

v. Aster, M. / Pfeiffer, E. / Göbel, D. und Steinhausen, H.-Ch.

## **Konversionssyndrome bei Kindern und Jugendlichen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 7, S. 240-248*

urn:nbn:de:bsz-psydok-32366

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Erziehungsberatung

- Gerlicher, K.*: Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance) . . . . . 198
- Heekerens, H.-P.*: Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance) . . . . . 126
- Hemling, H.*: Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey) . . . . . 215
- Höger, C.*: Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance) . . . . . 204
- Presting, G.*: Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation) . . . . . 210
- Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.*: Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results) . . . . . 220

### Familienrecht

- Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.*: Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects) . . . . . 22

### Familientherapie

- Reich, G.*: Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families) . . . . . 16

### Forschungsergebnisse

- v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Konversionssyndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles) . . . . . 240
- Berger, M.*: Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence) . . . . . 107

- Bunk, D., Eggers, C.*: Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia) . . . . . 8
- Döcker, A., Knöbl, H.*: Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education) . . . . . 62
- Eberle, U., Castell, R.*: Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles) . . . . . 284
- Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients) . . . . . 277
- Jehle, P., Schröder, E.*: Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis) . . . . . 49
- Langenmayr, A.*: Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour) . . . . . 36
- Sarimski, K.*: Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children) . . . . . 2
- Schneider, W.*: Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence) . . . . . 56
- Steinhausen, H.-C.*: Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?) . . . . . 39

### Praxisberichte

- Besmens, F., Krohn, G.*: Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department) . . . . . 71
- Klosinski, G.*: Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents) . . . . . 66
- Knapp, T. W.*: Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl) . . . . . 308
- Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.*: Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents) . . . . . 139

<i>Otto, B.</i> : Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy) . . . . .	144	chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.–20. 5. 1987 in Feldkirch/Vorarlberg . . . . .	226
<i>Schemus, R.</i> : Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences) . . . . .	176	<b>Editorial</b>	
<i>Student, J. C.</i> : Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging) . . . . .	181	25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung . . .	196
		In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“ . . . . .	276
<b>Psychosomatik</b>		<b>Ehrungen</b>	
<i>Habermas, T.</i> : Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset) . . . . .	88	„... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag . . . . .	311
<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence) . . . . .	262	<b>Buchbesprechungen</b>	
<i>Zimmermann, F.</i> : Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis) . . . . .	92	<i>Aissen-Crewett, M.</i> : Kunsttherapie . . . . .	187
<b>Psychotherapie</b>		<i>Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A.</i> (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik . . .	234
<i>Buchholz, M. B.</i> : Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View) . . . .	98	<i>Backe, C. et al.</i> (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien . . . . .	232
<i>Herzka, H. S.</i> : System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents) . . . . .	134	<i>Balint, M.</i> : Regression. . . . .	317
<i>Voss-Coxhead, D.</i> : Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery) .	257	<i>Bauer, A.</i> : Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter . . . . .	156
<b>Übersichten</b>		<i>Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.</i> : Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder . . . . .	118
<i>Fegert, J. M.</i> : Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse) . . . . .	164	<i>Beland, H. et al.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19 . . . . .	153
<i>Heckerens, H.-P.</i> : Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences) . . . . .	295	<i>Biebl, W.</i> : Anorexia nervosa . . . . .	189
<i>Huppmann, G., Werner, A.</i> : Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children) . . . . .	301	<i>Biermann, G.</i> (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche . . . . .	29
<i>Langenmayr, A.</i> : Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children) . . . . .	249	<i>Brack, U. B.</i> (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern . . . . .	31
<i>Yamamoto, A.</i> : Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools) . . . . .	171	<i>Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.</i> : Psychiatrie lernen . . . . .	78
<b>Tagungsberichte</b>		<i>Brezinka, W.</i> : Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft . . . . .	29
Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österrei-		<i>Charlton, M., Neumann, K.</i> : Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie . . . . .	270
		<i>Clemenz, M.</i> : Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie . . . . .	231
		<i>DeMyer, K.</i> : Familien mit autistischen Kindern . . . . .	189
		<i>Dietrich, G.</i> : Spezielle Beratungspsychologie . . . . .	233
		<i>Dreifuss-Kattan, E.</i> : Praxis der klinischen Kunsttherapie .	28
		<i>Drewermann, E.</i> : Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet . . . . .	190
		<i>Engfer, A.</i> : Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen . . . . .	30
		<i>Fichtner, M. M.</i> : Magersucht und Bulimie . . . . .	188
		<i>Flehmig, I., Stern, L.</i> (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten . . . . .	269
		<i>Franke, U.</i> : Artikulationstherapie bei Vorschulkindern .	314
		<i>Frankenburg, K. et al.</i> : Entwicklungsdiagnostik bei Kindern . . . . .	152
		<i>Fromm, E.</i> : Über die Liebe zum Leben . . . . .	30
		<i>Grissemann, H.</i> : Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens . . . . .	267

<i>Grisse mann, H.</i> : Hyperaktive Kinder . . . . .	28	<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht . . . . .	235
<i>Grosse, S.</i> : Bettnässen . . . . .	233	<i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode . . . . .	150
<i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten . . . . .	154	<i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen . . . . .	228
<i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren . . . . .	151	<i>Schneider, B. H., Rubin, K. H., Ledingham, J. E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assessment and Intervention . . . . .	230
<i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns . . . . .	230	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft . . . . .	233
<i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten . . . . .	79	<i>Schulze, H., Johannsen, H. S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter . . . . .	80
<i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie . . . . .	271	<i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development . . . . .	79
<i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin . . . . .	315	<i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern . . . . .	155
<i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart . . . . .	187	<i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis . . . . .	314
<i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa . . . . .	119	<i>Spieß, W., Motsch, H. J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I . . . . .	319
<i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben . . . . .	118	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung . . . . .	187
<i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus . . . . .	30	<i>Szágún, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind . . . . .	152
<i>Klussmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht . . . . .	269	<i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis – Anfragen an Sondererziehung und Therapie . . . . .	30
<i>Krampen, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern . . . . .	188	<i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen . . . . .	153
<i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus . . . . .	316	<i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch . . . . .	229
<i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters . . . . .	81	<i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung . . . . .	317
<i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch . . . . .	268	<i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen . . . . .	191
<i>Lorenz, J. H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe . . . . .	319	<i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik . . . . .	83
<i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele . . . . .	82	<i>Winship, E. C.</i> : Aus Kindern werden Leute . . . . .	154
<i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie . . . . .	313	<i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse . . . . .	77
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	78	<i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen . . . . .	267
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters . . . . .	189		
<i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	231	<b>Autoren der Hefte:</b> 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312	
<i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter . . . . .	320	<b>Tagungskalender:</b> 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322	
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern . . . . .	151	<b>Mitteilungen:</b> 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322	
<i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind . . . . .	81		
<i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes . . . . .	152		
<i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute . . . . .	312		
<i>Radnigk, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion . . . . .	235		
<i>Rose, S. J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen . . . . .	78		

