

Abteilung für Psychosomatik, Innere Medizin, Universitätsspital Basel

Wenn Patienten nicht sagen können, was ihnen auf der Seele liegt

Die Unmöglichkeit einer expliziten Kommunikation über das Problem bei Patienten mit Konversionsstörungen

G. Karadağ

Zusammenfassung

Dissoziative Anfälle sind eine meist spät festgestellte Diagnose. Um eine mögliche somatische Ursache für die Anfälle nicht zu übersehen, sollte bevor es diagnostiziert wird, der Patient aus somatischer Sicht sorgfältig abgeklärt werden. Die meisten Patienten reagieren auf die Mitteilung einer solchen Diagnose mit Ablehnung und dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Das erschwert selbstverständlich die Bereitschaft des Patienten für eine Psychotherapie. Die Prognose dissoziativer Anfälle ist zweifelhaft, sie variiert je nach dem Ausmaß der Komorbidität, dem Zeitpunkt einer adäquaten Diagnosestellung und der Erkrankungsdauer. Die Ätiologie der dissoziativen Anfälle spielt bei der Auswahl der Psychotherapie eine wesentliche Rolle. Am Beispiel eines türkischen Patienten mit dissoziativen Anfällen wird die besondere Problematik dieser Diagnose in der Gruppe der Migranten präsentiert.

Einleitung

Die von Freud konzipierte «Konversionsneurose» ist dadurch definiert, dass ein unerträglicher Konflikt, der nicht durch andere psychische Verarbeitungsme-

chanismen gelöst werden kann, ins Unterbewusstsein verdrängt wird. Der unlösbare Konflikt und durch ihn ausgelöste Affekte werden in körperliche Symptome transformiert und prägen die von außen sichtbare Symptomatik.

Gemäß den beschreibenden psychiatrischen Diagnoseverfahren umfasst die Konversionsstörung organisch nicht erklärbare Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen, die eine neurologische oder sonstige sensorische Störung nahe legen [1]. Je nach Diagnose-System wird sie entweder den somatoformen Störungen (DSM-IV) oder den dissoziativen Störungen (ICD-10) zugeordnet. Konversionssymptome entsprechen typischerweise nicht den bekannten anatomischen Bahnen und physiologischen Mechanismen, sondern ergeben sich offensichtlich eher aus der Vorstellung, die sich die betreffende Person von der Erkrankung macht [2, 3]. Wenn besonders der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist, neigen dissoziative Störungen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, wenn sie dagegen mit unlösbaren Problemen oder interpersonellen Schwierigkeiten verbunden sind, eher zur Chronifizierung [3] (Tab. 1).

Ganz im Unterschied zu den meisten anderen psychischen Störungen wird in beiden Diagnosesystemen bei Verdacht auf eine Konversionsstörung empfohlen, mögliche ätiologische Faktoren (Trauma, Belastung, Konflikt) zur Diagnoseabsicherung zu berücksichtigen. Im Kern dient diese Empfehlung dazu, die Hypothese einer psychisch bedingten disso-

Tabelle 1 Diagnostische Kriterien der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD-10

G1. Kein Nachweis einer körperlichen Krankheit, welche die für diese Störung charakteristischen Symptome erklären könnte (es können jedoch körperliche Störungen vorliegen, die andere Symptome verursachen).
G2. Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.

Tabelle 2 Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- A.** Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.
B. Plötzlich und unerwartete krampfartige Bewegungen, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht mit einem Bewusstseinsverlust einhergehen.
C. Kriterium B. geht nicht einher mit Zungenbiss, schweren Hämatomen oder Verletzungen aufgrund eines Sturzes oder mit Urininkontinenz.

ziativen Störung weiter abzusichern, wenn die bei Konversion immer erforderliche neurologische Untersuchung ohne Befund geblieben ist. *Keine Konversionsdiagnose sollte ohne sorgsame psychodiagnostische und neurologische Abklärung* erfolgen, da sich in Langzeit-Nachuntersuchungen in den vergangenen Jahrzehnten wiederholt zeigte, dass sich später bei bis zu 60% der Betroffenen organische Krankheiten finden liessen, die bei Diagnosestellung einer «Psychogenen Störung» bereits vorhanden gewesen sein mussten; weit über 10% waren zwischenzeitlich an diesen nicht erkannten Erkrankungen verstorben [1].

