



Dissoziative Störungen. Krankheit oder Einbildung

Uwe Hemminger
Würzburg



TRAITÉ
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE L'HYSTÉRIE

PAR

LE DOCTEUR P. BRIQUET,

MÉDECIN A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris,
Membre de la Société de médecine du département de la Seine,
de la Société d'agriculture, sciences et arts de la Marne,
de l'Académie royale de médecine de Madrid,
de la Société des sciences physiques et médicales de Florence,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Begriffsklärung

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPERIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES,

Hippolyte Baillière, 219, Regent street.

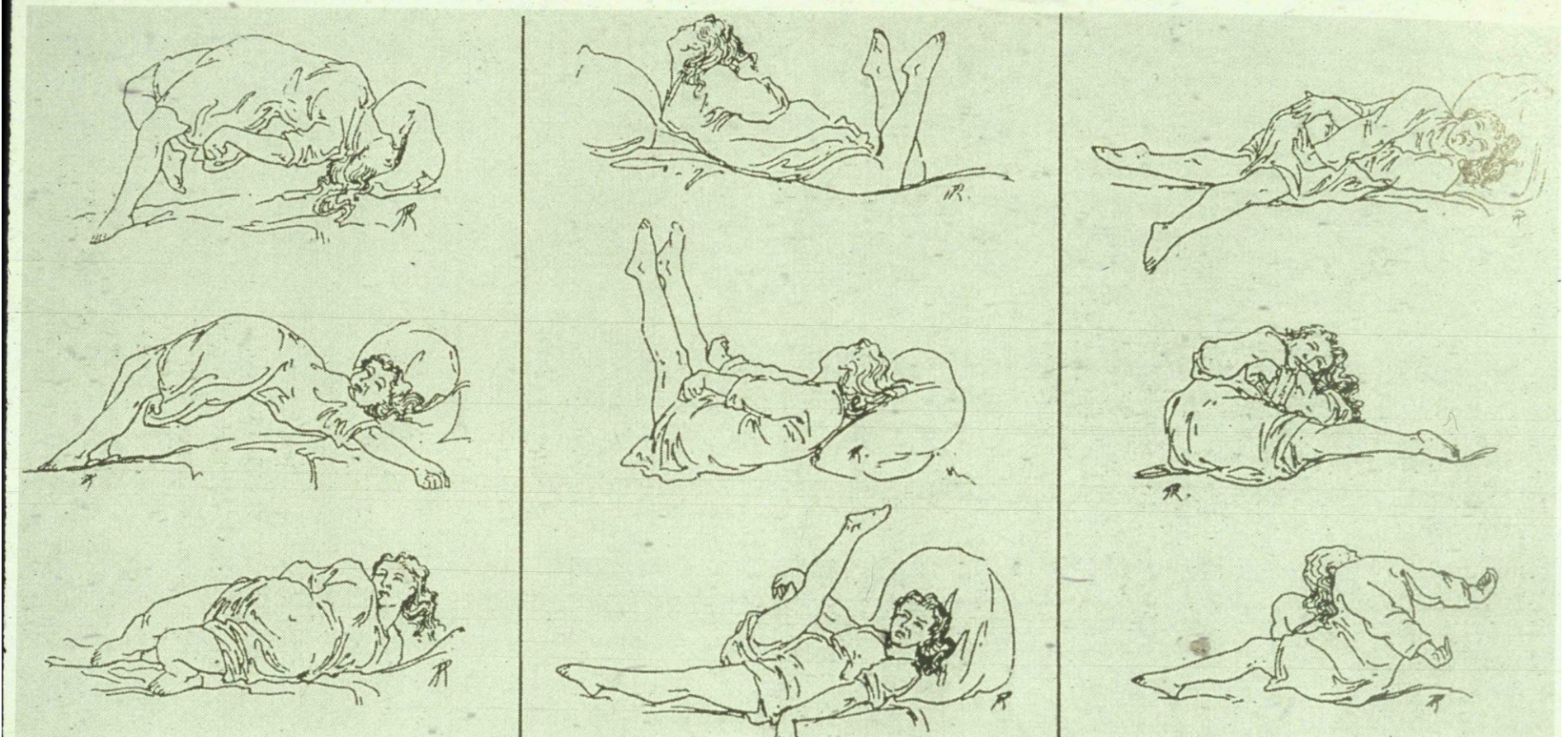
NEW-YORK,

Hipp. et Ch. Baillière brothers, 410, Broadway.

