
**Differentialdiagnostik der
dissoziativen Identitätsstörung (DIS)
in Deutschland –**

Validierung der Dissociative Disorders
Interview Schedule (DDIS)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

Vorgelegt von:

Bettina Overkamp

Berlin

2005

Erstgutachter: Prof. Dr. Willi Butollo

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Rita Rosner

Tag der mündlichen Prüfung: 11.7.2005

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
EINLEITUNG	11
A. Hintergrund und Relevanz des Themas	11
B. Ziel der Dissertation	16
C. Aufbau der Arbeit	17
1. GRUNDLAGEN DER DISSOZIATION	19
1.1 Historischer Hintergrund	19
1.1.1 Die frühen Fälle einer multiplen Persönlichkeit in der Literatur	19
1.1.2 Pierre Janets Pionierarbeiten zur Dissoziation	20
1.2 Definitionen von Dissoziation	25
1.2.1 Das BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge)-Modell der Dissoziation (Braun, 1988a & b)	26
1.2.2 Dissoziation als allgemeiner Trait oder als Taxon?	27
1.2.3 Unterschied zwischen Dissoziation und Hypnose	30
1.2.4 Unterschied zwischen Dissoziation, Verdrängung und Spaltung	33
1.2.4.1 Dissoziation und Verdrängung	33
1.2.4.2 Dissoziation und Spaltung	37
1.3 Neuropsychologische Grundlagen der Dissoziation	38
1.4 Die Kontroverse um die Dissoziative Identitätsstörung	42
1.4.1 Erscheinungsbild und Theorie der dissoziativen Identitätsstörung	42
1.4.1.1 Klinische Phänomenologie	43
1.4.1.1.1 Symptome einer DIS	45
1.4.1.1.2 Klinische Präsentation	48
1.4.1.1.3 Alternierende Identitäten	49
1.4.1.1.4 Physiologische und psychologische Untersuchungen zu DIS	52
1.4.1.1.4.1 Physiologische Untersuchungen	53
1.4.1.1.4.2 Psychologische Untersuchungen	54

1.4.1.2	Entstehungstheorien der DIS	56
1.4.1.2.1	Die psychoanalytische Perspektive	56
1.4.1.2.2	Die Vier-Faktoren-Theorie (Kluft, 1979)	58
1.4.2	Nosologische Einordnung der DIS	59
1.4.3	Dissoziative Identitätsstörung als (Borderline-) Persönlichkeitsstörung?	60
1.4.4	Die sogenannte Iatrogenese -Theorie	61
1.4.4.1	Erschaffung von Alternierenden Identitäten in Hypnose	62
1.4.4.2	Simulierte DIS im Rollenspiel	64
1.4.5	Delayed-Recall - Die "Wahrheit wiederauftauchender Erinnerungen"	66
1.4.5.1	Ursprung der False Memory Foundation- Bewegung	68
1.4.5.2	Empirische Untersuchungen zu vergessenen Erlebnissen	69
1.5	Zusammenfassung	78
2.	VORSTELLUNG DER UNTERSUCHTEN STÖRUNGSBILDER NACH DSM-IV UND ICD-10 MIT BEZUG ZUR DISSOZIATION	73
2.1	Dissoziative Störungen	74
2.1.1	Dissoziative Amnesie (300.12/ F44.0)	74
2.1.2	Dissoziative Fugue (300.13/ F44.1)	75
2.1.3	Depersonalisationsstörung (300.6/ F48.1)	75
2.1.4	Dissoziative Identitätsstörung (300.14/ F44.81; vormals Multiple Persönlichkeitsstörung/ Multiple Persönlichkeit)	76
2.1.5	Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (F44.9/ 300.12)	76
2.1.6	Dissoziativer Stupor (F44.2/ 300.12)	77
2.1.7	Trance und Besessenheitszustände (F44.3/ 300.12)	77
2.1.8	Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung	77
2.1.8.1	Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4)	77
2.1.8.2	Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)	78
2.1.8.3	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)	78
2.1.9	Prävalenz dissoziativer Störungen	78
2.1.9.1	Prävalenz dissoziativer Phänomene in der repräsentativen Allgemeinbevölkerung	78
2.1.9.2	Prävalenz dissoziativer Störungen in (repräsentativen) klinischen Populationen	79

2.2	Borderline Persönlichkeitsstörung (F 60.31/ 300.83)	82
2.3	Schizophrenie (295.xx/ F20)	83
2.4	Essstörungen	84
2.4.1	Anorexia Nervosa (307.1/ F50.00; F50.01)	84
2.4.2	Bulimia Nervosa 307.51 (F50.2)	85
2.5	Angststörungen	85
2.5.1	Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (300.21/ F40.01 und 300.01/ F41.0)	86
2.5.2	Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte (300.22/ F40.00)	86
2.5.3	Posttraumatische Belastungsstörung (309.81/ F43.1)	86
2.6	Depression	87
2.6.1	Major Depression (296.2x/ einzelne Episode; 296.3x/ rezidivierend)	88
2.6.2	Dysthyme Störung (300.4/ F34.1)	88
2.7	Trauma	89
2.7.1	Körperliche Misshandlung (Z61.6)	90
2.7.2	Sexualisierte Gewalterfahrungen (Z61.4 und Z61.5)	90
2.7.3	Psychische Misshandlung/ Vernachlässigung (Z61.3/ Z62.4/ Z62.5)	92
2.7.4	Ritualisierte Gewalterfahrung (Z61.8)	92
3.	ÜBERBLICK ÜBER DIE INSTRUMENTE ZUR DIAGNOSE DISSOZIATIVER ERFahrungen UND DISSOZIATIVER Störungen	95
3.1	Diagnostische Hinweise	97
3.2	Selbstberichtsinstrumente	98
3.2.1	Dissociative Experiences Scale (DES), DES-T und Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	99
3.2.1.1	Dissociative Experiences Scale (DES/ Bernstein & Putnam, 1986) - Das Original	99
3.2.1.2	Die Taxon-Fassung der Dissociative Experiences Scale (DES-T/ Waller et al., 1996)	101
3.2.1.3	Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS/ Freyberger et al., 1999)	102
3.2.2	Dissoziations-Fragebogen (DIS-Q/ Vanderlinden et al., 1993)	103

3.2.3	Somatoform Dissociation Questionnaire 20/ 5 (SDQ-20/ 5/ Nijenhuis et al., 1996)	104
3.2.4	Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED/ Riley, 1988)	105
3.2.5	Minnesota / Hathaway & McKinley, 1940/ 1977), sowie die Phillipps Dissociation Scale (Multiphasic Personality Inventory (MMPI PDS/ Phillipps, 1994) und North Carolina Dissociation Index (NCDI/ Mann, 1995) aus dem MMPI-2	107
3.2.6	Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ/ Marmar et al., 1996)	109
3.2.7	Weitere Screeninginstrumente für dissoziative Symptome	109
3.3	Diagnostische Interviews	110
3.3.1	Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS/ Ross et al., 1989f)	111
3.3.2	Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders - Revised (SCID-D-R/ Steinberg et al., 1993/1994)	111
3.3.3	Clinical Mental Status Examination for Complex Dissociative Symptoms (Loewenstein, 1991)	112
3.3.4	Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS/ Bremner et al., 1998)	113
3.3.5	Structured Interview of Disorders of Extreme Stress (SIDES/ Pelcovitz et al., 1997)	113
3.4	Projektive Verfahren	114
3.4.1	Rorschach-Test (Rorschach/ (1921) 1957)	114
3.4.2	Thematic Apperception Test	116
3.5.	Zusammenfassung	116
4.	ZIEL, INSTRUMENTE, VORGEHEN UND TEILNEHMERINNEN DER UNTERSUCHUNG	117
4.1	Ziel der Untersuchung	117
4.2	Instrumente	117
4.2.1	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	117
4.2.2	Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS)	118
4.3	Vorgehen	120

4.4 TeilnehmerInnen der Untersuchung	122
4.4.1 Stichprobe	122
4.4.1.1 Alter und Geschlecht	122
4.4.1.2 Familienstand	122
4.4.1.3 Bildungsstand	123
4.4.1.4 Wohnsituation	123
4.4.1.5 Berufliche Situation	123
4.4.1.6 Kinder	123
4.4.1.7 Gefängnisaufenthalt	124
4.4.2 ICD-10 Diagnosen der Stichprobe	124
4.4.3 Ort der Datenerhebung	125
4.4.4 Beschreibung der PatientInnen mit einer DIS	127
4.5 Hypothesen	128
4.5.1 Haupthypothesen	129
4.5.2 Nebenhypothesen	130
4.5.3 Beschreibende Ergebnisse	132
5. METHODEN DER UNTERSUCHUNG	133
5.1 Diagnosestellung über den SIDDS	133
5.1.1 Somatisierungsstörung	134
5.1.2 Major Depression	134
5.1.3 Borderline Persönlichkeitsstörung	135
5.1.4 Dissoziative Störungen	135
5.2 Weitere Auswertungsbereiche des SIDDS	137
5.2.1 Kopfschmerzen	137
5.2.2 Erfassung der psychiatrischen Vergangenheit	137
5.2.3 Substanzenmissbrauch	137
5.2.4 Schneidersche Symptome ersten Ranges	138
5.2.5 Übernatürliches/ Besessenheit/ Außersinnliche Wahrnehmung/ Kulte	138
5.2.6 Trancen, Schlafwandeln und imaginäre BegleiterInnen in der Kindheit	138
5.2.7 Gewalterfahrung in der Kindheit	139
5.2.8 Sekundäre Anzeichen einer dissoziativen Identitätsstörung	139
5.3 Auswertung des FDS	140
5.4 Statistische Auswertung	141

6.	ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG	143
6.1.	Hauptthesen	143
6.1.1	Sensitivität und Spezifität des SIDDS für DIS	143
6.1.2	Sensitivität des SIDDS für dissoziative Störungen (ohne DIS), BPS und Major Depression	145
6.1.3	Dissoziative Störung und FDS-Wert	148
6.1.4	Konstruktvalidierung	151
6.2	Nebenthesen	153
6.2.1	Zusammenhang zwischen Dissoziation und Trauma	153
6.2.2	Hochscorer mit einer dissoziativen Störung	160
6.3	Beschreibende Ergebnisse	162
6.3.1	Differentialdiagnostische Hinweise aus dem SIDDS zur Abgrenzung klinischer Störungsbilder gegen eine DIS	162
6.3.1.1	Schizophrenie	163
6.3.1.2	Borderline-Persönlichkeitsstörung	164
6.3.1.3	Essstörungen	164
6.3.1.4	Depressionen	165
6.3.1.5	Posttraumatische Belastungsstörung	165
6.3.1.6	Angststörungen (Phobien)	165
6.3.1.7	(Andere) dissoziative Störungen	166
6.3.1.8	Zusammenfassung	166
6.3.2	Internationaler Vergleich des SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung	169
6.3.3	Dissoziative Symptome bei klinischen PatientInnen ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung	170
6.3.3.1	FDS-Items	171
6.3.3.2	Bereiche des SIDDS	172
7.	DISKUSSION	175
7.1	Ergebnisse der Untersuchung und Bedeutung	175
7.2	Validität des SIDDS – Diskussion der Untersuchungsergebnisse	175
7.2.1	Validierung anhand der externen TherapeutInnen-Diagnose	175
7.2.2	Validierung anhand des FDS	178
7.2.3	Vorschlag einer eigenständige Kategorie Disorders of Extreme Stress	179

7.3	Schwachpunkte des Untersuchungsdesigns	180
7.3.1.	Selektionseffekte	180
7.3.2	Objektivität	180
7.4	Aussagen über DIS in Deutschland	183
7.5	Implikationen für die klinische Praxis/ therapeutische Versorgung und Anregungen für weitere Forschung	185
8.	ZUSAMMENFASSUNG	187
8.1.	Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose Dissoziativer Störungen (SIDDS)	187
8.2	FDS, Trauma und Somatisierung	188
8.3	Hochscorer im FDS ohne dissoziative Störung	189
9.	LITERATURVERZEICHNIS	191
10.	ANHANG	229
10.1	Verzeichnis der Abkürzungen	229
10.2	Verzeichnis der verwendeten Instrumente	230
10.2.1	Wörtliche Einleitung der Untersuchungssequenz	231
10.2.2	Einverständniserklärung für den strukturierten Interviewleitfaden zur Diagnose Dissoziativer Störungen	232
10.2.3	FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen	233
10.2.4	SIDDS: Strukturiertes Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen	241
10.2.5	Auswertungsbogen des SIDDS	262
10.3	Überblick zur Differentialdiagnostik der Störungsbilder im SIDDS	263
10.3.1	DIS - Schizophrenie	263
10.3.2	DIS – Borderline-Persönlichkeitsstörung	264
10.3.3	DIS – andere dissoziative Störungen	265
10.3.4	DIS – Posttraumatische Belastungsstörung	266
10.3.5	DIS – Ess-Störungen	267
10.3.6	DIS – Depression	268
10.3.7	DIS – Angststörungen/ Phobien	269

10.4 Verzeichnis der Tabellen	271
10.5 Verzeichnis der Abbildungen	273
DANKSAGUNG	276
LEBENS LAUF	278

EINLEITUNG

Vorab eine Anmerkung zur Sprache: Ich verwende die beidgeschlechtliche Pluralendung „Innen“, wenn von Frauen und Männern gemeinsam die Rede ist. Die jeweils männliche oder weibliche Pluralendung bezieht sich auf die spezifische Geschlechtsgruppe.

A. Hintergrund und Relevanz des Themas

Die Beschäftigung mit dissoziativen Symptomen und Störungen hat eine lange Tradition - und ebenso dissoziativ verschwand das Konzept im Laufe der Zeit immer wieder aus dem öffentlichen klinischen Bewusstsein. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts lagen zahlreiche Veröffentlichungen zum Phänomen der Dissoziation vor (Janet, 1889, 1898a & b, 1907; Prince, 1905). Mit dem Aufkommen der Diagnose der Schizophrenie als Bewusstseinspaltung nach Bleuler um 1920, wurden viele dissoziative Phänomene fälschlicherweise darunter subsumiert (Rosenbaum, 1980). Heute belegen Untersuchungen, dass sowohl Schneidersche erstrangige Symptome als auch pseudopsychotische (Positiv-) Symptome bei DIS-PatientInnen häufiger vorkommen als bei Schizophrenen (Kluft, 1987c; Ellason & Ross, 1995).

Die Forschung und Theoriebildung zur Dissoziation ruhte fast 50 Jahre lang. Das Konzept wurde erst 1980 „wiederentdeckt“, als die American Psychiatric Association dissoziative Störungen als eigenständige Diagnosekategorie in das diagnostische Grundlagenwerk DSM-III aufnahm.

Einstmals ausgehend von Europa fand bis Anfang der 90er Jahre der Großteil der Forschung zu dissoziativen Störungen und besonders zu deren extremster Ausprägung, der dissoziativen Identitätsstörung (vormals multiple Persönlichkeitsstörung), fast ausschließlich in Nordamerika statt. Außerhalb der Staaten von Nordamerika wurde die Existenz einer dissoziativen Identitätsstörung als ausgesprochen selten und als Diagnose ausgesprochen unwahrscheinlich betrachtet (z.B. auch noch in der ICD-10, 1992; 1994), obwohl es sich nachweislich um kein kulturspezifisch us-amerikanisches Phänomen handelt (Coons et al., 1991; Boon & Draijer, 1993; Van der Hart, 1993; Sar et al., 1996).

Anfang der 90er Jahre begannen ForscherInnen in den Niederlanden als VorstreiterInnen für Europa sich mit der dissoziativen Identitätsstörung zu befassen und intensive Studien zu betreiben (Boon & Draijer, 1991; Boon, 1993; Van der Hart, 1993) sowie eigene Konzepte zu Teilbereichen der Dissoziation zu entwickeln (Nijenhuis et al., 1996; 1997; 1998 zur somatoformen Dissoziation; Nijenhuis, 1999; 2000).

Überraschenderweise wird die Diskussion um die dissoziative Identitätsstörung wie bei keiner anderen psychischen Störung auf einer emotionalen „Glaubensebene“ (Hacking, 1996) zwischen den „Anhängern“ der Diagnose und den sogenannten Skeptikern geführt. Verschiedene Phänomene können als Erklärung dieses Sachverhaltes herangezogen werden:

1. Zum einen war es auch in Deutschland v.a. eine starke feministische Bewegung, die ein Ausmaß an sexueller Gewalt gegen Frauen thematisiert hat, das in einer Extremform zu einer dissoziativen Identitätsaufspaltung führen kann (z.B. Kongress Bielefeld 1994; als Buch Wildwasser, 1997). TherapeutInnen in Frauenberatungsstellen haben als erste das Vorhandensein einer dissoziativen Identitätsstörung festgestellt, dokumentiert und einen Bedarf nach angemessenen therapeutischen Verfahren thematisiert. Möglicherweise hat sich dadurch in den Köpfen das eigentliche Störungsbild (DIS) mit einer politischen (feministischen) Einstellung verknüpft, die in (männerdominierten) „Psychiatrie-Kreisen“ eher kontraproduktive, bagatellisierende, abwehrende und abwertende Reaktion erzeugte.

In den USA belegen Untersuchungen die weite Verbreitung einer professionellen Skepsis gegenüber dem Störungsbild, die teilweise zu einer aktiven Behinderung der Arbeit der TherapeutInnen mit den Betroffenen führte (Dunn et al., 1994; Hayes & Mitchell, 1994).

2. Bereits Janet und auch Freud in seiner Verführungstheorie haben von Anfang an Dissoziation in einen engen Zusammenhang mit dem Erleben realer Traumatisierungen v.a. in der Kindheit gestellt. Nach Huber (1995a & b) und Ross (1997) liegt ein Teil der Emotionalität der Diskussion auch darin begründet, dass es in der Gesellschaft damals wie heute ein „Trauma-Tabu“ (Huber 1997¹) gibt, mit dem das Ausmaß an Gewalt gegen Frauen und Kinder heruntergespielt werden soll. Eine weit verbreitete, v.a. Frauen betreffende, durch Trauma verursachte Störung wie die DIS löst auch unter diesem Aspekt gesehen heftige emotionale (Gegen-)Reaktionen aus (Herman, 1992; 1994; Rivera 1989; 1991). In den USA haben sich diese Emotionen in der „False-Memory-Syndrome“-Bewegung gesammelt, die das Vorhandensein familiärer sexueller Gewalt als eine Erfindung von TherapeutInnen abzutun versucht.

„Die Untersuchung psychischer Traumata konfrontiert den Forscher mit der Verwundbarkeit des Menschen in seiner natürlichen Umwelt und mit der Fähigkeit zum Bösen als Teil der menschlichen Natur“
(Herman 1994, S. 17).

¹ Vortrag auf der Fachtagung der deutsche Sektion der ISSD im Oktober 1997 in Frankfurt.

3. Ohne die Kenntnis über Täterdynamik und die neurophysiologischen Folgen einer (schweren, chronischen) Traumatisierung erscheinen die Berichte der Opfer auf den ersten Blick oftmals unglaubwürdig: sie sind teils unzusammenhängend, aus dem Kontext gerissen, teilweise mit Lücken, besonders an den „intensiven“ Stellen, teils mit dem Fokus auf Nebensächlichkeiten, ohne örtliche und zeitliche Zuordnung und nur sehr schwer in Sprache vermittelbar.

„Der Konflikt zwischen dem Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen, und dem Wunsch, sie laut auszusprechen, ist die zentrale Dialektik des psychischen Traumas. Menschen, die ein Trauma überlebt haben, erzählen davon oft so gefühlsbetont, widersprüchlich und bruchstückhaft, dass sie unglaubwürdig wirken. Damit ist ein Ausweg aus dem Dilemma gefunden, einerseits die Wahrheit sagen und andererseits Stillschweigen wahren zu müssen. Erst wenn die Wahrheit anerkannt ist, kann die Genesung des Opfers beginnen. Doch sehr viel häufiger wird das Schweigen aufrecht erhalten, und die Geschichte des traumatischen Ereignisses taucht nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom“ (Herman, 1994, S. 9).

Nicht nur die Emotionalität der Diskussion um die Störung, sondern das reale Leiden der Menschen auch an den langen Irrwegen durch das Gesundheitssystem macht eine sachliche Information, eine gründliche Untersuchung und das Erarbeiten bzw. Umsetzen effektiver Therapieansätze notwendig. Nach Untersuchungen befinden sich DIS-PatientInnen in den USA im Durchschnitt bereits seit sieben Jahre in Therapie, bevor sie überhaupt unter der „richtigen“ Diagnose behandelt werden (Rivera 1986; Putnam et al., 1986). Eine Langzeittherapieverlaufsstudie von Kluft (1984b; 1996a) zeigt, dass sich DIS Symptome bei einer DIS-spezifischen Therapie auflösen und es zu einer Integration kommen kann, während dies bei einer nur stabilisierenden oder „allgemeinen“ Therapie nicht der Fall ist, so dass das Leiden der Menschen unnütz (?) verlängert wird.

In Deutschland begann die universitäre Forschung zur dissoziativen Identitätsstörung als Sonderform der dissoziativen Störungen etwa 1994 mit der Veröffentlichung erster deutschsprachiger Fallberichte (Pfeifer et al., 1994; Hoffmann, 1994; Stübner et al., 1998). 1999 und 2000 kamen mit dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS - Freyberger et al., 1999) und dem SKID-D (Gast et al, 2000) die ersten validierten Diagnoseinstrumente für dissoziative Symptome und Störungen auf den deutschen Markt.

Bereits seit Mitte der 90er Jahre gründeten sich „Selbsthilfegruppen“ der Betroffenen sowie Interventionsgruppen für mit DIS-PatientInnen befasste TherapeutInnen. Seit 1996 existiert der Verein „Vielfalt“ in Bremen, der einen regelmäßigen MPS-Infobrief herausgibt, bis Ende 1996 erschien die von Betroffenen herausgegebene Zeitschrift „Matrioschka“.

Im Mai 1995 gründete sich auf dem internationalen Kongress der ISSD (International Society for the Study of Dissociation) in Amsterdam die deutsche Sektion der professionellen Fachgruppe e.V., die in den USA bereits seit 1983 mit einer eigenen Fachzeitschrift existiert. Im Rahmen dieser Fachgruppe wurden spezifische Forschungsprojekte auf den Weg gebracht, Behandlungsrichtlinien der ISSD für DIS übersetzt und adaptiert (1998), sowie spezifische Themen auf jährlich stattfindenden Tagungen vertieft.

Seit Ende der 90er Jahre „boomt“ auch in Deutschland die „Traumawelle“. Die Fachinformation wuchs, Lehrbücher zu Trauma, Dissoziation und PTSD kamen auf den Markt (Maercker & Ehler, 2001; Hofmann et al., 2003; Huber, 2003; Eckhardt-Henn & Hoffmann, 2003), auf den Psychotherapietagen in Lindau wurde der Dissoziation (u.a. 2000 und 2002) und der komplexen Traumatisierung ein eigenes Curriculum gewidmet, spezielle Lehrstühle mit Schwerpunkt Psychotraumatologie (wie z.B. in Köln oder München) wurden – auch als Folge des Krieges in Ex-Jugoslawien als dem wieder ersten Krieg auf europäischem Boden - eingerichtet.

Es entstanden immer mehr (dringend benötigte) Einrichtungen speziell zur Behandlung schwer traumatisierter PatientInnen z.B. in der Klinik Hohemark/Oberursel (Hofmann, 1995) oder teilweise geschlechtsspezifische „Traumaeinheiten“ in Kliniken wie Bielefeld, Göttingen und Bad Wildungen.

Aktuell – in Zeiten starker Kosteneinsparungen - geht der „Boom“ eher in die Schaffung von Therapieplätzen für PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB), deren Beginn im Erwachsenenalter liegt („Monotrauma“) und weg von der Behandlung komplex traumatisierter Menschen.

Es hat sich in der Erfahrung (Reddemann 2003, Boon 2003) gezeigt, dass eine effektive Behandlung schwer und chronisch traumatisierter Menschen eine hinreichend sichere therapeutische Beziehung voraussetzt, sowie viel innerpsychische Stabilität und aktuell „langweilige“ = sichere äußere Umstände erfordert. Die besten Rahmenbedingungen liegen in einer mit ausreichenden Stunden genehmigten ambulanten Psychotherapie, die in Krisenzeiten von einer traumata-erfahrenen stationären Therapie unterstützt wird (s. Konzepte wie Kurzzeitunterbringung, Bett für 24 Stunden in den Niederlanden).

„Traumatherapie“ im stationären Setting bedeutet vor allem Stabilisierung und beinhaltet idealerweise einige Veränderungen im normalen psychiatrischen „Alltag“:
u.a.

- die Möglichkeit einer getrennten Unterbringung in Einzelzimmern,
- eine Wahlmöglichkeit zwischen männlicher/ weiblicher TherapeutIn in der Therapie,

- eine starke Einbindung und Schulung des Pflegepersonals in Stabilisierungstechniken u.a. zur umgehenden Beendigung dissoziativer und intrusiver Symptome im Klinikalltag (zur Vermeidung von Retraumatisierung und unkontrollierter Abreaktion) sowie zum Umgang mit Teilpersönlichkeiten,
- Unterstützung und Supervision der behandelnden TherapeutInnen und der Teams ev. auch über eine Reduzierung des PatientInnenschlüssels,
- einen eklektischen Therapieansatz (u.a. mit Verhaltenstherapie, Hypnose/ imaginative Verfahren, tiefenpsychologischen Ansätzen, Maltherapie, Musiktherapie, Körpertherapie, Familientherapie) etc.
- und viel Bereitschaft, individuelle Lösungen im Klinikalltag zu finden.

Es bleibt zu hoffen, dass allen Sparmaßnahmen zum Trotz der angemessenen Versorgung komplex traumatisierter Menschen der so dringend benötigte Vorrang eingeräumt wird. Die Kosten der „Nichtbehandlung“ sind persönlich, gesellschaftlich und finanziell betrachtet deutlich höher (siehe z.B. für somatoforme Störungen in D: Hiller et al. 2004; USA: Tang et al. 2003).

B. Ziel der Dissertation

In dieser Doktorarbeit soll ein in den USA entwickeltes standardisiertes Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen für Deutschland validiert werden, indem seine Sensitivität und Spezifität für DIS und seine Konstruktvalidität anhand des FDS (als bereits für Deutschland validiertes Instrument) bestimmt werden. Nebenziele betreffen Aussagen über den Zusammenhang zwischen Dissoziation und Trauma.

Diese Untersuchung ist neben der Validierungsstudie des SKID-D durch die Arbeitsgruppe um Fr. Prof. Dr. Gast (Hannover) die zweite größere systematische Untersuchung zu DIS in Deutschland. Aus den Daten sollen klinisch relevante Aussagen über Art und Prävalenz der dissoziativen und der komorbiden Symptomatik in verschiedenen klinischen Populationen und relevante differentialdiagnostische Hinweise auf eine dissoziative Identitätsstörung herausgearbeitet werden.

Ich beschreibe in dieser Arbeit PatientInnen, die unter bestimmten Symptomen leiden und sich dafür ambulante oder stationäre Hilfe gesucht haben. Ich möchte betonen, dass sich das „Viele Sein“ an sich nicht unbedingt als Störung darstellen muss und dass sich multiple Frauen auch immer wieder dafür entscheiden, mit den „Vielen“ zu leben. Wichtig ist für sie zumeist eine Verbesserung der internen Kommunikation und Kooperation. Die Benennung ihres Seins als „psychische Störung“ kann eine Abwertung, Diskrimination und Ausgrenzung bedeuten. Das Problem des Labellings und der Versuch einer neuen (offenen) Psychiatrie, wie sie z. B. mit der Psychiatrie-Reform im Saarland versucht wurde, seien hier nur am Rande erwähnt, sind aber durchweg wichtig und nicht aus dem Auge zu verlieren.

Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal herzlich für die Offenheit bedanken, mit der mich „meine“ befragten Menschen an ihrem Leben und ihrem Schicksal haben teilhaben lassen. Es bleibt ein Spagat, diese persönliche Erfahrung in eine (notwendige) wissenschaftliche Arbeit und Sprache umzusetzen.

C. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit besteht aus den drei Teilen Grundlagen, Methoden der Untersuchung und Ergebnisse mit anschließender Diskussion, die sich jeweils über mehrere (Unter)Kapitel verteilen: In jedem Unterkapitel werden die wichtigen Aussagen und Ergebnisse am Ende kurz zusammengefasst.

Grundlagen

Zu den Grundlagen der Dissoziation gehört neben den Definitionen und der Abgrenzung des Begriffes von anderen oft synonym gebrauchten Konzepten wie Spaltung, Verdrängung und Hypnotisierbarkeit ein kurzer historischer Abriss über die Beschäftigung mit dem Konzept der Dissoziation unter der besonderen Berücksichtigung des Beitrages von Pierre Janet.

Der Darlegung der neuropsychologischen Vorgänge bei der Dissoziation wird viel Wert beigemessen, da auf der biochemischen Ebene Dissoziation wissenschaftlich „sichtbar“ wird: nämlich in den Forschungsergebnissen über den Zusammenhang zwischen psychologischem Trauma und Neurobiophysiologie.

Über die Darstellung des Störungsbildes einer DIS (Kap. 2) soll die Iatrogenese-Diskussion um die Existenz der dissoziativen Identitätsstörung und die Bedeutung der False-Memory-Syndrome Bewegung in bezug auf die Fragestellung bearbeitet werden, unter welchen Umständen Trauma (definiert als eine die menschliche Verarbeitungskapazität überfordernde reale Begebenheit) „vergessen“ und „wiedererinnert“ werden kann.

Abschließend erfolgt ein Überblick über die Instrumente zur Erfassung dissoziativer Störungen und Symptome (Kap. 3).

Methoden der Untersuchung

Der Hauptteil befasst sich mit dem Untersuchungsdesign (Instrumente, PatientInnen, Kliniken, Hypothesen) sowie den Ergebnissen, die im Anschluss diskutiert werden. Neben der Validierung des Strukturierten Interviews zur Diagnose dissoziativer Störungen werden weitere Hypothesen über den Zusammenhang von Trauma und Dissoziation verfolgt, sowie die Frage, wie sich dissoziative Symptome bei PatientInnen ohne eine dissoziative Störung zeigen.

