

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/009	Entwicklungsstufe:	1
--------------------------	-------------	--------------------	---

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 99 - 108

Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen (F44)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Diese Störungen wurden früher als verschiedene Formen der Konversionsneurose oder Hysterie klassifiziert. Vor allem der Terminus Hysterie wird heute jedoch wegen seiner historischen Belastung und Unschärfe soweit wie möglich vermieden. Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration im Hinblick auf Erinnerungen an die Vergangenheit, das Identitätsbewusstsein, unmittelbare Empfindungen sowie auf die Kontrolle von Körperbewegungen. Der Verlust bewusster und selektiver Kontrolle über normalerweise willkürlich beherrschbare körperliche Funktionen (im Wesentlichen: willkürmotorische Bewegungen, Sinneswahrnehmungen, Gedächtnisleistungen) kann hinsichtlich Ausmaß und Tempo des Ablaufs stark schwanken. Vegetativ vermittelte Reaktionen werden im Allgemeinen nicht hierunter gefasst, diese Abgrenzung wird jedoch nicht einheitlich gehandhabt. Ein erster Häufigkeitsgipfel dissoziativer Symptome tritt im Jugendalter auf, vor dem Schulalter sind so klassifizierbare Phänomene selten. Diagnosebegründend ist das Fehlen einer organischen Störung, welche das/die Symptom/e kausal erklären könnte, sowie der (nicht immer leicht zu führende) Beleg für eine psychische Verursachung. Eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder aktuell gestörten Beziehungen sollte bestehen.

1.2 Leitsymptome

Angesichts eines inter- aber vor allem auch intraindividuell oft variablen Bildes kann man bei dieser Gruppe von Störungen schlecht von hervorgehobenen Leitsymptomen sprechen. Die in Kapitel 1.1 bereits formulierten diagnostischen Leitlinien gelten aber für die gesamte Gruppe der dissoziativen Störungen. Körpersymptomatische dissoziative Symptome (also v.a. F 44.4, F44.5, F44.6) sind bei jüngeren Kindern insgesamt selten. Die vielfach belegte Dominanz des weiblichen Geschlechts bei älteren Kindern und Jugendlichen wird mit der erhöhten Traumaprävalenz weiblicher Patienten (IV) in Verbindung gebracht.

1.3 Schweregradeinteilung

Eine allgemein akzeptierte Schweregradeinteilung gibt es nicht, die Ausprägung kann v.a. im Jugendalter von (nicht selten) einmalig bis wenige Male über intermittierende Häufungen bis zur Chronifizierung reichen. Im letzteren Falle liegt mit Sicherheit eine gravierende psychiatrische Störung bzw. Komorbidität vor (s. auch Kap. 2.3). Bei variabler, vorübergehender, insgesamt leichtergradiger Symptomatik ohne gravierende psychiatrische Komorbidität, welche auch gemischt mit Symptomen aus dem Formenkreis F45 (somatoforme Störungen) auftreten kann, ist auch die Diagnose

"Vorübergehende dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) in der Kindheit und Jugend" (F44.82). zu erwägen. Dabei müssen aber stets die unter 1.1 aufgeführten allgemeinen Kriterien erfüllt sein.

1.4 Untergruppen

Dissoziativer Stupor (F44.2)

Kernpunkt: Beträchtliche Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen und normaler (reflektorischer) Reaktionen auf Reizung durch Licht, Geräusche oder Berührung. Der Patient verharrt in einer individuellen Haltung überwiegend bewegungslos, er ist mutistisch. Muskeltonus, Haltung, Atmung, gelegentliches Öffnen der Augen und koordinierte Augenbewegung sowie in unbeobachteten Momenten spontane Bewegungen lassen erkennen, dass der Patient weder schläft noch bewusstlos ist. Aktuell fehlen körperliche oder spezifische psychiatrische Störungen, die den Stupor erklären könnten.

Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4)

Kernpunkte: Störung ganzer Funktionsabläufe im Bereich der Extremitäten, besonders in den Beinen mit der Folge von Gangstörungen bzw. -unfähigkeit (Abasie) oder Unfähigkeit zu stehen (Astasie), Aktivierung jeweiliger Antagonisten, übertrieben wirkende, ausfahrende (ataktische) Bewegungen.

Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)

Synonym: Psychogene, nichtepileptische Anfälle (PNEA). Kernpunkte: Variantenreiche Imitation epileptischer Anfälle mit großer Bandbreite von Ausgestaltung und Dauer, die in der Regel auch von sozialen Stimuli (Zuwendung) abhängt. (IV) Selten kommt es zu Verletzungen (Zungenbiss), Stürzen, Inkontinenz. Die Bewusstseinslage wirkt zumindest nach außen eingetrübt, die Patienten bleiben meist ansprechbar, etwa entsprechend F44.2.

Dissoziative Sensibilitätsstörungen der Haut (z.B. Parästhesien) und Empfindungsstörungen (Sehen, Hören, Riechen) (F44.6)

Kernpunkte: Inter- wie intraindividuell sehr variable Ausprägung der als sensibel gestört wahrgenommenen Hautareale, die überwiegend nicht neurologisch definierten Segmenten, sondern laienhaften Vorstellungen entsprechen, evtl. neurologisch unwahrscheinliches Mischungsverhältnis gestörter Sinnesmodalitäten, Klagen über Parästhesien.

Dissoziative Empfindungsstörungen sind insgesamt selten, Sehstörungen (Verschwommen- oder Tunnel-Sehen) sowie Hörstörungen sind überwiegend partiell ausgeprägt.

Selten sind im Jugendalter folgende dissoziative Phänomene:

- Dissoziative Amnesie (F44.0)
- Dissoziative Fugue (F44.1)
- Trance- und Besessenheitszustände (F44.3).

1.5 Ausschlussdiagnose

Simulation (Z76.5)

Dissoziative Amnesie

- Amnestisches Syndrom, durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt (F10.6-F19.6)
- Anterograde Amnesie (R41.1)
- Nicht näher bezeichnete Amnesie (R41.3)
- Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt (F04)
- Postiktale Amnesie bei Epilepsie (G40)
- Retrograde Amnesie (R41.2).

Dissoziative Fugue

- Postiktale Fugue, besonders bei Temporallappenepilepsie.

Dissoziativer Stupor

- Katatoner, depressiver oder manischer Stupor
- Dissoziative Trancezustände als Ausdruck altersphysiologischer exzessiver Phantasietätigkeit

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Exploration der Eltern sowie des Kindes bzw. des Jugendlichen

- Bisherige ärztliche und/oder psychologische Bemühungen (Diagnosen wie therapeutische Interventionen)
- Gesamtdauer, Ausprägung, Variabilität der Symptomatik, insbesondere evtl. Situationsspezifität, Wandlung in zeitlichem Zusammenhang mit Interventionen oder akuten, im weiteren Sinn als Stress verstehbaren Ereignissen
- Bisherige subjektive Hypothesenbildung von Patient und Eltern.

Gemeinsame Verhaltens- (Interaktions-) Beobachtung von Eltern und Kind während der Exploration

- Ausgeprägtes elterliches Misstrauen und/oder Ängstlichkeit?
- Spezifisches Misstrauen v.a. des Jugendlichen bzgl. Unterstellung psychischer Probleme bei entsprechender Vorsensibilisierung durch vorausgegangene Kontakte mit anderen Helfern?
- Im Kontrast zu den Eltern wie auch angesichts des Symptoms (Anfall, Lähmung) auffallende Indifferenz, scheinbare Unberührtheit des Kindes/Jugendlichen?