Konversionsstörungen treten nicht immer als isolierte Störung auf, sondern sowohl mit anderen psychischen Störungen in Komorbidität (*Persönlichkeitsstörungen etwa 30%, Phobien und Angststörungen etwa 12–25%, somatoformen Störungen etwa 15–20%*) als auch als Symptom anderer psychischer Störungen (*akute Belastungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung*).

Eine ungünstige Prognose hängt mit dem Ausmaß der Komorbidität, dem Zeitpunkt einer adäquaten Diagnosestellung und der Erkrankungsdauer zusammen [1].

In der Allgemeinbevölkerung sind für dissoziative Störungen Prävalenzraten von etwa 2–3,3% identifiziert worden, wobei diese Zahlen in Abhängigkeit von kulturellen Gegebenheiten und diagnostischen Kriterien divergieren [4].

Dissoziative (Krampf)-Anfälle ICD-10 F44.5 (Tab. 2)

Dissoziative Krampfanfälle können epileptischen Anfällen in ihrem Bewegungsmuster weitgehend ähneln. Zungenbiss, Verletzungen beim Sturz oder Urininkontinenz sind jedoch selten. Ein Bewusstseinsverlust fehlt, oder es findet sich bestenfalls ein stupor- oder tranceähnlicher Zustand. Gelegentlich treten prodromale Missempfindungen (Geruchsempfindungen, diffuse Angst, Herzklopfen, Ohrensausen, Atemnot, Druck im Epigastrium, Schwindel) auf [3]. Ätiologische Faktoren sind unspezifisch; sie finden sich so oder so ähnlich bei den meisten schweren psy-

chiatrischen Krankheitsbildern. Beschrieben wurden Kindheitstraumata (vor allem sexueller Missbrauch), belastende Lebensereignisse, dysfunktionale Familien- und Sozialsituation, psychiatrische Komorbidität, Persönlichkeitsstörungen, Epilepsie, Schwierigkeiten beim Lernen, andere organische Hirnkrankheiten [5].

Folgende Formen können auftreten:

- Ohnmachtsanfälle, bei denen die Patienten langsam zu Boden sinken und mit geschlossenen Augen ruhig liegen in einer Art Trancezustand.
- Wutanfälle mit dramatischem Beginn, oft mit Lautäußerungen, wobei die Betroffenen zu Boden fallen mit möglichen Verletzungen, heftige körperliche Bewegungen (Kratzen, Beißen, Schlagen) zeigen.
- Abreaktionsanfälle, die dem früher oft beschriebenen «Arc de Cercle» ähneln, mit konvulsiven Bewegungen, häufig Atemstörungen und gelegentlichen Selbstverletzungen.
- Pseudoepileptische Statuszustände, die nicht selten zu intensivmedizinischen Behandlungen führen [6].

Man geht von einer Inzidenz zwischen 1,4 und 4,3 auf 100 000 Menschen pro Jahr aus. Unter den psychogenen Störungen in der Neurologie beträgt die Häufigkeit psychogener Anfälle etwa 11%. Zwischen 15 und 25% aller Patienten, die unter der Diagnose eines epileptischen Anfalls in eine neurologische Klinik eingewiesen werden, leiden tatsächlich unter dissoziativen Anfällen [7].

Bei Konversionsstörungen finden sich häufiger komorbide Angststörungen und Phobien als depressive Störungen [1].

Die wichtigste Differenzialdiagnose der dissoziativen Anfälle sind generalisierte, tonisch-klonische, epileptische Anfälle. Auf Grund der Häufigkeit eines kombinierten Auftretens ist die Differenzialdiagnose erschwert (Tab. 3).

