche Tätigkeit:-----

Zufriedenheit:-----

Freundschaften, enge Familienbeziehungen?-----

Zufriedenheit:-----

- Haben sie einen festen Partner? (verheiratet, Kinder)-----

-

Zufriedenheit:-----

Wenn nein: frühere Partnerschaften, Partnerwunsch?-----

- Könnten sie mir einmal beschreiben, wie es ihnen jetzt geht, in welchen Bereichen es ihnen gut geht, womit sie zufrieden sind und wo sie Schwierigkeiten haben?-----

-Behandlung war hier früher wegen einer dissoziativen Störung (genaues Störungsbild angeben – leiden sie heute noch unter solchen Symptomen bzw. unter einer dissoziativen Störung?

Wenn ja, welche?-----

- Wie stark sind sie dadurch in ihrem Leben beeinträchtigt ?-----

- Haben sie andere Schwierigkeiten als dissoziative Symptome? (Ängste, Depressionen, Essprobleme, Schwierigkeiten mit anderen oder der Partnerschaft)-----

- Haben sie wegen der dissoziativen Störung oder anderen Schwierigkeiten nach der Behandlung hier weitere Behandlungen in Anspruch genommen (ärztlich, therapeutisch...)?
Wenn ja: weswegen, welche Hilfen?-----

am Ende:

steht Entschluss, nicht teilnehmen zu wollen, wirklich ganz fest?

ANHANG C

- Beschwerdenliste
- EMO 16 akt. (modifiziert)

Beschwerden-Liste, modifiziert (B-L mod.)

Anleitung

Bitte füllen Sie diese Beschwerden-Liste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eines der vier Kästchen rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung!

Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide im Moment unter folgenden Beschwerden:	stark	mäßig	kaum	gar nicht
Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen, Herzjagen, Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibsschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in den Händen und/oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Punkte beantwortet haben!				
Score <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>				

EMO 16 akt (modifiziert)**Wie fühlen Sie sich jetzt?**

Beschreiben Sie bitte Ihren Gefühlszustand mit Hilfe der vorgegebenen Wörter. Jedes Wort steht für einen Bereich von Gefühlen. Es schließt also ähnliche Gefühle ein, für die man auch ein anderes Wort verwenden könnte.

Kreuzen Sie nun an (-- X ---), wie intensiv Sie gerade jedes Gefühl erleben! Je stärker das Gefühl ist, desto weiter rechts machen Sie das Kreuz.

	nicht vorhanden ↓	sehr schwach ↓	eher schwach ↓	mittel ↓	eher stark ↓	sehr stark ↓
Abneigung	0	0	0	0	0	0
Ärger	0	0	0	0	0	0
Neid	0	0	0	0	0	0
Langeweile	0	0	0	0	0	0
Angst	0	0	0	0	0	0
Unruhe	0	0	0	0	0	0
Traurigkeit	0	0	0	0	0	0
Sehnsucht	0	0	0	0	0	0
Scham	0	0	0	0	0	0
Schuldgefühl	0	0	0	0	0	0
Freude	0	0	0	0	0	0
Stolz	0	0	0	0	0	0
Mitgefühl	0	0	0	0	0	0
Zuneigung	0	0	0	0	0	0
Überraschung	0	0	0	0	0	0
sonstige Gefühle:	0	0	0	0	0	0

ANHANG D

- Tabelle D-1: Von den Patienten angegebene Konfliktsituationen
- Tabelle D-2: Von den Patienten angegebene Gründe zur Teilnahme an der Nachuntersuchung

