

# Geschlechtsunterschiede bei dissoziativen Störungen

**P**sychoische Erkrankungen bzw. Gesundheit einerseits und biologisches wie soziokulturelles Geschlecht (Gender) andererseits haben seit jeher die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Besonderen beschäftigt. Bereits die Urväter wissenschaftlicher Medizin, wie Hippokrates von Kós und Galen, setzten sich mit dieser Thematik auseinander [1]. Die moderne Psychiatrie hat deren Erkenntnisse aufgegriffen und vertieft. Interessanterweise ist dabei jedoch das Augenmerk weniger auf geschlechtsspezifische Aspekte im Allgemeinen als auf Frauenspezifika im Besonderen gelegt worden: Postpartale Depression, postpartale psychotische Störungen, prämenstruelles Syndrom und klimakterische Depression zeugen von dieser relativen Einseitigkeit [1]. Die Dominanz von „Frauenthemen“ spiegelt sich auch auf institutioneller Ebene wider. Ende 1997 wurde die „Arbeitsgemeinschaft für die psychische Gesundheit von Frauen“ gegründet, die seit 1999 „Gesellschaft für die psychische Gesundheit von Frauen“ (GPGF) heißt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) richtete 2001 ein Referat für „Frauen- und geschlechtsspezifische Fragen in der Psychiatrie“ ein.

Auch in der Wissenschaft sind geschlechtsspezifische Aspekte, vor allem aus soziokultureller Perspektive, zunehmend aufgegriffen worden. So zeigt beispielsweise eine Literaturrecherche Anfang März 2007 in der medizinischen Datenbank MEDLINE unter den Stichworten „gender“ und „mental health“ 2239 Einträge und 14.114 Einträge für die Suchbegriffe „gender“ und „mental ill-

ness“. Dabei lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg beobachten: Während 1980 unter den letztgenannten Stichwörtern 51 Publikationen erschienen, waren es 1990 bereits 318, 2000 immerhin schon 832 und 2006 1245.

Allein diese Zahlen verdeutlichen, dass eine umfassende Darstellung geschlechtsspezifischer Aspekte von psychischer Gesundheit bzw. psychischen Störungen den Rahmen dieses Beitrages bei Weitem sprengen würde – hier sei auf hervorragende Literatur verwiesen [1, 2]. Wir beschränken uns daher beispielhaft auf die Erörterung der Relevanz des biologischen und soziokulturellen Geschlechts im Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen und Störungen. Dabei scheint es zunächst sinnvoll, einen kurzen historischen Abriss und eine Begriffsbestimmung voranzustellen.

## Historischer Abriss und Begriffsbestimmung

Die Kategorie der dissoziativen Störungen, die sowohl die dissoziativen Bewusstseinsstörungen als auch die pseudoneurologischen Konversionsstörungen umfasst, ist aus der „alten Hysterie“ hervorgegangen [3, 4]. Dieser Terminus leitet sich von dem griechischen Wort für Gebärmutter ab (hystera): So vermuteten die Griechen in der perihippokratischen Ära, dass eine im Körper umherwandernde Gebärmutter für die vielfältige „hysterische“ Symptomatik verantwortlich sei. Obwohl sich historisch nicht genau nachzeichnen lässt, ob und wie diese Modellvorstellungen möglicherweise aus der ägyptischen Hochkultur um 2000 v. Chr. in den grie-

chischen Kulturraum übernommen wurden [5], so fanden sie weite Verbreitung und vielfältigen Niederschlag. Bereits Platon formuliert im 44. Kapitel seines Timaios-Dialogs (91c): „Aus eben demselben Grunde aber empfindet es das, was man bei den Frauen Gebärmutter und Mutterscheide nennt, welches als ein auf Kinderzeugung begieriges Lebendiges in ihnen ist, dies empfindet es mit schmerzlichem Unwillen, wenn es länger, über die rechte Zeit hinaus unfruchtbar bleibt, und schafft, indem es dann allerwärts im Körper umherschweift und durch Versperren der Durchgänge das Atemholen nicht gestattet, große Beängstigung sowie es noch andere Krankheiten aller Art herbeiführt; ...“ [6].

Dieses Zitat verweist in aller Deutlichkeit auf die psychosexuelle Dimension der Hysterie, die als reine Frauenkrankheit konzipiert wurde und bei der die Sexualität sowie die gesellschaftliche Stellung der Frau eine entscheidende Rolle spielen. Es wäre daher auch eine Verkürzung, die Hysterie lediglich als eine bloße medizinische Entität zu begreifen; vielmehr zeigt ihre wechselvolle Geschichte, dass sich in ihr und durch sie gleichermaßen die herrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse und das Aufbegehren gegen diese ausdrücken [7, 8]. An der historischen Entwicklung der Hysterie lassen sich immer wieder das jeweils aktuelle Geschlechterverhältnis und die Einstellungen zur Sexualität aufzeigen, etwa, wenn im Mittelalter hysterische Frauen als Hexen verbrannt wurden.