Unspezifische EEG-Veränderungen sind bei 20–50% der Betroffenen zu finden. Zu bedenken ist, dass bei bestimmten epileptischen Anfällen keine EEG-Veränderungen nachweisbar sind. Serologische Parameter (Kreatinkinase, Prolaktin, neuronenspezifische Enolase) haben nur begrenzte Aussagekraft. Ein

Tabelle 3 Differenzialdiagnostik bei dissoziativen Krampfanfällen [8]

Generalisierter tonisch-klonischer Anfall	Psychogener Anfall
<ul style="list-style-type: none"> • Aura • Plötzlicher Beginn • Stereotyper Ablauf • Augen geöffnet • Lichtstarr • Lateraler Zungenbiss • Häufig Verletzungen • Urin-/Stuhlabgang • Intitialschrei • Beeinflussung nicht möglich • Terminalschlaf 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorab Angst oder HV • Langsamer Beginn • Regelloser Ablauf • Augen geschlossen • Normale Lichtreaktion • Selten Zungenbiss • Selten Verletzungen • Selten Urinabgang • Multiple Lautäußerungen • Beeinflussung möglich • Danach wach, orientiert • längere Dauer • Meist bizarre Bewegungen (Strampeln, Schütteln, Zittern)

dissoziativer Anfall kann nicht durch Ansprechen auf Antikonvulsiva ausgeschlossen werden. Internistische (kardiologische und endokrinologische) ebenso wie Tumorerkrankungen, Intoxikationen, Psychosen, artifizielle Störungen sowie Angsterkrankungen müssen ausgeschlossen werden.

Die Abgrenzung gegenüber Temporallappen-Epilepsie ist schwierig. Gelegentlich treten dissoziative Anfälle neben echten epileptischen auf [6].

Zur Therapie der dissoziativen Störungen (Tab. 4)

Die psychodynamische Langzeittherapie ist meist indiziert, teilweise unter Einschluss spezifischer Traumakonfrontationen wie dem EMDR. Das Ziel der Behandlung ist wie bei jeder psychoanalytischen Therapie neurotischer Störungen die Bewusstmachung der verdrängten Anteile des intrapsychischen Konflikts, seine auch gefühlsmäßige Wiederbelebung in der Übertragungssituation und dadurch die Ermöglichung einer freien Fortentwicklung und Nachreifung der bis dahin vom Konflikt beeinflussten und behinderten Persönlichkeitsanteile [9].

Verhaltenstherapeutische Verfahren und Biofeedback können bei den pseudoneurologischen dissoziativen Störungen als möglicherweise wirksam angesehen werden. Verhaltenstherapeutische Interventionen sind vor allem dann sinnvoll, wenn sich die individuelle Konfliktdynamik mit dem Patienten nicht angemessen herausarbeiten lässt, aus intellektuellen oder kognitiven Gründen eine konfliktbearbeitende Therapie nicht in Frage kommt oder angesichts eines hohen Chronifizierungsgrades die Therapieziele vor allem auf symptomatischem Niveau anzusiedeln sind bzw. wenn die direkte und unmittelbare Beeinflussung der Symptomatik im Vordergrund steht [4].

Bei Hypnoseverfahren wird von der Mehrzahl der Autoren hervorgehoben, dass Hypnosetechniken

Tabelle 4 Zentrale Bereiche der Therapie spezifischer dissoziativer Störung [1]

- a) Patientenschulung: Aufklärung und Information über das Störungsbild vorab
- b) Die Beeinflussung und Reduktion von Reizen, die dissoziative Erfahrungen aktivieren
- c) Bewältigung und Selbstmanagement dissoziativer Erfahrungen
- d) Die Behandlung bestehender extremer Behandlungen und/oder existenzieller Konflikte, die dissoziative Verfassungen auslösen können
- e) Die narrative Integration emotionaler und kognitiver Erfahrungen (Remoralisierung)

nicht allein, sondern im Kontext multimodaler Ansätze appliziert werden sollten, da es bei unkontrolliertem Einsatz auch zur Verstärkung dissoziativer Phänomene kommen kann [9].

Der Aufbau einer positiven Beziehung zum Patienten ist zu Behandlungsbeginn besonders zu beachten. Am Anfang der Gespräche können auch Angehörige beteiligt sein, wenn der Patient damit einverstanden ist [1].

In besonders schweren Fällen ist eine stationäre Behandlung notwendig [6].

Die Prognose ist schlecht: 11 Jahre nach der Erstmanifestation und 4 Jahre nach der Diagnosefeststellung haben Zweidrittel der Patienten weiterhin dissoziative Anfälle, mehr als die Hälfte ist von sozialer Hilfe abhängig [5].