Zusammenfassung der Ergebnisse und Anhang

Die Zusammenfassung der Ergebnisse beinhaltet eine kritische Würdigung der Arbeit mit einem Ausblick auf klinische Implikationen und weitere Forschungslinien. Im Anhang befinden sich neben den Literaturangaben, eine Erklärung der verwendeten Abkürzungen, ein Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen . Die Daten inklusive der statistischen Auswertungen können auf Wunsch auf einer Diskette eingesehen werden.

1. GRUNDLAGEN DER DISSOZIATION

Neben dem Versuch einer Definition von Dissoziation werden die allgemeinen philosophischen, psychologischen und neurologischen Grundlagen der Dissoziation dargestellt, die die Basis bilden, auf der sich der Störungsbegriff entwickelt hat, wie er in die diagnostischen Manuale ICD-10 und DSM-IV eingegangen ist. Die genauen Definitionen der einzelnen dissoziativen Störungen finden sich im entsprechenden Kapitel (s. Kap 2.1).

1.1 Historischer Hintergrund

Ende des 19. Jahrhunderts herrschte ein reges Interesse an der Erforschung der Hypnose und damit eng verbunden den Phänomenen und den Symptomen der Dissoziation, die später unter dem Namen Hysterie subsumiert wurden.

1.1.1 Die frühen Fälle einer multiplen Persönlichkeit in der Literatur

Das Phänomen der Dissoziation hat eine lange Tradition. Die ersten Fallbeispiele aus der westlichen Medizingeschichte beginnen mit der Beschreibung des Falles der Mary Reynolds durch S.L. Mitchell 1817. 1885 stellte Charcot Luis Vivet in der Salpêtrière als Multiplen vor, und sein Mitarbeiter Bourru berichtete über diesen Fall in den Annalen der Psychiatrie (Hacking, 1996). Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts begann Pierre Janet in Frankreich mit der systematischen Erforschung und Behandlung der Hysterie. Ihm versuche ich im nächsten Kapitel ausführlicher gerecht zu werden, da Pierre Janet als der „Vater“ der Dissoziationstheorie gilt. Der Fallbericht der Christine Beauchamp von Morton Prince (1905) sorgte für weiteres Aufsehen. Nach Ross (1989) soll sogar der Fall der Anna O. von Freud und Breuer (1895) die Geschichte einer Frau mit einer mehrfachen Persönlichkeit sein.

„Anna O. ... war ohne Rücksicht auf eigene Grenzen und Bedürfnisse mit der Pflege des kranken, tyrannischen Vaters betraut, eine absolute, schonungslose Verpflichtung des Kindes. Als nach langen Nächten der Erschöpfung und Demütigung die Situation für sie unerträglich wird, erkrankt sie schwer. Es bestanden zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechselten und sich im Laufe der Krankheit immer stärker schieden. In dem einen kannte sie ihre Umgebung, war traurig und ängstlich, aber relativ normal; im anderen halluzinierte sie, war ungezogen, d.h. schimpfte, warf die Kissen nach Leuten, ... riss mit beweglichen Fingern die Knöpfe von Decken und Wäsche, und dergleichen mehr. War während dieser Phase etwas im Zimmer verändert worden, jemand gekommen oder herausgegangen, so klagte sie

dann, ihr fehle Zeit, und bemerkte die Lücke im Ablauf ihrer bewussten Vorstellungen“
(Schneider, 1994, S. 36f).

1817-1845	4 Fälle,	u.a. :Mitchell: Mary Reynolds in Medical Repository (1817) und A.R. von Feuerbach 1828 in Bayern: Sörgel
1874-1900	28 Fälle	v.a. in Frankreich von Janet und Binet
1901-1944	33 Fälle	u.a. Morton Prince (USA): Christine Beauchamp (1905)
1945-1969	8 Fälle,	u.a. Thigpen & Cleckley: Eve (1958)
1970-1980	ca. 50 Fallberichte	u.a. Wilbur: Sybil (Schreiber, 1992)

Tabelle 1:

Anzahl an Fallberichten über Personen mit einer Mehrfachen Persönlichkeit zwischen 1817 und 1980 (nach Greaves, 1980).

Um multipel zu sein, bedarf es mindestens zweier verschiedener Persönlichkeitszustände, die sich deutlich voneinander unterscheiden lassen. In der frühen Literatur sprach man in einem Fall von genau zwei Persönlichkeiten von einem „Dédoublement“ der Persönlichkeit oder einem „double conscience“ (Binet, 1890/1977b; 1896/1977a). In diesem Rahmen seien die „großen“ Fallberichte von vor 1980 der Vollständigkeit halber nur kurz aufgelistet (s. Tab. 1). Es wird im Nachhinein (wie bei allen Nacharbeiten der vorhandenen Literatur) immer umstritten bleiben, ob es sich bei diesen „alten“ Fällen tatsächlich um Menschen mit einer „echten“ mehrfachen Persönlichkeit handelte (s. Hacking, 1996 (Kap.2 und 8); Merskey, 1992).

1.1.2 Pierre Janets Pionierarbeiten zur Dissoziation

Das Konzept der Dissoziation ist eng verbunden mit dem Namen Pierre Janet (1859-1947), der als Zeitgenosse Freuds sein Lebenswerk der Erforschung dieses Phänomens gewidmet hat (s. Van der Hart & Friedman, 1989). Er hat nicht nur den Begriff des „Unbewussten“ in die Psychologie eingeführt, sondern auch eine auf intensiver Beobachtung und Praxis beruhende Erklärung dafür gegeben, wie es ein Bewusstsein außerhalb der eigenen bewussten Wahrnehmung (also Dissoziation) geben kann.

In seinem ersten Buch „L'Automatisme psychologique - Experimental-psychologische Essays über die einfachen Formen menschlicher Aktivität“ (1889) führt er den Begriff der Dissoziation ein. Kurzgefasst geht er davon aus, dass die grundlegenden (einfachen) Handlungen eines Menschen einem *psychologischen*

Automatismus folgen: Automatismus deshalb, weil die Handlungen regelmäßig und vorbestimmt sind, psychologisch, weil sie von Empfindungen und Bewusstsein begleitet werden. Es gibt kein Bewusstsein ohne Bewegung und Aktivität. Damit sich der menschliche Geist den immer neuen Anforderungen seiner Umwelt anpassen kann, bedarf es nach Janets Auffassung zwei verschiedene geistige Aktivitäten: Es muss zum einen die Vergangenheit bewahrt und reproduziert werden und zum anderen muss eine Synthese und kreative Integration des Neuen erfolgen. Diese beiden Funktionen organisieren die Gegenwart und sollten sich im Gleichgewicht befinden, da sonst Altes nur vergessen oder Neues nicht gelernt werden kann.

So liegt z. B. nach Janet bei hysterischen PatientInnen ein Überwiegen der reproduktiven Aktivitäten vor: Es treten Symptomen auf, die auf eine Überleistung der die Vergangenheit aufrechterhaltenden und reproduzierenden Aktivität hinweisen. Resultierend aus seiner Beobachtung geht er davon aus, dass auch die gezeigten (hysterischen) Verhaltensweisen von bewussten Faktoren gesteuert sind, die aber nicht mit dem Bewusstsein, der Wahrnehmung und dem Ich-Gefühl der Person verbunden sind. Deswegen sind sie für die Person selbst nicht steuer- oder kontrollierbar, sondern unterliegen einem Automatismus, der wie eine fehlangepasste Gewohnheit in das Leben der Person eingreift.

Indem Janet zwischen einem völligen oder einem teilweisen („unbewussten“) Automatismus unterscheidet, markiert er als erster (noch vor Freud) ein Vorhandensein verschiedener Bewusstseins-Ebenen in einer Person.

- Ein völliger Automatismus entspricht einer totalen Amnesie, wie Janet sie z.B. in somnambulistischen Zuständen oder in einer hysterischen Krise beobachtet hatte,
- einen Teilautomatismus fand er z.B. in einer systematischen Anästhesie, in der der „Ich-Teil“ des Bewusstseins die Berührung eines Gegenstandes nicht mitbekommt, wohl aber ein anderer Teil des Bewusstseins (den Hilgard (1976) als „Hidden Observer“ bezeichnete).

In beiden Zuständen von völligem oder teilweisem Automatismus existieren un(ter)bewusste psychologische Prozesse, die er als fixe Ideen (*idées fixes*) oder fixierte Funktionen bezeichnet, die der persönlichen Kontrolle und Wahrnehmung - und damit dem Bewusstsein- entzogen sind.

„Fixed ideas are thoughts or mental images which take on exaggerated proportions, have a high emotional charge, and, in hysterical patients, become isolated from the habitual personality, or personal consciousness. When dominating consciousness, they serve as the basis of behavior“
(Van der Hart & Friedman, 1989., S. 8).

Einige dieser „nebenbewussten“ (und damit dissoziierten) „Idées fixes“ bleiben im Bewusstsein vorhanden und Janet geht davon aus, dass diese eine Tendenz haben, sich miteinander zu immer komplexer werdenden Zuständen zu verbinden.

„Many dissociated elements and systems tend to combine themselves with other such phenomena to form more complex states. Certain dreams, certain fixed ideas, more or less subconscious, become centers around which a large number of psychological phenomena arrange themselves to become a distinct personality, complete with its own life history. These successive existences, as Janet called alternating personality, may interact with external reality, and develop further by absorbing and retaining new impressions“

(Van der Hart & Friedman, 1989, S. 6).

Eigentlich mit der Erforschung der grundlegenden einfachen Verhaltensweisen des Menschen befasst, „entdeckte“ Janet die komplexe und sich neben dem Ich-Bewusstsein autonom weiterentwickelnde Persönlichkeitsstruktur in einer dissoziativen Identitätsstörung.

Der Ursprung der un(ter)bewussten psychischen Phänomene liegt nach Janet (1889) in zwei Mechanismen:

- Zum einen kommt es bei hysterischen PatientInnen zu einer Verengung des Bewusstseinsbereiches - analog einer Einengung des Sichtfeldes, je nachdem ob man den Vorder- oder Hintergrund fixiert. Diese Einengung betrifft die Anzahl an psychologischen Aktivitäten, die gleichzeitig im Ich-Bewusstsein gehalten und zusammengeführt werden können.
- Den zweiten Mechanismus bezeichnet er als Dissoziation oder mentale Fragmentierung („dissolution mentale“). Janet erklärt die Entstehung einer Dissoziation dadurch, dass verschiedene Faktoren (körperliche Erkrankungen, Erschöpfung, sehr starke Emotionen wie Angst und Ärger und ganz besonders real erlebtes Trauma) zu einer „misère psychologique“, einer Schwächung der persönlichen inneren Kraft führen, die die integrative Funktion des Bewusstseins blockieren und sich zu „idées fixes“ weiterentwickeln können.

„Dissociation occurs when different factors disturb the integrative capacity. This disturbance leads to the splitting off or doubling (dédoublement), separation and isolation of certain psychological regulating activities. These dissociated systems of activities (states of consciousness) vary in complexity from a simple image, thought or statement and its attendant feelings or bodily manifestations to the alter personalities of patients with multiple personality disorder“

(Van der Hart & Friedman, 1989, S. 6).

In seinem Werk „Nevroses et Idées Fixes“ von 1898a (The Mental States of Hystericals) unterscheidet Janet zwischen primären und sekundären „idées fixes“, die in der Therapie zusammen mit den hysterischen PatientInnen bearbeitet werden müssen.

1. Primäre „idées fixes“ beinhalten die sinnesspezifische Speicherung des Traumageschehens, inklusive der dazugehörigen Emotionen und Verhaltensweisen, also den Kern des Traumas.
2. Sekundäre „idées fixes“ entstehen erst, nachdem die primären via Behandlung verschwunden sind. Dabei können nach Janet drei verschiedene Typen auftreten:
 - **Abgeleitete (derivative) fixed ideas** entsprechen einer Art Verschiebung. Aus einer ursprünglichen Todesangst könnte nach erfolgreicher Behandlung eine starke Abneigung gegen Friedhöfe oder Blumen entstehen.
 - **Aufgeschichtete (Stratified) fixed ideas** sind aus einer Traumatisierung entstanden, die lebenszeitlich vor derjenigen lag, die zu der vollen Ausprägung der hysterischen oder dissoziativen Symptome geführt hat. Diese Präsentation entspricht der aktuellen Auffassung, dass Traumatisierungen in Schichten übereinander liegen können.
 - **Zufällige (accidental) fixed ideas** sind völlig neue, durch ein Ereignis im alltäglichen Leben der Person ausgelöste Symptome, die man im Sinne einer konditionierten oder durch Stress ausgelösten Reaktion auf einen Trigger verstehen kann.

In seinem Buch „L'Etat Mental des Hysteriques“ (1901/1977; nach Van der Hart & Friedmann 1989) beschreibt Janet en détail 120 hysterische PatientInnen. In diesem Buch führte er als Klassifikation für die hysterischen Phänomene die Begriffe „mentales Stigma“ und „mentale Anfälle“ ein.

„The stigmata of hysteria are the essential constitutive symptoms of the illness, as enduring, persistent, and permanent as the illness itself. The patient who may feel himself weakened in some way, but who is unable to specify correctly the symptoms from which he suffers, presents with a relative indifference to his symptomatology. Janet suggests that clinicians should take the initiative in identifying these chronic stigmata, since patients do not usually report them.

Accidents are acute, the transient, paroxysmic symptoms which occur intermittently and are experienced by the patients as painful. These accidents can be understood as representations of psychological trauma. Thus, hysterical anaesthesia is a stigma, and an attack (acute episode) of hysteria is an accident“
(Van der Hart & Friedman, 1989, S. 7).

Stigmata entsprechen den chronischen, eher undifferenziert wahrgenommenen hysterischen Phänomenen, während die „Accidents“ die akuten, als schmerzvoll erlebten Anfälle bezeichnen. Stigmatas beziehen sich eher auf die dissoziative Negativsymptomatik (Ausfälle), wie Anästhesien, Amnesien, Abulien, Bewegungsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen im Sinne eines posttraumatischen Rückzugs (mit Tagträumen oder Flashbacks, eingeschränkter Affektbreite und erhöhter Erregbarkeit mit der Tendenz zu emotionalen Überreaktionen, die dann zu „Accidents“ führen).

Den Anfällen sind trotz der Bandbreite an Präsentationsmöglichkeiten drei Aspekte gemeinsam: Suggestion, unbewusste Handlungen und fixierte Ideen. Aufgrund einer erhöhten Suggestibilität entstehen aus den Suggestionen Handlungen, die neben dem Willen und der Ich-Wahrnehmung der Person ablaufen. Wenn es sich um vollständige Abläufe und um eine automatische Entwicklung handelt spricht Janet von „idées fixes“, die oftmals die Grundlage der Anfälle bilden.

*“While suggestions are often given by others, fixed ideas usually develop as the result of accidental causes, such as traumatic experiences and hysterical episodes. They tend to dominate the mind completely in dreams and somnambulistic states. They also disturb normal consciousness by sending messages to it... Many case examples were cited to show how mental accidents such as dysthesias, hyperaesthesia, tics and chronic movements, paralyses and contractures are based on fixed ideas. In most cases, patients are amnesic to these fixed ideas which also affect the stigmata (basic symptomatology) by diminishing the patients’ powers of personal perception
(s.o., S. 8).*

Janets Modell der Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins ist in neuerer Zeit als maßgeblich für das Verständnis der Dissoziation wiederentdeckt worden.

1.2 Definitionen von Dissoziation

Neben den Erkenntnissen Janets haben sich weitere Theorien und Definitionen zur Dissoziation entwickelt. In der aktuellen DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996) einigte man sich auf folgende Definition:

Unter Dissoziation versteht man eine "plötzliche, zeitlich begrenzte Änderung der normalerweise integrativen Funktionen der Identität, des Gedächtnisses, des Bewusstseins" (S. 329) und des motorischen Verhaltens. Die Änderung kann plötzlich oder allmählich auftreten und vorübergehend oder chronisch sein. Die DSM-IV Definition begreift Dissoziation prinzipiell als einen pathologischen Vorgang, wobei eine Zunahme in den Symptomen auf eine Verschlechterung der Befindlichkeit hinweist.

Unter dem Begriff 'Dissoziation' werden nach Ross (1989) eine Vielzahl psychopathologischer Phänomene zusammengefasst:

- die subjektive Getrenntheit des Selbstkonzeptes, wie es sich in den alternierenden Identitäten zeigt,
- eine markierte Trennung von 'Ideation' (Vorstellung) und manifestem Affekt,
- spontane selbsthypnotische Phänomene wie Trance, Altersregression oder Veränderungen in der Wahrnehmung,
- Psychogene Amnesien und Fugue und
- allgemeine Veränderungen des Bewusstseins.

Diese Begriffsvielfalt subsumiert unter Dissoziation sowohl Symptome eines Mangels an integrativer Kapazität als auch Einengungen des Bewusstseinsfeldes (Nijenhuis, 2004²).

Ross (1989, S. 87) definiert Dissoziation einfach als das Gegenteil von Assoziation. Wer dissoziiert spaltet Wahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen in sich unter bzw. voneinander ab. Das dissoziierte Material wird aktiv vom bewussten oder dem Bewusstsein zugänglichen Wissen abgetrennt, was die psychophysiologische Integration einer Information in die normalen oder zu erwartenden Assoziationen verhindert. Einzelne Traumabestandteile (Erinnerungsfragmente wie z.B. Licht unter der Tür, Alkoholgeruch) werden dann nochmals voneinander abgespalten, damit nicht eine einmal wachgerufene Assoziation sofort andere nach sich ziehen kann (Huber, 1995b).

² Aussage auf der Fortbildung „Diagnostik und Behandlung komplexer posttraumatischer Störungen in Assen/ NL vom 22.-23.4.2004.

Braude (1991, S. 94f) stellt vier prinzipielle Grundannahmen zur Dissoziation auf:

Der Vorgang der Dissoziation ist eine

- u.a. biologisch begründete Fähigkeit (*1. non-uniqueness assumption*),
- die sich in einem Spektrum ausprägt, das von gemäßigt bis extrem, von gut bis schlecht an die Entwicklung angepasst reicht (*2. diversification assumption*).
- Da Dissoziation nur das Bewusstsein darüber blockiert, eine Information aufgenommen zu haben und nicht die Aufnahme der Information selbst, gehört alles dissoziierte Material zur Person des Dissoziierenden (*3. ownership assumption*)
- und kann dieser prinzipiell wieder zugänglich gemacht werden (*4. accessibility assumption*).

Somit bezeichnet Braude (1991) X als von Y dissoziiert, wenn die folgenden sechs Punkte erfüllt sind:

- ◆ „x is an occurrent or dispositional state of a human being S, or else a system of states (as in traits, skills and alternate personalities), and (b) y is either a state or system of states of S, or else the person S.Y may or may not be dissociated from x (i.e., dissociation is a non-symmetrical relation)
- ◆ X and y are separated by a phenomenological or epistemological barrier (e.g., amnesia or anaesthesia) erected by the subject S.
- ◆ S is not consciously aware of erecting the barrier between x and y.
- ◆ The barrier between x and y can be broken down, at least in principle.
- ◆ Third- and first-person knowledge of x may be as direct as (respectively) third- and first- person knowledge of the subject's non-dissociated states“ (S. 120).

1.2.1 Das BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge)-Modell der Dissoziation (Braun, 1988a & b)

Braun (1988a & b) beschreibt das Vorkommen einer Dissoziation auf den (prinzipiell möglichen) Ebenen Verhalten, Affekt, Wahrnehmung und Wissen. Alle vier Bereiche liegen auf einer Zeitachse. Jeder Bereich einzeln oder auch mehrere zusammen können für unterschiedliche Zeitspannen dissoziiert sein. Dissoziation im Verhalten beinhaltet z.B. Automatismen, im Affekt und der Wahrnehmung kann es eine (auch hypnotisch induzierte) Anästhesie sein, Dissoziation im Wissen betrifft die Amnesie. Er lokalisiert die Dissoziation ganz rechts auf einem Bewusstseins-Kontinuum, das von „völliger Bewusstheit“ (soweit das überhaupt möglich ist) über Unterdrückung,

Verleugnung und Verdrängung zur Dissoziation (als extremste Form der Aufspaltung) geht.

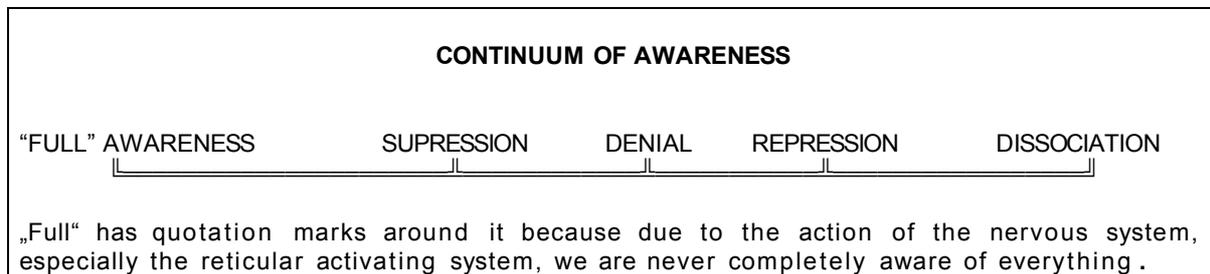


Abbildung 1:

Das Kontinuum des Bewusstseins von Bewusstheit zu Dissoziation nach Braun (1988a).

Im Rahmen des BASK-Modells wird eine bildliche Darstellung des zeitlichen „Verlaufes“ einer Dissoziation ermöglicht. Verschiedene Störungsbilder haben die „Lücken“ in einem anderen Dissoziationsbereich, es ergeben sich Verschiebungen, es sind verschiedene Fragmente oder alternierende Identitäten zu unterschiedlichen Zeiten vorhanden, die jeweils ein unterschiedliches Zeiterleben haben etc.

1.2.2 Dissoziation als allgemeiner Trait oder als Taxon?

Der Streit darum, ob es sich bei Dissoziation um eine kontinuierliche (quantitative) oder diskontinuierliche (qualitative) Variable handelt, geht zurück bis ins letzte Jahrhundert. Pierre Janet (1889) ging davon aus, dass klinische Dissoziation eine Diskontinuität im Bewusstsein bedeutet und von gesunden Personen eher selten erlebt wird. Seine Zeitgenossen James (1890/1977) und Prince (1905) hielten die Dissoziation für eine kontinuierliche oder quantitative Variable, die in unterschiedlichem Ausmaß von jedem Menschen erlebt wird.

Diese zweite Ansicht hatte sich Anfang des 19. Jahrhunderts weitestgehend durchgesetzt, so dass man lange Zeit in der Forschung zu dissoziativen Phänomenen von einem Kontinuum der Dissoziation ausging, in dem von links nach rechts immer mehr psychisches Material abgespalten wird (Braun, 1988a & b; Ross, 1989; Braude, 1991. S. Abb. 2). Das Kontinuum beginnt mit normaler Dissoziation (gedanklicher Abwesenheit, Tagträumen) und geht über dissoziative Episoden (wie sie auch in mystischen Erfahrungen gemacht werden können) in die leichteren dissoziativen Störungen wie psychogene Amnesie und Konversionsstörungen über. Zu den mittelschweren dissoziativen Störungen zählt man psychogenes Weglaufen (Fugue) und andere atypische dissoziative Krankheiten, zu denen u.a. die teilweise multiple Persönlichkeitsstörung (dissoziative Identitätsstörung) gehört, in der

Persönlichkeitsfragmente gefunden werden. Am rechten Ende befindet sich die dissoziative Identitätsstörung (vormals multiple Persönlichkeitsstörung), die in der Praxis nach der Komplexität und Schwere der Störung aufgeteilt wird in:

- Zweifache Persönlichkeit und Fälle mit weniger als 5 alternierenden Identitäten,
- komplexe DIS: Fälle mit alternierenden Identitäten zwischen 5 und 20 und
- polyfragmentierte DIS mit mehr als 20 alternierenden Persönlichkeiten.

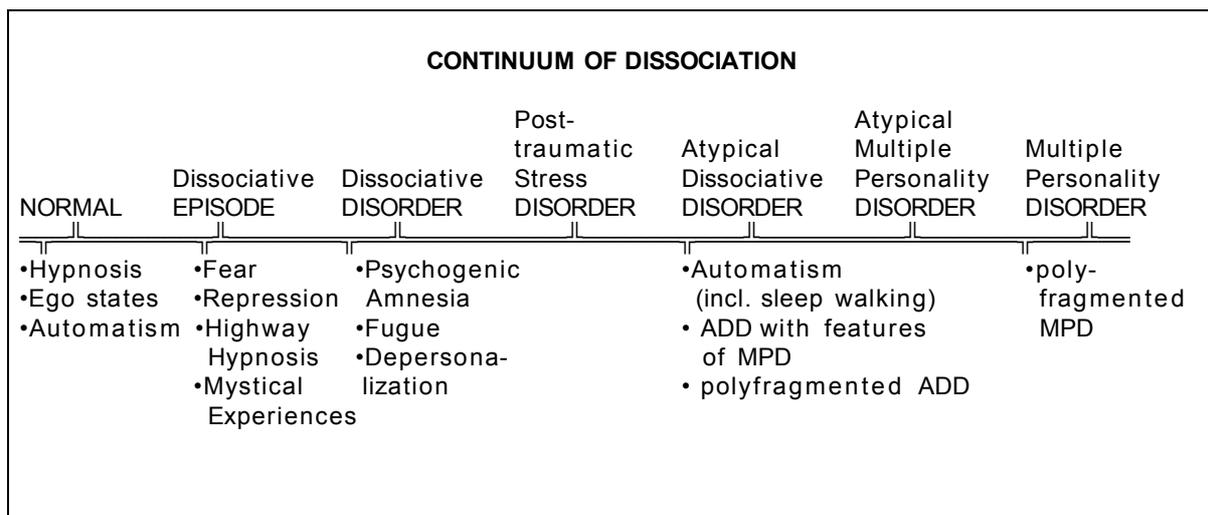


Abbildung 2:
Das Kontinuum der dissoziativen Störungen nach Ross (1989, S.80) und Braun (1988).

Aufgrund der Idee eines Kontinuums wurden die meisten diagnostischen Instrumente (wie auch die DES - Dissociative Experiences Scale - siehe Kapitel 3.1.1) auf einer Skala von 0 - 100 konzipiert, die in kontinuierlichen Schritten, das aktuelle Ausmaß an Dissoziation erfassen sollten. Wie u.a. Hacking (1996) in seiner Kritik anmerkte, wurde die Kontinuumshypothese aber niemals wirklich getestet oder bestätigt.

Neuere taxometrische Forschungen (u.a. mit der DES) kommen zu dem Ergebnis, dass es zwei Arten von Dissoziation gibt, die sich deutlich voneinander unterscheiden und die nach unterschiedlichen Regeln ablaufen (Waller et al., 1996; Waller & Ross, 1997; Waller et al., 2000; Allen et al., 2002). Sie differenzieren zwischen pathologischer und nicht-pathologischer Dissoziation.

Die nicht-pathologische Dissoziation betrachten sie als quantitative Variable, die man einem Trait „Dissoziationsfähigkeit“ zuordnen kann. Die Personen unterscheiden sich in dem „gesunden“ Rahmen der Dissoziation v.a. in ihrer Fähigkeit, sich gedanklich einer Sache zu verschreiben (Absorption, imaginative Involviertheit, auch Kreativität). In dem nicht-pathologischen Kontext zeigt sich auch

die lineare Beziehung zwischen Dissoziation und Hypnotisierbarkeit/ Suggestibilität: Je höher die nicht-pathologische Dissoziationsfähigkeit einer Person, desto höher auch die Werte in Suggestibilitätsskalen (Leavitt, 1999; Putnam & Carlson, 1998).

Im Gegensatz dazu kann die pathologische Dissoziation besser als latent class Variable erklärt werden: Entweder dissoziieren Menschen oder sie dissoziieren nicht oberhalb der Grenze zur Pathologie. Es gibt zwischen ihnen einen bedeutsamen qualitativen Unterschied. Das besondere und auch wertvolle an latent-class-Variablen ist, dass es sich um eine „natürliche“ und nicht um eine willkürlich oder willentlich von ForscherInnen vorgenommene Klassifikation handelt.

Als einer der wenigen unterschied Hilgard (1984) bereits in den 80er Jahren zwischen pathologischer und nicht-pathologischer Dissoziation. Er hatte beobachtet, dass die Suggestibilitätswerte bimodal verteilt waren und nur Personen mit einer hohen Suggestibilität auch das „Hidden Observer-Phänomen“ erleben, das für seine Neodissoziationstheorie (1986/1994) eine entscheidende Rolle spielte. Demnach kommt es nur in der pathologischen Dissoziation zu einer Aufspaltung wesentlicher, sozusagen "Identitäts-stiftender" Informationen. Diese werden durch amnestische Barrieren in relativ regelhafter Art in sogenannten "Clustern" voneinander getrennt und von den Betroffenen als "anders als ich", "Kräfte in mir" oder eben als "andere Personen in mir" wahrgenommen.

Über die Ursachen, die eine entsprechende Zuordnung in das Taxon verursachen, besteht weiterhin Unsicherheit. Zum einen wird vermutet, dass extreme Formen körperlicher und seelischer Misshandlung in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dissoziative Abwehrmechanismen oder Copingstrategien anzuwenden. Aber nicht jedes traumatisierte Kind entwickelt zwangsläufig eine pathologische Dissoziation. Als wichtige Einflussfaktoren werden

- die Anzahl der Täter (Zelikowsky & Lynn, 2002; Zlotnick et al., 1994; 1995; 1996; Chu & Dill, 1990),
- die Art und der Zeitpunkt der Traumatisierung (Kirby et al., 1993; Irwin, 1999; Briere & Runtz, 1990),
- die erfahrene Unterstützung im familiären Umfeld (Irwin, 1996),
- eine eventuell mögliche genetische Disposition zur Dissoziation (Kluft, 1987; Waller & Ross, 1997; Beere & Pica, 1995a),
- sowie bisher entwickelte Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen (Irwin 1998a & b) diskutiert.

In der Praxis bietet dieses Taxon die Möglichkeit einer Therapieerfolgsmessung: Eine Therapie kann (u.a.) dann als erfolgreich gelten, wenn sich die Person aus dem pathologischen Cluster der Dissoziation herausbewegt hat.