Wenn es möglich ist, sollte die unmittelbare Beobachtung des Symptoms erfolgen, wobei eine deutliche Diskrepanz zwischen Schweregrad, Dramatik des Symptoms und entsprechender elterlicher Sorge sowie Ausdrucksverhalten des Patienten bestehen kann, aber nicht muss (sog. belle indifference).

Körperliche Untersuchung des Patienten

Allgemeine Vorbemerkungen: Die körperliche Untersuchung sollte durchgeführt werden, auch wenn bereits eine ausführliche somatische Diagnostik erfolgt ist. (Hinweise auf Misshandlung, insbesondere sexuellen Missbrauch [IV]; Selbstverletzungszeichen) Im weiteren Verlauf sollte damit aber generell sparsam umgegangen werden; allerdings darf eine adäquate (Verlaufs-) Diagnostik einer evtl. organischen (Vor-) Erkrankung nicht vernachlässigt werden. Wesentlich ist die Verhaltensbeobachtung. Die neurologische Untersuchung sollte besonders sorgfältig und nötigenfalls wiederholt erfolgen, apparative Zusatzuntersuchungen sollten dagegen möglichst sparsam zum Einsatz kommen.

Einige spezifische Hinweise:

- Neurologische Untersuchung: Im Liegen sind die grobe Kraft und Motilität in der Regel seitengleich • B. Sensibilität siehe Kapitel 1.4 und 2.1.
- Pädiatrisch-interne Untersuchung: Beim dissoziativen Krampfanfall werden sich im Allgemeinen keine Verletzungsfolgen, wie z.B. Zungenbiss, finden. Auf Selbstverletzungszeichen achten.
- Bei spezifischer Indikation: Seh- bzw. Hörtest mit den in der Regel hierbei gegebenen ziemlich sicheren Ausschlussmöglichkeiten organisch determinierter Funktionsausfälle. Cave: Vorherige Sensibilisierung des fachärztlichen Kollegen in Richtung einer wünschenswerten therapeutischen Grundhaltung (s.a. Kap. 4) kann für die spätere therapeutische Arbeit hilfreich sein (IV).
- Bei sog. Hysteroepilepsie (Mischbild genuiner und aufgepfropfter psychogener Anfälle): unmittelbar postiktal Bestimmung des Serum-Prolactins (IV), dessen Spiegel bei einem psychogenen Anfalls geschehen im Vergleich zu einem im anfallsfreien Intervall erhobenen Basalwert - im Gegensatz zum epileptischen Anfall - in aller Regel nicht erhöht ist.

Hinzuziehung auswärtiger Befunde, Verlaufsberichte

Hierbei ist v.a. Hinweisen auf sexuellen Missbrauch (III), Misshandlung und Vernachlässigung nachzugehen.

Gewinnung fremdanamnestischer Angaben (nach Vertrauensanbahnung) zu den familien- und eigenanamnestisch berührten Punkten

Spezifische diagnostische Hinweise

Generell gilt: Im Gegensatz zu den somatoformen Störungen (F45) herrscht eher ein geringer subjektiver Leidensdruck am individuellen Symptom.

- Beobachtung von **Lähmungserscheinungen**: Im Bereich der oberen Extremitäten ist in der

Regel die nicht dominante Seite betroffen bzw. vergleichsweise stärker betroffen. Bei Störungen des Stehens und Gehens sind evtl. überkreuzende, eine aktive Innervation erfordernde antagonistische Bewegungen zu beobachten. Stützen oder auch instrumentelle Hilfen werden in der Regel selbstverständlich angenommen, Stürze durch phantasievolle, variantenreiche Einbeziehung der Umgebung meist vermieden. Insgesamt entsteht ein Eindruck energieaufwendiger, evtl. bis zur Groteske unökonomischer bis artistischer Bewegungsabläufe, die in ihrer Ausprägung meist von der aktuellen sozialen Situation (Zuwendungschancen) mit abhängig sind (s. auch Kap. 2.4).

- Beobachtung von **Anfällen**: Die Bewegungsabläufe wirken meist grob konturiert, evtl. um sich schlagend, variantenreich, d.h. nicht reduziert auf monotone Grundmuster. Dauer in aller Regel > 2 Minuten, die Pupillenreflexe sind erhalten.
Die Bewusstseinslage ist, wenn überhaupt, allenfalls leicht eingetrübt, der Patient ist daher in der Regel ansprechbar. Die Ausprägung der Symptomatik kann ebenfalls deutlich von Zu- bzw. Abwendung abhängen.
- Beobachtung von **Sensibilitätsstörungen**: Unsicherheiten, Widersprüche beim Zeigenlassen gestörter Areale bzw. Erklären gestörter Modalitäten können hinweisend sein. In der Regel weichen die Angaben zur Ausdehnung eindeutig von neurologisch definierbaren Segmenten ab (Extremfall: handschuhförmige Sensibilitätsstörung in Verbindung mit schlaffer Lähmung einer Hand).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Exploration der Eltern

- Vorkommen von Symptomen (z.B. auch sog. vegetative Labilität) im gesamten familiären Umfeld, mit dem der Patient Berührung hat(te)
- Bisheriger Umgang mit gesundheitlichen Sorgen (inkl. Symptomen) in der engeren Familie
- Belastungen, individuell verstehbare Stressoren je nach zeitlicher Ausdehnung der Symptomatik (z.B. innerfamiliäre Umlenkung von Beachtung durch Erkrankung eines anderen Familienmitgliedes)
- Bekannt gewordene Stressoren sowie bisherige Umgangsweisen des Patienten damit
- Evtl. modellierend wirkende Symptome einer vorliegenden organischen Grunderkrankung (z.B. Anfallsleiden) beim Patienten selbst oder aber bei wichtigen Bezugspersonen
- Generell hinsichtlich bedrohlicher Erkrankungen bzw. ähnlicher Symptome bei wichtigen Bezugspersonen aber auch im weiteren Umfeld.

Bei **überwiegend oder ausschließlich extrafamiliärem Auftreten** ergänzende, besonders gründliche Fremdanamnese (Schule, Freizeitumfeld) nach Vertrauensanbahnung.
Ferner

- Entwicklung des Kindes/Jugendlichen
- Diagnostisches Interview mit dem Kind/Jugendlichen, Eigenanamnese
- Familienanamnese
- Schullaufbahn und Entwicklung etwaiger schulischer Leistungsschwierigkeiten, schulische Leistungsfähigkeit
- Soziale Anpassungsprobleme bzw. Ängste (z.B. Mobbing erleben)
- v.a. bei Jugendlichen: Erfragen endemischer Nachahmungsphänomene.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Exploration von Eltern und Patient (ggf. von Bezugspersonen im weiteren Umfeld)

- Angststörungen als häufigste komorbide Störungen (IV), im Kindesalter v.a. Trennungsängste bzw. Schulvermeidung
- Depressive Störungen
- Krisen im Umgang mit vorgegebener organischer Grunderkrankung
- Variables Auftreten weiterer Symptome aus dem gesamten Formenkreis der somatoformen Störungen (z.B. Hyperventilation) (V)
- Selbstverletzendes Verhalten
- Anamnestische Hinweise auf entweder akute Belastungsreaktion (eher monosymptomatischer, kurzfristiger Verlauf) oder aber auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (eher polysymptomatischer, längerfristiger Verlauf mit verzweigten, dissoziativen Verhaltens- und Erlebensmustern)
- Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ im Jugendalter (IV).