Die psychosexuelle Dimension dieser Erkrankung (und damit ihre Gender-Aspekte) spiegeln sich auch in den ersten

systematisch-wissenschaftlichen Ansätzen der Neuzeit wider, die in der Neurologie des 19. Jahrhunderts insbesondere in Frankreich entwickelt wurden [7]. Hier ist als zentrale Figur Jean-Martin Charcot zu nennen, der 1862 Chefarzt einer großen Abteilung an der Pariser Salpêtrière wurde und ein neurologisches Forschungszentrum einrichtete, in dem er exakte klinische Untersuchungen und Falldemonstrationen durchführte. 1870 übernahm er eine spezielle Abteilung mit „Krampfkranken“ und wandte sein wissenschaftliches Interesse daher der Differenzialdiagnose der epileptischen und hysterischen Krämpfe und damit der Erforschung der rätselhaften Hysterie zu. Nach Charcots Auffassung waren die beobachteten Phänomene nicht simuliert, sondern Ausdruck einer echten Erkrankung. Er war beeindruckt von anderen hysterischen Phänomenen wie Anästhesien oder Störungen des Sehannes. Sein besonderes Verdienst war es, auf die psychologische Dimension des Krankheitsgeschehens aufmerksam zu machen, indem er hysterische Symptome unter Hypnose auflöste, bzw. induzierte. Dies gelang ihm auch bei funktionellen Lähmungen nach Eisenbahnunfällen, von denen hauptsächlich Männer betroffen waren. Folgerichtig hielt Charcot die posttraumatischen Lähmungen für eine Form der Hysterie, die er somit nicht mehr als ausschließliche Frauenkrankheit verstand.

Und dennoch: In seinen öffentlichen Dienstagsvorlesungen (■ **Abb. 1**), die ein (fast) ausschließlich männliches Publikum aus Medizinern, Intellektuellen, Künstlern und Bon Vivants magnetisch anzog, präsentierte er Patientinnen in ihrem Leid und experimentierte an und mit ihnen seine Beobachtungen durch. Diesen – unter dem Deckmantel strenger Wissenschaftlichkeit durchgeführten – öffentlichen Zurschaustellungen wohnte der Charakter einer unbewussten Inszenierung inne, bei der die Rollen und Machtverhältnisse klar verteilt waren. Im Sinne des soziokognitiven Modells von Spanos [9] ließe sich das Geschehen zwischen Patientinnen und Behandlern mit ihren je eigenen Erwartungen, Wünschen und Überzeugungen vor dem Hintergrund des spezifischen institutionellen Rahmens als die Matrix interpretieren, die die Hysterie



Abb. 1 ▲ Ausschnitt aus *Une Leçon Clinique de Charcot* (Gemälde von P.A. Brouillet, 1887)

hervorbringt. Didi-Huberman spricht geradezu von der „Erfindung der Hysterie“ [10].

Zu denjenigen, die sich von Charcot für die Hysterie begeistern ließen, gehörten auch seine Schüler Pierre Janet und Sigmund Freud. Beide griffen seine Überzeugungen auf, dass der Hysterie keine organischen Ursachen zugrunde liegen, sondern vielmehr psychische Mechanismen, die eng mit belastenden, gar traumatischen Erlebnissen zusammenhängen. Nach Janet, der den Terminus der Dissoziation (im französischen Original heißt es synonym „*désagrégation*“) prägte, konstituieren „psychologische Automatismen“, die in ihrer Gesamtheit in einem phänomenalen Bewusstsein vereint sind, das mentale Leben. Durch äußere belastende Erfahrungen kann es zu einer Abspaltung oder Dissoziation einzelner Elemente aus dem Bewusstsein kommen, die in der Folge eigendynamisch wirken und so die vielfältigen hysterischen Symptome hervorrufen. Die Bereitschaft zu dieser Dissoziation hängt dabei nicht allein von der Schwere des Traumas, sondern vielmehr von der individuellen Konstitution und Disposition ab. Somit entwickelte Janet ein Diathese-Stress-Modell von Dissoziation.

Obwohl Freud in seinen ersten Überlegungen zur Ätiopathogenese hysterischer Symptome durchaus Bezug auf Janets Dissoziationskonzept nahm, verstand er darunter jedoch weniger einen Pro-

zess als einen Bewusstseinszustand, der häufig durch traumatische Erfahrungen ausgelöst wird. Wesentlich für die hysterische Symptombildung war für ihn aber der Mechanismus der Konversion, „jener rätselhafte Sprung aus dem Seelischen ins Körperliche“. Im Verlauf der psychoanalytischen Theoriebildung wurde die Bedeutung äußerer Traumata zugunsten intrapsychischer Konflikte relativiert. (Für eine ausführliche Darstellung der sogenannten Verführungstheorie und ihrer Aufgabe sei auf andere Arbeiten [11] verwiesen.) Für die Psychodynamik der hysterischen Neurose postulierte Freud einen genitalsexuellen Triebwunsch, der mit inneren Normen unvereinbar ist und folglich aus dem Bewusstsein verdrängt wird. Die seelische Energie, die an diesen Triebwunsch gekoppelt ist, wird dann qua Konversion in ein hysterisches Körpersymptom umgewandelt, wobei das Symptom den Konflikt symbolhaft darstellt. Während Freud sein Hysteriekonzept für Körpersymptome ausschließlich im Bereich der Willkürmotorik, der Sensibilität und des Sensoriums entwickelte, wurde es in der Folgezeit auch auf andere körperliche Beschwerden, wie z.B. Schmerzen oder Funktionsunregelmäßigkeiten von autonom innervierten Organen, ausgeweitet. Zudem zeigte sich, dass nicht nur ödipale, sondern auch durchaus andere Konflikte oder Konfliktkonstellationen einer hysterischen Neurose zugrunde liegen

können. Ebenfalls wurde deutlich, dass sogenannte hysterische Charakterzüge wie Emotionalisierung und Dramatisierung bzw. eine hysterische Persönlichkeit nicht überzufällig häufig bei Patienten mit Konversionssymptomen vorkommen, sondern auch durchaus bei anderen Neuroseformen. Entsprechend charakterisiert die Psychoanalyse heute den hysterischen Modus als eine „unbewusste Inszenierung“, die weitgehend störungsunspezifisch ist [12].

Trotz dieser zum Teil sehr elaborierten Modellvorstellungen zur Hysterie kam es in der Folgezeit nicht zu einer Vereinheitlichung der verschiedenen theoretischen Strömungen. Vielmehr wurde immer deutlicher, dass die Hysterie keine einheitliche Störung darstellt. Dies spiegelt sich auch in einer Vielzahl konkurrierender Begriffe zur Kennzeichnung der verschiedenen psychischen und körperlichen Phänomene ohne ausreichendes organisches Korrelat wider. Daher war es im Zuge der Entwicklung der operationalisierten Diagnosen- und Klassifikationssysteme nur folgerichtig, dass das unscharfe und überfrachtete Hysteriekonzept aufgegeben, bzw. differenziert wurde. Aus ihm gingen die dissoziativen, somatoformen und Konversionsstörungen sowie die histrionische Persönlichkeitsstörung hervor. Allerdings beschreiten die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) [13] und die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual für psychische Störungen (DSM-IV) [14] unterschiedliche Wege in der Art der Ausdifferenzierung: So versteht das DSM unter den dissoziativen Störungen ausschließlich solche, die sich auf psychischem und Bewusstseinsniveau manifestieren; hingegen führt die ICD die dissoziativen Störungen auf psychischer Ebene mit den pseudo-neurologischen Konversionsstörungen in einer Kategorie zusammen. Für diese Arbeit beschränken wir uns im Folgenden auf dissoziative Symptome und Störungen im engeren Sinne, also auf die dissoziativen Bewusstseinsstörungen. Diese sind durch einen teilweisen oder vollständigen Verlust der normalerweise gelingenden Integration der (autobiographischen) Er-

Tabelle 1

Vergleich der FDS-Gesamt- und Subskalenwerte zwischen Frauen und Männern unter Kontrolle von Alter und Psychopathologie						
	Frauen (n=433)		Männer (n=357)		ANOVA	
	M	SD	M	SD	F	p
FDS	9,4	9,2	8,7	8,4	1,471	0,226
– Amnesie	5,3	8,2	6,1	7,7	8,995	0,003
– Absorption	14,6	13,1	14,2	11,9	2,613	0,106
– Derealisation	7,1	11,7	5,4	9,5	0,516	0,473
DES-Taxon	5,5	9,2	4,7	7,5	0,104	0,747

*FDS Fragebogen zu dissoziativen Symptomen*

innerung und des Identitätsbewusstseins gekennzeichnet, wobei eine im weitesten Sinne psychische Verursachung angenommen wird und keine ausreichende körperliche Ursache für die Symptome vorliegt [3, 13]. Auf Symptom- bzw. Syndromebene lassen sich dabei drei wesentliche Bereiche differenzieren:

- Amnesie,
- Absorption und imaginative Erlebnisweisen,
- Depersonalisation und Derealisation bis hin zu einem fragmentierten Ich-Bewusstsein.

Auf kategorialer bzw. Störungsebene gehören zu den dissoziativen Bewusstseinsstörungen:

- die dissoziative Amnesie,
- die dissoziative Fugue,
- der dissoziative Stupor,
- Trance- und Besessenheitszustände,
- das Ganser-Syndrom,
- die multiple Persönlichkeitsstörung, die im DSM-IV mittlerweile als dissoziative Identitätsstörung (dissociative identity disorder [DID]) bezeichnet wird sowie
- die Depersonalisationsstörung, die jedoch nur im DSM-IV zu den dissoziativen Störungen gerechnet, hingegen in der ICD-10 unter den anderen neurotischen Störungen aufgeführt wird.