1.2.3 Unterschied zwischen Dissoziation und Hypnose

Immer wieder wird in der Literatur eine Verbindung zwischen der Hypnotisierbarkeit/ Suggestibilität und der Dissoziation hergestellt. Nicht nur dass die Hypnose als die Therapie der Wahl bei dissoziativen Störungen gilt (Putnam & Loewenstein, 1993), auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit den beiden Phänomenen unterlag ähnlichen Zyklen. Die erste Hochphase der Beschäftigung mit der Hypnose und der Dissoziation war zwischen Ende 1880 und 1920, während danach das allgemeine Interesse daran nachließ und erst in den 80er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts „wiedererwachte“ (Huber, 1995a; Ross, 1989; Schneider, 1994). Huber (1995a, S. 23f) sieht Ähnlichkeiten dazu, dass in dieser (Zwischen-)Zeit die Psychoanalyse die Haupttheorie der Psychotherapie wurde, und Freud sich sowohl von der Hypnose als Behandlungsform als auch von der Realität frühkindlicher Traumatisierung in seiner Verführungstheorie abgekehrt hatte.

Unter Hypnose versteht man im Lexikon der Medizin (Urban & Vogel, 1993) einen „durch Suggestion bewirkten, schlafähnlichen Zustand mit Bewusstseinsengung, stark herabgesetzter Willensbildung, besonderem Kontakt (Rapport) zum Hypnotiseur, dessen Anweisungen auch posthypnotisch befolgt werden (falls sie der Gesamtpersönlichkeit nicht stark widersprechen). Gegen den Willen des Patienten nicht durchführbar“ (S. 324). Es gibt keine Erklärung der Begriffe Hypnotisierbarkeit oder Suggestibilität. Das Lexikon der Psychologie (Arnold et al., 1988, S. 927 ff.) fasst sich erheblich ausführlicher und unterscheidet eine (hohe) Empfänglichkeit für Hypnose, die besonders bei Frauen gegeben sei, und die u.a. positiv mit hoher Intelligenz und der Neigung zu Wachträumen (Absorption) und einer lebendigen Vorstellungskraft korreliert. Etwa 10% der Menschheit ist nicht für Hypnose empfänglich. Unter Suggestibilität versteht das Lexikon den „individuellen Grad der Beeinflussbarkeit durch Suggestion und Hypnose“ (S. 2249f), wobei es keine eindeutigen Persönlichkeitsmerkmale gibt, die damit in Zusammenhang stehen.

Die gemeinsame Nennung von Hypnose und Dissoziation in einem Atemzug und die auch heute noch bestehende Ambivalenz im wissenschaftlichen Umgang mit beiden Konstrukten, erklären Kruse und Gheorghiu (1989) mit einer Inkompatibilität verschiedener unhinterfragt akzeptierter Basiskonzepte aus der Kognitionspsychologie. Einem kritischen Geist fällt es schwer, hypnotische und dissoziative Phänomene mit der allgemein akzeptierten Informationsverarbeitungsmetapher des Kognitiven zu vereinbaren. Die radikale Veränderung der (inneren) Erlebniswirklichkeit, das Hervorrufen von positiven oder negativen Halluzinationen oder ein Ausschalten der Schmerzempfindungen alleine durch Worte oder nonverbale Hinweisreize, wie es in der Hypnose geschehen kann, erscheint genauso „unmöglich“ wie die Vorstellung, dass ein großer Teil unserer kognitiven Aktivitäten unbewusst, d.h. ohne Beteiligung berichtsfähiger Erlebnisqualitäten, abläuft, und dass mehrere, mehr oder weniger voneinander

unabhängig voneinander operierende Bewusstseinsströme gleichzeitig verhaltenssteuernd wirksam sein können.

Teilweise wurde Hypnose auch als eine kontrollierte und strukturierte Dissoziation konzeptualisiert (Spiegel et al., 1988). Drei entscheidende Elemente, nämlich die Zerlegung der Erfahrung in ihre sinnesspezifischen Einzelteile, die Suggestibilität und die damit verbundene Absorption scheinen große Ähnlichkeit mit den klinischen Phänomenen der traumabezogenen Dissoziation aufzuweisen.

Üblicherweise wird die Hypnotisierbarkeit eines Menschen über folgende Instrumente gemessen:

- Die Barber Suggestibility Scale (Barber, 1965);
- die Stanford Hypnotic Susceptibility Scales (Weitzenhoffer & Hilgard 1959; 1962),
- the Hypnotic Induction Profile (Spiegel et al., 1976) und
- einige Selbstberichtsinstrumente (Tart, 1979).

Ross (1997) beschreibt, dass der Altersverlauf der Dissoziationsfähigkeit (gemessen anhand der DES, s. Kap. 3.2.1.1) ähnlich aussieht, wie die Kurve für die Hypnotisierbarkeit (Morgan & Hilgard, 1973). Beide Kurven sind linkssteil, mit der Tendenz, dass Jugendliche und junge Erwachsene erhöhte Werte aufweisen. Im Gegensatz dazu korreliert die DES (Dissociative Experiences Scale) aber mit Instrumenten zur Erfassung der Hypnotisierbarkeit eher gering. In einer Metaanalyse von Van Ijzendoorn & Schuengel (1996) ergab sich eine mittlere Effektstärke von Cohen's $d=0.27$, die einer Korrelation von $r=0.13$ entspricht. Es gingen darin insgesamt zehn Studien mit 2513 Personen in die Auswertung über den Zusammenhang DES - Hypnotisierbarkeit ein.

Putnam & Carlson (1998) erklären einen Teil der geringen Korrelationen durch die unterschiedlichen Bereiche, nach denen die Instrumente fragen. Hypnotisierbarkeitsskalen erfassen hypnotisch induzierte motorische und kognitive Veränderungen in einem klinischen oder Laborsetting, während die Dissoziationsfragebögen nach spontan auftretenden Veränderungen in Gedächtnis, Identität und Bewusstsein im Alltagskontext fragen.

„In both general population and traumatized samples, hypnotisability and dissociative, as measured by current scales, are only weakly related constructs and share stronger relationships with absorption and fantasy proneness than with each other. The sample size-weighted correlation coefficient between standard measures of hypnotisability and dissociativity is only $r = .12$ and explains less than 2% of the variance. These data indicate that hypnosis, as operationally defined by current standard measures, is not the mechanism underlying the

increased levels of dissociation found in traumatized individuals. ..The weight of the current data indicates that trauma does not alter hypnotisability in most individuals“

(Putnam & Carlson, 1998, S. 46).

Einige Untersuchungen haben eine erhöhte Hypnotisierbarkeit sowohl bei klinisch nicht-auffälligen traumatisierten Menschen als auch bei PatientInnen mit Diagnosen, die in enger Beziehung zu traumatischen Erfahrungen gesehen werden (PTB und Dissoziative Störungen), gefunden (Übersicht in Putnam & Carlson, 1998; Frischholz et al., 1992; Spiegel & Cardena, 1991; Bliss, 1984a).

Putnam et al. (1995) berichteten einen positiven Zusammenhang von Hypnotisierbarkeit und klinischer Dissoziation nur für missbrauchte Mädchen, nicht aber für eine nicht-traumatisierte Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis legt nahe, dass hohe Hypnotisierbarkeit nur in Kombination mit Trauma ein hinreichender Indikator für pathologische Dissoziation ist.

Die Frage bleibt ungeklärt, ob schwere und chronische traumatische Erfahrungen zumindest bei einigen Menschen eine Verbesserung der Hypnotisierbarkeit bewirken oder ob es andere, vermittelnde Variablen gibt, die diesen Zusammenhang erklären können. Ein so einfacher Zusammenhang wie Trauma -> erhöhte Hypnotisierbarkeit lässt sich genauso wenig herstellen wie Trauma -> erhöhte Dissoziationsfähigkeit oder erhöhte Hypnotisierbarkeit = -> erhöhte Dissoziationsfähigkeit (s. auch Maldonado & Spiegel, 1998).

Die der Hypnotisierbarkeit und der Dissoziation zugrundeliegenden Prozesse sind nach Putnam & Carlson (1998) nicht identisch. Nach Durchsicht der Untersuchungsergebnissen fanden sie Hinweise, dass auch die Hypnotisierbarkeit in traumatisierten PatientInnen eine (bimodale) latent-type (class) -Variable darstellt. Wenn es also einen dissoziativen Typus gäbe, der über eine hohe Hypnotisierbarkeit verfügt und eine hohe Vulnerabilität gegenüber trauma-induzierter pathologischer Dissoziation aufweist, so könnte dadurch ein Großteil der „verwirrenden“ Daten zum Zusammenhang Dissoziation/ Hypnotisierbarkeit besser eingeordnet werden.

Weitere Forschung, auch zum Einfluss nicht-traumatischer Faktoren wie Familieninteraktionen/ Umweltvariablen oder die zugrundeliegenden kognitiven Mechanismen ist dringend nötig.

1.2.4 Unterschied zwischen Dissoziation, Verdrängung und Spaltung

In der Literatur werden die Begriffe Spaltung und Dissoziation oftmals als Synonym gebraucht. Der Grundmechanismus der „hysterischen“ Phänomene, die man bei multiplen Menschen zu finden glaubte, beruht auf dem Abwehrmechanismus der Verdrängung. Bisher besteht keine Einheitlichkeit in den Begriffen.

1.2.4.1 Dissoziation und Verdrängung

Unter Verdrängung versteht man in der Psychoanalyse die - psychische Kraft erfordernde- "Verhinderung und Blockierung des Zugangs einer angstmachenden Vorstellung, Trieb- oder Affektregung ins Vorbewusste oder Bewusste" (Elhardt, 1990, S. 49) mit (teilweise erheblichen) Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Umwelt.

Hilgard (1986; in Schneider, 1994) beschreibt zwei Formen von Spaltung, eine horizontale und eine vertikale, die den Zusammenhang von Verdrängung und Amnesien in der Dissoziation verdeutlichen: Eine vertikale Spaltung ist gleichbedeutend mit Dissoziation, eine horizontale Spaltung entspricht der Verdrängung. Beiden Formen ist gemeinsam, dass etwas im Bewusstsein registriert und im Gedächtnis gespeichert wurde, der Erinnerung aber nicht verfügbar ist, obwohl es nicht gelöscht worden ist. Jeweils unterschiedlich ist jedoch der Mechanismus der "Unterdrückung": Das eine Mal liegt das Material im Unbewussten, das andere Mal bleibt es im Bewussten oder Vorbewussten. Der Hauptunterschied liegt aber in der Richtung und dem Inhalt des dissoziierten oder verdrängten Materials:

„In a dissociation context, there is an amnesic barrier that prevents the interchange of different memories. In a repression formulation, there is only an amnesia for unacceptable impulses“
(Braun, 1988a, S. 5).

„The dissociated material is not unconscious... psychic material is pushed to the side or to the back of the mind. It is available for direct transaction with the external world ... [z. B.] in the form of alter personalities“
(Ross, 1989, S. 69).

Bildlich dargestellt sieht dieser Zusammenhang folgendermaßen aus:

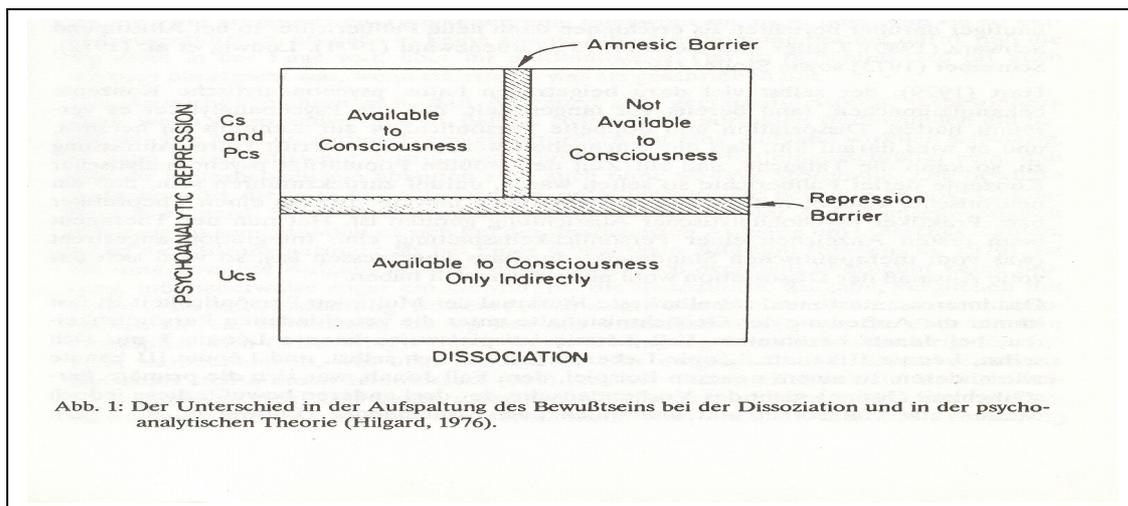


Abbildung 3:

Der Zusammenhang von Dissoziation und Verdrängung nach Hilgard (1989, S. 5).

Terr³ (1999) beleuchtet den Unterschied zwischen Dissoziation und Verdrängung, indem sie unterschiedliche Gedächtnisprozesse beschreibt, die blockiert werden. Traumatische Erfahrungen können zu tiefgreifenden Veränderungen in allen Phasen des Gedächtnisprozesses führen:

- in der Wahrnehmung und Speicherung von Ereignissen (fokussierte Aufmerksamkeit bei mäßiger, sich steigernder Erregung bis hin zur kognitiven Desorganisation mit einhergehender Behinderung der Aufmerksamkeit);
- in der Entstehung anfänglicher Erinnerungsspuren im Kurzzeitgedächtnis (durch die deutlich selektive Auswahl des Rohmaterials);
- in der Verknüpfung mit anderen Erinnerungen, wodurch die Erfahrung interpretiert wird;
- in der Umwandlung in eine stabile Erinnerung; in der Konsolidierung im Langzeitgedächtnis (als Über-Konsolidierung im Sinne des „Einfrierens“ bestimmter Situationen oder als Amnesie und Dissoziation);
- in der Integration traumatischer Erfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte und
- letztendlich im Zugang zu Erinnerungen oder deren Wiederauffinden.

Die Verdrängung hat eine komplette Erinnerung in Wahrnehmung und Speicherung als Voraussetzung, nur das Abrufen wird blockiert, „weil man lieber nicht daran denken will“. In der Dissoziation sind sowohl die Wahrnehmung als auch die Speicherung blockiert, so dass „nichts“ da ist, das erinnert werden kann. Ein „hidden

³ Vortrag auf dem Kongress Trauma, Körper, Seele im März 1999 in Göttingen

observer“ im Hilgard’schen Sinne kann trotzdem dabei bleiben, und die Erfahrung machen (siehe auch Terr, 1988, 1991, 1995).

Rosenfield (1992) entwickelt in einer Funktionsbeschreibung des menschlichen Geistes eine weitere Perspektive zur Betrachtung des Zusammenhangs von Dissoziation und Verdrängung. Er geht davon aus, dass jede Gehirnfunktion dynamisch ist und das Bewusstsein selbst eine dynamische Struktur darstellt, so dass er in Dissoziation und Verdrängung ("Hemmung" und "Unterdrückung", S. 154) Veränderungen der dynamischen Struktur des Bewusstseins sieht und nicht einen getrennten Mechanismus, der angesichts gefährlicher oder traumatischer Umstände plötzlich auftaucht. Ähnlich wie bei körperlichem Schmerz, der in akutem Zustand das ganze Bewusstsein ausfüllt, reagiert das Bewusstsein auch auf ein psychisches Trauma, indem es den Schmerz und den damit verbundenen Selbstbezug absorbiert. Später werden dann ebenfalls der Schmerz und die Selbstbezugsmechanismen im Gehirn blockiert, so dass ein Teil des Ichs in den Schmerz eingeschlossen bleibt und quasi verschwindet.

Nach Rosenfield entstehen die alternierenden Identitäten in einer dissoziativen Identitätsstörung als Folge einer fehlerhaften Neuorganisation der Gehirnstrukturen, die diese "Einschlüsse" nicht mehr im normalen Bewusstseinszustand aktualisieren. Diese philosophische Ansicht wird durch Ergebnisse der Gehirnforschung unterstützt. Die Aktualisierung erfolgt nicht mehr, da die Erinnerung nicht im „normalen“ Gedächtnis gespeichert wird (siehe Kapitel 1.3).

„Wir verstehen die Gegenwart durch die Vergangenheit, und dieses Verstehen revidiert, verändert und erneuert in einem ständig weiterlaufenden, dynamischen Prozess das ganze Wesen der Vergangenheit. Psychische oder körperliche Verletzungen scheinen Erinnerungen 'festzuhalten' die vielleicht erst nach Jahren 'freigesetzt' werden. Das heißt, das Gehirn isoliert schmerzliche Erfahrungen und beseitigt sie aus dem dynamischen Prozess des Verstehens. Was festgehalten wird, ist keine 'Erinnerung', sondern eine Fähigkeit zu Organisieren; und anormal ist dabei, dass dadurch die Kontinuität unterbrochen wird, jene dynamische Beziehung zur weiterlaufenden Erfahrung. Die Vorgänge, die traumatische Erinnerungen entstehen lassen, werden einerseits nicht wieder neu strukturiert, und da sie nicht für das eine oder andere Erlebnis (die eine oder andere 'Erinnerung') spezifisch sind, macht das Gehirn eine neue, allgemeinere Umstrukturierung seiner Reaktionen auf Reize durch“
(Rosenfield, 1992, S. 154f).

Ausgehend davon, dass das Bewusstsein prinzipiell über vier Möglichkeiten verfügt, auf unerträgliche Traumata zu reagieren, indem es entweder sich selber oder die Umwelt modifiziert, etwas unterdrückt oder in einer kreativen Leistung etwas hinzufügt, rückt Schneider (1994) noch eine andere Nuance des Zusammenhangs zwischen Verdrängung und Dissoziation ins Blickfeld. Er betrachtet sie unter den

Aspekten "Abwehrqualität" (Verdrängung als Zäsur im Bewusstsein und Phantasie als Art Retouche unerträglicher Zustände) und "Abwehrrichtung" (alloplastisch oder autoplastisch).

Unter autoplastisch versteht Schneider in Anlehnung an Ferenczi die "einseitige Adaptation des Ichs und seines Organismus an Erfordernisse des vorgegebenen Milieus" (S. 31), was der Akkomodation nach Piaget entspricht, unter alloplastisch die "Umgestaltung und Unterwerfung des Milieus nach Bedürfnissen des beharrenden Individuums" (S. 31), was Ähnlichkeiten zur Assimilation aufweist.

Wenn man die Achsen Abwehrqualität und Abwehrrichtung graphisch darstellt, entstehen vier mögliche psychopathologische Abwehrformen, die auch psychotische Phänomene einbeziehen.

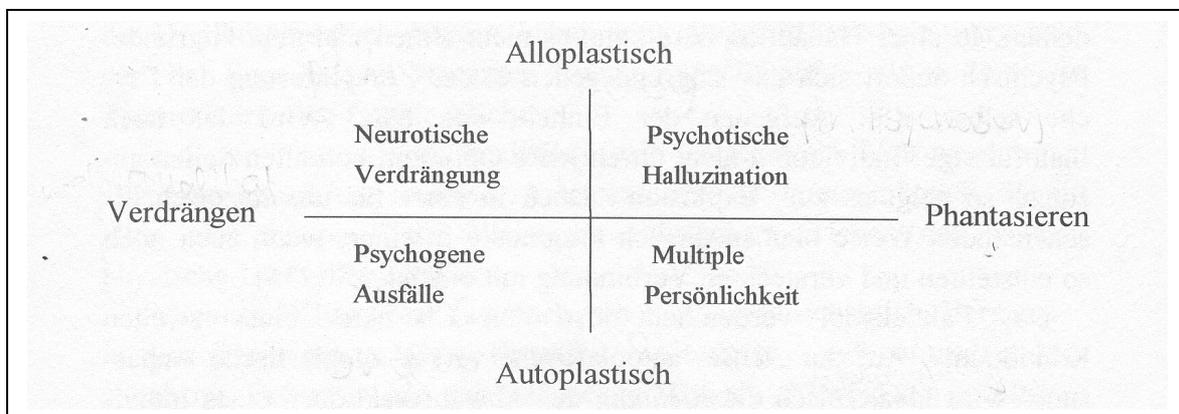


Abbildung 4:
Psychodynamische Prototypen von Abwehr nach Schneider (1994, S. 34).

- Die neurotische Verdrängung (in der Kategorie 'alloplastisch' und 'Verdrängung') entspricht dem psychoanalytischen Prototyp der Neurose: Unerwünschtes Material der Außenbeziehung wird verdrängt.
- Der Dimension alloplastische Phantasie, die zur Dissonanzminderung die Umweltbeziehungen imaginär erweitert, indem Lösungsmaterial in die Beziehung Ich-Umwelt hineinprojiziert wird, entspricht die funktionelle Psychose.
- In den Bereich der autoplastischen Verdrängung fallen die psychogenen Ausfallerscheinungen, wie hysterische Blindheit, Taubheit oder Lähmung, die Unfähigkeit wiederzuerkennen und die hysterische Ohnmacht.

„Durch die 'autoplastische Verstümmelung', wie Freud sagen würde, bringt das Bewusstsein seine eigenen körperlichen Fähigkeiten zum Verschwinden, um sich Handlungsanforderungen oder Handlungsmöglichkeiten zu entziehen“
(Schneider, 1994, S. 35).

- Wenn sich 'autoplastisch' und 'phantasieren' treffen, entsteht die multiple Persönlichkeit. Die Phantasie ist auf das Individuum selbst gerichtet, so dass es vielfältigste Modifikationen zu sich „hinzuertinden“ kann. Der Bereich der autoplastischen Abwehr ist nach Schneider erheblich weniger bekannt und erforscht als der der alloplastischen, was wiederum auf den Rückgang des Interesses an dissoziativen Symptomen zu Anfang des Jahrhunderts zurückgeführt werden kann.

1.2.4.2 Dissoziation und Spaltung

Das psychoanalytische Konzept der Spaltung besagt, dass es einem Kind in der Wiederannäherungsphase nicht gelingt, eine realistische Objektkonstanz in Form eines Sowohl-als-Auch von "guten" und "bösen" inneren Bildern einer Bezugsperson zu entwickeln. Als Abwehrmechanismus der Spaltung wird bezeichnet, wenn die nie gelungene Selbst- und Objektdifferenzierung aktiv dazu eingesetzt wird, Objekte unrealistisch in total gute und total böse auseinanderfallen zu lassen (Elhardt, 1990, S. 147).

Nach Ross (1989) reicht das immer weiter ergänzte psychoanalytische Konzept der Spaltung nicht aus, um der Phänomenologie und der intrapsychischen Dynamik der PatientInnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung gerecht zu werden, da es von strukturellen Defekten in der Gesamtpersönlichkeit ausgeht und in alternierenden Identitäten ausschließlich polarisierte Ego-Zustände sieht. Beides muss seiner Meinung nach nicht der Fall sein. Viele PatientInnen mit einer DIS „funktionieren“ auf einem hohen Organisationsniveau, so dass so frühe Abwehrmechanismen wie Spaltung nicht geeignet scheinen, diese differenzierte Persönlichkeitsstruktur zu erklären. Zudem entsprechen alternierende Identitäten nur in den seltensten Fällen polarisierten Ego-Zuständen (der eine „gut“, der andere „böse“), sondern es existieren mehrere Teil-Identitäten, deren Eigenschaften sich teilweise überlappen. Nach Young (1988) erklärt das Konzept der Spaltung auch nicht, warum und wie bei anhaltender (sexueller) Misshandlung weitere alternierende Identitäten entstehen (können).

“Directional amnesias, shared experiences among alters, overlapping memories, „inner-self helpers“ that know all of the patients’ experiences, and leakage between alters, especially as therapy progresses, all suggest a process of active but reversible separation of painful memory traces through inhibition (Dissociation) rather than splitting“
(Young, 1988, S. 34).

1.3 Neuropsychologische Grundlagen der Dissoziation

Das Konzept der Dissoziation lässt sich mit Ergebnissen der Psychotraumatologie und Beiträgen aus der Gedächtnisforschung erhellen. Ein Großteil der psychophyso-biologischen Grundlagenforschung zur Dissoziation entstand aus der Beschäftigung mit der Posttraumatischen Belastungsstörung – PTSD - (vgl. Herman, 1994 und Wilson & Keane, 1997); beginnend mit den ersten Kriegstraumatisierten in den Weltkrieg (Simmel, 1918; Kardiner, 1941) und in Vietnam (u.a. Van der Kolk, 1988; Marmar et al., 1994), KZ-Überlebenden bis hin zu anderen Gewaltopfern (u.a. Astin et al., 1995 – häusliche Gewalt; Carlier et al., 1996 – Polizisten) und Missbrauchsüberlebenden (u.a. Keaney & Farley, 1996).

Klinische Erfahrung und systematische Tierversuche lieferten erste Hinweise darauf, dass ein traumatisches Erleben einen tiefgreifenden und nachhaltigen Einfluss auf die regulatorische Funktion der neuroanatomischen Bereiche Neokortex, Limbisches System und Stammhirn mit Hypothalamus nehmen (Van der Kolk, 1994; Krystal et al.; 1995; Bremner et al. 1995, Van der Kolk & Fisler, 1995, Bremner & Brett, 1997, Bremner et al., 1997 a & b; Bremner & Marmar, 1998; Yehuda & McFarlane, 1997; Van der Kolk et al., 1996). Das führt dazu, dass Traumaerfahrungen anders im Gedächtnis gespeichert werden als normale neutrale Ereignisse. Mittlerweile stehen erste Ergebnisse aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (PET- Positronen-Emissions-Tomografie und fMRT/ funktionelle Kernspin-Magnet-Resonanz-Therapie) zur Verfügung, die am lebenden menschlichen Gehirn die beobachteten Veränderungen aufzeigen können (Liberzon et al., 1997; Driessen et al., 2000; Yehuda, 2001; Markowitch, 2001; für DIS: Nijenhuis, 1998⁴; Sar et al., 2001). Diese gehen soweit, dass Veränderungen in der Größe von betroffenen Hirnarealen gefunden wurden (Mukerjee, 1995).

Zu den typische Merkmalen einer PTSD gehören ein Zustand vegetativer Übererregbarkeit, Hyperaktivität und ein wiederholtes Nacherleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks, Nachhallerinnerungen, affektives überflutet werden) und Albträumen (ICD-10, 1993). Die Posttraumatische Belastungsstörung erscheint als eine Folge zahlreicher neurohormoneller Veränderungen, die durch akuten und chronischen Stress/ Trauma ausgelöst worden

⁴ Vortrag auf der Fachtagung am 6./7.11.1998 in Wallerfangen.

sind. Entscheidend beteiligt sind daran mindestens drei stressabhängige neurohormonelle Systeme, wobei Untersuchungsergebnisse über eine anhaltende Erhöhung der zentralen und peripheren Katecholamin-Aktivität, Veränderungen der hormonellen HPA-Achse und Opioid-Reaktionen bei PTSD-PatientInnen bereits dokumentiert vorliegen (Charney et al., 1993; Southwick et al., 1993; Van der Kolk, 1994.. Katecholamine (einschließlich Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin) regulieren die Körper-Aktivierung und -Erregung insbesondere in belastenden Situationen, Hormone der Hypothalamus-Hypophyse-Nebennieren-Achse (HPA-Achse: ACTH und Glucocorticoide), spielen eine wesentliche Rolle bei der Aufrechterhaltung des psychologischen und physiologischen Gleichgewichts und endogene Opiode beeinflussen die Schmerzleitung und -verarbeitung, indem sie die emotionale Bewertung von Informationen in der Amygdala stören.

Jedes dieser Systeme nimmt komplexe Auswirkungen auf die Gedächtnisleistung und kann dadurch die gefundenen Erinnerungsstörungen in einer PTSD verursachen (Chu et al., 1996; s. auch ausführlich in Kapfhammer 2001).

Langfristige physiologische Veränderungen, die mit starkem Stress einhergehen, können im weitesten Sinne als unbewusste oder konditionierte Körpererinnerungen verstanden werden und bilden so möglicherweise die Basis für bestimmte Formen nicht-bewusster Erinnerungen an traumatische Ereignisse (Chu et al., 1996). Die Vermittlung der Konditionierungen geschieht über die oben genannten subkortikalen thalamoamygdaloiden Projektionen mit Einfluss auf noradrenerge, dopaminerge und CRF-Systeme und Opiate. Es wird angenommen, dass alles Lernen - (einschließlich der Konditionierungen) eine langfristige Potenzierung, also eine dauerhafte Zunahme post-synaptischer Reaktionen auf den Stimulus besonders im Hippocampus und in der Amygdala erzeugt

Damit werden die sinnesspezifischen Erinnerungen an das Trauma (oder deren Fragmente) zum Problem, die den „inneren Stress“ erzeugen und aufrechterhalten, ohne dass die äußere, Trauma relevante Situation reaktiviert werden muss (Van der Kolk et al., 1996).

Als Trauma bezeichnet Hofmann⁵ ein Stresslevel dann, wenn eine Reizüberflutung (eindringende Erfahrungen) die Abwehr- und Schutzmechanismen überladen und eine innerpsychische Kompensation nicht mehr möglich ist. Einem Trauma kann man nicht mehr entfliehen oder dagegen ankämpfen. Es kommt zu einer Überflutung mit aversiven Reizen, in der „es passiert“ und es wie in einem Kollaps oder Riss in der Persönlichkeit zu einer grundsätzlichen Veränderung, einem „point

⁵ Vortrag auf der Fachtagung der ISSD- Professionelle Fachstudiengruppe Deutschland im März 1998 in Hannover.

of no return“ (Huber, 1998⁶) kommt, der diese neurophysiologischen Veränderungen mit sich bringt.

Metcalfe & Jacobs (1996) gehen von zwei verschiedenen Wegen der Informationsverarbeitung aus: In der schnellen „heißen“, wird die Amygdala direkt vom Thalamus innerviert, während die Informationen in der „normalen“, „langsameren“ „coolen“ Verarbeitung über den eher kognitiver Hippocampus gesteuert werden.

Im Gegensatz zum integrativen narrativen Gedächtnis (Hippocampus), bleiben traumatische Erfahrungen ohne Sprache, unflexibel, automatisch durch Reize ausgelöst und losgelöst von der normalen Erfahrung (Crabtree, 1992; Van der Kolk & Van der Hart, 1991) (s. Kasten 2).

