

Somatoforme und psychoforme Dissoziationsphänomene im stationären klinischen Kontext

Birgit Senft, Reiner Seibold, Thomas Platz

Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt

Hintergrund:

Seit 2002 wurden in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit etwa 2.500 psychiatrische PatientInnen für die Dauer von je sechs Wochen im Rahmen eines stationären Settings in störungsspezifischen Therapiegruppen behandelt. Aufgrund der großen Anzahl von PatientInnen mit Traumafolge-Erkrankungen; incl. schwerer dissoziativer Störungen wurde ein den Bedürfnissen dieser Patientengruppe angepasstes Setting entwickelt. Im Zentrum stehen dabei Stabilisierung, Vermittlung von Skills für den Umgang mit belastenden Situationen, Symptomreduktion bezüglich der komorbiden Krankheitszeichen und Information zum Krankheitsbild. Die Gruppentherapie wird durch Einzeltherapie, körperorientierte und kreative Verfahren ergänzt. Es erwies sich als problematisch, dass dissoziative Phänomene häufig erst im Laufe des Aufenthalts manifest wurden, fallweise erst kurz vor der Entlassung. Diese Information ist für eine optimale Gruppenzuteilung und als Information für die NachbehandlerInnen jedoch wichtig. Der bisher in Verdachtsfällen eingesetzte Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) ist mit einer Länge von 44 Items als Screening-Instrument ungeeignet.

Fragestellung:

Wie können somatoforme und psychoforme Dissoziationsphänomene zuverlässig und schonend für die KlientInnen ökonomisch im Rahmen eines Screenings erhoben werden?

Dissoziative Symptomatik:

Fremdkörpergefühl, Schmerzempfindlichkeit, Taubheit oder Überempfindlichkeit sind einige Beispiele von Körperphänomenen nach Traumata. Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation ist durch viele Studien bestätigt, ein Überblick findet sich bei Nijenhuis (2006). Nach Huber (2006) ist Dissoziation als traumabedingter Mangel an Integration bislang auch von Psychotherapeuten weitestgehend als rein psychische Angelegenheit betrachtet worden. Dissoziative Symptomatik auf körperlicher Ebene wurde bisher ausschließlich unter der Rubrik Depersonalisation erfasst. Nijenhuis entwickelte 1996 mit dem SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire) ein Instrument das auch die somatoforme Dissoziation misst, und extrahierte daraus eine 5-Item Kurzversion als Screening-Instrument (SDQ5). Er konnte belegen, dass diese 5 Items optimal zwischen Patienten mit dissoziativen Störungen und PatientInnen mit anderen psychiatrischen Diagnosen zu trennen vermögen. Zur Erfassung der psychoformen Phänomene wurde die Kurzversion des FDS, das DES-Taxon mit 8 Items (Waller & Ross, 1997) angewendet.

Methode:

Die Erfassung der dissoziativen Symptomatik erfolgt in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit unabhängig von erlittenen Traumata bei allen PatientInnen.

Im Rahmen der klinischen Aufnahme wird allen PatientInnen der SDQ5 und das DES-Taxon vorgegeben. In einer Vorstudie wurde ein mittlerer Zusammenhang zwischen dem SDQ5 und der Langform des FDS an 53 PatientInnen ermittelt.

Personen die im SDQ5 einen Wert über dem empfohlenen cut off (≥ 8) aufweisen gelten als auffällig. Personen die bei einzelnen Items im DES-Taxon Ausprägungen $>20\%$ aufweisen, werden von geschulten Personen hinsichtlich dieser Erlebnisse befragt, um die Antworten zu validieren.

Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung psychischer (DES-TAXON) und somatischer Dissoziationsphänomene (SDQ5) soll errechnet werden.

Zur Absicherung einer Diagnose wird im Bedarfsfall eine Untersuchung mittels SKID-D oder CAPS (Clinician Administered PTSD-Scale for DSM IV) durchgeführt.

Stichprobe:

Es konnten 261 Personen (36%♂; 64%♀) in die Studie eingeschlossen werden. Das Durchschnittsalter liegt bei 44,34 Jahren (SD=9,8; min=20; max=79).

Diagnoseverteilung nach ICD10: F2: 7%; F3: 46%; F4: 42% (13% PTSD)

Das Verfahren SDQ5:

Die fünf Items erfassen visuelle und kinästhetische Anästhesie, Analgesie, motorische Hemmungen und Schmerzen im Beckenbereich.

Tabelle 1: Items des SDQ5

Item	Item-Beispiele	Prozent positiv
1	Ist es Ihnen schon manchmal passiert, ... 1. dass Sie Schmerzen beim urinieren haben?	30%
2	2. dass Ihr Körper, oder ein Teil davon schmerzempfindlich ist?	30%
3	3. dass Sie Dinge in Ihrer Umgebung anders als normalerweise wahrnehmen, beispielsweise so, als würden Sie durch einen Tunnel schauen; oder Sie sehen nur einen Teil eines Objekts?	36%
4	4. dass es so ist, als wäre Ihr Körper oder ein Teil davon verschwunden?	23%
5	5. dass Sie nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern können?	41%

Die Items sind mit den Ausprägungen „nie“, „manchmal“, „mäßig oft“, „häufiger“ und „sehr oft“ als Selbstbeurteilungsverfahren einzuschätzen. Körperliche Ursachen für diese Phänomene können/sollen am Bogen vermerkt werden. Die interne Konsistenz liegt bei .66.