### Geschlechtsspezifische Epidemiologie dissoziativer Symptome und Störungen

In verschiedenen Studien mit repräsentativen Allgemeinbevölkerungsstichproben

berichteten 5% über erhebliche dissoziative Phänomene [15]; allerdings wurde völlig zu Recht gefragt, ob es sich dabei um Symptome von Krankheitswert handelt. Daher wurde das Dissoziationskonstrukt auf seine pathologische Dimension eingeschränkt (Übersicht bei [15]) und in der Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz zwischen 2 und 3,3% gefunden.

Dabei ist die Befundlage zu Geschlechtsunterschieden insgesamt widersprüchlich: Während die Mehrzahl der Studien an nichtklinischen Probanden keine Differenzen feststellte, berichteten andere über höhere Dissoziationswerte bei Frauen; wieder andere fanden einen Zusammenhang zwischen pathologischer Dissoziation und dem männlichen Geschlecht (Übersicht bei [16]). Während eine ältere Metaanalyse [17], die insgesamt 19 Untersuchungen mit klinischen und nichtklinischen Stichproben auswertete, zu dem Ergebnis kommt, dass sich auf der Symptomebene Frauen und Männer bezüglich ihrer dissoziativen Psychopathologie nicht unterscheiden, fallen neuere Untersuchungen weniger eindeutig aus. Beispielsweise punkteten in einer großen Multicenterstudie mit 1566 klinischen und nichtklinischen Teilnehmern Frauen signifikant höher; allerdings verschwand dieser Effekt, nachdem für die Diagnosen kontrolliert worden war [18].

Problematisch ist bei den zitierten Studien, dass erstens in der Regel der konfundierende Einfluss allgemeiner Psychopathologie und des Alters nicht kontrolliert wurde und zweitens nur der Gesamtwert der Dissociative Experiences Scale (DES) berichtet wurde. Die DES [19] ist der Goldstandard unter den Selbstbeurtei-

lungsverfahren zur Erfassung dissoziativer Symptome, u. a. wegen seiner guten psychometrischen Eigenschaften, seiner guten Praktikabilität und nicht zuletzt seiner internationalen Verbreitung [20]. Eine autorisierte deutsche Version liegt als Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) vor [21]. Neben einem Gesamtwert können Subskalen gebildet werden, die die verschiedenen Facetten des Dissoziationskonstruktes widerspiegeln (siehe oben).

In einer eigenen Studie [16] mit nicht-klinischen Probanden und psychiatrischen Patienten gingen wir der Frage nach Geschlechtsunterschieden auf dimensionaler respektiver Symptomebene nach. In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen [17] zeigte sich dabei, dass dissoziative Phänomene gering, jedoch signifikant mit dem Alter ( $r = -.08$ ;  $p = .023$ ) korrelierten, d. h. je jünger, desto mehr dissoziative Symptome. Eine vergleichsweise hohe Korrelation bestand auch mit dem Ausmaß psychopathologischer Beeinträchtigung (gemessen mit dem Global-Severity-Index der Symptom Checkliste-90;  $r = .59$ ;  $p < .001$ ). Unter Berücksichtigung dieser Variablen ergab sich in einem varianzanalytischen Vergleich von 433 Frauen und 357 Männern lediglich ein signifikanter Unterschied bezüglich dissoziativer Amnesie mit einem höheren Wert für die Männer (■ **Tabelle 1**).

Während sich also die Hinweise mehr, dass auf der Symptomebene kaum geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen, wird von klinischer Seite in der Regel die Ansicht vertreten, dass dissoziative Störungen fast ausschließlich bei Frauen zu finden sind. Harte Daten liegen dabei nicht oder nur sehr begrenzt vor. So wird angenommen, dass die ohnehin sehr seltene dissoziative Fugue in Friedenszeiten bei Frauen und Männern gleich häufig vorkommt, in Kriegen jedoch wohl öfter bei Männern [22]. Bei dem ebenfalls seltenen Stupor überwiegen Frauen mit etwa 75 % [23]. Während von den dissoziativen Trance- und Besessenheitszuständen mehr Frauen betroffen sind (etwa 3:1), scheint das Geschlechtsverhältnis beim Ganser-Syndrom umgekehrt zu sein, das vermutlich häufiger in Gefangenschaftssituationen auftritt (Übersichten bei [24, 25]). Hinsichtlich der dissoziativen Iden-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:46–52  
DOI 10.1007/s00103-008-0418-8  
© Springer Medizin Verlag 2008