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin (Komm. Leiter: Prof. Dr. Dr. H.-Ch. Steinhausen) und der Psychosomatischen Abteilung der Univ.-Kinderklinik (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Helge)

# Konversionssyndrome bei Kindern und Jugendlichen

Von M. v. Aster, E. Pfeiffer, D. Göbel und H.-Ch. Steinhausen

## Zusammenfassung

Retrospektiv wurden alle 26 in einem 7-Jahreszeitraum diagnostizierten Fälle kindlicher Konversionssyndrome hinsichtlich Anamnese und Symptomatik analysiert. Der Frage nach der differentiellen Gültigkeit dieser Diagnose und ihren spezifischen Merkmalen wurde durch einen Vergleich mit den im selben Untersuchungszeitraum wegen Angst- und Zwangsneurosen sowie emotionalen Störungen vorgestellten Kindern und einer gesunden Kontrollgruppe nachgegangen. Die vergleichsweise hohe familienanamnestische Belastung der konversionsneurotisch kranken Kinder mit psychiatrischen und intern-neurologischen Erkrankungen sowie die zum Untersuchungszeitpunkt vergleichsweise stärkere gesundheitliche Beeinträchtigung ihrer Eltern wird hinsichtlich der Bedeutung für die Ätiologie des Krankheitsbildes diskutiert. Bei dem hohen Ausländeranteil dürften auch kulturelle und sprachrelevante Faktoren bedeutsam sein. Gehäuft fanden sich in allen Familien unterschiedliche psychosoziale Belastungsfaktoren.

## 1 Einleitung

Der Begriff der Konversion stammt von *Freud* und benennt bis heute ein klinisches Phänomen, das schon in der Antike bekannt war und dessen neuzeitliche wissenschaftliche Bearbeitung von *Briquet* und *Charcot* ihren Ausgang genommen hat. Anschaulich beschreibende Hinweise auf die klinische Symptomatologie, wie sie in den meisten psychiatrischen Krankheitsbezeichnungen enthalten sind, enthält der Begriff der Konversion nicht. Er beschreibt vielmehr *Freuds* hypothetische Erklärung einer Vielzahl klinischer Erscheinungsbilder, als deren gemeinsamen Nenner er den Vorgang der Umwandlung sexueller Triebenergie in körperliche Funktionsstörungen ansah. Der Konversionsbegriff ist damit durch das psychoanalytische Triebkonzept geprägt, dessen Wahrheitsgehalt umstritten ist.

Typische Manifestationen sind Lähmungen im Bereich der Skelettmuskulatur, Anfälle mit Einschränkungen der Bewußtseinslage und unterschiedlicher motorischer Ausprägung, Sensibilitätsstörungen sowie Störungen des Geschmacksempfindens, der Hör- und Sehfähigkeit, für die

keine organpathologischen Erklärungen gefunden werden können. Die früher u. a. im *DSM II* vorgenommene strenge Zuordnung von funktionellen Störungen im Bereich der Willkürmotorik und des Sensoriums zum Formenkreis der Konversionsneurosen einerseits und Funktionsstörungen im Bereich des autonomen Nervensystems zur Gruppe der Psychosomatosen andererseits, ist in der Literatur umstritten (vgl. *Friedmann*, 1973; *Malmquist*, 1971). In neueren Übersichtsarbeiten (*Strunk*, 1985; *DSM III*, 1984) wird diese strenge Abgrenzung aufgelockert und davon ausgegangen, daß in seltenen Fällen auch monosymptomatisch vegetativ vermittelte Funktionsstörungen in Form von Globusgefühlen, Schluckstörungen oder psychogenem Erbrechen auftreten können.

Die bisweilen schwierige Differentialdiagnose zum sogenannten psychosomatischen Formenkreis wird durch die dort nachweisbaren organpathologischen Befunde ermöglicht. Funktionelle Syndrome wie das kardiorespiratorische Syndrom oder die Herzneurose werden ebenso wie die ausschließlich durch Schmerzzustände oder Störungen der Geschlechtsfunktionen charakterisierten Beschwerden gesondert klassifiziert. Eine einheitliche und gültige psychopathologische Beschreibung des Syndroms existiert nicht. Das *DSM III* stützt sich im wesentlichen, neben der fehlenden willkürlichen Kontrolle der Symptomatik, auf die Mechanismen des primären und sekundären Krankheitsgewinnes. Darüber hinaus wird eine zeitliche Verknüpfung des Symptomeintritts mit vorausgegangener psychischer Streßbelastung als typisch angesehen. Der symbolische Wert eines Symptoms und die damit verbundene Repräsentierung des zugrundeliegenden psychischen Konflikts wird für einige Fälle eingeräumt. Als hartes diagnostisches Kriterium findet er ebensowenig Berücksichtigung wie das umstrittene Merkmal der „belle indifference“, dem Mangel an Betroffenheit gegenüber der Symptomatik.

In der Kinderpsychiatrie erscheint die klassifikatorische Abgrenzung des Konversionssyndroms von der Hysterie bzw. dem Somatisierungssyndrom kaum möglich. Unter dem Somatisierungssyndrom wird im *DSM III* eine langdauernde Erkrankung im Erwachsenenalter mit multiplen somatischen Beschwerden inklusive Konversionssymptomen und sexueller Dysfunktion verstanden. Ebenso wie die hysterische Persönlichkeitsstörung, die

mit Dramatisierungsneigung, Affektlabilität, Laszivität und mangelnder emotionaler Tiefe (Perley u. Guze, 1962) einhergeht, impliziert diese Diagnose eine strukturelle Verfestigung, die dem Aspekt der kindlichen Entwicklung unzureichend Rechnung trägt und deshalb eher vermieden werden sollte. Je nach Art des Auftretens und Dauer der Beschwerden werden kindliche Konversionssyndrome nach dem multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge (Renschmidt u. a., 1977) unterschiedlichen Diagnosen zugeordnet. So können vorübergehende Bewußtseinsstörungen und Stuporzustände mit angsthysterischer Prägung unter akuten Belastungsreaktionen (ICD 308) klassifiziert werden, andere, auch die seltenen Konversionssyndrome mit Störungen vegetativer Funktionen, können unter „körperliche Syndrome psychischen Ursprungs“ (ICD 306) erfaßt werden. Lediglich die länger andauernden Konversionssyndrome werden schließlich als hysterische Neurose (ICD 300.1) klassifiziert.