Das Verfahren DES-TAXON:

Die interne Konsistenz dieser 8 Items (Cronbach's Alpha=.87; N=245) kann als zufriedenstellend bezeichnet werden (alle korrig. Trennschärfen $>.45$).

Tabelle 2: Beispielitems des FDS/DES-TAXON

Item-Beispiele:

Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind.
Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können.
Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen.

Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% nie 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% immer
Bei jedem Item soll die Häufigkeit des Auftretens in % angegeben werden, daraus wird der Mittelwert berechnet.

Tabelle 3: Kreuztabelle der Kategorien im SDQ5 und DES-Taxon

	DES-Taxon in Kategorien		Total	
	DES Taxon Wert < 20	DES Taxon Wert ab 20		
SDQ 5 -Kategorien	SDQ Wert < 8	156 in beiden Verfahren negativ	5 nur im DES-Taxon positiv	161
	SDQ Wert ab 8	76 nur im SDQ5 positiv	24 in beiden Verfahren positiv	100
Total	232	29	261	

60% sind in beiden Verfahren unauffällig, 9% in beiden Verfahren auffällig. Es gibt kaum KlientInnen die nur im DES-Taxon auffällige, nicht jedoch im SDQ5 auffällige Werte aufweisen. 29% sind nur im SDQ5 auffällig, eine Abgrenzung von somatischen Ursachen fällt dabei schwer.

Zusammenhänge DES-TAXON und SDQ5:

Es zeigt sich ein signifikanter mittelstarker positiver Zusammenhang zwischen dem SDQ5 und dem DES-TAXON ($r=.43$), es kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Verfahren unterschiedliche Aspekte der dissoziativen Symptomatik erfassen und sich gut ergänzen. In einer Vorstudie wurden SDQ5-Werte mit der Langform des FDS korreliert. Keine signifikanten Zusammenhänge zeigen sich mit den Skalen Amnesie (autobiographisches Gedächtnis) und Absorption (Versunkenheit bis hin zu schweren Formen der Identitätsunsicherheit).

Tabelle 3: Korrelationen zwischen dem SDQ5-Subskalen des FDS

SDQ5-Summenwert	DES-TAXON (N=261)	FDS-MEAN (N=53)	Amnesie (N=53)	Absorption (N=53)	Derealisation (N=53)	Konversion (N=53)
Spearman Correlation	.43	.32	.24	.27	.42	.33
SIG - (2-tailed)	<.001	.021	.088	.055	.002	.015

Zusammenfassung und Diskussion:

- Aufgrund der Kürze der beiden Verfahren war eine Implementierung in den laufenden Klinikbetrieb gut möglich
- Als problematisch erwies sich die eigenständige Bearbeitung des DES-Taxon durch die PatientInnen – im Falle auffälliger Werte ist ein Interview mit den Betroffenen unumgänglich. Missverständnisse führen zu weit überhöhten Prävalenzwerten (Alltagsdissoziation vs. pathologische Dissoziation)
- Bei 38% der PatientInnen wurden im SDQ5 Werte über dem cut off festgestellt
- Als problematisch erweist sich auch die Einschätzung des Vorliegens somatischer Ursachen bei somatoformen Dissoziationssymptomen. Eine diagnostische Abklärung mittels SKID-D wird nur bei Bedarfsfall vorgenommen
- Bei 75% der Personen über dem cut off im SDQ5 zeigten sich durch im DES-Taxon ebenso auffällige Werte
- Bei 11% der PatientInnen zeigen sich im DES-Taxon auffällige Werte (83% davon sind auch auffällig im SDQ5)
- Das DES-TAXON mit nur 8 Items liefert ein ebenso zuverlässiges Ergebnis wie die Langform des FDS
- Auch wenn sich ein hoher Anteil an Überschneidungen zeigt, scheint die Vorgabe beider Instrumente sinnvoll, da sie unterschiedliche Aspekte dissoziativer Phänomene erfassen. Die Erfassung der dissoziativen Symptomatik ist hilfreich für die Planung des Reha-Aufenthalts und wichtige Information für die PatientInnen selbst, aber auch für die NachbehandlerInnen.

Referenzen:

- Freyberger, H.J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) – Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Deutsche Adaption der Dissociative Experience Scale (DES) von E. Bernstein und F.W. Putnam.* Bern: Huber.
- Huber, M. (2006). Vorwort. In E.R.S. Nijenhuis. *Somatoforme Dissoziation – Phänomene, Messung und theoretische Aspekte.* Paderborn: Junfermann.
- Nijenhuis, E.R.S. (2006). *Somatoforme Dissoziation – Phänomene, Messung und theoretische Aspekte.* Paderborn: Junfermann.
- Waller, N.R. & Ross, C.A. (1997). The Prevalence and Biometric Structure of Pathological Dissociation in the General Population: Taxometric and Behavior Genetic Findings. *Journal of Abnormal Psychology* 106 (4), 499-510.

Reha-Klinik
für Seelische Gesundheit GmbH



Kontaktanschrift: Mag. Birgit Senft

Evaluatorin, Klinische und Gesundheitspsychologin

Reha-Klinik für Seelische Gesundheit GmbH, Grete-Bittner-Straße 40; 9020 Klagenfurt

birgit.senft@seelischereha.com 0043 650 645 2429