C. Spitzer · H. J. Freyberger

### Geschlechtsunterschiede bei dissoziativen Störungen

#### Zusammenfassung

Das Verhältnis zwischen psychischen Erkrankungen und biologischem wie soziokulturellem Geschlecht hat die Medizin seit der Antike beschäftigt. Prototyp eines vermeintlich frauenspezifischen Leidens ist die Hysterie; bereits der Begriff (von griechisch *hystera*) verweist auf eine psychosexuelle Dimension, in der die Einstellung zur Sexualität und das gesellschaftlich herrschende Geschlechterverhältnis zum Ausdruck kommen. Die wechselvolle Geschichte der Hysterie zeigt zudem, dass Krankheit keineswegs rein biologisch determiniert ist, sondern in erheblichem Umfang durch soziokulturelle Einflüsse geprägt wird, etwa im Umgang mit den Hysterikerinnen. Auch heute wird mehrheitlich angenommen, dass die dissoziativen Symptome und Störungen, die seit der Einführung der operationalen Klassifikationssysteme die klassische Hysterie beerbt ha-

ben, ganz überwiegend bei Frauen vorkommen. Empirische Untersuchungen mit anspruchsvollen psychometrischen Instrumenten haben jedoch sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei den unterschiedlichsten klinischen Stichproben übereinstimmend gezeigt, dass dissoziative Symptome keine geschlechtsspezifische Verteilung zeigen. Auch die vermeintliche Häufung dissoziativer Störungen bei Frauen scheint von den gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen abzuhängen, denn die betroffenen Männer finden sich wesentlich seltener im Gesundheits- als im Justizsystem, d. h. in Gefängnissen oder forensischen Kliniken.

#### Schlüsselwörter

Hysterie · Dissoziation · Trauma · Multiple Persönlichkeitsstörung · Gender

### Gender differences in dissociative disorders

#### Abstract

The relationship between mental illness, on the one hand, and sex and gender, on the other hand, has received interest since the beginning of medicine in antique times. A prototypical example of a seemingly woman-specific disease is hysteria. The term itself, which is derived from the Greek word for womb, denotes a psychosexual dimension comprising the current attitude towards sexuality and the dominating gender relationship. In addition, the colourful history of hysteria indicates that illness is not exclusively determined by biological factors, but also significantly by socio-cultural influences, for example in the treatment of hysterical women. Even nowadays, there is a wide-spread belief that dissociative symptoms and disorders, which have succeed-

ed hysteria in current classification systems, are predominantly seen in women. However, empirical studies in the general population and in different clinical samples using sound instruments have indicated that dissociative symptoms do not differ between the genders. The seemingly dominance of dissociative disorders in women may also depend on the socio-cultural context, because men with dissociative disorders usually do not enter the general health system, but rather the legal system, i.e. they can be found in jail or forensic institutions.

#### Keywords

hysteria · dissociation · trauma · multiple personality disorder · gender



titätsstörung (DID) wird allgemein von einem deutlichen Überwiegen des weiblichen Geschlechts ausgegangen, wobei die Anzahl weiblicher Betroffener je nach Studie und Untersuchungsinstrumentarium zwischen 86 und 100 % schwankt (Übersicht bei [26, 27]). Es wurde jedoch kritisch eingewandt, dass dieses Geschlechtsverhältnis wahrscheinlich ein Stichprobenartefakt darstellt und dass möglicherweise Männer mit einer DID nicht im Gesundheitswesen, sondern vielmehr im Justizsystem anzutreffen seien [28].

Diese Vermutung konnte – zumindest partiell – von unserer Arbeitsgruppe bestätigt werden [26]. In einer Untersuchung einer ausschließlich männlichen Stichprobe von 51 psychisch kranken Straftätern, die zum Studienzeitpunkt forensisch hospitalisiert waren, wurde bei knapp einem Viertel eine dissoziative Störung mittels des strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV-Dissoziative Störungen (SKID-D) [29] diagnostiziert. Dabei führte die nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (dissociative disorder, not otherwise specified; DDNOS) vor der Amnesie und der Depersonalisationsstörung. Einen Zusammenhang mit der Deliktform konnten wir nicht feststellen. Zum Vergleich: Bei 115 konsekutiven Aufnahmen einer deutschen psychiatrischen Universitätsklinik konnte mit dem gleichen Untersuchungsverfahren bei 5 Frauen (4,5 % der gesamten Stichprobe) eine dissoziative Störung festgestellt werden, jedoch bei keinem Mann, obwohl immerhin 55 Männer eingeschlossen wurden [30]. Es zeigt sich mithin, dass Aussagen zu einer potenziellen geschlechtsspezifischen Verteilung bzw. Häufung dissoziativer Störungen offensichtlich nur mit größter Zurückhaltung und unter Berücksichtigung des soziokulturellen Rahmens getroffen werden können. Dies gilt für die Mehrzahl der psychischen Erkrankungen, insbesondere auch für depressive Störungen [31].