Tabelle D-1: Beschreibung der Konfliktsituationen

- Chronische Belastung in Familie und Schule
- Belastete familiäre Situation wegen körperlicher Behinderung
- Starke psychische Belastung während eines Schulausflugs
- Misshandlung durch Mutter in den ersten 2½ Lebensjahren
- Belastete familiäre Situation (beide Elternteile haben eine Alkoholproblematik)
- Leistungsdruck durch Zwillingsbruder
- Familiäre Leistungsüberforderung
- erhöhte Leistungserwartung der Eltern
- familiäre Belastung bei elterlichem Streit
- interfamiliäre Spannung, Rivalitätskonflikt mit Schwester
- Herausfallen aus normalem Tagesablauf wegen Krankheit
- Abbruch der Schulausbildung; v.a. sexuelle Belästigung in der Vergangenheit
- Belastete Familiensituation (Adoptivkind)
- Belastete familiäre Situation (Konflikt mit Stiefvater)
- Schulschwierigkeiten, Angst vor Vernachlässigung, nach Geburt eines Geschwisterkindes)
- Starke Verwöhnung in der Familie
- Interfamiliäre Spannungen, hohe schulische Leistungsanforderung
- Gespannte Familiensituation (Scheidung der Eltern)
- Schulkonflikte, Vorbildfunktion der Eltern
- Konflikte mit Mutter, fragliches Bleiberecht als Asylbewerber
- Kontakt zu kriminellen Kreisen mit Erpressung und sexueller Nötigung
- Familiäre und berufliche Belastungssituation
- Schulische Überlastung
- Schulische Außenseiterposition, familiäre Konflikte
- Konflikt: Zuwendung sexuelle Anziehung mit Vater, Konflikt mit Lebensgefährtin des Vaters
- Beginnende Verwahrlosung
- Schulprobleme durch Außenseiterposition
- Familiäre Problematik (Angst vor Vater)
- Außenseiterrolle in der Schule/Familie
- Pubertätskrise
- Familiäre Belastung wegen starker Entfaltungseinschränkung
- Suizid der schwer schizophranen Mutter
- Immense schulische Überforderung, Leistungsdruck durch Mutter
- Konflikte in der Azubistelle
- Selbstwertproblematik, Lebensunzufriedenheit, familiäre Probleme
- Fehlende familiäre Bezugsperson, Schulprobleme
- Massive Schulbelastung
- Schulüberlastung bei verminderter Konzentrationsfähigkeit
- Schulangst; To der Großmutter
- Massive Beziehungsstörung, Depressivität, Einsamkeit
- Der Wechsel auf eine höhere Schule wurde vom Schulleiter verweigert
- Nicht überwundene Trennung der Eltern
- Übersteigerte Mutter-Kind-Beziehung, Außenseiterrolle
- Familiäre Spannungen (Scheidung), und Ablöseproblematik
- Interfamiliäre Beziehungsstörung (Weltanschauungskonflikt)
- Problematische Familiensituation
- Außenseiterposition in Schule und Familie
- Mehrschichtige familiäre Probleme (wohnt in Pflegefamilie, Alkoholprobleme der Pflegeeltern)
- Belastete Familiensituation
- Angespannte Familiensituation
- Schulische Überforderung, Rivalitätskonflikt mit Schwester
- Überforderung bei Berufsförderlehrgang

Tabelle D-2: Gründe für die Teilnahme an der Nachuntersuchung (stichwortartige Auflistung der Angaben von 18 Patienten)

- Hilfe für andere
- Hilfe für sich selbst
- Um Erfahrung weiterzugeben
- Behandlung war erfolgreich
- Anderen zu helfen
- Neugierde
- Um anderen zu helfen
- Warum nicht?
- Eigenes Bild zu verschaffen
- Eigene Reflektion
- Anderen weiterzuhelfen
- Interesse an Untersuchung
- Interesse
- Erfahrung weiterzugeben
- Auf Drängen der Mutter
- Hilfe durch Klinik erhofft
- Finanzieller Aspekt
- Hilfe durch Klinik erhofft

Lebenslauf

Stefanie Schneck-Seif, geb. am 07.06.1969 in Waiblingen, Rems-Murr-Kreis

Familie

Eltern: Ursula Schneck, geb. Kurz; Heinz Schneck
Ehemann: Dr. Farshid Seif
Kinder: Kian Seif

Schulbildung

1976-1980 Besuch der Salier Grundschule in Waiblingen
1980-1989 Besuch des Salier-Gymnasiums Waiblingen
Abschluss mit Allgemeiner Hochschulreife

Studium

SS 1990 Beginn des Studium der Psychologie an der Julius-Maximilians
Universität Würzburg
29.10.1992 Ablegen der Diplom-Vorprüfung
WS 1993/94 Studium der Psychologie an der „University of Wales“ in Bangor, UK
15.01.1997 Ablegen der Diplom-Prüfung
WS 2000/01- Promotionsstudium Psychologie

Berufliche Tätigkeit

Seit 12/1997 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Kinder-
und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Julius-
Maximilians Universität Würzburg

Weiterbildung

20.10.2003 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin