

Aus der Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie  
(Direktor: Prof. Dr. med. H. J. Freyberger)  
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

**Dissoziative Phänomene bei stationären  
psychiatrischen Patienten**

Ausmaß der Dissoziation, Komorbidität,  
Krankheitsverarbeitung und Psychotherapiemotivation

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung des akademischen  
Grades  
Doktor der Medizin  
(Dr. med.)  
der  
Medizinischen Fakultät  
der  
Ernst-Moritz-Arndt-Universität  
Greifswald  
2001

vorgelegt von:

Norbert Magdeburg

geb. am: 16.04.1962

in: Suhl

**Dekan:** Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer

**1. Gutachter:** Prof. Dr. med. Freyberger

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Greifswald

**2. Gutachter:** Prof. Dr. med. Michael Krausz

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hamburg

**Raum:** Hörsaal, Neurologische Universitätsklinik Greifswald

**Tag der Disputation:** 10.Juni 2002

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Stand der Forschung</b>	<b>1</b>
1.1.	Hysterie, Dissoziation und Konversion - das Krankheitsverständnis eines vielgestaltigen Phänomens	1
1.1.1.	Symptomatik	1
1.1.2.	Symptomwandel, Epidemiologie und Prognose	3
1.1.3.	Ätiologische Modelle	5
1.1.4.	Dissoziation und Konversion im Spiegel neuer Klassifikationssysteme	14
1.1.5.	Studien zur Komorbidität, Krankheitsverarbeitung, Psychotherapiemotivation und zum Ausmaß der Dissoziation	20
1.1.6.	Folgerungen für diese Untersuchung und Fragestellungen	28
<b>2.</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>31</b>
2.1.	Stichprobenbeschreibung	31
2.2.	Durchführung	37
2.3.	Instrumente	39
2.3.1.	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	39
2.3.2.	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	41
2.3.3.	Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung (FPI-R)	42
2.3.4.	Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)	43
2.3.5.	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)	44
2.3.6.	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-Lis)	45
2.3.7.	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)	46
2.4.	Statistische Auswertung	46
<b>3.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>47</b>
3.1.	Komorbidität	47
3.1.1.	Querschnittskomorbidität der klinischen Diagnosen	47
3.1.2.	Interne und externe Komorbidität der Patienten mit dissoziativen Störungen	49

3.2.	Unterschiede deskriptiver Parameter bei einzelnen dissoziativen Störungsgruppen	54
3.2.1.	Subgruppen der dissoziativen Störungen	55
3.3.	Vergleich der Gruppe der dissoziativen Patienten mit den psychiatrischen Patienten ohne dissoziative Störung	57
3.3.1.	Unterschiede bei den Selbstbeurteilungsskalen	57
3.4.	Extremgruppenvergleiche, Korrelationen und Ausmaß der Dissoziation	60
3.4.1.	Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Dissoziation und der Höhe der Scores der Selbstbeurteilungsskalen	60
3.4.2.	Sensitivität und Spezifität des FDS	67
3.4.3.	Ausmaß der Dissoziation bei verschiedenen Störungsgruppen	68
3.4.4.	Ausmaß der Dissoziation, klinische und CIDI-Diagnosen	70
<b>4.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>73</b>
4.1.	Ausgangspunkt dieser Untersuchung	73
4.2.	Dissoziative Störungen und Komorbidität	74
4.2.1.	Soziodemographische Charakteristika der untersuchten Stichprobe	74
4.2.2.	Prävalenz und Häufigkeitsverteilung dissoziativer Störungen im stationär-psychiatrischen Bereich	75
4.2.3.	Dissoziation und interne Komorbidität	77
4.2.4.	Externe Komorbidität der dissoziativen Störungen	79
4.3.	Dissoziative Störungen - ein eigenständiges Krankheitsbild	84
4.4.	Ausmaß der Dissoziation	86
4.4.1.	Korrelation mit Selbstbeurteilungsskalen und klinischen Parametern	87
4.4.2.	Korrelation mit standardisierter Diagnostik und klinischen Diagnosen	89
4.4.3.	Ausmaß der Dissoziation bei verschiedenen Störungsgruppen	90
4.4.4.	Auswirkungen des Ausmaßes der Dissoziation auf die Anzahl der dissoziativen Diagnosen und die Therapiedauer	92
4.5.	Schlußfolgerungen für die Psychiatrie	93
4.6.	Methodenkritische Betrachtung	95
4.7.	Weiterführende Forschungsansätze	96
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>98</b>

<b>6.</b>	<b>Literatur</b>	<b>100</b>
<b>7.</b>	<b>Anhang</b>	<b>108</b>
7.I.	Exemplarische Kasuistiken	108
7.I.1.	Anpassungsstörung bei histrionischer Persönlichkeit - Frau M.	108
7.I.2.	Rezidivierende depressive Störung - Herr H.	113
7.II.	Tabellen der statistischen Kennwerte	121
7.III.	Vierfeldertafeln des FDS bei cut-off-scores von 30 - 5	129
7.IV.	Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen	130

## **1. Stand der Forschung**

### **1.1. Hysterie, Dissoziation und Konversion - das Krankheitsverständnis eines vielgestaltigen Phänomens**

Die ersten Hinweise auf die Hysterie finden sich vor 4000 Jahren in der Alt-ägyptischen Kultur. Damit ist sie eines der ältesten beschriebenen Krankheitsbilder (WÖLK, 1992). Der Begriff der Hysterie hat seinen Ursprung im altgriechischen Wort für Gebärmutter und ist schon von PLATON in Verbindung mit typischen Krankheitssymptomen erwähnt worden. Seit dem 19. Jahrhundert wird die Hysterie unter im engeren Sinne wissenschaftlichen Gesichtspunkten erforscht. Das heutige Konzept der Krankheit basiert auf den grundlegenden Theoriebildungen der Jahrhundertwende. Im folgenden werden deshalb die geschichtlichen Meilensteine der Entwicklung der Hysteriekonzepte ohne Anspruch auf Vollständigkeit skizziert; ausführliche Darstellungen finden sich andernorts (VEITH, 1965; MENTZOS, 1986; NEMIAH, 1988).

#### ***1.1.1. Symptomatik***

**Geschichte:** Die Symptome der Hysterie sind seit Jahrhunderten bekannt. Die beginnende wissenschaftliche Auseinandersetzung fand in der französischen Neurologie des 19. Jahrhunderts statt. Die erste systematische Beschreibung einer (körpersymptomatischen) Form der Hysterie gab BRIQUET (1859). Er beschrieb pseudoneurologische Bilder wie Lähmungen, Krämpfe, Sensibilitäts- und Schmerzstörungen, daneben Sekretions- und Atmungsanomalien. FREUD und JANET, die die schillernden Phänomene der Hysterie an der Salpêtrière studieren konnten, beschrieben zusätzliche Symptombereiche. FREUD (1888) unterschied folgende Symptomkomplexe: „Krampfanfälle, hysterogene Zonen, Störungen der Sensibilität, Störungen der Sinnestätigkeit, Lähmungen, Kontraktionen und allgemeine Charaktere.“ Er zählte damit als erster systematisch außer körperlichen Störungen auch spezielle Persönlichkeitseigenschaften zu den Symptomen der Hysterie. JANET veröffentlichte 1894 seine Studien zur Hysterie, dabei beschrieb er psychische

Funktionsstörungen wie Gedächtnisstörungen und traumatische Persönlichkeitsveränderungen.

Die drei genannten Störungsbereiche, körperliche und psychische Störungen und spezielle Charaktereigenschaften, können auch heute noch der rein deskriptiven Einordnung hysterischer Symptome dienen.

**Körperliche Funktionsstörungen, sog. Konversionsstörungen:** Zu dieser Gruppe werden körperliche Funktionsstörungen gezählt wie Sehstörungen, Atembehinderung, Schwindelzustände, die psychisch bedingt sind, aber weder gewollt, noch bewußt simuliert sind (MENTZOS, 1986). Dazu gerechnet werden Bewegungsstörungen wie Schwäche, Paresen, Plegien, Astasien, Abasien, Zittern, Dys-, bzw. Aphonien, als auch Krampfanfälle, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen wie An-, Hyper-, Parästhesie, Analgesie und Taubheit (POECK, 1992).

**Psychogene Bewußtseinsstörungen, dissoziative Störungen im engeren Sinne:** In dieser Gruppe finden sich Funktionsstörungen der Psyche wie Dämmerzustände, Erregungszustände, Pseudodemenzen, Amnesien, die Fugue oder die dissoziative Identitätsstörung.

**Spezielle Persönlichkeitseigenschaften:** ZAPOTOCZKY (1994) sieht im „Histrionismus“, der sich in exzessiver Reagibilität, Manipulation, übertriebener Abhängigkeit und permanentem Verführungsverhalten ausdrücke, das Wesentliche der hysterischen Persönlichkeit. GREEN (1976) sieht in den fünf Charaktereigenschaften emotionale Labilität, Histrionismus, Erotisierung der sozialen Beziehungen, Egozentrik und Abhängigkeit die klassischen Merkmale der hysterischen Persönlichkeit. MENTZOS (1986) zählte noch die Suggestibilität dazu.

SÜLLWOLD (1987, 1990) sieht bei der hysterischen Persönlichkeit ein abnorm gesteigertes Bedürfnis nach Beachtung, das mit psychischer Unechtheit verbunden sei. Man könne von starker Affekterregbarkeit bei geringer Nachhaltigkeit der Gefühle, sowie von Erlebnishunger bei geringer Erlebnisfähigkeit sprechen. Hysteroide Persönlichkeitstendenzen seien eng mit

einer gewissen Aggressivität, Unbekümmertheit und sozialer Kontaktfreudigkeit verknüpft.

Die Aufzählung der Phänomene kann nur eine unvollständige sein, da gerade die hysterische Symptombildung einen ständigen Symptomwandel zeigt, wie noch aufgezeigt werden soll.

### *1.1.2. Symptomwandel, Epidemiologie und Prognose*

**Symptomwandel:** Die Ende des letzten Jahrhunderts häufiger vorkommenden klassischen hysterischen Bilder wie die sog. großen hysterischen Anfälle mit „Arc de cercle“ bis zu einem epidemieartigen Auftreten hysterischer Symptome, sind heute äußerst selten geworden. Auch ist das im Ersten Weltkrieg häufig auftretende „hysterische“ Zittersyndrom bei Soldaten des Zweiten Weltkrieges nur noch vereinzelt beobachtet worden. Aus dem Schwinden der hochdramatischen Formen könne jedoch nicht geschlossen werden, daß die Prävalenz hysterischer Störungen abgenommen habe (WÖLK, 1992). Der Wandel der Syndrome gehe oft über neurasthenische oder depressive Phasen in Organneurosen oder psychosomatische Krankheiten über. Die Organsprache sei an die Stelle der Ausdruckssprache getreten (ERNST, 1959). Auch MENTZOS sieht einen Wandel zu „feineren“ Formen der hysterischen Symptombildung. Anstelle der Lähmungen, Blindheiten und Ohnmachten könnten heute vermehrt diffuse Schmerzsyndrome und ungeklärte Erschöpfungszustände beobachtet werden. An die Stelle von aufsehenerregenden, psychogenen Ausnahmezuständen und Pseudohalluzinationen seien jetzt die sog. Nervenzusammenbrüche, Angstzustände, appellative Suizidversuche usw. getreten.

Die Patienten suchten sich deshalb neue Formen für ihre Krankheit, weil bekannte Symptome immer schneller als psychisch verursacht erkannt werden, was für das Unbewußte eine unerträgliche Entlarvung sei (SHORTER, 1994). Und das sei immer dann der Fall, wenn dem Patienten das Beharren auf der



organischen Ursache dadurch unmöglich gemacht werde, daß mit Hilfe der heute sehr umfassenden und selbst die feinsten Strukturen des Körpers aufklärenden Diagnostik kein Befund erhoben werden könne. Die Erscheinungsweise der Hysterie ist in besonderem Maße abhängig von der Akzeptanz der Symptome durch die Medizin aber auch in der Bevölkerung. „Was nicht beachtet wird, tritt weniger bzw. anders in Erscheinung“ (WÖLK, 1992). Der hysterische Mensch suche sich unbewußt diejenigen Symptome aus einem vorhandenen Symptompool heraus, die in seiner speziellen Umgebung geeignet sind, ihn in einer unerträglichen Lage zu entlasten (SHORTER, 1994).

**Epidemiologie:** Traditionell werden in neurologischen Kliniken hysterische Störungen am häufigsten gefunden. Die Angaben zur Prävalenz in neurologischen Kliniken reichen je nach Studie von 1% bei MARSDEN (1986), der allerdings über einen 5-Jahreszeitraum retrospektiv und nicht systematisch prospektiv untersuchte, über 4% bei BRÄUTIGAM (1994) bis 9% bei LEMPERT et al. (1990), der psychogene Schmerzstörungen mit einbezog. Dagegen werden in psychiatrischen Kliniken generell geringere Häufigkeiten gefunden. So geben KRULL und SCHIFFERDECKER (1990) eine Prävalenz von 0.87% für pseudoneurologische Konversionssymptome an, BRÄUTIGAM findet 1,2%. LAZARE (1981) führt Lebenszeitprävalenzen von Konversionssymptomen bei hausärztlich betreuten Patienten von 20 bis 25%, bei im psychiatrischen Konsiliardienst gesehenen Patienten von 5 bis 16% und bei ambulant behandelten psychiatrischen Patienten von 24% auf.

Die Häufigkeit in der Normalpopulation schätzen STEFANSSON et al. (1976) auf 22 Fälle pro 100.000 Einwohner pro Jahr. Neuere Studien in den USA finden eine wesentlich höhere Prävalenz als bis dahin vermutet. Dissoziative Störungen, nach Definitionen des DSM-III-R, sollen danach mit einem Anteil von 5-10% in der Normalpopulation vorkommen (ROSS, 1990).

Die Prävalenz bestimmter hysterischer Phänomene wechselt mit den vorherrschenden soziokulturellen Bedingungen. Die heute im westlichen Kulturkreis selten gewordenen klassisch-hysterischen Symptome finden sich noch gehäuft in den Mittelmeerländern, im Nahen Osten und in Rußland

(MENTZOS, 1986). ZAPOTOCZKY und HERZOG (1994) finden, daß die Hysterie bei Afrikanern häufiger pseudopsychotische und manische Züge trage, während sie in Europa eher eine depressive Färbung habe.

Die Krankheit tritt bei Frauen im Mittel dreimal häufiger auf als bei Männern. So ist die hysterische Struktur bei Frauen bis zu 20 mal häufiger als bei Männern diagnostiziert worden (ERNST, 1959). Das Alter der Erstmanifestation der hysterischen Störungen liegt nach den Untersuchungen mehrerer Autoren (s. ZAPOTOCZKY, 1994) zwischen 15 und 25 Jahren.

**Prognose:** Nach LEMPÉRIÈRE (1968) besserten sich bei einem Drittel die Eigenheiten der hysterischen Persönlichkeit im Alter, falls dazu aber noch Konversionssymptome hinzukämen, sei seltener mit einer Besserung zu rechnen. Andere Autoren sehen eine generelle Abnahme hysterischer Symptome im Alter (etwa SÜLLWOLD, 1987, 1990). Weitere Autoren sehen ein Symptomwandel im Alter. So stellt BRÄUTIGAM (1994) fest, daß die Konversionssymptome nach dem 3. Lebensjahrzehnt in den Hintergrund treten, jedoch entwickelten sich andere neurotische Symptome wie depressive oder herzhphobische. Die Konversionssymptome verschwänden aber die neurotische Entwicklung werde beibehalten.

### *1.1.3. Ätiologische Modelle*

**Geschichte:** Mit den ersten schriftlichen Überlieferungen des Krankheitsbildes auf ägyptischen Papyri fand auch die erste Ursachenzuweisung statt. Die Vorstellung, daß die hysterischen Symptome von der Gebärmutter hervorgerufen würden, ist später von der griechischen Medizin übernommen worden. Im Mittelalter sind die körperlichen Symptome der Hysterie für Anzeichen einer Besessenheit durch den Teufel gedeutet worden, sogenannte Stigmata diaboli. Bis in das 19. Jahrhundert hielt sich auch unter Ärzten die Vorstellung, bei Frauen seien unbefriedigte sexuelle Bedürfnisse für hysterische Symptome verantwortlich.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Hysterie zunehmend als neurologische Erkrankung betrachtet. Ende des letzten Jahrhunderts wandte sich JEAN MARTIN CHARCOT mit seinen Hypnoseexperimenten an der Salpêtrière vermehrt den psychodynamischen Aspekten des Krankheitsgeschehens zu, obwohl er selbst die Ursache der Hysterie in der Vererbung neuromuskulärer Defizite sah. JANET und FREUD, zwei Schüler CHARCOTS, verhalfen der psychodynamischen Sichtweise der Krankheit zum Durchbruch. Sie postulierten zwei für die Hysterie typische Pathomechanismen, die Dissoziation und die Konversion.

Mit zunehmender Einsicht in das Wesen der Krankheit und der Fülle der Erkenntnisse ist die Forschung unter verschiedenen Schwerpunkten weitergeführt worden. Hier wird kurz der heutige Stand der Erkenntnisse der psychobiologischen, der psychophysiologischen, der psychosozialen und ausführlicher die Weiterentwicklung der psychodynamischen und hypnotherapeutischen Hysterieforschung dargestellt.

**Psychobiologische Ansätze:** CHARCOT postulierte die Erbllichkeit der Hysterie. Immer wieder wurde diskutiert, inwieweit die Konstitution des Körpers der Ausbildung hysterischer Krankheitsbilder Vorschub leistet, FREUD nannte es das Entgegenkommen der Organe, ADLER erwähnte die Organminderwertigkeit, ohne daß eindeutige Befunde erhoben werden konnten. SHIELDS (1982) und TORGERSEN (1985) fanden ebenfalls keine Hinweise für eine Erbllichkeit. In der aktuellen Literatur finden sich widersprüchliche Befunde. So sprechen die Ergebnisse der Untersuchungen von GRABE et al. (1999) gegen eine genetische Disposition. JANG et al. (1998) fanden anhand von Zwillingsstudien dagegen deutliche Hinweise auf genetische Faktoren, die das Ausmaß der Dissoziation mit beeinflussen.

**Psychophysiologische Ansätze:** Diese untersuchen die Beziehung zwischen neurophysiologischen Phänomenen und der Symptomatik der Dissoziation und Konversion. Es können drei Aspekte unterschieden werden (PUTNAM, 1991):

- a) Ein auf CHARCOT zurückgehender Ansatz, der bestehende Verbindungen zwischen der Temporallappenepilepsie und dissoziativen Zuständen erforscht, wobei kein Kausalzusammenhang zwischen diesen angenommen wird.
- b) Ein Ansatz untersucht Zusammenhänge des Wechsels der Persönlichkeiten mit dem Wechsel der Hemisphärendominanz. Dabei interessiert besonders die Beziehung zwischen Konversionssymptomatik und Hemisphärität.
- c) In EEG-Studien gibt es Hinweise, daß das neurophysiologische System der Wahrnehmung im Sinne einer gesteigerten Variabilität der Aktivität des Sensoriums durch Hypnose und dissoziative Zustände verändert wird. Aufgrund der Ähnlichkeit der neurophysiologischen Phänomene wird auch von einem „autohypnotischen Modell der Dissoziation“ gesprochen. In einem Bewußtseins-Zustands-Modell wird angenommen, daß psychische Traumata die Fähigkeit Bewußtseinszustände zu modulieren schwächen.

MEARES und HORVATH (1972) stellten bei Patienten mit chronischen Konversionsstörungen eine massiv beeinträchtigte Fähigkeit, auf akustische Reize zu habituieren, fest. Im Gegensatz dazu zeigten Patienten mit akuten Konversionsstörungen keine Beeinträchtigungen. Schon CHARCOT sah die grundlegende Störung der Hysterie, in der eingeschränkte Fähigkeit sensorische Informationen im Zusammenhang zu verarbeiten.

Die bisher gewonnenen Erkenntnisse von neurophysiologischen Prozessen und deren Verbindungen zu hysterischen Phänomenen reichen jedoch noch nicht aus, um nützliche Konzepte und Erklärungen für die klinische Arbeit liefern zu können.

**Psychoziale Ansätze:** SLAVNEY (1990) geht davon aus, die Hysterie sei vielmehr das, was ein Mensch tut (vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte) und was er ist (im Sinne der Persönlichkeitsdimensionen), als das, was er hat (im Sinne eines Krankheitskonzeptes). Der interpersonelle Stil mit kultureller, sozialer und interpersoneller Prägung ist für mehrere Autoren (vgl. ZAPOTOCZKY, 1994) maßgebend an der Entwicklung einer

Hysterie beteiligt. Die Hysterie sollte immer vor dem soziokulturellen Hintergrund gesehen werden.

EYSENCK (1982) geht vom Konzept neurotisch hysterischer Patienten aus und beschreibt dieses mit drei Annahmen:

- Bei Hysterikern herrsche das Prinzip des Annäherungs-Vermeidungskonfliktes vor;
- Sie sind an der Dimension „Extra-/Intraversion“ und „Neurotizismus“ als extravertiert und neurotisch zu beschreiben;
- Extravertierte konditionieren aufgrund ihrer neuronalen Minderaktivierung schlechter als Introvertierte, was auch für komplexeres Verhalten wie das Internalisieren von Normen gilt.

Der Hysteriker verhalte sich aufgrund dieser drei Mechanismen zielorientiert und wenig gehemmt.

GREEN (1976) fand für die Familienstruktur von Hysterikern folgende charakteristische Merkmale: Die Abwesenheit des Vaters und eine Mutter, die dem Vater seine Stellung streitig mache, indem sie voll Haß ihre Weiblichkeit ablehne. Der Hysteriker selbst suche die totale Beziehung zu einem Menschen. Diese müsse scheitern, da es keinen gebe, der die Wünsche des Hysterikers auf Dauer erfüllen könne, was diesen in eine Depression führe. Die Depression sei deshalb der nächstliegende Weg, weil die Fortschritte der Wissenschaft den Ausweg in die Konversion durch soziale Ächtung blockierten, und er durch seine Disposition weder dem Handeln noch der Flucht in den Rausch zuneige.

**Psychodynamische Modelle:** JANET und besonders FREUD leisteten die grundlegenden Beiträge zum Verständnis der Psychodynamik der Hysterie. So gehen der Begriff und das Grundkonzept der Dissoziation auf Pierre JANET (1907) zurück. Er verstand darunter die Desintegration psychischer Funktionen, die normalerweise zu einem integrierten Ganzen verbunden sind. Die Ursache der Desintegration sah er auf der Grundlage des physiologischen Konzepts einer konstitutionell bedingten Verringerung nervöser Energie, die normalerweise die verschiedenen Funktionen des Gehirns zusammenhalte. Die

dissoziierten Vorstellungs- und Funktionssysteme, die dem Bewußtsein nicht mehr zur Verfügung stehen, könnten die hysterischen Symptome deshalb bewirken, weil sie ihre Aktivität durch die Dissoziation nicht eingeübt hätten. Die Dissoziation könne sowohl psychische Funktionsstörungen, wie z.B. Amnesien und verwandte hysterische Symptome, wenn Erinnerungssysteme betroffen seien, als auch körperliche Funktionsstörungen verursachen.

Später herrschten rein psychodynamische Konzepte vor. So ordnete die klassische Psychoanalyse die Dissoziation den neurotischen Abwehrmechanismen zu. Sie bewirke eine vorübergehende, jedoch drastische Veränderung von Charakter oder Identitätsgefühl, um das Bewußtsein vor psychischen Belastungen zu schützen (MEISSNER, 1988). HOFFMANN (1986) hatte keinen Zweifel an der außerordentlichen Bedeutung der Dissoziation für die Psychodynamik der Hysterie, aber sie sei nicht der grundlegende Pathomechanismus, sondern ein Folgezustand der Versuche, die Konfliktspannung abzuführen.

FREUD akzeptierte in seinen frühen Arbeiten das Konzept der Dissoziation, jedoch galt sein Interesse eher dem Mechanismus der Entstehung der Symptome als der Art des psychischen Zustandes, der ihrer Bildung zugrunde lag. Seine Aufmerksamkeit galt vor allem den körperlichen Störungen, und er erklärte sich die Möglichkeit des Auftretens der hysterischen Symptome mit dem Mechanismus der Konversion, worunter er die Unschädlichmachung unverträglicher Vorstellungen durch die Umsetzung von deren Erregungssumme in körperliche Symptome verstand. In seinen frühen Werken sah FREUD (1898) die Ursache für die Konversion in einem während der Kindheit erlittenen, pathologisch verarbeiteten sexuellen Trauma. Das traumatisierende Ereignis finde statt, ohne daß eine adäquate affektive Abfuhr erfolge. Die Erinnerung werde verdrängt, der dazugehörige Affekt bleibe im Seelenleben erhalten und verschaffe sich in symbolischer Form im körperlichen Symptom Ausdruck. Später fand er, daß die Traumatisierung oft nur in der Phantasie der Patienten stattgefunden hatte. Dies führte ihn dazu anzunehmen, daß die Sexualität nicht erst mit Beginn der Pubertät, sondern

bereits im Kindesalter eine große Rolle spielen. Er postulierte, daß die Patienten in ihrer Kindheit nicht in der Lage gewesen seien, die ödipale Problematik zu lösen, die im Konflikt der vom Überich streng überwachten Einhaltung des Inzesttabus mit dem unbewußten Bindungswunsch an den gegengeschlechtlichen Elternteil bestehe. Dies führe zur Fixierung der Libido-Entwicklung in der ödipalen Phase. Die hysterischen Symptome treten dann auf, wenn dieser Konflikt z.B. in der Adoleszenz reaktiviert werde. Da beim hysterischen Patienten Angst aufkomme, wenn er sexuelle Energie oder Libido direkt auslebe, komme es häufig zur Blockierung dieser psychophysiologischen Transformation. Die Verdrängung des Bindungswunsches und der Drang nach Reduzierung der Triebspannung, durch symbolischen Ausdruck des Konfliktes in der Körpersprache, kämen dann im Konversionsmechanismus zum Ausdruck. Das hysterische Symptom schwäche durch die Konversion das Schmerzliche der unbewußten Vorstellung. Später verstand Freud unter Konversionssymptomen die sekundäre Verarbeitungsform narzißtischer Libido, als Nachfolge der primären megalomanen Phantasievorstellungen.

Nachdem schon MARMORS (1953) den Ursprung der Konversion auf orale und FENICHEL (1954) auf allgemein prägenitale Konflikte erweiterten, trennte RANGELL (1969) die Konversion von der Verknüpfung mit der Hysterie vollständig. Er sah die Konversion als eigenständigen Prozeß an, der unter anderem auch von der Hysterie benutzt werde, um verdrängte, nicht zugelassene Triebwünsche auszudrücken. Sie könne durch jede Art von Konfliktspannung bewirkt werden, d.h. von jeglichem prägenitalen Konflikt.

So wie es unterschiedliche Auffassungen über den Ursprung der die Konversion bewirkenden Konflikte gab, so gab es von Anfang an einen Disput darüber, welche Symptome durch den Konversionsmechanismus im Rahmen der Hysterie überhaupt hervorgerufen werden können. Unter dem Eindruck der bunten Symptomatik der Hysterie, wie sie in der Salpêtrière um die Jahrhundertwende zu sehen war, bestand in Kreisen der französischen

Neurologie die Auffassung, daß die Konversionsneurose beinahe jede Krankheit imitieren könne, sei es nun ein cerebraler Insult, eine Scheinschwangerschaft, ein Darmverschluß oder ein epileptischer Anfall.

In den letzten Jahrzehnten bestimmten zwei Annahmen das Bild. FENICHEL (1975), ADLER (1990) und andere vertraten die Auffassung, daß sich die Konversion nicht nur in der Erkrankung der willkürlich innervierten Körpersysteme, sondern auch in der Beeinträchtigung autonomer, neurovegetativer und endokrinologischer Funktionen sowie im nicht organisch erklärbaren Schmerz ausdrücken könne. Darin unterscheiden diese sich deutlich von dem Standpunkt den ALEXANDER (1950) und BRÄUTIGAM (1994) repräsentierten, der besagt, daß nur durch die willkürliche Innervation Symbole psychischer Konflikte ausgedrückt werden können, und deshalb kämen Konversionssymptome nur im willkürlich-neuromuskulären und sensorisch-perzeptiven Systemen vor. ALEXANDER trennt die Folgen an den vegetativen Organen auf dauernde oder wiederholt auftretende emotionale Reizzustände ganz deutlich von der Konversion und bezeichnet diese als vegetative Neurosen.

Der Konversionsmechanismus als ein typischer Pathomechanismus für die Hysterie ist allgemein anerkannt, obwohl er auch bei anderen Störungen auftreten kann. Als Ursachen sind nicht mehr nur ödipale Konflikte, sondern alle möglicherweise auftretenden Konflikte während der Ich-Entwicklung akzeptiert. Strittig ist, in welcher Art von Innervationsgebieten die Konversion Symptome hervorrufen kann.

Die Mechanismen der Symptombildung sind nachvollziehbar. Was bringt einen Menschen aber dazu, eher hysterische Symptome zu bilden, als sich mit dem ursächlichen Konflikt direkt auseinanderzusetzen? Wieso bleiben hysterische Symptome oft länger bestehen, als auf der Grundlage der bisher erörterten Konzepte anzunehmen wäre?

Der offensichtliche Gewinn bewegt die Patienten dazu, die Krankheit zu wählen und sie beizubehalten. FREUD bezeichnete diesen als primären bzw.



sekundären Krankheitsgewinn. Heute werden unter dem primären Gewinn hysterischer Symptome die Spannungsminderung, da Angst, Schuld- und Schamgefühle nicht mehr wahrgenommen werden, die Triebbefriedigung ohne Strafe, der narzißtische Gewinn und das Ausfüllen der inneren Leere verstanden. Außerdem werden die abgewehrten Affekte und Wünsche teilweise symbolhaft mittels der Symptome befriedigt. Den sekundären Krankheitsgewinn zieht der Patient aus der vermehrten Zuwendung, der Schonung und Versorgung, die ihm durch seine Krankheit zukommt, was oft dazu führt, daß die Symptome nur dieses Gewinns wegen beibehalten werden.

Nachdem die Hysterieforschung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in eine konzeptuelle Krise geraten war, versuchte MENTZOS (1986) eine Neukonzeptualisierung des spezifisch Hysterischen mit seinem **Konzept der Selbstrepräsentanzen**. Die hysterischen Zustände seien nicht notwendig mit einer Regression auf die ödipale Phase verbunden, da sie auch bei einer Dominanz oraler oder narzißtischer Art vorkämen. Eine Ich-Schwäche müsse nicht vorhanden sein und ein „innerer Konflikt“ spiele keine zentrale Rolle mehr, da hysterische Symptome selten auch durch äußere Konflikte, die subjektiv ausweglos erscheinen, hervorgerufen werden könnten. Wichtig sei vielmehr die „quasi veränderte Selbstrepräsentanz“, die sich u.a. des Mechanismus der Konversion bediene, und die er wie folgt beschreibt:

*„Der Betreffende versetzt sich innerlich (dem Erleben nach) und äußerlich (dem Erscheinungsbild nach) in einen Zustand, der ihn sich selbst quasi anders erleben und in den Augen der umgebenden Personen anders, als er ist, erscheinen läßt.“*

Die Hysterie ist hier ein Modus der Konfliktverarbeitung, die Veränderung der Selbstrepräsentanz ist zielgerichtet und auf die Entlastung durch den primären und sekundären Krankheitsgewinn fixiert. HOFFMANN und HOCHAPFEL (1995) sehen in der von MENTZOS geklärten Rolle der Veränderung des Selbstbildes jedoch nur einen relevanten Teilvorgang des gesamten hysterischen Geschehens.

Die Dissoziation kann neben ihrer Rolle als grundlegender Pathomechanismus der dissoziativen und Konversionsstörungen auch Folge der Reaktion des Organismus auf überwältigende Realtraumatisierungen sein, wie Studien über die posttraumatische Belastungsreaktionen bei Vietnam-Veteranen in den USA (BREMNER et al., 1992, HYER et al., 1993) und Studien über den Zusammenhang von körperlichem, dabei besonders sexuellem Mißbrauch in der Kindheit mit dem Ausmaß der Dissoziation (Übersicht bei GOODWIN & SACHS, 1996, EGLE et al., 1997) zeigten.

**Hypnotherapeutische Modelle:** Seit JANET (1907) wird ein Zusammenhang zwischen der Neigung zur Dissoziation und der Hypnotisierbarkeit behauptet und immer wieder beobachtet (HILGARD, 1986; BEAHR, 1986; BLISS, 1986; KLUFT, 1987).

Was bei den multiplen Persönlichkeiten offensichtlich ist, die Koexistenz verschiedener Ich-Zustände, ist bei den anderen dissoziativen Störungen nur selten zu beobachten und bei Gesunden kaum zu vermuten. In Hypnose können jedoch voneinander verschiedene Ich-Zustände selbst bei Gesunden beobachtet werden (WATKINS, 1993). FEDERN (1952) und WEISS (1960) bauten diese Erkenntnisse zu einer Theorie von Ich-Zuständen aus und in den 70er Jahren entwickelte WATKINS (1978) auf der Grundlage dieser Theorie eine Therapie der Ich-Zustände (ego-state therapy). Im folgenden soll die Theorie der Ich-Zustände etwas ausführlicher dargestellt werden, da sie viel zum grundlegenden Verständnis der Dissoziation beitragen kann.

Die Teil-Ichs werden Ich-Zustände (ego-states) genannt. Sie bildeten sich im Verlaufe der Persönlichkeitsentwicklung durch die zwei grundlegenden Prozesse Integration und Differenzierung. Der Prozeß der Differenzierung ermöglichte es dem Menschen sich in unterschiedlichen Situationen angepaßt zu verhalten, z.B. während einer Konferenz anders als bei einem Basketballspiel. Wenn diese Trennung zu stark wird und angepaßtes Verhalten nicht mehr ermöglicht, wird sie gewöhnlich Dissoziation genannt (WATKINS,

1993). Je nach Stärke der Trennung, die irgendwo auf einem Kontinuum zwischen Differenzierung und Dissoziation liegt, resultierten diskrete Segmente (Ich-Zustände), die mehr oder weniger durchlässige Grenzen haben.

Völlig Gesunde haben bewußten Zugang zu allen Ich-Zuständen und bedienen sich ihrer nach Bedarf. Offenbar Gesunde können einige Ich-Zustände haben, die dem Bewußtsein nicht zugänglich also dissoziiert sind und multiple Persönlichkeiten haben Ich-Zustände, die dissoziiert sind und spontan sich ihrer selbst bewußt werden können.

Ich-Zustände, die dissonant sind oder entgegengesetzte Ziele verfolgen, liegen oft im Konflikt miteinander. Wenn dieser Konflikt sehr stark ist und die Grenzen zwischen den Ich-Zuständen fast undurchlässig, können multiple Persönlichkeiten entstehen. Wenn diese Konflikte zwischen verborgenen Ich-Zuständen bestehen, könne sich dies in Angst, Depression oder irgendeinem anderen neurotischen oder somatischen Symptom oder irgendeiner Verhaltensstörung äußern (WATKINS, 1993).

Die Unterschiede in den ätiopathogenetischen Modellen konnten nicht zu einer einheitlichen Diagnostik führen. Es entwickelten sich regional verschiedene Diagnosekriterien je nach vorherrschenden Forschungsschwerpunkten und Traditionen. Um die internationale Erforschung psychiatrischer Störungen vergleichbar zu machen, mußte die Diagnostik und Klassifikation auf eine international anerkannte und verbindliche Grundlage gestellt werden. Diese Grundlagen wurden mit den heute geltenden, international verbreiteten zwei Klassifikationssystemen der ICD-10 (DILLING et al., 1993) und dem DSM-III-R (WITTCHEN et al., 1989) bzw. dem DSM-IV (SAß et al., 1996) geschaffen, deren Kapitel über die dissoziativen Störungen im folgenden betrachtet werden.

#### ***1.1.4. Dissoziation und Konversion im Spiegel neuer Klassifikationssysteme***

Welche Schwierigkeiten sich für die Klassifikation ergeben, sei nur an einem kurzen Beispiel aufgezeigt: Ein Mensch der bis dato unauffällig war, verläßt plötzlich seinen Wohnort und findet sich in einer fremden Stadt wieder, ohne

zu wissen, wie er da hingekommen ist, und aus welchem Anlaß er dort hinwollte. Dieses Phänomen wird als Fugue (psychogenes Weglaufen) bezeichnet. Worin liegen nun die Gemeinsamkeiten der Fugue bei diesem und einer funktionellen Lähmung des Beines bei einem anderen Patienten? Wieso werden so unterschiedliche Phänomene als Symptome einer Krankheit verstanden? Oder muß die „Hysterie“ als Krankheitseinheit aufgegeben werden?

Diese Schwierigkeiten wurden in den neuen international anerkannten Klassifikationssystemen, die ICD-10 und das DSM-IV, teilweise dadurch gelöst, daß in der Sichtweise der psychiatrischen Störungen die deskriptiv-phänomenologische von der ätiologisch-pathogenetischen Betrachtungsebene getrennt wird. Dabei werden zur Definition der Störungsentitäten vorrangig die deskriptiven Merkmale gewählt. Das führte zu einer Differenzierung der vormals als Einheit betrachteten „Hysterie“ in verschiedene Subsyndrome. Im folgenden wird die heutige Einteilung der „klassischen“ hysterischen Störungen in der ICD-10 (DILLING et al., 1993, WHO, 1992) und dem DSM-IV (APA, 1994; SAß et al., 1996) dargelegt.

Im DSM-IV wurden gegenüber dem DSM-III-R (WITTCHEN et al., 1989) einige Bezeichnungsänderungen vorgenommen, so wird „Dissoziative Identitätsstörung“ jetzt benannt, was im DSM-III-R „Multiple Persönlichkeitsstörung“ hieß, die dissoziativen Störungen werden jetzt durchgängig mit „dissoziativ“ statt vormals mit „psychogen“ attribuiert. Die diagnostischen Kriterien wurden präzisiert aber nicht substantiell verändert, so daß Studien, deren Diagnosen auf DSM-III-R-Kriterien basieren bezüglich der dissoziativen Diagnosen unter Beachtung oben genannter Änderungen mit den Studien, deren Diagnosen auf DSM-IV-Kriterien beruhen, vergleichbar sind. Das ist deshalb erwähnenswert, weil einige der in dieser Arbeit zitierten Studien auf dem DSM-III-R beruhen.

Im DSM-IV sind ehemals „hysterische“ Störungen und Charaktereigenschaften unter den Oberbegriffen „Somatoforme Störungen“, „Dissoziative Störungen“ und „Persönlichkeitsstörungen“ zu finden.

*Somatoforme Störungen im DSM-IV:* Sie werden wie folgt definiert: „Das gemeinsame Merkmal ... ist das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahelegen (deshalb der Begriff somatoform) und die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, durch die direkte Wirkung einer Substanz oder durch eine andere psychische Störung (z. B. Panikstörung) nicht vollständig erklärt werden können...“ Hier finden sich:

- „Die Konversionsstörung (300.11) umfaßt nicht erklärbare Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen, die eine neurologische oder sonstige somatische Störung nahelegen. Es wird angenommen, daß psychische Faktoren eng mit den Symptomen oder Ausfällen zusammenhängen.“
- Die Somatisierungsstörung (300.81) (synonym wird dieses Syndrom nach seinem Erstbeschreiber BRIQUET benannt), „ist eine polysymptomatische Störung, die vor dem 30. Lebensjahr beginnt, über mehrere Jahre anhält und charakterisiert ist durch eine Kombination von Schmerz, gastrointestinalen, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen.“

*Dissoziative Störungen im DSM-IV:* Hauptmerkmal „ist eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewußtseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt.“ Hier finden sich die Dissoziative Amnesie (300.12), die Dissoziative Fugue (300.13), die Dissoziative Identitätsstörung (300.14), nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (300.15) und die Depersonalisierungsstörung (300.6) .

*Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV:* Die hysterischen Charaktermerkmale werden unter der histrionischen Persönlichkeitsstörung (301.50) klassifiziert.

Im DSM-IV werden die dissoziativen Störungen von den Konversionsstörungen in voneinander verschiedene Kategorien getrennt, darin unterscheidet sich diese Klassifikation von der ICD-10, die zwar auch zwischen dissoziativen und somatoformen Störungen differenziert, diese jedoch in der gemeinsamen Kategorie „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (Kapitel

F4) zusammenfaßt. Die ehemals „hysterischen“ Symptome und Charaktereigenschaften sind unter den Oberbegriffen „somatoforme Störungen“, „dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen)“ und „Persönlichkeitsstörungen“ zu finden.

*Somatoforme Störungen in der ICD-10:* „Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind.“ Ehemals hysterische genannte Symptome können folgenden Störungen zugeordnet werden:

- Der Somatisierungsstörung (F45.0),
- der undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1),
- der somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.3),
- der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) und
- sonstigen somatoformen Störungen (F45.8).

Hier werden die Schmerzstörungen, die Störungen in den autonom innervierten Organen, die multiplen, wechselnden Beschwerden und solch „typischen“ hysterischen Bildern wie der „Globus hystericus“, der psychogene Schiefhals (Torticollis), der psychogene Pruritus und die psychogene Dysmenorrhoe klassifiziert.

*Dissoziative Störungen in der ICD-10:* „Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewußtseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.“ Hier finden sich die Funktionsstörungen der Psyche,

- die dissoziative Amnesie (F44.0),
  - die dissoziative Fugue (F44.1),
  - der dissoziative Stupor (F44.2),
  - Trance und Besessenheitszustände (F44.3) und
- die pseudoneurologischen körperlichen Funktionsstörungen wie

- die dissoziativen Bewegungsstörungen (F44.4),
- die dissoziativen Krampfanfälle (F44.5) und
- die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6).

Falls mehrere dissoziative Störungen gleichzeitig auftreten, so wird dies mit

- dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (F44.7) klassifiziert.

Andere dissoziativen Störungen wie das Ganser-Syndrom und die multiple Persönlichkeitsstörung finden sich bei

- sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44.8).

Dissoziative Störungen, für die die allgemeine Beschreibung der Störung zutreffen, die aber die spezifischeren Kriterien nicht erfüllen, werden in der Restkategorie

- nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (F44.9) klassifiziert.

*Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10:* Die hysterischen Charaktermerkmale werden unter der histrionischen Persönlichkeitsstörung (F60.4) klassifiziert.

Beim Vergleich der beiden Klassifikationssysteme können grundsätzliche kategoriale Unterschiede aber auch Ähnlichkeiten festgestellt werden. So werden die hysterischen Charaktermerkmale unter einer gleichnamigen Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Die Funktionsstörungen der Psyche werden in beiden Systemen dissoziativ nach dem zugrundeliegenden Pathomechanismus bezeichnet, allerdings wird in der ICD-10 auch ein weiter gefaßter Konversionsbegriff für einige dieser Störungen verwendet, der wie folgt Verwendung findet:

„Der Begriff Konversion... bedeutet, daß sich der durch die unlösbaren Schwierigkeiten und Konflikte hervorgerufene unangenehme Affekt in irgendeiner Weise in Symptome umsetzt.“ Fraglich ist allerdings inwieweit ein Konversionsmechanismus zusätzlich zur Dissoziation wirken muß, um eine Amnesie oder eine Fugue hervorzurufen. Im DSM-IV werden dagegen die Konversionssymptome, worunter hier ausschließlich körperliche Symptome gelten, völlig von den dissoziativen getrennt, was den den beiden

zugrundeliegenden Dissoziationsmechanismus nicht zu berücksichtigen scheint. Beide Standpunkte erscheinen als Extrempositionen, die nicht ohne Kritik blieben (NEMIAH, 1988, S. 66, WÖLK, 1992, S.156).

Mit der Aufgabe der „Hysterie“ als Krankheitsbegriff löste sich die Psychiatrie von ihren traditionellen Bemühungen, das gesamte psychopathologische Spektrum, das ein Patient bietet, auf eine einzige Störung zurückzuführen. Derartige Bestrebungen gehen auf die Vorstellungen von einer hierarchisch strukturierten Nosologie zurück, wie sie v.a. von KRAEPLIN, SCHNEIDER und JASPERS (1948) vertreten worden sind. Die Einführung operationalisierter Diagnosekriterien implizierte die Annahme verschiedener, voneinander gut abgrenzbarer psychiatrischer Störungen, deren gleichzeitiges Vorkommen bei einem Patienten nicht ausgeschlossen wird. In der ICD-10 und dem DSM-IV wird explizit darauf hingewiesen, daß bei einem Patienten so viele Diagnosen gestellt werden müssen, wie nötig sind, um das gesamte klinische Bild zu erfassen.

Ein Ergebnis der Aufteilung der hysterischen Phänomene und der Schaffung operationaler Diagnosekriterien für klar beschriebene Einzelsyndrome ist eine international wesentlich verbesserte Reliabilität. Die Bedeutungsvielfalt des Begriffs „Hysterie“ existiert in den neuen diagnostischen Bezeichnungen nicht mehr, und diese haben für die Patienten keine herabsetzende Bedeutung mehr. Dennoch darf nicht übersehen werden, daß psychoanalytisch-psychodynamisch orientierte Autoren (HOFFMANN und HOCHAPFEL, 1995; MENTZOS, 1986; NEMIAH, 1988) die Dissoziation und die Konversion als unspezifische Modi der Konfliktverarbeitung ansehen, die auch im Rahmen von Anpassungsstörungen v.a. als Reaktion auf äußere Traumata auftreten können. Auch konnten empirische Studien zeigen, daß Konversions Symptome bei einer Vielzahl psychiatrischer Störungen auftreten.

Trotz des weiten Vorkommens der Dissoziation und der Konversion im Rahmen der verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen scheint die aktuelle Klassifikation, die den beiden den Status einer eigenen Störungsentität gibt u.a. aus folgenden Gründen gerechtfertigt zu sein:



1. Die Störungsbilder, die durch die Dissoziation und Konversion hervorgerufen werden, bestehen schon seit Jahrhunderten unter dem Namen „Hysterie“ mit oft wechselnder Symptomatik.
2. Konversionssymptome kommen auch im Rahmen anderen Störungen vor, aber häufig finden sie sich unabhängig von weiteren Störungen, so kommt Bluthochdruck als Folge vieler anderer Krankheiten vor, jedoch viel häufiger ist er die primäre Krankheit des Patienten.
3. In der Praxis zeigt sich die klinische Validität dieser Störungen.

Im folgenden werden anhand von Studien zur Komorbidität, Krankheitsverarbeitung, Psychotherapiemotivation und zum Ausmaß der Dissoziation die Punkte zwei und drei näher untersucht.

#### ***1.1.5. Studien zur Komorbidität, Krankheitsverarbeitung, Psychotherapiemotivation und zum Ausmaß der Dissoziation***

Die international anerkannte Aufteilung der „Hysterie“ in Subsyndrome führte in der Folge zu einer unterschiedlichen begrifflichen und klassifikatorischen Einordnung der Syndrome in der ICD-10 und dem DSM-IV. Die Ergebnisse epidemiologischer Studien sind deshalb nicht ohne „Übersetzung“ in das eigene System verwertbar, wobei die Eindeutigkeit verloren gehen kann, was in jedem Fall bedacht werden muß.

Da die nosologische Stellung der dissoziativen und Konversionsstörungen immer noch nicht eindeutig geklärt ist, bietet sich an, die Störungen auf zunächst rein deskriptiver Ebene zu untersuchen. Dazu gehört die vollständige Beschreibung aller psychopathologischen Merkmale, die zu Syndromen geordnet im Sinne der Komorbidität verzeichnet werden. Diese deskriptive Vorgehensweise ist letztlich unbefriedigend, zu der es momentan jedoch keine reliablen Alternativen gibt und die als notwendiges Vorstadium für ein geeigneteres Procedere gesehen werden sollte (WITTCHEN et al., 1989).

Um den Patienten nicht nur diagnostisch gerecht zu werden, sondern auch eine differentielle Psychotherapieindikation stellen und sie so einer angemessenen Therapie zuführen zu können, sollten darüber hinaus die Art und Weise des Umgangs der Patienten mit ihren Symptomen, also die Krankheitsverarbeitung,

sowie deren Bereitschaft, bestimmte therapeutische Angebote wahrzunehmen, speziell die Psychotherapiemotivation, untersucht werden.

**Komorbidität und begleitende Psychopathologie:** Wie im letzten Kapitel ausgeführt, müssen oder können jetzt für einige Patienten mehrere Diagnosen gestellt werden, um dem von ihnen gebotenen komplexen klinischen Bild gerecht zu werden. Daß zwei oder mehrere Störungen gleichzeitig bei einem Patienten auftreten, wird auch mit dem Begriff der „Komorbidität“ charakterisiert (ANGST, 1993; FREYBERGER und STIEGLITZ, 1996). Die sinnvolle Anwendung des Komorbiditätskonzeptes in der Psychiatrie wurde erst mit dem oben erwähnten Paradigmenwechsel der Klassifikation psychischer Krankheiten möglich.

ANGST und andere schlagen vor, von „Komorbidität“ nur dann zu sprechen, wenn gleichzeitig auftretende Syndrome oder Störungen gemeint sind, und von „Assoziation“ und „co-occurrence“, wenn unterschiedliche Symptome gleichzeitig vorkommen. Diese Auffassung von Komorbidität wird auch in dieser Arbeit zugrunde gelegt.

Wird auch nach eventuell gemeinsamen Ursachen der Komorbidität noch geforscht, so ist das Ausmaß der Komorbidität längst praxisrelevant, da es entscheidenden Einfluß auf die zu wählende Behandlung und Therapie hat (ROBINS und REGIER, 1991), sowie mit der Krankenhausverweildauer positiv korreliert und damit einen prognostischen und ökonomischen Faktor darstellt (SARAVEY et al., 1991).

*Studien auf Grundlage des DSM-III-R bzw. DSM-IV:* Hier sind Komorbiditätsstudien zu den polysymptomatischen Somatisierungsstörungen, den Konversionstörungen und den dissoziativen Störungen zu nennen.

In einer amerikanischen Arbeit (ROBINS und REGIER, 1991) wurden bei 93%, in einer deutschen Arbeit (RIEF und HILLER, 1992) bei 100% der untersuchten Patienten mit Somatisierungsstörungen wenigstens eine zusätzliche psychische Störung diagnostiziert. Dabei wurden mehrheitlich affektive und

Angststörungen aber auch Zwangs- und Eßstörungen wie auch Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit gefunden.

Für Konversions- und Somatisierungsstörungen liegt eine retrospektiv angelegte Arbeit vor (TOMASSON et al., 1991). Für die Konversionsstörungen treten den Autoren zufolge für Zweitdiagnosen folgende Häufigkeiten auf: Für Alkohol- und Substanzmißbrauch werden 20%, für depressive Störungen 18%, für manische Episoden 2% und für Angststörungen 0% angegeben. Die Komorbiditätshäufigkeiten der Somatisierungsstörungen lagen in dieser Studie noch signifikant höher.

FINK (1991) untersuchte die Komorbidität der multiplen Persönlichkeitsstörung mit den Persönlichkeitsstörungen und fand, daß diese mit allen im DSM-III-R aufgeführten Persönlichkeitsstörungen auftritt. Allerdings machte er aus Mangel an Daten keine Angaben zur Prävalenz dieser Komorbiditätsgruppe.

*Studien auf Grundlage der ICD-10:* An den Prinzipien der ICD-10 orientiert liegt eine Komorbiditätsstudie für neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen vor. Dort wurden für 52% der Patienten, deren Hauptstörung in diese Kategorie fiel, eine oder zwei weitere psychische Störungen gefunden (STIEGLITZ et al., 1992). Allerdings wurde nicht zwischen einzelnen Störungen differenziert.

Die einzige Studie, die die Komorbidität bei dissoziativen Störungen ermittelte, ist die von SPITZER et al. (1994), die 50 in der neurologischen Klinik hospitalisierte Patienten mit wenigstens einer dissoziativen Störung als psychiatrischer Hauptdiagnose untersuchte. Im Durchschnitt wies dort jeder Patient fast zwei (1,82) dissoziative Störungen auf. 38% der Patienten hatten nur eine dissoziative Störung, 44% zwei, 14% drei und 4% hatten 4 dissoziative Störungen. Als weitere psychiatrische Störungen wurden bei 72% der Patienten phobische oder andere manifeste Angststörungen, bei 52% affektive Störungen (depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen), bei 32% Störungen durch psychotrope Substanzen, bei 20% somatoforme Störungen und bei 4% der Patienten wurden Zwangsstörungen

gefunden. Patienten dieser Studie hatten als Hauptdiagnose nur pseudoneurologische Störungen, die im DSM-IV zu den Konversionsstörungen zählen, daher ist es sehr auffallend, daß die Angststörungen die häufigste Zweitdiagnose darstellen. BRÄUTIGAM (1994) nahm nämlich an, daß für eine vollständig gelungene Konversion Angstfreiheit typisch sei, was auch die oben dargestellten Ergebnisse von TOMASSON et al. (1991) nahelegen.

Weitere Untersuchungen sind nötig, um diese teilweise sehr unterschiedlichen Angaben besser interpretieren zu können. Auch stehen noch Studien aus, die die Komorbidität der dissoziativen Funktionsstörungen der Psyche auf der Grundlage der ICD-10 untersuchen.

**Krankheitsverarbeitung (Coping):** In der neueren Literatur wird das Coping-Modell von LAZARUS et al. (1966, 1974, 1984) am meisten diskutiert und für das am besten ausgearbeitete gehalten (GAUS und KÖHLE, 1990, RÜGER et al, 1990). Da dieses Konzept nicht im Hinblick auf Krankheit als Spezialfall von Coping entwickelt wurde, bedurfte es einer Weiterentwicklung im Sinne einer Spezialisierung. In Anlehnung an die Coping-Definition von LAZARUS und FOLKMAN (1984) und der Definition von HEIM (1986) definierte MUTHNY (1989) die Krankheitsverarbeitung so: Sie „ist die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern...“. Die kognitive, emotionale und aktionale Ebene, auf denen Krankheitsverarbeitung stattfindet, seien miteinander durch komplexe Wechselwirkungen verbunden und sollten dabei prinzipiell gleichberechtigt gewürdigt werden. Wichtig sei weiter, den Prozeßcharakter der Krankheitsverarbeitung zu sehen, die sich in Abhängigkeit von Anforderungen und Erfahrungen mit der Zeit verändern könne.

Es existieren Studien für die emotionale und kognitive Ebene der Krankheitsverarbeitung bei dissoziativen und Konversionsstörungen. Allerdings ist anzumerken, daß bei der Untersuchung der emotionalen Verarbeitungsmodi bei psychisch Kranken eine Unterscheidung zwischen der

Grunderkrankung, z.B. einer depressiven Episode, und einem festgestellten depressiven Verarbeitungsmodus nicht eindeutig möglich ist (MUTHNY, 1989, SCHÜßLER et al., 1992).

Bei der kognitiven Verarbeitung der Krankheit kommt dem autoplastischen Krankheitsbild des Patienten eine wichtige Rolle zu. Darunter wird mit LINDEN (1985) „die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich Störungen des Gesundheitszustandes eines Menschen“ verstanden.

Die Art der Krankheitsverarbeitung wird weiterhin von so wesentlichen Variablen wie den Persönlichkeitseigenschaften des Patienten, Situations- und Umwelteinflüssen und dem sozialen Umfeld des Patienten beeinflusst (MUTHNY, 1989, GAUS und KÖHLE, 1990).

WILSON-BARNET und TRIMBLE (1985) stellten fest, daß Patienten mit Konversionsstörungen die Störung signifikant häufiger depressiv verarbeiteten als eine Kontrollgruppe mit neurologischen Erkrankungen. Bezüglich der kognitiven Verarbeitung berichten mehrere Studien, daß bei Patienten mit dissoziativen Störungen organisch orientierte Krankheitskonzepte vorherrschen (WILSON-BARNET und TRIMBLE, 1985, KAMPFHAMMER et al., 1992).

SPITZER (1993) findet mit Hilfe des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV, MUTHNY, 1989), daß Patienten mit mehreren dissoziativen Störungen signifikant weniger dazu neigen, sich etwas Gutes zu gönnen, verstärkt zur Kontrolle ihrer Gefühle und zu sozialem Rückzug neigen und ihre Störungen weniger durch Vergleich relativieren können als Patienten mit wenigen dissoziativen Symptomen.

Noch zu untersuchen wären die Unterschiede der Krankheitsverarbeitung bei verschiedenen psychiatrischen Störungen im Vergleich mit den dissoziativen Störungen.

**Psychotherapiemotivation:** Für die Psychotherapiemotivation werden von verschiedenen Autoren unterschiedliche Begriffe verwendet, die jedoch alle die Voraussetzungen beschreiben, die seitens des Patienten vorhanden sein

müssen, um Nutzen aus einer Psychotherapie ziehen zu können (SCHNEIDER et al., 1989).

Die Untersuchung der Psychotherapiemotivation ist für die Entscheidung über die geeignete Therapie und darüber, wie anspruchsvoll die Therapieziele gewählt werden können, eine wichtige Hilfe. Die Patienten dürfen weder mit der gewählten Therapieform und den Therapiezielen überfordert werden, noch sollte die vorhandene Motivation seitens der Patienten zu wenig genutzt werden, da in beiden Fällen vermehrt ungünstige Therapieverläufe resultieren. Die Beurteilung der Psychotherapiemotivation sollte nicht nur hinsichtlich ihres Ausprägungsgrades, sondern auch auf ihre Angemessenheit hin erfolgen, da z.B. unangemessen hohe Motivationen leicht zu Enttäuschungen führen und in Therapieabbrüchen münden kann (SCHNEIDER et al., 1989).

Wesentlichen Einfluß auf die Psychotherapiemotivation üben der Leidensdruck im Sinne einer Steigerung und der primäre und sekundäre Krankheitsgewinn im Sinne einer Senkung der Psychotherapiemotivation aus.

Die Konzepte, die die Patienten von ihrer Krankheit haben, beeinflussen in großem Maße die Behandlungsmotivation und die Compliance (LINDEN, 1985). Wenn für die eigene Krankheit eine organische Genese im Gegensatz zu einer psychischen vermutet wird, so wird die Bereitschaft zu einer Psychotherapie geringer sein. Behandlungserwartungen und -erfahrungen der Patienten, speziell deren Erfahrung mit psychologischen Konzepten und Behandlungsmodellen bedingen in weitem Umfang das Ausmaß der Psychotherapiemotivation (SCHNEIDER et al., 1990). Wie auf die Art und Weise der Krankheitsverarbeitung so haben die Persönlichkeit und das soziale Umfeld des Patienten auch auf die Psychotherapie Einfluß.

Einschlägige Studien zeigen, das symptomatische Ängste oder Depressionen (RUDOLF und STILLE, 1984) oder allgemein psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigungen sowie ein geringer sozialer Rückhalt (FRANZ et al., 1990) mit einer erhöhten Psychotherapiemotivation einhergehen. RUDOLF und STILLE finden weiter, daß körperliche Beschwerden und daraus abgeleitete

Forderungen nach Rücksichtnahme sowie im Gegensatz zu FRANZ et al. die soziale Desintegration einen nachteiligen Einfluß auf den Therapieverlauf haben. FRANZ et al. stellen eine signifikant positive Korrelation der mit dem FPI gemessenen Persönlichkeitseigenschaft „Offenheit“ mit der Psychotherapiemotivation fest.

SCHNEIDER et al. (1993) finden in einer empirischen Studie an Patienten mit Konversionsstörungen folgendes: Deren Psychotherapiemotivation war signifikant höher als die der Patienten der Kontrollgruppe mit organisch bedingten Krankheiten, obwohl sich die Patienten der beiden Gruppen in der mit dem FMP gemessenen Skala „Laienätiologie“ nicht signifikant voneinander unterschieden. Weiterhin korrelierte das Ausmaß der körperlichen Beschwerden und der Depressivität mit dem der Psychotherapiemotivation positiv.

Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den oben beschriebenen, und die Autoren interpretieren sie dahingehend, daß das psychotherapeutische Angebot von den Patienten mit Konversionsstörungen als eine Hilfe angesehen wird, die psychischen und sozialen Folgen der scheinbar organisch verursachten Krankheit leichter bewältigen zu können und nicht als Therapie für die Krankheit selbst.

SPITZER (1993) fand in einer empirischen Studie an 50 Patienten mit Konversionsstörungen im stationär-neurologischen Bereich, daß diese eine überraschend hohe Psychotherapiemotivation aufwiesen, die er auf deren hohe allgemeine Behandlungserwartung und den ausgeprägten Leidensdruck zurückführte. Der Leidensdruck komme durch die massiven Allgemeinbeschwerden und eine hochgradige Beeinträchtigung durch depressive und Angststörungen zustande. Mit einer erhöhten Psychotherapiemotivation gehe weiterhin auch eine ausgeprägte mit dem FKV gemessene „regressive Tendenz“ einher.

Die Patienten erklärten sich ihre Erkrankung überwiegend mit organischen Krankheitskonzepten. Je mehr Angst und Depression zu Beeinträchtigungen

fürten, desto häufiger zogen die Patienten psychosoziale Krankheitskonzepte heran.

Die Ergebnisse SPITZERS bestätigen die Beobachtungen SCHNEIDERS: Die Psychotherapiemotivation bei Patienten mit Konversionsstörungen liegt signifikant höher als die bei Patienten mit organisch bedingten neurologischen Störungen, unabhängig vom Krankheitskonzept. Alle Autoren sind sich darin einig, daß mit verstärkter Angst und Depression, allgemein mit höherem Leidensdruck die Psychotherapiemotivation steigt.

Es stehen noch Studien aus, die die Psychotherapiemotivation von Patienten mit dissoziativen und Konversionstörungen im Vergleich mit der anderer psychiatrischer Störungsgruppen untersuchen, und wie und ob das Ausmaß der Dissoziation mit der Höhe der Psychotherapiemotivation korreliert.

**Das Ausmaß der Dissoziation:** BERNSTEIN und PUTNAM (1986) führten mit der Dissociative Experiences Scale (DES) einen heute weltweit verwendetes Screening-Instrument zur Feststellung des Ausmaßes der Dissoziation bei Erwachsenen ein. Die deutsche Bearbeitung und Einführung ist FREYBERGER et al. (1994, 1998, 1999) zu verdanken. Dieser Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) kommt im Rahmen dieser Studie bei einem umfangreichen psychiatrischen Patientenkollektiv zur Anwendung. Die englische Version, die sich am DSM-IV orientiert, ist um Items erweitert worden, die die diagnostischen Kriterien der ICD-10 die Dissoziation betreffend umfassen. Die Vergleichbarkeit der deutschen Version mit der englischen bleibt insofern erhalten, als sich alle Originalitems in übersetzter und angepaßter Form in der deutschen Version wiederfinden.

Im folgenden werden Ergebnisse von Studien mit dem DES zum Ausmaß der Dissoziation an verschiedenen Populationen dargestellt (Überblick bei CARLSON und PUTNAM, 1992):

*Psychiatrische Patienten:* Angegeben werden die Mittel- oder Medianwerte des DES. Je nach Studie liegen die Werte für Patienten mit

– affektiven Störungen bei 6.0,



- Angststörungen zwischen 3.9 und 6.7,
- Schizophrenie zwischen 10.5 und 20.6,
- posttraumatischer Belastungsstörung zwischen 26.1 und 41.1,
- dissoziativen Störungen zwischen 38.3 und 40.8,
- multipler Persönlichkeitsstörung zwischen 40.7 und 57.1.

*Normalpopulation:* Für diese Gruppe werden Mittel- oder Medianwerte zwischen 3.7 und 6.4 angegeben.

Obwohl seit mehr als einem Jahrzehnt auf dem Feld der Dissoziation intensiv geforscht worden ist, sind in der Literatur nur wenige Studien zu finden, die das Ausmaß der Dissoziation im Verhältnis zum Grad der Komorbidität, zu Persönlichkeitseigenschaften, der Krankheitsverarbeitung und der Psychotherapiemotivation untersuchen.

#### ***1.1.6. Folgerungen für diese Untersuchung und Fragestellungen***

Wie die bisherigen Darlegungen gezeigt haben, sind die Störungsbilder der dissoziativen und Konversionsstörungen sehr komplex, deren Ätiologie noch nicht grundsätzlich geklärt, und die Frage danach, ob sie eigenständige nosologische Entitäten bilden, noch nicht endgültig beantwortet. So ist es weiterhin fraglich, ob die dissoziativen Phänomene nicht nur akzessorische Symptome im Rahmen anderer komplexer Erkrankungen wie z.B. Persönlichkeitsstörungen darstellen. Eine Erhellung dieser Fragestellung wird durch die Untersuchung aller psychiatrisch relevanter Symptome und Syndrome im Rahmen des Komorbiditätskonzeptes möglich.

Gab es vor der Einführung der neuen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-III-R noch keine einheitlichen, international verbindlichen Forschungskriterien, so definieren heute die ICD-10 und das DSM-IV die „hysterischen“ Störungen klar und erlauben durch operationalisierte und deskriptive Kriterien eine Zuordnung der Störungen zu phänomenologisch einheitlichen Kategorien. Die Ergebnisse älterer Studien sind aus diesen Gründen nur eingeschränkt mit heutigen Forschungsergebnissen zu

vergleichen. Die Untersuchungen auf der Grundlage des DSM-IV können nur nach „Übersetzung“ mit auf der ICD-10 basierenden Arbeiten verglichen werden.

Um weitere Entscheidungshilfen für eine patientengerechte Therapie zu liefern, erscheint es sinnvoll, deren Krankheitskonzepte und Copingstrategien auf dem Hintergrund der allgemeinen Psychotherapiemotivation zu untersuchen.

Desweiteren werden die Ergebnisse des auf dem DSM-III-R basierenden Fragebogens zu dissoziativen Erlebnissen (DES, BERNSTEIN et PUTNAM, 1986) mit den im Rahmen dieser Arbeit mit Hilfe der erweiterten deutschen Version dieses Fragebogens (FDS, FREYBERGER et al., 1998, 1999) gewonnenen Ergebnissen verglichen und diskutiert und eine Synopse mit den Ergebnissen der anderen Tests versucht.

Im Rahmen dieser Untersuchung sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Gibt es für die dissoziativen Störungen spezifische Komorbiditätsmuster, und inwieweit sind die verschiedenen dissoziativen Störungen untereinander assoziiert?
2. Wie unterscheiden sich Patienten mit dissoziativen Störungen im Ausmaß und der Art der Komorbidität von Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen?
3. Wie hoch ist die Psychotherapiemotivation der Patienten mit dissoziativen Störungen, und welche Unterschiede gibt es dabei zu Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen? Wird das Ausmaß der Psychotherapiemotivation vom Grad der symptomatologischen Beeinträchtigung, vom Modus der Krankheitsbewältigung oder vom Ausmaß der Dissoziation beeinflusst.
4. Wie verarbeiten dissoziativ gestörte Patienten ihre Erkrankung im Vergleich zu Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen? Gibt es Zusammenhänge zwischen der Art der Krankheitsverarbeitung mit dem

Grad der symptomatologischen Beeinträchtigung und dem Ausmaß der Dissoziation?

5. Finden sich bei Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Störungen (schizophrenieforme, affektive, Angst- und Persönlichkeitsstörungen) Unterschiede im Ausmaß der Dissoziation?
6. Ist der Grad der Dissoziation mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen assoziiert? Wie lassen sich Unterschiede vor dem Hintergrund psychodynamischer Modellvorstellungen deuten?
7. Wie korreliert der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) mit standardisierten Instrumenten, die dissoziative Störungen diagnostizieren können, z.B. dem CIDI, und mit den klinischen Diagnosen der Behandler?
8. Können die Ergebnisse des FDS mit denen der amerikanischen Originalversion des Fragebogens (DES) verglichen werden? Finden sich die diagnostischen Kriterien der ICD-10 ausreichend im Fragebogen wieder?
9. Welche praktischen, d.h. diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

## **2. Material und Methoden**

### **2.1. Stichprobenbeschreibung**

**Stichprobe der psychiatrischen Klinik der MUL:** Von August 1993 bis Juni 1995 sind Patienten konsekutiv untersucht worden, die in die Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck (MUL) auf die Station 52 aufgenommen worden sind. Auf dieser Station werden hauptsächlich Patienten mit neurotischen und Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Patienten mit folgenden Charakteristika wurden in die Studie eingeschlossen:

- Das Alter liegt zwischen 18 und 65 Jahren,
- es liegt keine hirnorganische Störung mit kognitiver Beeinträchtigung vor,
- das verbale Intelligenzniveau reicht zur Bearbeitung der Selbstbeurteilungsskalen aus ( $IQ > 80$ ) und
- eine primäre Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit ist ausgeschlossen.

Jeder Patient fand nur einmal in die Studie Eingang, auch wenn er wiederholt in die Klinik aufgenommen wurde.

Von allen Patienten, die die oben genannten Kriterien erfüllt hatten, füllten neun die Fragebögen nicht oder nur so unvollständig aus, daß die Daten nicht verwertet werden konnten.

In diese Gruppe der Studie wurden letztendlich 194 Patienten aufgenommen. Diese setzten sich aus 111 Patienten aus der ersten Phase und 83 Patienten der zweiten Phase der Studie (s. Abschnitt Durchführung) zusammen. Sie besteht aus 111 weiblichen und 83 männlichen Erwachsenen, deren Alter sich zwischen 18 und 65 Jahren bewegt. Die Alters- und Geschlechtscharakteristika dieser Gruppe sind in der Tabelle 2.1.1. dargestellt.

**Tabelle 2.1.1.** Alter und Geschlecht der Patienten der psychiatrischen Klinik der MUL (n=194)

	n	%	Alter (in Jahren)		
			Bereich	M	s
weiblich	111	57.0	18-65	36.4	12.7
männlich	83	43.0	18-60	36.7	11.4
gesamt	194	100	18-65	36.5	12.2

Die Patienten weisen ein mittleres Alter von 36.5 Jahren auf (s = 12.2; Bereich von 18 - 65 Jahren). Weibliche und männliche Patienten unterscheiden sich dabei nicht signifikant (T-Test: T = 0.18; DF = 192; p = 0.858). Die Altersstruktur entspricht nicht einer Normalverteilung (DF = 194; p = 0.003), was durch die überproportional vielen Patienten im Alterssegment bis 35 Jahren und komplementär dazu die relativ geringe Anzahl im Segment von 45 bis 65 Jahren zu erklären ist.

120 Patienten waren berufstätig, 42 arbeitslos, 23 befanden sich in einer Ausbildung und 8 waren berentet. Tabelle 2.1.2. zeigt die berufliche Situation geschlechtsspezifisch. Auffällig ist die mit 21.8% hohe Quote der Arbeitslosigkeit, die 12% über derjenigen der Allgemeinbevölkerung lag. Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nur bei den berenteten Patienten. Frauen waren in dieser Gruppe fast doppelt (1.7) so häufig vertreten wie Männer.

**Tabelle 2.1.2.** Berufliche Situation der Patienten der psychiatrischen Klinik der MUL (n=193, Prozentangaben sind Spaltenprozente)

	weiblich		männlich		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
berufstätig	69	62.2	51	62.2	120	62.2
arbeitslos	24	21.6	18	22.0	42	21.8
in Ausbildung	12	10.8	11	13.4	23	11.9
berentet	6	5.4	2	2.4	8	4.1

Die Verteilung der Berufsgruppen ist in der Tabelle 2.1.3. aufgeführt. Die Gruppen Selbständige, Angestellte, Beamte und Arbeiter verteilen sich auf die Geschlechter annähernd gleich.

**Tabelle 2.1.3.** Berufsgruppen der Patienten der psychiatrischen Klinik der MUL (n=185, Prozentangaben sind Spaltenprozente)

	weiblich		männlich		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Selbständige	14	13.1	11	14.1	25	13.5
Angestellte	34	31.8	25	32.1	59	31.9
Beamte	5	4.7	4	5.1	9	4.9
Arbeiter	44	41.1	33	42.3	77	41.6
Sonstige	10	9.3	5	6.4	15	8.1

Über den Familienstand der Patienten gibt Tabelle 2.1.4. Aufschluß. Auch hier ist eine relativ gleichmäßige Verteilung der Geschlechter zu beobachten. Der mit 37% hohe Prozentsatz der Ledigen beruht vor allem auf den 56 (29%) Patienten der Altersgruppe bis 30 Jahre.

**Tabelle 2.1.4.** Familienstand der Patienten der psychiatrischen Klinik der MUL (n=194, Prozentangaben sind Spaltenprozente)

	weiblich		männlich		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
ledig	41	36.9	31	37.3	72	37.1
verheiratet	44	39.6	39	47.0	83	42.8
verwitwet	4	3.6	2	2.4	6	3.1
getrennt	22	19.8	11	13.3	33	17.0

Unter den 111 Patienten der 1. Phase befanden sich 38, die mit Hilfe des CIDI als Patienten mit einer dissoziativen Störung diagnostiziert worden sind. Fünf dieser 38 Patienten füllten die Tests nur unvollständig aus, weil sie sich dazu nicht in der Lage sahen oder konnten nicht mehr untersucht werden, weil sie die Klinik vorzeitig verlassen hatten. Letztlich wurden 33 Patienten in die Gruppe der Patienten mit dissoziativen Störungen aufgenommen. Da dieser Gruppe unser spezielles Interesse galt, folgt nun die Übersicht der soziodemographischen Variablen im Vergleich mit den Patienten der Untersuchungsphase I, die keine dissoziative Störung aufwiesen.

Tabelle 2.1.5. zeigt die Altersstruktur der Patienten nach Geschlechtern getrennt. Auffällig bei den dissoziativen Patienten ist das Verhältnis von

weiblichen zu männlichen Patienten im Verhältnis 3 : 1, was jedoch den Angaben in der Literatur über die geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung von dissoziativen Störungen entspricht (GUZE, 1971; KRULL, 1990; SPITZER, 1994; TOMASSON, 1991; WILSON-BARNETT, 1985). Der Altersdurchschnitt dieser Gruppe lag mit 31.6 Jahren fast 5 Jahre unter dem der Literaturwerte und 7 Jahre unter den Werten der nicht dissoziativen Patienten.

**Tabelle 2.1.5.** Alter und Geschlecht der Patienten der Phase I mit (n=33) und ohne (n=73) dissoziative Diagnosen

	Patienten mit dissoziative Diagnosen					Patienten ohne dissoziative Diagnosen				
			Alter (in Jahren)					Alter (in Jahren)		
	n	%	Bereich	M	s	n	%	Bereich	M	s
weiblich	25	76	18-58	31.9	11.0	40	55	18-60	39.2	12.7
männlich	8	24	19-43	30.5	8.3	33	45	18-57	38.4	11.6
gesamt	33	100	18-58	31.6	10.3	73	100	18-60	38.8	12.2

Tabelle 2.1.6. zeigt die berufliche Situation der Patienten. Die Angaben in der Literatur zur Höhe der Arbeitslosigkeit schwanken von 16% (SPITZER, 1994) bis 37% bei TOMASSON (1991). Hier fällt auf, daß sie bei den dissoziativen Patienten fast doppelt so hoch ist wie bei den Patienten ohne dissoziative Störung.

**Tabelle 2.1.6.** Berufliche Situation der Patienten mit (n=33) und ohne (n=73) dissoziativen Störungen (Prozentangaben sind Spaltenprozent)

	Patienten mit F44.x						Patienten ohne F44.x	
	weiblich		männlich		gesamt		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
berufstätig	12	48	3	37	15	46	47	64.4
arbeitslos	7	28	5	62	12	36	14	19.2
in Ausbildung	3	12	-	-	3	9	9	12.3
berentet	3	12	-	-	3	9	3	4.1

Die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Berufsgruppen zeigt Tabelle 2.1.7. In der Literatur gibt es wenige vergleichbare Angaben dazu. SPITZER (1994) berichtet über einen größeren Anteil von Angestellten (56%) aber von einem annähernd gleich hohen Anteil an Arbeitern (34%). MAXION et al. (1989) erwähnen 18% Angestellte und 34% Arbeiter.

**Tabelle 2.1.7.** Berufsgruppen der Patienten mit (n=33) und ohne (n=73) dissoziativen Störungen (Prozentangaben sind Spaltenprozente)

	Patienten mit F44.x						Patienten ohne F44.x	
	weiblich		männlich		gesamt		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Selbständige	3	12	2	25	5	15	8	11.0
Angestellte	11	44	1	12	12	36	23	31.5
Beamte	2	8	-	-	2	6	2	2.7
Arbeiter	7	28	5	62	12	36	33	45.2
Sonstige	2	8	-	-	2	6	7	9.6

Tabelle 2.1.8. zeigt den Familienstand. Auffällig ist der hohe Anteil der Ledigen bei dissoziativen Patienten, der fast 20% höher lag als bei nichtdissoziativen Patienten. Die Angaben der Literatur zum Anteil der Ledigen bei dissoziativen Patienten bewegen sich von 21% (TOMASSON, 1991) über 30% (ROY, 1980) bis 36% bei SPITZER (1994). Unser wesentlich höher liegender Wert ist teilweise durch die jüngere Altersstruktur im Vergleich zu den anderen Studien bedingt.

**Tabelle 2.1.8.** Familienstand der Patienten mit (n=33) und ohne (n=73) dissoziativen Störungen (Prozentangaben sind Spaltenprozente)

	Patienten mit F44.x						Patienten ohne F44.x	
	weiblich		männlich		gesamt		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ledig	12	48	3	38	15	46	20	27.4
verheiratet	7	28	3	38	10	30	36	49.3
verwitwet	-	-	-	-	-	-	1	1.4
getrennt	6	24	2	25	8	24	16	21.9



**Vergleichsstichproben:** 25 stationäre Patienten mit schizophrenen und schizotypen Störungen sind in der Klinik für Psychiatrie der Universität Basel (Schweiz), 40 unselektierte stationäre Patienten der Klinik für Chirurgie der MUL sind als klinische und psychiatrisch nicht vorbelastete Kontrollgruppe und 353 Personen der Normalpopulation sind als klinisch gesunde Kontrollgruppe untersucht worden.

Folgende Charakteristika mußten erfüllt werden, um in die Studie aufgenommen zu werden:

- Bei Patienten der Klinik in Basel
  - ist ein schwerer Mißbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen in den letzten 6 Monaten vor der Testung ausgeschlossen, und
  - das verbale Intelligenzniveau reicht zur Bearbeitung der Selbstbeurteilungsskalen aus ( $IQ > 80$ ).
- Bei Patienten der Chirurgie der MUL
  - liegt kein Schädel-Hirn-Trauma vor,
  - ist eine akute Alkohol-Intoxikation ausgeschlossen,
  - gibt es keine psychiatrischen Diagnosen oder Hospitalisierungen in der Anamnese.
- Das Alter liegt zwischen 18 und 65 Jahren.

Die Gruppe der Psychiatrie in Basel bestand aus 11 weiblichen Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 47 Jahren und 15 männlichen Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 37 Jahren. Die Kontrollgruppe der Chirurgie setzte sich aus 17 weiblichen und 23 männlichen Patienten beide mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren zusammen. Die Altersstruktur der baseler Gruppe ist normalverteilt (Shapiro-Wilks-Test:  $DF = 26$ ;  $p = 0.63$ ), die der chirurgischen Gruppe nicht (Shapiro-Wilks-Test:  $DF = 40$ ;  $p = 0.018$ ). Die geschlechtsspezifische Altersverteilung mit Mittelwert (M) und Standardabweichung (s) ist in Tabelle 2.1.9. zu sehen.

**Tabelle 2.1.9.** Alter und Geschlecht der Patienten der Vergleichsstichproben

	Psychiatrie Basel					Chirurgie MUL				
	n	%	Alter(in Jahren)			n	%	Alter (in Jahren)		
			Bereich	M	s			Bereich	M	s
weiblich	11	42.0	26-65	46.6	13.1	17	42.0	18-65	42.1	16.0
männlich	15	58.0	21-54	37.1	9.5	23	58.0	18-64	42.9	9.5
gesamt	26	100	21-65	41.1	11.9	40	100	18-65	42.6	14.5

Die Stichprobe aus der Normalpopulation setzte sich aus 213 weiblichen und 140 männlichen Erwachsenen mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren zusammen. Frauen und Männer unterscheiden sich dabei nicht signifikant (T-Test:  $t = 1.25$ ;  $DF = 351$ ;  $p = 0.212$ ). Die geschlechtsspezifische Altersverteilung mit Mittelwert (M) und Standardabweichung (s) ist in Tabelle 2.1.10. zu sehen.

**Tabelle 2.1.10.** Alter und Geschlecht der Stichprobe aus der Normalpopulation

	n	%	Alter(in Jahren)		
			Bereich	M	s
weiblich	213	60.3	18-65	34.2	11.5
männlich	140	39.7	18-64	35.8	11.2
gesamt	353	100	18-65	34.8	11.4

## 2.2. Durchführung

**Stichprobe der psychiatrischen Klinik der MUL:** Die Erhebung bei den psychiatrischen Patienten der MUL ist in zwei Testphasen unterteilt worden. In der ersten Testphase, die von August 1993 bis August 1994 dauerte, ist den Patienten nach deren Aufklärung und ihrer Zustimmung zur Teilnahme an der Studie im Rahmen des Aufnahmegesprächs vom behandelnden Arzt eine Mappe mit Selbstbeurteilungsskalen mit der Bitte ausgehändigt worden, diese innerhalb von 2-3 Tagen auszufüllen. Während der ersten 10 Tage nach stationärer Aufnahme sind diese Patienten von trainierten Interviewern mit der

Sektion C [Somatoforme (F45) und Dissoziative (F44) Störungen] des Composite International Diagnostic Interview (CIDI, WITTCHEN und SEMLER, 1991) untersucht worden. Die Patienten, bei denen mit Hilfe dieses Teils des Interviews eine dissoziative Störung festgestellt worden war, sind zusätzlich mit allen Sektionen des CIDI untersucht worden. Die positiven CIDI-Befunde sind von einem trainierten professionellen Rater überprüft worden.

In der zweiten Testphase, die von September 1994 bis Juni 1995 dauerte, sind die Interviews mit dem CIDI nicht mehr geführt worden. Abgesehen davon sind alle Daten wie in der ersten Testphase erhoben worden. Weitere patientenbezogene Daten sind nach Beendigung der stationären Therapie aus den Patientenakten entnommen worden:

1. Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10. Die Diagnosen, die im Ergebnisteil aufgeführt werden, sind auf der Grundlage der diagnostischen Kriterien der ICD-10 gestellt worden. Alle Angaben zu Diagnosen sowie alle Kodenummern beziehen sich immer auf die ICD-10.
2. Angaben zu einem Selbstmordversuch innerhalb der letzten 8 Tage vor der Aufnahme
3. Dauer der stationären Therapie

**Vergleichsstichproben:** Die Patienten der Psychiatrie der Universität Basel sind in einem Zeitraum von Januar 1995 bis Mai 1995 in Reihenfolge der Aufnahme in die Klinik untersucht worden. Die Patienten der Chirurgie der MUL wurden in einem Zeitraum von Oktober 1994 bis Januar 1995 ebenfalls in Reihenfolge der Aufnahme in die Klinik (Abt. Traumatologie) getestet. Alle Patienten wurden über die Untersuchung informiert. Nach Zustimmung zur Teilnahme sind ihnen von geschulten an der jeweiligen Klinik tätigen Mitarbeitern Fragebogenmappen mit den in der Tabelle 2.2.1. spezifizierten Instrumenten mit der Bitte ausgehändigt worden, diese innerhalb von 2-3 Tagen auszufüllen. Zusätzlich sind aus den Patientenakten die endgültigen Diagnosen entnommen worden.

Die Normalpopulationsstichprobe ist unselektiert mit dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen in einem Zeitraum von Juli 1993 bis Januar 1995 getestet worden. Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie und Studenten der MUL händigten die Fragebögen in ihrem beruflichen und privaten Umfeld nach Information über den Zweck der Befragung den gesunden Probanden aus. Zusätzlich sind die soziodemographischen Daten der Probanden erhoben worden.

**Tabelle 2.2.1.** Übersicht über die verschiedenen Untergruppen und die verwendeten Instrumente bei der Studie

Instrumente	Patienten				Normal-population
	der Klinik für Psychiatrie der MUL		mit Schizophrenie	der Chirurgie	
	1. Phase	2. Phase			
Soziodemographische Daten	♦	♦	♦	♦	♦
FDS	♦	♦	♦	♦	♦
FPI-R	♦	♦			
SCL-90-R	♦	♦	♦	♦	
FMP	♦	♦			
FKV-Lis	♦	♦			
MWT-B	♦	♦	♦	♦	
CIDI	♦				

## 2.3. Instrumente

### 2.3.1. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

Das CIDI (WITTCHEN und SEMLER, 1991) ist ein umfassendes und standardisiertes Interview, das helfen soll, momentane als auch lebenszeitbezogene psychische Störungen im Erwachsenenalter zu diagnostizieren. Es wurde im Rahmen eines größeren internationalen Projektes unter Federführung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der früheren US-Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA) auf

der Grundlage der diagnostischen Kriterien und Definitionen der 10. Revision der International Classification of Diseases kurz ICD-10 (DILLING et al., 1993, WHO, 1992) und der Revision der 3. Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders kurz DSM-III-R (WITTCHEN et al., 1989) der American Psychiatric Association entwickelt.

Das Interview wurde so konstruiert, daß nach entsprechendem Training auch klinisch Unerfahrene dieses Interview reliabel führen können.

Es werden Symptome erfragt, die für die operationale Diagnostik nach der ICD-10 gefordert werden und auch eine Diagnosenstellung nach dem DSM-III-R ermöglichen. Das Interview enthält 15 Sektionen, von denen 13 Sektionen zu den verschiedenen psychiatrischen Symptomen vom Probanden und 2 Sektionen zur Interviewbeobachtung und - beurteilung vom Interviewer beantwortet werden. Die Antworten des Probanden auf die standardisierten Fragen werden mit folgenden Werten kodiert:

„1“ - Symptom nicht vorhanden

„2“ - Symptom klinisch nicht relevant

„3“ - Symptom immer auf die Wirkung von Medikamenten, Drogen oder Alkohol zurückzuführen

„4“ - Symptom auf körperliche Erkrankung oder Verletzung zurückzuführen

„5“ - Symptom für die psychiatrische Diagnose relevant

Die mit „5“ kodierten Symptome werden noch nach deren Dauer, dem Zeitpunkt ihres Auftretens und ihrem Schweregrad beurteilt.

Die Dauer des Interviews mit allen 13 Sektionen beträgt je nach Anzahl der psychiatrisch relevanten Symptome zwischen 60 und 180 Minuten. Die Dauer des Interviews nur mit Sektion C [Somatoforme (F45) und Dissoziative (F44) Störungen] beträgt 10- 15 Minuten.

Zur Auswertung des Interviews werden alle kodierten Antworten in das CIDI-Computerprogramm (WHO, 1990) eingegeben, vom Programm auf innere Konsistenz geprüft und schließlich auf Wunsch nach ICD-10 oder DSM-III-R Kriterien ausgewertet. Das Expertensystem kann 64 deskriptive Diagnosen nach ICD-10 und 43 Diagnosen nach DSM-III-R vorschlagen.

Das Interview und seine computerisierte Auswertung wurden in mehreren Studien nach testtheoretischen Kriterien geprüft, wobei eine hohe Reliabilität und Validität festgestellt werden konnte (SEMLER, 1990).

### **2.3.2. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)**

Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen wurde auf der Grundlage der Dissociative Experiences Scale, DES, (BERNSTEIN et PUTNAM, 1986) entwickelt. Die DES ist ein relativ schnell zu beantwortendes Selbstbeurteilungsinstrument, welches das Ausmaß an dissoziativen Symptomen mißt. Sie wird angewandt, im Rahmen der klinischen Arbeit Patienten mit dissoziativer Psychopathologie zu identifizieren und als Forschungsinstrument dissoziative Symptome und Erlebnisweisen zu quantifizieren. Die DES wurde entwickelt, um die Dissoziation als ein dauerhaftes (trate-) Merkmal zu messen. Sie umfaßt 28 Items mit den drei Dimensionen:

1. Dissoziative Amnesie
2. Versunkenheit („absorption“) und die Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen („imaginative involvement“)
3. Depersonalisation/ Derealisation

Die DES ist international weit verbreitet und wurde mehrfach testtheoretisch auf Reliabilität und Validität mit guten Ergebnissen überprüft. So findet sich eine Test-Retest-Reliabilität von 0.84 bei BERNSTEIN und PUTNAM (1986) und von 0.96 bei FRISCHHOLZ et al. (1990, 1991).

Um diese Skala für den deutschsprachigen Raum nutzbar zu machen, mußte sie nicht nur den sprachlichen Gegebenheiten angepaßt werden, sondern auch den hier geltenden diagnostischen Standards der ICD-10 im Unterschied zum im US-amerikanischen Raum verwendeten DSM. Den 28 Items wurden 16 Items hinzugefügt, um alle symptomatologisch die Dissoziation betreffenden Merkmale, die zusätzlich in der ICD-10 aufgeführt werden, zu erfassen. Die Merkmale folgender Diagnosen sind hinzugefügt worden:

- F44.1 dissoziative Fugue (ein Item),

- F44.2 dissoziativer Stupor (ein Item),
- F44.3 dissoziative Trance- und Besessenheitszustände (ein Item),
- F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen, F44.5 dissoziative Krampfanfälle, F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (9 Items) und
- 4 zusätzliche Items.

9 dieser 16 Items bilden die zusätzliche Dimension „Konversionssymptome“.

Dieser so erweiterte und an den deutschen Sprachraum angepaßte Test, ist zunächst Experten vorgelegt worden, um die Verständlichkeit und die semantische Eindeutigkeit der Items zu überprüfen. Nach einer Revision entstand der „Fragebogen zu dissoziativen Symptomen“ (FDS, FREYBERGER et al., 1998, 1999), der in dieser Studie angewandt wird.

Die Überprüfung des Fragebogens lieferte gute bis sehr gute statistische Parameter (Test-Retest-Koeffizient = 0,88, Cronbachs Alpha = 0,93 und der split-half-Koeffizient = 0,90; SPITZER et al., 1994; FREYBERGER et al., 1998, 1999). Der Proband beantwortet die Fragen, indem er die bei ihm auftretende Häufigkeit der erfragten Erlebnisse und Symptome auf einer in 10er-Schritten von „0“ bis „100“ reichenden Prozentskala ankreuzt. Die angekreuzten Zahlen bilden die Rohwerte. Alle Rohwerte werden addiert, diese Summe durch die Itemanzahl dividiert ergibt den Mittelwert. Dieser dient als Wert für das Ausmaß der Dissoziation des Probanden. Die Bearbeitungszeit beträgt 10 - 20 Minuten.

### **2.3.3. *Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung (FPI-R)***

Das FPI-R (FAHRENBERG et al., 1984) ist die revidierte Fassung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes, das seit 1970 im deutschen Sprachraum weite Verbreitung fand. Es mißt 12 in sich konsistente und bis zu einigen Jahren stabil bleibende Persönlichkeitsdimensionen. Das Persönlichkeitsinventar umfaßt 10 Standardskalen mit je 12 Items und zwei Zusatzskalen mit je 14 Items. Die Skalen bilden relativ weit gefaßte Konstrukte ab, die noch

psychologisch abgrenzbare Subkonstrukte enthalten. Die folgenden Skalennamen repräsentieren deshalb nur die Hauptthemata der Konstrukte:

FPI-R 1	Lebenszufriedenheit	FPI-R 7	Beanspruchung
FPI-R 2	Soziale Orientierung	FPI-R 8	Körperliche Beschwerden
FPI-R 3	Leistungsorientierung	FPI-R 9	Gesundheitssorgen
FPI-R 4	Gehemmtheit	FPI-R 10	Offenheit
FPI-R 5	Erregbarkeit	FPI-R E	Extraversion
FPI-R 6	Aggressivität	FPI-R N	Emotionalität

Bei der inhaltlichen Auswertung müssen die ausführlichen Beschreibungen der Skalen zugrunde gelegt werden.

Die 138 Items haben die Form von Fragen, die der Proband mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ beantworten kann. Bei guter Konzentrationsfähigkeit beträgt die Bearbeitungszeit 10 Minuten.

Zur Auswertung können Schablonen benutzt werden. Die Rohwerte werden zu Summenscores addiert, die bei den Standardskalen zwischen 0 und 12 bzw. zwischen 0 und 14 bei den Zusatzskalen (FPI-R E und FPI-R N) liegen.

Die bei der Allgemeinbevölkerung zu erwartenden Werte sind mit Hilfe einer Repräsentativerhebung an 2035 Personen gewonnen worden. Weitere Vergleichsdaten liegen vor.

#### **2.3.4. *Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)***

Die SCL-90-R (DEROGATIS, 1986) ist eine in den USA seit 1973 gebräuchliche, in Deutschland seit 1986 angewandte Skala zur Selbstbeurteilung der psychischen Belastung durch allgemeine klinisch-psychologisch relevante Symptome. Wir verwenden den Test um herauszufinden, ob für verschiedene Störungsgruppen spezifische Belastungsprofile existieren, vor allem in Hinblick auf die Anzahl und das Ausmaß dissoziativer Störungen.

Der Patient trägt die Antworten auf die 90 Fragen, für deren Beantwortung 10-15 Minuten benötigt werden, auf einer 5-stufigen Skala ein. Dabei entspricht

- 0 „überhaupt nicht“,
- 1 „ein wenig“,



- 2 „ziemlich“,
- 3 „stark“,
- 4 „sehr stark“.

83 der 90 Fragen werden zu neun Symptombfaktoren zusammengefaßt:

- |                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Somatisierung                 | 6. Aggressivität und Feindseligkeit |
| 2. Zwanghaftigkeit               | 7. Phobische Angst                  |
| 3. Unsicherheit im Sozialkontakt | 8. Paranoides Denken                |
| 4. Depressivität                 | 9. Psychotizismus                   |
| 5. Ängstlichkeit                 |                                     |

Diese 9 Faktoren entsprechen den Skalen SCL-1 bis SCL-9. Die Skala SCL-10 mißt die durchschnittliche Beeinträchtigung (Summe der Antworten /90). Die Skala SCL-11 gibt an, durch wieviele der 90 Symptome der Patient beeinträchtigt ist. Die Skala SCL-12 gibt an, wie stark der Patient durchschnittlich von den Symptomen beeinträchtigt ist (Summe der Antworten / Wert der Skala SCL-11).

Zur Auswertung des Tests wird für jeden Symptombfaktor ein Durchschnittswert gebildet, der sich auf einem Symptomprofil abbilden läßt.

Die grundlegende statistische Überprüfung von DEROGATIS ergaben interne Konsistenzen der 9 Faktoren von  $r_{tt}=.80$  (paranoides Denken) bis  $r_{tt}=.90$  (Depressivität). Die Konstruktvalidität konnte bei einer Überprüfung an 1002 ambulanten psychiatrischen Patienten sehr gut bestätigt werden. Die Überprüfungen in Deutschland finden sich bei FRANKE (1992) und RIEF (1991).

### **2.3.5. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)**

Der FMP (SCHNEIDER et al., 1989) untersucht im Rahmen der Copingforschung die Behandlungserwartungen und -motivation als bedeutsamen Aspekt der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung.

Für diese Untersuchung verwenden wir den Test, um die Behandlungsmotivation und das Krankheitserleben bei unterschiedlichen klinischen Gruppen abzubilden.

Der Patient beantwortet 47 Items auf einer fünfstufigen Ratingskala, die von „1“ für „stimmt uneingeschränkt“ bis „5“ für „stimmt überhaupt nicht“ reicht. Mit Hilfe einer Schablone erfolgt die Bestimmung der Rohwerte, die zu vier Subskalen addiert werden:

Skala I: Krankheitserleben

Skala II: Laienätiologie

Skala III: Allgemeine Behandlungserwartungen

Skala IV: Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie

Die Summe der Subskalenwerte ergibt den für die Auswertung maßgeblichen Gesamtscore als Ausmaß für die Psychotherapiemotivation. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 20 Minuten.

Normwerte für die Subskalen und für die Gesamtskala nach Geschlechtern getrennt liegen für ein unausgelesenes Kollektiv (n=447) stationärer Psychotherapiepatienten sowie auch für weitere Vergleichsstichproben vor.

### **2.3.6. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-Lis)**

Der FKV-Lis (MUTHNY, 1989) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das unter Einbeziehung der drei Ebenen des Verhaltens, der Emotionen und der Kognition 27 verschiedenen Krankheitsverarbeitungs-Modi untersucht. Der Autor sieht dabei Krankheitsverarbeitung als Spezialfall von Coping an. Wir verwenden den Test zusammen mit dem FMP, um uns ein ausreichend gutes Bild von den Copingstrategien der Patienten machen zu können.

Der Proband überprüft 35 Begriffe, inwieweit diese auf seine Art der Krankheitsverarbeitung zutreffen. Dabei kann er auf einer 5-er-Skala zwischen „1“ für „gar nicht“ und „5“ für „sehr stark zutreffend“ wählen.

Die Auswertung erfolgt über die Summenbildung der Rohwerte der Items, die zu folgenden Skalen zusammengefaßt werden:

F1 Depressive Verarbeitung

F2 Aktives problemorientiertes Coping

F3 Ablenkung und Selbstaufbau

F4 Religiosität und Sinnsuche

## F5 Bagatellisierung und Wunschdenken

Eine kurze Einleitung weist den Probanden darauf hin, daß er die Situation, wie sie zur Zeit der Beantwortung des Fragebogens besteht, zugrunde legen soll.

Die Kurzform wurde gewählt, um eine gute Akzeptanz durch die Patienten zu erreichen.

Normwerte gibt der Autor des Fragebogens nicht an. Er empfiehlt eine Orientierung an den von ihm vorgestellten Ergebnissen unterschiedlicher Untersuchungsstichproben an insgesamt 947 Patienten (n=272 Dialysepatienten, n=350 Patienten mit koronarer Herzkrankheit und n=325 Patienten mit Multipler Sklerose). Weitere Vergleichsstichproben liegen vor.

### **2.3.7. Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)**

Der MWT-B (LEHRL, 1977) mißt als Screeningverfahren das allgemeine, prämorbid Intelligenzniveau des Patienten.

In 37 Fällen muß unter 5 Silbenkombinationen dasjenige Wort markiert werden, das im deutschen Wortschatz enthalten ist. Der Gesamtpunktzahl, die sich aus der Anzahl der richtig markierten Wörter ergibt, wird ein Intelligenzquotient zugeordnet. Dieser Intelligenzquotient ist mit einer Eichstichprobe (n=1952) an erwachsenen Bundesbürgern normiert worden.

Der Test ist eingesetzt worden, um minderbegabte Patienten, bei denen ein ausreichendes Verständnis der Testfragen nicht angenommen werden konnte, von der Studie auszuschließen. Alle Patienten, die einen Intelligenzquotienten kleiner 80 erreichten, sind ausgeschlossen worden.

## **2.4. Statistische Auswertung**

Die Analyse der Daten wurde unter Zuhilfenahme des Computerprogramms „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS PC+, Version 4.0) durchgeführt. Je nach Qualität der Daten wurden Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet, parametrische oder nonparametrische Verfahren eingesetzt.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Komorbidität

Untersuchungen werden hier anhand von zwei Arten der Diagnosenstellung angestellt. Zum einen hat jeder Patient Diagnosen des Behandlers bekommen, die klinischen Diagnosen, und zum anderen wurden bei allen Patienten, bei denen mit Hilfe der Sektion C des CIDI eine dissoziative Störung festgestellt werden konnte, weitere psychiatrische Diagnosen mit Hilfe des CIDI erstellt, deren Validität von Experten überprüft worden ist.

##### 3.1.1. Querschnittskomorbidität der klinischen Diagnosen

Zunächst wird die Komorbidität auf der Grundlage der klinischen Diagnosen untersucht. Die Tabelle 3.1.1.1. zeigt zum einen die Aufstellung der in Störungsgruppen eingeteilten Hauptdiagnosen und zum anderen die Verteilung aller Diagnosen, Haupt- und Nebendiagnosen.

**Tabelle 3.1.1.1.** Hauptdiagnosen der Patienten der Stichprobe der psychiatrischen Klinik der MUL (Prozentbasis n=191)

Störungsgruppen	ICD-10 Kode	Haupt- diagnosen		Neben- diagnosen	
		n	%	n	%
Störungen durch psychotrope Substanzen	F1	5	2.6	30	15.7
Schizophrenie, schizotype Störungen	F2	3	1.6	-	-
bipolare affektive Störungen	F31	2	1.0	-	-
depressive Störungen	F32/33	30	15.7	6	3.1
anhaltende affektive Störungen	F34.1	13	6.8	1	0.5
phobische und sonstige Angststörungen	F40/41	32	16.8	9	4.7
Zwangsstörungen	F42	1	0.5	2	1.0
Belastungs- und Anpassungsstörungen	F43	49	25.7	7	3.7
dissoziative Störungen	F44	15	7.9	8	4.2
somatoforme Störungen	F45	7	3.7	6	3.1
sonstige neurotische Störungen	F48	15	7.9	4	2.1
Eßstörungen	F50	-	-	6	3.1
Persönlichkeitsstörungen	F6	19	9.9	42	22.0
gesamt		191	100.0	121	63.2

Hauptdiagnose bedeutet hierbei, daß diese Diagnose das klinische Bild dominiert. Zusätzlich gestellte Diagnosen, die Nebendiagnosen, sind oft zu

einer umfassenden Beschreibung des klinischen Bildes notwendig, obgleich mit einem geringeren Syndromanteil als die Hauptdiagnose.

Bei zwei von drei Patienten wurde eine zusätzliche Störung diagnostiziert. Beim Vergleich der Verteilung der Haupt- und Nebendiagnosen auf die verschiedenen Störungsgruppen ergeben sich deutliche Unterschiede. Störungen durch psychotrope Substanzen und Persönlichkeitsstörungen wurden sehr viel häufiger als Nebendiagnosen gestellt. Alle anderen Störungen wurden etwa gleich häufig (somatoforme Störungen) als Nebendiagnosen diagnostiziert.

In Tabelle 3.1.1.2. ist die Querschnittskomorbidität der 5 größeren (n > 15) spezifischen Störungsgruppen näher aufgezeigt. Hierzu zählen die Gruppen mit

1. depressiven Störungen (F32/33),
2. phobischen und sonstigen Angststörungen (F40/41),
3. Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43),
4. dissoziativen Störungen (F44) und
5. Persönlichkeitsstörungen (F6).

**Tabelle 3.1.1.2.** Querschnittskomorbidität (Prozentbasis in Klammern)

Komorbiditätsdiagnosen	Störungsgruppen (Hauptdiagnosen)				gesamt (n=145)	
	F44 (n=15)		F32/33/40/41/43/60 (n=130)		n	%
	n	%	n	%		
F1	1	7	23	<b>18</b>	24	<b>17</b>
F3	2	<b>13</b>	3	<b>2</b>	5	<b>3</b>
F4	-	-	32	<b>25</b>	32	<b>22</b>
F50	-	-	5	<b>4</b>	5	<b>3</b>
F6	5	<b>33</b>	27	<b>21</b>	32	<b>22</b>
alle	8	<b>53</b>	90	<b>69</b>	98	<b>67</b>

Häufige Komorbiditätsdiagnosen wurden aus folgenden Bereichen gestellt:

- Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)
- affektive Störungen (F3)

- neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F4)
- Eßstörungen (F50)
- Persönlichkeitsstörungen (F6)

Als Hauptdiagnose wurde eine dissoziative Störung nur bei 15 von 191 Patienten gestellt. Trotz der kleinen Gruppenstärke sollen einige Unterschiede zwischen der Gruppe der dissoziativen Störungen und den anderen 4 Störungsgruppen herausgestellt werden.

Auffällig ist, daß Patienten mit dissoziativen Störungen prozentual wesentlich weniger Störungen durch psychotrope Substanzen (F1), keine anderen neurotische, somatoforme oder Belastungsstörungen (F4), dafür aber mehr affektive (F3) und Persönlichkeitsstörungen (F6) aufweisen als die anderen Gruppen. Wird die Gesamtzahl aller Komorbiditätsdiagnosen betrachtet, so fällt auf, daß in der Gruppe mit dissoziativen Störungen nur jeder zweite Patient eine weitere Störung aufwies, während in der Gruppe der psychiatrischen Patienten, die andere Hauptdiagnosen hatten, zwei von drei Patienten eine weitere Störung aufwies, wobei im Mittel aller Gruppen zwei von drei Patienten eine weitere Störung aufwiesen.

### ***3.1.2. Interne und externe Komorbidität der Patienten mit dissoziativen Störungen***

Die Diagnosen, die mit Hilfe des CIDI erstellt werden, sind valide und umfassend. Umfassend auch insofern, als selbst lebensgeschichtlich früher aufgetretene Störungen diagnostiziert werden können. Der Nachteil für diese Untersuchung besteht darin, daß Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) und Persönlichkeitsstörungen (F6) mit diesem Instrument nicht diagnostiziert und die klinisch im Vordergrund stehenden Diagnosen, also Hauptdiagnosen, nicht als solche benannt werden können. Mit Sektion C des CIDI (Diagnosen F45 und F44) wurden insgesamt 111 Patienten untersucht, wovon 38 eine dissoziative Störung aufwiesen. Von diesen 38 Patienten konnten nur 33 mit allen Sektionen des Interviews befragt werden, von diesen 33 hatten 26 aktuelle und 7 lebensgeschichtlich früher aufgetretene dissoziative Störungen.

**Externe Komorbidität:** In Tabelle 3.1.2.1. sind die Häufigkeiten der mit Hilfe des CIDI gestellten aktuellen Diagnosen im Vergleich zu den klinisch gestellten Diagnosen abgebildet. Als klinisch dissoziativ gelten hier Patienten, die diese Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose aufwiesen.

**Tabelle 3.1.2.1.** Externe Querschnittskomorbidität von Patienten mit dissoziativen Störungen (Prozentbasis in Klammern)

Komorbiditätsdiagnosen	ICD-10	F44.x mit CIDI diagnostiziert (n=26)		F44.x als klinische Diagnose (n=23)	
		n	%	n	%
Störungen durch psychotrope Substanzen	F1	<sup>1</sup> 9	<b>35</b>	1	<b>4</b>
Schizophrenie, schizotype Störungen	F2	1	<b>4</b>	-	-
bipolare affektive Störungen	F31	2	<b>8</b>	-	-
depressive Störungen	F32/33	12	<b>46</b>	3	<b>13</b>
anhaltende affektive Störungen	F34.1	2	<b>8</b>	-	-
phobische und sonstige Angststörungen	F40/41	<sup>2</sup> 17	<b>65</b>	3	<b>13</b>
somatoforme Störungen	F45	4	<b>11</b>	1	<b>4</b>
gesamt		47	<b>177</b>	8	<b>35</b>

<sup>1</sup>) ein Patient hatte zwei Störungen durch psychotrope Substanzen

<sup>2</sup>) drei Patienten hatten je zwei Angststörungen

Auf die Anzahl und Art der dissoziativen Störungen, die sogenannte „interne Komorbidität“ wird weiter unten eingegangen. Demgegenüber ist die Anzahl der Diagnosen in den anderen Störungsgruppen wesentlich geringer. Die häufigste zweite Diagnose war eine Angststörung: Zwei von drei Patienten hatten eine zusätzliche phobische oder sonstige Angststörung. Fast jeder zweite Patient litt unter einer zusätzlichen depressiven Störung und jeder dritte Patient hatte eine zusätzliche Störung durch psychotrope Substanzen. Zu beachten ist hierbei, daß in die Anzahl der Diagnosen Mehrfachkodierungen eingegangen sind: Ein Patient hatte zwei Störungen durch psychotrope Substanzen und drei Patienten wiesen je zwei Angststörungen auf.

Der Vergleich mit der externen Komorbidität nach klinischer Diagnosenstellung zeigt, daß mit Hilfe des CIDI in den gleichen

Störungsgruppen durchschnittlich 5 mal so viele zusätzliche Diagnosen gestellt wurden. Störungen durch psychotrope Substanzen wurden 9 mal so häufig, depressive Störungen 3,5 mal so häufig und Angststörungen 5 mal so häufig wie nach klinischen Kriterien gestellt.

Die Relation zwischen den Störungsgruppen verschiebt sich dadurch: Die Zahl der Störungen durch psychotrope Substanzen verglichen mit derjenigen der depressiven bzw. Angststörungen verhalten sich wie 1 : 3.2 : 3.2 bei den klinischen Diagnosen und 1 : 1.3 : 1.9 bei den Diagnosen nach CIDI. Der Anstieg der Diagnosenstellung von Störungen durch psychotrope Substanzen ist 2.5 bzw. 1.8 mal höher im Vergleich zu dem Anstieg bei den depressiven Störungen bzw. Angststörungen.

**Interne Komorbidität:** Mit Hilfe des CIDI wurden bei 26 Patienten aktuelle und bei 7 Patienten lebensgeschichtlich früher aufgetretene dissoziative Störungen diagnostiziert. In der Tabelle 3.1.2.2. ist die Verteilung der verschiedenen aktuellen dissoziativen Störungen aufgezeigt.

**Tabelle 3.1.2.2.** Verteilung der dissoziativen Diagnosen  
(Prozentbasis n = 26)

Störungen	ICD-10	n	%
dissoziative Amnesie	F44.00	8	31
dissoziative Bewegungsstörungen	F44.40	15	58
dissoziative Krampfanfälle	F44.50	17	65
dissoziative Sensibilitätsstörungen	F44.60	18	69
gesamt		58	223

Jeder 3. Patient mit einer dissoziativen Störung litt an einer dissoziativen Amnesie. Zwei von 3 Patienten litten jeweils an einer dissoziativen Bewegungs-, einer Sensibilitätsstörungen oder an dissoziativen Krampfanfällen, wobei die Sensibilitätsstörungen mit 18 (69%) Diagnosen am häufigsten diagnostiziert worden sind.



Insgesamt wurden 58 dissoziative Störungen diagnostiziert. Das bedeutet, daß im Durchschnitt jeder Patient mehr als zwei dissoziative Störungen aufwies (Mittelwert:  $M = 2.23$ ,  $s = 0.99$ ).

7 (27%) Patienten wiesen nur eine dissoziative Störung auf, 9 (35%) Patienten wiesen zwei, 7 (27%) Patienten drei und 3 (12%) wiesen vier dissoziative Störungen auf. Drei von vier Patienten litten an mindestens zwei dissoziativen Störungen.

**Längsschnittkomorbidität und zeitlicher Verlauf:** Werden die Lebenszeitdiagnosen in Tabelle 3.1.2.3. mit den aktuellen Diagnosen in Tabelle 3.1.2.1. verglichen, so werden nur geringfügige Unterschiede deutlich. Die deutlichste Änderung betrifft die Störungen durch psychotrope Substanzen, jeder siebente Patient litt früher schon einmal darunter. Eine weitere depressive Störung wiesen nur zwei (8%) Patienten und eine weitere Angststörung wies nur ein (4%) Patient auf. Wobei hier zu berücksichtigen ist, daß 5 Patienten mehr als eine Störung durch psychotrope Substanzen, zwei Patienten mehr als eine depressive Störung und 4 Patienten mehr als eine Angststörung aufwiesen. Die Komorbiditätsraten änderten sich bei den anderen Störungsgruppen nicht.

**Tabelle 3.1.2.3.** Externe Längsschnittkomorbidität von Patienten mit dissoziativen Störungen (Prozentbasis  $n = 26$ )

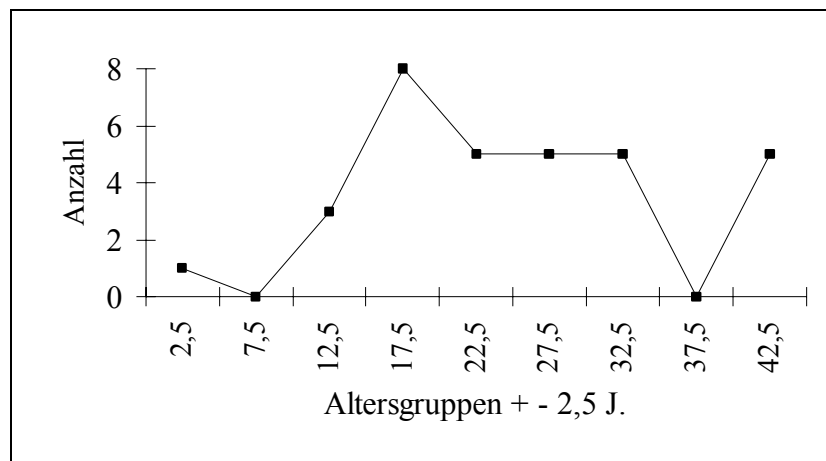
Störungsgruppen	ICD-10	Patienten mit Diagnosen F44.x (n=26)	
		n	%
Störungen durch psychotrope Substanzen <sup>1</sup>	F1	13	<b>50</b>
Schizophrenie, schizotype Störungen	F2	1	<b>4</b>
bipolare affektive Störungen	F31	2	<b>8</b>
depressive Störungen <sup>2</sup>	F32/33	14	<b>54</b>
anhaltende affektive Störungen	F34.1	2	<b>8</b>
phobische und sonstige Angststörungen <sup>3</sup>	F40/41	18	<b>69</b>
somatoforme Störungen	F45	4	<b>15</b>
Eßstörungen	F50	1	<b>4</b>
gesamt		55	<b>212</b>

<sup>1</sup>) 5 Patienten hatten zwei Störungen durch psychotrope Substanzen

<sup>2</sup>) 2 Patienten hatten mehr als eine depressive Störung

<sup>3</sup>) 4 Patienten hatten mehr als eine Angststörung

Gut bei einem Drittel der Patienten traten die ersten dissoziativen Symptome vor dem 19. Lebensjahr auf. Im Alter von 15 - 20 Jahre begann die dissoziative Störung mit 25% aller Fälle relativ am häufigsten.



Tafel 3.1.2.1. Beginn der dissoziativen Störung (n = 32)

Viele Patienten litten unter den dissoziativen Störungen mehrere Jahre lang, nur bei einem Drittel der Patienten dauerte die Störung ein Jahr oder weniger an. In Tabelle 3.1.2.4. werden die Dauer und das lebensgeschichtlich erstmalige Auftreten der Erkrankung aufgezeigt.

**Tabelle 3.1.2.4.** Verlaufsparemeter der dissoziativen Störungen

	M	s	Bereich
Alter bei Erstauftreten (in Jahren)	24.8	10.6	4 - 44
Dauer der Erkrankung (in Jahren)	5.3	6.0	0.1 - 12

Bei einem Fünftel der dissoziativen Patienten traten die dissoziativen Symptome aktuell nicht mehr auf. Dennoch unterscheiden sich die durchschnittliche Dauer und das Erstauftreten der Symptome nicht von den Werten der Patienten mit aktuellen Beschwerden. Allerdings ist dies bei der geringen Gruppenstärke nicht repräsentativ. Weiterhin unterscheidet sich die Dauer der dissoziativen Störungen nicht, wenn die Gruppe der Patienten, bei denen die Störung vor dem 25. Lebensjahr begann, mit der Gruppe der Patienten, bei denen die Störung nach dem 25. Lebensjahr begann, verglichen wird.

Im folgenden soll nun untersucht werden, ob sich Subgruppen einzelner dissoziativer Störungen mittels deskriptiver Parameter unterscheiden lassen.

### **3.2. Unterschiede deskriptiver Parameter bei einzelnen dissoziativen Störungsgruppen**

Wie im letzten Abschnitt gezeigt wurde, teilen sich die dissoziativen Störungen dieser Untersuchung auf vier diagnostische Subgruppen auf. Da sich diese Gruppen phänomenologisch voneinander stark unterscheiden - besonders der Unterschied zwischen der dissoziativen Amnesie und den pseudoneurologischen Störungen - wäre es sinnvoll zu untersuchen, ob und auf welche Art und Weise diese Unterschiede die deskriptiven Parameter modifizieren. Da nur drei Patienten ausschließlich eine Amnesie, 8 Patienten jedoch neben einer Amnesie noch weitere dissoziative Störungen hatten und ähnliches für die Störungsgruppen F44.4, F44.5 und F44.6 gilt, ist eine Einteilung in diagnostische Untergruppen statistisch nicht zu verwerten. Aus diesem Grund werden korrelative Zusammenhänge des gemeinsamen Auftretens der einzelnen dissoziativen Störungen untersucht. In einem zweiten Schritt werden die monosymptomatischen mit den polysymptomatischen dissoziativen Störungen verglichen. Abschließend wird überprüft, ob es unter psychodynamischen Gesichtspunkten sinnvoll ist, zwischen Patienten mit zusätzlichen neurotischen und Patienten mit zusätzlichen Persönlichkeitsstörungen zu unterscheiden.

Zur Differenzierung werden Parameter wie Dauer der dissoziativen Störung, Alter bei Erstauftreten und allgemeine Komorbiditätsparameter wie Anzahl anderer psychiatrischer Diagnosen und Anzahl der CIDI-Diagnosen analysiert. Ferner werden Unterschiede bei Persönlichkeitsdimensionen, in der Krankheitsverarbeitung, bei der Belastung durch Symptome, im Ausmaß der Psychotherapiemotivation und der Dissoziation untersucht.

Bei allen Analysen in diesem Abschnitt 3.2. wird die Längsschnittkomorbidität der Patienten zugrunde gelegt.

### **3.2.1. Subgruppen der dissoziativen Störungen**

**Korrelation zwischen den einzelnen dissoziativen Störungen:** Hier soll geprüft werden, ob und wie die dissoziativen Störungen miteinander verknüpft sind. Kommt z.B. eine Empfindungsstörung überzufällig häufig zusammen mit einer Bewegungsstörung vor? Bei der Überprüfung dieser Zusammenhänge werden die Daten aller 38 Patienten verwendet, die mit Hilfe des CIDI eine dissoziative Diagnose erhalten haben.

Für die beiden Störungen F44.4 und F44.6 findet sich im Chi-Quadrat-Test eine Wahrscheinlichkeit von  $p = 0.02$  dafür, daß diese beiden Störungen überzufällig häufig zusammen auftreten. Damit kommen diese beiden Störungen signifikant häufiger gleichzeitig vor als irgendeine andere Kombination dissoziativer Störungen. Die Kombinationen anderer dissoziativer Störungen sind eher selten.

**Monosymptomatische versus gemischt dissoziative Störungen:** Beim Vergleich dieser beiden Gruppen fällt die signifikant unterschiedliche Dauer der Störung auf. Bei Patienten mit nur einer dissoziativen Störung dauerte diese durchschnittlich 31 Monate und bei Patienten mit mehreren dissoziativen Störungen währten diese durchschnittlich 76 Monate, wobei die monosymptomatischen Patienten zur Zeit der Diagnosenstellung durchschnittlich ein Jahr jünger waren. Weiterhin ist die Anzahl der CIDI-Diagnosen bei der Gruppe der gemischt dissoziativen Patienten signifikant höher. Dieser Anstieg ist aber ausschließlich auf die zusätzlichen dissoziativen Störungen zurückzuführen. Im Mittel hatten sowohl die monosymptomatischen als auch die gemischt dissoziativen Patienten zusätzlich 2.2 andere, d.h. nicht dissoziative psychiatrische Störungen. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Persönlichkeitseigenschaften, der Psychotherapiemotivation, der Krankheitsverarbeitung, der Belastung durch ihre Symptome und auch nicht in der Höhe der Scores des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS). Allein bei der Subskala des FDS, die die diagnostischen Kriterien der ICD-10 (pseudoneurologische Störungen)

beinhaltet, fanden sich im Trend erhöhte Scores bei Patienten mit mehreren dissoziativen Störungen. Die Ergebnisse im einzelnen sind in der Tabelle 7.II.1. des Anhangs zu sehen.

**Persönlichkeitsstörungen versus neurotische Störungen:** Werden die Patienten mit dissoziativen Störungen nach psychodynamischen Gesichtspunkten in Form der klinischen Diagnosen in zwei Gruppen eingeteilt, so ergeben sich folgende, in Tabelle 7.II.2. des Anhangs vollständig dargestellte, signifikanten Befunde: Bezüglich der Komorbiditätsparameter haben die Persönlichkeitsgestörten fast zwei mehr mit Hilfe des CIDI erstellten Diagnosen, sie wiesen im Mittel knapp eine dissoziative Störung mehr auf und litten öfter an einer dissoziativen Empfindungsstörung (F44.6). Fast jeder persönlichkeitsgestörte Patient litt unter einer zusätzlichen Suchtstörung (F1), bei neurotischen Patienten wurden keine Suchtstörungen diagnostiziert.

Bezüglich der Selbstbeurteilungsskalen fallen bei den persönlichkeitsgestörten Patienten ein höherer Leidensdruck und eine geringerer sekundärer Krankheitsgewinn (FMP-1) bei gleicher Gesamtpsychotherapiemotivation auf. Im Rahmen der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) wiesen sie bei 4 Symptomfaktoren und bei zwei Gesamtkennwerten erhöhte Werte auf. Sie litten mehr unter Zwanghaftigkeit (SCL-2) und Depressionen (SCL-4), waren aggressiver gestimmt (SCL-6) und ihr Denken war psychotischer (SCL-9). Dies spiegelt sich in einer generell erhöhten Beeinträchtigung durch Symptome (SCL-10) und in einer stärker empfundenen Belastung durch einzelne Symptome (SCL-12) wider.

Das Ausmaß der Dissoziation gemessen mit dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) unterscheidet sich signifikant nur in der Derealisationsphänomene erfassenden Subskala, bei der die persönlichkeitsgestörten Patienten wesentlich höhere Scores aufweisen.

Werden neurotische mit persönlichkeitsgestörten Patienten ohne dissoziative Störungen verglichen, findet sich nur ein signifikanter Unterschied. Persönlichkeitsgestörte Patienten fallen durch ein aktiveres problemorientiertes

Coping (FKV-2) auf (Tabelle 7.II.3. im Anhang). So können die oben dargelegten Unterschiede auf dem Hintergrund der zusätzlichen dissoziativen Störungen diskutiert werden.

### **3.3. Vergleich der Gruppe der dissoziativen Patienten mit den psychiatrischen Patienten ohne dissoziative Störung**

Im folgendem werden die Besonderheiten der Gruppe der dissoziativen Patienten mit der Patientengruppe mit anderen psychiatrischen Krankheiten anhand der Selbstbeurteilungsskalen herausgearbeitet. Weiterhin sollen die Selbstbeurteilungsskalen mit dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen und der Anzahl der dissoziativen Störungen korreliert werden.

#### **3.3.1. Unterschiede bei den Selbstbeurteilungsskalen**

Nachfolgend wird untersucht, in welchen Parametern sich psychiatrische Patienten ohne eine von den Patienten mit einer dissoziativen Störungen unterscheiden.

Es wurden in zwei Konstellationen verschiedene Zuweisungskriterien angewandt. In der einen Gruppierung wurden Patienten in die Gruppe F44 eingeteilt, wenn eine dissoziative Störung auf der Grundlage der Sektion C des CIDI vorlag, bei der anderen Formation wurden Patienten in die Gruppe F44 eingeteilt, wenn eine dissoziative Störung klinische Relevanz als Haupt- oder Nebendiagnose besaß. Diese zwei Einteilungen wurden deshalb vorgenommen, weil geprüft werden sollte, ob es unter therapeutischen Aspekten wichtig ist, eine Dissoziation, auch wenn sie klinisch kaum eine Rolle zu spielen scheint, zu erkennen.

**Dissoziation nach CIDI diagnostiziert:** Zunächst sollen die Verhältnisse der ersten Gruppierung betrachtet werden. In Tabelle 7.II.4. des Anhangs sind Mittelwerte, Standardabweichung und die Signifikanzen der Unterschiede der Mittelwerte für alle Skalen der Selbstbeurteilungsinstrumente aufgeführt, hier soll nur auf die signifikanten Unterschiede, die in Tabelle 3.3.1.1. zu sehen

sind, eingegangen werden. Mittelwertunterschiede wurden mit dem T-Test überprüft.

**Tabelle 3.3.1.1.** Signifikante Unterschiede zwischen der Störungsgruppe F44 und Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Dissoziation mit Hilfe des CIDI diagnostiziert.

Skalen	F44 (n=38)	F32/33/40/41/43/60 (n=73)	p
	M	M	
FPI-8	7.0	5.7	0.024
FPI-9	4.7	6.3	0.013
FDS	16.1	8.3	0.001
- ICD	14.8	7.3	0.001
- DES	17.1	9.0	0.001
• AMNESIE	7.5	4.4	0.02
• DEPERSONALISATION	16.9	6.3	0.001
• VERSUNKENHEIT	25.0	13.1	0.001
Alter	31.8	38.8	0.003

Dissoziative Patienten fühlten sich durch körperliche Beschwerden (FPI-8) signifikant mehr beeinträchtigt als die Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Dissoziative Patienten sorgten sich signifikant weniger um ihre Gesundheit, fühlten sich z.B. durch alltägliche Infektionsrisiken weniger gefährdet (FPI-9).

Das Ausmaß der Dissoziation war bei dissoziativen Patienten annähernd doppelt (1.9) so hoch. Dies spiegelt sich auch in den signifikant höheren Werten der Subskalen des DES „Amnesie“, „Depersonalisation-Derealisation“ und der „träumerischen Versunkenheit“ wider.

Das durchschnittliche Alter der dissoziativen Patienten liegt mit 31.8 Jahren 7 Jahre und damit signifikant unter dem der psychiatrischen Patienten der MUL ohne dissoziative Störungen der Untersuchungsphase I (MULPat).

**Dissoziative Störung als klinische Diagnose:** Bei dieser Einteilung ändert sich die Einteilung der Störungsgruppen. Klinische Relevanz der dissoziativen

Störung wurde bei 23 von 191 Patienten erreicht. Dadurch schrumpft der Gruppenanteil auf 16%, der Gruppenanteil der dissoziativen Störungen nach CIDI an allen untersuchten Gruppen betrug immerhin 27%. Die nach CIDI als dissoziativ eingestuften Patienten, werden jetzt gemäß ihrer klinischen Hauptdiagnosen aufgeteilt.

In Tabelle 3.3.1.2. sind die Skalen, in denen sich die Gruppe F44 von der anderen signifikant unterschied, aufgeführt. Mittelwert und Standardabweichung für alle untersuchten Parameter sind in Tabelle 7.II.5. des Anhangs aufgelistet.

**Tabelle 3.3.1.2.** Signifikante Unterschiede zwischen der Störungsgruppe F44 und den Störungsgruppen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Bei der Gruppe F44 ist die dissoziative Störung klinische Haupt- oder Nebendiagnose.

Skalen	F44 (n=23)	F32/33/40/41/43/60 (n=168)	
	M	M	p
FPI-4	5.2	7.5	0.001
SCL-4	1.2	1.7	0.016
SCL-11	41.5	55.3	0.003

Hier unterschieden sich die Gruppen signifikant nur in zwei Symptomskalen und einer Persönlichkeitseigenschaft. Bei einseitiger Fragestellung differiert das Ausmaß der Dissoziation (FDS) nicht signifikant. Im einzelnen konnten folgende Unterschiede beobachtet werden. Dissoziative Patienten fühlen sich im sozialen Umgang weniger gehemmt (FPI-4), fühlten sich durch depressive (SCL-4) und insgesamt durch psychiatrische nichtdissoziative Krankheitssymptome (SCL-11) weniger beeinträchtigt.



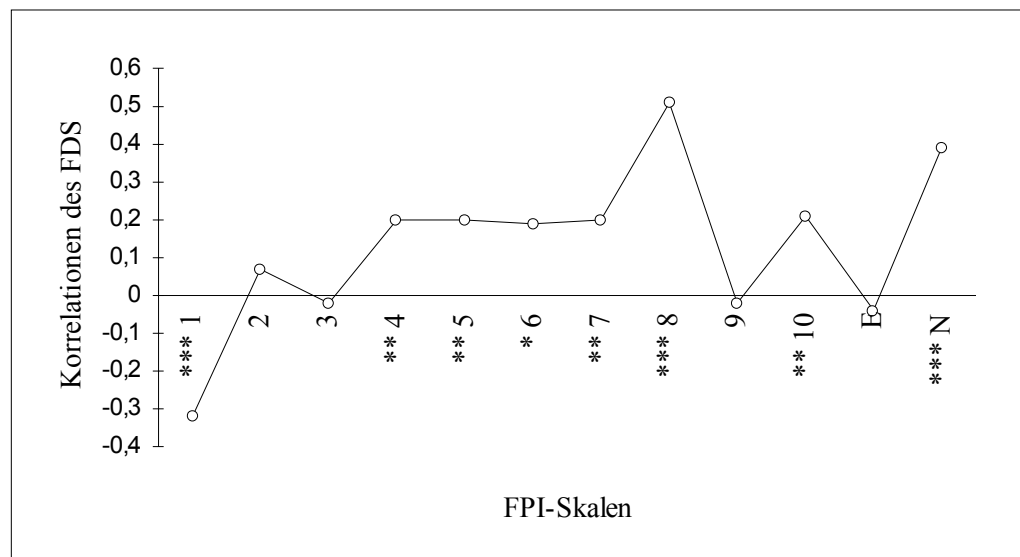
### **3.4. Extremgruppenvergleiche, Korrelationen und Ausmaß der Dissoziation**

#### **3.4.1. *Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Dissoziation und der Höhe der Scores der Selbstbeurteilungsskalen***

Wie sehen die Korrelationen zwischen diesen Selbstbeurteilungsskalen und einem wechselnden Ausmaß der Dissoziation aus? Unterscheiden sich Patienten mit hohem oder niedrigem Grad an Dissoziation in Hinblick auf Persönlichkeitseigenschaften, Psychotherapiemotivation, Krankheitsverarbeitung und der symptomatologischen Beeinträchtigung? Diesen Fragen soll nun in diesem Kapitel anhand der Daten des Patientenkollektives (n=191) der Klinik für Psychiatrie in Lübeck nachgegangen werden. Bei allen Berechnungen wurde, wenn nicht anders lautend, eine zweiseitige Fragestellung zugrunde gelegt.

**Dissoziation und Persönlichkeitseigenschaften:** Mit steigendem Ausmaß an Dissoziation gehen signifikant andere Persönlichkeitseigenschaften einher, wie es für den FDS auf Tafel 3.4.1.1. und auch für die Subskalen in Tabelle 7.II.8. des Anhangs abgebildet ist. Ob das Ausmaß der Dissoziation mit der amerikanischen Originalversion (DES) oder mit der um die pseudoneurologischen Symptome abdeckende Items erweiterte deutsche Version (FDS) gemessen wurde, ändert wenig an den Zusammenhängen.

Im einzelnen korreliert ein hohes Ausmaß an Dissoziation (FDS, DES) mit folgenden Persönlichkeitseigenschaften (FPI). Stark negativ mit der Lebenszufriedenheit (FPI-1), positiv mit Gehemmtheit, Unsicherheit und Kontaktscheu (FPI-4), mit leichter Erregbarkeit, Empfindlichkeit und Unbeherrschtheit (FPI-5), mit der Bereitschaft sich aggressiv durchzusetzen, spontanen und reaktiven Handlungen (FPI-6), mit dem Gefühl starker Beanspruchung und Überforderung (FPI-7), mit einem stärker gestörtem Allgemeinbefinden (FPI-8), mit Offenheit und Ungeniertheit (FPI-10) und mit emotionaler Labilität, Empfindlichkeit und Ängstlichkeit (FPI-N).

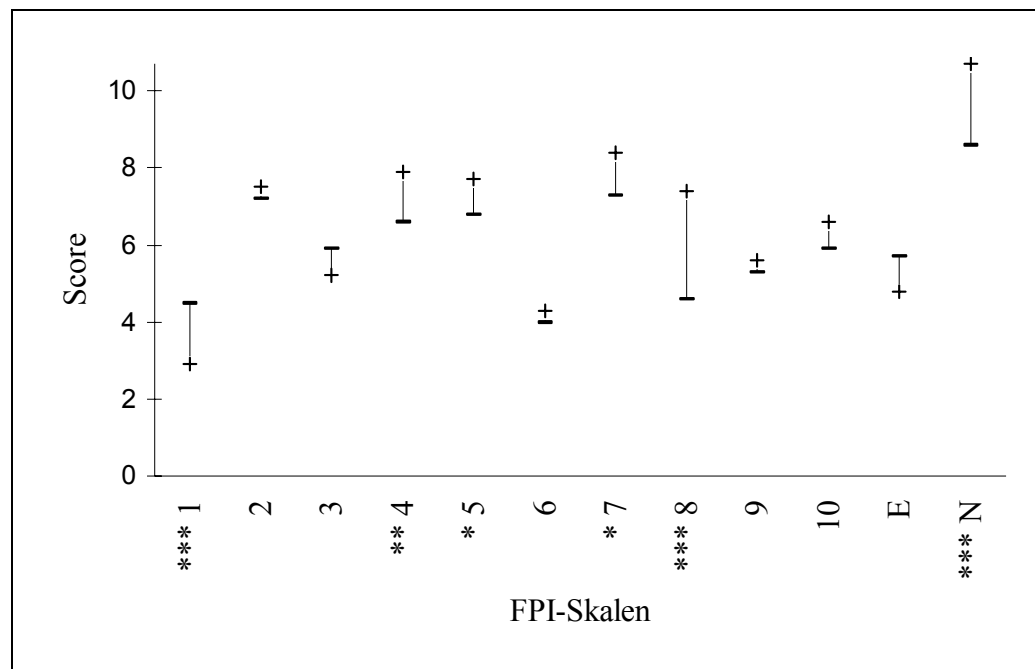


Tafel 3.4.1.1. Korrelationen des FDS mit dem FPI.

\*  $p \leq 0.5$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$

Die Subskalen des FDS bzw. DES haben keine zusätzlichen Korrelationen, sondern bilden jeweils einen Ausschnitt der Zusammenhänge des Gesamttests. Die Subskala „Versunkenheit“ hat dabei weitgehend identische Korrelationen mit denen des Gesamttests, wobei sie die stärkste positive Korrelation zur Skala N des FPI hat (emotionale Labilität, Empfindlichkeit und Ängstlichkeit). Die Subskala „Amnesie“ hat die stärkste positive Korrelation aller Skalen zu der Eigenschaft „offen eine Vielzahl kleiner Fehler einzuräumen“ (FPI-10, Offenheit). Die Subskala ICD, die die pseudoneurologischen dissoziativen Symptome abbildet, hat die höchste positive Korrelation zur Skala 8 des FPI (eine Vielzahl an körperlichen Beschwerden). Die Subskala „Depersonalisation“ hat keine Besonderheiten aufzuweisen.

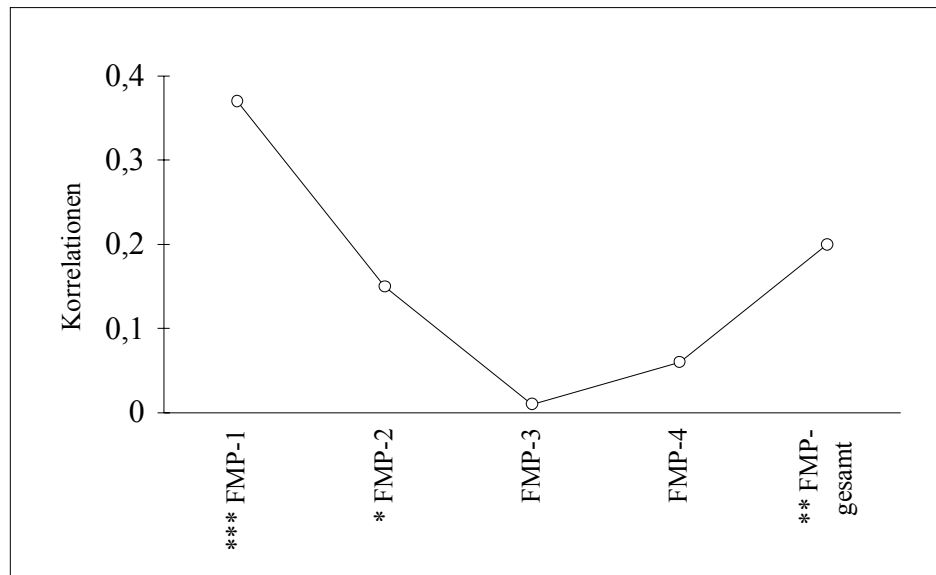
*Extremgruppenvergleiche:* Inwieweit sich Patienten, die im FDS unter dem Medianwert scorten, von denen, die darüber scorten, bezüglich der Persönlichkeitseigenschaften unterscheiden, hängt sehr eng mit den Korrelationen des Ausmaßes der Dissoziation und den Scores der Selbstbeurteilungsskalen zusammen (Tafel 3.4.1.2.). Einzelheiten auch bezüglich der Subskalen stehen in den Tabellen 7.II.6. und 7.II.7. des Anhangs.



Tafel 3.4.1.2. Mittlerer Score der FPI-Skalen der Pat. , die unter“-“ bzw. über „+“ dem Medianwert des FDS lagen. \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$

Es finden sich signifikante Unterschiede bei folgenden Persönlichkeitseigenschaften: Lebenszufriedenheit (FPI-1), Gehemtheit, Unsicherheit und Kontaktscheu (FPI-4), leichte Erregbarkeit, Empfindlichkeit und Unbeherrschtheit (FPI-5), Gefühl starker Beanspruchung und Überforderung (FPI-7), gestörtes Allgemeinbefinden (FPI-8) und emotionale Labilität, Empfindlichkeit und Ängstlichkeit (FPI-N).

**Dissoziation und Psychotherapiemotivation:** Die beiden Gesamttests FDS, DES unterscheiden sich, wie in Tabelle 7.II.8. wiedergegeben, auch hier nicht in ihren signifikanten Korrelationen. Die Höhe der Dissoziation korreliert stark positiv mit dem Leidensdruck und geringem sekundären Krankheitsgewinn (FMP-1), positiv mit dem Dafürhalten einer psychosozialen Verursachung der Beschwerden (FMP-2) und positiv mit der Gesamtpsychotherapiemotivation (FMP-gesamt). Exemplarisch zeigt Tafel 3.4.1.3. graphisch den Zusammenhang zwischen FDS und FMP.



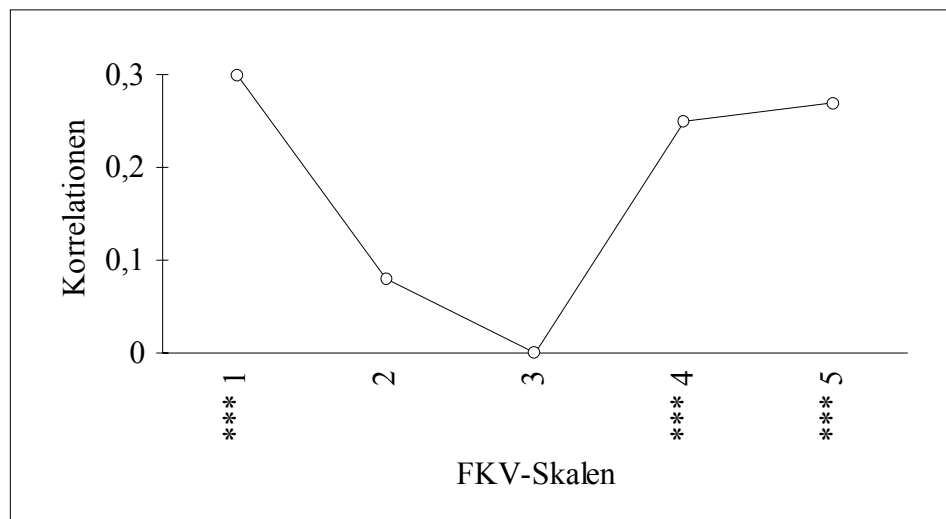
Tafel 3.4.1.3. Korrelationen zwischen FDS und FMP.

\*  $p \leq 0,5$ , \*\*  $p \leq 0,01$ , \*\*\*  $p \leq 0,001$

Die Subskalen „ICD“ und „Amnesie“ stehen nur positiv mit der Höhe des Leidensdruckes (FMP-1) nicht jedoch mit dem Ausmaß der Gesamtpsychotherapiemotivation (FMP-gesamt) in Zusammenhang. Die Subskala „Depersonalisation“ hat keine Besonderheiten aufzuweisen. Die Subskala „Versunkenheit“ weist die höchste positive Korrelation zum Dafürhalten einer psychosozialen Verursachung der Beschwerden (FMP-2) und zur Gesamtpsychotherapiemotivation (FMP-gesamt) auf. Vom Profil ist diese Skala, wie schon bei den Persönlichkeitseigenschaften, annähernd identisch mit den Gesamtskalen FDS bzw. DES.

*Extremgruppenvergleiche:* Die Gruppe, die im FDS über dem Medianwert scorte, fühlte einen signifikant stärkeren Leidensdruck und empfand einen geringeren sekundären Krankheitsgewinn (FMP-1) als die Gruppe, die darunter scorten. Bezüglich der anderen Subskalen des FMP fanden sich keine weiteren signifikanten Unterschiede. Einzelheiten auch bezüglich der Subskalen des FDS stehen in den Tabellen 7.II.6. und 7.II.7. des Anhangs.

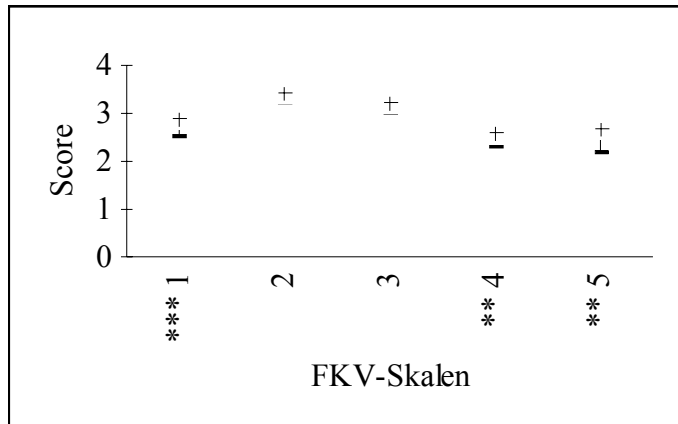
**Dissoziation und Krankheitsverarbeitung:** Bei dem Vergleich des Ausmaßes der Dissoziation mit den Modi der Krankheitsverarbeitung, wie in Tabelle 7.II.8. des Anhangs zu sehen ist, ergeben sich bei den Gesamttests als auch bei den Subskalen des FDS bzw. DES Zusammenhänge mit drei Copingstrategien: Mit hohen Dissoziationswerten wird die Krankheit zunehmend depressiv verarbeitet (FKV-1), wird zunehmend versucht, diese durch „Religiosität und Sinnsuche“ (FKV-4) verständlich zu machen und durch „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (FKV-5) die Realität der Krankheit nicht anzuerkennen. Keine Korrelationen finden sich zum „aktiven problemorientierten Coping“ (FKV-2) und zur „Ablenkung und Selbstaufbau“ (FKV-3). Exemplarisch zeigt Tafel 3.4.1.4. den Zusammenhang zwischen FDS und FKV.



Tafel 3.4.1.4. Korrelation zwischen FDS und FKV.

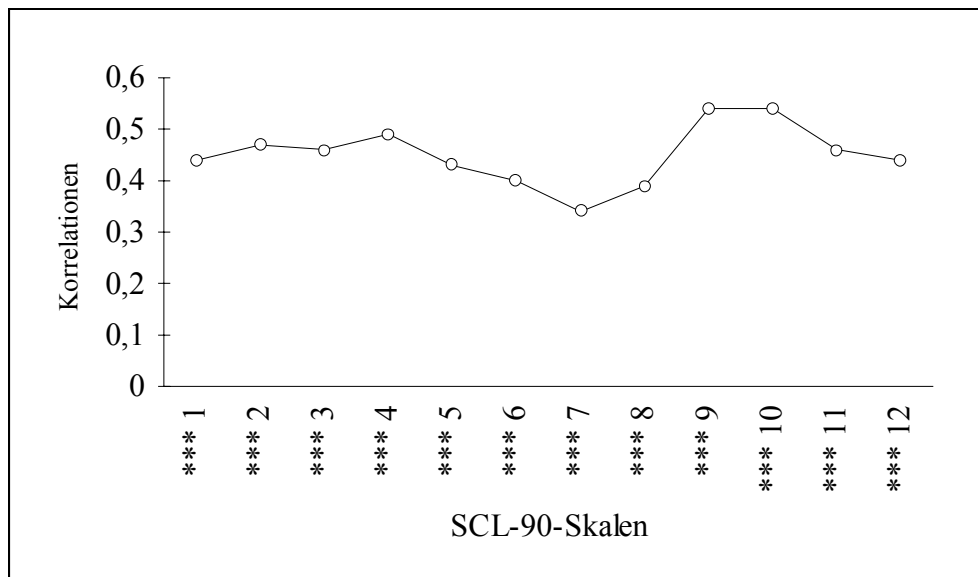
\* $p \leq 0,5$ , \*\* $p \leq 0,01$ , \*\*\* $p \leq 0,001$

*Extremgruppenvergleiche:* Die Patienten, die im FDS über dem Medianwert scorten, verarbeiten die Krankheit zunehmend depressiv (FKV-1), versuchten die Krankheit vermehrt, durch „Religiosität und Sinnsuche“ (FKV-4) verständlich zu machen und die Realität der Krankheit durch „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (FKV-5) zu verleugnen (Tafel 3.4.1.5.). Einzelheiten auch bezüglich der Subskalen des FDS stehen in Tabelle 7.II.6. und 7.II.7. des Anhangs.



Tafel 3.4.1.5. Mittlerer Score der FKV-Skalen der Pat. , die unter“-“ bzw. über „+“ dem Medianwert des FDS lagen. \*  $p \leq 0.5$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$

**Dissoziation und symptomatologischen Beeinträchtigung:** Der Befund dieses Vergleichs, in Tabelle 7.II.8. des Anhangs dargestellt, und exemplarisch der Zusammenhang zwischen FDS und SCL-90-R auf Tafel 3.4.1.6. graphisch zu sehen, stellt sich wie folgt dar.

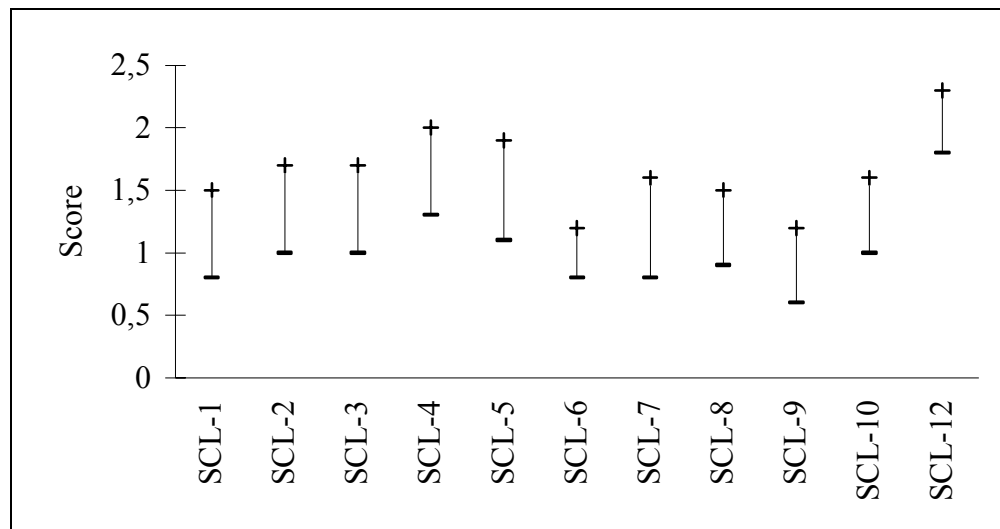


Tafel 3.4.1.6 Korrelation zwischen FDS und SCL-90-R..  
\*  $p \leq 0.5$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$

Je höher das Ausmaß der Dissoziation in den Gesamttests als auch in den Subskalen, desto höher ist auch die symptomatologische Beeinträchtigung in allen Bereichen, die der SCL-90-R abbildet. Die Korrelationen sind in über

90% der Fälle hoch signifikant. Im einzelnen korreliert das Ausmaß der Dissoziation positiv mit der „Somatisierung“ (SCL-1), der „Zwanghaftigkeit“ (SCL-2), der „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (SCL-3), der „Depressivität“ (SCL-4), der „Ängstlichkeit“ (SCL-5), der „Aggressivität und Feindseligkeit“ (SCL-6), der „phobischen Angst“ (SCL-7), dem „paranoidem Denken“ (SCL-8) und dem „Psychotizismus“ (SCL-9). Eine Ausnahme macht nur die Subskala Amnesie, die nicht mit der „Somatisierung“ (SCL-1) und der „phobischen Angst“ (SCL-7) korreliert ist.

*Extremgruppenvergleiche:* In Tafel 3.4.1.7. sind die hochsignifikanten Unterschiede aller Skalen des SCL-90-R abgebildet. Einzelheiten auch bezüglich der Subskalen stehen in den Tabellen 7.II.6. und 7.II.7. des Anhangs.



Tafel 3.4.1.7 Mittlerer Score der SCL-90-R-Skalen der Pat. , die unter“-“ bzw. über „+“ dem Medianwert des FDS lagen.

### **Dissoziation und dissoziative Diagnosen nach CIDI und Therapiedauer:**

Die Korrelationen sind in Tabelle 3.4.1. wiedergegeben. Wie sich herausstellt, und es wurde nicht anders vermutet, deshalb hier die Untersuchung mit einseitiger Fragestellung, korrelieren das Ausmaß der Dissoziation, mit dem FDS bzw. DES gemessen, hoch signifikant positiv mit der Anzahl der dissoziativen Diagnosen, die mit Hilfe des CIDI erstellt wurden. Die

Wahrscheinlichkeit an einer dissoziativen Krankheit zu leiden steigt mit der Höhe des Scores im FDS bzw. DES.

**Tabelle 3.4.1.1.** Korrelation zwischen dem Ausmaß der Dissoziation und der Anzahl der dissoziativen Diagnosen (nach CIDI) und der Dauer des stationären Aufenthaltes (n=111)

Skalen	Mittelwerte											
	FDS		DES		ICD		Amnesie		Depersonalisation		Versunkenheit	
dissoziative Diagnosen	***	0,45	***	0,43	***	0,41	*	0,21	***	0,42	***	0,43
Therapiedauer	**	0,22		0,15	***	0,29		0,09	**	0,22		0,14

\*  $p \leq 0.5$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$

Das Ausmaß der Dissoziation (FDS) korreliert signifikant positiv mit der stationären Aufenthaltsdauer, nicht jedoch, wenn dieses mit dem DES gemessen wird. Bei Betrachtung der Subskalen fallen die hoch signifikant positive Korrelation der Skala „ICD“ und die niedrigen Korrelationen der Skalen „Amnesie“ und „Versunkenheit“ auf.

### 3.4.2. *Sensitivität und Spezifität des FDS*

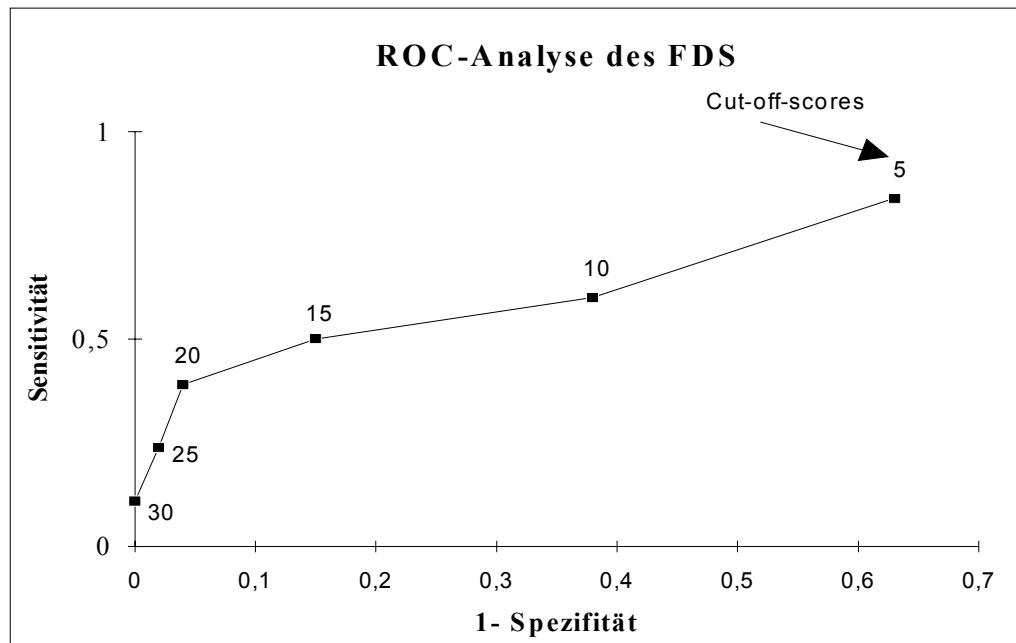
Die sechs im Anhang 7.III. beigefügten Tabellen zeigen die Sensitivität, Spezifität, die positive und negative Prädiktion des FDS bei Cutoff-Scores von 5 bis 30. Dissoziativ werden Patienten dann angesehen, wenn sie einen Score erreichen, der größer oder gleich dem Cutoff-Score ist. Die Diagnosen, die mit Hilfe des CIDI erstellt worden sind, werden als hinreichend objektiv und valide zugrunde gelegt.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Sensitivität des FDS von 60% bei einem Cutoff-Score von 10 bis auf 11% bei einem Cutoff-Score von 30 sinkt, wobei die Spezifität des FDS schon bei einem Cutoff-Score von 20 96% erreicht. Die negative Prädiktion steigt von 68% bei einem Cutoff-Score von 30 bis 77% bei einem Cutoff-Score von 15. Die positive Prädiktion steigt hingegen von 45% bei einem Cutoff-Score von 10 bis auf 100% bei einem Cutoff-Score von 30.



Bei einem Cutoff-Score von 5, der dem Mittelwert der Normalpopulation entspricht, erreicht der Test eine Sensitivität von 84% und eine negative Prädiktion von 81%.

Nachfolgend die graphische Darstellung der ROC-Analyse (Receiver-Operating-Characteristics) des FDS auf Tafel 3.4.2.



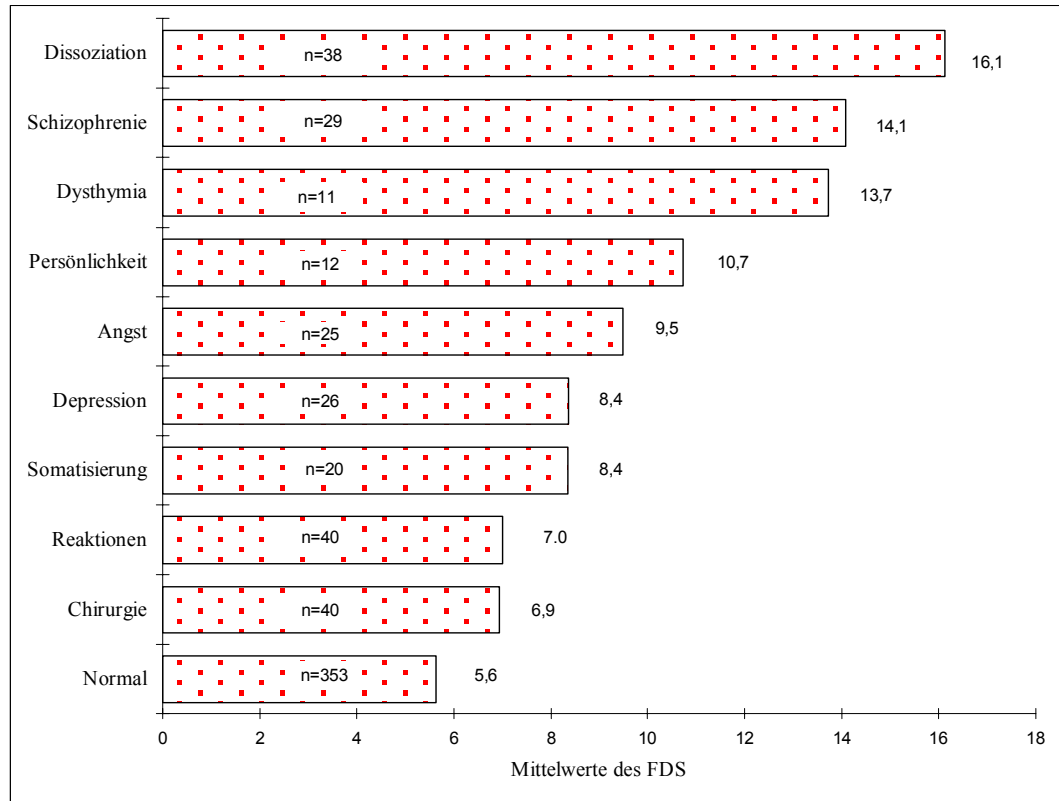
Tafel 3.4.2. Sensitivität und Spezifität des FDS bei verschiedenen Cutoff-Scores

### 3.4.3. Ausmaß der Dissoziation bei verschiedenen Störungsgruppen

In Tafel 3.4.3.1. wird das Ausmaß der Dissoziation der psychiatrischen Störungsgruppen, der chirurgischen Kontrollgruppe und der Normalbevölkerung verglichen. Das Ausmaß der Dissoziation steigt angefangen mit dem niedrigsten bei der Normalpopulation bis zum höchsten bei der Gruppe mit dissoziativen Störungen (nach CIDI-Kriterien) kontinuierlich an.

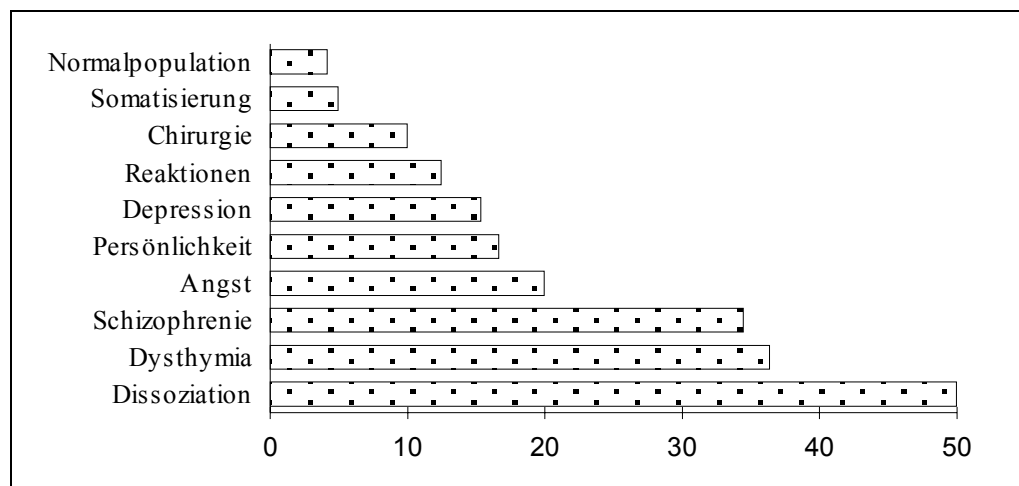
Mit einer chirurgischen Erkrankung gehen nur minimal vermehrt dissoziative Symptome einher, das gleiche gilt für Reaktionen auf schwere Belastungen (F43). Mit Depressionen, Somatisierungs-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen treten vermehrt dissoziative Symptome auf. Durchschnittlich knapp dreimal soviel dissoziative Symptome wie bei der

Normalpopulation werden bei den dissoziativen Störungen beobachtet und nur geringfügig weniger bei Patienten mit Schizophrenie und Dysthymie.

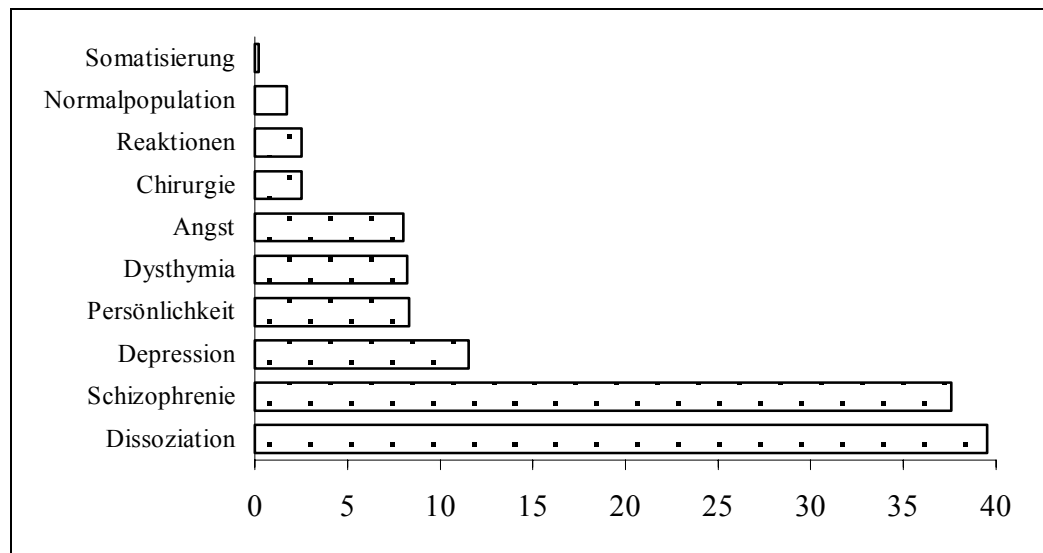


Tafel 3.4.3.1. Ausmaß der Dissoziation bei verschiedenen Patientengruppen und der Normalpopulation

Um die Unterschiede zwischen den einzelnen Störungsgruppen bezüglich des Anteils derjenigen zu verdeutlichen, die sehr viele dissoziative Symptome aufweisen, wird international mit Cutoff-Scores zwischen 15 und 25 experimentiert. Da der FDS am besten bei Cutoff-Scores von 15 und 20 zwischen nicht- und dissoziativen Störungen diskriminiert, folgen übersichtsartig auf den Tafeln 3.4.3.2. und 3.4.3.3. die Häufigkeiten der Patienten in Prozent der jeweiligen Störungsgruppe, die höher scoren als 15 bzw. 20.



Tafel 3.4.3.2. Anteil (in %) der einzelnen Gruppen mit einem Score > 15 im FDS



Tafel 3.4.3.3. Anteil (in %) der einzelnen Gruppen mit einem Score > 20 im FDS

Der Anteil der Hochscorer der schizophrenen und dissoziativen Störungen ist bei beiden Cutoff-Scores deutlich höher als der anderer Gruppen. Nur noch die Gruppe der Patienten mit Dysthymia setzt sich gegen die anderen durch den hohen Anteil an Patienten ab, die über 15 scoren.

#### 3.4.4. Ausmaß der Dissoziation, klinische und CIDI-Diagnosen

Von 111 mit dem CIDI untersuchten Patienten erwiesen sich 38 Patienten als dissoziativ auf Störungsniveau. Davon hatten 30 eine floride dissoziative

Störung und 8 eine lebensgeschichtlich früher gelegene. Einen Cutoff-Score von 15 erreichen 30 von 111 Patienten, wovon 19 Patienten auch nach dem CIDI eine dissoziative Störung hatten. Die Behandler diagnostizierten 16 von 111 Patienten mit einer dissoziativen Störung nach klinischen Gesichtspunkten, 10 Patienten davon haben einen niedrigeren Score als 15. 11 von den 16 werden auch vom CIDI als dissoziativ erkannt. Nur 6 von 111 Patienten werden vom Behandler und dem CIDI als dissoziativ erkannt und haben dabei im FDS einen Score über 15. Von 38 dissoziativen Patienten nach CIDI diagnostiziert haben 19 einen Score über 15, und 11 Patienten werden auch von den Behandlern als dissoziativ eingeschätzt. Zur Veranschaulichung folgt Tabelle 3.4.4.1.

**Tabelle 3.4.4.1.** Ausmaß der Dissoziation, klinische und CIDI-Diagnosen aller Pat., die mit dem CIDI (Sektion C) untersucht wurden

	<b>Score &lt; 15</b>		<b>Score ≥ 15</b>		<b>gesamt</b>	
	n=81		n=30		n=111	
	n	%	n	%	n	%
nicht dissoziativ	59	<b>53</b>	9	<b>8</b>	68	<b>61</b>
dissoziativ sowohl klinisch als auch nach CIDI	7	<b>6</b>	4	<b>4</b>	11	<b>10</b>
dissoziativ nur klinisch	3	<b>3</b>	2	<b>2</b>	5	<b>5</b>
dissoziativ nur nach CIDI	12	<b>11</b>	15	<b>13</b>	27	<b>24</b>
Summe	81	<b>73</b>	30	<b>27</b>	111	<b>100</b>

Nur 8% aller Patienten scorten über 15 bei denen klinisch oder nach CIDI-Kriterien kein Verdacht auf eine dissoziative Störung bestand. Dieser falsch positive Anteil schrumpft auf 2.7%, wenn der Cutoff-Score bei 20 gewählt wird, wie in Tabelle 3.4.4.2. zu sehen ist.

**Tabelle 3.4.4.2.** Ausmaß der Dissoziation, klinische und CIDI-Diagnosen aller Pat., die mit dem CIDI untersucht wurden

	<b>Score &lt; 20</b>		<b>Score ≥ 20</b>		<b>gesamt</b>	
	n=93		n=18		n=111	
	n	%	n	%	n	%
nicht dissoziativ	65	<b>59</b>	3	<b>3</b>	68	<b>61</b>
dissoziativ sowohl klinisch als auch nach CIDI	7	<b>6</b>	4	<b>4</b>	11	<b>10</b>
dissoziativ nur klinisch	5	<b>5</b>	-	-	5	<b>5</b>
dissoziativ nur nach CIDI	16	<b>14</b>	11	<b>10</b>	27	<b>24</b>
Summe	93	<b>84</b>	18	<b>16</b>	111	<b>100</b>

Die klinische Diagnostik entdeckte bei FDS-Scores über 20 keine dissoziativen Patienten zusätzlich zu den bereits nach CIDI-Kriterien als dissoziativ diagnostizierten. Damit erhöht sich die Spezifität des FDS nicht gegenüber der alleinigen Diagnostik nach CIDI. Anders bei einem Cutoff von 15, dort fanden die Behandler 2 zusätzliche dissoziative Patienten zu den nach CIDI diagnostizierten. Insgesamt ändern sich Sensitivität und Spezifität des FDS auch bei anderen Cutoff-Scores (10 und 5) wenig bis gar nicht, wenn zusätzlich zu den CIDI-Diagnosen die klinischen Diagnosen hinzugezogen werden.

## **4. Diskussion**

### **4.1. Ausgangspunkt dieser Untersuchung**

Die Einzelfalldarstellungen, des Umfangs wegen im Anhang 7.I. dargestellt, zeigen deutlich, wie schwierig es ohne diagnostische Hilfsmittel ist, dissoziative Störungen zu erkennen und die dissoziierten Anteile zu entdecken. Die vielschichtige und variable assoziierte Psychopathologie, die dem Kliniker vertrauter ist, läßt, wie in den Fallbeispielen gezeigt, die dissoziativen Störungen eher am Rande der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen stehen.

Die unklare nosologische Stellung der dissoziativen Störungen ist Objekt fortgesetzter wissenschaftlicher Forschung: Was wird unter Dissoziation verstanden? Ist sie ein Symptom anderer Störungen? Ist sie ein Abwehrmechanismus unter vielen? Oder sind die dissoziativen Störungen von anderen psychiatrischen Störungen klar abzugrenzende diagnostische Entitäten? Diesen Fragen wurde unter Zuhilfenahme des Komorbiditätskonzeptes, durch die Untersuchungen von Persönlichkeitseigenschaften, der Psychotherapiemotivation, der Krankheitsverarbeitung, des Grades der symptomatologischen Beeinträchtigung und des Ausmaßes der Dissoziation im Vergleich der verschiedenen psychiatrischen Störungsgruppen nachgegangen.

Vor einer spezifischen Therapie muß bekanntlich eine korrekte Diagnose gestellt werden. Zu zeigen, daß dies auch im Falle der dissoziativen Störungen mit Hilfe eines Screening-Instrumentes recht gezielt geschehen kann, ist auch ein Anliegen dieser Arbeit.

In der nun folgenden Diskussion werden die Ergebnisse unserer Untersuchung im Hinblick auf diese Fragestellungen analysiert und interpretiert und ihre mögliche Bedeutung für den klinischen Alltag in der Psychiatrie erörtert.

Abschließend werden methodenkritische Betrachtungen angestellt und weiterführende Forschungsansätze erläutert.

## **4.2. Dissoziative Störungen und Komorbidität**

Zunächst werden die soziodemographischen Variablen der Patienten mit einer dissoziativen Störung mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen und mögliche Abweichungen erörtert.

### ***4.2.1. Soziodemographische Charakteristika der untersuchten Stichprobe***

Die Geschlechtsverteilung der Gruppe mit dissoziativen Störungen (DisPat) mit 76% weiblichen und 24% männlichen Patienten bestätigt die Annahme, daß diese Störungen bei Frauen dreimal häufiger als bei Männern auftritt, und gleicht damit den Daten von WILSON-BARNETT (1985). Die Angaben zum Frauenanteil bewegen sich in der Literatur von 64% (KRULL, 1990) über 71% (GUZE, 1971), bzw. 74% (SPITZER, 1994) bis zu 78% (TOMASSON, 1991), wobei die Diagnosen nur bei SPITZERS Arbeit nach den ICD-10 Kriterien mit Hilfe des strukturierten Interviews CIDI gestellt worden sind.

Das durchschnittliche Alter der DisPat liegt mit 31.8 Jahren 7 Jahre und damit signifikant unter dem der psychiatrischen Patienten der MUL ohne dissoziative Störungen der Untersuchungsphase I (MULPat). WILSON-BARNETT (1985) gibt einen Altersdurchschnitt von 34.9 Jahren an, bei anderen liegt dieser mit ca. 37 Jahren rund 5.5 Jahre höher (KRULL, 1990; SPITZER, 1994; TOMASSON, 1991). Einesteils liegt diese Differenz darin begründet, daß in unsere Studie nur Patienten unterhalb von 65 Jahren aufgenommen wurden, bei TOMASSON gab es z.B. kein Alterslimit, zum anderen spiegelt das niedrige Durchschnittsalter die Erfahrung wider, daß dissoziative Störungen in höherem Alter eher seltener auftreten (SÜLLWOLD, 1987, 1990; BRÄUTIGAM, 1994).

Die berufliche Situation der DisPat unterscheidet sich sehr stark von der der MULPat durch die mit 36% sehr hohe Arbeitslosigkeit im Gegensatz zu 19%. TOMASSON (1991) fand jedoch mit 37% ähnlich viele arbeitslose dissoziative Patienten. SPITZER (1994) fand nur 16%, was daran gelegen haben mag, daß er Patienten einer neurologischen Klinik untersuchte. Diese hohe Quote weist darauf hin, daß Patienten mit dissoziativen Störungen wesentlich geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben als Patienten mit anderen von uns untersuchten psychiatrischen Erkrankungen.

Die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Berufsgruppen der DisPat unterscheidet sich nicht signifikant von der aller MULPat. SPITZER (1994) berichtete von einem größeren Anteil von Angestellten (56%) aber von einem annähernd gleich hohen Anteil an Arbeitern (34%). MAXION et al. (1989) erwähnten 18% Angestellte und 34% Arbeiter. Damit liegt der Anteil der Angestellten unserer Gruppe (36%) zwischen diesen beiden, Arbeiter kommen gleich häufig wie in anderen Studien vor.

Das geringere Durchschnittsalter der DisPat erklärt den mit 46% und damit 19% höher liegenden Anteil der ledigen Patienten gegenüber dem der MULPat. Von jeder Ehe die bei den DisPat geschlossen worden war, ist jede zweite wieder geschieden gewesen im Gegensatz zu jeder dritten der MULPat. Die Angaben der Literatur dazu sind unterschiedlich. So fanden SPITZER (1994) 36% Ledige und 20% Geschiedene, TOMASSON (1991) 21% Ledige und 31% Geschiedene und ROY (1980) 30% Ledige und 10% Geschiedene.

Zusammenfassend unterscheidet sich unsere Stichprobe dissoziativer Patienten nicht wesentlich von den Literaturwerten bei der Geschlechterverteilung, bei der beruflichen Situation und bei der Beschäftigungsstruktur, jedoch ist unsere Gruppe jünger und besteht aus mehr ledigen Patienten als die vergleichbarer Stichproben in der Literatur.

Die Gruppe dissoziativer Patienten unterscheidet sich von der Gruppe der nichtdissoziativen psychiatrischen Patienten signifikant in der Altersstruktur, bei der Geschlechterverteilung, bei der beruflichen Situation, beim Familienstand und geringer bei den Berufsgruppen.

#### ***4.2.2. Prävalenz und Häufigkeitsverteilung dissoziativer Störungen im stationär-psychiatrischen Bereich***

Angaben zu der Prävalenz dissoziativer Störungen im stationär-psychiatrischen Bereich schwanken in Abhängigkeit vom Untersuchungssetting und diagnostischem Konzept beträchtlich. GUZE (1971) fand 24% aller untersuchten psychiatrischen Patienten mit Konversionssymptomen. SAXE (1993) und HOREN (1995) fanden dissoziative Störungen, wobei die Diagnosen mit Hilfe eines



strukturierten diagnostischen Interviews nach DSM-III-R Kriterien gestellt worden sind, bei 15% bzw. 17% aller untersuchten psychiatrischen Patienten. FRIEDL und DRAIJER (2000) fanden unter Anwendung eines strukturierten diagnostischen Interviews nach DSM-IV Kriterien bei 10% aller während eines Jahres an einer holländischen psychiatrischen Klinik behandelten Patienten dissoziative Störungen. Es gibt noch Studien von CHU und DILL (1990) und von QUIMBY und PUTNAM (1991), die auf einen hohen Anteil von dissoziativen Störungen in psychiatrischen Kliniken hinweisen, nämlich 24% bzw. 30%. Diese verwandten jedoch kein strukturiertes diagnostisches Interview, sondern die Dissociative Experiences Scale (DES) als Screeninginstrument. Patienten mit einem Score > 30 sollen mit über 90% Spezifität an einer dissoziativen Störung leiden.

In der Untersuchung an einer psychiatrischen Klinik eines türkischen Universitätskrankenhauses fand TUTKUN (1998) 14.5% der Patienten mit einem Score über 30 im DES, 10.2% der Patienten hatten eine dissoziative Störung nach den Kriterien des diagnostischen Instruments Dissociative Disorders Interview Schedule, und 5.4% hatten eine klinisch überprüfte dissociative identity disorder (DSM-IV).

Die Patienten unserer Studie waren selektioniert. So wurden in unserer Studie nur ca. ein Viertel aller im Untersuchungszeitraum an der psychiatrischen Klinik behandelten Patienten aufgenommen, nämlich nur Patienten der psychotherapeutischen Station. Es fehlten Patienten mit schizophrenen und wahnhaften Störungen. Patienten mit primären Suchtstörungen waren vom Studiendesign von vornherein ausgeschlossen. So ist die Prävalenz der mit Hilfe des CIDI erstellten dissoziativen Diagnosen mit 34,2% nur für die Aufnahmepopulation einer psychotherapeutischen Klinik bzw. einer psychotherapeutischen Station repräsentativ. Die Behandler erstellten mit 14.4 % weniger als halb so viel dissoziativen Diagnosen. In der Studie von SAXE et al. (1993) stellten die Behandler nur bei 21 % der dissoziativen Patienten dissoziative Symptome fest. Diese Angaben stellen noch einmal die Wichtigkeit der Art der Diagnosenstellung und vor allem die Anerkennung der

weiten Verbreitung dissoziativer Symptome unter psychiatrischen Patienten heraus.

Insgesamt zeichnet sich in den letzten Jahren ab, daß die dissoziativen Störungen wesentlich häufiger in der psychiatrischen Klinik zu finden sind, als noch vor zehn Jahren angenommen (1.2% bei BRÄUTIGAM, 1985 und 0,9% bei KRULL und SCHIFFERDECKER, 1990). Es kann jetzt davon ausgegangen werden, daß die höchste Prävalenz in psychiatrischen Kliniken zu finden ist und nicht wie früher angenommen in den Kliniken der Neurologie. Wobei jedoch deutlich zwischen den klassischen Konversionssymptomen und den dissoziativen Störungen nach dem DSM-IV unterschieden werden muß, um Prävalenzraten richtig einschätzen zu können.

Woran könnte es liegen, daß dieses Krankheitsbild wesentlich häufiger diagnostiziert wird?

1. Durch die Einführung der neuen diagnostischen Kategorien ist die Aufmerksamkeit der Behandler gewachsen, 2. wurden diagnostische Instrumente eingeführt, die es ermöglichen valide Diagnosen auf der Grundlage des Komorbiditätskonzeptes zu stellen und 3. können Hinweise auf eine dissoziative Störung leicht durch neue Screeninginstrumente erhalten werden.

#### ***4.2.3. Dissoziation und interne Komorbidität***

Die Angaben in der Literatur zur Häufigkeit der einzelnen dissoziativen Störungen sind sehr verschieden. Bis auf die Studie SPITZERS (1994) sind bisher keine Studien veröffentlicht worden, die sich zur Diagnosenstellung standardisierter Interviews auf der Grundlage der ICD-10 bedienen, so daß deren Angaben nur als grober Anhalt dienen können. GUZE et al. (1971) fanden, daß 41% der Patienten mit Konversionssymptomen mehrere Konversionssymptome aufwiesen, ohne diese näher zu spezifizieren. SAXE et al. (1993) fanden nur 13% der dissoziativen Patienten mit nur einer dissoziativen Diagnose, wobei mögliche zusätzliche Konversionssymptome unberücksichtigt blieben.

Auch in dieser Studie wurden keine Angaben zur Häufigkeit der einzelnen dissoziativen Störungen gemacht.

SPITZER (1994) gab an, daß 62% der Patienten mehr als eine dissoziative Störung hatten. Er fand folgende Verteilung: 10% der Patienten hatten eine dissoziative Amnesie, 64% dissoziative Bewegungsstörungen, 46% dissoziative Krampfanfälle und 64% hatten dissoziative Sensibilitätsstörungen. Die dissoziativen Diagnosen der eigenen Studie wiesen folgende Verteilung auf (vgl. Tabelle 3.1.2.2.): 31% Amnesien, 58% Bewegungsstörungen, 65% Krampfanfälle und 69% Sensibilitätsstörung. 73% der Patienten wiesen mehr als eine dissoziative Störung auf. Dissoziative Sensibilitäts- und Bewegungsstörungen kommen in beiden Studien annähernd gleich häufig vor. Amnesien kamen in SPITZERS Studie 1/3 seltener vor, ebenso die Krampfanfälle mit 20% geringerer Häufigkeit.

In der eigenen Studie sind hochsignifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen bezüglich der Anzahl der weiteren dissoziativen Diagnosen gefunden worden (vgl. Tabelle 3.2.1.1.). So unterscheiden sich Patienten mit dissoziativen Bewegungs- (F44.4) und Empfindungsstörungen (F44.6) von den anderen dissoziativen Patienten durch eine signifikant höhere Anzahl weiterer dissoziativer Diagnosen. Die beiden Störungen finden sich also selten alleine. Sie treten häufiger beide zusammen auf, als dies andere dissoziative Störungen tun. Die Diagnose-Kategorie gemischte dissoziative Störung (F44.7) wird folglich hauptsächlich von diesen beiden Diagnosen gebildet. Bei der Überprüfung der Unabhängigkeit des Auftretens der einzelnen dissoziativen Störungen, konnte ein überzufällig ( $p=0.02$ ) häufiges gleichzeitiges Vorkommen der beiden Störungen F44.4 und F44.6 gefunden werden. Die Kombinationen anderer dissoziativer Störungen waren eher selten.

Folgende Interpretation ist möglich: In vielen Fällen von Bewegungsstörungen mögen diese Folge einer Empfindungsstörung gewesen sein. So können leicht Schwierigkeiten beim Gehen auftreten (Frage C24 im CIDI), wenn das Gefühl in den Beinen verlorengegangen ist (Frage C25). Umgekehrt kann eine Empfindungsstörung nicht direkt Folge einer Bewegungsstörung sein. Im

Einzelfall kann zwischen diesen zwei Möglichkeiten nur mit Hilfe einer gezielten neurologischen Untersuchung unterschieden werden. Ein Interview ist dazu nicht in der Lage.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, daß im Vergleich zu früheren Angaben die gemischte dissoziative Störung häufiger vorkommt als die klassische monosymptomatische Konversionsstörung. Dennoch dominieren die körpersymptomatischen Formen der Dissoziation mit 86% die mentalen Formen sehr deutlich.

Auf der Grundlage der vorliegenden Studienergebnisse zur Prävalenz und zur Ausformung der dissoziativen Störungen kann geschlossen werden, daß diese Störungen nach wie vor sehr häufig sind, heute sogar häufiger diagnostiziert werden als noch vor wenigen Jahren, und nach wie vor durch die klassischen Konversionssymptome, wenn auch nicht mehr in der hochdramatischen Form der Jahrhundertwende, zum Ausdruck kommen. Diese Befunde unterstützen die Vermutung von MENTZOS (1992), die ausdrucksstarken Symptome gingen zugunsten von feineren, nicht mehr so einfach zu erkennenden Formen der hysterischen Selbstdarstellung zurück.

Um diese Feststellungen zu konfundieren, sind jedoch weitere Studien auf der Grundlage der ICD-10 mit standardisierter Diagnostik nötig.

Im nächsten Abschnitt wird die externe Komorbidität der dissoziativen Störungen und das Vorkommen mit weiteren psychopathologischen Syndromen bzw. Störungen diskutiert.

#### **4.2.4. Externe Komorbidität der dissoziativen Störungen**

Es gibt nur wenige Patienten, die neben ihrer dissoziativen Störung keine weitere psychiatrische Störung aufweisen. Diese hohe Komorbidität wird von allen einschlägigen hier bereits vorgestellten Studien bestätigt. Es galt, die Komorbidität dissoziativer psychiatrischer Patienten mit einem standardisierten diagnostischen Interview (CIDI) zu untersuchen, um reliable und valide Angaben machen zu können. Nach einem ähnlichen Untersuchungsdesign

wurde auch SPITZERS (1994) Studie durchgeführt, so daß die Ergebnisse direkt vergleichbar sind.

In der eigenen Studie hatte jeder Patient mit einer dissoziativen Diagnose durchschnittlich 1.8 zusätzliche nicht dissoziative Diagnosen, wobei bloß ein Patient neben der dissoziativen Diagnose keine weitere hatte. Die häufigste zweite Diagnose waren Angststörungen, jeder zweite Patient (53%) hatte eine zusätzliche phobische oder sonstige Angststörung. Fast jeder zweite Patient (46%) litt unter einer zusätzlichen depressiven Störung, jeder dritte Patient (31%) hatte eine zusätzliche Störung durch psychotrope Substanzen und jeder 9. Patient (11%) eine zusätzliche Somatisierungsstörung. SPITZER (1994) fand als die beiden häufigsten Zweitdiagnosen eine phobische oder Angststörung (52%) oder eine depressive Störung (52%), jeder vierte Patient (24%) hatte eine Suchtstörung und jeder fünfte (20%) eine Somatisierungsstörung. Bis auf das doppelt so häufige Vorkommen der Somatisierungsstörungen kommen diese beiden Studien zu sehr ähnlichen Befunden, was die Art und Häufigkeit der Komorbidität dissoziativer Patienten anbelangt. Sowohl klinische Beobachtungen anderer (NEMIAH, 1988; LEMPERT et al., 1990; KAMPFFHAMMER et al., 1992), als auch psychometrische Selbsteinschätzungen von Patienten (ROY, 1980; WILSON-BARNET und TRIMBLE, 1985) haben gezeigt, daß als häufigste Zweitstörungen depressive und Angststörungen vorherrschen.

Werden die Querschnitts- mit der Längsschnittkomorbidität verglichen, so verändern sich die Häufigkeiten der Zweitstörungen nur in dem Sinne, daß Patienten im Längsschnitt statt eine dann zwei Sucht- oder Angststörungen aufwiesen.

Dies deutet darauf hin, daß die Komorbiditätsdiagnosen der Patienten über viele Jahre dieselben blieben. Diese Ergebnisse unterstützen die Befunde von WITTCHEN et al. (1989), der für Angststörungen eine oft chronische Verlaufsform fand. ROBINS und REGIER (1991) fanden diese auch für somatoforme Störungen.

Studien, die die Komorbidität dissoziativer Störungen erwähnen wie HOREN et al. (1995), SAXE et al. (1993) haben das DSM-III-R zur Grundlage und behelfen

sich bei der Diagnose einer dissoziativen Störung eines Cutoff-scores des DES, deshalb werden deren Ergebnisse hier nicht im einzelnen diskutiert. Beide Studien zeigten, daß alle dissoziativen Patienten mindestens eine Zweitdiagnose aufwiesen, vor allem aus den Bereichen affektive Störungen und Suchtstörungen.

Wenn die einzelnen dissoziativen Störungen im Hinblick auf die externe Komorbidität untersucht werden (vgl. Tabelle 3.2.1.1.), so unterscheiden sich nur Patienten mit dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6) durch signifikant weniger Angststörungen und mehr Suchtstörungen von dissoziativen Patienten, die nicht unter Empfindungsstörungen leiden. Die Gruppe der dissoziativen Störungen erscheint, die externe Komorbidität betreffend, sehr einheitlich.

Gibt es gemeinsame grundlegende Pathomechanismen für das Auftreten der häufigsten Zweitdiagnosen, depressive und Angststörungen? WATKINS (1993) ist der Meinung, wenn starke Konflikte zwischen verborgenen dissoziierten Ich-Anteilen bestehen, sich dies in Angst, Depression oder irgendeinem anderen neurotischen oder somatischen Symptom oder irgendeiner Verhaltensstörung äußern könne. Nach WATKINS könnten also dissoziierte miteinander in Konflikt liegende Ich-Anteile die oben beschriebene Komorbidität mitbedingen. Am sichersten ließe sich diese Vermutung dadurch bestätigen, daß die dissoziierten Persönlichkeitsanteile durch eine spezifische Therapie dem Bewußtsein wieder zugänglich gemacht würden. Alle Symptome die dann nicht mehr auftreten würden, wären durch die Dissoziation bedingt gewesen. Allerdings muß bedacht werden, daß viele Therapiearten das Ausmaß der Dissoziation unspezifisch vermindern. Die Ego-state Therapie (WATKINS, 1993) als relativ spezifische Therapie versucht nicht nur die Dissoziation aufzuheben, sondern hilft dem Patienten auch auf eine gesündere Weise mit den einst dissoziierten Inhalten (z.B. Angst und Trauer) umzugehen. Spätestens hier wird deutlich, daß es *die* spezifische Therapie der Dissoziation nicht geben kann: Wenn die Therapie erfolgreich sein soll, muß immer auch eine

gleichzeitige Veränderung der zur Dissoziation führenden Einstellungen, Auffassungen, Reaktionsweisen stattfinden.

Antworten auf die Frage zu finden, ob die Komorbidität (Angst, Depression) eine gemeinsame Ursache, nämlich die Dissoziation, hat, oder gleichzeitig auftretende eigenständige Störungen sind, wird Aufgabe der weiteren psychopathogenetischen Forschung bleiben.

Deshalb erscheint es sinnvoll, in zukünftigen Therapiekontrollstudien den Zusammenhang zwischen der Verringerung des Ausmaßes der Dissoziation und der Komorbidität zu beobachten, um mehr Klarheit über die Bedeutung und Stellung der Dissoziation in der Pathologie psychiatrischer Störungen zu gewinnen.

Ist die hohe Komorbidität der dissoziativen Patienten spezifisch? Um diese Frage beantworten zu können, werden die Diagnosen der Behandler herangezogen (vgl. Tabelle 3.1.1.2.) In der Gruppe der Patienten mit dissoziativen Störungen wies ähnlich wie in der Gruppe mit depressiven Störungen nur jeder zweite Patient eine weitere Störung auf, während in der Gruppe mit Belastungs- und Anpassungsstörungen zwei von drei Patienten, in der Gruppe mit phobischen und sonstigen Angststörungen drei von vier Patienten und in der Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen fast alle Patienten eine weitere Störung aufwiesen, wobei im Mittel aller Gruppen zwei von drei Patienten eine weitere Störung aufweisen. Klinisch erscheinen die dissoziativen Patienten also keineswegs komorbider als Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen. Im Unterschied zu diesen herrschen bei dissoziativen Patienten die affektiven und Persönlichkeitsstörungen als Zweitdiagnosen vor.

Die Befunde der Behandler ergänzen das Bild der Komorbidität der dissoziativen Patienten um die häufigste von ihnen gestellte Zweitdiagnose einer Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsstörungen können vor oder gleichzeitig mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, niemals aber durch diese direkt verursacht, auftreten (DILLING, 1993). Annähernd bei der Hälfte

(45,6%) der dissoziativen Patienten wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Bei diesen Patienten fanden sich im Gegensatz zu nicht persönlichkeitsgestörten Patienten mehr zusätzliche Suchtstörungen, 80% dieser Patienten hatten eine Suchtstörung (vgl. Tabelle 7.II.2.). Sie litten häufiger unter dissoziativen Empfindungsstörungen (F44.6) und hatten insgesamt mehr Komorbiditätsdiagnosen.

Abschließend sollen Unterschiede in der Komorbidität zwischen den Gruppen mit mono- bzw. multiplen dissoziativen Störungen erörtert werden (vgl. Tabelle 7.II.1.). Patienten mit mehreren dissoziativen Störungen unterscheiden sich in der Anzahl der externen Komorbiditätsdiagnosen und auch in allen anderen untersuchten Variablen nicht. Eine Ausnahme macht die Dauer der dissoziativen Störungen. Die Störungen begannen mit durchschnittlich 24 Jahren und dauerten 2.5 Jahre bei monosymptomatischen Patienten, bei multiplen Störungen begannen sie mit 25 Jahren und dauerten 6.3 Jahre. Die Gruppe der dissoziativen Patienten erscheint bezüglich der assoziierten Psychopathologie als eine sehr einheitliche Gruppe. Es kann auf der Grundlage der Daten nicht behauptet werden, daß Patienten mit gemischt dissoziativen Störungen schwerer gestört wären als Patienten mit nur einer dissoziativen Störung. SPITZER (1994) fand ähnliches, wobei er bei den multiple Gestörten signifikant mehr Angststörungen fand, in unserer Studie hatten jedoch die Patienten mit einer dissoziativen Diagnose mehr Angststörungen, so daß hier keine Übereinstimmung besteht.

Insgesamt kommen dissoziative Störungen im klinischen Kontext praktisch nicht unabhängig von anderen psychiatrischen Störungen vor. Sie sind vor allem mit Angst-, affektiven, Persönlichkeits- und Suchtstörungen assoziiert. Bezüglich der Anzahl der zusätzlichen Störungen unterscheiden sie sich nicht von anderen hier untersuchten psychiatrischen Störungen. Die Krankheitsbilder stationär-psychiatrischer Patienten bieten in fast allen Fällen multiple Symptome, dabei bilden dissoziative Störungen keine Ausnahme. Die



vorliegenden Daten stützen eher das Bild der dissoziativen Störungen von einer eigenen Störungsentität als das von akzessorischen Symptomen im Rahmen komplexer psychischer Störungen.