### Dissoziation, Trauma und Geschlecht

Bereits Charcot, Janet und Freud beobachteten einen Zusammenhang zwischen belastenden, gar traumatischen Erfah-

rungen und dissoziativen Symptomen. Diese Beobachtung wird von den aktuellen psychiatrischen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 insofern aufgegriffen, als dass dissoziative Symptome zu den diagnostischen Kriterien der akuten Belastungsreaktion und der posttraumatischen Belastungsstörung zählen [13, 14]. Die posttraumatische Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder, PTSD) ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen nach einem die psycho-physische Integrität bedrohenden Trauma ein charakteristisches Symptommuster mit 3 zentralen Syndrombereichen entwickeln:

- Intrusionen („Erinnerungsdruck“ mit Alpträumen und Flash-backs),
- Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (hierzu gehören auch die dissoziative Amnesie für traumaassoziierte Inhalte und Depersonalisation),
- Hyperarousal (vegetative Übererregbarkeit mit Schreckhaftigkeit, Konzentrationsdefiziten etc.).

Sowohl nordamerikanische als auch europäische Allgemeinbevölkerungsstudien haben übereinstimmend gezeigt, dass Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer an einer PTSD erkranken [32]. Interessanterweise sind jedoch Männer insgesamt deutlich öfter traumatischen Erlebnissen ausgesetzt als Frauen. Dieser Befund wird im Wesentlichen durch Merkmale des Traumas und Geschlechtsspezifika erklärt. Zum einen haben Frauen eine möglicherweise biologisch determinierte höhere Vulnerabilität, nach Traumaexposition eine PTSD zu entwickeln als Männer. Zum anderen sind Frauen stärker interpersonellen und schwerwiegenden Traumatisierungen ausgesetzt. Diese wiederum haben eine größere Potenz, eine PTSD zu induzieren, als andere Traumaformen, wie beispielsweise Naturkatastrophen [33]. Neben der Art des Traumas spielt auch der Zeitpunkt der Traumatisierung eine entscheidende Rolle: Je früher in der biographischen und psychosexuellen Entwicklung ein Mensch traumatisiert wird, desto größer sind die negativen Auswirkungen auf die seelische Gesundheit.

Gerade im Kontext der sogenannten multiplen Persönlichkeitsstörung ist die-

ser Zusammenhang sehr ausgiebig untersucht worden. Dabei hat sich gezeigt, dass über 90 % der Betroffenen in ihrer Kindheit komplexen und chronischen Misshandlungen einschließlich sexuellem, körperlichem und emotionalem Missbrauch sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung ausgesetzt waren [27]. Weil landläufig angenommen wurde bzw. wird, dass die Opfer von Kindesmisshandlungen ganz überwiegend Mädchen sind, liegt natürlich auch die Vermutung nahe, dass dissoziative Symptome und Störungen häufiger bei Frauen zu finden sind.

Neuere Studien zur Prävalenz von Traumatisierungen in der Kindheit haben jedoch gezeigt, dass diese Annahmen so nicht haltbar sind. Die internationale Epidemiologie zum sexuellen Kindesmissbrauch als Extremvariante kindlicher Misshandlungen deutet beispielsweise darauf hin, dass Mädchen „nur“ zwischen 1,5- bis 3-mal häufiger betroffen sind als Jungen; insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass zwischen 7 und 36 % der Frauen und 3 bis 29 % der Männer in der Kindheit Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sind [34]. Auch die bundesdeutsche Kriminalstatistik für 2005 spiegelt dieses Muster wider: So wurden 13.962 Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern nach § 176 StGB erfasst; unter den Opfern waren 23,2 % Jungen und 76,8 % Mädchen, was einem Verhältnis von ca. 3:1 entspricht [35].

Das vermeintlich häufigere Vorkommen von Dissoziation bei Frauen lässt sich somit nicht ohne Weiteres damit erklären, dass Frauen exzessiv häufiger als Männer in ihrer Kindheit traumatischen Einflüssen ausgesetzt waren. Hinzu kommt, dass jüngere Arbeiten zunehmend Zweifel an einer monokausalen Assoziation von (Kindheits-)Trauma und Dissoziation anmelden [36]. Vor diesem Hintergrund ist eine gesunde Skepsis berechtigt, wenn in populärwissenschaftlichen Büchern zur multiplen Persönlichkeitsstörung als eine von 4 Voraussetzungen zur ihrer Entstehung das weibliche Geschlecht genannt wird. Kommt der apodiktische Hinweis hinzu, dass „Frauen ... das gequälte Geschlecht (sein), Männer das quälende“ ([37] S. 38), so drängt sich unwillkürlich die Frage auf, ob hier nicht Ideologien,

Vorurteile und überalterte Geschlechtsstereotypen aufscheinen.