Die meisten theoretischen Überlegungen zur Ätiologie beinhalten die Annahme, daß die Konversionssymptomatik als nichtverbale oder pantomimische Kommunikation aufzufassen sei. Diese Konzeption läßt sich sowohl mit psychodynamischen Theorien (Engel, 1970), Kommunikationstheorien und Ergebnissen kulturvergleichender Studien (Hollender, 1972 und 1976), lerntheoretischen Annahmen (Kimball u. Blindt, 1972) und den Ergebnissen neuropsychologischer Untersuchungen (Flor-Henry u. a., 1981) in Einklang bringen. Ford und Folks (1985) kommen zu dem Ergebnis, daß bei eingeschränkter Fähigkeit zu sprachlicher Kommunikation, welcher Ursache sie auch sein mag, sich alternative Ausdrucksmöglichkeiten in Form einer Körpersprache entwickeln können. Dies gilt auch für Personen mit geringer Intelligenz, anderen kulturellen Behinderungen oder zerebralen Dysfunktionen. Eine multifaktorielle Genese, die auch die Möglichkeit einer genetischen Disposition einschließt, erscheint nach dem Stand der modernen Literatur am ehesten wahrscheinlich.

Für das Kindes- und Jugendalter fand Goodyer (1981) in einer retrospektiven Studie an 15 klinischen Patienten bezüglich der Geschlechtsverteilung ein leichtes Überwiegen der Mädchen auch im vorpubertären Alter. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten sich in der Dauer der Symptomatik vor Diagnosestellung, die bei den Mädchen deutlich früher erfolgte. Bei allen Patienten gingen der psychiatrischen Zuweisung intensive medizinische Untersuchungen voraus. Überraschenderweise wurde bei den normal entwickelten Patienten eine hohe Belastung mit psychiatrischen Auffälligkeiten in der eigenen Anamnese (80%) und in der Familienanamnese (73%) gefunden. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Befunden von Dubowitz und Hersov (1975), Rock (1971) und Caplan (1970), die bei konversionsneurotischen Patienten keine prämorbiditen Auffälligkeiten gefunden hatten.

In einer vergleichenden Untersuchung von Kindern mit Konversionssyndromen und anpassungsstörungen

Kindern fanden Volkmar und Mitarbeiter (1981) eine gleichmäßig hohe psychosoziale und familiäre Streßbelastung. Die konversionsneurotischen Patienten waren in besonderem Maße durch psychosexuell belastende Erlebnisse in der Vorgeschichte geprägt, darüber hinaus wurde eine stärkere eigen- und familienanamnestische Belastung durch psychiatrische Auffälligkeiten bei den Kindern mit Konversionssyndrom gefunden. Im Hinblick auf den möglichen Einfluß von Modell-Lernprozessen stellten die Autoren ferner fest, daß überdurchschnittlich häufig dem Symptombild der Kinder ähnelnde Erkrankungen bei nahen Familienangehörigen bestanden.

Die folgende Untersuchung knüpft an die Ergebnisse der beiden vorgenannten Studien an und versucht durch die Analyse eigener Patientendaten und den Vergleich mit gesunden Kindern sowie drei weiteren klinischen Patientengruppen, nämlich angstneurotischen, zwangsneurotischen und emotional gestörten Kindern die differenzielle Gültigkeit dieses Krankheitsbildes zu analysieren.

## 2 Stichproben

Es wurden alle im Zeitraum 1978–1984 stationär in der psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik und in der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU Berlin ambulant und stationär diagnostizierten bzw. behandelten Patienten mit Konversionssyndromen in die Untersuchung aufgenommen. Diagnosekriterien waren in Anlehnung an ICD-9 und DSM-III:

- a) das Vorliegen einer deutlichen Körperfunktionsstörung bzw. Funktionsbeeinträchtigung im Bereich des zentralen und peripheren Nervensystems, für die keinerlei somatischen Grundlagen gefunden werden konnten und
- b) Hinweise auf die Bedeutung eines primären oder sekundären Krankheitsgewinns für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Symptomatik.

Nach Analyse der Krankengeschichten verblieben insgesamt 26 Patienten mit Konversionssyndromen, bei denen die in Tabelle 1 dargestellte Symptomatik vorlag. Alle Patienten erfüllten die DSM-III-Kriterien A, C, D, E und F<sup>1</sup>. Bei Berücksichtigung der DSM-III-Kriterien für

<sup>1</sup> DSM-III-Kriterien des Konversionssyndroms

- A) Die vorherrschende Beeinträchtigung besteht im Verlust oder in der Veränderung einer körperlichen Funktion, was eine körperliche Erkrankung vermuten läßt.
- B) Psychische Faktoren gelten als ursächlich beteiligt an der Symptomatik, nachgewiesen durch eines der folgenden Merkmale:
  1. Es besteht ein zeitlicher Zusammenhang zwischen einem äußeren Reiz, der offensichtlich in Beziehung mit einem psychischen Konflikt oder Bedürfnis steht, und dem Beginn oder der Exazerbation des Symptoms.
  2. Das Symptom versetzt den Betroffenen in die Lage, eine Tätigkeit, die für ihn unangenehm sein könnte, zu vermeiden.

ursächlich beteiligte psychische Faktoren (B) ergab sich die dargestellte Verteilung (vgl. Tab. 1).

In bezug auf diese Patientengruppe interessierte uns die Frage, ob sich hinsichtlich Symptomatik und Anamnese spezifische Merkmale bestimmen lassen. Diese Fragestellung läßt sich nur über einen Vergleich mit anderen klinischen Gruppen beantworten. Entsprechend lautete die erweiterte Fragestellung: Wie unterscheiden sich Konversionssyndrome von anderen neurotischen

Störungen, und zwar Angst- (ICD 300.0) und Zwangsneurosen (ICD 300.3), Kindern mit emotionalen Störungen und Beziehungsschwierigkeiten (ICD 313.3) sowie einer Kontrollgruppe aus psychiatrisch vorgestellten, aber auf keiner der 5 Diagnoseachsen des MAS als auffällig befundenen Kindern?

Die Patienten der Vergleichsgruppe und der Kontrollgruppe sind jeweils sämtliche in dem genannten Zeitraum von 1978 bis 1984 in der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters vorgestellte Patienten mit entsprechender Diagnose (vgl. Tab. 2).

Tab. 1: Symptomatik bei 26 Patienten mit Konversionssyndrom

	N
Symptomatik:	
Anfälle/Bewußtseinsstörungen	15
Sehstörungen	2
Hörstörungen	1
Armlähmungen	2
Abasie/Astasie	6
Gesamt	26
DSM-III Kriterien:	
auslösender, äußerer Reiz	17
primärer Krankheitsbeginn	20
sekundärer Krankheitsbeginn	22
Anzahl erfüllter	
DSM-III Kriterien 1	7
DSM-III Kriterien 2	5
DSM-III Kriterien 3	14

3 Methodik

Die retrospektive Untersuchung erfolgte anhand einer systematisch und kontinuierlich durchgeführten Datendokumentation. Sie enthält für jeden Patienten Angaben zu Anamnese und Symptomatik, zum aktuellen psychiatrischen Befund sowie zur Diagnose nach dem MAS und zur Behandlung. Für die Analyse der Anamnese- und Befunddaten übernahmen wir zur Vereinfachung die Gruppierung der erhobenen Einzelmerkmale zu Indices bzw. Symptomgruppen, wie sie von *Steinhausen* und *Göbel* (1983) vorgenommen wurde. Eine Zusammenstellung und Kennzeichnung der verschiedenen Anamneseindices und Symptomgruppen findet sich in den Legenden der Abb.1 und 2, so daß auf eine Beschreibung an dieser Stelle verzichtet werden kann. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programmpaket SPSS. Für Einzelvergleiche wurde jeweils das Signifikanzniveau nach *Holm* (1979) adjustiert.

Tab. 2: Übersicht über die Vergleichsgruppen klinischer Patienten aus dem Vorstellungszeitraum 1978-1984

Diagnose	ICD	N
Konversionssyndrome (KS)	300.1	26
Hysterien		
Angstneurosen (AS)	300.0	50
Zwangsneurosen (ZS)	300.3	43
emotionale Störungen (ES)	313.3	263
mit Beziehungsschwierigkeiten		
keine Diagnose (KG)	000.0	51
Kontrollgruppe		
Gesamt		433

4 Ergebnisse

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich wird, bestand eine deutliche Mädchenwendigkeit (17:9) in der Gruppe der konversionsneurotischen Patienten (KS). Die Kontrollgruppe (KG) und die vom Stichprobenumfang größte Vergleichsstichprobe der Kinder mit emotionalen Störungen (ES) wiesen eine deutliche Knabenwendigkeit auf, während die Geschlechtsverteilung in den Gruppen mit Angst- und Zwangsneurosen (AS, ZS) nahezu ausgeglichen war. Der Altersschwerpunkt lag in der Stichprobe der Konversionssyndrome zwischen 11 und 14 Jahren. Er unterschied sich damit kaum von den Werten der beiden anderen Neurosengruppen. Der Altersdurchschnitt der Kontrollgruppe und der Gruppe mit emotionalen Störungen lag deutlich niedriger. Während bei den Patienten mit Konversionssyndromen und den Kindern mit emotionalen Störungen der Anteil der Unterschichtklienten (US) überwog, wiesen die beiden anderen Neurosengruppen sowie die Kontrollgruppe ein deutliches Überwiegen des Mittelschichtklienten (MS) auf. Darüber hinaus fanden sich in den Familien der konversionsneurotischen Kinder gehäuft soziale Belastungsfaktoren, die sich auf den in dieser Gruppe hohen Anteil von Kindern aus Gastarbeiterfamilien (8/31%) zurückführen läßt.

3. Das Symptom verschafft dem Betroffenen eine Unterstützung von der Umgebung, die er andernfalls nicht erhielt.
- C) Es ist erwiesen, daß das Symptom *nicht* unter willkürlicher Kontrolle steht.
- D) Das Symptom kann nach gründlicher Untersuchung nicht durch eine bekannte körperliche Störung oder durch einen pathophysiologischen Mechanismus erklärt werden.
- E) Das Symptom ist nicht auf Schmerz oder eine Störung der Sexualfunktion beschränkt.
- F) Nicht durch Somatisierungssyndrom oder Schizophrenie bedingt.
- (Koehler u. Sass - DSM-III - Dtsch. Bearbeitung)

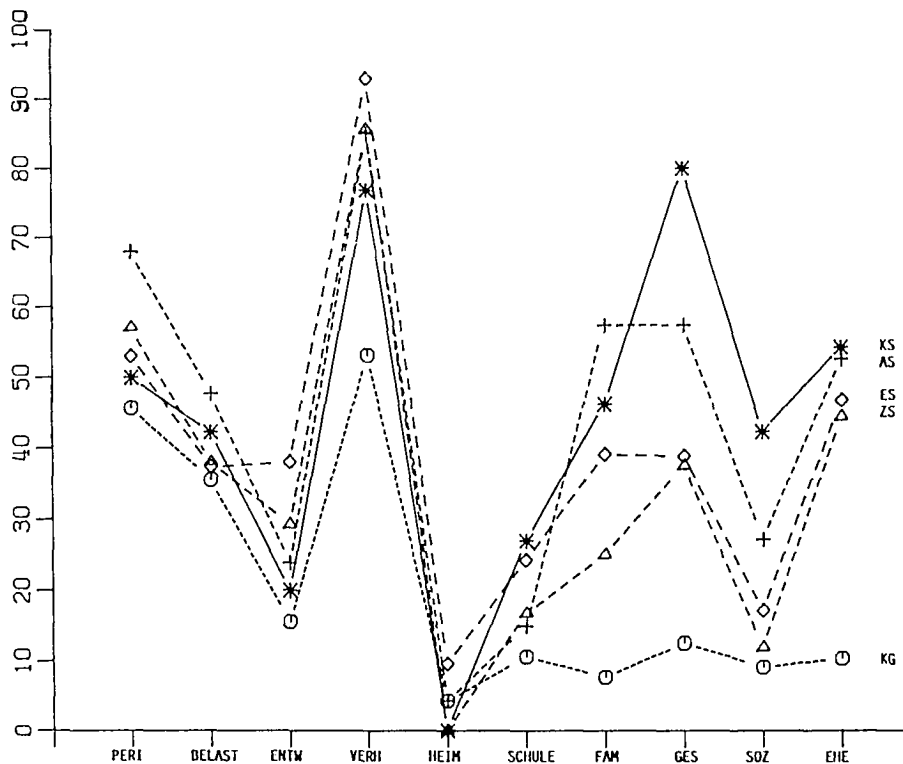


Abb. 1: Anamnestic Data

1. Perinatale Belastungen (PERI)  
Schwangerschaftsanomalien, erniedrigtes/erhöhtes Geburtsgewicht, Anomalien, abweichender Geburtstermin, gestörter Geburtsverlauf, gestörte Neonatalperiode
2. Frühkindliche Belastungen (BELAST)  
Trennung von der Mutter/belastende Erkrankung/Erwerbstätigkeit der Mutter/jeweils in den ersten beiden Lebensjahren
3. Entwicklungsverzögerung (ENTW)  
Entwicklungsverzögerungen in den Bereichen von Motorik, Sprache und Sauberkeit
4. Prämorbid Verhaltensauffälligkeiten (VERH)  
Auffälligkeiten im Kindergarten, Schulschwierigkeiten, Störungen im innerfamiliären und außerfamiliären Kontaktverhalten.
5. Heimaufenthalt (HEIM)
6. Verzögerte Schullaufbahn (SCHULE)
7. Familienanamnestische Belastung (FAM)  
Oligophrenien / Psychosen / Psychopathien / Anfallsleiden / Neurologische Erkrankungen / Suizidale Handlungen / Suchten / Neurosen / Kriminalität: jeweils in mütterlicher und väterlicher Linie
8. Krankheit der Eltern (GES)  
Chronische körperliche oder psychische Erkrankung / geringe körperliche oder psychische Belastbarkeit der Eltern
9. Auffälligkeiten des Sozialstatus der Eltern (SOZ)  
Sozialer Abstieg / Diskrepanz der soziale Herkunft der Eltern / sozialen Randständigkeit
10. Ehekonflikte (EHE)

Hinsichtlich dieses hohen Ausländeranteils unterscheidet sich die Gruppe mit Konversionssyndromen signifikant von allen anderen Vergleichsgruppen (vgl. Tab. 3).