Kultur und dissoziative Störungen

Einer der wichtigsten differentialdiagnostischen Überlegungen vor allem bei Migranten ist die Unterscheidung zwischen Dissoziation und Schizophrenie. Grund für mögliche Fehldiagnosen ist die Tatsache, dass bei beiden Störungen Erstrangsymptome nach Schneider auftreten können. Dies tritt vor allem bei

multiplen Persönlichkeiten und Trance- und Besessenheitszuständen auf, da die dissoziativen Symptome deutlich kulturell geprägt sind. Ebenfalls kann ein dissoziativer Stupor als eine katatone (schizophrenie und depressive) Störung, sowie Depersonalisationssymptome als psychotische Symptome fehlbeurteilt werden [10].

Zur Prävalenz dissoziativer Störungen bei Migranten gibt es bislang keine entsprechenden Untersuchungen. Bei insgesamt 1107 untersuchten Akten von Migranten in drei psychiatrischen Kliniken in Deutschland hatten nur fünf (0,5%) die Diagnose einer dissoziativen Störung erhalten. Obwohl in einigen Gruppen (z.B. Flüchtlinge oder Migranten aus bestimmten Regionen) eine erhöhte Prävalenz dissoziativer Störung vermutet werden kann, scheint es keinen Anhalt für eine erhöhte Rate in der gesamten Gruppe der Migranten zu geben, so dass kulturelle Unterschiede primär in der Symptomdarstellung zu finden sind [10]. In einer Studie in der Türkei konnte gezeigt werden, dass es keinen signifikanten Unterschied bei den SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire) Werten zwischen türkischen und niederländischen dissoziativen Patienten gibt. Auf Item-Niveau zeigen türkische Patienten höhere Werte bei den Items Schmecken, Riechen und Pseudoanfällen, die niederländischen Patienten beim Item Schluckschwierigkeiten [11]. Bei ambulanten und hospitalisierten Patienten in der Türkei wird eine Prävalenz von etwa 10% für dissoziative Störungen berichtet [12]. In einer anderen Studie in der Türkei zeigten 30,5% der Patienten mit Konversionsstörung nach DSM-IV eine Komorbidität mit dissoziativen Störungen, vorwiegend mit nicht näher bezeichneter dissoziativer Störung und dissoziativen Identitätsstörungen [13]. 46,0% der Patienten mit dissoziativen Störungen berichten von physischem Missbrauch in der Kindheit und 33,0% von sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Eine erhöhte Rate von sexuellem Missbrauch wurde auch bei Patienten mit Pseudoanfällen und Somatisierungsstörung und insgesamt mit Konversionsstörungen (nach DSM-IV) festgestellt. In der Türkei werden Konversionssymptome demnach sowohl in der Psychiatrie als auch in der somatischen Medizin recht häufig beobachtet; sie treten auch im Rahmen einer Depression, einer generalisierten Angststörung und einer Neurasthenie auf [14].

Fallbericht

Der 53-jährige Patient türkischer Herkunft wurde von der medizinischen Abteilung zur psychosomatischen Beurteilung bei möglichen psychogenen Anfällen überwiesen, nachdem durch eingehende Untersuchungen somatische Ursachen ausgeschlossen waren.

Der Patient klagte über seit drei Wochen vorhandene «Anfälle», für welche er keinen Auslöser benennen konnte. Der erste Anfall sei aufgetreten, als er mit seiner Frau und der Tochter zusammen eine türkische TV-Serie geschaut habe. Er sei

dabei auf dem Sofa gesessen, habe plötzlich Schwindel und ein Kälte- und Wärmegefühl wahrgenommen und sei dann in Ohnmacht gefallen. Als er wieder zu sich gekommen sei, sei er bereits auf der Notfallstation gewesen, weil seine Familie aus Angst vor einem «Myokardinfarkt» die Ambulanz gerufen habe. Er bekomme mehrmals am Tag solche Anfälle, bis anhin habe er sich dabei nicht groß verletzt. Seit diesen Anfällen gehe er nirgends mehr alleine hin, sogar zur Toilette oder in die Dusche lasse er sich von seiner Ehefrau begleiten. Vier Monate vor dem Auftreten der Anfälle sei er am linken Ellbogen operiert worden. Da dadurch keine wesentliche Verbesserung bezüglich der Schmerzen erreicht war, habe er sich Sorgen um seinen Arbeitsplatz gemacht. Dabei verneinte er jegliche Belastungen und Auseinandersetzungen an seinem Arbeitsplatz sowie in der Familie. Jedoch ergänzte er, dass seine Ehefrau seit 13 Jahren krank sei, weshalb er mehr Haushaltsarbeit übernehmen müsse. Auf Fragen nach dem sexuellen Leben in der Ehe reagiert er mit einer unspezifischen Bemerkung, sie sei halt seine Familie und er werde sie wegen ihrer Krankheit nicht im Stich lassen. Des Weiteren berichtete er von einer seit einem Jahr vorhandenen Vergesslichkeit, gelegentlichen Durchschlafstörungen und der vor kürzerer Zeit aufgetretenen Nervosität.