## Diskussion

In der medizinischen Fachwelt hält sich nach wie vor das hartnäckige Gerücht, dass es sich bei der Gruppe hysterischer Störungen, die heute zu einem beträchtlichen Anteil unter dem Konzept der dissoziativen Störungen zusammengefasst werden, um charakteristische Erkrankungen von Frauen handelt und dass nur eine ausschließlich geschlechtsspezifische Perspektive der Erkrankung und den Betroffenen gerecht werden kann. Wie in diesem Beitrag gezeigt wurde, stellen sich die Verhältnisse – betrachtet man die empirische Studienlage – komplexer dar, sodass bestimmte klassische klinische Konzepte einer Revision bedürfen. Für dissoziative Symptome und Störungen ist eine zumindest partielle, ausgeglichene, geschlechtsbezogene Verteilung anzunehmen. In der Gewichtung realtraumatisierender Ereignisse wie Gewalterfahrungen und sexueller Missbrauch ist die Anzahl männlicher Betroffener wahrscheinlich über Jahre systematisch unterschätzt worden, da vielfach klinische Inanspruchnahmepopulationen untersucht wurden, die den weiblichen Anteil systematisch überschätzen. Selbst für die histrionische Persönlichkeitsstörung, die einen Anteil des traditionellen Konzepts der hysterischen Neurose auf Persönlichkeitsstörungsniveau in den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV abbildet, wird in den neueren Studien kein geschlechtsspezifischer Prävalenzunterschied gefunden: Frauen und Männer erkranken daran gleich häufig [38].

Was könnten diese Befunde für die Diagnostik und das therapeutische Vorgehen bedeuten? Überschätzen vielleicht Psychotherapeuten systematisch „hysterische“ Phänomene bei Frauen und unterschätzen sie diese bei Männern? Jenseits solcher Erwägungen liegt eine Reihe von Hinweisen vor, dass Psychotherapeuten unabhängig von ihrer theoretischen Ausrichtung wesentlich schlechter und seltener als selbst dissoziativ erkrankte Menschen dissoziative Phänomene bei Patienten diagnostizieren – und zwar gleichermaßen bei Frauen und Männern [39].

Daher könnte es sein, dass professionelle Behandler möglicherweise nur sehr begrenzt zur Identifizierung und Korrektur dissoziativer Symptome beitragen können. Dementsprechend wurde erwogen, dass störungsspezifische Gruppenpsychotherapien in diesem Bereich unter Umständen wirksamer sein könnten [39, 40]. Entgegen einer breiten Diskussion in den 1960er- und 1970er-Jahren – vor allem in der psychodynamischen Psychotherapie – liegen zudem bisher keine quantitativ empirischen Ergebnisse, geschweige denn kontrollierte Studien, vor, die eine postulierte bessere Wirksamkeit einer geschlechtsspezifischen Psychotherapie in diesem Bereich belegen. Die Frage, ob Psychotherapeutinnen mit Patientinnen tatsächlich erfolgreicher sind als ihre männlichen Kollegen, muss damit als empirisch bisher nicht beantwortet qualifiziert werden.

## Korrespondierende Autoren

**PD Dr. med. Carsten Spitzer ·  
Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald im Hanse-Klinikum Stralsund  
Rostocker Chaussee 70  
18437 Stralsund, BRD  
E-Mail: spitzer@uni-greifswald.de  
freyberg@uni-greifswald.de

## Literatur

1. Rohde A, Marneros A (2007) Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart
2. Riecher-Rössler A, Bitzer J (2004) Frauengesundheit. Ein Leitfadens für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Urban & Fischer, München
3. Fiedler P (2001) Dissoziative Störungen und Konversion. Psychologie Verlags Union, Weinheim
4. Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler C (1996) Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. Psychiatr Prax 23:63–68
5. Merskey H (1995) The analysis of hysteria. Understanding conversion and dissociation. Gaskell, London
6. Platon (1964) Timaios. In: Grassi E (Hrsg) Platon. Sämtliche Werke nach der Übersetzung von Friedrich Schleiermacher. Rowohlt, Reinbek
7. Ellenberger HF (2005) Die Entdeckung des Unbewussten. Diogenes, Zürich
8. Greß H (1996) Über die soziale Botschaft der Hysterie. In: Seidler GH (Hrsg) Hysterie heute. Enke, Stuttgart, S 194–210

