

Hintergrund:

Seit 2002 wurden in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit etwa 1500 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:

Fremdkörpergefühl¹, 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 zeigt, wie bei Traumata nicht nur die seelische, sondern auch die körperliche Kohärenz verloren geht. Er 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. Die Erfassung der somatoformen dissoziativen Symptomatik erfolgt in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit unabhängig von erlittenen Traumata.

Methode:

Im Rahmen des klinisch-psychologischen, bzw. psychotherapeutischen Aufnahmegesprächs wird mit allen PatientInnen der SDQ5 bearbeitet. Bei Zutreffen eines Symptoms wird das Vorliegen möglicher somatischer Ursachen erfragt.

Personen die im SDQ5 einen Wert über dem empfohlenen cut off (≥ 8) aufweisen, wird die Langform des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen) vorgegeben. Aus dem FDS soll die Kurzform, das DES-TAXON heraus gerechnet werden, um die Tauglichkeit dieser Version als Screening-Instrument an der Klinikstichprobe zu überprüfen.

Personen mit unauffälligen SDQ5-Werten erhalten bei klinischer Auffälligkeit (Symptome psychoformer Dissoziation; z.B. diss. Trance-Zustände) ebenso die Langform des FDS.

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

Stichprobe:

Es konnten 59 Personen (8♂; 51♀) in die Studie eingeschlossen werden. Das Durchschnittsalter liegt bei 38,68 Jahren (SD=9,71; min=19; max=58).

Das Verfahren SDQ5:

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

Tabelle 1: Items des SDQ5

	(bezogen auf das letzte Jahr)
1	Ist es Ihnen schon manchmal passiert, ... dass Sie Schmerzen beim urinieren haben?
2	dass Ihr Körper, oder ein Teil davon schmerzempfindlich ist?
3	dass Sie Dinge in meiner Umgebung anders als normalerweise wahrnehmen, beispielsweise so, als würden Sie durch einen Tunnel schauen; oder Sie sehen nur einen Teil eines Objekts?
4	dass es so ist, als wäre Ihr Körper oder ein Teil davon verschwunden?
5	dass Sie nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern können?

Die Items sind mit den Ausprägungen „nie“, „manchmal“, „mäßig oft“, „häufiger“ und „sehr oft“ als Selbstbeurteilungsverfahren einzuschätzen. Der/die Untersuchende erhebt bei Zutreffen eines Items ob dafür eine körperliche Ursache bekannt ist.

Ergebnisse DES-TAXON:

Aus der Langform des FDS extrahiert zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Mittelwert im DES-TAXON und dem Gesamtmittelwert (N=63; $r_{sp}=.834$; $p<.001$). Der Mittelwert im DES-Taxon (M=19,97; SD=18,35) ist jedoch signifikant niedriger als der FDS-Mittelwert (M=23,60; SD=16,44; $t=-5,10$; $p<.001$).

Tabelle 2: Beispielimite des FDS/DES-TAXON

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% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
nie immer

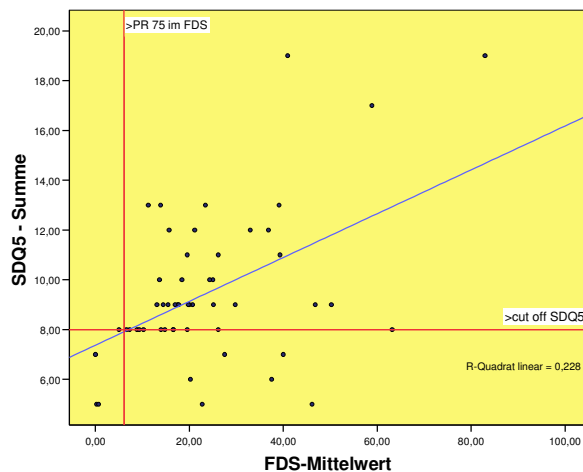
Ergebnisse DES-TAXON und SDQ5:

Es zeigt sich ein signifikanter mittlerer Zusammenhang zwischen dem SDQ5 und dem DES-TAXON, es kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Verfahren unterschiedliche Aspekte der dissoziativen Symptomatik erfassen und sich gut ergänzen. 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-Summenwert und dem DES-TAXON, dem FDS_Mittelwert und den Subskalen des FDS

SDQ5-Summenwert (N=53)	DES-TAXON	FDS-MEAN	Amnesie	Absorption	Derealisation	Konversion
Spearman Correlation	.40	.32	.24	.27	.42	.33
SIG - (2-tailed)	.002	.021	.088	.055	.002	.015

Abbildung 1: Scatterplot für den Mittelwert im FDS und im SDQ5



Bis auf eine Person weisen alle PatientInnen über dem Cut off im SDQ5 auch im FDS auffällige Werte auf. Hingegen gibt es 6 PatientInnen, bei denen keine somatoformen, sehr wohl hingegen psychoforme Dissoziationsphänomene erfasst wurden.

Zusammenfassung und Diskussion:

- Es wurden bei 10 bis 20% der PatientInnen Phänomene somatoformer Dissoziation mittels SDQ5 erhoben.
- Bei 83% der Personen über dem cut off zeigten sich durch die Untersuchung mittels FDS auch signifikante Hinweise auf psychoforme Dissoziationsphänomene, der cut off Wert von ≥ 8 erwies sich als geeignet.
- Das DES-TAXON mit nur 8 Items liefert ein ebenso zuverlässiges Ergebnis wie die Langform des FDS.
- **Eine Kombination aus SDQ5 und DES-TAXON als Screening Instrumente** im stationären klinischen Setting erscheint sinnvoll; diese erste Erprobung dient als Grundlage für eine nachfolgende prospektive Studie, in der allen PatientInnen beide Verfahren standardmäßig vorgegeben werden. Genauere Angaben zur Prävalenz dissoziativer Phänomene bei stationären psychiatrischen RehabilitationspatientInnen werden dann möglich sein.
- Als problematisch erweist sich die Einschätzung des Vorliegens somatischer Ursachen bei somatoformen Dissoziationssymptomen. Eine diagnostische Abklärung mittels SKID-D wird nur bei Bedarf vorgenommen.
- Die dimensionale Erfassung der dissoziativen Symptomatik ist hilfreich für die Planung des Reha-Aufenthalts und wichtige Information für die PatientInnen selbst und 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.

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
www.seelischeraha.com 0043 463 430007 514