Exploration und ggf. Untersuchung auf

- Lernbehinderung
- Teilleistungsschwächen.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration der Eltern bzw. auch des Patienten hinsichtlich (vor allem neu aufgetretener) sog. abnormer psychosozialer Bedingungen, v.a. im innerfamiliären Bereich gemäß Achse V des MAS, insbesondere:

- Qualität, Krisen der elterlichen Beziehungen
- Hinweise auf mangelnde Wärme in den innerfamiliären Beziehungen
- Belastung durch psychische oder somatische Erkrankung eines Familienmitgliedes
- Verlust eines Familienmitgliedes oder engen Freundes/Freundin
- Bisheriger Umgang mit aufgetretenen Symptomen, gibt es diesbezüglich elterliche Differenzen?
- Bisher entwickelte Störungskonzepte bei Eltern wie Patient
- Bei Ausländern: Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes, Beachtung von Hinweisen auf kulturell bedingte Identitätskonflikte
- Hinweise auf sexuellen Missbrauch (III), körperliche Misshandlung, Vernachlässigung

Informationen aus Schule sowie Freundes- und Bekanntenkreis

- Schwankungen der Integration/Anpassung in letzter Zeit (Mobbing-Erlebnisse?)
- Hinweise auf leistungsbezogene Überforderung
- Hinweise auf neuere, soziale Belastungsfaktoren, z.B. Diskriminierungen, traumatisierende Erfahrungen (aggressiv, sexuell)
- Erfragen relevanter Störungskonzepte von Erziehern bzw. Gleichaltrigen (v.a. bei Jugendlichen).

Ferner

- Einschlägige Familienanamnese
- Positive Familienanamnese bezüglich psychischer Auffälligkeiten
- Aktuell und weiterhin traumatisierende Umfeldbedingungen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Testpsychologische Diagnostik

- Immer orientierende, bei Bedarf aber auch spezifischere Leistungsdiagnostik
- Erst nach gelungener Vertrauensanbahnung projektive Diagnostik und/oder psychologische Fragebögen zur Annäherung an (evtl. bewusstseinsfernere) Konflikte, Ängste
- Einsatz spezifischer Fragebögen bzw. Interviews zu dissoziativen Symptomen
- Familiendiagnostik.

Bei anhaltender, prinzipieller diagnostischer Unsicherheit sollen somatische wie auch psychiatrische Diagnostik stets parallel fortgeführt werden, v.a. zum Ausschluss progressiver neurologischer Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose, ZNS-Beteiligung bei systemischem Lupus erythematoses).

EEG, soweit angemessen bildgebende Verfahren, Video-EEG zur Differenzierung von Anfällen.

Serologische Diagnostik (Blut, Liquor) (s. aber Kap. 2.1).

2.6 Weitergehende Diagnostik

Differenzialdiagnostik

Exploration von Eltern, Patient und ggfs. weiteren Bezugspersonen:

- Bei Kindern: ADHS bzw. ADS vom sog. verträumten Typ
- (Vorübergehende) Adoleszentenkrise
- Seltener: Entwicklung einer gravierenderen neurotischen Störung (Angststörung, depressive Störung, "hysterische" Fehlentwicklung)
- Selten: isoliertes Auftreten dissoziativer Symptome im Rahmen schwerer psychischer Erkrankungen, wie z.B. einer Schizophrenie
- Simulation: eine in der Regel seltene und schwierige Differenzialdiagnose, die meist längerfristige Verhaltensbeobachtungen nötig macht und immer Hinweis auf eine gravierende psychiatrische Störung ist
- Genuine Anfallsleiden