Amygdala-System (Angst/ Trauma)	Hippocampus-System (Selbst)
<ul style="list-style-type: none"> • implizit, direkt 	<ul style="list-style-type: none"> • Deklarativ
<ul style="list-style-type: none"> • fragmentarisch und starr 	<ul style="list-style-type: none"> • episodisch, biographisch „Archiv“, integriert
<ul style="list-style-type: none"> • Hier und Jetzt Erleben, körperlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Narrativ, in Raum und Zeit lokalisiert
<ul style="list-style-type: none"> • Blockade zum Thalamus, zum Sprachzentrum und zur linken Hemisphäre (mit schlussfolgerndem Denken) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindung zu beiden Hemisphären, zum Sprachzentrum und Thalamus
<ul style="list-style-type: none"> • speichert „Highlights“ von Erfahrungen (v.a. Angst)/ hochemotional 	<ul style="list-style-type: none"> • komplex, kognitiv
<ul style="list-style-type: none"> • leicht auslösbar/ triggerbar 	<ul style="list-style-type: none"> • temperiert und nicht leicht auslösbar, unterliegt der persönlichen Kontrolle
<ul style="list-style-type: none"> • Aktivität steigt proportional zum Stresslevel 	<ul style="list-style-type: none"> • unterliegt dem Yerkes-Dodson Gesetz, wird bei zu hohem Stress dysfunktional
<ul style="list-style-type: none"> • entsteht zwischen 0 - 2,5 Jahren; greift bei akutem hohen Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • wird zwischen dem 7. Und 12 Lebensjahr myelinisiert, d.h. Ausgearbeitet. •

Tabelle 2

Überblick über die unterschiedliche Art der Speicherung normaler und traumatischer Erfahrungen in Amygdala und Hippocampus nach Metcalfe & Jacobs (1996).

⁶ Workshop auf dem Traumakongress in Köln im März 1998.

Bei einer Trauma-Erfahrung (dem „point of no return“) schaltet der Hippocampus ab; d.h. er wird dysfunktional und schützt die bestehende Vorstellung von unserem Selbst. Dieser Schutz des Selbst sieht so aus, dass bestimmte Erfahrungen nicht ins Bewusstsein integriert werden und z.B. als „idées fixes“, wie es Janet (1889) genannt hat, neben dem Normalbewusstsein weiterbestehen, also dissoziiert werden - und bleiben. Normalerweise neigen bedingte Reaktionen zum allmählichen Verschwinden, wenn sie nicht durch kontinuierliche oder intermittierende Darbietung des aversiven Stimulus aufrechterhalten werden. Charney et al. (1993) gehen deshalb davon aus, dass trauma-induzierte konditionierte Reaktionen möglicherweise fortbestehen, weil sie i. S. einer Unterdrückung oder Maskierung bereits in der Abspeicherung „verschwinden“: Die Abspeicherung dieser „Trauma-Fragmente“ erfolgt nicht-sprachlich, sondern als Körpererinnerungen, Gerüche, Geräusche, Bewegungen, die als konditionierte Reize wirken, um Traumaaspekte in der inneren Welt wiederzubeleben (Flashbacks), wobei die Wahrnehmung der konditionierten (und oftmals generalisierten) Reize nicht bewusst erfolgen muss (vgl. Metcalfe & Jacobs, 1996).

Eine traumatische Situation ist begleitet von einem hohen Erregungsniveau und einer eingeschränkten (fokussierten) Aufmerksamkeit und kann sich später in den verschiedensten Symptomen äußern, etwa als Hypermnesie, Hyperreaktivität auf bestimmte Stimuli, als traumatisches Wiedererleben der Situation (Flashbacks) oder als emotionale Taubheit („numbing“), Vermeidungsverhalten, Amnesien, Ängste und Depressivität.

Über ein Zusammenfügen der Bruchstücke und Bilder in einer späten Therapiephase erfolgt bei PsychotraumapatientInnen nach neueren Therapieansätzen die schrittweise Realisierung des Traumas und dessen Integration ins Bewusstsein, so dass für das Geschehene eine verbale „Geschichte“ rekonstruiert wird (Van der Hart et al., 1995).

1.4 Die Kontroverse um die Dissoziative Identitätsstörung

Es gibt fünf Bereiche, mit denen sich die empirische Literatur zur dissoziativen Identitätsstörung, ehemals multiple Persönlichkeitsstörung, befasst. Die ersten vier (Darstellung von Fallbeispielen, Ursachenerforschung/ Theoriebildung, Behandlungsweisen und -ergebnisse, Differentialdiagnosen) sind typisch für alle Störungsbilder, der fünfte hingegen ist eher ungewöhnlich: Es handelt sich dabei um die Frage, ob es diese Störung tatsächlich gibt.

Die dissoziative Identitätsstörung galt (bis heute?) als eine umstrittene Diagnose. Um kaum eine andere psychische Störung rankte sich ein so heftiger „Glaubenskrieg“, in dem schnell die eigene diagnostische und therapeutische Kompetenz von KollegInnen belächelt und angezweifelt wird (Dell, 1988; Dunn et al., 1994; Hayes & Mitchell, 1994) und der sogar beinahe Trauma-Fachgesellschaften spalten konnte. Trotz einer Vielzahl an empirisch fundierten Untersuchungen zu DIS, besteht anscheinend oftmals immer noch ein „emotionaler“ Vorbehalt, der sich ebenfalls in Wissenschaftlichkeit kleidet. Mit dem Erstarken der „False Memory Syndrome Bewegung“ in den USA wird ein weiterer Teil der „Störungsgeschichte“ in Frage gestellt: Die „Wahrheit“ der wiederauftauchenden „Erinnerung“ an in der Kindheit erlebten Traumatisierungen. Wie kann man so etwas vergessen?!? Und: Wie kann es so was (besonders wenn von ritueller Gewalt berichtet wird) überhaupt geben?!?

Die Einleitung in die Kontroverse geschieht über die ausführliche Vorstellung des klinischen Störungsbildes einer dissoziativen Identitätsstörung, damit überhaupt klar wird, woran sich die Geister scheiden.

1.4.1 Erscheinungsbild und Theorie der dissoziativen Identitätsstörung

Im DSM-IV (1996) wurde die multiple Persönlichkeitsstörung (MPS) in den Fachterminus „dissoziative Identitätsstörung“ (DIS) umgetauft. Die Umbenennung hatte verschiedene Gründe:

- Zum einen ist die DIS in der Klassifikation keine Persönlichkeitsstörung.
- Zum anderen hat die Bezeichnung der alternierenden Identitäten einer PatientIn mit DIS als „Alternativpersönlichkeiten“ zu vielen (unnötigen) Kontroversen und Verwirrung geführt.

So fordert die "Störung mit multipler Persönlichkeit", wie sie Erkwow & Saß (1992) bezeichnen, da nicht die Störung, sondern die Persönlichkeit multipel ist, allein durch ihren Namen das Konzept einer einheitlichen Persönlichkeit heraus.

Den meisten der mehr als 50 Definitionen für Persönlichkeit liegt die Annahme zugrunde, dass es sich dabei um "ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ überdauerndes und stabiles Verhaltenskorrelat"⁷ handele, das sich auf innere Schemata und Dispositionen bezieht, die die Bedingungen für konkretes Handeln und Erleben darstellen. Jede Persönlichkeit (im Sinne von Person) verfügt über ein "in sich einheitliches und bewusstes Ich"⁸, das auch bestehen bleibt, wenn man weiß und fühlt, dass man sich verändert (Rosenfield, 1992, S. 139).

Bei einer Beschreibung der Störung auf der Ebene von Persönlichkeiten besteht die Gefahr, den Eindruck zu vermitteln, dass sich tatsächlich mehrere verschiedene 'Menschen' in einer multiplen Persönlichkeit befinden, wie es z.B. im Fall von Besessenheit angenommen wird. Alternierende Identitäten stellen keine eigenständigen Personen dar, obwohl sie im therapeutischen Setting oftmals so behandelt werden (müssen). Multiple PatientInnen erleben ihre Innenwelt zwar als in viele verschiedene Personen aufgespalten, tatsächlich aber haben sie noch eine gemeinsame Hülle, eine Gesamtpersönlichkeit. Ein (mögliches) Ziel der Therapie liegt in der Integration aller alternierenden Identitäten in diese einheitliche, sich aller Facetten bewusste Person.

Im Rahmen dieser Arbeit verwende ich weitestgehend den Begriff alternierende Identität, wenn von den verschiedenen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen die Rede ist.

1.4.1.1 Klinische Phänomenologie

Menschen mit einer DIS haben in ihren alternierenden Identitäten ganz spezifische Verhaltensweisen, Einstellungen, Erinnerungen, Krankheiten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Vorlieben und einem eigenen Stil (Ross, 1989), die sich nicht nur deutlich voneinander unterscheiden (können), sondern die auch in unterschiedlichem Ausmaß voneinander wissen und aneinander interessiert sind. Das Problem für die Betroffenen liegt darin, dass die "ursprüngliche" Person meist keinerlei Kontakt zu den alternierenden Persönlichkeitsanteilen besitzt, dadurch an extremen "Zeitlücken" und Amnesien leidet und sich immer wieder mit Handlungen ihrer "Nicht-Ichs" konfrontiert sieht, ohne eine Ahnung von deren Existenz zu haben. Sie erscheint anderen Menschen als eine notorische LügnerIn, wenn sie es leugnet, Handlungen begangen zu haben, die diese mit eigenen Augen gesehen haben, oder wenn sie sich an Geschehnisse des vergangenen Tages einfach nicht mehr erinnern kann.

⁷ Herrmann (1976), zit. nach Schneewind, 1982, S. 46.

⁸ Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, 1987, S. 478.

"MPD is a major mental illness, known to be widely distributed in the populations of the United States and Canada. It takes the form of recurrent episode psychosis, in which overtly normal individuals suddenly, overtly, and earnestly believe they are different people ... The disorder is manifested in adulthood by drastic and unexplainable alterations in role performance, usually accompanied by symptoms of profound amnesia, which is explained away by the subject on confrontation through experts and often convincing confabulations (Greaves, 1993, S. 377f).

Nach Rosenfield (1992, S. 143) fehlt der multiplen Persönlichkeit neben so vielen 'Möglichkeiten' das eine Ich, das ganz und gar zur dynamischen Erfahrung des täglichen Lebens und dem sich ständig verändernden Wesen der Person passt.

"Der Betroffene gleitet von einer Persönlichkeit in die andere, als würde er unter einer begrenzten Anzahl von Möglichkeiten nach einer 'passenden' suchen, wobei aber keine einzelne Persönlichkeit gut genug ist"
(Rosenfield, 1992, S. 158f).

"Multiple personality ... refers to the presence of one or more alter personalities, each processing presumably different sets of values and behaviors from one another and from the 'primary' personality, and each claiming varying degrees of amnesia or disinterest from one another. The appearance of these personalities may be on a 'coconscious' basis (i.e., simultaneously coexist with the primary personality and aware of its thoughts and feelings) or separate consciousness basis (i.e., alternating presence of the primary and other personalities with little or no awareness or concern for the feelings and thoughts of each other) or both"
(Ludwig et al., 1972, S. 298f)

In den letzten 25 Jahren brachten systematischen Untersuchungen in psychiatrischen Kliniken (v.a. in Nordamerika) neue Erkenntnisse auch über die klinische Präsentation von DIS. In diesem Teil geht es um die Aspekte, die PatientInnen mit einer DIS zeigen, wenn sie in einer Klinik oder einer privaten Praxis vorstellig werden. Dazu gehören die körperlichen und psychischen Symptome und eine die Störung eher verheimlichende Präsentationsart, die sich bei Männern und Frauen im Prinzip gleichermaßen zeigen.

1.4.1.1.1 Symptome einer DIS

DIS ist durch eine Vielzahl an psychischen und körperlichen Symptomen und - damit verbunden - an potentiellen Diagnosen gekennzeichnet. Häufige Vordiagnosen bei jeweils über der Hälfte der PatientInnen waren Depressionen, eine neurotische Störung, Schizophrenien oder eine Persönlichkeitsstörung (Putnam et al., 1986). Bereits im Erstkontakt ließen sich in ihrer Untersuchung

- Depressionen (90%),
- Stimmungsschwankungen und Selbstmordgefährdung (je 70%),
- Schlaflosigkeit (65%),
- psychogene Amnesien und sexuelle Dysfunktionen (je 59%),
- Konversionssymptome und Fugue Episoden (je 56%),
- Panikattacken (55%),
- Depersonalisation (52%),
- Substanzmissbrauch (47%) und
- Phobien (35%) als Symptome finden.

Als psychische Hauptbeschwerden (erfasst in einer Zusammenfassung von 5 Untersuchungen) benennt Kluft (1991):

„MPD patients demonstrate anxiety symptoms (psychophysiological ~ 100%; phobic ~ 60%); panic attacks ~ 55%; obsessive-compulsive ~ 35%), affective symptoms (depressive ~90%; 'highs': range 15-73 %), allied dissociative symptoms (amnesias: range 57 -100%; fugues: range 48-60 %; depersonalization ~ 38%; somatoform symptoms (all ~ 90%; conversion ~ 60%); sexual dysfunctions: range 60 - 84%, suicide attempts: range 60-68 %, self-mutilation (34%), psychoactive substance abuse (~40-45%), eating disorders: range 16-40%, sleep disturbance (~65%), symptoms suggestive of schizophrenia (depending on symptoms: 35-73%), symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) (70-85%), and the stigma of borderline personality disorder (70%)“

(Kluft, 1991, S. 616).

Begleitet sind die psychischen Symptome häufig von körperlichen (Putnam et al., 1986):

- Kopfschmerzen (70%),
- unerklärbare Schmerzen (48%),
- Unansprechbarkeit zu bestimmten Zeiten (46%),
- gastrointestinale Störungen (34%),
- Schwindel und Erbrechen (30%),
- Palpitation (29%),
- Parästhesie oder Analgesie (25%),

- Sehstörungen (22%) und
- Gewichtsverlust (24%).

18,8% der von Ross et al. (1989a) untersuchten PatientInnen erfüllten die Kriterien einer Somatisierungsstörung, wobei die häufigsten Beschwerdebereiche in

- Unterleibsschmerzen,
- Erbrechen,
- Miktionsschmerzen,
- Ohnmacht/ Bewusstlosigkeit,
- Harnverhalten und
- Amnesien

lagen.

Ein Vergleich der Auftretenshäufigkeit dieser Symptome unterschied diese DIS-PatientInnen von anderen klinischen PatientInnen mit der Diagnose einer Schizophrenie, Panikstörung oder Essstörung (Ross et al., 1989d). Interessanterweise unterschieden die „typischen“ hysterischen Konversionssymptome nicht zwischen DIS und den anderen klinischen Gruppen, was von den AutorInnen als Hinweis auf eine sinnvolle Umgruppieren der DIS hin zu den posttraumatischen Störungen interpretiert wurde.

16 sekundäre Besonderheiten bei DIS

Neben den psychischen und den körperlichen Symptomen benennen Ross et al. (1990a) 16 typische sekundäre Kennzeichen für DIS, deren Häufigkeit sie in einer Untersuchung von 102 Fällen erfassten.

- 90,2% gaben an, dass eine andere Person in ihrem Inneren existiere,
- die in 70,6% über einen eigenen Namen verfügte.
- 87,3% hörten Stimmen,
- 82,4% hörten diese Stimmen im Inneren des Kopfes, und
- 81,4% erlebten, dass eine andere Persönlichkeit die Kontrolle übernahm.
- 73,5% sprachen von sich selbst als "wir".
- 81,4% hatten Amnesien für ihre Kindheit,
- 67,7% zeigten aktuell "Leerstellen" (blank spells),
- 66,7% erlebten Flashbacks und von
- 62,8% der multiplen Persönlichkeiten wurden Erlebnisse berichtet, an die sie sich nicht erinnern konnten.
- 36,3% waren amnestisch an unbekanntem Orten wieder "erwacht".
- 56,9% kannten Gefühle der Realitätsferne, in
- 44,1% der Fälle erlebten sie, dass "Fremde" sie ansprachen und darauf beharrten, sie zu kennen, in
- 42,2%, dass bekannte Gegenstände fehlten und in

- 31,4% der Fälle, dass Gegenstände vorhanden waren, die sie nicht kannten,
- 27,5% berichteten von unterschiedlichen Handschriften.

Charakteristisch für DIS ist nach Ross et al. (1989d) die ungewöhnlich hohe Anzahl an verschiedenartigen Symptomen. Diese lassen sich nach Huber (1995a) auf den psychischen Leidensdruck der Störung zurückführen. Sie führt "das normal-verrückte Leben als multiple Persönlichkeit" (S. 111f) aus, indem sie erläutert, was es für die Betroffenen bedeutet, Zeit zu verlieren, sich ständig verstellen zu müssen, aus der Erfahrung heraus, dass ihnen sowieso nicht geglaubt wird und permanent Angst zu haben vor Erinnerungen/Flashbacks, neuen Traumata oder dem, was sie in der Zwischenzeit angestellt haben könnten. Sie hören Stimmen in ihrem Kopf und halten sich selbst für verrückt. Sie fühlen sich nicht alleine in ihrem eigenen Körper, weil es z.B. Kleidungsstücke oder Vorlieben gibt, die nicht die "eigenen" sind, Freundschaften und Beziehungen werden vermieden, weil sie ihre FreundInnen nicht kontinuierlich kennen.

Kulturabhängigkeit der Symptome

Die Symptome einer DIS sind kulturunspezifisch, d.h. nicht nur in Nordamerika in dieser Form vorfindbar. Untersuchungen zur Phänomenologie der DIS liegen u.a. aus Südamerika/ Puerto Rico (Coons et al., 1991; Marinez-Tobaos, 1989), Europa (s. Vanderlinden et al., 1996; NL: Boon & Draijer, 1993; F: Darvez-Bornoz et al., 1995; El-Hage et al., 2002; , CH: Modestin, 1992; Modestin et al., 1996, D: Gast et al., 2001a, Ungarn: Vanderlinden et al., 1995), Japan (Umesue et al., 1996; Fujii et al., 1998) und Südafrika (Gangdev & Matjane, 1996) vor. Sie bestätigen das oben genannte Erscheinungsbild.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

DIS wird v.a. bei Frauen zwischen 20 und 40 Jahren diagnostiziert. Aufgrund bisheriger Untersuchungen liegen Schätzungen für das Frau : Mann-Verhältnis zwischen 4:1 und 9:1 (Boor, 1982; Ross 1989a).

Die Interpretation dieser Zahlen lässt offen, ob nun tatsächlich mehr Frauen von DIS betroffen sind oder ob multiple Männer einfach weniger häufig zum Arzt gehen, weniger systematisch auf sexuelle oder physische Missbrauchserfahrungen befragt werden oder wahrheitsgemäß darauf antworten, oder ob sie, wie Ross (1989; 1989a) es pointiert ausdrückt, eher im Gefängnis als in psychiatrischer oder psychologischer Betreuung landen.

Das Erscheinungsbild der Störung ist sowohl in den demographischen Daten als auch in den allgemeinen Symptomen und der für DIS spezifischen Pathologie bei Männern und Frauen fast identisch (Ross & Norton, 1989b; Löwenstein & Putnam,

1990). Die Unterschiede, die in Untersuchungen gefunden wurden, sind für psychiatrische Störungen und für die geschlechtsspezifische Rollenzuschreibung in unserer Gesellschaft im allgemeinen nicht ungewöhnlich (Ross et al., 1989b).

"Females had significantly more symptoms referable to anxiety states, hysteria, phobias, and obsessional fears, whereas males had significantly more symptoms of sociopathy and alcoholism"
(Bliss, 1984b, S.198).

1.4.1.1.2 Klinische Präsentation

Bei der dissoziativen Identitätsstörung handelt es sich nicht nur in den Symptomen, sondern auch in der klinischen Präsentation um ein sehr heterogenes Störungsbild. Selten zeigt sie sich in ihrer klassischen, offenen, häufig mit dramatischen Auftritten unterschiedlicher Teilpersönlichkeiten wechselnden Form, was eine Diagnose der Störung oftmals sehr schwierig macht.

Die nach Kluft's (1991) Meinung häufigste klinische Präsentationsform von DIS besteht aus einer PatientIn mit einer langen "PatientInnenkarriere", dessen/ deren Therapieverlauf aussieht wie ein therapeutischer Misserfolg.

Welches spezifische Erscheinungsbild die dissoziative Identitätsstörung im Einzelfall annimmt, hängt nach Kluft (1991) von verschiedenen Faktoren ab. Es spielen dabei die

- Charakteristika und Funktionen der alternierenden Identitäten eine Rolle, sowie die
- Struktur des Teilpersönlichkeitensystems.

Viele "ähnliche" Teilpersönlichkeiten können die Störung eher verheimlichen als sehr unterschiedliche, das (seltene) Nacheinander von alternierenden Identitäten erzeugt eher die Illusion einer einheitlichen Persönlichkeit als häufige Wechsel.

Nach Aussagen von Kluft (1991) zeigen nur ca. 20% der Menschen mit DIS die meiste Zeit ihres erwachsenen Lebens eine offene DIS-Präsentation, wovon wiederum nur ca. 6% diese Symptome in einer aufmerksamkeiterregenden oder auch absichtsvollen Art und Weise zeigen. Die anderen 14% versuchen, die Symptome so gut wie möglich zu überdecken. 40% zeigen Symptome, die die Aufmerksamkeit "wachsamer", nach subtilen DIS-Symptomen Ausschau haltender KlinikerInnen erregen könnten. Die letzten 40% werden nur entdeckt, wenn man auch "unauffällige" PatientInnen systematisch auf DIS scanned.

Aus seiner eigenen Erfahrung mit 210 DIS PatientInnen, gibt Kluft (1991) an, dass sich nur ca. 5% der PatientInnen selber mit der Diagnose oder dem Verdacht auf DIS in der Therapie vorstellen, wobei er annimmt, dass sich auch diese Zahl in den letzten Jahren erhöht hat.

In den weitaus meisten Fällen versuchen Menschen mit einer DIS, ihre Amnesien und Wechsel vor anderen geheim zu halten. Sie entwickeln recht erfolgreiche Strategien, um ihre Wissenslücken zu entschuldigen und z.B. geplatze Verabredungen zu erklären, so dass ihren FreundInnen die Störung durchaus verborgen bleiben kann. Sie werden "nur" für veränderlich, launisch, abgelenkt, vergesslich oder ungewöhnlich exzentrisch gehalten.

Um einen Wechsel in Gegenwart anderer zu tarnen, legen sich DIS-PatientInnen manchmal einen Tic zu, geben vor zu husten, wenden sich kurzzeitig ab oder verdecken ihr Gesicht (Braude, 1991, S. 44). Am häufigsten versuchen sie danach, durch indirekte Fragen oder durch eine schnelle Orientierung in Raum und Zeit, einen Blick in ihren Kalender etc. herauszufinden, was in der Zwischenzeit los war (Huber, 1995a). Unter diesen Umständen gelingt es Menschen mit einer DIS oftmals, jahrelang relativ unauffällig zu funktionieren, solange keine neuen oder stark belastenden Stressoren ihr Leben verändern.

Entscheidend für das Ausmaß an "Öffentlichkeit" der Krankheit ist u.a.

- die Widerstandsfähigkeit der Gastgeber-Identität gegen belastende Faktoren,
- das Vorhandensein von Traumata oder Stress im aktuellen Leben,
- die Häufigkeit und die Dauer des Vorhandenseins von alternierenden Identitäten,
- deren Fähigkeit zur Zusammenarbeit,
- deren Spannungsverhältnisse untereinander und deren Stärke und Machtverteilung,
- ebenso wie deren amnestische Barrieren untereinander und
- deren unterschiedliches (narzisstisches) Interesse an einer eigenständigen Identität (Kluft, 1991).

1.4.1.1.3 Alternierende Identitäten

Es gibt bisher keine einheitliche Sprachregelung für die alternierenden Anteile einer PatientIn mit einer dissoziativen Identitätsstörung vor. U.a. liegt das daran, dass die ganze Störung erst vor kurzem einen neuen Namen bekommen hat, um dem Problem der „mehrfachen Persönlichkeit“ aus dem Weg zu gehen. Auch wenn es sich subjektiv oder in der äußeren Präsentation wie eigenständige Personen/ Persönlichkeiten anfühlt oder darstellt, teilen doch alle einen gemeinsamen Körper und gehören alle zu einer einzigen Lebensgeschichte. Anders als die ICD-10 spricht

das DSM-IV statt von multiplen Persönlichkeiten von Identitäten beziehungsweise Persönlichkeitszuständen, um den unzutreffenden und ungenauen allgemeinsprachlichen Ausdruck „Persönlichkeit“ im Sinne neuerer allgemeinspsychologischer Forschung zu präzisieren (Putnam 1989).

In amerikanischen Untersuchungen aus der ambulanten Praxis findet man im Durchschnitt zwischen 13 und 16 Teilidentitäten in einer DIS-PatientIn (Putnam et al. 1986).

Vorab eine begrifflichen Differenzierung:

- Unter 'primärer Identität' versteht man die ursprüngliche Person, in der die verschiedenen Persönlichkeitszustände entstanden sind. Alternierende Identitäten sind demzufolge sekundäre Persönlichkeitszustände.
- Die 'Gastgeber-Identität' (Host) ist diejenige, die die meiste Zeit die Kontrolle über den Körper besitzt, während die 'präsentierende Identität' die ist, die in der Therapie vorstellig wird. Dabei kann es sich um den primären, den Gastgeber- oder um einen sekundären Persönlichkeitsteil handeln.

„Die Dissoziative Identitätsstörung spiegelt die Unfähigkeit wider, verschiedene Aspekte der Identität, des Gedächtnisses und des Bewusstseins zu integrieren. Jeder der Persönlichkeitszustände kann eine unterschiedliche persönliche Geschichte, ein unterschiedliches Selbstbild und eine unterscheidbare Identität mit verschiedenen Namen haben. Gewöhnlich existiert eine primäre Identität, die den Namen der Person trägt. Diese ist in der Regel passiv, abhängig, hat Schuldgefühle und ist depressiv. Die wechselnden Identitäten haben häufig verschiedene Charaktereigenschaften, die im Gegensatz zur primären Identität stehen (z.B. sind sie feindselig, kontrollierend und selbstzerstörerisch). Einzelne Identitäten können unter speziellen Umständen auftauchen und sich im berichteten Alter, Geschlecht, der Sprache, dem Allgemeinwissen oder dem vorherrschenden Affekt unterscheiden. Wechselnde Identitäten werden so erlebt, als ob sie für bestimmte Abschnitte auf Kosten der anderen die Kontrolle übernehmen; sie können das Wissen über die anderen leugnen, diesen gegenüber sehr kritisch sein oder sogar im offenen Konflikt mit ihnen stehen. Gelegentlich weisen eine oder mehrere mächtige Identitäten den anderen Zeit zu. Aggressive oder feindselige Identitäten können zeitweise Aktivitäten unterbrechen oder die anderen in unangenehme Situationen bringen... Es ist möglich, dass eine Identität, die gerade keine Kontrolle ausübt, versucht, durch die Produktion akustischer oder visueller Halluzinationen einen Zugang zum Bewusstsein zu erlangen“

(DSM-IV, 1996, S. 551).

In Abhängigkeit der Komplexität der ausgeprägten Verhaltensweisen oder Eigenschaften spricht man von alternierenden Identitäten oder von Persönlichkeitsfragmenten. Im Gegensatz zu den zentraleren Identitäten sind Fragmente relativ begrenzte psychische Zustände, die jeweils nur ein Gefühl oder eine Erinnerung tragen oder nur eine begrenzte Aufgabe im gesamten Leben der Person erfüllen.

Die Anzahl der alternierenden Identitäten entwickelt sich in Abhängigkeit der Anzahl der Traumata, die als Kind erlitten wurden (Putnam et al., 1986).

Als Minimumbedingung für die Diagnose von DIS müssen zwei unterschiedliche Persönlichkeitszustände vorhanden sein, bisher sind in einem Fall bis zu insgesamt 300 Teilpersönlichkeiten und Persönlichkeitsfragmente gefunden worden (Ross, 1989), die bisher genannte Maximumzahl lag bei 4500 (Kluft, 1991). Ross et al. (1989a) fanden in 236 MPS-PatientInnen durchschnittlich 15,7 (Median bei 8) alternierende Identitäten, Putnam et al. (1986) 13,3.

Jeder Persönlichkeitszustand erfüllt eine spezifische Funktion im Leben der primären Person, und oftmals besteht eine enge Beziehung zwischen bestimmten Traumata und speziellen alternierenden Identitäten, die jeweils an ein bestimmtes Set von Konflikten oder Gefühlen gebunden sind (Wilbur, 1985). Putnam (1989) betont, dass sich alternierende Identitäten im Laufe der Zeit weiterentwickeln, neue Funktionen übernehmen und alte aufgeben können.

"Alter personalities have two basic functions:

(1) to sequester traumatic affect, sensation, and memory so that the host personality is protected from such material, and

(2) to help cope with the environment (both external and internal)"

(Dell & Eisenhower, 1990, S. 359).

Das einmal angenommene Alter des Persönlichkeitszustandes verändert sich nur durch therapeutische Interventionen, v.a. mit Hypnose; sie entwickeln sich nicht automatisch entsprechend des chronologischen Alters der primären Identität weiter.

Nach Braude (1991) haben alternierende Persönlichkeitszustände klar umschriebene, einfache Rollen, wenn sie das erste Mal auftreten. Je nachdem, wie viel Zeit sie „draußen“ verbringen, besteht für manche die Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln und erheblich komplexer zu werden. Trotzdem unterliegen seiner Beschreibung nach alternierende Identitäten den Beschränkungen, die sie an ihre spezielle Funktion binden. Besonders Kinder-Teilpersönlichkeiten scheinen in ihren Gefühlen, Funktionen und Verhaltensweisen erheblich reduziert zu sein.

"Child alters (unlike normal children) tend to be frozen in time; they are locked into a given age until late in the course of the therapy when, relieved of their psychological burdens, they may 'grow up' prior to integration"
(Putnam, 1989, S. 107f).

Schneider (1994, S. 56f) betont, dass es letztendlich nur fünf verschiedene Persönlichkeitsfunktionen sind, die das Leben einer multiplen Persönlichkeit bestimmen, die sich in mehreren unterschiedlichen Persönlichkeiten "kostümieren" können:

- die fürs tägliche Auskommen verantwortliche Erwachsene,
- die Kindpersönlichkeit als Träger der Traumata,
- der/die Beschützer(in) und
- der/die Verfolger(in) als Repräsentation der Schutz- und Schuldintrojekte aus der frühen Sozialisation ("Dämonen", Süchtige und andere (auto-) aggressive Persönlichkeitszustände) und ein
- gegengeschlechtlicher Persönlichkeitszustand, der unter einer homosexuellen aber auch reaktiv-defensiven Bedeutung diskutiert wird. Gegengeschlechtliche Persönlichkeitszustände kommen bei ca. 2/3 aller DIS-PatientInnen vor, nicht selten gibt es sogar mehrere in einer Person (Putnam et al., 1986; Ross, 1989)

Huber (1994) ergänzt die Liste um die „BeobachterInnen“ und die „FunktionsträgerInnen“ (z.B. handwerklich oder künstlerisch Begabte, "Mamas Liebling") oder andere spezialisierte Gedächtnisfunktionen mit unterschiedlichem Alter und Aussehen (s.a. Kluft 1991).

1.4.1.1.4 Physiologische und psychologische Untersuchungen zu DIS

Tests mit multiplen Persönlichkeiten stellten die ForscherInnen schon immer vor eine Herausforderung, da z.B. je nach präsentierender alternierender Persönlichkeit unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten sind (z.B. kann das Textverständnis, die Abstraktions-, die Koordinations- und die Konzentrationsfähigkeit, die Wachheit, der Zugang zu Erinnerungen und Wissen und die Aufmerksamkeitsspanne erheblich variieren = „fluktuierendes Funktionsniveau“).

So beschreibt Putnam (1984a) die Schwierigkeiten, die darin liegen zu bestimmen, welcher alternierende Persönlichkeitszustand sich welchem Test unterziehen soll und wie sichergestellt werden kann, dass auch nur dieser eine dabei ist, was aufgrund häufiger spontaner Wechsel in Stresssituationen (wie z.B. in einem psychologischen Assessment) oftmals unmöglich ist.

Um solche unkontrollierten Wechsel zu vermeiden, sollte ein(e) mit der Gesamtperson vertraute(r) TherapeutIn an der Untersuchung teilnehmen, um gegebenenfalls die 'aktiven' Alternativpersönlichkeiten zu identifizieren. Wenn man verschiedene Teilidentitäten testen will, kann hinzukommen, dass absichtlich erzeugte Wechsel in einer Untersuchung bei den Betroffenen starke Kopfschmerzen hervorrufen (können). Im Rahmen des „Informed consent“ muss jede Teilpersönlichkeit ihre Zustimmung erklären und mit dem Versuchsablauf vertraut gemacht werden.

1.4.1.1.4.1 Physiologische Untersuchungen

Systematische Untersuchungen fanden auffällige physiologische Unterschiede zwischen den alternierenden Identitäten von DIS-Patientinnen (u.a. Putnam et al., 1986; North et al., 1993). In diesen Untersuchung ging es nicht darum, signifikante Unterschiede zwischen den alternierenden Identitäten festzustellen; das Design verglich verschiedene Identitäten von DIS-PatientInnen mit simulierenden oder hypnotisierten Kontrollpersonen (Putnam, 1984b).

Beobachtet wurden

- Wechsel in der Händigkeit, Veränderungen in der Handschrift,
- unterschiedliches Ansprechen auf das gleiche Medikament,
- unterschiedliche somatische Symptome (die eine hatte z.B. Kopfschmerzen, die andere nicht),
- Identitäten-spezifische Allergien, unterschiedliche Reaktionen auf Alkohol und Nahrungsmittel,
- Unterschiede in der Sehfähigkeit (Miller, 1989: z.B. Schielen, Sehschärfe, Größe des Blickfeldes und Unterschiede in der Augenmuskulanspannung)
- Unterschiede in der Farbwahrnehmung und der Schmerzempfindlichkeit,
- Unterschiede in Herzrate, Blutdruck und Atmung, Hautwiderstand (Putnam et al., 1990)
- Unterschiede in den Gehirnströmen (Ludwig et al., 1972, zit. in Putnam, 1984b; Hopper et al., 2002)

*„Eine meiner polyfragmentierten Klientinnen erlebte es des öfteren, dass sie hinfiel, weil ein Bein in die eine Richtung wollte, das andere in die entgegengesetzte... Diese Multiple hatte verschieden große Schuhe in den Größen 37, 38 und 39. Ich selbst kann unterschiedliche 'Personen' in ihr u. a. durch die sich ändernde Augenfarbe auseinanderhalten (Braun bis Blau)“
(Huber, 1995a, S. 120f).*

"This absence of common physiologic variables suggests that the MPD and control subjects produced their personality state physiologic changes by different mechanisms. ... Characteristically, MPD patients show more variability in their responses than do control and may exhibit idiosyncratic physiologic phenomena not seen in controls"

(Putnam, 1984b, S. 492).

Sowohl Coons (1984) als auch Putnam (1984b) nehmen an, dass es Unterschiede in der Muskelspannung sind, die diese empirisch gefundenen physiologischen Besonderheiten hervorrufen.

Insgesamt gesehen sind die gefundenen physiologischen Ergebnisse nach North et al. (1993) aber eher uneinheitlich, aufgrund geringer Stichprobengröße kaum aussagekräftig und nicht ausreichend in der Lage, zwischen DIS und anderen Störungsbildern zu differenzieren.

1.4.1.1.4.2 Psychologische Untersuchungen

Psychologische Untersuchungen von DIS-PatientInnen beinhalten den Einsatz projektiver Verfahren (v.a. Rohrschachtest, vereinzelte Berichte auch über TAT) sowie die Bestimmung der Intelligenz.

Rohrschach-Test

(Armstrong & Loewenstein, 1990; Ferracuti et al., 1996; Scropo et al., 1998)

Um die Struktur und das kognitive Funktionieren der multiplen Gesamtpersönlichkeit zu erfassen, unterzogen Armstrong & Loewenstein (1990) 8 DIS-PatientInnen und 6 Personen mit schweren dissoziativen Störungen (DDnos) einem Rohrschach-Test. Sie hatten explizit alle Identitäten oder separierten Teile eingeladen, an der Untersuchung teilzunehmen und die Persönlichkeitszustände nach jeder Antwort auch explizit nach dem Prozess befragt, wie diese zustände gekommen war, um z. B. das Ausmaß an posttraumatischen Erinnerungen und Assoziationen, die durch die Rohrschach-Tafeln hervorgerufen werden können, zu kontrollieren.

Die Auswertung deutet auf einen eher ungewöhnlichen, spielerischen oder künstlerischen und v.a. auf ihr erlebtes Trauma bezogenen Realitätstest-Stil hin. Zu kognitiven Verzerrungen im Denken und in der Wahrnehmung kam es nur, wenn sie von traumatischen Assoziationen überwältigt wurden, die sie in den Karten zu sehen glaubten.

"At these times, reality testing deteriorated and thinking became more concrete and childlike. Several patients showed trance-like behavior with a 'loss of distance' from the Rorschach card, treating it as if it had become a literal representation of a traumatic event. Autohypnotically and dissociative phenomena at these times seemed related to attempts to defend against overwhelming anxiety about traumatic images and flashback-like experiences"

(S. 452)

DIS-PatientInnen zeigten eine signifikant erhöhte intellektuelle Selbstbeobachtungsfähigkeit und Introspektion (FD) gegenüber der "normalen" Exnerschen Vergleichsstichprobe, sowie ein emotional eingegengtes, zu Internalisierungen und Intellektualisierungen neigendes Antwortverhalten.

Armstrong & Loewenstein (1990) führen dieses Ergebnis als Beleg für eine eigenständige Persönlichkeitsstruktur von Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung an, die sich durch psychologische Komplexität, menschliche Verbundenheit und eine hochentwickelte Selbstbeobachtungsfähigkeit auszeichnet.

Intelligenz

Armstrong & Loewenstein (1990) erfassten in ihrer Untersuchung die Gesamt-Intelligenz von acht PatientInnen mit einer DIS. Der Intelligenzquotient rangierte von 92-129. Aufgefallen war ihnen dabei, dass es innerhalb der Skalen starke individuelle Schwankungen gab.

"Subjects showed fluctuations between answers that were rigid and literal and answers that were flexible and abstract. The retreat to more concrete cognitive modes occurred when test stimuli evoked traumatic associations. .. These patients showed partial or alternating responses indicative for different cognitive levels operating side by side"

(Armstrong & Loewenstein, 1990, S. 451).

Der Durchschnitts-IQ bei 50 multiplen Persönlichkeiten in einer Untersuchung von Coons et al. (1988) lag bei 101,8, mit einer Bandbreite zwischen 77 und 121.

Rossini et al. (1996) untersuchten die Intelligenz von 49 PatientInnen mit einer DIS anhand des Hawie-R und verglichen sie mit der von 95 PatientInnen mit einer DDnos oder einer atypischen dissoziativen Störung. Es zeigten sich keinerlei Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Der Durchschnitts-IQ lag bei den DIS-PatientInnen mit 99,6 (SD 16,18) im normalen Bereich.

Damit liegen die IQ-Werte multipler Persönlichkeiten im normalen Bereich. Dieses Ergebnis wurde auch in anderen Untersuchungen bestätigt (North et al., 1993). Nicht alle multiplen Persönlichkeiten verfügen über (eine in Einzelfällen festgestellte) stark erhöhte Intelligenz.

1.4.1.2 Entstehungstheorien der DIS

Es gibt verschiedene Entstehungstheorien zu DIS, die alle auf die gleiche „Ursache“ zurückkommen. Es besteht allgemeiner Konsens darüber, dass Dissoziation als Überlebensmechanismus gegen eine schwere chronische Traumatisierung eingesetzt und von DIS-PatientInnen aufgrund anhaltender widriger Lebensumstände so perfektioniert wird, dass ihnen ihr eigenes Leben als von verschiedenen, separierten Teilen gelebt erscheint.

1.4.1.2.1 Die psychoanalytische Perspektive

Die ersten TherapeutInnen, die sich mit der dissoziativen Identitätsstörung beschäftigten, waren PsychoanalytikerInnen. Eine bedeutende Rolle spielte dabei Cornelia Wilbur, die Therapeutin von "Sybil" (Schreiber, 1973/1992). Die psychoanalytische Perspektive bildet auch heute noch die Grundlage für die Betrachtungsweise der dissoziativen Identitätsstörung.

Wie bereits erwähnt, geht die psychoanalytische Sichtweise davon aus, dass DIS als Reaktion auf eine die Ich-Funktionen längerfristig überwältigende Traumatisierung entsteht, wobei als erschwerender Faktor auch innere Konflikte und Spannungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beitragen.

"Trauma, conflict, and deficiency all play a contributing role in the genesis of MPD. The blend for each of these ingredients may account, in part, for different levels of functioning from one patient to another, as well as among alters within a particular patient. When trauma alone, without much conflict or deficiency, is the causal factor for a patient, there is greater likelihood of higher function..."
(Marmar, 1991, S. 678f).

Jede Form von Missbrauch oder Misshandlung überfordert die Verarbeitungs- und Integrationsfähigkeiten eines Kindes und wird als massiv lebensbedrohlich erlebt (Wilbur, 1985). Der spezifische Einfluss der Erfahrung hängt von der genetischen Ausstattung des Kindes, den Reaktionen der Umwelt auf den Missbrauch, dem Alter und Entwicklungsstand bei Beginn und der Zeitspanne ab, die diese andauert. Deswegen können aus dem sexuellem Missbrauch eines Kindes verschiedenste Störungsbilder resultieren.

Nach Marmer (1991) handelt es sich bei DIS um eine frühe Störung in der Wiederannäherungsphase, mit der höchsten Vulnerabilität zwischen dem 18. Monat und dem vierten bis fünften Lebensjahr. In dieser Zeit befindet sich die Subjekt-Objekt-Differenzierung noch in Ausbildung, so dass Störungen in dieser Phase vermehrt zur Nutzung abspaltender Abwehrmechanismen führen und weniger zu den "reiferen" der neurotischen Verdrängungs-Hierarchie.

"Je früher das Trauma, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Bewusstsein multipel entwickelt;... Dieser entwicklungsbedingte Unterschied in den Überlebenstechniken erklärt die statistische Massierung des multiplen Pathogens in der frühesten Kindheit und seine relative Ausdünnung ab dem achten bis zehnten Lebensjahr... - dank realer oder psychisch reiferer Abwehrmechanismen einer fortgeschrittenen Entwicklung müssen ältere Kinder nicht mehr einzig multipel werden"
(Schneider, 1994, S. 53).

Diese Abwehr wird von Freud in "Jenseits des Lustprinzips"⁹ als das "Nirwana-Prinzip" bezeichnet und gilt als durch den Todestrieb geleitet. Sie ist durch ein gemeinsames Vorkommen von einem Todstellreflex mit Aggression und Wiederholung gekennzeichnet.

"Instead of experiencing anxiety in a way that permits its use as a signal, the patient is overwhelmed. The vigilant guardian alter is created to become the signal rather than the anxiety. Subtle and slower acting defences are not available or are ineffective. The only sufficient defence left to the individual is to dissociate, to become quiescent, to become as nearly dead as possible ... Thus the person ceases to exist as a whole entity in order to avoid complete annihilation"
(Marmer, 1991, S. 683).

Wenn es sich weder wehren noch entfliehen kann, besteht für das hoch dissoziationsfähige Kind die Möglichkeit, das Geschehen mit Hilfe der zur Verfügung stehenden (primären) Abwehrmechanismen der Dissoziation und der Abspaltung "unschädlich" zu machen, indem es sich selbst z.B. glauben macht, dass das Trauma nicht ihm, sondern einem anderen widerfahren ist (Kluft, 1991; Wilbur, 1985).

"This defence allows the victim to state in the strongest psychological terms her fervent wish to distance herself from what was happening. Very often, such victims experience themselves as floating above their bodies or as going to a peaceful mountain meadow during assaults. These extreme acute dissociative symptoms may actually help patients to maintain their sanity during their exposure to a reality that is intolerable and incomprehensible"
(Spiegel, 1993b, S. 89)

⁹ zit. in Marmer, 1991, S. 683.

Der dissoziative Vorgang der Abspaltung verschafft die (dringend benötigte) emotionale Erleichterung, so dass er wie jede andere erlernte erfolgreiche Strategie, in verschiedenen Stresssituationen immer wieder und mit der Zeit immer häufiger und einfacher angewandt wird. Empirisch unbeantwortet ist dabei allerdings bis heute die Frage, ob die Dissoziationsfähigkeit in späteren DIS-PatientInnen bereits vor der Traumatisierung hoch war oder ob sie sich dadurch erst erhöht hat.

1.4.1.2.2 Die Vier-Faktoren-Theorie (Kluft, 1979)

Der Psychoanalytiker Richard Kluft entwickelte 1979 die Vier-Faktoren-Theorie der multiplen Persönlichkeitsstörung (jetzt dissoziative Identitätsstörung) nach Auswertung von 73 DIS-Fällen. Nach Kluft (1984d) müssen vier Einflussfaktoren zusammenkommen, damit eine dissoziative Identitätsstörung entwickelt werden kann:

- Extrem gute Dissoziationsfähigkeit als eine biologische Voraussetzung, die als Abwehrmechanismus eingesetzt werden kann, wenn Faktor 2 hinzu kommt.
- Schwerste Traumata, beginnend in der frühen Kindheit. Dazu gehören v.a. sexuelle Gewalt, massive physische Gewalt, seelische Gewalt in Form unvorhersehbarer und unberechenbarer Reaktionen der Bezugspersonen. Kinder machen wiederholt die Erfahrung, für dasselbe Verhalten einmal eine zugewandte, das andere Mal eine sehr gewalttätige Reaktion zu erhalten. Diese extrem ängstigenden Erfahrungen überfordern die nicht-dissoziativen Abwehrkapazitäten des Kindes.
- Die Form und die Ausprägung der multiplen Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich je nach der Struktur der Gesamtpersönlichkeit, d.h. in Abhängigkeit ihres Temperaments und ihrer nicht-missbrauchten Erfahrungen. Dabei spielen auch bis dahin weitestgehend unberücksichtigte soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle.
- Es gibt kein zur Verfügung stehendes Liebesobjekt, das tröstend und hilfreich für die Ich-Entwicklung wäre; d.h. das Kind bleibt mit seinem Entsetzen völlig allein. Der Missbrauch endete nicht und das Opfer erhielt nicht genügend beständige Liebe und Aufmerksamkeit, um seine Wunden heilen zu können.

Marmer (1991) betont, dass ein Aspekt für die Entwicklung alternierender Identitäten darin liegt, sich angemessene Übergangsobjekte zu schaffen, die nicht vorhanden waren.

1.4.2 Nosologische Einordnung der DIS

Der nosologische Standpunkt in Bezug auf die Konzepte zu DIS ist letztendlich bis heute nicht eindeutig bestimmt. Es gibt nach North et al. (1993, S. 161) sechs verschiedene, teilweise konkurrierende potentielle Konzepte.

Die ersten zwei Standpunkte lassen sich unter „Iatrogenese“ zusammenfassen, auf die im weiteren Verlauf des Kapitels noch ausführlich eingegangen wird.

- DIS existiert nicht. Es handelt sich dabei um eine Form von Vortäuschung/Simulation.
- DIS ist ein dissoziatives Symptom mit keiner diagnostischen Bedeutung, entstanden aus den Suggestionen der TherapeutInnen und/ oder durch Hypnose.

Konzepte 3 und 4 sehen DIS als Teil einer anderen, entscheidenderen Störung.

- DIS ist ein Syndrom (möglicherweise eine Art von Konversionsstörung), das eine Komplikation einer anderen Störung darstellt, meistens der Somatisierungsstörung und/ oder einer Persönlichkeitsstörung (wie z.B. Borderline).
Von diesem Konzept geht die ICD-10 aus, die die multiple Persönlichkeit unter den neurotischen Störungen und da speziell unter den Konversionsstörungen (F44.81) einordnet.
- DIS ist ein "Schwere-Hinweis" bei anderen Störungen wie z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung und weist auf eine extrem schwere Variante dieser Störung hin.

Konzepte 5 und 6 gehen von einem eigenständigen Störungsbild "dissoziative Identitätsstörung" aus, das andere Störungsbilder einschließt.

- DIS ist ein ausreichend unterscheidbares Syndrom mit einem eigenständigen, diagnostischen Status. Komorbide Störungen sind normalerweise erst von zweitrangiger Bedeutung.
- DIS ist ein Syndrom, das ausreichend abgegrenzt ist, um einen eigenen diagnostischen Status zu verdienen. Komorbide Symptome anderer Störungen sind Teil des umfassenderen DIS-Syndroms und zählen deswegen bei der Diagnosestellung nicht zu anderen komorbiden psychiatrischen Krankheiten.

Diese drei Strömungen zu DIS (Iatrogenese - Teil einer anderen Störung - eigenständige Diagnose) ziehen sich durch die gesamte Literatur und prägen die Haltung, mit der ForscherInnen und AutorInnen an das Thema herangehen. Selten

wird die eigene Position explizit bekannt gegeben, ist aber dennoch aus Veröffentlichungen relativ leicht herauszulesen.

Da auch in Deutschland die DIS im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutiert wird (Konzept 3 oder 4), soll deren Bezug zueinander aufgrund neuerer Forschungsergebnisse erhellt werden.

1.4.3 Dissoziative Identitätsstörung als (Borderline-)Persönlichkeitsstörung?

Weder die ICD-10 noch das DSM-IV zählen die Dissoziative Identitätsstörung zu den klassischen Persönlichkeitsstörungen (Achse II); die ursprüngliche Bezeichnung multiple Persönlichkeitsstörung hat für einige Verwirrung gesorgt, bis sie 1994 für den englischen Sprachraum durch den Terminus „Dissoziative Identitätsstörung“ ersetzt wurde. Die Entwicklung einer DIS ist nicht in jedem Fall mit der Entwicklung einer klassischen Persönlichkeitsstörung verbunden. Es kann aber durchaus zu Problemen in der Persönlichkeitsentwicklung kommen, wenn eine so frühe Abwehrform wie die Dissoziation zum Hauptabwehrmechanismus wird.

Die Entstehung der Organisationsstruktur der Persönlichkeit hängt von einer Vielfalt von spezifischen interpersonellen Erfahrungen der Person in der Kindheit ab. Selbst ähnliche Traumatisierungen haben nicht bei allen Menschen den gleichen Effekt, so dass Trauma als verursachender Faktor vieler verschiedener psychischer Störungen gilt, dessen Wirkung aber auch durch salutogene Faktoren gemildert werden kann (Moggi 1996; Wyatt & Newcomb 1990).

Anfangs wurde das Augenmerk in Studien vorwiegend auf die Komorbidität von DIS und der (Borderline)-Persönlichkeitsstörung gelegt. Zwischen 50 - 70 % der DIS-Fälle in amerikanischen Multicenter-Untersuchungen erhielten eine Borderline-Persönlichkeitsstörung als komorbide Diagnose (Horevitz & Braun 1984; Ross et al. 1989a; Coons et al., 1988).

Neuere Untersuchungen erweiterten das Augenmerk auf die Komorbidität der DIS mit allen Persönlichkeitsstörungen. (DSM-Achse II) (Ellason et al., 1996; Dell, 1998; Yargic et al. 1998). So fanden Ellason et al. (1996) bei 135 DIS-PatientInnen im Durchschnitt in über 63% der Fälle gleichzeitig drei verschiedene Persönlichkeitsstörungsdiagnosen, v.a. Borderline (56,3%), ängstlich-vermeidend (48,5%), selbstentwertend (46,6%), paranoid (43,7%), dependent (35,9%) und zwanghaft (35,9%). Interessanterweise wies gerade die histrionische Persönlichkeitsstörung – die ehemals „klassische Hysterie“ - nur eine niedrige Komorbidität von 8,7% auf.

Neuerdings gehen nach Aussage von Huber (2003) die Überlegungen dahin, auch die BPS als eine traumabedingte Störung zu verstehen, in der sich dissoziierte (und zumeist polarisierte) Selbstzustände entwickeln (Ryle 1997a & b; Golyunkina & Ryle, 1999). Über den Einfluss einer Traumatisierung in der Kindheit auf die Entstehung der (Borderline-)Störung (u.a. Ogata et al., 1990; Van der Kolk et al., 1994; Zanarini et al., 1987) sowie zur Art und zum Ausmaß dissoziativer Symptome und Erfahrungen wird systematisch geforscht (Shearer, 1994; Brodsky et al., 1997; Spitzer et al., 1999; Zanarini et al., 2000; Sar et al., 2003)

Bei Vorliegen ausreichender entsprechender Studien kommt es möglicherweise langfristig zu einem Paradigmenwechsel in der Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung (s. auch Driessen et al., 2002; Heffernan & Cloitre, 2000).

1.4.4 Die sogenannte Iatrogenese -Theorie

Auf den nosologischen Positionen 1 und 2 basiert die sogenannte Iatrogenese-(Entstehungs-) Theorie von DIS. Skeptiker führen an, dass es sich bei DIS um eine "Compliance" Reaktion auf den/die Therapeuten/Therapeutin handle, der/die diese Störung überhaupt - auch unter Zuhilfenahme von Hypnose - entweder absichtlich oder unabsichtlich (inkompetent?) suggeriert. Das sei deshalb so einfach und erfolgreich, da Menschen mit einer 'angeblichen' dissoziativen Identitätsstörung hoch suggestibel und sehr leicht hypnotisierbar seien (Bliss, 1984a). Das Iatrogenese-Modell besagt, dass die dissoziative Identitätsstörung ein Artefakt der TherapeutIn-KlientIn-Beziehung darstellt, das auf einer wechselseitigen Rollenerwartung basiert und sich an minimalen Hinweisreizen orientiert (Spanos et al., 1986). Eine erhöhte Suggestibilität macht KlientInnen empfänglich für Suggestivformulierungen und die Erwartung der TherapeutInnen, mehrere verschiedene Persönlichkeiten oder Teile in ihnen vorzufinden. Aufgrund ihres starken Wunsches zu gefallen, erfüllen sie diese Erwartungen und produzieren auf diese Art die Symptome der Störung (Merskey, 1992).

Auch in Deutschland lässt sich diese Haltung – verdeckt – finden. So wurde in einer Gutachterfortbildung explizit vor der Wirklichkeitskonstruktion gewarnt. Unter der Überschrift „Multiple Persönlichkeitsstörung - Dissoziative Identitätsstörung - Medienträchtiges Störungsbild wissenschaftlich beleuchtet“ (im Report Psychologie 1996) wurden die Ausführungen von Prof. Dr. P. Fiedler wiedergegeben.

„Die Auffassung vieler Therapeuten, dass Dissoziative Identitätsstörungen zwangsläufig auf frühen Inzest zurückzuführen seien, könne dazu führen, dass bei Patienten, die über Inzesterfahrungen berichten, eine falsche Diagnose gestellt werde. Da dissoziative Patienten sich durch hohe Suggestibilität auszeichnen, bestehe zum anderen die Gefahr, dass der Therapeut Wirklichkeiten mit dem

Patienten/ der Patientin konstruiere, etwa beim Versuch (oft unter Hypnose) vermeintliche nicht bewusste traumatische Erinnerungen hervorzuholen, um sie einer Bearbeitung zuzuführen“
(zit. im MPS-Info-Brief, 1996, S. 41).

Andererseits lautet ein weiterer Vorwurf der Skeptiker, könnten 'angeblich' multiple Persönlichkeiten so hervorragende SchauspielerInnen oder SimulantInnen sein, dass sie sogar TherapeutInnen mit ihrer Geschichte hinters Licht führen. Dramatische Fallschilderungen in Büchern und Filmen hätten vielen Menschen eine elegante Erklärung für ihre persönlichen Probleme geliefert (Fahy, 1988).

Auch diese Haltung findet sich in einem aktuellen deutschen Artikel zu DIS von Tölle (1997, s. auch 1996) wieder. Dabei setzt er das Phänomen der „Persönlichkeitsvervielfältigung“ in den Kontext einer „fehllaufenden Psychotherapie“ - die mit höchster Wahrscheinlichkeit v.a. nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen unterläuft. Damit geht es in diesem „Streit“ nicht mehr nur um ein Störungsbild, sondern er wurde um die bestehende Standes-Konkurrenz zwischen ÄrztInnen und PsychologInnen erweitert.

„Wenn manche Patienten während einer Psychotherapie ihren Verhaltensstil stark verändern und wiederholt hin- und herwechseln, liegt die Annahme einer Dissoziation nahe. Das Verhalten erinnert an die Rolle eines Schauspielers (deshalb auch die Bezeichnung histrionisch = darstellerisch). Zuweilen lässt sich der Therapeut, zum Beispiel wenn er nicht hinreichend ausgebildet ist oder wenn es an Supervision fehlt, zu stark von dem Rollenwechsel beeindruckt. Wenn er zu sehr hierauf eingeht, oder auch wenn er wissenschaftliches Interesse erkennen lässt, kann der Patient seinerseits wiederum mit einer Intensivierung des Verhaltens reagieren“
(Tölle, 1997, S. 1509).

Inhaltlich sei am Rande angemerkt, dass die histrionische Persönlichkeitsstörung kein Synonym für die dissoziative Identitätsstörung darstellt.

1.4.4.1 Erschaffung von Alternierenden Identitäten in Hypnose

Die Iatrogenese-"Theorie" gründet sich darauf, dass in mehreren Untersuchungen (Kampman, 1976; Leavitt, 1947; Spanos et al., 1986) alternierende Identitäten als wichtigste Facette von DIS vorübergehend im experimentellen Setting nachgespielt und kreiert werden konnten. Die Vorgehensweise sah dabei folgendermaßen aus:

„Leavitt (1947) reported a case where he created secondary and tertiary personalities with direct suggestions under hypnosis. The subject was able to give

a name to his 'bad side' and freely gave informations that would have been difficult for the therapist to obtain otherwise"
(Braun, 1984d, S.193 f).

"In Kampman's (1976) study, preselected, highly hypnotizable subjects were instructed to 'go back at an age preceding your birth; you are somebody else, somewhere else [p.220].' Of this highly hypnotizable subjects, 41% (about 7% of the original sample) were able to respond to this suggestion to create a secondary personality"
(Braun, 1984d, S. 194).

Braun (1984d) kritisiert nicht nur das Vorgehen in diesen Untersuchungen, sondern bezweifelt deren Aussagekraft für die dissoziative Identitätsstörung, die mit diesen Untersuchungen als iatrogen belegt werden sollte. Dass "Persönlichkeitsanteile" in Hypnose mit eigenen Namen versehen und angesprochen werden können, ist nicht gleichbedeutend mit den alternierenden Identitäten einer PatientIn mit DIS. Systematische Vergleiche zwischen in Hypnose geschaffenen und genuinen Alternativpersönlichkeiten (Braun, 1984d; Kluft, 1982 belegten die Möglichkeit, dass unter Hypnose zwar Persönlichkeitsfragmente¹⁰ neu entstehen könnten, aber keinesfalls komplette alternierende Identitäten mit einer eigenständigen Funktion im Leben der betroffenen Person. Es fehlt in den zitierten Beispielen an der "affektiven Tiefe", einer eigenständigen, kongruenten Lebensgeschichte, an einem kontinuierlichen Sprachstil und typischen motorischen Verhaltensweisen wie sie in 'echten' multiplen Persönlichkeiten gefunden werden.

"It reveals that normal individuals can easily create analogues of alter personalities in the right environment [highly structured to elicit certain behavior]"
(Ross, 1989, S.60).

Empirische Untersuchungen der „Iatrogenese-Hypothese“ haben gezeigt, dass unabhängig von der angewandten Behandlungsmethode (Hypnose oder nicht, Einsatz vor oder nach Diagnosestellung), dem Urheber der Diagnose (spontan – Therapeut) oder der Einstellung, Ausbildung und Erfahrung (erfahren-unerfahren) der behandelnden TherapeutInnen, die Symptompräsentation, die Struktur und Anzahl der alternierenden Identitäten bei PatientInnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung unverändert blieben (Braun, 1984d; Putnam et al., 1986; Putnam, 1989; Ross, 1989; Ross et al., 1989a;).

Auch konnte Leavitt (1998) in einer kreativen Untersuchung aufzeigen, dass nicht das Fernsehen oder andere Medienberichte ursächlich für die berichteten Symptome und Erfahrungen (in diesem Fall von ritueller Gewalt) waren.

¹⁰ Persönlichkeitsfragmente sind auf eine Erinnerung, Funktion oder ein Gefühl begrenzte dissoziierte psychische Zustände.

1.4.4.2 Simulierte DIS im Rollenspiel

Kluft (1987b) wies in einer Untersuchung im forensischen Kontext Unterschiede zwischen SimulantInnen und PatientInnen mit einer „echten“ dissoziativen Identitätsstörung nach, die u.a. darin lagen, dass SimulantInnen Unsicherheiten in Erinnerungen oder motorischen Bewegungen zeigten, wenn Themen außerhalb des forensisch relevanten Kontextes besprochen wurden, in denen sie ihre strafmildernden Intentionen nicht eindeutig verfolgen konnten (s. auch Brown et al., 1998; James, 1998; Dinwiddie et al., 1993).

Thomas (2001) untersuchte 18 mit echter DIS gemachte SimulantInnen und fand folgendes Erscheinungsbild für Simulation:

“Clinical features suggesting a factitious diagnosis or malingering included

- ◆ *having a score above 60 in the DES,*
- ◆ *reporting dissociative symptoms inconsistent with the reporting on the DES*
- ◆ *being able to tell a chronological life story and to sequence temporal events*
- ◆ *using the first person over a range of affect*
- ◆ *being able to express strong negative affect*
- ◆ *bringing “proof” of a dissociative diagnosis to the consultation*
- ◆ *having told persons other than close confidants about the alleged abuse or alleged dissociative diagnosis*
- ◆ *reporting alleged sexual abuse that was inconsistent with the medical or psychiatric history or volunteering allegations of cult or ritual abuse,*
- ◆ *telling of alleged abuse without accompanying shame, guilt or suffering,*
- ◆ *having been involved in community self-help groups,*
- ◆ *not having symptoms of co-morbid posttraumatic stress disorder and*
- ◆ *having obvious secondary gain in having a dissociative disorder “*

(S. 59)“

Die sichere Unterscheidung zwischen echter und simulierter DIS ist nicht nur im forensischen Kontext von Bedeutung, sondern ein Erkennen ist auch deswegen notwendig, weil eine unterschiedliche Behandlung daraus resultieren muss.

Auch über einen Vergleich mit Schauspielerinnen konnte empirisch die Iatrogenese-Theorie widerlegt werden. Hopper et al. (2002) untersuchten die Kohärenz der EEG-Ströme im Gehirn in 15 verschiedenen Teilpersönlichkeiten von 5 Patientinnen mit DIS, die mit 5 (x15) gut ausgebildeten und nach Alter und Geschlecht gemachten Schauspielerinnen verglichen wurden. Sie fanden signifikante Unterschiede in der EEG-Kohärenz zwischen dem Host und anderen Persönlichkeitsanteilen in den DIS-Patientinnen, die sich bei den Schauspielerinnen nicht finden ließen. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis als Hinweis auf die unterschiedliche

Neurophysiologie, die bei Dissoziation eine Rolle spielt (s. Kap. 1.3). Die Inkohärenz der EEG-Ströme kann somit als diagnostischer Hinweis auf DIS gelten (s. auch Braun et al., 1997, sowie Bremner et al., 1996).

Kluft betont, dass neben diesen Untersuchungsergebnissen auch die Tendenz zur Verheimlichung der Amnesien und der Störung (Kluft, 1991) und die darüber empfundene Konsternierung, Scham und Verzweiflung eher gegen eine "Compliance" oder Rollenspiel-Theorie sprechen. Ebenso lassen seiner Meinung nach die immer häufiger dokumentierten Fälle von Kindern mit DIS ein Vorspielen der Störung als recht unwahrscheinlich erscheinen, da Kinder zumeist über die dazu notwendigen kognitiven und emotionalen Fähigkeiten noch nicht verfügen (Kluft, 1984a).

Nach Ross (1989) liegt die Bedeutung der Iatrogenese-Experimente nicht darin zu zeigen, dass es DIS nicht gibt, sondern darin, dass DIS eine komplexe Störung darstellt, die nur im Kontext spezieller Symptome und Begleitanzeichen (und oftmals hohem Leidensdruck) auftritt.

"MPD is not a transient phenomenon existing only in cross-section. Nor does it exist in isolation from a wide range of signs and symptoms that accompany it. ... These students do not have a history of childhood abuse, numerous psychiatric symptoms, extensive involvement with the mental health system with limited benefit, and specific primary and secondary features of MPD stretching back for decades"

(Ross, 1989, S.58).

Genau wie bei jeder anderen Störung ist eine hohe Sorgfalt und Absicherung der Diagnose in jedem Fall dringend angeraten. Eine Diagnose "dissoziative Identitätsstörung" sollte erst dann als relativ gesichert gelten, wenn die/der TherapeutIn und möglichst noch andere Personen in mehrfachem direktem und persönlichem Kontakt mit einer alternierenden Identität gestanden haben.

Das Schwierige an dieser endlosen und heftig geführten DIS-Iatrogenese-Diskussion liegt darin, dass beide Parteien von unterschiedlichen und widersprüchlichen Vorannahmen ausgehen. Das zeigt sich u.a. darin, dass unterschiedliche Stichproben untersucht werden, nämlich einmal "gesunde" StudentInnen, das andere Mal die von der (echten?) Störung selbst Betroffenen. Beide bestätigen ihre eigenen Hypothesen und jede Seite behauptet, stichhaltigere Argumente geliefert zu haben.

Das Problem an der zweifelnden Haltung liegt darin, dass sie Auswirkungen auf die Diagnosestellung und die Behandlung von DIS-PatientInnen nimmt, so dass es im Schnitt sieben Jahre dauert, bis eine korrekte Diagnose gestellt und eine entsprechende Behandlung eingeleitet wird (Putnam et al., 1986).

In einer Untersuchung von Dell (1988) berichteten 78% von 45 ISSD-Mitgliedern von einer so starken Skepsis seitens ihrer KollegInnen gegen die Diagnose einer DIS, dass die Behandlung dadurch behindert wurde.

Hayes und Mitchell (1994) fanden heraus, dass die Skepsis gegen DIS umso größer ist, je weniger die Fachleute (v.a. PsychiaterInnen) über DIS wussten und dass dadurch die Wahrscheinlichkeit einer Fehldiagnose signifikant erhöht wird. Dieses Ergebnis bestätigt aktuell die Annahme von Bliss & Jeppsen (1985), dass die Mehrzahl der DIS-Fälle von im Gesundheitswesen Tätigen (bisher) nicht entdeckt wird.

1.4.5 Delayed-Recall - Die „Wahrheit wiederauftauchender Erinnerungen“

Die False Memory Foundation hat in den letzten Jahren in Amerika immer mehr an Bedeutung gewonnen, u.a. deswegen, weil sie TherapeutInnen verklagt hat, die ihren PatientInnen angebliche sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit suggeriert haben sollen - und die klagenden Eltern von Versicherungen im außergerichtlichen Vergleich häufig immense Geldbeträge in Millionenhöhe als Entschädigung erhalten haben. Es sind vier Fälle bekannt geworden, in denen Frauen Erinnerungen an einen Missbrauch durch einen Familienangehörigen „wiedergewonnen“ haben, im Nachhinein aber zu der Überzeugung gelangten, dass es sich nicht um Erinnerungen an tatsächliche Ereignisse, also im eigentlichen Sinne nicht um Erinnerungen, handelte (Loftus, 1998; Loftus et al., 1994a).

Die Polemik der False-Memory-Foundation kleidet sich oftmals als Wissenschaftlichkeit.

„The greatest scandal of the century in American psychiatry ... is the growing mania among thousands of inept therapists, family counsellors, and social workers for arousing false memories of childhood sexual abuse ... memories of events that never happened are easily fabricated in the minds of suggestible patients by techniques that include hypnotism, regression therapy, drugs, dream interpretation, and guided imaginary ... The result: an epidemic of wrong convictions and a mass hysteria that is now more extensive than the old Salem witch-hunts“

(Gardner, 1994, S. 464 zit. in Martinez-Taboas, 1996, S. 218).

There is little, if any, reason to belief in the validity of recovered memories, especially when a significant proportion are reported from the age of three years or less. Cognitive psychologists and experimental students of memory agree that the recall of memories is an active process ... Memories which are not refreshed or kept in mind repeatedly, or renewed as a result of rehearsal, or the occurrence of other events to reinforce them, will decay. They are not recoverable ...
(Mersky, 1995, S. 283)

Die Literatur der sogenannten „False Memory Bewegung“ befasst sich mit der „Wahrheit“ wiederauftauchender Erinnerungen hauptsächlich unter dem Blickwinkel von Anekdoten im forensischen Kontext, den Berichten von von ihren erwachsenen Kindern angeklagten Eltern oder allgemeinen Laborstudien über Gedächtnis und Suggestibilität.

Loftus (1998), als eine führende Vertreterin der False Memory Syndrome Foundation, beschreibt Untersuchungen zur gezielten Fehlinformation (neue, irreführende Informationen werden einer wahren Geschichte zugegeben), zur Vorstellungsinflation (intensives Vorstellen erhöht die Vertrautheit mit der erfundenen Tatsache und die Wahrscheinlichkeit, sie als eigene Erinnerung auszugeben) und zur Quellenverwechslung (ein Verwandter erzählt und bestätigt eine falsche Geschichte), um nachzuweisen, dass sich falsche, nicht-traumatische Erinnerungen in ca. 1/3 der im Labor untersuchten StudentInnen erzeugen lassen.

„Allmählich zeichnet sich ab, auf welche Weise bei Erwachsenen komplette, gefühlsbesetzte und aktiv ausgeschmückte Erinnerungstäuschungen erzeugt werden können: Erstens wird entsprechender sozialer Druck ausgeübt - beispielsweise schon dadurch, dass der Versuchsleiter von den Teilnehmern verlangt, überhaupt etwas aus dem Gedächtnis mitzuteilen. Zweitens werden Menschen, denen das Erinnern schwer fällt, ausdrücklich ermuntert, sich bestimmte Ereignisse vorzustellen: und schließlich ermutigt man sie, nicht über deren Realitätsgehalt nachzudenken. Wenn diese äußeren Faktoren zusammenwirken, treten täuschend echte Erinnerungen besonders häufig auf - nicht nur in experimentellen, sondern auch in therapeutischen oder ganz alltäglichen Situationen ... Dass man manchen Menschen fiktive Kindheitserfahrungen einzuprägen vermag, bedeutet gewiss nicht, dass alle Gedächtnisinhalte, die unter Suggestionen auftauchen, zwangsläufig falsch seien“.

(Loftus, 1998, S. 66).

Sie selber bemerkte als Unterschied, dass Versuchspersonen die wirklichen Erlebnisse wortreicher beschreiben konnten und sie auch als etwas deutlicher einschätzten. Neben ihrer eigenen Relativierung der Ergebnisse ist bemerkenswert,

dass sie ohne weiteres Nachfragen die Laborergebnisse (an Studentinnen) in einen therapeutischen Kontext überträgt. Keine dieser Untersuchungen fand mit psychisch kranken PatientInnen statt. Crook & Dean (1999) bezeichnen diese „Beweisführung“ als „unethisch“.

1.4.5.1 Ursprung der False Memory Foundation- Bewegung

Die False Memory Syndrome Foundation wurde im Januar 1992 vom Ehepaar Pamela und Peter Freyd (zusammen mit einigen ihrer TherapeutInnen bzw. PsychiaterInnen, u.a. Harold Lief, T. Orne, Wakefield und Underwager) gegründet, 14 Monate nachdem ihre eigene Tochter - eine erfolgreiche Harvard-Professorin für Psychologie - eine Therapie begonnen und sich an „angeblichen“ Inzest in ihrer Kindheit erinnert hatte. Sie begann somit als „Familienfehde“. Die Tochter Jennifer Freyd selber setzte die Diskussion um die „Wahrheit“ der Erinnerung in einen anderen Kontext, indem sie von der „Wahrheit“ auf die Beschreibung dysfunktionaler Verhaltensmuster einer (ihrer) Ursprungsfamilie wechselte, die sich auch im aktuellen Umgang miteinander zeigen würden. Als (ihre eigenen) dysfunktionale Familienmuster beschreibt sie allgemein anerkannte (aber unterschiedlich interpretierte) Familienereignisse, also nicht die „angeblich erst in der Therapie aufgetauchte Erinnerung an den Missbrauch“. Dazu gehören u.a. die Alkoholabhängigkeit des Vaters während ihrer ganzen Kindheit, eine Geschichte ihrer Vaters als „männlicher Prostituirter“ seit einer Vergewaltigung im Alter von 11 Jahren, die er selber als frühreife Sexualität bezeichnet, eine Sexualisierung in seiner Sprache und massive verbale Übergriffe gegenüber der Tochter, die Verbreitung objektiv falscher Geschichten über seine Tochter (sie hätte einen Hirnschaden), Voyeurismus des Vaters in Bezug auf ihre ersten Kontakte zu Jungen, elementare Übergriffe in die Privatsphäre der erwachsenen Tochter seitens der Mutter und andere familiäre Interaktionsmuster, die von Verleugnung und Verzerrung getragen werden etc. (Freyd, 1993 zit. und übersetzt im MPS-Infobrief Nr.13, 1996).

„... einer dieser Stolpersteine ist das Akzeptieren der Behauptung, diese Debatte ginge einzig und allein um die Erinnerung: Erforschung der Erinnerung, Glaubwürdigkeit von Erinnerung, Fehlbarkeit von Erinnerung. Wenn sich an meiner Geschichte irgend etwas besonders deutlich machen lässt, so ist es die Tatsache, dass es bei der FMSF nicht in erster Linie um die Erforschung von Erinnerungen geht, sondern mindestens ebenso um notleidende Familien. Und außerdem ist das Thema der Krise, mit der sich meine Eltern vor zweieinhalb Jahren konfrontiert sahen, nicht Erinnerung, sondern es sind die Verhaltensmuster und Dysfunktionen der Familie, die meinem Therapiebeginn vorausgehen und sie seitdem begleitet haben ... False Memory Syndrom - Zerstörung von Familien. Für mich und viele andere ist es eine bittere Ironie, dass Erinnerungen - ob falsch oder wahr - nicht dazu geeignet sind, gesunde

Familien zu zerstören ... Therapeuten werden verantwortlich gemacht für Inzest-Erinnerungen in einer Weise, die mich an die Tendenz erinnert, den Überbringer einer schlechten Nachricht zu erschießen. Selbst wenn einige meiner Erinnerungen nicht vollständig zutreffend sind, bin ich bestraft worden für meine privaten und persönlichen Erinnerungen; und diese Bestrafung hat stattgefunden auf einer landesweiten und professionellen Ebene ...

Ich fürchte, dass die FMSF den Überlebenden von Kindesmissbrauch Schaden zufügt ...

Ich befürchte, dass die FMSF Erwachsene veranlasst, diese Kinder weniger zu schützen“

(Freyd, 1993 zit. und übersetzt im MPS-Infobrief Nr. 13, 1996, S. 37ff).

1.4.5.2 Empirische Untersuchungen zu vergessenen Erlebnissen

Die Behauptung, dass wiederauftauchende Erinnerungen in der Therapie nur dem suggestiven Einfluss des Therapeuten oder der Populärliteratur zu verdanken sind, wird von keiner systematischen oder empirischen Evidenz bestätigt (Berliner & Williams, 1994).

Verschiedene Untersuchungen befassen sich mit dem Verlauf traumatischer Erinnerungen nach dokumentierten Traumatisierungen. Die Häufigkeit eines (auch vorübergehenden) Vergessens des traumatischen Ereignisses (v.a. sexuelle Misshandlung in der Kindheit) in klinischen Populationen (Briere & Conte, 1993; Herman & Schatzow, 1987; Loftus et al., 1994a& b; Elliott & Briere, 1995; Parks & Balon, 1995; Pope & Tabachnick, 1995) und der Allgemeinbevölkerung (Elliott, 1997,) schwankt zwischen 18% und 59%.

„These findings suggest that having no memory of child sexual abuse is a common occurrence, not only among adult survivors in therapy for abuse ... but among community samples of women who were reported to have been sexually abused in childhood“

(Williams, 1994, S. 1175)

Eine Untersuchung an StudentInnen von Melchert & Parker (1997) über das allgemeine „Vergessen“ und „Wiedererinnern“ von Kindheitserinnerungen ergab, dass es ein „normaler“ Vorgang ist, sich an „vergessene“ Ereignisse wieder zu erinnern. 5,9% der 429 Befragten gaben an, dass sie sich an viele neue Gegebenheiten aus ihrer Kindheit erinnern würden. Es bestand kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Erinnerungen an eine frühkindliche Traumatisierung und der Qualität der allgemeinen Erinnerung an die Kindheit oder der Anzahl „wiederaufgetauchter“ allgemeiner Kindheitserinnerungen. Bei den hier

untersuchten StudentInnen lag kein Zusammenhang vor zwischen einer allgemeinen schlechten Gedächtnisleistung an die Kindheit und dem Vorliegen einer sexualisierten, körperlichen oder emotionalen Traumatisierung in der Kindheit.

Problematisch an diesen allgemeinen Untersuchungen ist die Tatsache, dass sie sich alle auf retrospektive Fakten (Traumatisierungen in der Kindheit) beziehen. Um den „Wahrheitsgehalt“ zu überprüfen, wurde in einigen Untersuchungen eine unabhängige Außenbestätigung gesucht und gefunden (Herman & Schatzow (1987): 74% der Fälle bestätigt; Kluft, 1995; Chu et al., 1999; Swica et al., 1996)

Williams (1994; 1995) konnte sogar die Genauigkeit der Erinnerung traumatisierter Frauen anhand der ursprünglichen Protokolle angezeigter Missbrauchsfälle überprüfen. Sie untersuchte (1994) 129 Frauen 17 Jahre nachdem sie das erste Mal über die sexuelle Traumatisierung in der Kindheit gesprochen hatten. Die ersten Berichte über Art, Täter etc. waren in der Krankenakte dokumentiert worden. 80 Frauen erinnerten sich an den Missbrauch, 38% hatten keinerlei Erinnerungen an den dokumentierten Missbrauch vor 17 Jahren! 16% von denen, die sich erinnerten, berichteten, dass es Zeiten gab, in denen sie die Tatsache der Traumatisierung „vergessen“ hatten. Die Frauen, die „wiederauftauchende Erinnerungen“ berichteten, waren zum Zeitpunkt der Traumatisierung jünger und hatten weniger Unterstützung seitens ihrer Mutter erhalten als die Frauen, die sich immer (= durchgängig) daran erinnern konnten.

Williams verglich die Genauigkeit der Erinnerung nach 17 Jahren mit den initialen Bericht davon, was passiert war, und stellte sowohl bei den Frauen mit „wiederauftauchenden Erinnerungen“ als auch bei denen, die es immer wussten, die gleiche Anzahl an Erinnerungsverzerrungen fest (Williams, 1995). Beide Gruppen erinnerten sich nach Beurteilung von Williams bemerkenswert genau an das, was vor 17 Jahren passiert war (s. auch Williams & Banyard, 1999; Mechanic et al., 1999).

Terr¹¹ unterscheidet vier mögliche Formen der Erinnerung: Es gibt eine wahre Erinnerung mit wahren oder falschen Details und es gibt eine falsche Erinnerung mit wahren oder falschen Details. Kinder sind genau wie Erwachsene suggestibler für die peripheren Details einer Erinnerung als für den Kern. Wahre Erinnerungen mit wahren oder falschen Details sind typisch für Typ I und Typ II Traumatisierungen - ein herausragendes schreckliches Ereignis bindet die gesamte Aufmerksamkeit auf einen Fokus, Nebensächlichkeiten werden leichter vergessen. Terr (1988) hatte 20 Kinder, die vor ihrem 5. Lebensjahr in ihrem Schulbus gekidnappt worden sind, über 12 Jahre empirisch und z.T. therapeutisch begleitet. Sie kam zu der Schlussfolgerung, dass die verhaltensgebundenen Erinnerungen an das Trauma recht klar und wahrheitsgetreu erhalten blieben und dass die ganze Erinnerungssequenz klarer, langlebiger und detaillierter ist als andere normale Erinnerungen (Terr, 1988).

¹¹ Vortrag auf dem Kongress Trauma, Körper, Seele im März 1999 in Göttingen.

Im Typ II Trauma verlieren sich leichter die Einzelheiten, weil das gleiche schreckliche Ereignis an verschiedenen Plätzen, Tageszeiten etc. stattfindet, so dass alles ineinander verschwimmt. Trotzdem hat das schreckliche Ereignis stattgefunden.

Falsche Erinnerungen können auch mit wahren und falschen Einzelheiten gespickt sein. Das bedeutet, dass der Wahrheitsgehalt einer Erinnerung nicht an der korrekten Erinnerung von Einzelheiten beurteilt werden kann.

Es besteht hartnäckig das Gerücht, dass Erinnerungen (u.a. an Traumatisierungen) vor dem Alter von 3 oder 4 Jahren größtenteils einer sogenannten „kindlichen Amnesie“ unterliegen, die von Whitfield (1995a & b) als ein Scheinargument der Täter bezeichnet wird, um die Glaubwürdigkeit der Opfer zu diskreditieren. Eine Untersuchung von Melcher & Parker (1997) ergab, dass sich fast ein Viertel der befragten StudentInnen (23,5%) durchaus lebhaft an Ereignisse in ihrem zweiten Lebensjahr und davor erinnern konnten.

Neuere Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin dass ein „Vergessen frühkindlicher sexualisierter Gewalt“ mit der Schwere (erfasst als das Ausmaß an Gewalt oder der Einsatz von Drohungen) (Nijenhuis et al., 2001), dem frühen Beginn, der „Nähe“ zum Täter (Freyd et al., 2001; Gregory-Bills & Rhodeback, 1995) und/oder einer unterschiedlichen emotionalen Verfügbarkeit der Mutter (als der engsten Bezugsperson) zur Mediation, Erfassung der Bedeutung und Versprachlichung des Traumas zusammenhängt (Williams, 1994; Putnam, 1991b; Elliott & Briere, 1995).

Weitestgehend empirisch ungeklärt bleibt, wann und warum Erinnerungen „wieder auftauchen“. Mögliche Erklärungen liegen in einem Auszug aus dem Elternhaus (als Beendigung der Traumatisierung), Fernsehberichten, Filmen oder Büchern (als einen aktuellen Auslöser), dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung in der Therapie, der „Sicherheitsfragen“ aktualisiert, einem innerpsychischen Erstarren, das eine Auseinandersetzung mit dem Thema erlaubt oder anderen mögliche Trigger, die in der jeweiligen Person oder Situation begründet liegen.

1.5 Zusammenfassung

Das Konzept der Dissoziation geht zurück auf Pierre Janet (1889) und wird - mit Schwankungen - seit über einem Jahrhundert erforscht. Dissoziation lässt sich von der Hypnotisierbarkeit oder Suggestibilität eines Menschen abgrenzen, ebenso wie Spaltung und Verdrängung keine synonymen Prozesse beschreiben. Eine Dissoziation verhindert eine Integration der Erfahrung in die Gesamtpersönlichkeit, indem sie sie im „Nebenbewusstsein“ abspeichert. Dies geschieht zumeist als ein Schutzfaktor, da das Ausmaß der Erfahrung die Gesamtpersönlichkeit traumatisch überfordert, so dass sie in verschiedene Persönlichkeitsfragmente oder Persönlichkeitszustände „aufgesprengt“ wird. Dissoziation erfolgt in den Bereichen Verhalten, Affekt, Wahrnehmung und Wissen. In Abhängigkeit davon, welche Ebenen dissoziiert sind, treten unterschiedliche klinische Symptome auf („Hysterische“ Ausfallerscheinungen auf Körper- und Wahrnehmungsebene; Amnesien im Wissen, „Hidden-Observer“ bei Affektdissoziation etc.). In der neuropsychologischen (Trauma-) Forschung wurden auch biologische Grundlagen der Dissoziation gefunden, die auf endokrinologischer Ebene zu den beobachtbaren Veränderungen beitragen. Diese Ergebnisse sind bedeutsam, da besonders die „Glaubwürdigkeit“ der dissoziativen Identitätsstörung als die „schwerste“ der dissoziativen Störungen ebenso wie „wiederauftauchende“ traumatische Erinnerungen kontrovers diskutiert werden.

2. VORSTELLUNG DER UNTERSUCHTEN STÖRUNGSBILDER NACH DSM-IV UND ICD-10 MIT BEZUG ZUR DISSOZIATION

In diesem Teil werden die in die Studie einbezogenen Störungsbilder als Diagnosen kurz vorgestellt. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt in der Herstellung des bisher empirisch festgestellten Zusammenhangs des jeweiligen Störungsbildes mit der Dissoziativen Identitätsstörung bzw. dem Phänomen der Dissoziation allgemein.

Die Störungsbilder wurden speziell deshalb ausgewählt, weil sie eine hohe Komorbidität mit der DIS aufweisen und eine differentialdiagnostische Abgrenzung sinnvoll erscheint. So haben zwischen 30 und 70% der DIS-PatientInnen auch die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Horevitz & Braun, 1984; Ross et al., 1989; Ellason et al., 1996), sie berichten Positivsymptome der Schizophrenie häufiger als schizophrene PatientInnen selbst (Kluft, 1987c; Ellason & Ross, 1995) bzw. haben akustische und visuelle Halluzinationen und den Eindruck, dass jemand anderer in ihrem Kopf Einfluss nimmt (Putnam et al., 1986), leiden unter undifferenzierten (bzw. generalisierten) Angstzuständen (Herman, 1994) und vielen körperlichen Symptomen, für die sich keine entsprechenden körperlichen Ursachen finden lassen (Ross et al., 1989). 50% von 100 DIS-PatientInnen hatten vorher die Diagnose einer Schizophrenie (Putnam et al., 1986).

PatientInnen mit Panikstörungen, Essstörungen und Schizophrenie wurden von Ross et al. (1989) als Vergleichsgruppe für DIS-PatientInnen gewählt, die alle anhand des Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) interviewt wurden. Sie empfehlen eine Replikation der Ergebnisse und eine Erweiterung der Stichprobe um PatientInnen mit einer Major Depression und BPS. Alle empfohlenen Vergleichsgruppen konnte in dieser Untersuchung rekrutiert werden, zusätzlich ergänzt durch PatientInnen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Viele Untersuchungen finden einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und dem Vorliegen dissoziativer ebenso wie anderer psychiatrischer Symptome (wie z.B. Angst, Depression, Somatisierungsstörung oder Anzeichen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung) (Chu & Dill, 1990; Ellason & Ross, 1997a; Keaney & Farley, 1996; Modestin et al., 1996; Mulder et al., 1998; Murray, 1993; Nijenhuis et al., 1998; Ross-Gower et al., 1998).

Dissoziative Erfahrungen werden nicht nur von PatientInnen mit dissoziativen Störungen berichtet, sondern sind auch Teil anderer Störungen. In der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden im DSM-IV (1996) schwere (vorübergehende) dissoziative Symptome in die diagnostischen Kriterien aufgenommen. (Vorübergehende) Depersonalisationserfahrungen treten in Anschluss an ein Trauma häufig auf (s. Kap. 3.1.4). Erhöhte Werte in der Dissoziationsfähigkeit wurden auch bei PatientInnen mit Essstörungen gefunden, v.a. unter den BulimikerInnen, die

ebenso wie Borderline-PatientInnen, häufig von traumatischen Kindheitserfahrungen berichten (Sanders, 1986; Demitrack et al., 1990; Waller, 1991; Waller et al., 2001; Vanderlinden et al., 1993; Santonastaso et al., 1997; Vanderlinden & Vandereycken, 1995; 1997).

2.1 Dissoziative Störungen

Zu den dissoziativen Störungen nach dem DSM-IV (1996) gehören die dissoziative Amnesie, die dissoziative Fugue, die Depersonalisationsstörung, die Dissoziative Identitätsstörung und die Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung. Anders als das DSM-IV kodiert die ICD-10 (1993) die dissoziativen Störungen synonym mit den Konversionsstörungen und legt die Betonung auf die körperlichen Ausfallsymptome. Sie erfasst neben der Amnesie, der Fugue, dem dissoziativen Stupor und Trance- und Besessenheitszuständen die dissoziativen Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung.

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen Störungen nach ICD-10 (1993) ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Die ICD-10 (1993) macht keine Angaben zur Prävalenz der einzelnen Störungen.

Dissoziative Symptome lassen sich auch in anderen Störungsbildern wie der Akuten Belastungsreaktion oder der Posttraumatischen Belastungsstörung finden. Wenn sie ausschließlich in diesem Zusammenhang auftreten, wird keine zusätzliche Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt.

2.1.1 Dissoziative Amnesie (300.12/ F44.0)

Unter einer dissoziativen Amnesie versteht man eine(n) nicht durch äußere Einwirkungen verursachte(n) „Gedächtnislücke“/ Erinnerungsverlust für ein zumeist traumatisches Ereignis. Eine dissoziative Amnesie kann in jedem Lebensalter und einmalig oder mehrmalig im Laufe des Lebens auftreten, chronisch verlaufen oder aber auch spontan remittieren und von Minuten bis Jahren dauern. Das DSM-IV (1996) unterscheidet bei der Dissoziativen Amnesie fünf Formen:

- In der *lokalisierten Amnesie* umfasst der Gedächtnisverlust einen eng umschriebenen Zeitabschnitt, gewöhnlich die ersten Stunden nach einem höchst belastenden Ereignis wie einem schweren Autounfall oder dem plötzlichen Tod eines Angehörigen.

- In der *selektiven Amnesie* kann sich die Person an einige, aber nicht an alle Ereignisse während eines umschriebenen Zeitraums erinnern.
- Die *generalisierte Amnesie* beinhaltet die Unfähigkeit, sich an sein gesamtes Leben zu erinnern.
- Die *kontinuierliche Amnesie* bezeichnet die Unfähigkeit, sich an Ereignisse von einem bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit bis in die Gegenwart zu erinnern.
- Bei der *systematischen Amnesie* betrifft der Gedächtnisverlust spezifische Teilbereiche der Erinnerung wie an die eigene Familie oder an bestimmte andere Personen.

Die drei letztgenannten Amnesieformen treten nach DSM-IV (1996) selten auf und können eher als Hinweise auf eine mögliche Dissoziative Identitätsstörung betrachtet werden. Das DSM-IV gibt für die dissoziative Amnesie keine Prävalenz an.

2.1.2 Dissoziative Fugue (300.13/ F44.1)

Die dissoziative Fugue ist durch ein unerwartetes, zielgerichtetes Weggehen von zu Hause oder vom Arbeitsplatz gekennzeichnet, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an Teile oder die gesamte eigene Vergangenheit zu erinnern. Die Dauer des Weggehens kann von Stunden oder Tagen bis zu Wochen oder Monaten andauern und im Radius stark variieren, wobei die Personen in der Regel psychopathologisch unauffällig bleiben und sich geordnet verhalten. Kehrt die Person an ihren ursprünglichen Ort zurück, kann eine Amnesie für die Zeit der Fugue bestehen. Die Annahme einer neuen (anderen) Identität gilt als eher selten und ungewöhnlich. Das DSM-IV (1996) gibt die Prävalenz der Dissoziativen Fugue in der Allgemeinbevölkerung mit 0,2% an.

2.1.3 Depersonalisationsstörung (300.6/ F48.1)

Unter Depersonalisation versteht man alle Erfahrungen, sich von den eigenen geistigen Prozessen oder dem eigenen Körper losgelöst zu fühlen. Nach Angaben des DSM-IV (1996) entwickeln nach einer schweren Belastung ca. 50% aller Menschen eine einzelne kurze Episode einer Depersonalisation, im psychiatrischen Kontext berichten ca. 40% der PatientInnen von einer vorübergehenden Depersonalisationserfahrung. Es muss sich bei einer derartigen Erfahrung nicht zwangsläufig um eine Störung handeln.

2.1.4 Dissoziative Identitätsstörung (300.14/ F44.81; vormals Multiple Persönlichkeitsstörung/ Multiple Persönlichkeit)

Personen mit einer dissoziativen Identitätsstörung erleben die Welt als würden verschiedene Personen in ihnen ein eigenständiges Leben führen. Erinnerungslücken sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart sind häufig. Diese können über die Identitäten ungleichmäßig verteilt sein, was als unterschiedliche Co-Bewusstheit bezeichnet wird. Es kann „Innenpersonen“ geben, die erinnern und bemerken, was andere Identitäten erleben, selber aber im Alltag kaum zum Vorschein kommen, genauso wie es Identitäten gibt, die z.B. ausschließlich den Haushalt erledigen und kein „anderes“ Leben haben.

Das DSM-IV macht keine Angaben zur Prävalenz der dissoziativen Identitätsstörung auf, die ICD-10 bezeichnet ihr Vorkommen als selten.

2.1.5 Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (F44.9/ 300.12)

In diese Kategorie zählt das DSM-IV (1996) all die Störungen, deren vorherrschendes Merkmal eine Unterbrechung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung der Umgebung ist, ohne dass die Kriterien für eine andere dissoziative Störung voll erfüllt sind. Es nennt insgesamt sechs Beispiele:

- Ein der Dissoziativen Identitätsstörung ähnelndes Störungsbild, das entweder keine zwei voneinander abgrenzbare Persönlichkeitszustände zeigt oder in dem es zu keiner Amnesie für wichtige persönliche Informationen kommt.
- Derealisation ohne Depersonalisation
- Zustände von Dissoziation nach einem langen und intensiven Prozess von Zwangsmaßnahmen zur Veränderung von Einstellungen wie „Gehirnwäsche“, Gedankenbeeinflussung oder Indoktrination in Gefangenschaft.
- Dissoziative Trance-Störung (wie F44.3 in der ICD-10), die keinen Bestandteil einer akzeptierten, kollektiven, kulturellen oder religiösen Praxis darstellt.
- Bewusstseinsverlust, Stupor (F44.2 in der ICD-10) oder Koma, ohne eine zugrundeliegende körperliche Erkrankung.
- Das Ganser Syndrom (F44.80)

2.1.6 Dissoziativer Stupor (F44.2/ 300.12)

Die ICD-10 erfasst unter einem dissoziativen Stupor eine beträchtliche Veränderung oder das Fehlen willkürlicher (spontaner und gezielter) Bewegungen und normaler Reaktionen (z.B. Sprache) auf äußere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührungen, ohne dass eine körperliche Ursache dafür erkennbar wäre.

2.1.7 Trance und Besessenheitszustände (F44.3/ 300.12)

Es kommt in der Trance- und Besessenheitsstörung im Alltag der Person zu einem unfreiwilligen oder ungewollten vorübergehenden Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung, indem sich ein Mensch so verhält, als ob er von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit, einer „Kraft“ oder auch einem Dämon beherrscht wird, begleitet von einer eingeschränkten und fokussierten Aufmerksamkeit sowie stereotypen Bewegungen, Stellungen oder Äußerungen.

In dieser Formulierung der ICD-10 bleibt eine Differentialdiagnose zur dissoziativen Identitätsstörung offen.

2.1.8 Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung

Bei diesen Störungen findet sich nach der ICD-10 ein Verlust oder eine Veränderung von Bewegungsfunktionen oder Empfindungen zumeist der Haut, ohne dass eine körperliche Ursache vorliegt und zusätzlich auftretende Schmerzempfindungen oder andere komplexe, durch das Nervensystem vermittelte Empfindungen hinzukommen. Es handelt sich hierbei um die „klassischen hysterischen Phänomene“.

Das DSM-IV klassifiziert diese Störungen unter den somatoformen Störungen, nicht unter den dissoziativen.

2.1.8.1 Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4)

Es handelt sich um einen vollständigen oder teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile in Form einer partiellen oder vollständigen Lähmung, verschiedener Grade mangelnder Koordination (Ataxie), starkem Zittern oder Schütteln oder der Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen.

2.1.8.2 Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)

Nach ICD-10 ähneln dissoziative Krampfanfälle epileptischen Anfällen, ohne dass es zu einem Zungenbiss, schweren Verletzungen beim Sturz oder Urininkontinenz kommen muss.

2.1.8.3 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)

Sensorische Verluste der PatientInnen betreffen v.a. Hautareale und die Sehfähigkeit (eher als verschwommenes Sehen oder Tunnel-Sehen), weniger das Hören. Teilweise begleitet von Parästhesien. Die beschriebenen Zusammenhänge entsprechen nach ICD-10 eher den Vorstellungen der PatientIn über Körperfunktionen als medizinischem Fachwissen über die neurologischen Zusammenhänge.

2.1.9 Prävalenz dissoziativer Störungen

Da das Augenmerk in dieser Untersuchung auf den dissoziativen Störungen liegt, soll deren Prävalenz ausführlich dargestellt werden.

2.1.9.1 Prävalenz dissoziativer Phänomene in der repräsentativen Allgemeinbevölkerung

Ross et al. (1990a; 1991b) untersuchten eine repräsentative Stichprobe (N = 1055) aus der Allgemeinbevölkerung von Winnipeg/ Kanada anhand der Dissociative Experiences Scale (DES). Die Werte waren linksschief verteilt; die meisten Menschen wiesen niedrige Werte in der Dissoziationsfähigkeit auf. Ca. 5-6% der Allgemeinbevölkerung litten allerdings unter einem hohen Maß dissoziativer Symptome (s. a. Mulder et al., 1998; Putnam et al., 1996; Bauer & Power, 1995).

Eine Hauptfaktorenanalyse der DES ergab drei Faktoren: Absorption/ Imaginatives Involvement, Amnesie und Depersonalisation/ Derealisation, wobei der Faktor „Absorption“ weitaus höher lud als die beiden anderen Faktoren. Absorption weist nicht per se auf eine Psychopathologie hin; viele dieser Symptome sind normal und „ungefährlich“.

Da in den (ursprünglichen) Wert auch eine nicht-pathologische Dissoziation einherging, ergab eine Nachberechnung der ursprünglichen Daten von Waller & Ross (1997) eine Basisrate von 3,3% für die pathologische Dissoziation in der Allgemeinbevölkerung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch eine pathologische Dissoziation noch nicht mit einer dissoziativen Störung gleichzusetzen ist.

2.1.9.2 Prävalenz dissoziativer Störungen in (repräsentativen) klinischen Populationen

Die Prävalenzzahlen zu dissoziativen Störungen in klinischen Populationen schwanken zwischen 5% und 20%, je nachdem, in welchem Rahmensetting die Daten erhoben wurden. Neben US-amerikanischen Untersuchungen liegen Prävalenzangaben aus der Schweiz, Norwegen und der Türkei vor; die europäischen Prävalenzzahlen schwanken zwischen 4,5% und 10%.

Das Vorgehen in den Untersuchungen sah folgendermaßen aus: Es wurde versucht, möglichst alle in einem bestimmten Zeitraum in einer Klinik aufgenommenen PatientInnen in die Untersuchung einzubinden, um eine repräsentative Stichprobe zu erhalten. Alle PatientInnen, die an der Untersuchung aus ärztlicher Sicht teilnehmen konnten und es auch selber wollten, füllten die Dissociative Experiences Scale (DES) aus, ein Selbstbericht-Screening-Verfahren für dissoziatives Erleben. Aus diesen PatientInnen wurden die ausgewählt, die in der DES über einem kritischen Wert lagen (meist ab 20, um mit ihnen ein diagnostisches Interview (Dissociative Disorders Interview Schedule/ DDIS oder SKID-D) zur Abklärung des Vorliegens einer dissoziativen Störung durchzuführen.

Autor	Land	N	Messinstrument	% DD	% DIS	% DDnos
Ross et al. (2002)	USA	201	SCID-D, DDIS, klinisches Bild	26,9 – 44,5	7,5 - 9,6	
Gast et al. (2001)	D	115	FDS – SKID-D	4,3 - 8	0,9 - 6	2,7
Friedl & Draijer (2000)	NL		SCID-D	8,2	1,7	
Tutkun et al. (1998)	Türkei	166	DES, DDIS, klinisches Bild	10,2	5,4	3,6
Lussier et al. (1997)	USA	70	Mini SCID-D	9	7	0,7
Modestin et al. (1996)	CH	207	DES, DDIS	5	0,4	
Knudsen et al. (1995)	Norge	101	DES, SCID-D	8	5	2
Horen et al. (1995)	Kanada	48	DES, DDIS	17	6	2
Saxe et al. (1993)	USA	110	DES, DDIS	15	4	
Ross et al. (1991)	Kanada	299	DES, DDIS	20,7	5,4	

Tabelle 3:

Überblick über Prävalenzzahlen zu dissoziativen Störungen in klinischen Populationen (DD = dissoziative Störung; DDnos = n.n.b. dissoziative Störungen).

Nähere Erläuterungen zu den Studien:

- Ross et al. (1991b) fanden in ihrer diagnostischen Untersuchung mit dem DDIS in einem allgemeinspsychiatrischen Krankenhaus in **Kanada** (mit spezieller Trauma-Abteilung) eine Prävalenz dissoziativer Störungen von 20,7%; davon hatten 5,4% eine dissoziative Identitätsstörung. Der gewählte DES-Wert als Voraussetzung für das Interview lag bei >20.
- Saxe et al. (1993) unterzogen PatientInnen eines psychiatrischen Unikrankenhauses in **Massachusetts** mit Werten in der DES > 25 bzw. < 5 einer differenzierten diagnostischen Untersuchung anhand des DDIS (N gesamt = 110). 15 Personen scorten im DES über 25 und wurden mit 15 nach Alter und Geschlecht gemachten psychiatrischen PatientInnen mit Werten in der DES < 5 verglichen. Von den 15 „Highscorern“ erhielten alle die Diagnose einer dissoziativen Störung (27% (N=4) die einer dissoziativen Identitätsstörung, 60% (N=9) die einer DDnos und 13% (N=2) die einer dissoziativen Amnesie). Aus der Kontrollgruppe mit DES-Werten < 5 erfüllte eine Person die Diagnosekriterien einer dissoziativen Amnesie. Die Prävalenz dissoziativer Störungen lag bei 15%.
- In der Studie von Horen et al. (1995) in einem allgemeinspsychiatrischen Krankenhaus in **Ontario/ Kanada** hatten 14 Personen einen DES-Wert über 25 (N gesamt = 48). Sie diagnostizierten eine dissoziative Störung anhand SKID-D und DDIS bei 17% der Untersuchten. Davon hatten 6% eine dissoziative Identitätsstörung, 8% eine dissoziative Amnesie und 2% eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung DDnos. Die Stichprobe war nicht repräsentativ, da besonders PatientInnen mit der Diagnose einer Schizophrenie aufgrund von Verständnisproblemen oder Ausfüllensfehlern aus der Untersuchung ausgeschlossen werden mussten.
- Knudsen et al. (1995) fanden in einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung in **Norwegen** unter 101 PatientInnen eine Prävalenzrate von 8% für dissoziative Störungen. 13 PatientInnen lagen über dem Cutoff-Wert der DES für die Durchführung des diagnostischen Interviews von 30, davon wurden 9 mit dem SKID-D interviewt. 5 PatientInnen hatten die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (5%), zwei die einer DDnos und eine die einer Depersonalisationsstörung.
- Modestin et al. (1996) stellten in einer psychiatrischen Aufnahmestation in **Zürich** (Schweiz) unter 207 PatientInnen eine Prävalenzrate für die dissoziativen Störungen von 5% fest. PatientInnen mit einem Wert in der DES > 20 wurden anhand des DDIS diagnostiziert. In 0,4% der Fälle erhielten sie die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung.

- Lussier et al. (1997) fanden unter 70 PatientInnen in einer psychiatrischen Tagesklinik in **Connecticut** eine Prävalenz dissoziativer Störungen von 9%. Fünf der sechs erfüllten die Diagnosekriterien des Mini-SKID-D (DSM-III-R) für eine multiple Persönlichkeitsstörung, eine die für eine DDnos. Nur zwei der PatientInnen kamen bereits mit der offiziellen Vordiagnose einer MPS in die Tagesklinik.
- Aus 166 PatientInnen in einer **türkischen** Uniklinik hatten in der Untersuchung von Tutkun et al. (1998) 25 Personen Werte in der DES > 30 und wurden mit 19 PatientInnen nach Alter und Geschlecht gematched, die < 10 scorten. Die Diagnosestellung erfolgte anhand des DDIS, bzw. wurden PatientInnen zur zweiten Absicherung des Vorliegens einer DIS von einem erfahrenen Kliniker noch einmal befragt. Die Prävalenz dissoziativer Störungen in der türkischen Uniklinik lag bei 10,2%, die Prävalenz der dissoziativen Identitätsstörung bei 5,4% (s. auch Akyuz et al., 1999)
- Friedl & Draijer (2000) fanden in den **Niederlanden** eine Prävalenz von 8,2% für dissoziative Störungen, für DIS betrug sie 1,7%. Die Diagnosen wurden anhand des SKID-D gestellt.
- Unter 115 PatientInnen in einer Uniklinik in **Hannover** hatten in der Untersuchung von Gast et al. (2001a) 25 PatientInnen einen Mittelwert im FDS über 20, die dann anhand des SKID-D untersucht wurden. Die Prävalenz dissoziativer Störungen lag in dieser Untersuchung bei 4,5%, die Prävalenz der dissoziativen Identitätsstörung bei 0,9% (DDnos: 2,7%; Depersonalisationsstörung: 0,9%)
- Ross et al. (2002) fanden in einer weiteren aufwendigen Untersuchung in **den USA/ Texas**, in dem sie sowohl DDIS, SKID-D als auch ein klinisches Urteil für 201 PatientInnen einholten, eine Prävalenz dissoziativer Störungen zwischen 26,9 –44,5% (je nach Instrument), wobei die Prävalenz für die dissoziative Identitätsstörung zwischen 7,5 und 9,6% lag.

In klinischen Populationen auf psychiatrischen (Erwachsenen-) Allgemeinstationen liegen die Prävalenzzahlen für die Dissoziative Identitätsstörung zwischen 1,3 und 5% (Putnam et al., 1984; Bliss & Jeppsen 1985; Ross et al. 1987; 1991b; 2002; Saxe et al. 1993), beziehungsweise noch höher, wenn man spezifische klinische Populationen systematisch untersucht. Nach Ross (1990b; 1991a) litten in einer Stichprobe von 20 Prostituierten 15% an DIS. Von 100 Abhängigen von chemischen Substanzen waren 14% multipel, von 34 Jugendlichen in einer psychiatrischen Einrichtung 17% und unter 20 exotischen Tänzern 35%. Von 33 verurteilten männlichen Sexualtätern waren nach Angaben von Bliss & Larson (1985) 21% gesichert und weitere 18% wahrscheinlich multipel.

Die Inzidenzrate der DIS-Fälle ist im Laufe der letzten 20 Jahre stark angestiegen (Boor, 1982). Offen ist dabei, ob sich wirklich die Häufigkeit der dissoziativen Störungen erhöht hat, oder ob sich die Diagnostik und das klinische Verständnis (besonders für frühkindliche Traumatisierungen) verbessert haben (Goff & Simms, 1993).

2.2 Borderline Persönlichkeitsstörung (F 60.31/ 300.83)

PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind als einzige Persönlichkeitsstörungsdiagnose in den Versuchspersonen-Pool aufgenommen worden, da auch in deutschen Veröffentlichungen immer wieder die BPS mit einer dissoziativen Identitätsstörung in Zusammenhang gebracht wird (z.B. Dulz & Lanzoni, 1996) oder BPS (ebenso wie Schizophrenie) als Differentialdiagnose zu DIS diskutiert wird (z.B. Stübner et al., 1998). Dabei betrachten KritikerInnen in Deutschland die DIS vorwiegend als eine besondere Form der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Zahlreiche Untersuchungen belegen das Vorhandensein dissoziativer Züge in der BPS (Cancienne et al., 1993; Shearer et al., 1994; Brodsky et al., 1997; Golyinka & Ryle, 1999; Schmahl et al., 1999; Spitzer et al., 1999; Zanarini et al., 1998; 2000; Sar et al., 2003).

Um allgemein die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu erhalten, bedarf es eines überdauernden, unflexiblen Musters von innerem Erleben (Kognition, Affektivität) und Verhalten (zwischenmenschliche Beziehungen, Impulskontrolle), das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zeichnet sich durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten aus sowie durch deutliche Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen.

Das DSM-IV (1996) schätzt die Prävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung auf ca. 2-3%, bei ambulanten psychiatrischen PatientInnen auf ca. 10% und bei stationären psychiatrischen PatientInnen auf ca. 20%. Sie wird in ca. 75% der Fälle bei Frauen diagnostiziert. Der Verlauf ist uneinheitlich, zumeist gekennzeichnet durch chronische Instabilität mit affektivem und impulsivem Kontrollverlust sowie - v.a. in jungen Jahren - häufigen Kontakten zu Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens.

In den Kindheitsgeschichten der als Borderline diagnostizierten Menschen lassen sich körperlicher und sexueller Missbrauch, Vernachlässigung sowie früher Verlust oder frühe Trennung von den Eltern häufiger finden (s. auch Zanarini et al., 1987/1989;

Herman & Van der Kolk, 1989; Ogata et al., 1990; Gunderson & Sabo, 1993; Murray, 1993; Van der Kolk et al., 1994; Brodsky et al., 1997; Van der Kolk, 1999; Driessen et al., 2000; Heffernan & Cloitre, 2000). Ca. ein Drittel der BPS-PatientInnen erhalten die Zusatzdiagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Gunderson & Sabo, 1993, s. auch Bronisch 2001).

2.3 Schizophrenie (295.xx / F20)

Schizophrenien sind dadurch gekennzeichnet, dass sie psychotische Symptome als definierendes Merkmal aufweisen. Dabei handelt es sich um Wahnphänomene oder ausgeprägte (v.a. akustische) Halluzinationen, Positivsymptome wie desorganisierte Sprachäußerungen, grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten, Denkstörungen, Negativsymptome wie verflachte Affektivität, Verlust der Ich-Grenzen und weitgehende Beeinträchtigung der Realitätskontrolle (DSM-IV, 1996; ICD-10, 1993).

Das DSM-IV (1996) schätzt die Prävalenz der Schizophrenien auf 0,2% bis 2%, wobei uneinheitliche Schizophreniedefinitionen und uneinheitliche Erhebungsorte (Stadt - Land, Allgemeinbevölkerung – Krankenhaus) zu dieser hohen Schwankung in der Angabe führen. Die Lebenszeitprävalenz liegt zwischen 0,5 und 1%. Im Allgemeinen ist der Verlauf chronisch. Zumeist beginnt die Ersterkrankung mit einer Prodromalphase im dritten Lebensjahrzehnt. Positivsymptome sprechen auf Medikation zumeist gut an, problematisch im Krankheitsverlauf werden eher die Negativsymptome wie sozialer Rückzug, Vernachlässigung der Hygiene und Körperpflege etc.

Mit einer guten Prognose verbunden sind: gute prämorbidie Anpassung, akuter Beginn, höheres Lebensalter bei Erkrankungsbeginn, weibliches Geschlecht, auslösende Ereignisse, begleitende affektive Störungen, kurze Dauer der floriden Symptomatik, gute Leistungsfähigkeit zwischen den Episoden, minimale Residualsymptome, Fehlen hirnstruktureller Auffälligkeiten, normale neurologische Funktionsabläufe und das Fehlen von Schizophrenie in der Familienanamnese (S. 338).

Nach ICD-10 (1993) gelten akustische Halluzinationen (bei klarem Bewusstsein), die als getrennt von den eigenen Gedanken des Betroffenen als vertraute oder fremde Stimmen erfahren werden als „typisch“ für die Schizophrenie. So können z.B. Stimmen Kommentare über Gedanken und Handlungen der Person abgeben, es werden befehlende Stimmen berichtet etc. In einer Untersuchung von Ellason & Ross (1995) erwiesen sich die Positivsymptome einer Schizophrenie (v.a. Schneidersche Symptome ersten Ranges) als typischer für DIS-PatientInnen als für Schizophrene selber, während es für die Negativsymptomatik andersherum war (s. auch Klufft 1987c). Untersuchungen über Art und Ausprägung der dissoziativen Symptomatik

bei Schizophrenen ergeben nur für den Bereich der Absorption erhöhte Werte (Spitzer et al., 1997; Moise et al., 1996) und bestätigen das Vorherrschen der Negativsymptomatik.

Die Form der chronischen akustischen Halluzinationen scheint sowohl bei PatientInnen mit Schizophrenien oder dissoziativen Störungen als auch bei nicht-klinischen „Stimmenhörern“ identisch zu sein (Honig et al., 1998), wobei sich für die nicht-klinische Population Unterschiede im Inhalt (die kognitive Bewertung ist eher wohlmeinend), der emotionalen Belastung (weniger) und den Kontrollmöglichkeiten (Selbststeuerung) zeigen. Dem erstmaligen Auftreten der Stimmen ging bei den meisten PatientInnen ein traumatisches oder ein Traumgedächtnis-aktivierendes Ereignis voraus. Neria et al. (2002) fanden in ihrer Untersuchung eine Traumabelastung von 68,5% bei 426 PatientInnen mit einer Ersteinweisung aufgrund einer Schizophrenie. Offen et al. (2003) berichten von 38,5% frühkindlicher sexueller Traumatisierung in einer Stichprobe von 26 Schizophrenen mit akustischen Halluzinationen, die sich auch in erhöhten Dissoziationswerten im DES niederschlägt.

2.4 Essstörungen

In die Untersuchung wurden PatientInnen mit einer Anorexia Nervosa oder einer Bulimia Nervosa oder beidem aufgenommen. Essstörungen werden auch im Kontext dissoziativer Erfahrungen diskutiert (z.B. Vanderlinden et al., 1993; Katz & Gleaves, 1996). Fressanfälle geschehen häufig in einem veränderten Bewusstseinszustand, BulimikerInnen erleben einen Kontrollverlust. AnorektikerInnen müssen ihren Hunger „ausblenden“ können.

PatientInnen mit einer DIS hatten häufig berichtet, dass sie in mindestens einer Identität die Symptomatologie einer Essstörung zeigten, indem z.B. im internen System über Essensentzug und Körperablehnung versucht werden konnte, den Körper oder andere Identitäten zu bestrafen (Torem, 1990).

2.4.1 Anorexia Nervosa (307.1/ F50.00; F50.01)

Die Anorexia Nervosa ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Unterschieden wird nach DSM-IV (1996) in der Anorexia Nervosa zwischen dem restriktiven und dem Binge Eating/Purging-Typus, je nachdem, ob es zu diesem Zweck zu Fressanfällen, selbstinduziertem Erbrechen oder Laxantien Missbrauch kommt oder nicht.

Das DSM-IV (1996) schätzt die Prävalenz der Anorexia Nervosa auf 0,5-1% aller Frauen in der späten Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. 80% der Betroffenen sind Frauen. Die Langzeitmortalität beträgt 10%. Häufigste Todesursachen sind Verhungern, Suizid oder Elektrolytungleichgewicht. Anorexia Nervosa tritt weitaus häufiger in Industrieländern mit einem Überangebot an Nahrungsmitteln und einem kulturell vermittelten „Schönheitsmodell“, das an Schlankheit gebunden ist. Auffallend häufig sind Merkmale von Zwangsverhalten, nicht nur in Bezug auf Nahrung.

2.4.2 Bulimia Nervosa 307.51 (F50.2)

Hauptmerkmal einer Bulimia Nervosa sind wiederholte Anfälle von Heißhunger („heimliche Fressanfälle“), deren Auswirkungen man mit unangemessenen Methoden entgegenzuwirken versucht. Auch hier unterscheidet das DSM-IV (1996) zwischen dem „purging“ und „nicht-purging“ Typus, je nachdem, ob mit selbstinduziertem Erbrechen, Missbrauch von Laxantien oder Diuretika die Gewichtszunahme verhindert wird oder mit anderen Methoden wie z.B. Fasten oder sportliche Betätigungen. Das Körpergewicht der Betroffenen liegt zumeist im Normalbereich. Häufig finden sich komorbide affektive oder Angststörungen. Ca. 1/3 der BulimikerInnen missbrauchen Substanzen oder Alkohol, ca. die Hälfte hat zusätzlich eine Persönlichkeitsstörungs-Diagnose, v.a. des Borderline-Typus. Mindestens 90% der Betroffenen sind Frauen. Das DSM-IV (1996) schätzt die Prävalenzrate bei Frauen in der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter auf 1-3%. Auch die Bulimia Nervosa scheint hauptsächlich eine Störung in den Industriestaaten zu sein.

2.5 Angststörungen

Aus der Diagnosegruppe der Angststörungen wurden PatientInnen mit einer Panikstörung, Agoraphobie und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) in die Untersuchung aufgenommen. Es wurde damit versucht, die Bandbreite der Angstsymptomatik zu erfassen. Nach der Hypothese von Ross (1989) handelt es sich bei der PTB eher um eine spezifische Art der Traumastörung, die besser in einem eigenen Kontext „Traumastörung“ zu betrachten ist als ausschließlich unter dem Angst-Aspekt. Ein Vergleich der Ähnlichkeiten und Unterschiede der beiden Gruppen sollte damit ermöglicht werden.

2.5.1 Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (300.21/ F40.01 und 300.01/ F41.0)

Viele Personen mit einer Panikstörung klagen über fortwährende oder immer wieder auftretende schwere Angstgefühle, die sich nicht auf eine bestimmte Situation oder ein bestimmtes Ereignis beziehen. Plötzlich auftretende „Panikattacken“ werden berichtet, wobei weder eine Panikattacke allein noch eine Agoraphobie allein nach dem DSM-IV (1996) als eine eigenständig codierbare Störung gilt.

Nach DSM-IV haben 50-65% der Personen mit einer Panikstörung die Zusatzdiagnose einer Major Depression, ebenfalls häufig (zwischen 8 und 25%) kommen andere Angststörungen dazu. Ca. ein Drittel bis die Hälfte der Betroffenen haben eine Panikstörung mit Agoraphobie. Der Beginn liegt in der Mitte des 30. Lebensjahrzehntes. Der Verlauf ist chronisch, aber schwankend.

Das DSM-IV (1996) schätzt die Lebenszeitprävalenz für die Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie zwischen 1,5 - 3,5%. Ein-Jahres-Prävalenzen liegen zwischen 1% und 2%.

2.5.2 Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte (300.22/ F40.00)

Unter einer Agoraphobie versteht die ICD-10 nicht nur Ängste vor offenen Plätzen, sondern auch die Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder öffentliche Plätze zu begeben oder alleine in Bussen, Zügen oder Flugzeugen zu reisen. Das DSM-IV (1996) bezeichnet damit die Angst vor dem Auftreten panikartiger Anfälle (z.B. mit Durchfall oder Erbrechen). In klinischen Einrichtungen weisen 95% der Personen mit Agoraphobie auch eine Panikstörung auf. Die Prävalenzrate liegt nach DSM-IV (1996) höher als für die Panikstörung, es werden aber keine genauen Zahlen genannt.

2.5.3 Posttraumatische Belastungsstörung (309.81/ F43.1)

Nach u.a. kriegerischen Auseinandersetzungen, gewalttätigen Angriffen auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperliche Züchtigung, sexualisierte Gewalt), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Natur- oder durch Menschen verursachten Katastrophen, schweren Autounfälle oder der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit können Menschen eine posttraumatische Belastungsstörung (PTB) entwickeln.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit,

Teilnahmslosigkeit gegenüber anderen Menschen und der Umgebung und Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.

Das DSM-IV (1996) unterscheidet bei einer PTB zwischen einer akuten und einer chronischen Form, je nachdem, ob die Symptome insgesamt kürzer oder länger als 3 Monate andauern. Auch in der akuten Stressreaktion können dissoziative Symptome nachgewiesen werden (Harvey & Bryant, 1999). Es kann ebenfalls zu einem verzögerten Beginn kommen, wenn die Symptome erst später als sechs Monate nach dem belastenden Ereignis auftreten. Bei ca. 40% der Fälle remittieren die Symptome nach ungefähr drei Monaten. Häufig entwickelt sich eine PTB aus einer akuten Belastungsstörung heraus. Personen mit einer PTB werden häufig von starken Schuldgefühlen gequält, überlebt zu haben, während andere gestorben sind oder wegen Handlungen, die sie begehen mussten, um zu überleben. Besonders wenn die Traumatisierung von anderen Menschen ausgeübt wurde, kann die Störung besonders schwer und langandauernd verlaufen. Als bestimmende Faktoren nennt das DSM-IV (1996) Schwere, Dauer und Nähe zu den verursachenden Personen.