Beobachtung im Erstgespräch: Der Patient erlitt zwei «Anfälle» während des Gesprächs. *Der erste Anfall* ereignete sich zu Beginn des Gesprächs. Nach der Begrüßung hat die Referentin kurz das Untersuchungszimmer verlassen, um mit dem Sohn des Exploranden, der sich in der Wartezone befand, die Anmeldung in der Medizinischen Poliklinik zu besprechen. Als sie zurückkam, sah sie den Patienten ganz langsam und sanft auf die rechte Schulter fallen, dabei blieb seine Brille auf der Nase sitzen, danach drehte er sich auf den Rücken und blieb quasi in «Totenstellung» etwa 5 Min. liegen, Arme und Beine offen, locker, ohne Krämpfe oder Zuckungen, ohne Zungenbiss, ohne Urinabgang. Der Puls war 80/Min., die Atmung regelmäßig und ruhig, die Augenlider bewegten sich ständig. Der Patient reagierte nicht auf lautes Ansprechen mit Namen. Nach etwa 5 Min. wachte er wie aus tiefem Schlaf auf, setzte sich zuerst auf den Boden, danach selbständig auf den Stuhl. Er war orientiert und konnte das Gespräch fortsetzen. *Der zweite Anfall* ereignete sich, als später die Ehefrau und der Sohn für die Fremdanamnese herein geholt wurden. Kurz darauf glitt der Explorand wiederum langsam vom Stuhl, der Sohn zog sofort den Stuhl zurück, damit sich der Vater auf den Boden legen konnte. Die Brille blieb wiederum auf der Nase sitzen. Die Ehefrau und der Sohn wurden in der Folge von der Referentin gebeten, sich wieder auf ihre Stühle zu setzen. Der Explorand blieb auf dem Boden liegen, bis er nach etwa 5 Min. wieder wach wurde. Er war sofort wieder bewusstseinsklar und voll orientiert.

In der Anamnese gab es keine Auffälligkeiten. Der Widerstand seines Vaters gegen seine erste Einwanderung in die Schweiz habe er auch nicht als Auseinandersetzung mit dem Vater gesehen, sondern als verständlichen Wunsch seines Vaters, ihn bei sich zu behalten! Auch den Auszug seiner Tochter von zu Hause vor der Heirat (!) sehe er nicht als Verletzung seiner Kultur, sondern als Ausdruck der typischen Lebensweise der zweiten Generation!

Der psychopathologische Befund war bis auf leichtes Grübeln mit Anfällen, Bedrücktheit beim Thema «Anfälle», deutliche Insuffizienzgefühle und Durchschlafstörungen unauffällig.

Persönlichkeitsmerkmale des Patienten: Der Patient ist von der Persönlichkeit her eher ängstlich, unsicher, vermeidend, und daher überangepasst. Er versucht seine Herkunftskultur mit der Übernahme vieler Normen der neuen Heimat auszuöhnen. Er äußert kaum persönliche Gedanken und Wünsche,

er verfügt über keine Introspektionsfähigkeit und wirkt im Allgemeinen sehr einfach strukturiert.

Organischer Befund: Die internistischen und neurologischen Untersuchungen, unter anderem 24h-EKG, EEG, CT, MRI-Schädel, Labor-Untersuchungen, Langzeit-Video-EEG-Monitoring, sowie HNO-Untersuchung inklusive ENG konnten keine organische Erklärung für die Anfälle des Patienten geben. Der Patient hatte keine aktuelle Medikation und erhielt Physiotherapie wegen seines Ellbogens, die er aber aktuell wegen der Anfälle unterbrochen habe.