- Somatoforme Störungen, v.a. aus F 45.3 (z.B. Hyperventilation) bzw. aus F45.4 (Schmerzen)
- Hypochondrische Störung (s. F45.2)
- Generell: organische Grunderkrankungen, deren Symptomatik sich mit derjenigen der Formenkreise F44.0-F44.6 phänomenologisch überlagern kann.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Generell gilt: Bei deutlichen, aus verschiedenen Quellen stammenden positiven Belegen für eine Psychogenese und - in der Regel bereits vorhandenen - negativen somatischen Befunden sollte somatische Diagnostik nur nach strenger Indikation wiederholt werden.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Zusammenfassung der diagnostischen Resultate unter Berücksichtigung aller aktuellen wie anamnestischen negativen, aber auch positiven somatischen Befunde, Gewichtung aller emotionalen, leistungsbezogenen sowie sozialen Auffälligkeiten als evtl. Hintergrund der Symptomentwicklung (prädisponierende, präzipitierende, perpetuierende Faktoren). Die diagnoseentscheidenden Leitsymptome sind interpretierbar als Verlust der Integration von Erinnerungen, Identitätsbewusstsein, Empfindungen sowie der willkürlichen Körperbewegung (früher als Konversionsneurose unter Hysterie klassifiziert). Es wird eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen oder unlösbaren und unbewältigten Konflikten oder gestörten Beziehungen oder Überforderungserlebnissen angenommen und insofern die Störung als psychogen angesehen. Es liegt keine körperliche Erkrankung vor, welche die Symptome erklären könnte.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Synoptische Bewertung des evtl. Stellenwerts folgender Faktoren:

- Leistungsbezogene Überforderung auf dem Hintergrund von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Achse II) und/oder Intelligenzminderung (Achse III)
- Evtl. symptomatisch bahnende, durchaus auch banale aktuelle wie weiter zurückliegende Erkrankungen (z.B. Infekte, Verletzungen), auch in der Umgebung (Achse IV)
- Ggf. modellierende Effekte chronischer Erkrankungen (Achse IV)
- Begleitende Symptome (Formenkreis somatoforme Störungen, F45) (Achse IV)
- In Kapitel 2.4 aufgeführte abnorme psychosoziale Bedingungen (Achse IV), insbesondere Vernachlässigung, Missbehandlung, sexueller Missbrauch
- Endemische Häufung bestimmter Symptome unter Gleichaltrigen (Achse V)
- Entwicklung der psychosozialen Anpassung im symptombelasteten Zeitraum (Achse VI).

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Siehe Kapitel 2.1-2.7 und 4.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Je nach Dauer, Ausprägung, Schweregrad der Symptomatik (Behinderung normaler Lebensvollzüge, psychiatrische Komorbidität) kann die Behandlung ambulant bzw. muss sie teilstationär oder stationär sein.

Ambulante Beratung/Behandlung erscheint indiziert bzw. hinreichend

- bei endemischer Häufung relativ isolierter Symptome
- bei Pubertätskrisen ohne weitere, gravierendere psychiatrische Vorgeschichte. Stationäre Therapie erscheint insbesondere indiziert, wenn ambulante Diagnostik bzw. Therapie nicht hinreichend durchführbar bzw. nicht verantwortbar erscheinen.
- Bei schweren, ausgeprägten komorbiden Störungen (emotionale Störungen, neurotische Entwicklungen)
- Bei Symptomen, die die nähere Umgebung stark tangieren (ängstigen) bzw. subjektiv unmittelbar behindern (Anfälle, Lähmungen), vor allem, wenn diese schon länger bestehen
- Wenn der Alltag (v.a. die Schule) nicht mehr bewältigt wird bzw. nur unter Einsatz

- therapeutisch kontraindizierter, weil symptomfixierender Hilfen (z.B. Rollstuhl)
- Wenn symptombestärkende familiäre Interaktionen ambulant nicht zu ändern sind
- Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Folgende Interventionen kann eine in der Regel mehrdimensionale Behandlung umfassen:

- Versuch einer Aufklärung mit anschließender Beratung bei den Rahmenbedingungen für eine ambulante Behandlung, bei Bedarf bzw. Motivation Anbahnung ambulanter Psychotherapie bzw. stützender Maßnahmen im Umfeld
- Bei stationärer Behandlungsindikation in der Regel aufwendiges Vorgespräch mit anschließender Bedenkzeit, da meist viel Misstrauen und/oder Angst zu überwinden sind. Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Misshandlung bzw. Vernachlässigung ist von vornherein an eine juristische Absicherung der stationären Unterbringung zu denken.