#### **4.3. Dissoziative Störungen - ein eigenständiges Krankheitsbild**

In der Literatur wird die nosologische Stellung der dissoziativen Störungen kontrovers diskutiert. Sind dissoziative Symptome nur Symptome komplexer Störungen oder gar nur ein Abwehrmechanismus unter vielen? Für eine Eigenständigkeit dieser Störungen würde u.a. die Möglichkeit der Abgrenzung gegenüber anderen psychiatrischen Störungen in Form der unterschiedlichen begleitenden Psychopathologie sprechen.

Wie im letzten Kapitel festgestellt, sind Patienten aller untersuchten diagnostischen Gruppen komorbide. Aus diesem Grund war die Zuordnung der assoziierten Psychopathologie zu einzelnen Störungen nicht eindeutig möglich. Die dissoziativen Patienten unterschieden sich nicht durch die Höhe der Psychotherapiemotivation (FMP), nicht durch die Copingstrategien (FKV), noch durch das Ausmaß anderer nichtdissoziativer psychiatrischer Symptome (SCL-90) von den anderen psychiatrischen Patienten (vgl. Tabellen 3.3.1.1. und 7.II.4.). Obwohl die dissoziativen Patienten im Mittel 7 Jahre jünger waren, fühlten sie sich durch körperliche Beschwerden signifikant stärker beeinträchtigt (FPI-8) als depressive oder anpassungsgestörte Patienten, sorgten sich jedoch signifikant weniger um ihre Gesundheit (FPI-9).

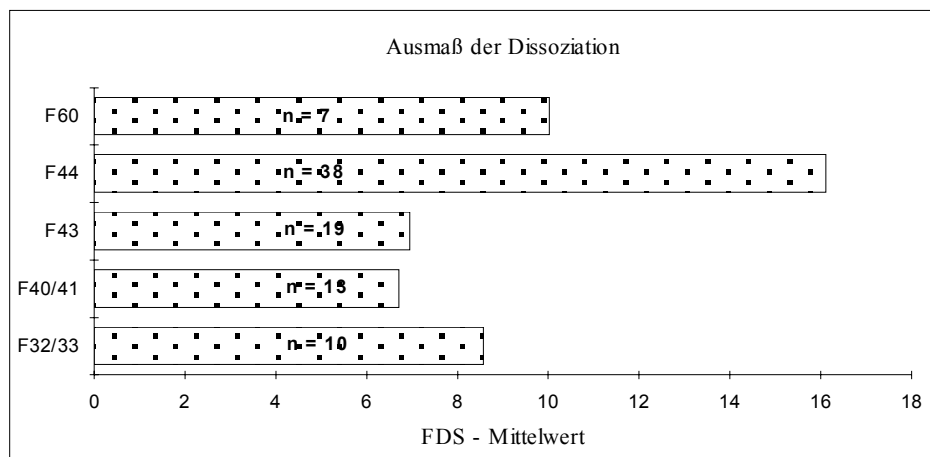
Dies zeichnet das historische Bild des somatisierenden „hysterischen“ Patienten nach, der sich um seine Gesundheit trotzdem wenig kümmert (belle indifférence). Andererseits erwarten sie eher als andere eine Linderung ihrer Beschwerden durch Psychotherapie und weniger durch ein somatisch orientiertes Behandlungskonzept (FMP-3). Sie fühlen sich von körperlichen Symptomen beeinträchtigt und versprechen sich doch viel von einer Psychotherapie. Die Psychotherapiemotivation betrug im Mittel 168.3 Punkte, was den Befund für stationär-neurologische dissoziative Patienten (SCHNEIDER et al., 1993; SPITZER, 1994) noch einmal um 22 Punkte übertrifft.

Das paßt nicht in das historische Bild von hysterisch Erkrankten. Es wurde immer wieder der funktionell leidende Patient beschrieben, der sich nur körperlich behandeln lassen wolle, da er auf keinen Fall als psychisch erkrankt gelten wollte (WILSON-BARNET und TRIMBLE, 1985, KAMPFHAMMER et al., 1992). KAMPFHAMMER und WILSON-BARNET sahen ihre Patienten außerhalb der Psychiatrie, so verwundert es nicht, daß diese Patienten ein eher organisches Krankheitskonzept hatten. Stationär-psychiatrische, dissoziative Patienten erwarten mehr von der Psychotherapie als dissoziative Patienten außerhalb der Psychiatrie und das nicht zuletzt wegen der begleitenden psychiatrischen Komorbidität. Wer von einer körperlichen Verursachung seiner Störung überzeugt ist, wird weniger geneigt sein, sich in einer psychiatrischen Klinik behandeln zu lassen.

Die modernen dissoziativen Patienten, deren Leidensweg sie bereits auf eine psychotherapeutische Station geführt hat, zeigen also noch historische „hysterische“ Merkmale, die sie von andern psychiatrischen Patienten deutlich unterscheiden, jedoch sind ihnen die innerpsychischen Konflikte schon so bewußtseinsnah, daß sie die Linderung ihrer Symptome eher von einer psychotherapeutischen Behandlung erwarten.

Die sicherste Unterscheidung dissoziativer von anderen psychiatrischen Patienten ist jedoch durch das Ausmaß der Dissoziation (FDS) zu treffen. Hierin erreichten diese ausnahmslos signifikant höhere Werte gegenüber allen anderen untersuchten Störungsgruppen. Alle Patienten wiesen dissoziative Symptome auf, jedoch nur bei dissoziativen Patienten erreichten diese ein erhebliches Ausmaß.

Abbildung 4.3.1. Ausmaß der Dissoziation bei verschiedenen Störungsgruppen (F44 nach CIDI diagnostiziert)



Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß Patienten die an dissoziativen Störungen leiden, weniger durch spezielle Persönlichkeitseigenschaften, noch durch die Höhe der Psychotherapiemotivation, noch durch die Art der Krankheitsverarbeitung von depressiven, angst-, anpassungs- oder persönlichkeitsgestörten Patienten zu unterscheiden waren, als vor allem durch das Ausmaß der Dissoziation. Deshalb erscheint es sinnvoll, dieser Gruppe eine eigene diagnostische Identität zuzubilligen.

#### 4.4. Ausmaß der Dissoziation

Es gibt unterschiedliche Schweregrade dissoziativer Störungen. Sie können sich in einer höheren Anzahl dissoziativer Diagnosen niederschlagen, wie dies beim CIDI geschieht, oder sie spiegeln sich in unterschiedlich hohen Mittelwerten des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS) wider. Der FDS bildet die Beeinträchtigung in Zehnerschritten von „Null“ - gleich gar keine Symptome - bis „100“ - gleich ständig dissoziative Symptome - ab. Der CIDI unterscheidet die Häufigkeit und den Schweregrad eines dissoziativen Symptoms nur unzureichend. Falls jemand körperlich nicht begründbar im Zusammenhang mit einem schrecklichen Ereignis z.B. seine Stimme wenigstens eine halbe Stunde verloren hat, so ist das ein dissoziatives Symptom, wenn dieser Stimmenverlust nur eine viertel Stunde dauerte, ist es

dies nicht. Diese Erfassung dissoziativer Symptome ist damit sehr grob im Vergleich mit der Abbildung dieser beim FDS.

Im letzten Kapitel wurde festgestellt, daß sich psychiatrische Patienten mit dissoziativen Diagnosen nur sehr geringfügig in der assoziierten Psychopathologie von den psychiatrischen Patienten ohne dissoziative Diagnosen unterscheiden. Alle psychiatrischen Patienten hatten jedoch mehr oder weniger dissoziative Symptome. Deshalb liegt es nahe, zu untersuchen, ob sich Patienten mit hohem Ausmaß der Dissoziation von denen mit einem geringen Ausmaß in ihrer begleitenden Psychopathologie unabhängig von ihren sonstigen Diagnosen unterscheiden. Diese Betrachtungsweise erscheint bei dem gegebenen Patientengut (Komorbidität) die angemessenste zu sein, um die Spezifitäten dissoziativer Störungen bei der begleitenden Psychopathologie herauszufinden.

Patienten mit einem geringen Ausmaß an dissoziativen Symptomen haben überwiegend keine dissoziativen Diagnosen, und Patienten mit einem hohen Ausmaß an dissoziativen Symptomen haben vermehrt dissoziative Diagnosen. Es gibt aber durchaus Patienten mit einem hohen Score im FDS, die keine dissoziative Diagnose nach CIDI erhalten haben und umgekehrt (s. a. 4.6. Methodenkritische Betrachtung).

#### ***4.4.1. Korrelation mit Selbstbeurteilungsskalen und klinischen Parametern***

**Persönlichkeitseigenschaften:** Wie in der Tabelle 7.II.6. des Anhangs abgebildet, unterscheiden sich hochdissoziative Patienten in 8 von 12 Persönlichkeitseigenschaften (FPI) z.T. hochsignifikant von geringdissoziativen Patienten. Der typische hochdissoziative Patient wäre demnach so zu schildern: Er ist sehr unzufrieden mit seinem Leben (FPI-1), gehemmt, unsicher und kontaktscheu (FPI-4), leicht erregbar, empfindlich und unbeherrscht (FPI-5), neigt zu aggressivem, spontanem Handeln (FPI-6), fühlt sich stark beansprucht und überfordert (FPI-7), leidet unter stark gestörtem

Allgemeinbefinden (FPI-8), gibt offen kleine Fehler zu und ist ungeniert (FPI-10) und emotional labil und ängstlich (FPI-N).

Diese Persönlichkeitseigenschaften passen in das Konzept vom neurotisch hysterischen Patienten EYSENCK's (1982), das die dissoziativen Patienten als extravertiert, neurotisch, ungeniert und zielorientiert beschreibt.

**Psychotherapiemotivation:** Auch hier finden sich signifikante Unterschiede zwischen hoch- und geringdissoziativen Patienten (s. Tabelle 7.II.6.). Der hochdissoziative Patient hat einen hohen Leidensdruck und geringen sekundären Krankheitsgewinn (FMP-1), hält seine Beschwerden für psychosozial verursacht (FMP-2) und hat eine hohe Psychotherapiemotivation. Die Höhe der Psychotherapiemotivation ist aber auch mit dem Ausmaß der symptomatologischen Beeinträchtigung unabhängig von den zugrundeliegenden Störungen positiv korreliert (SPITZER, 1993), was im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung diskutiert wird.

**Krankheitsverarbeitung:** Drei Modi des Coping werden von hochdissoziativen Patienten bevorzugt (s. Tabelle 7.II.6.). Die Krankheit wird depressiv verarbeitet (FKV-1), es wird versucht, in der Krankheit einen Sinn zu sehen (FKV-4) und die Realität der Krankheit durch Bagatellisierung abzuschwächen (FKV-5). Die vermehrt depressive Verarbeitung wird auch in anderen Studien angegeben (WILSON-BARNET und TRIMBLE, 1985). Wurde sie dort im Vergleich zu Copingmustern nicht psychiatrisch Erkrankter festgestellt, so findet sich diese auch im Vergleich mit psychiatrisch gestörten Patienten. GREEN (1976) hielt die Depression für die wahrscheinlichste Verarbeitung der Störung, weil die Fortschritte der Wissenschaft den Ausweg in die Konversion durch soziale Ächtung blockierten, und die dissoziativen Patienten durch ihre Disposition weder dem Handeln noch der Flucht in den Rausch zuneigten. Allerdings fand SPITZER (1993), daß nicht die verschiedenen Störungsgruppen die depressive Verarbeitung bedingten sondern die Schwere der zusätzlichen psychopathologischen Beeinträchtigung.

**Symptomatologische Beeinträchtigung:** Hochdissoziative Patienten leiden signifikant stärker unter allen Symptomen, die der SCL-90R mißt (s. Tabelle

7.II.6.). Die Frage nach Ursache und Wirkung läßt sich mit Korrelationen nicht beantworten. Nach vorliegender Datenteile ist z.B. folgender Zusammenhang möglich: Eine Patientin leidet unter ausgeprägten dissoziativen Symptomen, die Belastung dadurch zeigt sich noch in Form zusätzlicher psychopathologischer Symptome wie Angst, Depressivität, paranoidem Denken und Zwanghaftigkeit. Diese ausgeprägte Beeinträchtigung führt wie bei anderen ausgeprägten psychiatrischen Störungen zu einer depressiven Krankheitsverarbeitung und einer hohen Erwartung an die Psychotherapie. Die Endstrecke des Erkrankungsverlaufs im Spiegel der diskutierten Parameter scheint sehr ähnlich, der Ausgangspunkt der Erkrankung verschieden zu sein. Zusammenfassend kann mit vorliegenden Ergebnissen die Annahme von der selbständigen Störungsentität der dissoziativen Störungen unterstützt werden. Spezifisch sind die Häufigkeit der dissoziativen Symptome und das oben beschriebene Persönlichkeitsprofil (EYSENCK, 1982). Die Höhe der Psychotherapiemotivation, die Art der Krankheitsverarbeitung und die symptomatologische Beeinträchtigung hingegen bilden offensichtlich das Ausmaß der psychiatrischen Störung unabhängig von der diagnostischen Etikettierung sehr ähnlich ab.

#### ***4.4.2. Korrelation mit standardisierter Diagnostik und klinischen Diagnosen***

Da weitere Studien mit dem FDS und dem CIDI als diagnostischem Instrument noch nicht veröffentlicht sind, sollen hier die Ergebnisse der eigenen Studie kritisch diskutiert werden. Es finden sich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen der Höhe des FDS-Scores (DES-Scores) und der Anzahl der mit dem CIDI erstellten dissoziativen Diagnosen. Daraus kann gefolgert werden, daß der FDS (FREYBERGER et al., 1998, 1999) ebenso wie der DES, der sich im englischsprachigen und am DSM-IV orientierten Ländern als valide erwiesen hat (CARLSON und PUTNAM, 1993), auch in der deutschen Übersetzung und mit ergänzenden Items das Ausmaß der Dissoziation messen kann.

Es ist wünschenswert dieses Ergebnis mit anderen Studien und testtheoretisch weiter zu überprüfen, denn es zeigte sich, daß die Kliniker weitaus weniger

dissoziative Diagnosen stellten, als es mit Hilfe des CIDI geschah und als es die Höhe der FDS-Scores nahelegte. Allerdings fanden auch andere Autoren in Europa, daß die Diagnoserate der dissoziativen Störungen nach rein klinischen Gesichtspunkten weit unter der Rate liegt, die bei gezielter Frage nach dissoziativen Symptomen oder die mit Hilfe von diagnostischen Instrumenten erreicht werden kann (BOON und DRAIJER, 1991; COONS, 1998). Wird die Diagnosehäufigkeit der Dissoziativen Störungen des CIDI zugrundegelegt (30 von 111), so diagnostizierten die Behandler nur 33% (10 von 30) als dissoziativ. SAXE et al. (1993) fand nur 21% der nach dem DES über 25 scorenden Patienten von den Behandlern mit einer dissoziativen Diagnose versehen. Dies geschehe deshalb, weil dissoziativen Patienten oft Symptome präsentierten, die an andere Störungen wie Schizophrenie, affektive Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen denken ließen. Kliniker, die die dissoziativen Symptome nicht als weit verbreitet ansehen, werden auch seltener entsprechende diagnostischen Fragen stellen, und Patienten „verstecken“ ihre dissoziativen Symptome aus vielfältigen Gründen (PUTNAM, 1989).

Weiterhin muß überlegt werden, wann dissoziative Symptome das Ausmaß einer Störung erreichen, diese sind ja auch in der gesunden Normalpopulation mit einem Score von 5 (Übersicht bei CARLSON und PUTNAM, 1993) zu finden. Der Kliniker muß die Störung durch die dissoziativen Symptome erst bemerken, was bei einer Amnesie oder Fugue z.B. nicht offensichtlich zu sein braucht, deshalb sind Hilfen für die Diagnostik der dissoziativen Störungen in Form von diagnostischen Interviews und auch in Form von Screeninginstrumenten wie dem FDS sehr sinnvoll. Die Höhe des FDS-Scores alleine wird selten zur sicheren Diagnose „dissoziative Störung“ führen, aber ein hoher Score wird die Aufmerksamkeit der Behandler auf diese Störungen richten und zur gezielten Fragestellung veranlassen.

#### ***4.4.3. Ausmaß der Dissoziation bei verschiedenen Störungsgruppen***

Dissoziative Symptome kommen in allen Störungsgruppen und auch in der Allgemeinbevölkerung vor, jedoch mit sehr unterschiedlichem Ausmaß. In den

USA finden CARLSON und PUTNAM (Übersicht, 1993) folgende Scores (eigene Scores):

- Normalpopulation: 4.4 - 7.8 (5.6)
- Angstpatienten: 6.7 -10.4 (9.5)
- depressive Patienten: 6.0 -12.7 (8.4)
- schizophrene Patienten: 10.5 -20.6 (14.1)
- dissoziative Patienten: 29.8 -40.8 (16.1)

Alle unsere Werte liegen in dem Bereich der von anderen gefundenen bis auf den Wert für die dissoziativen Patienten, der in unserer Studie wesentlich niedriger liegt. Dies könnte folgende Ursachen haben:

1. Die bei CARLSON und PUTNAM erfaßten Untersuchungen basieren alle auf der amerikanischen Version des DES und erzielen deshalb höhere Scores. Dem kann entgegnet werden, daß, wenn die übersetzten 28 Originalitems für die Mittelwertberechnung zugrunde gelegt werden, der mittlere Score nur um einen Punkt steigt.
2. Die dissoziativen Störungen wurden bei CARLSON und PUTNAM anders diagnostiziert, nämlich auf der Grundlage des DSM. Die Vergleichbarkeit leidet in der Tat unter diesen verschiedenen diagnostischen Kriterien. Wie in der Einleitung 1.1.4. aufgeführt, sind alle dissoziativen Diagnosen des DSM-IV unter den dissoziativen Diagnosen der ICD-10 - bis auf die Depersonalisationsstörung - zu finden. Die Konversionsstörungen zählen im DSM-IV jedoch nicht zu den dissoziativen Störungen. D.h. nach ICD-10-Standard werden Patienten als dissoziativ diagnostiziert, die in den USA nicht dazu gehören, und in wesentlich geringerem Maße umgekehrt.

Bei unserer Untersuchung finden sich tatsächlich bei der Gruppe der Patienten mit dissoziativer Amnesie (n=11) ein mittlerer Score im DES von 23.1 und im FDS von 19.9. Durch die erheblich erhöhte Itemanzahl im FDS sinken die Scores zwangsweise, da Patienten nicht in allen Bereichen dissoziieren. Patienten, die eine Konversionsstörung hatten, scorten auf der Subskala „Konversion“ im Mittel zwischen 14.4 und 19.7 (F44.4 bzw. F44.6). Das Abfragen der Konversionssymptome im FDS erniedrigt die



mittleren Scores der dissoziativen Patienten gegenüber den Scores des DES systematisch um 7 Punkte (16.1 versus 23.1). Zukünftige Studien müssen klären, ob es tatsächlich so deutliche Unterschiede in der Höhe der Scores zwischen den konversionsneurotischen Störungen und den mentalen Formen der Dissoziation gibt.

3. Es gibt Ansichten in Europa, die die diagnostische Entität der dissoziativen Störungen, speziell der in den USA häufig gestellten Diagnose „Dissoziative Identitätsstörung“, stark bezweifeln und diese hochdissoziativen Phänomene als spezifische kulturgebundene nordamerikanische Erscheinungen deuten (FAHY, 1988; SIMPSON, 1989). BOON und DRAIJER (1991) und andere nichtamerikanische Autoren (TUTKUN, 1998) haben diese These oftmals widerlegt und gezeigt, daß auch in Europa hochdissoziative Phänomene weiter verbreitet sind als früher angenommen.

Es gilt also Studien abzuwarten, die dissoziative Diagnosen auf der Grundlage der ICD-10 und mit Hilfe eines standardisierten diagnostischen Instruments stellen, um feststellen zu können, wodurch das Niveau der FDS-Scores maßgeblich bestimmt wird.

Festzustellen bleibt, daß bei der vorliegenden Untersuchung nur knapp 4% der Patienten einen Score über 30 hatten, während bei ROSS et al. (1992) 15,4% der psychiatrischen Patienten über 30 scores und SAXE et al. (1993) als Mittelwert aller dissoziativen Patienten einen Score von 36 findet.

#### ***4.4.4. Auswirkungen des Ausmaßes der Dissoziation auf die Anzahl der dissoziativen Diagnosen und die Therapiedauer***

Wie in der Tabelle 3.4.1. deutlich wird, korreliert das Ausmaß der Dissoziation mit der Anzahl der dissoziativen Diagnosen hochsignifikant und mit der Therapiedauer signifikant (nur FDS). Ein hoher Score deutet auf eine schwerwiegendere Störung hin, die mit einer spezifischen Therapie behandelt werden sollte, um einer unnötig langen Therapiedauer vorzubeugen.

Die Subskala ICD (Konversionssymptome) verhält sich bezüglich der Korrelationen mit der Anzahl der dissoziativen Diagnosen zur Gesamtskala

(FDS) kongruent, ebenso wie die Subskalen, die Depersonalisationssymptome und das Ausmaß der Tagträumerei/Versunkenheit abbilden.

Die starke Korrelation der pseudoneurologischen Beschwerden mit der Aufenthaltsdauer gibt den Ausschlag dafür, daß der FDS auch signifikant positiv mit der Therapiedauer korreliert, nicht jedoch der DES, der diese Subskala nicht enthält. Das heißt, daß Patienten mit vermehrten klassischen Konversionssymptomen länger stationär therapiert werden.

Die Subskala Amnesie korreliert wenig mit der Anzahl der dissoziativen Diagnosen und kaum mit der stationären Aufenthaltsdauer. Offensichtlich trägt das Vergessen belastender Ereignisse oder Lebensabschnitte nicht zu einer längeren Krankenhausverweildauer bei. Eine partielle Amnesie wird von den Patienten nicht als Krankheitswert und deshalb auch nicht als therapiebedürftig angesehen. Eine Amnesie führt in den meisten Fällen nicht zu einer zusätzlichen dissoziativen Diagnose. Ein Grund dafür mag sein, daß Amnesien erst dann bemerkt werden, wenn gezielt nach diesen vergessenen Geschehnissen gefragt wird. Amnesien können nicht beobachtet werden wie etwa Konversionssymptome. Sie sind auch nicht Element des gegenwärtigen Bewußtseins des Patienten, wie es z.B. Tagträumereien sind. Wohl ist der Patient amnestisch in der Gegenwart, aber das Vergessene liegt immer in der Vergangenheit, so daß dafür leicht ein Neglect bestehen kann. Wird nicht gezielt nach solchen Perioden gefragt (z.B. im FDS), so kann es leicht zum Übersehen solcher dissoziativen Symptome kommen. So vermehrt ein hoher Score der Subskala Amnesie in den wenigsten Fällen die Anzahl der dissoziativen Diagnosen.

#### **4.5.     Schlußfolgerungen für die Psychiatrie**

Im folgenden sollen die bisher dargestellten Ergebnisse in Hinblick auf ihre praktische Relevanz für die Psychiatrie betrachtet werden. Es sollen dabei diagnostische und therapeutische Möglichkeiten erörtert werden.

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, daß auch in Deutschland dissoziative Störungen bei psychiatrischen Patienten weit häufiger vorkommen

als bis dahin vermutet. Rund 1/3 aller untersuchten und über 50% der unter 33-jährigen Patienten hatten eine dissoziative Störung. 73% hatten mehr als eine dissoziative Störung. Daneben fanden sich am häufigsten mit 65% eine phobische oder sonstige Angststörung, gefolgt von der mit 46% zweithäufigsten Komorbiditätsdiagnose depressive Störung. Der dissoziativ gestörte Patient läßt meist ein komplexes Krankheitsbild erkennen, wobei im klinischen Alltag die dissoziativen Störungen oft übersehen werden (s.a. BOON, 1991; SAXE, 1993; COONS, 1998). Die Behandler müssen sich mit den Erscheinungsformen der dissoziativen Störungen vertraut machen und bei der Häufigkeit der dissoziativen Störungen besonders bei jungen Patienten schon bei dem geringsten Verdacht gezielt nachfragen, da den Patienten die Symptome oft nicht präsent sind (z.B. bei Amnesie oder Fugue). Wichtig ist, daß alle relevanten psychopathologischen Symptome im Sinne der Komorbidität erfaßt und psychodynamisch-orientierte Hypothesen zum Störungsniveau des Patienten entwickelt werden, um so die Wertigkeit der dissoziativen Symptomatik in einem vielschichtigen Störungsmuster erkennen zu können. Als Hilfe dazu bieten sich standardisierte diagnostische Interviews, die sich in der Praxis oft als zu zeitaufwendig erweisen, oder Selbstbeurteilungsskalen wie der FDS an. Weist der FDS mit einem hohen Score auf das mögliche Vorliegen einer dissoziativen Störung hin, kann dann zeitsparend selektiv ein standardisiertes diagnostisches Interview angeschlossen werden.

Unsere Ergebnisse zeigen, daß Patienten mit dissoziativen Störungen sehr unter ihren Symptomen leiden und eine außerordentlich hohe Psychotherapiemotivation haben. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu der früheren Annahme, „hysterische“ Patienten hätten ein überwiegend organisches Krankheitskonzept, jedenfalls gilt dies nicht für stationär-psychiatrische dissoziative Patienten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, die dissoziativen Störungen sind eine häufig vorkommende Störung vor allem der unter 35-jährigen stationär-psychiatrischen Patienten. Um diese Störungen rechtzeitig zu diagnostizieren, bietet sich als Screeninginstrument der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen an, und zur Validierung eines begründeten Verdachts sollte ein standardisiertes Interview (Sektion C des CIDI) geführt werden. Die Behandler können mit einer hohen Psychotherapiemotivation rechnen und rasch mit einer gezielten Therapie beginnen.

#### **4.6. Methodenkritische Betrachtung**

In der vorliegenden Arbeit wurde großer Wert auf eine sehr formale Durchführung mit einem standardisierten Interview und testtheoretisch gut überprüften Selbstbeurteilungsskalen gelegt. Bei der Durchführung der Studie wurden jedoch einige Mängel offenkundig, die kritisch angemerkt werden sollen.

Mit dem verwendeten standardisierten Interview CIDI können keine Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen (F6) gestellt werden. Die Behandler diagnostizierten aber bei fast 50% der dissoziativen Patienten eine Persönlichkeitsstörung. Weiterhin ist es nicht möglich, Diagnosen aus dem Bereich F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) zu stellen. Dies erschwerte die Zuordnung der dissoziativen Symptome und deren Interpretation in einem komplexen Krankheitsgeschehen.

In einigen Fällen ist die Entscheidung, ob ein Patient eine dissoziative Diagnose erhält oder nicht, sehr strittig gewesen. Durch 11 Fragen werden die Patienten nach dissoziativen Symptomen befragt. Sie können alle diese Fragen mit „ja“ beantwortet haben, ob diese Symptome aber als dissoziativ gewertet werden, entscheidet sich an der Beantwortung der Frage, ob diese Symptome in direktem Zusammenhang zu einem schrecklichen Erlebnis stehen (C33 des CIDI). Dabei haben die Patienten oft dieses schreckliche Erlebnis aus ihrem Bewußtsein mehr oder minder erfolgreich verbannt mit der Folge, daß die Diagnose nach CIDI zu Unrecht nicht gestellt werden konnte. Im FDS hochscorende Patienten konnten sich öfter an ein solches Ereignis nicht

erinnern, obwohl sie offensichtlich stark unter dissoziativen Symptomen litten. Dieses Problem führte zu einer deutlichen Beeinflussung der Auswertung der statistischen Parameter des FDS. Das CIDI erscheint nicht als das beste Instrument, um dissoziative Diagnosen valide stellen zu können. Im Gegensatz zum englischsprachigen Raum existierten in Deutschland zum Zeitpunkt der Datenerhebung dieser Studie keine weiteren standardisierten diagnostischen Instrumente, um eine dissoziative Störung feststellen zu können.

Schließlich noch eine kritische Anmerkung zum FDS. Der FDS trennt nicht zwischen Symptomen, die in der Vergangenheit auftraten, und solchen, die zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens auftreten, weil die Fragen den Zeitraum nicht eingrenzen, in dem Symptome aufgetreten sind. Die dissoziative Störung mag geheilt sein, trotzdem könnte der Score hoch liegen, weil z.B. die Symptome bis vor wenigen Wochen noch ständig da waren. Diese systematische Unschärfe verwischt die möglichen Unterschiede zwischen dissoziativen und nicht(-mehr-)dissoziativen Patienten.

Weiterhin sind die FDS-Scores dissoziativer Patienten im Durchschnitt 10 – 20 Punkte niedriger als die DES-Scores der dissoziativen Patienten im angloamerikanischen Raum, dadurch verschlechtert sich die Spezifität als auch die Sensitivität. Mögliche Ursachen sind bereits unter Punkt 4.4.3. diskutiert worden.

#### **4.7. Weiterführende Forschungsansätze**

Die vorliegende Studie beantwortet - neben anderen - Fragen nach der Häufigkeit dissoziativer Störungen stationär psychiatrischer Patienten, deren Psychotherapiemotivation, die Art der Krankheitsverarbeitung und das Ausmaß der Dissoziation. Es könnten sich jetzt Studien anschließen, die die Auswirkungen einer Psychotherapie auf das Ausmaß der Dissoziation kontrolliert. Zu fragen wäre, wie verringert sich das Ausmaß der Dissoziation und ändern sich die Belastungen durch die assoziierte Psychopathologie gleichsinnig. Gibt es Therapieformen, die das Ausmaß der Dissoziation stärker senken können als andere. Bewirkt eine längere stationäre Therapie ein

stärkeres Absinken der Symptommhäufigkeit, oder welche Dauer ist bei der Mehrzahl der Patienten die effektivste. Diese Studie müßte die Patienten im Laufe ihrer Therapie mehrmals befragen.

Weiterhin wäre interessant zu wissen, welche Therapiemodelle den dissoziativen Patienten auf längere Sicht zu einer besseren Lebensqualität verholfen haben, dazu wäre eine katamnestiche Therapiekontrollstudie vonnöten.

Schließlich ist zu wünschen, daß die vorliegenden Ergebnisse mit der deutschen Version des FDS in anderen psychiatrischen Kliniken überprüft werden. Bei gesicherter Validität des FDS kann dieser Fragebogen als Screeninginstrument bei einem Verdacht auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung z.B. in der Neurologie angewendet werden, um relativ schnell die Wahrscheinlichkeit einer solchen Störung ermitteln zu können. Gegebenenfalls kann dann frühzeitig ein psychiatrischer Konsiliarier hinzugezogen werden, der eine gezielte Diagnostik einleiten und entsprechende Therapievor schläge unterbreiten könnte. So könnten die Krankenhausverweildauer und der Aufenthalt in einer nichtpsychiatrischen Abteilung erheblich verkürzt werden.

## **5. Zusammenfassung**

In den letzten 14 Jahren ist die Erkenntnis der Bedeutung dissoziativer Störungen vor allem im stationär psychiatrischen Bereich stetig gewachsen. Nachdem sich das Interesse an diesen Störungen seit Anfang dieses Jahrhunderts langsam verlor, wuchs dieses wieder nach Einführung eigener neuer diagnostischer Kategorien in das DSM-III-R zuerst im US-amerikanischen Raum, mit der Einführung der ICD-10 dann auch in vielen anderen Ländern. In der vorliegenden Arbeit wurden die Prävalenz und Komorbidität dissoziativer Störungen, die assoziierte Psychopathologie und das symptomatische Beschwerdebild, die Art der Krankheitsverarbeitung und die Psychotherapiemotivation und nicht zuletzt das Ausmaß der Dissoziation der verschiedenen Störungsgruppen bei stationär psychiatrischen Patienten untersucht.

Dazu wurden konsekutiv 111 Patienten, die auf eine psychotherapeutische Station der Klinik für Psychiatrie der Universität zu Lübeck stationär aufgenommen worden waren, mit Hilfe standardisierter Diagnostik (Sektion C des CIDI) und dem Selbstbeurteilungsfragebogen FDS auf das Vorliegen von dissoziativen Symptomen untersucht. Alle dissoziativen Patienten wurden mit dem vollständigen CIDI auf das Vorliegen zusätzlicher psychiatrischer Störungen befragt. Mit Hilfe von psychometrischen Verfahren zur Selbsteinschätzung der Belastung durch Symptome, der Psychopathologie, der Art der Krankheitsverarbeitung und Psychotherapiemotivation wurden Möglichkeiten zur Differenzierung der psychiatrischen Störungen geschaffen.

Es fand sich eine Prävalenz von 27% aktueller dissoziativer Störungen. Dissoziative Patienten wiesen eine hohe Komorbidität von durchschnittlich zwei weiteren psychiatrischen Diagnosen auf. An erster Stelle stehen zusätzliche Angststörungen, gefolgt von den depressiven und Suchtstörungen. 73% der Patienten hatten mehr als eine dissoziative Störung. Bei 2/3 der Patienten bestand die dissoziative Störung länger als ein Jahr, im Durchschnitt bereits 5 Jahre. Die Gruppe der dissoziativen Patienten stellte sich bezüglich der untersuchten Variablen als relativ einheitlich dar. Dissoziative Patienten

unterscheiden sich von anderen psychiatrischen Patienten vor allem durch ein wesentlich höheres Ausmaß an Dissoziation, sie sind im Mittel die jüngsten Patienten und haben eine sehr hohe Psychotherapiemotivation.

Der FDS und der DES unterscheiden sich, alle vergleichbaren Variablen betreffend, nicht voneinander. Mit dem FDS ist also eine gute deutsche Adaptation des amerikanischen Originaltests DES gelungen. Der Cutoff-Score für eine 90% Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer dissoziativen Störung liegt zwischen 15 und 20. Die Häufigkeit der Stellung einer dissoziativen Diagnose variiert sehr stark mit der Wahl der Diagnosekriterien. Gering mit 14% ist sie bei Diagnosestellung nach rein klinischen Kriterien und relativ hoch mit 27%, wenn ein Cutoff-Score von 15 des FDS zugrunde gelegt wird oder mit Hilfe des CIDI die dissoziative Diagnose gestellt wird.

Um eine vorliegende dissoziative Störung erkennen zu können, bedarf es der Sensibilisierung der Behandler für die relativ hohe Prävalenz dieser Störungen bei psychiatrischen Patienten. Mit Hilfe des Screeninginstrumentes FDS kann ohne großen Aufwand zwischen Patienten mit hoher und solchen mit geringer Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer dissoziativen Störung unterschieden werden. Selektiv kann die Diagnose dann mit dem standardisierten Interview (Sektion C des CIDI) gesichert werden. Die Behandler können mit einer hohen Psychotherapiemotivation der Patienten mit dissoziativen Störungen rechnen, rasch mit einer gezielten Therapie beginnen und somit die Krankenhausverweildauer verkürzen.



## 6. Literatur

1. Adler, R, (1990): Konversion. In: Uexküll, T. von (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. 4. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München, 467-474.
2. Alexander F, (1950): Konversionshysterie, vegetative Neurose und psychogene organische Störungen. In: Psychosomatische Medizin, de Gruyter Verlag, Berlin (1985), 20-24.
3. Angst J, (1993): Das Komorbiditätskonzept in der psychiatrischen Diagnostik. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.): Von der ICD-9 zur ICD-10: Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern, 41-48.
4. American Psychiatric Association, (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association.
5. Beahrs JO, (1982): Unity and multiplicity: Multilevel consciousness of self in hypnosis. Psychiatric disorder and mental health. Brunner/Manzel, New York.
6. Beahrs JO, (1983): Co-Consciousness: A common denominator in Hypnosis, Multiple personality and normalcy. Am J Clin Hypn, Vol. 26, Nr. 2, 100-113.
7. Beahrs JO, (1986): Role of uncertainty in mental health. In: Limits of scientific psychiatry. Brunner/Manzel, New York, 86-113.
8. Bernstein EM, Putnam FW, (1986): Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis, 174, 727-735.
9. Bliss EL, (1986): Multiple personality, allied disorders and hypnosis. Oxford University Press, New York.
10. Boon S, Draijer N, (1991): Diagnosing Dissociative Disorders in The Netherlands. Am J Psychiatry, 148, 4, 458-462.
11. Bräutigam W, (1994): Konversionsneurose. In: Reaktionen - Neurosen - Abnorme Persönlichkeiten, Thieme, Stuttgart, New York, 159-171.
12. Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS, (1992): Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. Am J Psychiatry, 149, 3, 328-332.
13. Briquet P, (1859): Traité clinique et thérapeutique à l'hystérie. Baillière, Paris.
14. Carlson EB, Putnam FW, (1992): Manual for the Dissociative Experiences Scale. Department of Psychology. Beloit College. 700 College Street, Beloit, WI 53511.

15. Carlson EB, Putnam FW, (1993): An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, Vol. VI., Nr. 1, 16-27.
16. Chu JA, Dill DL, (1990): Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 147, 7 887-892.
17. Coons PM, (1998): The dissociative disorders. Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am*, 21, 637-648.
18. Derogatis LR, (1986): SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. CIPS, Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz-Test, Weinheim und Basel.
19. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg., 1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien. 2. Auflage. Huber, Bern.
20. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P, (1997). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart.
21. Ernst K, (1959): Die Prognose der Neurosen. Springer, Berlin.
22. Eysenck HJ, (1982): A psychological theory of hysteria. In Roy A (Hrsg.): *Hysteria*. Wiley, Chichester.
23. Fahrenberg J, Hampel R, Selg H, (1984): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich.
24. Fahy TA, (1988): The diagnosis of a multiple personality disorder: a critical review. *Br J Psychiatry*, 153, 597-606.
25. Federn P, (1952): Ego psychology and the psychoses. E. Weiss (Hrsg.). Basic Books, New York.
26. Fenichel O, (1954): The Ego and the affects. In *The Collected Papers of Otto Fenichel*, Band 2, W. W. Norton, New York, 215-227.
27. Fenichel O, (1975): Die Konversion. In: *Psychoanalytische Neurosenlehre*, Band 2, Walter Verlag, Olten, 38-64.
28. Fink D, (1991): The comorbidity of multiple personality disorder and DSM-III-R axis II disorders. *Psychiatr Clin North Am* 14, 3, 547-566.
29. Franke GH, (1992): Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, Heft 2, 160-167.
30. Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W, (1990): Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und Psychotherapieakzeptanz. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 40, 369-374.
31. Freud S, (1888): „Hysterie“. in *Ges. Werke Nachtragsband*. S. Fischer Verlag, Frankfurt (1987).