Diagnose: Es wurden *Dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5)* und *akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen, unsicheren, vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1)* diagnostiziert.

Überlegungen bezüglich möglicher auslösender Erlebnisse und Krankheitsverlauf

Der Patient bekommt in der Folge in jeder Sprechstunde (etwa 45 Min.) zwei Anfälle, den ersten Anfall immer im Gang nach der Begrüßung und den zweiten Anfall themenunabhängig während des Gespräches. Die Anfälle gestalten sich mittlerweile dramatischer, dazu gekommen ist hektisches Schütteln der Beine. Die Brille des Patienten ist nach einem Jahr während eines Anfalls zerbrochen. Ansonsten keine wesentlichen körperlichen Verletzungen. Der Einbezug der Familie im Sinne einer Psychoedukation brachte insofern ein wichtiges Ergebnis, als der Patient nicht mehr wegen eines Anfalls auf die Notfallstation oder zur Hausärztin gebracht wird. Auch nach einem Jahr Therapie traut sich der Patient nicht die Wohnung zu verlassen.

In den Familiengesprächen liess sich im Sinne einer Belle Indifférence ein ausgesprochen uninteressiertes Verhalten des Patienten eruieren, wohingegen die Familie sich sehr für die Genese des Störungsbildes interessierte. Er beharrt auf einem rein somatischen Konzept, demzufolge er an einer schweren somatischen Krankheit leidet. Beides lässt befürchten, dass er gegenüber den therapeutischen Bemühungen resistent sein wird [15].

Für die weitere Planung der Therapie ist es wesentlich, eine tragfähige Arbeitshypothese zu entwickeln. Wenn man vom *psychoanalytischen Krankheitskonzept* ausgeht, liegt den Anfällen ein «primärer Krankheitsgewinn» zugrunde, indem der Patient sich durch die körperliche Symptombildung vom innerpsychischen Konflikt entlastet, sollten in der Therapie solche Konflikte aufgedeckt werden. Dabei werden allerdings eine gute Introspektions- und Reflexionsfähigkeit des Patienten, Transparenz der Problemthemen und eine gute Therapeut-Patient-Beziehung vorausgesetzt [16]. Introspektionsfähigkeit und Transparenz konnte oder wollte der Patient aber in der Therapie nicht anbieten. Daher sind wir auf Spekulationen über den möglichen innerpsychischen Konflikt angewiesen.

Denkbar wäre:

- Nicht erfüllte Sexualität auf Grund der chronischen Schmerzkrankheit der Ehefrau. Obwohl der Patient in einer patriarchalen Kultur aufgewachsen ist, scheut er davor zurück, seine sexuellen Bedürfnisse offen zu äußern oder mit einer anderen Frau auszuleben.
- Kulturelle Konflikte durch die Ablösung der Tochter. In seiner Herkunftskultur und vor allem in der soziokulturellen Schicht, zu welcher er gehört, ist es nicht akzeptabel, dass die Töchter ohne Heirat in ihrer eigenen Wohnung ohne die Eltern leben. Dieses Verhalten wird bei Mädchen als Verletzung der Familienehre und bei Söhnen als Verletzung der väterlichen Autorität und als böswilliges Imstichlassen der Eltern angesehen.
- Existenzielle Angst nach der Ellbogenoperation durch die Sorgen um den Arbeitsplatz. Seit einigen Jahren hat der Patient eine körperlich nicht anstrengende Arbeit, welche er als «seine große Chance» sieht. Die Vorstellung, dass er bei zunehmenden Schmerzen am Ellbogen seine frühere Leistung nicht mehr erbringen und daher seine Stelle verlieren würde, könnte bei vorhandenen wirtschaftlichen Problemen eine existenzielle Angst auslösen, welche wiederum solche Anfälle begünstigen würde.