6 Patienten mit Konversionssyndromen (23%) waren Einzelkinder. Hier fanden sich ebenso wie hinsichtlich des Elternstatus keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Eine Analyse der Anamnesen ergab bei den Patienten mit Konversionssyndromen im Vergleich zu den anderen Gruppen die in Abb. 1 zusammengestellten Auffälligkeiten. Weder bei den perinatalen (PERI) noch bei den frühkindlichen Belastungen (BELAST) noch bei den Entwicklungsverzögerungen (ENTW) waren signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar.

Auffällig häufig lagen hingegen Belastungen in der psychiatrischen Familienanamnese (FAM) vor, die nur

bei den Kindern mit Angstneurosen noch stärker ausgeprägt waren (vgl. Tab. 4.). Bei einer Zusammenfassung von intern-neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen lagen in der väterlichen Familie bei zwei Dritteln der Patienten Belastungen vor. Die statistischen Einzelvergleiche ergaben nach Adjustierung des Signifikanzniveaus eine signifikant höhere Belastung der Patienten mit Konversionssyndromen gegenüber dem emotional gestörten (F-Test:  $p = 0.004$ ) und zwangsneurotischen Patienten (F-Test:  $p = 0.0003$ ) sowie zur Kontrollgruppe (F-Test:  $p = 0.0002$ ). Die Unterschiede zur Gruppe der angstneurotischen Kinder erreichten nicht das erforderliche Signifikanzniveau. Bei der Analyse einzelner Merkmale zeigte sich, daß Alkoholismus und Sucht, neurologische und interne Erkrankungen sowie die Kombination dieser Merkmale besonders häufig vorkamen. Ebenso-



Tab. 3: Soziodemographische Merkmale im Vergleich

	KS f (%)	AS f (%)	ZS f (%)	ES f (%)	KG f (%)	chi² df p
Geschlecht						
männl.	9 (35)	23 (46)	24 (56)	171 (65)	32 (63)	28.80
weibl.	17 (65)	27 (54)	19 (44)	92 (35)	19 (37)	8
						p = 0.0003
Alter						
0- 5 Jahre	0 (--)	0 (--)	1 ( 2)	22 ( 8)	13 (26)	36.45
6-10 Jahre	4 (15)	14 (28)	9 (21)	102 (39)	14 (27)	8
11-14 Jahre	14 (54)	23 (46)	14 (33)	92 (37)	19 (37)	p = 0.00001
≥ 15 Jahre	8 (31)	13 (26)	19 (44)	42 (16)	5 (10)	
Sozialstatus						
US	16 (62)	14 (30)	8 (19)	135 (54)	12 (25)	64.80
MS	10 (38)	33 (70)	34 (81)	116 (46)	36 (75)	20
Ausländer- anteil	8 (31)	1 ( 2)	1 ( 2)	14 ( 7)	4 ( 9)	p = 0.0000
Elternstatus						
zusammen	16 (62)	26 (54)	31 (72)	126 (50)	37 (77)	16.69
getrennt	10 (38)	22 (46)	12 (28)	124 (50)	11 (23)	4
						p = 0.002
Geschwisterposition						
Einzelkind	6 (23)	18 (38)	9 (21)	73 (28)	23 (47)	10.797
Geschwister	20 (77)	29 (62)	34 (79)	186 (72)	26 (53)	4
						p = 0.0289

US = Unterschicht    MS = Mittelschicht

Tab. 4: Familienanamnese und Gesundheitszustand der Eltern\*

	KS N = 26 f (%)	AS N = 50 f (%)	ZS N = 43 f (%)	ES N = 263 f (%)	KG N = 51 f (%)
Belastete Familienanamnese väterlicherseits (vs)					
gesamt	16 (67)	20 (44)	7 (18)	66 (35)	5 (13)
psychiatrisch	12 (50)	15 (33)	5 (13)	52 (28)	1 ( 3)
intern-neurologisch	4 (17)	5 (11)	2 ( 5)	14 ( 7)	4 (10)
Belastete Familienanamnese mütterlicherseits (ms)					
gesamt	15 (58)	25 (57)	10 (25)	70 (35)	5 (13)
psychiatrisch	7 (27)	19 (43)	6 (15)	51 (25)	2 ( 5)
intern-neurologisch	8 (31)	6 (14)	4 (10)	19 (10)	3 ( 8)
Derzeit belasteter Gesund- heitszustand der Eltern					
Kv (N = 21)	15 (71)	15 (40)	7 (19)	48 (27)	5 (13)
Km (N = 24)	15 (63)	23 (52)	13 (34)	67 (33)	4 (10)

\* durch fehlende Angaben ergeben sich z.T. abweichende Gruppenstärken  
Kv - Kindesvater  
Km - Kindesmutter

che Belastungen, mit einem besonderen Schwerpunkt bei internen Erkrankungen, fanden sich mütterlicherseits bei 58% der konversionsneurotischen Kinder. Alle Vergleichsgruppen mit Ausnahme der angstneurotischen Kinder lagen erheblich niedriger. Die statistischen Einzelvergleiche ergaben einen signifikanten Unterschied lediglich zwischen der Untersuchungsstichprobe und der gesunden Kontrollgruppe (F-Test:  $p = 0.0003$ ). Gegenüber den zwangskranken (F-Test:  $p = 0.02$ ) und den emotional gestörten Kindern (F-Test:  $p = 0.03$ ) erreichten die Differenzen nicht das erforderliche Signifikanzniveau, ergaben jedoch eine statistische Tendenz.

Noch auffälliger war der zum Zeitpunkt der Untersuchung angegebene belastete Gesundheitszustand der Eltern (GES). In der Gruppe der konversionsneurotischen

Kinder waren 80% aller Eltern betroffen. Bei den Vätern dominierten sowohl chronisch-körperliche als auch chronisch-psychische Erkrankungen, während bei den Müttern das Merkmal „geringe psychische Belastbarkeit“ im Vordergrund stand. Bei statistischen Einzelvergleichen zu den übrigen Vergleichsgruppen fanden sich signifikante Unterschiede zur Gruppe der zwangneurotischen Patienten (F-Test:  $p = 0.0001$ ), der emotional gestörten Patienten (F-Test:  $p = 0.0002$ ) sowie der Kontrollgruppe (F-Test:  $p = 0.0001$ ), die wesentlich weniger gesundheitlich beeinträchtigt waren. Auch die angstneurotischen Kinder waren in dieser Hinsicht weniger belastet, hier erreichte die Differenz nicht das erforderliche Signifikanzniveau, zeigte jedoch eine statistische Tendenz (F-Test:  $p = 0.07$ ). Hinsichtlich gestörter ehelicher Bezie-