32. Freud S, (1894): Die Abwehr-Psychoneurosen. In Ges. Werke, Band I, S. Fischer Verlag, Frankfurt (1968).
33. Freud S, (1898): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. In Ges. Werke, Band I, S. Fischer Verlag, Frankfurt (1952).
34. Freyberger HJ, Stieglitz RD, (Hrsg., 1996): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel.
35. Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N, Bernstein-Carlson, (1998): Fragebogen zu dissoziativen Symptomen. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48, 223-229.
36. Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, (1999): Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Huber, Bern.
37. Friedl MC, Draijer N, (2000): Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 157, 6, 1012-1013.
38. Frischholz EJ, Braun BG, Sachs RG, Hopkins L, Schaeffer DM, Lewis J, Leavitt F, Pasquotto JN, Schwartz DR, (1990): The Dissociative Experience Scale: Further Replication and Validation. *Dissociation*, Vol.III, 151-153.
39. Frischholz EJ, Braun BG, Sachs RG, Schwartz DR, Lewis J, Schaeffer D, Westergaard C, Pasquotto J, (1991): Construct Validity of the Dissociative Experience Scale (DES). *Dissociation*, Vol.IV, 185-188.
40. Gaus E, Köhle K, (1990): Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei körperlichen Erkrankungen. In: Uexküll v. T: *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1135-1151.
41. Goodwin, JM, Sachs, RG, (1996). Child abuse in the etiology of dissociative disorders. In: Michelson LK, Ray WJ (Hrsg.): *Handbook of dissociation*. Plenum, New York.
42. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ, (1999). Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *Am J Psychiatry*, 156, 11, 1811-1813.
43. Green A, (1976): Die Hysterie. In: *Psychologie des XX. Jahrhunderts*, Band 2, Kindler Verlag, Zürich, 623-651.
44. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ, (1971): A study of conversion symptoms in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 128, 5, 643-646.
45. Hilgard, E. R., (1986): *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. Wiley, New York.
46. Hoffmann SO, (1986): Neurosen. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömngren E (Hrsg): *Psychiatrie der Gegenwart*, Band 1, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 50-57.

47. Hoffmann SO, Hochapfel G, (1995): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. (5. Auflage). Schattauer, Stuttgart.
48. Horen Sa, Leichner PP, Lawson JS, (1995): Prevalence of dissociative symptoms and disorders in adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry*, 40, May, 185-191.
49. Hyer LA, Albrecht JW, Boudewyns PA, Woods MG, Brandsma J, (1993): Dissociative experiences of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychol Rep*, 73, 2, 519-530.
50. Janet P, (1907): *The major symptoms of hysteria*. Macmillan, New York.
51. Jang KL, Paris J, Zweig-Frank H, Livesley WJ, (1998). Twin study of dissociative experience. *J Nerv Ment Dis*, 186, 6, 345-351.
52. Jaspers K, (1948): *Allgemeine Psychopathologie* (5. Auflage). Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo.
53. Kampfhammer HP, Buchheim P, Bove D, Wagner A, (1992): Konversionssymptome bei Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. *Nervenarzt*, 63, 527-538.
54. Kluft RP, (1987): An update on multiple personality disorder. *Hosp Community Psychiatry*, 38, 363 - 373.
55. Kluft RP, (1992): The use of hypnosis with Dissociative Disorders. *Psychiatr Med*, 10, 4, 31 - 46.
56. Krull F, Schifferdecker M, (1990): Inpatient treatment of conversion disorder: a clinical investigation of outcome. *Psychother Psychosom*, 53, 161-165.
57. Lazare A, (1981): Conversion symptoms. *N Engl J Med*, 305, 745-748.
58. Lazarus RS, (1966): *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill, New York.
59. Lazarus RS, (1974): Psychological stress and coping in adaptation and illness. *Psychiatr Med*, 5, 321-333.
60. Lazarus RS, Folkman S, (1984): *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
61. Lehrl S, (1977): *Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)*. Manual. Straube, Erlangen.
62. Lempérière T, (1968): La personnalité hystérique. In: *Confrontations Psychiatriques*, I, 1968, 53-66.

63. Lempert T, Dietrich M, Huppert D, Brandt T, (1990): Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. *Acta Neurol Scand*, 82, 335-340.
64. Linden M, (1985): Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatr Prax*, 12, 8-12.
65. Manz R, Valentin E, Schepank H, (1987): Soziale Unterstützung und psychogene Erkrankung. *Z Psychosom Med Psychoanal*, 33, 162-170.
66. Marmor J, (1953): Orality in the hysterical personality. *J Am Psychoanal Assoc*, 1, 656-671.
67. Marsden CD, (1986): Hysteria - a neurologist's view. *Psychol Med*, 16, 277-288.
68. Maser JD, Cloninger CR, (1990): Comorbidity of anxiety and mood disorders: Introduction and overview. In: Maser JD, Cloninger CR (Hrsg.): *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC.
69. Maxion H, Fegers S, Pfluger R, Wiegand J, (1989): Risikofaktoren klassischer Konversionssyndrome. *Psychother med Psychol*, 39, 121-126.
70. Meares und Horwarth, (1972): ‚Acute‘ and ‚chronic‘ hysteria. *Br J Psychiatry*, 121. 653-657.
71. Meissner WW, Mack JE, Semrad EV (1988): *Klassische Psychoanalyse (Teil 2)*. In Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH, (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Band 3, Neurosen*. Thieme, Stuttgart, New York, 71.
72. Mentzos S, (1986): *Hysterie*. Fischer, Frankfurt/M.
73. Mentzos S, (1992): *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M.
74. Muthny FA, (1989): *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual*. Beltz-Test, Weinheim und Basel.
75. Nemiah JC, (1988): *Dissoziative Störungen*. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH, (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Band 4. Psychosomatische Störungen*. Thieme, Stuttgart, New York, 60-112.
76. Poeck K, (1992): *Psychogene Verhaltensweisen und Symptome*. In: Hopf HC, Poeck K, Schliack H., (Hrsg.): *Neurologie in Praxis und Klinik. Band 1, Kapitel 6*.
77. Putnam FW, (1991): *Dissociative phenomena*. In A. Tasman & S.M. Goldfinger (Hrsg.), *Review of Psychiatry*, 10 (145-160). Washington: American Psychiatric Press.

78. Quimby LG, Putnam FW, (1991): Dissociative symptoms and aggression in a state mental hospital. *Dissociation*, 4, 21-24.
79. Rangell L, (1969): Die Konversion. *Psyche*, 23, 121-147.
80. Rief W, Greitemeyer M, Fichter MM, (1991): Die Sympton Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica*, 37, 58-65.
81. Rief W, Hiller W, (1992): Somatoforme Störungen: körperliche Symptome ohne organische Ursache. Huber, Bern.
82. Robins LN, Regier DA, (1991): *Psychiatric Disorders in America - The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press, New York.
83. Ross CA, Joshi S, Currie R, (1990): Dissociative experiences in the General Population. *Am J Psychiatry*, 147,11, 1547-1592.
84. Ross CA, Anderson G, Fleisher WP, Norton GR, (1991): The frueqency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 148,12, 1717-1720.
85. Ross CA, Anderson G, Fleisher WP, Norton GR, (1992): Dissociative experiences among psychiatric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 14, 350-354.
86. Roy A, (1980): Hysteria. *J Psychosom Res*, 24, 53-56.
87. Rudolf G, Stille D, (1984): Der Einfluß von Krankheitsbild und Krankheitsverhalten auf die Indikationsentscheidung in der Psychotherapie. *Prax Psychother Psychosom*, 29, 115-128.
88. Rüger U, Blomert A, Förster W, (1990): *Coping*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
89. Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B, Pollack S, Aloviz N, (1991): Psychological comorbidity and length of stay in General Hospital. *Am J Psychiatry* 148, 324-329.
90. Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M., (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*,. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
91. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, (1993): Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 150,7, 1037-1042.
92. Schneider W, Basler HD, Beisenherz B, (1989): Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Beltz-Test, Weinheim und Basel.
93. Schneider W, Beisenherz B, Freyberger HJ, (1990): Therapy expectation in different groups of patients with chronic diseases. *Psychother Psychosom*, 54, 1-7.

94. Schüßler G, Grischke M, Rüger U, (1992): Krankheitsbewältigung bei depressiven Erkrankungen. *Nervenarzt*, 63, 416-421.
95. Semler G (1990): Reliabilität und Validität des Composite International Diagnostic Interview. S. Roderer Verlag, Regensburg.
96. Shields J, (1982): Genetical studies of hysterical disorders. In Roy A (Hrsg.): *Hysteria*. Wiley, Chichester.
97. Shorter E, (1994): *Moderne Leiden*. Rowohlt.
98. Simpson MA, (1989): Multiple personality disorder (letter). *Br J Psychiatry*, 155, 565.
99. Slavney PR, (1990): Perspectives on „hysteria“. The John Hopkins University Press, Baltimore/London.
100. Spitzer C, (1993): Komorbidität, Krankheitsverarbeitung und Psychotherapiemotivation bei dissoziativen Störungen in der Neurologie. Inauguraldissertation. Medizinische Universität zu Lübeck.
101. Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler CH, (1994): Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Screening-Instrument für dissoziative Störungen in der Neurologie und Psychiatrie. *Aktuelle Neurologie*, 21 (Supplement), 21-22.
102. Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler CH, Kömpf D, (1994): Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen in der Neurologie. *Nervenarzt*, 65, 680-688.
103. Spitzer C, Haug HJ, Freyberger HJ, (1997): Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30, 67-75.
104. Stefánsson JG, Messina JA, Meyerowitz S, (1976): Hysterical neurosis, conversion type: Clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatr Scand*, 53, 119-138.
105. Stieglitz RD, Schulte-Markwort E, Zaudig M, (1992): Die Komorbidität psychiatrischer Störungen in der ICD-10 Merkmalsstudie. In: Dittmann V, Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg.): *Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 - klinische Erfahrungen bei der Anwendung*. Huber, Bern, 111-119.
106. Süllwold F, (1987): Hypochondrie und Hysterie als psychodiagnostische Kategorien. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 34, 453-473.
107. Süllwold F, (1990): Zur Struktur der hypochondrischen und hysteroiden Persönlichkeit. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 27, 642-659.
108. Szasz T, (1975): *Geisteskrankheit - Ein moderner Mythos?*. Kindler, München.

109. Tomasson K, Kent D, Coryell W, (1991): Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatr Scand*, 84, 288-293.
110. Torgersen S, (1985): Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502-505.
111. Tutkun H, Sar V, Yargic LI, Ozpulat T, Yanik M, Kiziltan E, (1998): Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *Am J Psychiatry*, 155(6), 800-805.
112. Veith I, (1965): *Hysteria. The history of a disease.* The university of Chicago Press, Chicago.
113. Watkins JG, (1978): *The therapeutic self.* Human Sciences Press, New York.
114. Watkins HH, (1993): Ego-state therapy: An overview. *Am J Clin Hypn*, 35, 4, 232-240.
115. Weiss E, (1960): *The structure and dynamics of the human mind.* Grune & Stratton, New York.
116. Wilson-Barnett J, Trimble MR (1985): An investigation of hysteria using the Illness Behavior Questionnaire. *Br J Psychiatry*, 146, 601-608.
117. Wisdom JO, (1962): Ein methodologischer Versuch zum Hysterieproblem. *Psyche*, 15, 561-587.
118. Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Koehler K (1989): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-III-R.* Beltz, Weinheim und Basel.
119. Wittchen HU, Hand I, Hecht A, (1989): Prävalenz Komorbidität und Schweregrad von Angststörungen. *Z Klin Psychol*, 2, 117-133.
120. Wittchen HU, Semler G (1991): *Composite International Diagnostic Interview. Interviewheft und Manual.* Beltz-Test, Weinheim und Basel.
121. Wölk W, (1992): Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. *Nervenarzt*, 63, 149-156.
122. World Health Organisation (1990): *Composite International Diagnostic Interview; CIDI-computer programm.* WHO, Genf.
123. World Health Organisation (1992): *Tenth revision of the international classification of diseases, chapter V (F). Mental and behavioural disorders. Clinical description and diagnostic guidelines.* WHO, Geneva.
124. Zapotoczky HG, Herzog G, (1994): Hysterische Störungen. In: Reinecker H (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Horgrefe, Göttingen*, 327-362.



## 7. Anhang

### 7.I. Exemplarische Kasuistiken

Die Befunde des Ergebniskapitels sollen mit zwei Einzelfalldarstellungen veranschaulicht werden. Zunächst wird eine Patientin vorgestellt, bei der die klassischen Konversionssymptome im Vordergrund standen, aber auch eine histrionische Persönlichkeitsstruktur vermutet wurde. Die dissoziative Symptomatik war bei dieser Patientin relativ offensichtlich, der Anteil am Gesamtbild ihrer Störungen wurde zunächst jedoch unterschätzt. Bei dem zweiten Patienten stand die dissoziative Symptomatik anfangs nicht im Vordergrund der diagnostischen Bemühungen. Erst die Ergebnisse des FDS ermutigten zu einer neuerlichen Exploration, die reichlich dissoziative Symptome zutage förderte.

#### 7.I.1. *Anpassungsstörung bei histrionischer Persönlichkeit - Frau M.*

Frau M. ist eine 36 jährige, gelernte Köchin, in zweiter Ehe verheiratet und Mutter dreier Töchter. Sie ist zur Zeit Hausfrau. Die erste Tochter stammt aus der ersten Ehe, die zweite aus einer außerehelichen Beziehung und die dritte Tochter aus der jetzigen Ehe. Sie lebt mit ihrem Mann und ihren drei Töchtern in eigener Wohnung.

Die Patientin kommt zum dritten Mal innerhalb eines Jahres in der psychiatrischen Klinik zur Aufnahme. Die Aufnahmediagnosen lauten Erregungszustand bei depressiver Reaktion, reaktive depressive Episode und Verdacht auf eine Angststörung und zuletzt Angststörung bei Verdacht auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung.

**Psychopathologischer Befund bei Aufnahme:** Zu allen Qualitäten orientierte Patientin. Kein Anhalt für grobe mnestiche Störungen. Wirkt verzweifelt, gibt quälende Schuld- und Schamgefühle gegenüber ihrem Ehemann an. Wendet den Kopf ab und weint über die gesamte Gesprächszeit, hat ein verquollenes Gesicht. Im äußeren Erscheinungsbild sonst unauffällig, gut gepflegt, mittleres intellektuelles Niveau. Im Denken unauffällig, keine psychotische Symptomatik. Von vorgetragene Suizidgedanken distanziert.

**Körperlicher Befund:** Angeborene Hüftgelenkdysplasie, Coxarthrose.

**Labor:** Leicht erhöhte  $\gamma$ -GT mit 21 U/ml Serum. Leukozytose mit 10,97 Leuko/nl, unauffälliges Differenzialblutbild. Hypochromasie. Gerinnung, Elektrophorese o.B.  $\beta$ -HCG 284 U/ml.

**EKG** o.B.

**Körperliche Anamnese:** Wegen der angeborenen Hüftgelenkdysplasie habe die Patientin vom 3. bis zum 6. Lebensjahr wiederholt monatelang in einem Gipsbett gelegen. Durch diese Behandlung seien ihre Hüftgelenksköpfe geschädigt worden. Sie habe nach dem 6. Lebensjahr erneut Laufen lernen müssen. Seit dieser Zeit leide sie an rezidivierenden Schmerzen beim Gehen. Im 32. Lebensjahr sei eine Abruptio in der 4. SSW durchgeführt worden. Im 34. Lebensjahr habe sie einen Bandscheibenvorfall erlitten. Im 35. Lebensjahr habe sie in der 18. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erlitten. In ihrem 36. Lebensjahr seien zwei Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden.

**Äußere Biographie:** Die Mutter sei 53jährig an einem metastasierenden Mamma-Ca verstorben. Sie sei von Beruf Köchin gewesen und habe wiederholt an Depressionen gelitten sowie Alkoholprobleme gehabt. Der 63jährige, jetzt berentete Vater sei gelernter Bäcker und zuletzt als Lagermeister tätig gewesen. Sie sei das dritte von vier Kindern ihrer Eltern. Ihre jüngere Schwester leide an einer psychosomatischen Krankheit.

Die Patientin habe nach dem Hauptschulabschluß zwei Jahre lang eine Handelsschule besucht und danach eine Ausbildung zur Köchin in einem Hotel absolviert. Anschließend sei sie zwei Jahre lang als Köchin in einem Hotel tätig gewesen. Dort habe sie auch ihren ersten Ehemann kennengelernt, den sie, 20jährig, geheiratet habe. Im selben Jahr sei ihre erste Tochter und zwei Jahre später ihre zweite Tochter geboren worden. Mit 24 Jahren habe sie sich von ihrem Mann getrennt. Habe Jahre später ihren jetzigen Ehemann, der 5 Jahre jünger als sie und von Beruf Gärtner sei, kennengelernt und diesen in ihrem 31. Lebensjahr geheiratet. Im selben Jahr sei ihre dritte Tochter geboren worden.

**Innere Biographie:** Frau M. deutet die Atmosphäre in der sie aufgewachsen sei nur an. Zu ihrer alkoholkranken Mutter habe sie ein sehr ambivalentes Verhältnis gehabt. Diese habe mit Druck und Drohungen versucht, sich ihre

Kinder gefügig zu machen. Frau M. habe die Erziehungsmethoden ihrer Mutter als „Psychoterror“ empfunden. Sie und ihre jüngere Schwester seien von ihrer Mutter mit Suizid- und Strafandrohungen erpreßt worden. Die Patientin sei von ihrer Mutter manchmal „fast totgeschlagen“ worden. Um sich vor den Kränkungen der Mutter zu schützen, habe sie es gelernt „dicht zu machen“. Sie habe sich nach ihrer Heirat von der Mutter abgegrenzt, da sie sich von dieser verstoßen gefühlt habe und sich mit ihr habe erst kurz vor deren Tod „versöhnen“ können. Danach sei das Verhältnis zu ihrer Mutter zum ersten Mal liebevoll gewesen.

Zu ihrem Vater habe sie nie eine Beziehung gehabt, obwohl sie sich ihrerseits ständig um seine Zuneigung bemüht habe. Die Antwort ihres Vaters sei nur „Sprachlosigkeit“ gewesen.

Ihren ersten Mann habe sie nur geheiratet, weil sie schwanger gewesen sei. Von ihren katholischen Schwiegereltern sei sie nie akzeptiert worden. Im Laufe der Ehe hätten sie und ihr Mann sich immer weiter entfremdet. Es habe finanzielle Schwierigkeiten gegeben. Ihr Mann habe außereheliche Kontakte gepflegt. Sie habe in dieser Situation Kontakt zu einem anderen Mann geknüpft und sei von diesem auch schwanger geworden. Sie habe die Schwangerschaft unterbrechen lassen wollen, aber ihr Ehemann habe sein Einverständnis nicht gegeben, sich aber während der Schwangerschaft völlig von ihr abgewendet, so daß ihre Gefühle ihm gegenüber erstorben seien. Trotz des Verhaltens des Ehemanns habe sie unter starken Schuldgefühlen ihm gegenüber gelitten.

Die Schwangerschaft und Geburt ihrer ersten Tochter, ebenso die der zweiten Tochter, sei von ihr nicht erwünscht gewesen. Durch eine Vollnarkose während der Geburt habe sie ihre Tochter auch zuerst nicht annehmen können. Zur Zeit der Scheidung von ihrem ersten Ehemann habe sie große Schwierigkeiten mit ihrer ältesten Tochter gehabt, da diese sehr aggressiv gewesen sei.

Von ihrer jetzigen Familie fühle sie sich voll in Anspruch genommen und dadurch etwas isoliert von der Außenwelt.

Ihre Fähigkeit sich anderen gegenüber abzugrenzen sei sehr gering. Sie neige dazu, sich mit familiären Aufgaben zu überlasten, weil sie durch die erhoffte Anerkennung ihr schon immer schwaches Selbstwertgefühl stärken. Sie benötige immerfort Bestätigung und das Gefühl gebraucht zu werden, wenn sie

das in der Familie nicht bekomme, so finde sie dies meist in der Anerkennung durch andere Männer. Für diese Tendenzen verurteile sie sich aber gleichzeitig.

**Psychiatrische Vorgeschichte:** Frau M. wurde zum erstmal in ihrem 24. Lebensjahr durch einen Suizidversuch mit Tabletten und Alkohol psychiatrisch auffällig. Sie lag danach zwei Tage im Koma auf einer Intensivstation. Auslöser sei die ständige Abwesenheit ihres Ehemannes (Alkoholmißbrauch) sowie verschiedene eheliche Konflikte gewesen. Danach hätte sie in unterschiedlichen Abständen an rezidivierenden Depressionen gelitten. In der Folge habe sie drei Jahre lang eine ambulante Psychotherapie gemacht und noch 5 weitere Jahre in Krisensituationen die Hilfe eines Psychotherapeuten in Anspruch genommen.

35jährig ist sie wegen einer depressiven Reaktion nach einer vorausgegangenen Fehlgeburt einen Monat lang in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden. Ein Jahr später erneute, 62 Tage währende Behandlung wegen einer depressiven Episode, aufgrund einer ungewollten Schwangerschaft, die im Behandlungszeitraum unterbrochen wurde.

Zuletzt wenige Tage nach Entlassung erneute Aufnahme aufgrund latenter Suizidalität vor dem Hintergrund einer erneuten unerwünschten Schwangerschaft. Vater dieses Kindes sei ein ehemaliger Mitpatient. Sie habe nach einem positiven B-Test heftige Angstattacken, Schüttelfrost und Luftnot bekommen, und ihr sei schwarz vor Augen geworden. Weiterhin habe sie Angst davor gehabt, verrückt zu werden. Sie berichtete von Derealisationserlebnissen. Gleichzeitig sei sie von Schuld- und Schamgefühlen dem Ehemann gegenüber gequält gewesen.

Dissoziative Symptome seien bei Frau M. seit ihrem ersten Suizidversuch im Alter von 24 Jahren vorgekommen. Diese träten immer dann auf, wenn sie glaube äußeren Belastungen nicht mehr gewachsen zu sein. So könne sie manchmal ihre Umwelt nur noch verschwommen wahrnehmen, sie habe manchmal über Stunden nichts mehr hören können, vor Schwächegefühl in den Beinen habe sie öfter Schwierigkeiten mit dem Gehen, in Streßsituationen verliere sie unabhängig vom Hyperventilationssyndrom öfter die Empfindung für Arme und Beine, weiterhin habe sie auch schon ohne körperliche Krankheit

ihre Stimme für einige Zeit verloren und sei in extremen Konfliktsituationen auch schon bewußtlos geworden.

**Verlauf der stationären Behandlung:** Zu Beginn des Aufenthaltes wurde die Frage der Interruptio geklärt. Diese wurde dann ohne Komplikationen durchgeführt. Frau M. war danach zunächst sehr erleichtert, mit Erreichen des vereinbarten Entlassungstermins traten jedoch wieder gehäuft körperliche Symptome auf, insbesondere Angst- und Schwindelsymptome. Aufgrund der guten ambulanten Betreuung konnte Frau M. dennoch entlassen werden.

**Untersuchungsergebnisse:** Hier soll nur kurz auf die Ergebnisse des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS, s. Tabelle 7.I.1.1.) eingegangen werden. Wie schwer es bei dieser Frau war eine passende Diagnose zu finden, wurde im Vorspann berichtet. Die erreichten Scores im FDS weisen auf eine schwerwiegende dissoziative Störungen hin. So beträgt der Mittelwert des Gesamttests 39 und ist damit der höchste Wert aller untersuchten Patienten. Da die Konversionssymptome eine stärkere Rolle spielen, spiegelt sich im Wert 43 für die Subskala der pseudoneurologischen Konversionssymptome „ICD“ wider. Am stärksten im Vordergrund stehen aber Depersonalisationserlebnisse mit einem Score von 57 und die „träumerische Versunkenheit“ mit einem Score von 53. Der Wert für die Subskala „Amnesie“ liegt mit 2 noch unter dem allgemeinen Durchschnitt.

**Tabelle 7.I.1.1.** Vergleich der persönlichen Werte von Frau M. mit den Mittelwerten aller untersuchten Patienten der Klinik für Psychiatrie in Lübeck (n=191)

Skalen	FDS	DES	ICD	Amnesie	Depersonalisation	Versunkenheit
Frau M.	39	38	43	2	57	53
Mittel	10.4	11.3	9.0	5.4	8.4	17.0

Die Befunde aller anderen Tests sind im Überblick in Tabelle 7.I.1.2. zu finden.

**Tabelle 7.I.1.2.** Vergleich der persönlichen Werte von Frau M. mit den Mittelwerten aller untersuchten Patienten der Klinik für Psychiatrie in Lübeck (n=191)

Skalen	1	2	3	4	* 5	6	7	8	9	10	** 11	*** 12
FPI	0	9	6	4	7	7	12	11	5	2	4	1
Mittel	3.7	7.4	5.5	7.3	7.2	4.1	7.8	6.0	5.5	6.3	5.3	9.6
FKV	2.4	4.2	3.2	2.8	1.7							
Mittel	2.7	3.3	3.0	2.5	2.5							
FMP	42	38	36	82	198							
Mittel	35	29	30	70	164							
SCL	2.5	1.9	2.0	2.5	2.3	2.0	2.0	1.5	1.0	2.0	77.0	2.4
Mittel	1.2	1.4	1.4	1.7	1.5	1.0	1.2	1.2	0.9	1.3	53.6	2.0

\* entspricht beim FMP der Skala FMP-gesamt

\*\* entspricht beim FPI der Skala FPI-E

\*\*\* entspricht beim FPI der Skala FPI-N

*Fazit:* Die Testergebnisse legen nahe, daß dissoziative Erlebnisweisen eine Hauptursache für die Schwierigkeiten von Frau M. sind, ohne deren Behandlung schwer eine durchgreifende Besserung zu erzielen sein wird, was z.B. die wiederholten Hospitalisierungen und die wieder auftkommenden Symptome kurz vor der Entlassung zum Ausdruck bringen mögen. Es ist sehr wichtig den Syndromanteil einzelner Störungen bei einem Patienten zu erkennen, dazu kann der FDS eine schnelle und zuverlässige Hilfe leisten.

### ***7.I.2. Rezidivierende depressive Störung mit wiederholten Selbstmordversuchen bei narzißtischer Persönlichkeitsstörung - Herr H.***

Herr H., ein 35jähriger, geschiedener, gelernter Schlosser wurde nach einem Pulsaderschnitt in suizidaler Absicht und folgender intensivmedizinischen Behandlung auf eine Station der Klinik für Psychiatrie aufgenommen, da er sich von seinem Suizidversuch nicht sicher distanzieren konnte. Dieser Suizidversuch war der sechste in seinem Leben.

**Psychopathologischer Befund bei Aufnahme:** Im äußeren Erscheinungsbild unauffällig, hinreichend gepflegt, gutes intellektuelles Niveau. Bewußtseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Multiple Amnesien. Zum Grübeln neigend. Im Kontaktverhalten zunächst zäh, vordergründig durchaus

zugewandt, freundlich, affektiv insgesamt schwer einfühlbar. Kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen oder Ichstörungen. Von Suizidgedanken nicht distanziert.

**Körperlicher Befund:** Z. n. OP einer Gaumenspalte, schadhafte Gebiß, Genu valgum beidseits.

**Labor und EKG** o.B.

**Medikation:** keine

**Körperliche Anamnese:** Gaumenspalte, die im 3. Lebensjahr verschlossen worden sei, danach habe er erst Sprechen gelernt. Seit einem Sturz auf die Knie in seinem 9. Lebensjahr leide Herr H. unter rezidivierenden Patellaluxationen. Diese hätten zu einer Operation am rechten Knie und in seinem 30. Lebensjahr zur Berufsunfähigkeit geführt. Weitere Erkrankungen werden nicht berichtet.

**Äußere Biographie:** Herr H. wurde 1958 als „Ergebnis einer flüchtigen Kirmesbekanntschaft“ geboren. Seine Mutter sei 16 Jahre und sein Vater, den er nie kennengelernt habe, 17 Jahre alt gewesen. Seine Mutter brachte noch einen Sohn und eine Tochter jeweils von anderen Partnern zur Welt. Zu beiden Eltern, die später andere Partner heirateten, bestehe heute kein Kontakt mehr.

Die Mutter habe ihn nach der Geburt in ein Erziehungsheim gegeben, seine beiden Halbgeschwister seien bei seiner Mutter aufgewachsen. Sein Großvater mütterlicherseits habe ihn gegen den Willen seiner Frau aus dem Heim geholt und ihn bei sich zu Hause aufgenommen. Im Alter von 9 Jahren sei sein Großvater, den er als seinen Vater angesehen habe, gestorben. Die Großmutter habe ihn bei sich behalten, ihm aber das Versprechen abgenommen, daß er immer für sie da sein müsse. Im 12. Lebensjahr seien ihm auf der Hochzeit seiner Mutter, die er bis dahin für seine Schwester gehalten habe, die wahren Verwandtschaftsverhältnisse dargelegt worden.

Er habe mit 15 Jahren die Hauptschule und auch die sich anschließende Ausbildung zum Bauschlosser erfolgreich abgeschlossen. Danach habe er auf auswärtig gelegenen Baustellen gearbeitet, wodurch er nur alle 6 Wochen zu seiner Großmutter nach Hause fahren können.

Mit 18 Jahren habe er seine erste Intimfreundin kennengelernt. Diese sei aber auf einer gemeinsamen Urlaubsfahrt mit seinem Motorrad tödlich verunglückt, als sie auf ein kurz vor ihr ausscherendes Auto mit ca. 160 km/h aufgefahren,

darübergeschleudert und von diesem dann überfahren worden sei. Die von deren Eltern veranlaßte Ermittlung der Polizei gegen Herrn H. hätten dazu geführt, daß sein Onkel, der das Haus der Großmutter übernommen hatte und sich eine „flecklose Weste“ bewahren wollte, ihn vor die Tür gesetzt habe. Er sei darauf drei Wochen bei seiner Mutter untergekommen, bevor ihm auch sein Stiefvater wegen Unpünktlichkeit das Haus verboten habe. Es seien unstete Wanderjahre mit Aushilfsjobs mal hier, mal da gefolgt.

Mit 24 Jahren habe er die Frau kennengelernt, die er ein Jahr später geheiratet habe. In seinem 25. Lebensjahr sei sein erster Sohn geboren worden. Zunehmende berufliche Inanspruchnahme hätten zu ehelichen Spannungen geführt, die letztendlich zu seinem Auszug und der Scheidung nach 4 Ehejahren geführt hätten.

Infolge einer Knieoperation im 30. Lebensjahr sei er vom Amtsarzt für berufs-unfähig erklärt worden. Daraufhin habe er sich um eine Umschulung bemüht, die auch genehmigt und von ihm begonnen, aber bei sich einstellenden sozialen Schwierigkeiten nach über einem Jahr Dauer wieder abgebrochen worden sei.

Danach habe er ein Leben auf der Straße geführt, habe unter Brücken geschlafen und sei vorübergehend bei der Heilsarmee aufgenommen worden, bis er 35-jährig im Wichernhaus, einer sozialen Einrichtung in Lübeck, untergekommen sei und eine Arbeit in einem Kindergarten für mehrfach- und schwerbehinderte Kinder begonnen habe.

Seine Sozialarbeiterin habe ihm ein Praktikum mit der Aussicht auf eine spätere Umschulung in einem ortsansässigen Werk vermittelt. Das Praktikum habe er jedoch nicht antreten können, da er einen Suizidversuch unternahm, der auch der jetzige Einweisungsgrund in die psychiatrische Klinik war.

**Innere Biographie:** Herr H. sei bei seinen Großeltern aufgewachsen, die er bis zu seinem 12. Lebensjahr für seine Eltern gehalten habe. Den einzigen engen und liebevollen Kontakt habe er zu seinem Großvater gehabt, der jedoch bald verstorben sei. Der Großvater sei der einzige gewesen, der ihn geliebt, ihm Halt und Geborgenheit gegeben habe. Deshalb sei mit dessen Tod eine Welt für ihn zusammengebrochen. Das Verhältnis zu seiner Großmutter sei von Anfang an von einer Haßliebe gekennzeichnet gewesen. Sie sei eine dominante Persönlichkeit gewesen und habe ihn nach dem Tod des Großvaters sehr streng



durch „Schläge, Schläge und noch mal schlagen“ erzogen. Er habe tagtäglich Schläge von ihr bekommen. Als er 13 Jahre alt gewesen sei, habe er im Ehebett seiner Großmutter schlafen und ihr das Korsett an- und ausziehen müssen. Er habe sie immer mehr gehaßt.

Die Beziehung zu seiner Mutter hätte sich von Anfang an sehr schwierig gestaltet, da er seine Mutter nur einmal im Jahr für drei Wochen besucht habe. Später habe er große Schwierigkeiten mit dem Stiefvater gehabt. Der sei sehr aggressiv gewesen und habe seine Mutter in seinem Beisein öfter geschlagen, was er erfolglos zu verhindern versucht habe.

Für ihn sei in seiner Familie nie jemand dagewesen, deswegen sei er auch öfter tagelang von zu Hause fortgelaufen. Er habe sich von Anfang an wertlos und unerwünscht gefühlt.

Sein Eheleben, was anfangs harmonisch verlaufen sei, die Zeit nach der Geburt seines Sohnes bezeichnete Herr H. als die schönste seines Lebens, sei zunehmend unbefriedigender geworden. Er habe sich mit seiner Frau nicht mehr austauschen können, seine Frau habe sich vor ihm innerlich verschlossen. Am Ende dieser Beziehung habe sie nur noch seine finanzielle Unterstützung gewollt, was ihm als Grund für ein Zusammenleben nicht mehr ausgereicht habe. Obwohl er es nach seinem Auszug öfter versucht habe, Kontakt zu seinem Sohn aufzunehmen, habe seine Frau es immer zu verhindern gewußt, was ihn nach wie vor sehr schmerze. Er habe seinen Sohn seit der Trennung erst einmal gesehen.

Bis auf einen Freund in der Schulzeit, der aber mit 14 Jahren verstorben sei, habe er keine engeren Freundschaften geschlossen. Seine ersten sexuellen Kontakte habe er im Alter von 16 Jahren mit einem jungen Taxifahrer gesammelt. In seinem 18. Lebensjahr sei seine erste weibliche Sexualpartnerin bei einem Motorradunfall auf einer gemeinsamen Urlaubsreise ums Leben gekommen. Danach hätten wechselnde Partnerbeziehungen zu Männern und Frauen bestanden.

**Psychiatrische Vorgeschichte:** Mit 12 Jahren habe er das erstemal mit dem Gedanken gespielt sich umzubringen. Nachdem ihm auf der Hochzeit seiner Mutter die wahren Verwandtschaftsverhältnisse offenbart worden seien, habe er sich ein langes Messer an die Brust gesetzt, sei aber von seiner Tante noch

einmal von der Tat zurückgehalten worden. Mit 14 Jahren habe er nach einem heftigen Streit mit seiner Großmutter, der mit einer körperlichen Züchtigung durch sie geendet habe, keinen Sinn mehr im Leben gesehen, zwei Rollen „Schlaftabletten“ geschluckt, 2-3 Flaschen Bier dazu getrunken und sterben wollen. Es seien aber nur Beruhigungstabletten gewesen, so daß er am nächsten Morgen wieder aufwachte. Mit 18 Jahren sei Herr H. von einer Bundesautobahnbrücke 15 Meter in die Tiefe gesprungen, weil er völlig verzweifelt über den Unfalltod seiner Freundin und den folgenden Rausschmiß aus dem Hause seiner Großmutter gewesen sei. Der Aufprall sei durch die Vegetation so abgefangen worden, daß er keine Verletzungen erlitten habe. Nach der Scheidung von seiner Frau in seinem 28. Lebensjahr sei er so niedergeschlagen gewesen, daß er seinem Leben erneut habe ein Ende bereiten wollen. Er sei aber von dem Ausleger eines Krans wieder heruntergeklettert, anstatt zu springen. Mit 31 Jahren habe er wieder von einer Bundesautobahnbrücke springen wollen, weil er sich von einer Freundin finanziell ausgenutzt gesehen und sich mit dieser darüber zerstritten hatte, die Polizei habe es jedoch verhindern können.

Nach seinem dritten Suizidversuch habe er sich 6 Monate und nach seinem 5. Versuch 4 Monate in einer psychiatrischen Fachklinik behandeln lassen.

Der Aufnahme in die psychiatrische Klinik in Lübeck ging sein 6. Suizidversuch voraus. Für ihn war von der Sozialarbeiterin des Wichernhauses ein Betriebspraktikum vereinbart worden. Als Grund für seine Suizidalität benannte Herr H. die Befürchtungen, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein, durch Unachtsamkeit teure Geräte zu beschädigen und vielleicht doch nicht durchzuhalten. Er habe nicht mehr gewußt, warum, für wen oder was er noch weiter leben solle.

Herr H. gibt an, sich phasenweise niedergegeschlagen zu fühlen. Diese Depressionen spitzten sich langsam bis zu einem Höhepunkt zu, seien meist durch berufliche oder familiäre Anspannungen oder den Tod Nahestehender bedingt.

Alkohol habe Herr H. nur um das 21. Lebensjahr und nach der Trennung von seiner Frau zuviel und regelmäßig getrunken. Vom 16.-21. Lebensjahr habe er regelmäßig Haschisch und Marihuana konsumiert, Tabletten jedoch nie über einen längeren Zeitraum eingenommen. Er rauche schon seit der Jugendzeit

Tabak in Form von Zigaretten und Pfeifen, habe sich diese Gewohnheit auch schon öfter erfolglos abgewöhnen wollen.

Das alles macht vielleicht eine umfangreiche psychiatrische Anamnese aus, aber wo wird dabei von dissoziativen Symptomen berichtet? Herr H. berichtete nur sehr zögerlich und auf Nachfrage von Zeiten, in denen er dissoziative Erlebnisse gehabt habe. Erste Anhaltspunkte für ein dissoziatives Geschehen kamen erst im Verlaufe eines ausführlichen standardisierten diagnostischen Interviews zum Vorschein, die im Verlauf der stationären Therapie noch deutlicher herausgearbeitet werden konnten. Herr H. gab an, über diese Erlebnisse früher noch nie gesprochen zu haben, unter anderem weil sie ihm sehr realitätsfern erschienen.

Für ihn sei es nicht ungewöhnlich gewesen, zu Hause alles stehen und liegen zu lassen und für ein paar Tage fortzubleiben. Seit dem Tod seines Großvaters habe er so etwas immer wieder gemacht, bloß daß er sich am Anfang immer daran habe erinnern können, wo er gewesen war und was er gemacht hatte. Erst als die Belastungen durch den Beruf oder die Familie größer geworden seien, so daß er geglaubt habe, ihnen nicht mehr standhalten zu können, seien diese „Kurzausflüge“ von mentalen „Aussetzern“ begleitet gewesen.