Der Patient lehnt diese Hypothesen vehement ab. Aus der Sicht der *Lerntheorie* liegt ein «sekundärer Krankheitsgewinn» vor, über den der Patient durch die Anfälle Zuwendung, Beachtung, Mitleid genießt. Hier lassen sich viele Indikatoren für diesen «Gewinn» finden:

- Er erhält eine nachgerade invalidisierende Zuwendung vom Umfeld (Familie, Verwandte, etc.), er wird von der Familie rund um die Uhr betreut.
- Er muss nicht mehr arbeiten, damit entfällt die Angst, seine Arbeitsstelle zu verlieren.
- Er wird von der Tochter öfter besucht, womit er den Landsleuten zeigen kann, dass seine Tochter immer noch für die Familie da ist.
- Er hat als kranker Mann einen guten Grund, keine sexuellen Bedürfnisse zu äußern, auch dieser Konflikt mit seiner Frau ist aus der Welt geschafft.
- Er muss keine Haushaltsarbeiten mehr übernehmen.

Die weitere Therapie wird sich also auf eine Veränderung der aufrecht erhaltenden Bedingungen konzentrieren, wobei allerdings die kulturell bedingte absolute Solidarität innerhalb der Familie mit dem kranken Vater und Ehemann erschwerend hinzukommt.

Literatur

1. Fiedler P. Fortschritte der Psychiatrie: Dissoziative Störungen. Horgrefe-Verlag, 2002.

2. Fiedler P. Dissoziative Störungen und Konversion, Trauma und Traumabehandlung. Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Belz, 2001.
3. Taschenführer zu den ICD-10 Klassifikationen psychischer Störungen. Weltgesundheitsorganisation. Verlag Hans Huber, 2., korrigierte und ergänzte Auflage, 2001.
4. Freyberger HJ, Spitzer C. Dissoziative Störungen, Nervenarzt 2005; 76: 893–900.
5. Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: diagnosis, aetiology, treatment and prognosis. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2005, 156: 47–57.
6. Dr. med. Dipl.-Psych. Ingrid Rothe-Kirchberger, Dissoziative Störungen, Vortrag beim 39. Killesbergkongress Medizin 2004, Psychotraumatologie 01.02.2004, 9.30–10.00 Uhr.
7. von Uexküll T. Psychosomatische Medizin. 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Urban & Fischer, 2003.
8. Dr. med. H. Gress. Vorlesung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Hysterie, Konversion und dissoziative Störungen. herbert.gress@uniklinikum-saarland.de
9. Mentzos S. Hysterie. Vadenhoeck & Ruprecht, 2004.
10. Fotini T, Karsten W. Dissoziation. In Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus, 2000.
11. Sar V, et al. Differentiating Dissociative Disorders from Other Diagnostic Groups Through Somatoform Dissociation in Turkey. Journal of Trauma & Dissociation 2000, Vol. 1(4): 67–80.
12. Sar V, et al. Prevalence of dissociative disorder among women in the general population. Psychiatry Research 2007; 149: 169–76.
13. Tezcan E, et al. Dissociative Disorder in Turkish Inpatients With Conversion Disorder. Comprehensive Psychiatry, 2003; Vol. 44, No. 4: pp 324–30.
14. Sar V, et al. Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients With Conversion Disorder. Am J Psychiatry Dezember 2004; 161: 2271–6.
15. Ataoglu A, et al. Paradoxical Therapy in Conversion Reaction. J Korean Med Sci 2003; 18: 581–4.
16. Schönfeldt-Lecuona C, et al. Konversionsstörungen, von der Neurologie zur Behandlung. Nervenarzt 2004; 75: 619–27.

Summary: When patients can not tell you what is bothering them – the impossibility of explicit communication with patients suffering from conversion disorder

It usually takes a long time until dissociative seizures are finally diagnosed. To avoid false diagnosis patients need a thorough somatic examination to exclude biomedical reasons for their symptomatology. After informing patients about the 'hysterical nature' of their seizures most patients reject this hypothesis and claim not being taken seriously. Consequently, this does impair their willingness to undergo psychotherapy. The prognosis of dissociative seizures is dubious; it varies according to the extent of psychiatric comorbidity, time of diagnosis and length of history with dissociative symptoms. The choice of a specific psychotherapeutic modality depends on the etiology of the disorder. The case history of a Turkish patient with dissociative seizures will be presented that highlights the specific problems of this diagnosis in a population of migrants.

*Korrespondenzadresse: Frau Dr. med. Güzide Karadağ, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik/Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Hebelstraße 2, CH-4031 Basel
E-mail: GKaradag@uhbs.ch*