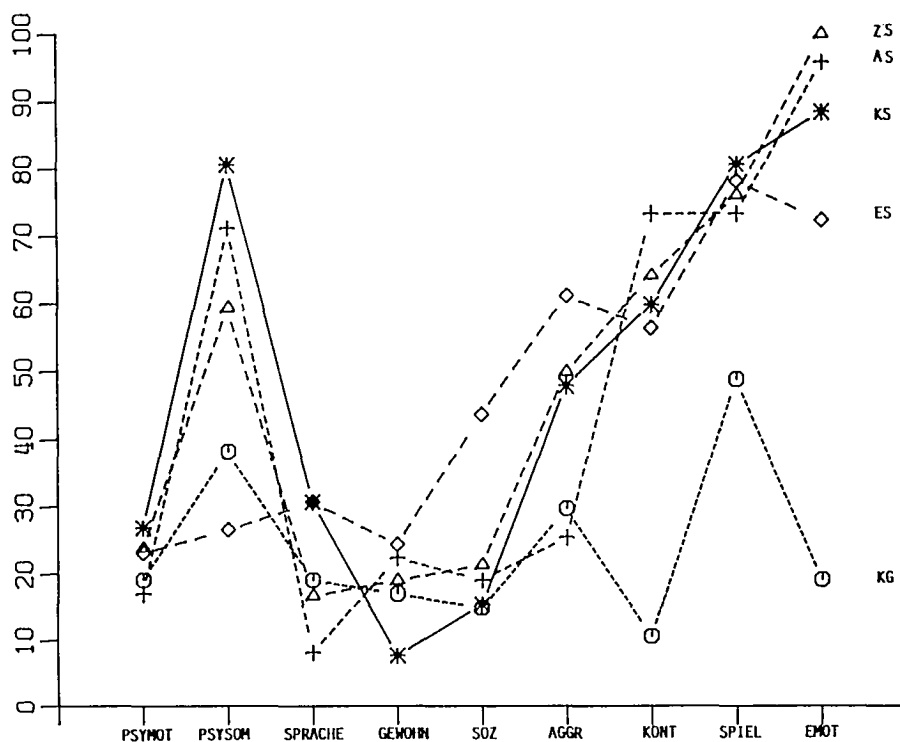


Abb. 2: Symptomatik

1. Psychosomatische Symptome (PSYBOT)  
Motorische Unruhe, Tics, Grimassen, Verlegenheitsmotorik, Stereotypen
2. Psychosomatische Symptome (PSYSOM)  
Schlafstörungen, Essstörungen, Erbrechen, Darmfunktionsstörungen, Bauchbeschwerden, Enuresis, Enkopresis, vasomotorische Störungen
3. Sprach- und Sprechstörungen (SPRACHE)  
Stummheit, Stottern, Poltern, Stammeln, Agrammatismus/Dysgrammatismus, Aphasie, verzögerte Sprachentwicklung
4. Auffällige Gewohnheiten (GEWOHN)  
Lutschen, Knabbern, Zähneknirschen/Lippenbeißen, Haare reißen/Kratzen/Reiben
5. Dissoziale Verhaltensweisen (SOZ)  
Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/Streunen, Schwänzen, Zündeln/Brandstiften, Zerstörung
6. Aggressivität (AGGR)  
Wut, Ärger, Trotz, versteckte/verbale/körperliche Aggression
7. Kontaktstörung (KONT)  
Soziale Isolation/Abkapselung, Scheu/Kontaktangst
8. Störung im Leistungs- und Spielverhalten (SPIEL)  
Übersteigerte/mangelnde Leistungsmotivation, Mißerfolgsempfindlichkeit, Gleichgültigkeit bei Mißerfolg, Perfektionismus, Langsamkeit, Konzentrationsstörungen/Ablenkbarkeit, Unselbständigkeit/Zuwendungsabhängigkeit, Verspieltheit, Arbeitsblockierung/Ersatzhandlung, Leistungsschwankungen, spezifisches/allgemeines Leistungsveragen
9. Emotionale Störungen (EMOT)  
Emotional ungenügend schwingungsfähig, Stimmungs labilität, Neigung zu Verstimnungen, Suizidgedanken, Suizidversuch, Minderwertigkeitsgefühle, allgemein übertriebene Ängstlichkeit, Angst vor bestimmten Situationen (z.B. Leistung), Angst vor Räumen/Straßen, Angst vor Alleinsein, Angst vor Nacht/Dunkelheit/pavor nocturnus, Angst vor bestimmten Menschen/Objekten, Angst vor Tieren, sonstige Ängste (z.B. Krankheitsängste, Zwangssymptome)

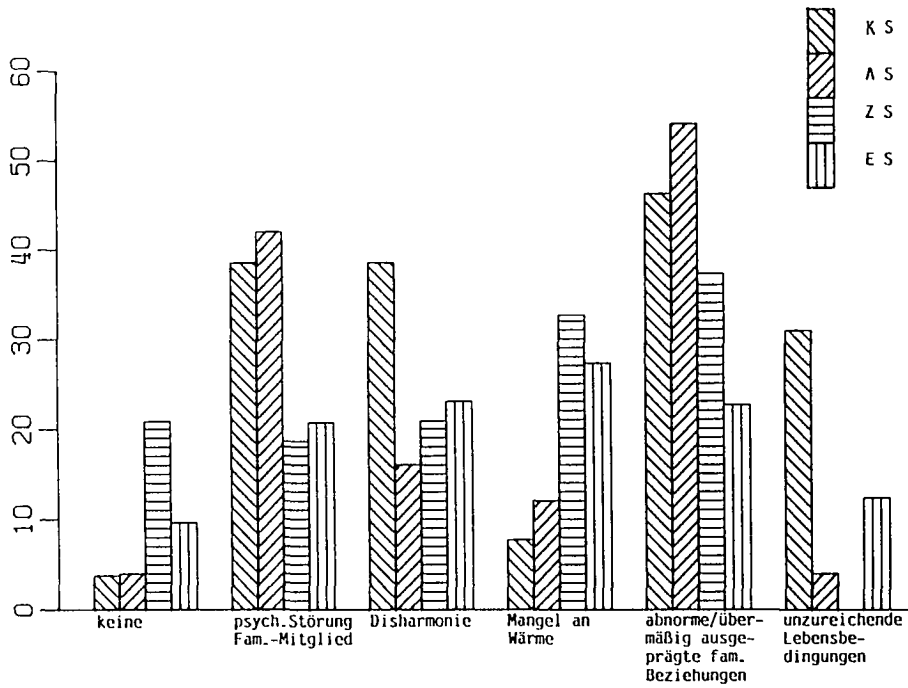


Abb. 3: Psychosoziale Belastungen (MAS, Achse 5, ausgewählte Items)

hungen fanden sich zwischen den Vergleichsgruppen keine signifikanten Unterschiede.