9. Spanos N (1996) Multiple identities and false memories: a sociocognitive perspective. American Psychological Association, Washington, D.C.
10. Didi-Huberman G (1997) Erfindung der Hysterie: Die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot. Fink, München
11. Krutzenbichler S (2000) Sexueller Missbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart. In: Egle TU, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, S 115–125
12. Mentzos S (1986) Hysterie. Fischer, Frankfurt/Main
13. Dilling H, Mombour W, Schmidt M (2000) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
14. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
15. Spitzer C, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ (2007) Pathologische Dissoziation – ein sinnvolles Konzept? Trauma Gewalt 1:34–44
16. Spitzer C, Klauer T, Grabe HJ, et al. (2003) Gender differences in dissociation. A dimensional approach. Psychopathology 36:65–70
17. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C (1996) The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experience Scale. Clin Psychol Rev 16:365–382
18. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, et al. (1996) Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. J Nerv Ment Dis 184:673–679
19. Carlson EB, Putnam FW (1993) An update on the dissociative experience scale. Dissociation 6:16–27
20. Spitzer C (2004) Psychometrische Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart, S 311–320
21. Spitzer C, Stieglitz RD, Freyberger HJ (2005) Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS). Huber, Bern
22. Hoffmann SO (2004) Die Dissoziative Fugue. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart, S 144–152
23. Spitzer C (2004) Der dissoziative Stupor. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart, S 144–152
24. Dammann G (2004) Das Ganser-Syndrom. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart, S 188–194
25. Dammann G (2004) Besessenheits- und Trancezustände. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart, S 161–174
26. Spitzer C, Liss H, Dudeck M, et al. (2003) Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. Int J Law Psychiatry 26:281–288
27. Gast U (2004) Die dissoziative Identitätsstörung. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer, Stuttgart, S 195–225
28. Klüft RP (1996) Dissociative identity disorder. In: Michelson LK, Ray WJ (eds) Handbook of dissociation. Plenum Press, New York, pp 337–366
29. Gast U, Oswald T, Zündorf F, Hoffmann A (2000) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Hogrefe, Göttingen

30. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM (2001) Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 189:249–257
31. Lucht M, Schaub RT, Meyer C, et al. (2003) Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *J Affect Disord* 77:203–211
32. Breslau N (2001) The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *J Clin Psychiatry* 62:16–22
33. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 55:626–632
34. Finkelhor D (1994) The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 18:409–417
35. Bundeskriminalamt (2005) Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2005. Eigenverlag, Wiesbaden
36. Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, Fergusson DM (1998) Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 155:806–811
37. Huber M (1995) Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Fischer, Frankfurt am Main
38. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65:948–958
39. Freyberger HJ, Spitzer C (2005) Zur Wahrnehmbarkeit dissoziativer Phänomene in der Psychotherapie. *Psychodynam Psychother* 3:128–135
40. Freyberger HJ, Drescher A, Dierse B, Spitzer C (1996) Psychotherapeutic outcome among inpatients with neurotic and personality disorders with and without benzodiazepine dependence syndrome. *Eur Addiction Res* 2:53–61

### D. A. Vagts (Hrsg.) Suchtmittel in der AINS

Heidelberg: Springer 2007, 191 S., 6 Abb., 18 Tab. (ISBN 978-3-540-33733-1), broschiert, 44.95 EUR

Dierk Vagts hat als Herausgeber und Autor zusammen mit 10 weiteren Co-Autoren, von denen 8 Mitarbeiter der Rostocker Universitätsklinik und Poliklinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie sind, ein kleines Nachschlagewerk über die gegenwärtig bedeutsamen Suchtmittel herausgegeben. Im Einzelnen werden zunächst folgende Drogen hinsichtlich ihrer physiologischen und pathophysiologischen Wirkungen näher beschrieben: Alkohol, Opiate und Opioide, Kokain, Cannabis, Benzodiazepine, Nicht-Opioidanalgetika, Psychopharmaka, Nikotin sowie die Mode-Drogen Amphetamine, Methamphetamin, 3,4-Methylenedioxyamphetamin (Ecstasy), halluzinogene Pilze und Absinth. Im Anschluss daran wird in jedem Kapitel die Bedeutung dieser Suchtmittel für die 4 Säulen des Fachgebietes Anaesthesiologie: Anaesthesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie in einer sehr übersichtlichen, praxisorientierten Form umfassend dargestellt. Das letzte Kapitel des Buches ist dem Suchtmittelgebrauch beim medizinischen Personal gewidmet, in dem neben der Anwendung der schon genannten Drogen zusätzlich auch auf die Verwendung von volatilen Substanzen wie verschiedene Lösungsmittel, Klebstoffe, Farben und die volatilen Anaesthetika eingegangen wird.

Trotz der im Verhältnis zum Umfang des Buches relativ großen Zahl von Co-Autoren merkt man der gesamten Darstellung die einheitliche, didaktisch ausgereifte und wohl aufeinander abgestimmte Gestaltung jedes einzelnen Kapitels an. Rein äußerlich wird dies noch durch die gelungene drucktechnische Hervorhebung praktisch bedeutsamer Passagen weiter unterstützt. Anaesthesisten, Intensivmediziner, Notfallmediziner und Schmerztherapeuten können diesem Buch rasch praktisch wertvolle Hinweise entnehmen, die bei der Behandlung von Patienten zu beachten sind, die unter akuter oder chronischer Einwirkung verschiedener Suchtmittel stehen. Das ausführliche Stichwortverzeichnis wird den Lesern den Umgang mit diesem Buch sehr erleichtern. Darüber hinaus gestatten die jedem Kapitel angefügten Literaturhinweise auch dem an wissenschaftlichen Fragestellungen Interessierten ein tieferes Eindringen in diese Materie.

G. Benad (Beselin)