Innerhalb des stationären Rahmens wird ebenfalls stets mehrdimensional vorgegangen:

- Prinzipielles Annehmen des Symptoms als emotional bedeutsame Investition bzw. posttraumatischer Copingmechanismus des Patienten
- Symptomzentrierte Therapie zur Unterstützung der Aufgabe eines Symptoms durch den Patienten unter Wahrung des Gesichts (z.B. schrittweise aufbauende Krankengymnastik insbesondere auch zur Vermeidung von Langzeitfolgen (Kontrakturen) bei Lähmungen, Bewegungsstörungen)
- Verhaltenstherapeutisch orientierte Gestaltung des stationären Milieus: Ignorieren appellativ dargebotener Symptome, wiederholte Ermutigung zur Aufgabe derselben, Verstärkung symptomantagonistischer Verhaltensweisen, mithin Anbahnung grundlegender Veränderungen der bisherigen (auch familiären) Kommunikation um das Symptom
- Psychopharmakologisches wie psychotherapeutisches Angehen bestehender psychiatrischer Komorbidität
- Vorsichtig einschleichende, individuelle Deutungsangebote, allmählich sich steigernde Einbeziehung der Familie nach anfänglich aufrechter Distanzierung wegen häufig überenger (oder aber traumatisch belasteter) Bindungen
- Sorgfältige Gestaltung der Rückgliederung in das Herkunftsmilieu unter Beachtung individuell identifizierter Stressoren (Schule, Gleichaltrige) nach sicherem Ausschluss evtl. weiterhin wirksamer Traumatisierungsrisiken
- Unterstützend bei Bedarf, je nach Komorbidität: Training sozialer Kompetenzen bei entsprechenden Defiziten, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, bei Bedarf (z.B. fortwirkende Entwicklungsstörungen) entsprechende Übungsbehandlungen bzw. Reduktion von (Selbst-) Überforderungen
- Definitive Entlastung bei objektivierten Überforderungssituationen, ansteigende Belastungserprobungen im Alltagsmilieu.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Die Behandlung ist stets multidimensional.

- Prinzipielles Annehmen des Symptoms als emotional bedeutsame Investition des Patienten
- Symptomzentrierte Therapie zur Unterstützung der Aufgabe eines Symptoms durch den Patienten unter Wahrung des Gesichts
- Psychopharmakologisches sowie psychotherapeutisches Angehen bestehender psychiatrischer Komorbidität
- Vorsichtige, einschleichende Deutungsangebote
- Entlastung von Überforderungen (Fehlbesuchung!)
- Training alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten
- Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie (Aufklärung, Nutzung familiärer erzieherischer Ressourcen, Schulung in der Zuwendung symptominkompatibler Reaktionsweisen, Vermeidung sekundären Krankheitsgewinns, Klärung von Modell-Einflüssen, Klärung familiärer Konflikte).

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Chancen zu einem besonders intensiven diagnostisch-therapeutischen Herangehen an evtl. belastende Umweltfaktoren, wenn diese nicht (mehr) unmittelbar traumatisierend wirken.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Ergänzend zu den Prinzipien bei ambulanter Therapie:

- Verhaltenstherapeutisch orientierte Gestaltung des stationären Milieus: Ignorieren appellativ dargebotener Symptome, wiederholte Ermutigung zur Aufgabe derselben, Verstärkung symptomantagonistischer Verhaltensweisen, mithin Anbahnung grundlegender Veränderungen der bisherigen (auch familiären) Kommunikation um das Symptom
- Allmählich sich steigernde Einbeziehung der Familie nach anfänglich auferlegter Distanzierung wegen häufig überenger Bindungen
- Sorgfältige Gestaltung der Rückgliederung in das Herkunftsmilieu unter Beachtung individuell identifizierter Stressoren (Schule, Gleichaltrige) nach sicherem Ausschluss weiterhin wirksamer Traumatisierungsrisiken
- Unterstützend bei Bedarf, je nach Komorbidität: Training sozialer Kompetenzen bei entsprechenden Defiziten, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, bei Bedarf (z.B. fortwirkende Entwicklungsstörungen) Beginn einer entsprechenden Übungsbehandlung bzw. Reduktion von Selbstüberforderungen
- Definitive Entlastung bei objektivierten Überforderungssituationen (z.B. begabungsadäquate Umschulung)
- Parallele Behandlung einer evtl. somatischen Grunderkrankung (z.B. Anfallsleiden, primär organisch schmerzhaftes Grunderkrankung, wie z.B. rheumatisches Leiden)
- Ansteigende Belastungserprobung im Alltagsmilieu.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Jugendhilfemaßnahmen, die die Verselbstständigung unterstützen, sind sinnvoll und mit den therapeutischen Zielen abzustimmen. In Fällen von sexuellem Missbrauch bzw. Misshandlung und/oder Vernachlässigung können stationäre Jugendhilfemaßnahmen indiziert sein.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Alle symptomatischen Maßnahmen (z.B. unspezifische Medikamente), die nicht die Eigenaktivität des Patienten unterstützen
- Sonstige Hilfen im Umfeld (z.B. Hausbeschulung), welche eine "Flucht" in die Krankheit oder symbiotische Eltern-Kind-Beziehung begünstigen.

Generell ist zu allen unter 4. beschriebenen therapeutischen Schritten bzw. Strategien festzuhalten, dass die wissenschaftliche Bewertung ihrer Wirksamkeit bislang weitgehend auf zusammengetragenem Erfahrungswissen respektierter Experten beruht (V).

Literatur:

1. Bauer J, Reuber M, Psychogene nichtepileptische Anfälle. Dtsch Ärztebl (2003), 100 (30), 2013-2018
2. Brunner R, Resch F (2003) Dissoziative und somatoforme Störungen. In: Herpertz-Dahlmann B et al., Entwicklungspsychiatrie, Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Schattauer, Stuttgart, New York
3. Brunnhuber ST, Konversion, Dissoziation und Somatisierungsstörung aus affektpsychologischer Sicht. Zur Begriffsbestimmung, Differentialdiagnose und theoretischem Hintergrund dreier wichtiger psychosomatischer Syndrome. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie (2000), 48 (1), 57-71
4. Gudmundsson O et al., Outcome of pseudoseizures in children and adolescents: a 6-year symptom survival analysis. Developmental Medicine & Child Neurology (2001), 43 (8), 547-51
5. Jans T, Warnke A, Der Verlauf dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter - eine Literaturübersicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (1999), 27, 139-150
6. Kisiel CL, Lyons JS, Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. American Journal of Psychiatry (2001), 158 (7), 1034-1039
7. Nowak M, Psychogene Lähmungen im Kindes- und Jugendalter. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother (2002), 30 (3), 199-210
8. Schmitt GM, Kurlmann G, Bedeutung der Serumprolaktinbestimmung in der Differentialdiagnose psychogener Anfälle - dargestellt an zwei Fallbeispielen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1990), 18, 30-35
9. Spitzer C et al., Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. Psychiatrische Praxis (1996), 23, 63-68
10. Remschmidt H (Hrg.) (1997) Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Georg Thieme, Stuttgart, New York
11. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (2001) Multiaxiale Klassifikation für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

E. Kammerer, A. Warnke, T. Bickhoff

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

E. Kammerer, A. Warnke

Korrespondenz an:

Prof. Dr. Emil Kammerer
Univ.-Kinderklinik
Bereich Psychosomatik
Domagkstraße 3 b
48149 Münster

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkühl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinie](#)

Zurück zur [AWMF 4. Seite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 16.01.2008; 12:58:29