Eine detaillierte Analyse der gesamten psychischen Symptomatik ist in Abb. 2 dargestellt. Nach Elimination der diagnosebestimmenden Symptome ergab sich lediglich im Bereich der psychosomatischen Beschwerden eine deutliche Differenzierung. In der Gruppe der konversionsneurotisch gestörten Kinder waren über 80% betroffen. Von den Einzelmerkmalen waren hier besonders häufig Eßstörungen bei fast einem Viertel der Patienten sowie die Gruppe der vasomotorischen Störungen mit über 50% anzutreffen. In den weiteren Symptomgruppen fand keine ausreichende Differenzierung zwischen den Gruppen statt, wenn man von dem zu erwartenden Unterschied zwischen der normalen Kontrollgruppe und den erkrankten Gruppen insgesamt absieht. In der Gruppe der konversionsneurotisch gestörten Kinder war lediglich eine – statistisch aber nicht signifikante – Häufung von Sprachauffälligkeiten erkennbar.

Neben psychiatrischen Diagnosen und Symptomen wurden die Stichproben auch hinsichtlich spezifischer Entwicklungsrückstände verglichen. Auffällig war, daß 3 von 25 Kindern mit Konversionssyndromen eine Rechenschwäche hatten. Signifikante Häufungen konnten die statistischen Einzelvergleiche jedoch nicht aufweisen.

Bei einem Vergleich der Intelligenz zeigte sich, daß von den 26 konversionsneurotischen Kindern 22 durchschnittlich intelligent waren, 3 Kinder überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten aufwiesen und eine Patientin lernbehindert war. Hinsichtlich der Intelligenzverteilung ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Schließlich wurden die psychosozialen Umstände der Stichproben verglichen. Hier zeigte sich – wie in Abb. 3

dargestellt –, daß nur bei einem Kind der Gruppe mit Konversionssyndromen ungestörte psychosoziale Bedingungen vorlagen. Bei 22 Kindern (84,5%) bestanden familiäre Beziehungsprobleme in Form andauernder Disharmonie (10 Kinder/38%) oder in Form abnormer oder durch Überbehütung gekennzeichneten Beziehungen (12 Kinder/46%). Dennoch litten vergleichsweise wenig Patienten mit Konversionssyndrom unter einem Mangel an emotionaler Wärme und Zuwendung (2 Kinder/8%). Bei 8 Kindern (31%) wurden unzureichende Lebens- und Anregungsbedingungen gefunden. Während bei den Angstneurosen als psychosozialer Belastungsfaktor besonders stark die Erkrankung von Familienmitgliedern (21 Kinder/42%) und abnorme Beziehungen (27 Kinder/54%) hervortraten, waren die Belastungsfaktoren bei den konversionsneurotischen Patienten eher gemischt und setzten sich sowohl aus abnormen Beziehungen als auch aus defizitären Lebensbedingungen zusammen. Auffällig war auch der relativ hohe Anteil ungestörter psychosozialer Verhältnisse bei den zwangsneurotisch kranken Kindern (9 Kinder/21%). Auf statistische Tests mußte aus Gründen des Mißverhältnisses von Merkmalsanzahl und Stichprobengröße verzichtet werden.

Die Frage, ob die beschriebenen Ergebnisse und Gruppenunterschiede auf seiten der konversionsneurotischen Kinder durch den in dieser Gruppe signifikant höheren Ausländeranteil bedingt sein könnten, gab zur Gegenüberstellung der ausländischen und der deutschen Kinder mit Konversionssyndromen Anlaß (vgl. Tab. 5). Keine signifikanten Unterschiede wurden dabei hinsichtlich der Geschlechts- und Altersverteilung sowie Schichtzugehörigkeit gefunden. Im Vergleich zu den deutschen Kindern mit Konversionssyndrom waren die familienanamnestischen und die durch den Gesundheitszustand der

Tab. 5: Konversionsneurosen – Unterschiede zwischen Ausländerkindern und deutschen Kindern

	Ausländer N = 18 f (%)	Deutsche N = 18 f (%)	Fischer-Test p
Belastete psychiatrische Familienanamnese	1 (13)	11 (61)	0.04
Belasteter derzeitiger Gesundheitszustand der Eltern	3 (38)	17 (94)	0.0001
<i>Psychosoziale Belastungen (Achse 5 des MAS)</i>			
psychisch krankes Familienmitglied	0 (0)	10 (56)	0.01
Disharmonie in der Familie	1 (13)	9 (50)	n. s.
Abnorme familiäre Beziehungen	2 (25)	10 (56)	n. s.
Unzureichende Lebens- und Anregungsbedingungen	4 (50)	4 (22)	n. s.

Eltern bedingten Belastungen bei den ausländischen Patienten signifikant geringer ausgeprägt. Die oben beschriebene Belastung der Gruppe insgesamt hinsichtlich dieser Merkmale (vgl. Tab. 4) ist damit schwerpunktmäßig durch die deutschen Familien bedingt. Bezüglich der Symptomatik fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Die Analyse der psychosozialen Belastungsfaktoren ist ebenfalls in Tab. 5 zusammengestellt. Psychisch kranke Familienangehörige fanden sich signifikant häufiger in den deutschen Patientenfamilien. Die psychosozialen Belastungen lagen für die deutschen Kinder häufiger in familiärer Disharmonie und abnormen familiären Beziehungen, während sie für die ausländischen Kinder eher in unzureichenden Lebensbedingungen zu sehen waren. Die vorgenannten Unterschiede erreichten bei der geringen Fallzahl jedoch nicht das erforderliche Signifikanzniveau.

## 5 Diskussion

Im Gegensatz zu dem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis in den Gruppen der angst- und zwangsneurotischen Kinder fanden wir bei den altersmäßig vergleichbaren konversionsneurotischen Patienten ein ausgeprägtes Überwiegen des weiblichen Geschlechts, das somit entgegen anderen Befunden (Proctor u. Schneer, 1958) eine gewisse Spezifität für das Krankheitsbild haben dürfte. Zu ähnlichen Befunden kamen Untersuchungen von Volkmar u. a. (1985), Goodyear (1980) sowie Lewis und Berman (1965). Die hohe Repräsentanz von Kindern aus Unterschicht- und Gastarbeiterfamilien in der Gruppe mit Konversionssyndromen gibt Hinweise auf die Bedeutung sprachlicher und kultureller Besonderheiten für die Genese des Störungsbildes. Die in diesen Bevölkerungsgruppen vergleichsweise geringere Sprachkompetenz mag die Bereitschaft zu nonverbalen, körperbezogenen Ausdrucksformen erhöhen und für die Entwicklung solcher Störungen disponieren. Strunk (1985)

weist darauf hin, daß eine Häufung von Konversionssyndromen in sozial und kulturell stärker traditionsgeleiteten Bevölkerungsgruppen und deren Herkunftsländern u. a. im Mittelmeerraum gefunden wird. Entwurzelung, Überfremdung und Anpassungsdruck mag bei Kindern aus Emigrantenfamilien die Entwicklung besonders spannungsreicher und schwer verbalisierbarer innerer Konflikte fördern und somit ebenfalls zur Entwicklung körperbezogener Symptome beitragen.