MADRID. C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1859

L'auteur et les éditeurs se réservent le droit de traduction.



Somatoforme Störung

Dissoziative Störung

Konversionsstörung

Somatisierungsstörung

Depersonalisationsstörung

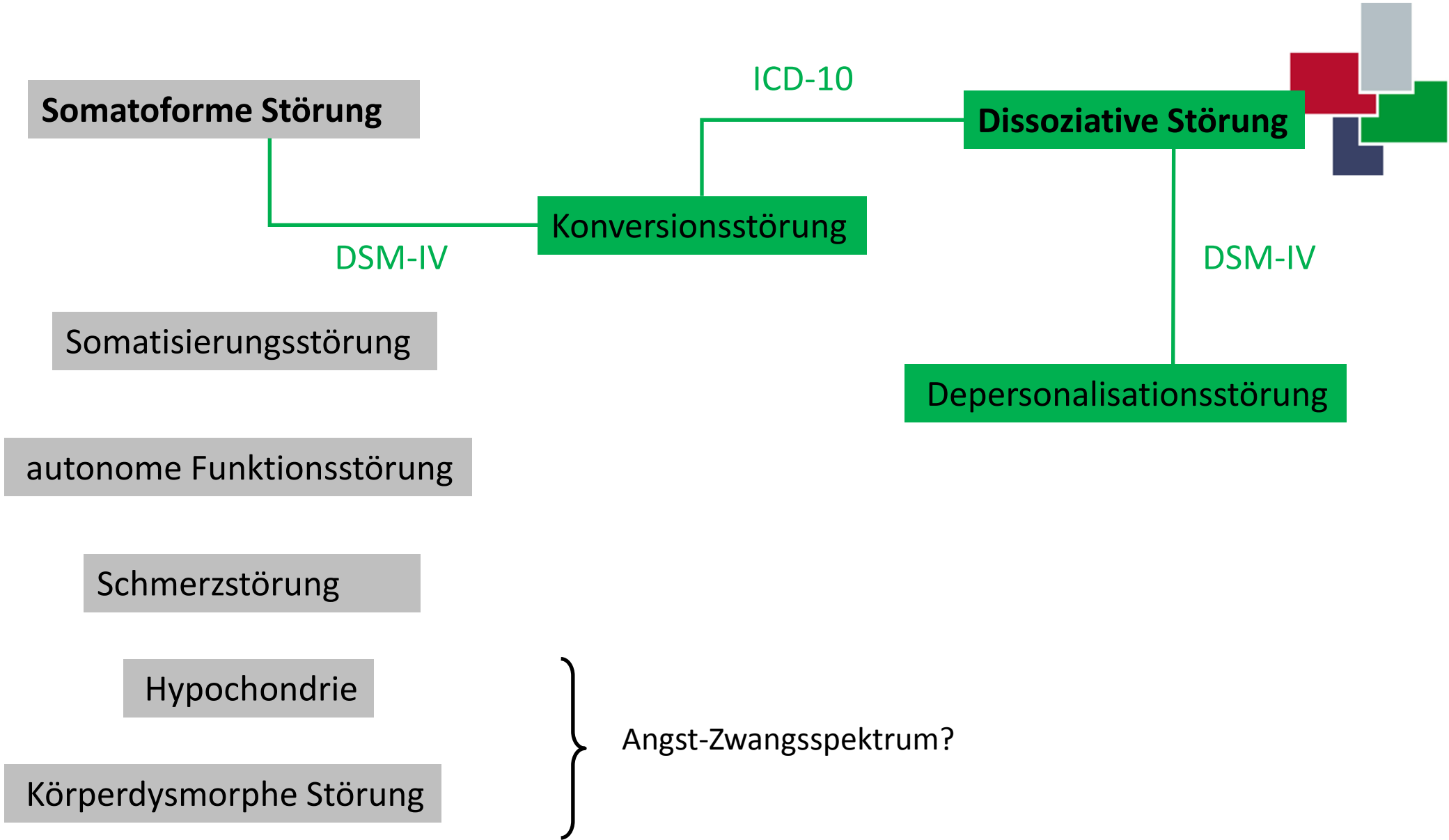
autonome Funktionsstörung

Schmerzstörung

Hypochondrie

Körperdysmorphie Störung





Somatoforme Beschwerden bei anderen Störungen



Angststörungen

Trennungsangst („Schulphobie“)

„Schulangst“ (oft als Anpassungsstörung fassbar)

Soziale Phobie

Panikstörung / Agoraphobie

„Emetophobie“

Anpassungsstörungen

Depression

Gemeinsamkeiten



Somatoforme Störungen

(„psychophysiologische Störungen“)

Dissoziative Störungen

- Sind durch körperliche Erkrankung nicht hinreichend erklärbar
- Stehen mit Belastungsmomenten in Zusammenhang („Konversion“ in das Körperliche)
- Betroffene bzw. deren Eltern haben ein organisches Krankheitskonzept
- Treten vermehrt gemeinsam auf
- Es bestehen ähnliche Komorbiditäten

Differenzierung



Somatoforme Störungen

(„psychophysiologische Störungen“)

- werden über das autonome Nervensystem vermittelt und betreffen innere Organe:
 - Herz und kardiovaskuläres System
 - Ösophagus und Magen
 - unterer Gastrointestinaltrakt
 - respiratorisches System
 - urogenitales System(somatoforme autonome Funktionsstörung)
- und / oder gehen mit multiplen und teils wechselnden Beschwerden einher (Somatisierungsstörung, somatoforme Schmerzstörung)

Typisch ist exzessive Sorge wegen der Symptome

Dissoziative Störungen

betreffen

- die quergestreifte Muskulatur
- die Sinnesorgane
- oder rein psychopathologische Manifestationen

Häufig ist überraschende Unbekümmertheit

Differentialdiagnose zwischen psychophysiologischen Reaktionen und (/hysterischen) Konversionsreaktionen



<u>Psychophysiologische Reaktionen</u>	<u>Konversionsreaktionen</u>
Betroffen sind Organe, die vom autonomen Nervensystem kontrolliert werden	Betroffen sind Körperteile, die vom willkürlichen Nervensystem gesteuert werden
Symptomatik reduziert nicht Angst	Symptomatik reduziert (bindet) Angst
Symptome haben keine symbolische Bedeutung	Symptome haben eine symbolische Bedeutung und sind Ausdruck des jeweiligen Konflikts
Gewebsschädigung kann lebensbedrohlich sein	Keine Gewebsschädigung (allenfalls Atrophie, nie lebensbedrohlich)

Dissoziative Störungen



- Dissoziative Amnesie
- Dissoziativer Stupor
- Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeit)
- Dissoziative Fugue
- Trance-/Dämmerzustände und Besessenheitszustände
- Ganser-Syndrom
- Derealisations- und Depersonalisationsstörung (in ICD-10 andernorts klassifiziert)

Bewusstseinstyp

- Dissoziative Bewegungsstörungen
- Dissoziative Krampfanfälle
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung

Körpersymptomatischer Typ
(Konversionsstörungen)

- Gemischte dissoziative Störung

- Vorübergehende dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend

- “Organische dissoziative Störung” → ?

Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen



Fehlen einer organischen Störung, welche das/die Symptom/e kausal erklären könnte

nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen

Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen



Verlust selektiver Kontrolle

über willkürlich beherrschbare körperliche Funktionen:

- Willkürmotorischer Bewegungen
- Gedächtnisleistungen
- Sinneswahrnehmungen

Häufigkeitsgipfel im Jugendalter

Psychopathologische Auffälligkeiten



Symptomatik erscheint zweckgerichtet
hat einen demonstrativen Charakter.

Gleichgültigkeit oder Indolenz (sog. Belle indifférence).

Die Finalorientierung ist Außenstehenden sichtbar, dem
Patienten jedoch nicht.

Epidemiologie



1 bis 2 % der Aufnahmen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken

häufiger in vorindustriellen Gesellschaften bzw. Übergangsgesellschaften

häufiger bei Migranten

typisches Manifestationsalter Jugendalter bzw. frühes Erwachsenenalter

weibliches Geschlecht häufiger betroffen

Epidemiologie



- Cave: Kulturspezifische Reaktion auf Überforderung
- 33% dissoziative Störungen in einer indischen Inanspruchnahmepopulation
- Notwendig sind Kenntnisse in Diagnostik und Behandlung von Menschen aus anderen Kulturen: Missverständnisse bei der Beurteilung klagender Menschen aus dem fernen Osten



Auslösende Faktoren

Kritische Lebensereignisse

organische Erkrankung

psychische Dauerbelastung
(z.B. Erkrankung der Eltern)

tägliche Belastungen (daily hassles)

Ätiologie und Genese



Genetische Belastung

Persönlichkeitsstruktur

Vorbild in der Familie oder in der Nachbarschaft

Konflikt- und Überforderungssituationen

Bedeutung einer eigenen Erkrankung in der Vorgeschichte
für die “Symptomwahl”

Krankheitsgewinn

Begünstigung durch organische Hirnschädigung



Auslösende Faktoren

Zentrales Moment ist die Überforderung

Schule (schulische Überforderung, Lern- und Leistungsstörungen)

Familie (familiäre Konflikte, Krankheiten oder Todesfälle von Bezugspersonen etc.)

soziales Umfeld, erfahrene Übergriffe, Außenseitertum etc.)

Verhaltenstheoretischer Ansatz



Körperliches Symptom

Stresssituation (Distress)

Mangelhafte Copingstrategien des Individuums

Sozialer (auch sensorischer) Rückzug aus der nicht zu bewältigenden Konfliktsituation (flight-mechanism)

Fixierung und erhöhte Aufmerksamkeit auf körpereigene Stimuli (Autosuggestion)

Genetische Risikofaktoren



Familiäre Belastung mit Alkoholismus

Soziopathie

ggf. auch affektive Krankheiten und somatoforme
Störungen



Diagnostik



Bisherige ärztliche oder psychologische Diagnostik und Therapie

Subjektives Störungsmodell von Patient und Eltern (Ursachen und Behandelbarkeit der Symptome).

Verhalten bei der Untersuchung: elterliches Misstrauen und/oder Ängstlichkeit; Misstrauen vor allem des Betroffenen bzgl. Unterstellung psychischer Probleme; auffallende Indifferenz bzgl. der Symptome.

Dauer, Ausprägung, Variabilität der Symptomatik, Wandlung in zeitlichem Zusammenhang mit Interventionen oder Belastungsmomenten

Auslösende Bedingungen

Reaktionen des sozialen Umfelds

Bisheriger Umgang mit gesundheitlichen Sorgen (inkl. Symptomen) in der engeren Familie

Modell für die Symptomatik im sozialen Umfeld; modellierend wirkende Symptome einer vorliegenden organischen Grunderkrankung.

Überforderungen und Belastungsfaktoren (Familie, Peers, Schule, Erkrankungen oder Behinderungen) sowie bisherige Bewältigungsstrategien

Komorbidität (v.a. Angst, Depression, somatische Beschwerden)

Generell: Eigenanamnese, Familienanamnese, schulische und soziale Integration.



Positive Kriterien für das Vorliegen einer dissoziativen Störung (in Anlehnung an Brunner und Resch, 2003)

- Auffallend unbeschwerte Symptomschilderung („belle indifférence“)
- Symptomänderungen im Rahmen der medizinischen Untersuchung
- Vermehrt psychiatrische und / oder psychosomatische Erkrankungen in der Familie
- Starke Beschwerdefocussierung bei früheren organischen Erkrankungen
- Frühe Somatisierungsneigung
- Modell für die Symptomatik
- Organische Erkrankungen koinzident mit dem Beginn der Symptomatik
- Deutliche Belastungsfaktoren (traumatisch, Überforderungen verschiedenster Art)
- Krankheitsgewinn
- Symbol- und Ausdrucksgehalt der Symptomatik
- Doctorshopping
- Persönlichkeitsakzentrierungen (v.a. emotional instabiler Typ)

Wichtige Differenzialdiagnosen



Ausschluss primär organischer Verursachung körper- und bewusstseinsbezogener Symptome

Vor allem bewusstseinsbezogene dissoziative Symptome sind abzugrenzen von ähnlichen Symptomen im Rahmen anderer psychischer Störungen, z.B.:

- Derealisations- und Depersonalisationserleben bei Schizophrenie und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung
- Depressiver und katatoner Stupor
- Wahnhafte Identitätsdiffusion bei Schizophrenien
- Wahrnehmungsstörungen, Verwirrtheitszustände, Gedächtnisstörungen und andere kognitive Störungen bei endogenen und exogenen Psychosen
- Floride, wechselnde Psychopathologie bei bipolaren Störungen (v.a. bei rapid cycling)



Differenzialdiagnosen

- dissoziative Zustände bei akuten Belastungsreaktionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung
- Wahrnehmungsstörungen, Verwirrtheit, Desorientierung und andere kognitive Symptome bei substanzbezogenen Störungen (v.a. Intoxikation und Entzug)
- Simulation: zweckgerichtete, bewusste und kontrollierte Vortäuschung von Symptomen; die Symptomatik sistiert typischerweise bei Erreichen des Ziels oder wird aufgegeben, wenn ein Erreichen des Ziels nicht mehr in Aussicht steht
- Artifizielle Störung („Münchhausen-Syndrom“): Symptome werden manipulativ hervorgerufen durch Selbstverletzungen oder Substanzeinnahme mit dem Ziel, weiterführende ärztliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu erwirken



Therapie

Wichtige Prinzipien der Behandlung



- **Standardvorgehen verbietet sich** - Notwendig ist ein individualisierter, auf den Patienten und sein Umfeld abgestimmter Behandlungsplan
- Die **Therapie hat die Entstehungsbedingungen der Symptomatik zu berücksichtigen** - hypothetisches Bedingungsmodell ist zu erstellen, das offen bleibt für Alternativerklärungen und im Behandlungsverlauf immer wieder kritisch zu hinterfragen ist
- Mögliche **traumatische Erfahrungen sind gezielt zu explorieren**, ohne dabei aber suggestiv „aufdeckend“ vorzugehen

Wichtige Prinzipien der Behandlung



- Bei hinreichend begründetem Verdacht aktueller Gefährdung stehen **Schutzmaßnahmen** im Vordergrund
- Behandlungsansätze, die Aufdeckungsarbeit und Traumabearbeitung als grundsätzlich notwendige Behandlungsstrategie fordern („**recovered memory therapy**“), sind **obsolet**
- Voraussetzung für einen Therapieerfolg ist **eine Entlastung des Betroffenen von aktuell nicht zu bewältigenden Anforderungen**

Therapie dissoziativer Störungen



Am **Anfang der Therapie stehen übende und symptomorientierte** Maßnahmen im Vordergrund. **Einsichtsorientierte und problemaktualisierende Maßnahmen werden später** eingeführt. Die Interventionen vollziehen sich in folgenden Schritten:

1. **Aufklärung** des Patienten und seiner Bezugspersonen über die Störung, deren Therapierbarkeit und Strategien zum Umgang mit dem Patienten
2. **Entlastung** des Patienten von überfordernden Anforderungen
3. **Funktionstraining** und passive Therapiemaßnahmen einhergehend mit der Steigerung von **Alltagsanforderungen**
4. **Situative Maßnahmen** und **psychotherapeutische Interventionen** mit zunehmend konflikt- und einsichtsorientiertem Charakter

Wichtige Prinzipien der Behandlung



- Therapeutische **Methoden einsetzen, die direkt darauf abzielen, die dissoziative Symptomatik zu vermindern bzw. zu kontrollieren**
 - Funktionstraining
 - Passive Maßnahmen
 - Operante Verfahren
 - Selbstmanagement

Ziel: Symptome „ohne Gesichtsverlust“ aufgeben können
- **Generalisierungsstrategien** einsetzen
- **Cave:** Dissoziative Symptomatik nicht im Rahmen der Behandlung durch Zuwendung verstärken

Wichtige Prinzipien der Behandlung



- Zentral ist es, **individuelle Überforderungsmomente gezielt anzugehen und Lösungen** zu erarbeiten. Diese Lösungen können rein situativ sein
- **Bewältigung von Entwicklungsaufgaben** unterstützen und die psychosoziale Integration fördern (Introspektionsfähigkeit, soziale Kompetenz; Selbständigkeit)
- **Aufzeigen funktionaler Zusammenhänge**, Interpretationen und einsichtsorientierte Strategien sind wichtig, müssen dabei **vorsichtig besprochen** werden
- **Komorbid Störungen** müssen im Behandlungsplan berücksichtigt werden

Indikation für stationäre Behandlung



- Erfolglosigkeit ambulanter Therapie
- Vorliegen schwer ausgeprägter komorbider Störungen
- Vorliegen einer Symptomatik, die Umgebung stark ängstigt und deutlich überfordert
- chronifizierte Symptomatik
- nicht mehr zu bewältigender Lebensalltag (z.B. Schulbesuch) oder nur mit symptomfixierenden Hilfen zu bewältigendem Lebensalltag (z.B. ständige Begleitung, Rollstuhlnotwendigkeit)
- ambulant nicht modifizierbare symptomverstärkende familiäre Interaktion
- Verdacht auf akuten Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung



Wissenschaftsgeschichte

Das historische Problem des Umgangs mit dem „hysterischen Kind“



G. Herbert (1776-1841): Die physische Erziehungsmethode

- Ablehnung jeglicher Internierung und stationärer Behandlung
- Veränderungsziele: Charakterstärke im sittlichen Handeln
- Empfohlen wird eine etwas strenge Lebensweise, kalte Bäder und Waschungen, Spaziergänge sowie laute und wilde Spiele
- Vermieden werden sollte zuviel Zuwendung, zuviel Sentimentalität in den Beziehungen zu den Eltern

Weitere historische Behandlungsmethoden um die Jahrhundertwende



- Die Übrumpelungsmethode
- Methode der Nichtbeachtung
- Elektrische und Kalt-Wasser-Behandlung
- Hypnose
- Körperliche Züchtigung (z.B. rasche Heilung hysterischer Lähmung durch eine Reitpeitsche)
- Anwendung des Glüheisens
- Drohung mit Operation
- Metallotherapie (Anlegen von Metallen an die schmerzenden Stellen)



Zitate ...

- „Gegen Hysterie wurde alles angewendet und angepriesen, vom hohen Pulver bis zum getrockneten Penis“ (Grasset)
- „Bei der Kinderhysterie macht man entweder Wunderkuren oder gar keine Kuren“ (Strümpel)
- „Die Sonne darf über einer Hysteriebehandlung nicht mehr aufgehen“ (Kretschmer)

Therapeutische Grundhaltung



Der Therapeut muss sachlich-empathisch zusichern, dass das Kind für seinen jetzigen Zustand keine Schuld trage.

In eine Aufmerksamkeitslücke des Kindes muss hineingesprochen werden, “dass man nur lernen kann, etwas dagegen zu tun”.

Therapeutische Grundhaltung



Diese Ausgangsinformation ist mehrfach wiederholbar und soll dem Kind das Gefühl des aktuellen Angenommenseins und ausreichende Beachtung vermitteln.

Vom Stationspersonal erfordert die belastende Ausgangssituation ein Konzept der Geduld, Toleranz und wissender Weitsicht



Regeln für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen in stationärer Behandlung

(Jans & Warnke , Hemminger,2011, nach Friese, 1986)

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit

Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Unsicherheit und Hilflosigkeit der
Umgebung

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Unsicherheit und Hilflosigkeit der Umgebung

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- mitteilen, dass es hier und jetzt zu einer Veränderung der schweren Störung kommen wird
- ein Lernen ist möglich, womit sich die Beschwerden überwinden lassen

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit



Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Ablehnung und Ungeduld der
Angehörigen,
große Besorgnis der Angehörigen

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Ablehnung und Ungeduld der Angehörigen,
große Besorgnis der Angehörigen

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- ruhig, sicher und vertrauensvoll gegenüber treten
- nicht übel nehmen

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit



Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Aktivierung weiterer Hilfen und
damit einhergehend ein Rückzug
bisheriger Helfer

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Aktivierung weiterer Hilfen und damit einhergehend ein Rückzug bisheriger Helfer

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- Sicherheit vermitteln, dass man gemeinsam mit dem Patienten die Behandlung bis zum Schluss durchstehen wird

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit

Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Verschiedenste pädagogische
Versuche von Bestrafung bis
übermäßigem Lob waren schon
erfolglos

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Verschiedenste pädagogische Versuche von Bestrafung bis übermäßigem Lob waren schon erfolglos

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- Lob kann als Kritik empfunden werden („na siehst du, es geht doch“)
- Vorsicht mit Lob und Belohnung

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit



Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Selten wurden die Leistungen des
Patienten in Vergangenheit
entsprechend gewürdigt

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Selten wurden die Leistungen des Patienten in Vergangenheit entsprechend gewürdigt

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- sachlich, durchaus auch erstaunt und vorsichtig lobend mitteilen, dass dem Patienten Neues möglich geworden ist

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

Angehörige tragen ihre Bedenken vor

Symptomatik reduziert sich nicht rasch und befriedigend genug

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Angehörige tragen ihre Bedenken vor

Symptomatik reduziert sich nicht rasch und befriedigend genug

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- sich nicht von Probleminhalten erdrücken lassen,
- nie Tür- und Angelgespräche führen
- feste Gesprächstermine vereinbaren
- Bedenken der Angehörigen aufgreifen und Vorgehen erläutern und offenlegen

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit

Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Über das Symptomverhalten wird
„geschmunzelt“

im Team keine einheitliche
Konsequenz

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Über das Symptomverhalten wird „geschmunzelt“

im Team keine einheitliche Konsequenz

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- die Symptomatik als solche „ernst nehmen“
- sehr klare Therapieabsprache im Team
- Der Patient soll die therapeutische Haltung wahrnehmen:
 - „Du hast mir immer Hoffnung gegeben“
 - „Du hast nie schlecht über mich oder meine Familie gesprochen“

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

Gefühle und Wünsche vor allem im zwischen-menschlichen Bereich wurden bisher stark nur über die Symptomatik kommuniziert

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Gefühle und Wünsche vor allem im zwischen-menschlichen Bereich wurden bisher stark nur über die Symptomatik kommuniziert

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- jede Dramatik vor der Gruppe vermeiden
- jede Möglichkeit des Neulernens, Neuerfahrens und Umlernens nutzen

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit

Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Kranksein ist Lebensinhalt des
Betroffenen geworden

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit

Kranksein ist Lebensinhalt des Betroffenen geworden

Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

- entsprechend den Ansprüchen und Interessen des Kindes
Alltagstätigkeiten anbieten

Erfahrungen und Verhalten der
Patienten in der Vergangenheit

Sich daraus ergebende Haltung der
Helfer

Veränderungen machen Angst

Erfahrungen und Verhalten der Patienten in der Vergangenheit



Sich daraus ergebende Haltung der Helfer

Veränderungen machen Angst

- Bei raschen Fortschritten in der Symptombewältigung eher Bremsen als Forcieren



Regeln für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen in stationärer Behandlung

- Ablehnung, Ungeduld und Angst der Umgebung haben die Betroffenen oft erfahren: deshalb ruhig, sicher und vertrauensvoll gegenüber treten, nicht übel nehmen und den Patienten annehmen
- Unsicherheit und Hilflosigkeit der Umgebung und Vorbehandelnden haben die Betroffenen oft erfahren: deshalb mitteilen, dass hier eine Veränderung der schweren Störung sicher wird
- Betroffene erlebten oft die Aktivierung weiterer Hilfen und damit einen Rückzug von Helfern: deshalb Sicherheit vermitteln, dass man gemeinsam mit dem Patienten die Behandlung bis zum Schluss durchstehen wird



- Betroffenen können oft nicht anders als klagend mit nahezu jedem über Probleme zu reden: deshalb Klageintentionen unterbrechen, sich nicht von Probleminhalten erdrücken lassen, nie Tür- und Angelgespräche führen und feste Gesprächstermine vereinbaren
- Oft sind verschiedenste pädagogische Tricks von Bestrafung bis übermäßigem Lob schon erfolglos versucht worden; Lob kann als Kritik empfunden werden („na siehst du, es geht doch“): deshalb Vorsicht mit Lob und Belohnung
- Selten wurden die Leistungen des Patienten in Vergangenheit entsprechend gewürdigt: deshalb sachlich, durchaus auch erstaunt und vorsichtig lobend mitteilen, dass dem Patienten Neues möglich geworden ist
- Kranksein ist Lebensinhalt des Betroffenen geworden, Veränderungen machen Angst: deshalb entsprechend den Ansprüchen und Interessen des Kindes Alltagstätigkeiten anbieten
- Gefühle und Wünsche vor allem im zwischenmenschlichen Bereich wurden bisher stark nur über die Symptomatik kommuniziert: deshalb jede Möglichkeit des Neulernens, Neuerfahrens und Umlernens nutzen, jede Dramatik vor der Gruppe vermeiden

Folgende Bedingungen erschweren die Behandlung



Chronifizierung der Störung

(Krankheitsdauer länger als 2-3 Jahre)

**Zusätzliches Vorliegen eines Anfallsleidens oder einer
anderen organischen Schädigung**

**Inkonsequente Führung des Patienten durch eine
“insuffiziente Umgebung”**

**Niedrige Intelligenz und geringe Differenzierung der
Persönlichkeit**

Ausgesprochen hysterische Persönlichkeitsstruktur



Der Verlauf



Zusammenfassung

- Prognostisch günstig: Verlauf in Hinblick auf die dissoziative Symptomatik.
- Prognostisch ungünstig: Verlauf in Hinblick auf das Auftreten anderer psychiatrischer Erkrankungen.
- Angststörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen: Borderline und zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Zusammenfassung



- Die Mehrzahl der ehemaligen Patienten können ihr aktuelles Leben relativ gut bewältigen.
- Bei über $\frac{3}{4}$ der Patienten besteht eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit.
- Es besteht eine weitgehende Zufriedenheit mit der aktuellen beruflichen oder privaten Lebenssituation.
- Patienten mit weiterhin psychiatrischer Erkrankung zeigten vermehrt depressive Verarbeitungsstrategien
- Prognostisch ungünstig : Begleitsymptomatik
ängstliche Verhaltensweisen



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Uwe Hemminger
Theaterstrasse 13
97070 Würzburg
09314658470