Er beschrieb die immer ähnlich verlaufenden Ereignisse wie folgt: Sein Bewußtseinszustand änderte sich relativ plötzlich. Alles was ihm vorher wichtig gewesen sei, Beruf, Familie, Umschulung, sei ihm plötzlich „wie ein Traum“, wie „mit Schleiern bedeckt“ erschienen, zudem habe er jedesmal einen starken Drang verspürt, „alles stehen und liegen zu lassen“ und irgendwohin zu fahren. Er habe manchmal tagelang nicht gewußt, was er gemacht habe. Er sei in Städten aufgewacht, die er nicht gekannt habe, noch habe er gewußt, wie er dort hingelange.

Meistens bedeuteten für ihn diese Ereignisse, den Verlust des bis dahin gewohnten Lebensstandards. Nachdem er wieder habe „klar“ denken können, sei er oft sehr traurig über die Folgen gewesen, so habe er die erste Umschulung nach einem solchen „Ausflug“ nicht mehr fortführen können, und als er in solch einem Zustand seine Frau verlassen habe, sei er ganz besonders niedergeschlagen gewesen.

Weiterhin berichtet Herr H. von einem Ohnmachtsanfall, nachdem ihm ein Mann auf einem Bahnhof einen unsittlichen Antrag gemacht habe.

**Verlauf der stationären Behandlung:** Im Mittelpunkt stand die Behandlung der akuten Suizidalität. Es wurde den regressiven Bedürfnissen des Patienten nachgegeben. Im Verlauf der Behandlung wurde dem Patienten im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapiegesprächen die Möglichkeit geboten, sich eine bessere Introspektionsfähigkeit und neue Konfliktlösungsstrategien zu erarbeiten.

Es wurde deutlich, daß Herr H. dazu neigt, konkreten Alltagsanforderungen auszuweichen, sich statt dessen in eine Gedankenwelt einzumauern und zunehmend den Realitätskontakt zu verlieren. Seine Beziehungsfähigkeit ist aufgrund erheblicher regressiver Bedürfnisse mit daraus folgender Vermeidung von Konflikten und Aggressivität eingeschränkt. Mit zunehmender Stabilisierung des Patienten imponierte eine narzißtische Grundstruktur mit zum Teil überhöhtem Selbstkonzept und entsprechend leichter Kränkbarkeit.

Nach der einmonatigen stationären Therapie wurde der Patient in einer Tagesklinik auf den Berufsalltag im Sinne einer besseren Verankerung in der Realität und verbesserten Möglichkeiten einer Beziehungsgestaltung vorbereitet.

**Untersuchungsergebnisse:** Auch hier soll nur kurz auf die Ergebnisse des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS, s. Tabelle 7.I.2.1.) eingegangen werden. Nach der Anamnese ist ein relativ hoher Score vor allem auch im Bereich der Subskalen „Amnesie“ und „träumerische Versunkenheit“ zu erwarten. Und tatsächlich Herr H. hat mit einem Mittelwert von 30 (FDS) und 35 (DES) einen der höchsten Werte aller untersuchten Patienten. Im Bereich der Konversionssymptome (Subskala ICD) liegt der Score mit 20 deutlich niedriger. Bei der Subskala „Amnesie“ findet sich mit 21 ein eher unerwartet niedriger Wert, der jedoch immer noch 4-fach höher als der Mittelwert liegt, und der bei einer zweiten Testung, nachdem Herr H. über seine Symptome sprechen konnte und sich ihrer vielleicht dadurch bewußter geworden war, auf 31 anstieg. Die Werte der beiden Subskalen

„Depersonalisation“ und „träumerische Versunkenheit“ liegen mit 38 bzw. 44 auf einem sehr hohen Niveau.

**Tabelle 7.I.2.1.** Vergleich der persönlichen Werte von Herrn H. mit den Mittelwerten aller untersuchten Patienten der Klinik für Psychiatrie in Lübeck (n=191)

Skalen	FDS	DES	ICD	Amnesie	Depersonalisation	Versunkenheit
Herr H.	30	35	20	21	38	40
Mittel	10.4	11.3	9.0	5.4	8.4	17.0

Die Befunde aller anderen Tests sind im Überblick in Tabelle 7.I.2.2. zu finden.

**Tabelle 7.I.2.2.** Vergleich der persönlichen Werte von Herrn H. mit den Mittelwerten aller untersuchten Patienten der Klinik für Psychiatrie in Lübeck (n=191)

Skalen	1	2	3	4	* 5	6	7	8	9	10	** 11	***12
FPI	1	8	6	7	9	2	5	7	2	5	2	1
Mittel	3.7	7.4	5.5	7.3	7.2	4.1	7.8	6.0	5.5	6.3	5.3	9.6
FKV	3.6	2.2	3.2	3.6	2.3							
Mittel	2.7	3.3	3.0	2.5	2.5							
FMP	40	28	31	66	165							
Mittel	35	29	30	70	164							
SCL	0.9	1.6	1.2	2.2	1.2	1.2	0.9	1.6	2.2	1.4	75.0	1.7
Mittel	1.2	1.4	1.4	1.7	1.5	1.0	1.2	1.2	0.9	1.3	53.6	2.0

\* entspricht beim FMP der Skala FMP-gesamt

\*\* entspricht beim FPI der Skala FPI-E

\*\*\* entspricht beim FPI der Skala FPI-N

*Fazit:* Bei einigen Patienten aber gerade auch bei Herrn H. lenkten die Testergebnisse die Aufmerksamkeit der Behandler auf die schweren dissoziativen Symptome. Diese konnten dann angesprochen und in die therapeutischen Bemühungen mit einbezogen werden, was bei der sonst im Vordergrund stehenden Suizidalität eventuell unterblieben wäre.

## 7.II. Tabellen der statistischen Kennwerte

**Tabelle 7.II.1.** Statistische Kennwerte der Selbstbeurteilungsskalen und ausgewählte Komorbiditätsparameter für Patienten mit einer bzw. mehreren dissoziativen Störungen

Skalen	dissoziative Störungen				T-Test p <sub>min.</sub> = 0.05 p
	monosymptomatisch (n = 10)		gemischte (n = 23)		
	M	s	M	s	
FPI-1	2.2	1.6	3.2	2.7	ns
FPI-2	7.2	2.8	7.7	2.5	ns
FPI-3	6.4	3.7	6.3	3.0	ns
FPI-4	6.3	3.5	7.5	3.2	ns
FPI-5	7.6	3.8	7.7	2.2	ns
FPI-6	4.4	3.4	4.6	2.8	ns
FPI-7	8.0	2.6	7.8	3.3	ns
FPI-8	6.4	2.7	7.3	3.4	ns
FPI-9	5.0	2.9	4.8	3.0	ns
FPI-10	6.1	2.8	5.8	3.1	ns
FPI-E	5.8	2.9	5.0	3.4	ns
FPI-N	10.6	2.3	10.1	3.3	ns
FKV-1	2.5	0.6	2.9	0.8	ns
FKV-2	3.7	0.8	3.2	0.9	ns
FKV-3	3.1	0.4	3.2	0.8	ns
FKV-4	2.6	0.6	2.9	0.8	ns
FKV-5	2.4	1.1	2.5	1.0	ns
FMP-1	35.2	8.7	36.5	7.8	ns
FMP-2	28.9	3.9	30.1	5.8	ns
FMP-3	30.6	2.7	31.3	4.8	ns
FMP-4	71.0	8.8	71.0	9.2	ns
FMP-TOT	165.7	13.3	169.0	20.4	ns
SCL-1	1.0	0.8	1.5	0.8	ns
SCL-2	1.4	0.5	1.5	0.7	ns
SCL-3	1.2	0.7	1.6	1.0	ns
SCL-4	1.5	0.8	1.9	0.8	ns
SCL-5	1.6	1.0	1.7	1.0	ns
SCL-6	0.8	0.8	1.2	0.9	ns
SCL-7	1.0	1.2	1.4	1.3	ns
SCL-8	1.0	0.5	1.2	1.0	ns
SCL-9	0.9	0.7	1.2	0.7	ns
SCL-10	1.2	0.6	1.5	0.7	ns
SCL-11	53.6	17.4	60.5	21.5	ns
SCL-12	1.9	0.5	2.2	0.6	ns
FDS	14.0	9.0	18.7	11.2	ns
- ICD	10.8	7.2	18.4	14.5	0.056
- DES	15.9	11.2	19.5	11.4	ns
• AMNESIE	7.6	10.3	8.6	8.0	ns
• DEPERSONALISATION	15.7	18.3	19.8	16.2	ns
• VERSUNKENHEIT	24.0	13.3	27.5	16.2	ns
Cidi-Diagnosen	3.2	1.5	4.9	1.3	0.002
- nichtdissoziative Diagnosen	2.2	1.5	2.2	1.0	ns
Dauer (in Monaten)	30.9	32.6	76.1	79.1	0.29
Alter	30.8	13.5	31.9	8.9	ns

**Tabelle 7.II.2.** Statistische Kennwerte der Selbstbeurteilungsskalen und ausgewählte Komorbiditätsparameter für Patienten mit neurotischen bzw. Persönlichkeitsstörung neben einer dissoziativen Störung

Skalen	Persönlichkeitsstörung (n=15)		neurotische Störung (n=15)		T-Test p <sub>min.</sub> = 0.05 p
	M	s	M	s	
FPI-1	2.3	2.1	3.4	2.5	ns
FPI-2	7.1	3.1	8.1	2.0	ns
FPI-3	5.7	2.9	7.3	3.5	ns
FPI-4	7.1	3.4	6.9	3.2	ns
FPI-5	7.9	2.9	7.7	2.9	ns
FPI-6	5.6	3.4	3.7	2.2	ns
FPI-7	7.7	3.4	7.7	2.7	ns
FPI-8	7.7	3.2	6.4	3.3	ns
FPI-9	4.1	2.8	5.7	3.1	ns
FPI-10	6.7	3.6	5.3	1.9	ns
FPI-E	5.3	3.2	5.8	3.3	ns
FPI-N	10.8	3.7	9.7	2.5	ns
FKV-1	2.9	0.7	2.6	0.8	ns
FKV-2	3.4	1.1	3.4	0.6	ns
FKV-3	3.3	0.8	3.1	0.5	ns
FKV-4	2.7	0.8	2.8	0.7	ns
FKV-5	2.4	1.0	2.5	1.1	ns
FMP-1	39.1	7.8	32.9	7.4	0.031
FMP-2	31.3	5.9	28.1	4.6	ns
FMP-3	30.3	3.8	31.1	4.6	ns
FMP-4	70.7	11.4	70.4	7.0	ns
FMP-TOT	171.7	21.5	162.4	14.9	ns
SCL-1	1.6	0.8	1.1	0.8	ns
SCL-2	1.7	0.6	1.2	0.7	0.025
SCL-3	1.6	1.0	1.3	1.0	ns
SCL-4	2.1	0.7	1.3	0.8	0.007
SCL-5	2.0	1.0	1.3	0.9	ns
SCL-6	1.5	0.9	0.8	0.8	0.029
SCL-7	1.6	1.2	1.2	1.3	ns
SCL-8	1.4	0.9	1.0	0.9	ns
SCL-9	1.4	0.7	0.8	0.7	0.041
SCL-10	1.7	0.6	1.2	0.7	0.038
SCL-11	64.9	18.2	52.7	22.8	ns
SCL-12	2.3	0.5	1.8	0.5	0.007
FDS	21.0	10.5	15.2	10.8	ns
- ICD	18.9	14.1	14.9	12.8	ns
- DES	22.7	10.6	15.9	11.5	ns
• AMNESIE	8.7	8.1	9.0	9.9	ns
• DEPERSONALISATION	27.2	16.3	11.8	14.4	0.010
• VERSUNKENHEIT	31.7	14.5	24.1	15.6	ns
Cidi-Diagnosen	5.2	1.4	3.5	1.2	0.001
Dauer (in Monaten)	49.1	23.3	43.8	25.0	ns
Anzahl F44.x	2.5	1.0	1.7	0.9	0.041
Anzahl F44.0	0.4	0.5	0.3	0.5	ns
Anzahl F44.4	0.6	0.5	0.5	0.5	ns
Anzahl F44.5	0.6	0.5	0.6	0.5	ns
Anzahl F44.6	0.9	0.4	0.3	0.5	0.002
Anzahl F1	0.8	0.7	0.0	0.0	0.001
Anzahl F32/33	0.5	0.5	0.6	0.5	ns
Anzahl F40/41	0.8	0.9	0.9	0.7	ns

**Tabelle 7.II.3.** Statistische Kennwerte der Selbstbeurteilungsskalen für Patienten mit neurotischen bzw. Persönlichkeitsstörungen ohne eine dissoziative Störung (nach CIDI, von insgesamt 111 Patienten)

Skalen	Persönlichkeitsstörung (n=17)		neurotische Störung (n=43)		T-Test $p_{\min.} = 0.05$ p
	M	s	M	s	
FPI-1	3.0	2.6	4.2	2.9	ns
FPI-2	6.9	2.5	7.4	2.4	ns
FPI-3	4.4	2.2	5.3	2.9	ns
FPI-4	7.6	3.2	7.2	3.0	ns
FPI-5	7.0	3.4	7.2	2.9	ns
FPI-6	5.0	2.6	4.4	2.3	ns
FPI-7	8.2	2.8	7.6	3.1	ns
FPI-8	5.4	2.5	5.8	2.8	ns
FPI-9	5.0	2.7	6.6	3.1	ns
FPI-10	7.5	1.9	6.2	2.7	ns
FPI-E	5.5	3.2	5.2	3.6	ns
FPI-N	10.5	2.4	9.4	2.9	ns
FKV-1	2.8	0.7	2.5	1.0	ns
FKV-2	3.7	1.1	3.1	0.9	.035
FKV-3	2.9	0.9	3.0	0.9	ns
FKV-4	2.4	0.7	2.4	1.0	ns
FKV-5	2.2	1.1	2.5	1.1	ns
FMP-1	36.1	7.9	34.8	5.3	ns
FMP-2	29.0	5.5	27.7	6.3	ns
FMP-3	30.4	5.7	29.8	4.8	ns
FMP-4	72.5	9.0	70.3	8.8	ns
FMP-TOT	167.9	20.3	162.6	15.4	ns
SCL-1	1.1	0.7	1.3	0.8	ns
SCL-2	1.5	1.0	1.3	0.7	ns
SCL-3	1.4	0.9	1.3	0.7	ns
SCL-4	1.8	0.9	1.5	0.7	ns
SCL-5	1.3	1.0	1.6	1.1	ns
SCL-6	1.1	0.7	0.9	0.7	ns
SCL-7	1.3	1.2	1.1	1.0	ns
SCL-8	1.3	0.9	1.1	0.7	ns
SCL-9	1.1	1.0	0.8	0.6	ns
SCL-10	1.3	0.8	1.3	0.6	ns
SCL-11	50.7	22.1	54.1	19.2	ns
SCL-12	2.1	0.6	2.0	0.5	ns
FDS	10.6	8.3	7.9	4.8	ns
- ICD	7.7	7.8	7.5	7.8	ns
- DES	12.0	9.6	8.3	5.1	ns
• AMNESIE	7.4	7.0	3.7	4.7	ns
• DEPERSONALISATION	10.1	14.8	5.7	7.8	ns
• VERSUNKENHEIT	14.5	9.2	12.9	8.1	ns



**Tabelle 7.II.4.** Mittelwert, Standardabweichung und Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen der Gruppe F44 (nach CIDI-Kriterien) und Pat. mit anderen psychiatrischen Störungen.

Skalen	F3/F4/F60 (n=73)		F44 (n=38)		T-Test $p_{\min.} = 0.05$
	M	s	M	s	
FPI-1	4.0	2.8	3.0	2.5	ns
FPI-2	7.1	2.4	7.6	2.5	ns
FPI-3	5.2	3.0	6.0	3.1	ns
FPI-4	7.3	3.0	7.5	3.2	ns
FPI-5	7.1	3.1	7.7	2.8	ns
FPI-6	4.4	2.4	4.3	2.9	ns
FPI-7	7.6	3.0	7.9	3.1	ns
FPI-8	5.7	2.7	7.0	3.0	0.024
FPI-9	6.3	3.1	4.7	2.9	0.013
FPI-10	6.4	2.5	5.9	3.0	ns
FPI-E	5.3	3.5	4.8	3.3	ns
FPI-N	9.4	3.2	10.3	3.2	ns
FKV-1	2.6	0.9	2.8	0.8	ns
FKV-2	3.3	0.9	3.3	0.8	ns
FKV-3	3.1	0.8	3.1	0.7	ns
FKV-4	2.4	0.9	2.7	0.8	ns
FKV-5	2.4	1.1	2.5	1.0	ns
FMP-1	34.7	6.3	35.8	8.2	ns
FMP-2	28.0	6.0	29.6	5.2	ns
FMP-3	29.6	5.6	31.6	4.3	ns
FMP-4	71.4	9.7	71.3	9.6	ns
FMP-TOT	162.6	23.3	168.3	19.5	ns
SCL-1	1.2	0.7	1.3	0.8	ns
SCL-2	1.3	0.8	1.4	0.7	ns
SCL-3	1.2	0.8	1.5	1.0	ns
SCL-4	1.5	0.8	1.8	0.8	ns
SCL-5	1.5	1.0	1.7	0.9	ns
SCL-6	0.9	0.7	1.1	0.9	ns
SCL-7	1.1	1.0	1.3	1.2	ns
SCL-8	1.1	0.7	1.2	0.9	ns
SCL-9	0.8	0.7	1.1	0.7	ns
SCL-10	1.2	0.7	1.4	0.7	ns
SCL-11	52.5	20.4	58.7	19.4	ns
SCL-12	1.9	0.6	2.1	0.6	ns
FDS	8.3	6.0	16.1	10.8	0.001
- ICD	7.3	7.4	14.8	12.7	0.001
- DES	9.0	6.6	17.1	11.6	0.001
• AMNESIE	4.4	5.5	7.5	8.4	0.02
• DEPERSONALISATION	6.3	9.6	16.9	16.3	0.001
• VERSUNKENHEIT	13.1	8.3	25.0	16.0	0.001
Alter	38.8	12.1	31.8	10.6	0.003
Therapiedauer in d	41.7	27.0	46.6	23.2	ns

**Tabelle 7.II.5.** Mittelwert, Standardabweichung und Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen der Gruppe F44 und Pat. mit anderen psychiatrischen Störungen.  
Bei der Gruppe F44 ist die dissoziative Störung klinische Hauptdiagnose.

Skalen	F44 (n=23)		F32/33/40/41/43/60 (n=168)		T-Test $p_{\min.} = 0.05$
	M	s	M	s	
FPI-1	4.6	3.9	3.6	2.7	ns
FPI-2	7.7	2.2	7.3	2.3	ns
FPI-3	6.0	3.2	5.5	3.0	ns
FPI-4	5.2	3.8	7.5	3.0	0.001
FPI-5	6.4	3.0	7.3	3.1	ns
FPI-6	4.4	2.4	4.1	2.5	ns
FPI-7	6.8	3.5	8.0	3.0	ns
FPI-8	5.1	3.3	6.1	2.7	ns
FPI-9	6.1	2.6	5.4	2.9	ns
FPI-10	6.4	2.6	6.2	2.8	ns
FPI-E	6.6	3.6	5.1	3.6	ns
FPI-N	8.2	4.3	9.8	3.1	ns
FKV-1	2.6	0.9	2.7	0.9	ns
FKV-2	3.3	0.9	3.3	0.9	ns
FKV-3	3.0	0.7	3.1	0.8	ns
FKV-4	2.6	0.9	2.5	0.7	ns
FKV-5	2.2	0.9	2.5	1.1	ns
FMP-1	34.2	7.5	35.0	7.2	ns
FMP-2	26.5	8.4	28.9	5.8	ns
FMP-3	28.9	6.9	30.1	5.3	ns
FMP-4	66.7	8.6	70.9	9.9	ns
FMP-TOT	156.2	22.3	164.6	21.5	ns
SCL-1	1.2	0.8	1.2	0.8	ns
SCL-2	1.1	0.9	1.4	0.8	ns
SCL-3	1.0	0.9	1.4	0.9	ns
SCL-4	1.2	0.8	1.7	0.9	0.016
SCL-5	1.1	0.9	1.5	1.0	ns
SCL-6	0.7	0.8	1.0	0.8	ns
SCL-7	0.8	1.0	1.3	1.1	ns
SCL-8	1.1	1.0	1.2	0.9	ns
SCL-9	0.8	0.7	0.9	0.7	ns
SCL-10	1.1	0.7	1.3	0.7	ns
SCL-11	41.5	22.4	55.3	20.3	0.003
SCL-12	2.0	0.6	2.0	0.6	ns
FDS	12.4	10.1	10.2	8.1	ns
- ICD	13.1	13.7	8.4	8.8	ns
- DES	12.3	10.7	11.2	8.9	ns
• AMNESIE	7.9	9.5	5.1	6.4	ns
• DEPERSONALISATION	10.3	11.9	8.2	12.0	ns
• VERSUNKENHEIT	17.6	14.9	16.9	12.6	ns
Alter	34.3	11.3	36.7	12.3	ns
Therapiedauer in d	53.3	44.6	42.9	23.7	ns

**Tabelle 7.II.6.** Extremgruppenvergleiche des FDS und einiger seiner Subskalen bezüglich der Selbstbeurteilungsskalen und ausgewählter Komorbiditätsparameter.  $M_{\min}$  bzw.  $M_{\max}$  geben die Mittelwerte derjenigen Patienten an, die unter bzw. über den Medianwerten des FDS bzw. der Subskalen scorten. Signifikanz des T-Test-Gruppenvergleichs. (Grundgesamtheit  $n = 191$ ).

Skalen	FDS Median 8.41			DES Median 8.57			ICD Median 5.33		
	$M_{\min}$ (n=95)	$M_{\max}$ (n=94)	$p_{\min. =}$ 0.05	$M_{\min}$ (n=93)	$M_{\max}$ (n=96)	$p_{\min. =}$ 0.05	$M_{\min}$ (n=90)	$M_{\max}$ (n=99)	$p_{\min. =}$ 0.05
FPI-1	4.5	2.9	0.001	4.7	2.7	0.001	4.2	3.3	0.031
FPI-2	7.2	7.5	ns	7.3	7.4	ns	7.2	7.4	ns
FPI-3	5.9	5.2	ns	5.9	5.2	ns	5.8	5.3	ns
FPI-4	6.6	7.9	0.005	6.4	8.1	0.001	6.6	7.8	0.010
FPI-5	6.8	7.7	0.047	6.6	7.8	0.005	6.7	7.7	0.033
FPI-6	4.0	4.3	ns	3.7	4.6	0.014	4.3	4.0	ns
FPI-7	7.3	8.4	0.015	7.4	8.3	0.039	7.7	8.0	ns
FPI-8	4.6	7.4	0.001	4.8	7.0	0.001	4.5	7.3	0.001
FPI-9	5.3	5.6	ns	5.5	5.5	ns	5.5	5.5	ns
FPI-10	5.9	6.6	ns	5.5	7.0	0.001	6.2	6.3	ns
FPI-E	5.7	4.8	ns	5.8	4.8	ns	5.7	4.8	ns
FPI-N	8.6	10.7	0.001	8.4	10.8	0.001	8.8	10.4	0.001
FKV-1	2.5	2.9	0.001	2.5	2.9	0.001	2.5	2.8	0.020
FKV-2	3.3	3.3	ns	3.3	3.3	ns	3.3	3.3	ns
FKV-3	3.0	3.1	ns	3.0	3.1	ns	3.1	3.0	ns
FKV-4	2.3	2.6	0.004	2.3	2.6	0.004	2.4	2.6	ns
FKV-5	2.2	2.7	0.002	2.2	2.8	0.001	2.3	2.6	0.018
FMP-1	32.2	37.7	0.001	32.7	37.2	0.001	32.6	37.1	0.001
FMP-2	28.2	29.1	ns	28.0	29.4	ns	28.5	28.8	ns
FMP-3	30.1	29.7	ns	29.9	29.9	ns	30.1	29.7	ns
FMP-4	70.4	70.6	ns	70.2	70.8	ns	69.9	71.1	ns
FMP-TOT	161.2	166.2	ns	161.0	166.4	ns	161.4	165.8	ns
SCL-1	0.8	1.5	0.001	0.9	1.4	0.001	0.8	1.5	0.001
SCL-2	1.0	1.7	0.001	1.0	1.8	0.001	1.1	1.6	0.001
SCL-3	1.0	1.7	0.001	0.9	1.8	0.001	1.1	1.5	0.003
SCL-4	1.3	2.0	0.001	1.2	2.1	0.001	1.4	1.9	0.001
SCL-5	1.1	1.9	0.001	1.1	1.8	0.001	1.1	1.8	0.001
SCL-6	0.8	1.2	0.001	0.7	1.3	0.001	0.9	1.1	ns
SCL-7	0.8	1.6	0.001	0.9	1.5	0.001	0.9	1.5	0.001
SCL-8	0.9	1.5	0.001	0.8	1.6	0.001	1.0	1.3	0.007
SCL-9	0.6	1.2	0.001	0.6	1.3	0.001	0.7	1.1	0.001
SCL-10	1.0	1.6	0.001	0.9	1.6	0.001	1.0	1.5	0.001
SCL-11	44.2	63.0	0.001	43.6	63.1	0.001	45.8	60.6	0.001
SCL-12	1.8	2.3	0.001	1.8	2.3	0.001	1.9	2.2	0.002
Alter	37.9	35.1	ns	39.0	34.0	0.005	37.0	36.0	ns
Therapiedauer	39.5	49.1	0.015	42.1	46.4	ns	37.6	50.4	0.001

**Tabelle 7.II.7.** Extremgruppenvergleiche der Subskalen des DES bezüglich der Selbstbeurteilungsskalen und ausgewählter Komorbiditätsparameter.  $M_{\min}$  bzw.  $M_{\max}$  geben die Mittelwerte derjenigen Patienten an, die unter bzw. über den Medianwerten der Subskalen scorten. Signifikanz des T-Test-Gruppenvergleichs. (Grundgesamtheit  $n = 191$ ).

Skalen	Amnesie Median 3.74			Depersonalisation Median 3.34			Versunkenheit Median 13.33		
	$M_{\min}$ (n=92)	$M_{\max}$ (n=97)	$p_{\min.} =$ 0.05	$M_{\min}$ (n=99)	$M_{\max}$ (n=90)	$p_{\min.} =$ 0.05	$M_{\min}$ (n=94)	$M_{\max}$ (n=95)	$p_{\min.} =$ 0.05
FPI-1	4.4	3.0	0.001	4.3	3.0	0.003	4.6	2.7	0.001
FPI-2	7.3	7.4	ns	7.1	7.6	ns	7.2	7.5	ns
FPI-3	6.0	5.1	0.048	5.7	5.4	ns	5.8	5.3	ns
FPI-4	6.7	7.8	0.010	6.6	8.0	0.003	6.7	7.8	0.025
FPI-5	6.7	7.7	0.025	6.8	7.7	0.033	6.4	8.0	0.001
FPI-6	3.7	4.5	0.032	3.9	4.3	ns	3.8	4.4	ns
FPI-7	7.5	8.1	ns	7.3	8.4	0.011	7.3	8.4	0.013
FPI-8	5.1	6.8	0.001	4.8	7.2	0.001	5.0	7.0	0.001
FPI-9	5.7	5.3	ns	5.5	5.4	ns	5.6	5.3	ns
FPI-10	5.4	7.1	0.001	5.8	6.8	0.017	5.6	6.9	0.002
FPI-E	5.3	5.2	ns	5.5	5.0	ns	5.4	5.2	ns
FPI-N	8.6	10.6	0.001	8.6	10.8	0.001	8.4	10.9	0.001
FKV-1	2.4	2.9	0.001	2.6	2.9	0.019	2.5	2.9	0.002
FKV-2	3.3	3.3	ns	3.2	3.4	ns	3.2	3.4	ns
FKV-3	3.1	3.0	ns	3.1	3.0	ns	3.0	3.1	ns
FKV-4	2.4	2.6	ns	2.3	2.6	0.007	2.4	2.6	0.034
FKV-5	2.2	2.7	0.002	2.3	2.7	0.012	2.3	2.7	0.017
FMP-1	33.1	36.7	0.001	33.0	37.1	0.001	33.0	36.9	0.001
FMP-2	28.6	28.7	ns	28.0	29.4	ns	28.0	29.4	ns
FMP-3	29.8	30.0	ns	29.7	30.2	ns	29.4	30.4	ns
FMP-4	70.5	70.5	ns	69.4	71.7	ns	70.2	70.8	ns
FMP-TOT	162.4	164.9	ns	160.4	167.4	0.027	159.8	167.5	0.014
SCL-1	1.0	1.3	0.038	0.9	1.5	0.001	0.9	1.4	0.001
SCL-2	1.1	1.6	0.001	1.1	1.7	0.001	1.0	1.7	0.001
SCL-3	1.0	1.7	0.001	1.1	1.6	0.001	0.9	1.7	0.001
SCL-4	1.4	1.9	0.001	1.4	2.0	0.001	1.3	2.0	0.001
SCL-5	1.3	1.7	0.004	1.2	1.8	0.001	1.1	1.8	0.001
SCL-6	0.8	1.2	0.001	0.8	1.2	0.001	0.7	1.3	0.001
SCL-7	1.0	1.4	0.026	1.0	1.5	0.002	0.9	1.5	0.001
SCL-8	0.9	1.5	0.001	1.0	1.4	0.007	0.8	1.5	0.001
SCL-9	0.7	1.1	0.001	0.7	1.2	0.001	0.6	1.2	0.001
SCL-10	1.1	1.5	0.001	1.0	1.6	0.001	1.0	1.6	0.001
SCL-11	46.9	59.9	0.001	46.9	61.1	0.001	44.0	62.8	0.001
SCL-12	1.9	2.1	0.023	1.8	2.3	0.001	1.9	2.2	0.001
Alter	39.3	33.8	0.002	39.2	33.5	0.001	39.8	33.2	0.001
Therapiedauer	42.5	45.9	ns	39.0	50.1	0.005	42.5	46.0	ns

**Tabelle 7.II.8.** Korrelation zwischen dem Ausmaß der Dissoziation und Selbstbeurteilungsskalen (n=191)

Skalen	Mittelwerte										
	FDS	DES	ICD	Amnesie	Depersonalisation	Versunkenheit					
FPI-1	*** -0,32	*** -0,35	** -0,18	** -0,22	*** -0,24	*** -0,35					
FPI-2	0,07	0,03	0,11	-0,02	0,00	0,09					
FPI-3	-0,02	-0,05	0,05	-0,04	-0,02	-0,04					
FPI-4	** 0,20	** 0,22	0,09	0,12	0,12	** 0,23					
FPI-5	** 0,20	** 0,21	0,13	0,14	0,11	** 0,23					
FPI-6	* 0,19	** 0,19	0,14	0,11	* 0,18	* 0,17					
FPI-7	** 0,20	** 0,20	0,11	0,09	0,12	** 0,22					
FPI-8	*** 0,51	*** 0,42	*** 0,55	** 0,20	*** 0,37	*** 0,44					
FPI-9	-0,02	-0,07	0,06	-0,04	-0,09	-0,05					
FPI-10	** 0,21	*** 0,28	0,02	*** 0,33	* 0,17	** 0,23					
FPI-E	-0,04	-0,04	-0,03	0,03	0,01	-0,05					
FPI-N	*** 0,39	*** 0,40	*** 0,27	** 0,21	*** 0,31	*** 0,41					
FMP-1	*** 0,37	*** 0,35	*** 0,32	*** 0,26	*** 0,23	*** 0,35					
FMP-2	* 0,15	** 0,19	0,05	0,10	0,12	*** 0,21					
FMP-3	0,01	0,08	-0,13	0,00	0,05	0,10					
FMP-4	0,06	0,06	0,07	-0,12	0,08	0,11					
FMP-gesamt	** 0,20	** 0,23	0,12	0,06	* 0,17	*** 0,27					
FKV-1	*** 0,30	*** 0,29	** 0,22	*** 0,25	** 0,19	*** 0,30					
FKV-2	0,08	0,07	0,12	0,01	0,05	0,06					
FKV-3	0,00	-0,02	0,05	-0,05	-0,06	-0,03					
FKV-4	*** 0,25	*** 0,23	** 0,23	* 0,16	** 0,22	** 0,20					
FKV-5	*** 0,27	*** 0,30	* 0,15	*** 0,30	** 0,21	*** 0,26					
SCL-1	*** 0,44	*** 0,32	*** 0,58	0,11	*** 0,29	*** 0,31					
SCL-2	*** 0,47	*** 0,48	*** 0,33	*** 0,39	*** 0,30	*** 0,46					
SCL-3	*** 0,46	*** 0,51	*** 0,27	*** 0,41	*** 0,29	*** 0,51					
SCL-4	*** 0,49	*** 0,51	*** 0,31	*** 0,34	*** 0,34	*** 0,51					
SCL-5	*** 0,43	*** 0,38	*** 0,44	** 0,20	*** 0,27	*** 0,41					
SCL-6	*** 0,40	*** 0,43	*** 0,24	*** 0,25	*** 0,33	*** 0,43					
SCL-7	*** 0,34	*** 0,30	*** 0,36	0,13	** 0,23	*** 0,33					
SCL-8	*** 0,39	*** 0,43	*** 0,23	*** 0,38	** 0,23	*** 0,45					
SCL-9	*** 0,54	*** 0,56	*** 0,36	*** 0,44	*** 0,41	*** 0,53					
SCL-10	*** 0,54	*** 0,53	*** 0,43	*** 0,34	*** 0,37	*** 0,54					
SCL-11	*** 0,46	*** 0,46	*** 0,37	*** 0,28	*** 0,29	*** 0,48					
SCL-12	*** 0,44	*** 0,41	*** 0,36	** 0,23	*** 0,34	*** 0,41					

\*  $p \leq 0.5$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$

**7.III. Vierfeldertafeln des FDS bei cut-off-scores von 30 - 5 im Vergleich mit der Häufigkeit der jeweils gestellten dissoziativen Diagnosen mit Hilfe des CIDI zur Berechnung statistischer Kenngrößen des FDS**

FDS-Score $\geq 30$	ja	nein	Summe	FDS-Score $\geq 25$	ja	nein	Gesamt
dissoziative Diagnose nach CIDI	4	34	38	dissoziative Diagnose nach CIDI	9	29	38
keine dissoziative Diagnose nach CIDI	0	73	73	keine dissoziative Diagnose nach CIDI	1	72	73
Gesamt	4	107	111	Gesamt	10	101	111
Fehler 1. Art = 0				Fehler 1. Art = 1			
Fehler 2. Art = 34				Fehler 2. Art = 29			
Sensitivität	4/38 = 11%			Sensitivität	9/38 = 24%		
Spezifität	73/73 = 100%			Spezifität	72/73 = 98%		
positive Prädiktion	4/4 = 100%			positive Prädiktion	9/10 = 90%		
negative Prädiktion	73/107 = 68%			negative Prädiktion	72/101 = 71%		

FDS-Score $\geq 20$	ja	nein	Summe	FDS-Score $\geq 15$	ja	nein	Gesamt
dissoziative Diagnose nach CIDI	15	23	38	dissoziative Diagnose nach CIDI	19	19	38
keine dissoziative Diagnose nach CIDI	3	70	73	keine dissoziative Diagnose nach CIDI	11	62	73
Gesamt	18	93	111	Gesamt	30	81	111
Fehler 1. Art = 3				Fehler 1. Art = 11			
Fehler 2. Art = 23				Fehler 2. Art = 19			
Sensitivität	15/38 = 39%			Sensitivität	19/38 = 50%		
Spezifität	70/73 = 96%			Spezifität	62/73 = 85%		
positive Prädiktion	15/20 = 75%			positive Prädiktion	19/30 = 63%		
negative Prädiktion	70/93 = 75%			negative Prädiktion	62/81 = 77%		

FDS-Score $\geq 10$	ja	nein	Gesamt	FDS-Score $\geq 5$	ja	nein	Gesamt
dissoziative Diagnose nach CIDI	23	15	38	dissoziative Diagnose nach CIDI	32	6	38
keine dissoziative Diagnose nach CIDI	28	45	73	keine dissoziative Diagnose nach CIDI	46	27	73
Gesamt	51	60	111	Gesamt	78	33	111
Fehler 1. Art = 28				Fehler 1. Art = 46			
Fehler 2. Art = 15				Fehler 2. Art = 6			
Sensitivität	23/38 = 60%			Sensitivität	32/38 = 84%		
Spezifität	45/73 = 62%			Spezifität	27/73 = 37%		
positive Prädiktion	23/51 = 45%			positive Prädiktion	32/78 = 41%		
negative Prädiktion	45/60 = 75%			negative Prädiktion	27/33 = 81%		

#### **7.IV. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen**

CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DES	Dissociative Experiences Scale
DF	Freiheitsgrade zur Berechnung des Signifikanzniveaus
FDS	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
FMP	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation
FPI	Freiburger Persönlichkeitsinventar
M	Mittelwert
MUL	Medizinische Uni Lübeck
ns	nicht signifikant
p	Signifikanzniveau
ROC	Receiver Operating Characteristic
s	Standardabweichung
SCL-90	Symptom-Check-Liste

## **Danksagung**

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Harald Jürgen Freyberger, gilt mein Dank für die Vergabe des Dissertationsthemas, für seine aufgeschlossene Art anstehenden Probleme kreativ zu lösen, für die Einführung in wissenschaftliches Arbeiten und für seine kritischen Anregungen, die stets neuen Schwung gaben.

Dem ehemaligen Direktor der Klinik für Psychiatrie der Uni Lübeck, Herrn Prof. em. Dr. Horst Dilling, sei für die konstruktiven Anregungen und für die Ermöglichung, die Patienten seiner Klinik zu untersuchen, gedankt.

Besonderer Dank gilt Herrn Dipl.-Psych. C.-P Malchow, der mich in die Welt der statistischen Datenverarbeitung und Analyse einführte.

Ebenfalls für die Beratung und Hilfe bei der statistischen Datenverarbeitung sei Herrn Dr. H.-J. Friedrich gedankt.

Besonderer Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen der Arbeitsgruppe „Dissoziation“ - Gabriela Kuhn und Sylvia Wellmeyer und Dr. C. Spitzer.

Abschließend sei allen untersuchten Patienten gedankt, ohne deren Einwilligung und Kooperation diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.