Die hohe familienanamnestische Belastung konversionsneurotischer Patienten mit psychiatrischen und intern-neurologischen Erkrankungen läßt sich dahingehend interpretieren, daß möglicherweise neben einer genetischen Disposition (Ford und Folks, 1985) die Tradierung eines auf Krankheitspflege bezogenen Kommunikationsstils ätiologisch bedeutsam ist. Nahezu regelhaft fanden wir aktuelle gesundheitliche Belastungen psychiatrischer oder intern-neurologischer Art bei den Eltern konversionsneurotisch kranker Kinder. Dies gibt zu der Vermutung Anlaß, daß allgemeine Streßbelastung, aber auch die Übernahme von Modellvorgaben für die Entwicklung der kindlichen Störung bedeutsam sind. Sowohl die anamnestischen als auch die aktuellen gesundheitlichen familiären Belastungen waren in der Gruppe mit Konversionssyndromen am stärksten in der väterlichen Linie repräsentiert. Dies steht in Einklang mit Befunden von Mattejat (1986), der die zunehmende Bedeutung des Vaters für die gesunde Entwicklung in der Adoleszenz betont und feststellt, daß bei kinderpsychiatrischen Störungen häufiger schwache, randständige und depotenzierte, denn überstrenge und autoritäre Vaterfiguren gefunden werden.

Die hohe Koinzidenz konversionsneurotischer Symptome mit psychosomatischen, besonders vasomotorischen Störungen zeigt auf, daß neben der Beeinträchtigung im Bereich der Willkürmotorik und des Sensorium bei diesen Patienten auch eine stärkere Reaktionsbereitschaft und Sensibilität des vegetativen Nervensystems

vorzuliegen scheint. Eine allzu strenge Trennung dieser Symptomgruppen scheint uns daher irreführend.

Der Vergleich der psychosozialen Umstände zeigte bei den konversionsneurotischen Patienten, stärker als in den anderen Gruppen, das Auftreten unterschiedlicher, also wenig einheitlicher und spezifischer Belastungsfaktoren. Die Analyse ergab eine stärkere Belastung deutscher Kinder mit familiären Krankheiten und neurotischen Erziehungshaltungen der Eltern, während bei ausländischen Patienten unzureichende Lebensumstände dominierten. Dies deutet u.E. auf die unterschiedliche Bedeutung verschiedener ätiologischer Faktoren bei einem insgesamt multifaktoriell bedingten Krankheitsgeschehen hin.

### Summary

#### *Conversion Disorders in Children and Juveniles*

A consecutive series of patients suffering from conversion disorder admitted between 1978 and 1984 was analysed with regard to history and symptoms. Differential validity was studied by inclusion of samples of children with anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, emotional disorders and a control group of healthy children. Children suffering from conversion disorders displayed a higher rate of psychiatric, internal and neurological disorders in the family history. The present health condition of the children's parents was also quite often negatively affected. These findings were discussed with regard to etiology. Taking into account the high proportion of migrant workers' children, cultural factors may be also important. There was a high rate of psychosocial stress in all families of children suffering from conversion disorder.

### Literatur

Caplan, H.L. (1970): Hysterical conversion symptoms in childhood. M. Phil. Dissertation, University of London. – *DSM III* (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amer. Psychiat. Association). Dt. Bearbeitung Koehler, M., Saß, H., 353–364, Weinheim: Beltz, 1984. – Dubowitz, V., Hersov, L. (1976): Management of Children with non-organic (hysterical) Disorders of Motor Function. *Develop. Med.*

*Child. Neurol.*, 18, 358–368. – Engel, G.L. (1970): Conversion symptoms. In: Macbryde C.M. (ed.): Signs and symptoms: Applied Pathologic Physiology and Clinical Interpretation. Ed. 5. Philadelphia: JB Lippincott, 650–658. – Flor-Henry, P., Frown-Augh, D., Tepper, M. (1981): A neuropsychological study of the stable syndroms of hysteria. *Biol. Psychiatry*, 16, 601–626. – Ford, Ch., Folks, D. (1985): Conversion disorders. An overview. *Psychosomatics*, 26. – Friedmann, S. (1973): Conversion symptoms in adolexcents. *Ped. Clinics of North Amer.*, 20, 873–882. – Goodyer, I. (1980): Hysterical conversion reactions in childhood. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 22, 179–188. – Hollender, M.H. (1976): Hysteria, The culture-bound syndromes. *Papua New Guinea Med. J.*, 19, 24–29. – Hollender, M.H. (1972): Conversion Hysteria (a post-Freudian reinterpretation of 19th century psychosocial data). *Arch. Gen. Psychiatry*, 26, 311–314. – Holm, S.A. (1979): A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scand. J. Statist.*, 6, 65–70. – Kimball, C.P., Blindt, K. (1982): Some thoughts on conversion. *Psychosomatics*, 23, 647–649. – Lewis, W., Berman, M. (1965): Studies of conversion hysteria. *Arch. Gen. Psychiat.*, 13, 275–282. – Malmquist, C.P. (1971): Hysteria in childhood. *Postgrad. Med.*, 50, 112. – Matthey, F. (1986): Zur Bedeutung des Vaters. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.*, 14, 32–49. – Perley, M., Guze, S. (1962): The stability and usefulness of clinical criteria. A quantitative study based on a follow-up period of six to eight years in 39 patients. *New Engl. J. Med.*, 266, 421–426. – Proctor, J.T., Schneer, H.J. (1958): Hysteria in childhood. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 28, 394–406. – Remschmidt, H., Schmidt, M. (1977): Multiaxiales Klassifikationschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – Rock, N.L. (1971): Conversion reactions in childhood. A clinical study of childhood neurosis. *J. Am. Acad. Child Psychol.*, 10, 65–78. – Steinhausen, H.-Ch., Göbel, D. (1983): Anamnese, Symptom, Diagnose – Strukturanalyse an einem kinder- und jugendpsychiatrischen Krankengut. In: H. Remschmidt, M. Schmidt (Hg.): *Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Huber. – Strunk, P. (1985): Konversionssyndrome. In: Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. 3, Stuttgart: Thieme, 148–157. – Volkmar, F., Poll, J., Lewis, M. (1984): Conversion reactions in childhood and adolescence. *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 23, 4, 424–430.

Anschr. d. Verf.: Dr. Matthias von Aster, Humboldt Krankenhaus, Frohnauer Str. 74–80, 1000 Berlin 28; Dr. Ernst Pfeiffer, Kinderklinik der FU Berlin, Psychosomatische Abteilung, Heubnerweg 6, 1000 Berlin 19;

Dr. D. Göbel, Prof. Dr. Dr. H.-Ch. Steinhausen, Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU Berlin, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.