Die aktuelle Forschung zur posttraumatischen Belastungsstörung beschäftigt sich v.a. mit der Neuro-Psychobiologie (Yehuda & McFarlane, 1997), so dass aus dieser Trauma-Grundlagenforschung Implikationen für andere Störungsbilder/traumatisierte PatientInnen ableiten lassen, u.a. mit DIS. DIS-PatientInnen berichten in ihrer Kindheitsgeschichte eine Vielzahl an Schwersttraumatisierungen wie körperliche und sexualisierte Gewalterfahrungen über mehrere Jahre durch die engsten Bezugspersonen (Putnam et al., 1986; Coons, 1988; Ross et al., 1990; Ross, 1991). Nicht nur deshalb betrachtet Spiegel (1984, 1993a & b) die DIS (auch) als eine chronische posttraumatische Belastungsstörung.

Über Untersuchungen zur peritraumatischen Dissoziation zeigte sich, dass die Dissoziation eine normale Verarbeitung der traumatischen Erfahrung verhindert und eine PTB umso wahrscheinlicher auftritt, je höher die peritraumatische Dissoziation war (Marmar et al., 1994; 1996).

2.6 Depression

In die Untersuchung wurden PatientInnen mit einer Major Depression oder einer dhysthymen Störung eingeschlossen. Das Vorliegen einer bipolaren oder zylothymen Störung galt als Ausschlusskriterium.

Oftmals leidet die „Gastgeber-Identität“ in einer DIS-PatientIn unter Depressionen, ohne sich des Vorhandenseins der anderen Teile bewusst zu sein (Putnam et al.,

1986). In der neurophysiologischen Forschung zu PTB und Trauma wurden depressive PatientInnen oftmals als Vergleichsgruppe gewählt (Yehuda, 1999¹²).

2.6.1 Major Depression (296.2x/ einzelne Episode; 296.3x/ rezidivierend)

Menschen mit einer Major Depression neigen zu Weinen, Reizbarkeit, Schwermut, zwanghaftem Grübeln, Angst, Phobien, übertriebener Besorgnis um die körperliche Gesundheit und Klagen über Schmerzen. Die schwerwiegendste Folge ist der versuchte oder vollendete Suizid, an dem bis zu 15% sterben. Die Depression beginnt schleichend mit Prodromalsymptomen, häufig nach psychosozialen Belastungssituationen. In der Mehrzahl der Fälle remittieren die Symptome vollständig, bei 20-30% der Betroffenen bleiben depressive Restsymptome über Jahre erhalten.

Das DSM-IV (1996) unterscheidet zwischen „chronischer“ Major Depression mit einer kontinuierlichen Symptombdauer von mehr länger als 2 Jahren (bei ca. 5% der Betroffenen) und einer teilremittierter Major Depression.

Depressive Episoden treten bei Frauen zweimal so häufig auf wie bei Männern. Bei ca. 50-60% der Betroffenen kommt es mindestens zu einer zweiten Episode. Das DSM-IV (1996) schätzt die Lebenszeitprävalenz einer Major Depression für Frauen auf 10% bis 25%, für Männer zwischen 5% und 12%. Die Punktprävalenz in der Normalbevölkerung variiert von 5 bis 9% für Frauen und von 2-3% für Männer. Es lassen sich keine Zusammenhänge zwischen der Prävalenz und der ethnischen Gruppe, dem Bildungsgrad, dem Einkommen und dem Familienstand zeigen.

2.6.2 Dysthyme Störung (300.4/ F34.1)

Das DSM-IV (1996) unterscheidet bei einer Dysthymen Störung zwischen frühem oder spätem Beginn (vor oder nach dem 21. Lebensjahr). Die Nebenmerkmale einer Dysthymen Störung betreffen v.a. soziale - und Leistungsmerkmale wie Minderwertigkeitsgefühle, sozialen Rückzug und in geringerem Ausmaß vegetative Symptome. Besonders bei einem frühen Beginn nimmt die Störung zumeist einen chronischen Verlauf, in dem sich oftmals eine vollentwickelte Major Depression ausbildet. Das DSM-IV (1996) schätzt die Lebenszeit-Prävalenz der Dysthymen Störung auf 6% und die Punktprävalenz auf ca. 3%.

¹² Vortrag auf dem Kongress „Trauma, Körper, Seele“, 11.-14.3.1999 in Göttingen.

2.7 Trauma

Im Anhang formuliert die ICD-10 Bedingungen, die häufig im Zusammenhang mit den Störungen gefunden werden. Unter Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen ist unter Z61 „Probleme durch negative Kindheitserlebnisse“ aufgeführt. Dazu gehören sowohl Beschädigungen der seelischen und/ oder der körperlichen Unversehrtheit des Kindes als auch frühe Verluste, Beschädigungen des Selbstwertgefühls oder (andere) ängstigende Erfahrungen in der Kindheit. Unter Z62 werden „sonstige Probleme bei der Erziehung“ in Form von Über- oder Unterfürsorglichkeit (= Vernachlässigung) formuliert.

Auch wenn es sich bei „Trauma“ nicht im eigentlichen Sinne um eine Störung nach ICD-10 oder DSM-IV handelt, spielt es doch bei den dissoziativen und posttraumatischen Störungsbildern eine entscheidende Rolle. Traumatische Erfahrungen beinhalten Naturkatastrophen, Kriegserfahrungen, politische, häusliche oder sexuelle Gewalterfahrungen. Unter einem Trauma versteht man nach Herman (1994) Ereignisse, die die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordern; die (normalen, stressbezogenen) Veränderungen im Grad der Erregung, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Empfindungen übersteigen die Schwelle der normalen Anpassungsmechanismen und brechen zusammen. Anders als ein Unglück bedeutet ein Trauma im allgemeinen eine Bedrohung für das Leben und die körperliche Unversehrtheit, bringen eine unvermittelte Begegnung mit Gewalt und Tod, in der weder Flucht noch Kampf möglich sind und jegliches Handeln sinnlos wird.

„Psychisches Trauma ist das Leid der Ohnmächtigen. Das Trauma entsteht in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird. Ist diese Macht eine Naturgewalt, sprechen wir von einer Katastrophe. Üben andere Menschen diese Macht aus, sprechen wir von Gewalttaten. Traumatische Ereignisse schalten das soziale Netz aus, das dem Menschen gewöhnlich das Gefühl von Kontrolle, Zugehörigkeit zu einem Beziehungssystem und Sinn gibt“

(Herman, 1994, S. 53).

Traumata haben Menschen mit (und ohne) verschiedenste klinische Diagnosen erlebt. Der Vorschlag von Ross (1989), eine eigene Kategorie „Traumastörung“ in das DSM-IV aufzunehmen, in die neben den dissoziativen und posttraumatischen Störungen auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Somatisierungsstörung erfasst werden könnte, wurde nicht aufgegriffen (s. auch Herman, 1994; Dell, 2001). Im DSM-IV sollte die mühsam erworbene, atheoretische und symptomorientierte Diagnostik beibehalten werden.

„Alltägliche“ traumatisierende Erfahrungen, die von anderen, meist nahestehenden Menschen ausgeübt werden, beinhalten körperliche Misshandlungen, sexualisierte Gewalterfahrungen, psychische Gewalt und Vernachlässigung sowie ritualisierte Gewalt.

Jede Form der Kindesmisshandlung ist eine gewaltsame psychische und/ oder physische Beeinträchtigung von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (Schlagen, sexualisierte Gewalt) oder Unterlassungen (Liebesentzug, Vernachlässigung) zustande kommen.

2.7.1 Körperliche Misshandlung (Z61.6)

Mit körperlicher Misshandlung sind Schläge oder andere gewaltsame Handlungen (Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.) gemeint, die beim Kind zu Verletzungen führen können (Engfer, 1997). Nach Erkwoh und Saß (1993) beinhaltet der Begriff physischer Missbrauch auch tötungsnahe Gefährdungen wie Begrabenwerden, Folter und Schläge, Ernährung mit untauglichen Mitteln oder nicht indizierte Verabreichung von Medikamenten. Es besteht für die körperliche Misshandlung keine Meldepflicht, so dass keine genauen Daten über deren Häufigkeit vorliegen. Sozialwissenschaftliche Studien belegen, dass ca. die Hälfte bis zwei Drittel der deutschen Eltern ihre Kinder körperlich bestrafen, wovon 10-15% schwerwiegend und relativ häufig körperliche Bestrafungen anwenden (Engfer, 1997).

2.7.2 Sexualisierte Gewalterfahrungen (Z61.4 und Z61.5)

Es gibt unterschiedlich eng gefasste Definitionen von sexualisierten Gewalterfahrungen. Sowohl das subjektive Urteil der Überlebenden als auch objektive Handlungen des Täters definieren sexualisierte Gewalt. Aufgrund eines entwicklungsmäßig bedingten Fehlens der nötigen emotionalen und kognitiven Reife können Kinder in die sexualisierte Gewalt weder einwilligen noch sich angemessen dagegen wehren.

„Unter sexuellem Missbrauch versteht man die Beteiligung noch nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite noch nicht erfassen. Dabei benutzen bekannte oder verwandte (zumeist männliche) Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation und missbrauchen das vorhandene Macht- oder Kompetenzgefälle zum Schaden des Kindes“
(Engfer, 1997).

Nach Wippinger & Amann (1997) betreffen Bestandteile aller vorliegenden Definitionen:

- das Vorliegen eines körperlichen Kontaktes zwischen TäterInnen und Überlebenden,
- der u.a. im unbedeckten Brust- oder Genitalbereich abläuft.
- das Alter des Kindes (Opfer) ist unter 17 Jahren; der Täter muss mindestens 5 Jahre älter sein.
- weiter gefasste Definitionen erfassen auch Nicht-Kontakthandlungen wie obszöne Anreden, Belästigung, Exhibitionismus, Anleitung zur Prostitution, Herstellung von pornographischem Material etc.,
- das Abhängigkeitsverhältnis zum Täter,
- die Intention des Täters der eigenen Bedürfnisbefriedigung (egal gegen welchen Widerstand, egal mit welchen Mitteln). Dabei geht es nicht nur um sexuelle, sondern auch um Macht- und narzisstische Bedürfnisse seitens des Täters.

Gesellschaftliche Definitionen betonen Autoritäts- und Gewaltstrukturen, die dem Erwachsenen im Umgang mit Kindern sanktioniert zur Verfügung stehen (Machtgefälle) und den Kindern gegen ihren Willen aufgedrängt werden (wogegen sie sich nicht wehren konnten).

Feministische Definitionen betonen, dass es sich v.a. um Gewalt von Männern gegen Mädchen handelt, die im Rahmen einer patriarchalen Gesellschaftsstruktur erfolgt. Kavemann & Lohstöter (1984) definieren sexuellen Missbrauch als „all das, was einem Mädchen vermittelt, dass es nicht als Mensch interessant und wichtig ist, sondern dass Männer frei über es verfügen dürfen; dass es durch seine Reduzierung zum Sexualobjekt Bedeutung erlangt; dass es mit körperlicher Attraktivität und Einrichtungen ausgestattet ist, um Männern Lust zu beschaffen“.

Klinische Definitionen betonen die möglichen Sofort- Früh- und/ oder Spätfolgen der sexualisierten Gewalt. Sexualisierte Gewalt ist ein vielschichtiger dynamischer Prozess, der zumeist über eine lange Zeit auf das Leben eines Kindes einwirkt.

Die Prävalenzangaben zur sexualisierten Gewalt in der Kindheit schwanken in Abhängigkeit der Definitionen zwischen 7% und 33,5% für die deutsche Allgemeinbevölkerung (Elliger & Schötensack, 1991). Nach aktuellen Zahlen sind 15% der Frauen und 5% der Männer in Amerika von schwerer physischer und/oder sexueller Misshandlung betroffen (Bagley & King, 1990). Die Hamburger Soziologin Frauke Teegen gibt nach Durchsicht der Untersuchungen zur Prävalenz von sexuellen Misshandlungen an, dass zwischen 6 und 70% der Frauen (mittlere Prävalenzrate 21%) und 3 - 30% der Männer in ihrer Kindheit sexuell misshandelt wurden (zit. in Huber, 1995, S. 41).

2.7.3 Psychische Misshandlung/ Vernachlässigung (Z61.3/ Z62.4/ Z62.5)

Unter *psychischen Misshandlungen* versteht man alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln oder sie in ihrer psychischen und/ oder körperlichen Entwicklung beeinträchtigen können (Engfer, 1997). Darunter fallen nach Engfer nicht nur seelische Grausamkeiten, sondern auch so alltägliche, scheinbar harmlose Varianten elterlichen Verhaltens wie die demonstrative Bevorzugung eines Geschwisterkindes, Kinder einzuschüchtern, sie häufig zu beschimpfen, zu isolieren oder sie mit langanhaltendem Liebesentzug zu bestrafen. Fehlende mütterliche emotionale Verfügbarkeit besonders in sehr jungen Jahren scheint ebenfalls eine wichtige Rolle zu spielen (Erickson et al., 1989, zit. in Engfer 1997). Dabei ist es schwer, eine klare Grenze zwischen üblichen und tolerierten Praktiken wie Hausarrest und psychisch schädigendem Elternverhalten zu ziehen, so dass keine Angaben über die Häufigkeit der psychischen Misshandlung vorliegen.

Kinder werden vernachlässigt, wenn sie von Eltern oder Bezugspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/ oder vor Gefahren geschützt werden (Engfer, 1997). *Vernachlässigungen* kommen nach Engfer wesentlich häufiger vor als Misshandlungen. Eine mögliche Unterform kann die nicht organisch-begründete Gedeihstörung bei Kleinkindern bilden. Vernachlässigung wird häufig im Kontext extremer Armut und sozialer Randständigkeit beobachtet, aber auch psychische Erkrankungen (Depressionen), geistige Behinderungen oder Alkohol- und Drogenprobleme der Eltern können dazu führen, dass Kinder vernachlässigt werden (Engfer, 1997)

2.7.4 Ritualisierte Gewalterfahrung (Z61.8)

Unter ritueller Gewalt versteht man Gewalt im Rahmen eines Rituals, das dem Opfer den Eindruck vermittelt, an einer Art "heiliger Handlung" teilzunehmen, für die es "erwählt" wurde. Dabei werden Opfer sexuell, physisch und psychisch missbraucht. Rituelle Gewalt besteht aus traumatisierenden Handlungen, die in einer inszenierten oder zeremoniellen Weise durchgeführt werden. Zu solchen Gewalthandlungen zählen unter anderem die tatsächliche oder simulierte Tötung oder Verstümmelung eines Tieres, die tatsächliche oder simulierte Tötung eines Menschen, die erzwungene Einnahme realer oder simulierter Körperflüssigkeiten, Exkrementen oder Fleisch, eine erzwungene sexuelle Aktivität, sowie Handlungen, die schwere körperliche Schmerzen oder schwere Erniedrigung beinhalten/ verursachen. Häufig, aber nicht immer, beinhalten diese Gewalterfahrungen reale oder dargestellte Merkmale von abweichenden religiösen/ weltanschaulichen oder okkulten Praktiken.

Typischerweise ist das Opfer anfangs nicht in der Lage, zwischen inszenierten und zeremoniellen Praktiken zu unterscheiden. Rituelle Gewalt kann von Gruppen ausgeübt werden, gelegentlich wird sie auch von Einzelpersonen begangen (Noblitt & Perskin, 2000a).

Es gibt bisher keine Angaben über die Häufigkeit ritualisierter Gewalt in Deutschland.

3. ÜBERBLICK ÜBER DIE INSTRUMENTE ZUR DIAGNOSE DISSOZIATIVER ERFAHRUNGEN UND DISSOZIATIVER STÖRUNGEN

Ein großes Problem in der Diagnostik dissoziativer Störungen und der DIS liegt darin, dass PatientInnen eine Fülle unterschiedlicher Symptome aufweisen, die das Erkennen von DIS erschweren. Im Zweifelsfall sollte gelten, dass eine DIS erst dann diagnostiziert ist, wenn man selbst mit einer alternierenden Identität gesprochen hat (Ross, 1989), und zwar an mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten, so dass man die alternierende Persönlichkeit wiedererkennen kann.

Neben den diagnostischen Instrumenten liegen klinische Erfahrungen zur Diagnosestellung einer DIS vor, die ebenfalls in diesem Kapitel Berücksichtigung finden (s. Kap. 1.5.1).

Ein Großteil der v.a. im US-amerikanischen Raum konzipierten diagnostischen Instrumente wurde auch auf Deutsch übersetzt und validiert. Dabei handelt es sich sowohl um strukturierte diagnostische Interviews (DDIS und SKID-D) als auch um Screening Instrumente für dissoziative Symptome in Fragebogenformat für spezifische Bereiche dissoziativer Erfahrungen. In diesem Rahmen werden nicht nur die bereits auf Deutsch vorliegenden Instrumente, sondern die meisten verfügbaren diagnostischen Instrumente vorgestellt (s. Kap. 1.5.2 und 1.5.3).

Man unterscheidet in der Diagnostik dissoziativer Symptome formal zwischen psychoformer, somatoformer und peritaumatischer Dissoziation.

- Die **psychoforme Dissoziation** umfasst alle Möglichkeiten, gedanklich „abwesend“ zu sein wie Absorption, Derealisation, Depersonalisation, „Unaufmerksamkeiten“, nicht zwischen Trauma oder Erinnerung und Wirklichkeit unterscheiden können, hohe fokussierte Konzentration etc.
- Die **somatoforme Dissoziation** bezieht sich auf die körperliche Manifestation dissoziativer Symptome. Einerseits legt die ICD-10 in den diagnostischen Kriterien für die dissoziativen Störungen ihren Schwerpunkt auf die Konversionssymptome (sensorische und motorische Beeinträchtigungen), andererseits existieren sogenannte „Körpererinnerungen“ an traumatische Erfahrungen. Darunter versteht man körperliche (auch Unterleibs)-Beschwerden, die ohne erklärliche medizinische Ursache und ohne eine der Person bewussten Verbindung zu einer traumatischen Situation auftreten, da nur noch die körperlichen Schmerzen, nicht aber die Tatsache der Gewalt erinnert oder bemerkt werden.

Häufig kommen psycho- und somatoforme Dissoziation gemeinsam vor. Beide Formen verlaufen über einen längeren Zeitraum (meist Jahre). Nach Forschungsergebnissen von Nijenhuis et al. (1998a) gibt es einen Zusammenhang zwischen der Schwere der Traumatisierung und der Art der Dissoziation. (Je schwerer, umso mehr und umso mehr Bereiche, s. auch Waller et al., 2000).

- Die **peritraumatische Dissoziation** bezeichnet das Ausmaß an Dissoziation in der traumatischen Situation selbst.

Die peritraumatische Dissoziation (während eines Unfalls, Naturkatastrophe oder Überfalls) wird von 30-78% aller Opfer berichtet, z.B. in Form von Veränderungen in der Erlebensqualität der Zeit (Zeitlupe oder Schnellvorlauf), des Ortes (Derealisation, Tunnel-Vision) und der eigenen Person (Out-of Body, Depersonalisation, keine Schmerzwahrnehmung, Verwirrung), die das Ereignis mit einem Gefühl von Unwirklichkeit verbinden (Marmar et al., 1998; Spiegel, 1993a).

Die Lifetime-Prävalenz-Rate für mindestens ein traumatisches Ereignis liegt bei 68%, ca. 9-12% der traumatisierten Personen entwickeln im Verlauf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) (Resnick et al., 1993). Peritraumatische Dissoziation erhöht bei Männern und Frauen gleichermaßen die Vulnerabilität für eine später auftretende PTB (Marmar et al., 1994; Tichenor et al., 1994).

Es gibt zwei Richtungen, aus denen u.a. zur peritraumatischen Dissoziation geforscht wird.

- Die eine entstand in Anlehnung an Janets „*misère psychologique*“: Es gibt fundamentale funktionelle Defizite in der Konstitution einer Person, die deren (psychische) Energie schwächt und dadurch verhindert, dass ihre geistigen Erfahrungen voll in das Bewusstsein integriert werden (Dissoziation).

Neuere Untersuchungen fokussierten auf individuelle Unterschiede in der Schwelle zur Dissoziationsfähigkeit, die z.B. durch wiederholte Traumaerfahrungen oder auch genetische Dispositionen verursacht sein können.

- Andere Untersuchungen legen den Schwerpunkt auf die neuropsychologischen und endokrinologischen Unterschiede, die in PTSD-PatientInnen gefunden werden.

Bisherige Ergebnisse aus beiden Bereichen lassen sich mit der peritraumatischen Dissoziation vereinbaren: Die peritraumatische Dissoziation wird um so wahrscheinliche und höher, je schwerer die Traumatisierung war, je größer die subjektiv wahrgenommen Bedrohung war, je jünger die Person war, je schlechter ihre allgemeine soziale Anpassung war, je größer die externalen

Kontrollüberzeugungen waren, je mehr Vermeidungsverhaltensweisen an den Tag gelegt werden und je höher das Ausmaß an emotionaler Selbstkontrolle ist (Marmar et al., 1996; 1998).

3.1 Diagnostische Hinweise

Ross (1989, S. 102) gibt aus seiner eigenen klinischen Erfahrung als unspezifische diagnostische Hinweise auf die dissoziative Identitätsstörung folgende zehn Kriterien vor:

- Eine Geschichte von sexueller und/oder körperlicher Misshandlung (s. Kap. 4.2.1). Oftmals löst nach Huber (1995) bereits die diagnostische Frage nach körperlicher, seelischer oder sexueller Gewalt einen Wechsel aus.
- Geschlecht weiblich
- Alter 20 - 40 Jahre. Obwohl die Störung bereits in der Kindheit in der Identitätsentwicklung entsteht, wird sie meistens erst im mittleren Erwachsenenalter diagnostiziert.
- Zeitverlust oder Gedächtnislücken ("blank spells"). Multiple Persönlichkeiten haben nach Huber (1995) Amnesien für große Zeiträume ihrer Kindheit und Jugend und/oder ihre gesamte weitere Lebensgeschichte. Eventuell konfabulieren sie sich eine glückliche Kindheit oder machen nur sehr vage oder ausweichende Aussagen dazu.
- Stimmen im Kopf oder andere Schneidersche Symptome ersten Ranges.
- Die DSM-III-R Kriterien für die Borderline-Persönlichkeit werden (fast) alle erfüllt.
- Vorherige psychotherapeutische Behandlungen erbrachten keine substantielle Besserung.
- Selbstzerstörerisches Verhalten.
- Keine Gedankenstörung.
- Kopfschmerzen.

Nach Kluft (1988a, S. 595) können zusätzlich als "Alarmsignale" für DIS gelten, wenn

- vorangegangene Behandlungen eindeutig fehlgeschlagen waren,
- PatientInnen mit bereits drei oder vier verschiedenen Diagnosen versehen sind und
- psychiatrische und somatische Symptome gemeinsam auftreten.

Besondere Hinweise auf DIS geben

- fluktuierende Symptome und/oder ein fluktuierendes Funktionsniveau der PatientInnen,
- Zeitverzerrungen oder -verluste und

- die Tatsache, sich als "wir" zu bezeichnen, wenn sie von sich als Gesamtperson sprechen.

Als Indikator kann ferner gelten, wenn

- andere Menschen beobachtbare Wechsel/Veränderungen bemerken,
- oder PatientInnen von Verhaltensweisen berichtet wird, an die diese sich nicht erinnern können oder
- PatientInnen Gegenstände oder Schriftstücke/Notizen in ihrem Besitz vorfinden, die sie nicht kennen.

3.2 Selbstberichtsinstrumente

Die verschiedenen Screening-Fragebögen erfassen dissoziative Erfahrungen und Symptome mit Schwerpunkten auf spezifischen Bereichen.

- Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (DES/ FDS) bezieht sich auf die allgemeine Dissoziationsfähigkeit/ Dissoziativität eines Menschen, wobei in der deutschen Fassung sowohl die psychoforme als auch die somatoforme Dissoziation im Sinne der ICD berücksichtigt werden.
- Der Dissoziationsfragebogen DIS-Q eignet sich besonders (aber nicht ausschließlich) für dissoziative Symptome, die im Rahmen einer Essstörung zum Tragen kommen.
- Der Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED) erfasst ähnlich wie die DES psychologische Dissoziation.
- Der Somatoform Dissociation Questionnaire 20 oder 5 (SDQ-20/5) erfasst speziell die körperlichen Symptome der Dissoziation.
- Der Fragebogen zur peritraumatischen Dissoziation soll Auskunft geben über das Ausmaß an „Abwesenheit“ im Augenblick der Traumatisierung, die in engem Zusammenhang mit dem nachfolgenden Auftreten einer posttraumatischen Belastungsreaktion stehen soll (Marmar & Weiss, 1994).
- Die Perception Alteration Scale (PAS) unterscheidet im Hilgard'schen Sinne zwischen normaler und pathologischer Dissoziation.
- Auch der MMPI scheint in eingeschränkter Weise geeignet zu sein, allgemeine dissoziative Erfahrungen zu erfassen, zwei Instrumente, die aus MMPI-Teilskalen bestehen, sind daraus abgeleitet worden (PDS, NCDI).

3.2.1 Dissociative Experiences Scale (DES), DES-T und Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

3.2.1.1 Dissociative Experiences Scale (DES/ Bernstein & Putnam, 1986) - Das Original

Die DES ist ein 28-Item umfassendes Selbstbericht-Instrument, das von Carlson und Putnam 1986 entwickelt wurde und 1993 in eine Intervallskalen-Niveau umgewandelt wurde. Es liegen umfangreiche Untersuchungen zu den psychometrischen Eigenschaften vor, die Gütekriterien sind gut erfüllt (Carlson & Putnam, 1993; Carlson et al, 1993 a & b; North et al., 1993; Ross et al., 1990; Frischholz et al., 1992; Ross et al., 1988). Itemanalysen der DES zur Messung der Dissoziationsfähigkeit in der Allgemeinpopulation verwiesen auf drei Hauptfaktoren Dissoziative Amnesie, Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen (Absorption) und Depersonalisation/ Derealisation (Josh & Currie, 1991; Bernstein et al., 2001; Frischholz et al., 1991), mit der stärksten Ladung auf der Absorption. Neuere Forschungen sprechen für einen einzigen Hauptfaktor Dissoziation (Bernstein et al., 2001). Es besteht kein Geschlechtsunterschied in der Dissoziationsfähigkeit, sie scheint in der Jugend am höchsten zu sein. Zum Verständnis der Items scheint ein High-School-Abschluss empfehlenswert zu sein (Frueh et al., 1996)

Die DES ist der „älteste“ und in Untersuchungen am häufigsten eingesetzte Screening-Fragebogen für dissoziative Symptome bzw. die Dissoziationsfähigkeit einer Person. Eine Metaanalyse bis dato aller Untersuchungen mit der DES mit insgesamt 11914 Personen, darunter 827 mit DIS, von Van Ijzendoorn & Schuengel (1996) bestätigte ihre guten psychometrischen Eigenschaften und besonders ihre Fähigkeit, Personen mit DIS und allen anderen dissoziativen Störungen von anderen klinischen Gruppen zu unterscheiden. Ihre Vorhersagekraft ist für DIS und PTSD, sowie körperliche/ sexualisierte Gewalterfahrungen am höchsten. Allerdings wurde auch aus den Daten klar, dass das Vorliegen eines Traumas alleine nicht die Höhe der Werte bestimmt, sondern andere Faktoren ebenfalls Einfluss nehmen (Carlson et al., 1993 a; Bernstein et al., 2001).

Obwohl weit verbreitet, ist das Gleichsetzen eines Cutoff-Wertes als Diagnosekriterium für das Vorliegen einer dissoziativen Störung nicht empfehlenswert.

In 85 Untersuchungen mit knapp 12.000 TeilnehmerInnen fanden Van Ijzendoorn & Schuengel (1996) in ihrer Meta-Analyse folgende Mittelwerte für einzelne Stichproben.

Stichprobe	Anzahl an Studien	Anzahl an Personen	Median	Mittlere DES-Werte (SD)
Angststörungen	5	468	10,16	10,32 (9,99)
Essstörungen	11	345	14,51	14,82 (11,49)
Persönlichkeitsstörungen	7	462	16,80	19,61 (16,24)
Schizophrenie	4	63	19,10	17,10 (15,30)
Affektive Störungen	3	81	19,43	-
PTSD	9	259	32,58	32,01 (19,18)
DDnos	6	121	35,29	39,49 (15,83)
DIS	18	472	56,63	44,64 (20,26)
„Normale“	11	1578	11,05	11,57 (10,63)
StudentInnen/ Jugendliche	21	5676	14,40	14,27 (11,54)
Anfallsleiden	3	130	8,12	6,70 (6,80)
Psychiatrie- PatientInnen	16	1302	16,39	16,66 (16,41)
Kriegsveteranen	3	62	20,58	20,58 (21,63)
Frauen mit sexueller Gewalterfahrung	3	238	27,06	29,17 (20,99)

Tabelle 4:

Mittlere DES-Werte verschiedener Stichproben aus einer Meta-Analyse (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

“The DES is very promising as a screening tool for MPD ... to measure a central and core component of a syndrome. ... It is sensitive to, but not specific for, MPD. One could easily conceive it as an 11th scale on the MMPI, measuring dissociation. A polysymptomatic, polysyndromic patient with marked use of dissociation would be most plausible candidate for the diagnosis of MPD”
(North et al., 1993, S. 105).

Bevor die erweiterte und autorisierte Übersetzung der DES durch Freyberger et al. (1998) auf den Markt kam, wurden bereits einige Diplomarbeiten in Deutschland mit einer selbst übersetzten Fassung der DES durchgeführt, u.a. in klinischen Populationen mit Essstörungen, Schizophrenie, Depressionen, Borderline Persönlichkeitsstörungen und/oder traumatischen Erfahrungen in der Kindheit allgemein (Hansmann, 1996; Ihle, 1996; Lauscher, 1997). Die gefundenen Mittelwerte liegen in einem vergleichbaren Rahmen mit denen der amerikanischen Originalskala.

Quelle	Stichprobe	DES-Mittelwerte	SD	Anz.
Lauscher (1997)	StudentInnen	8,10	5,37	n = 31
Hansmann (1996)	StudentInnen	8,97	5,78	n = 20
Ihle (1996)	„Gesunde“	7,63	5,96	n = 70
Ihle (1996)	Depressive	6,51	3,68	n = 25
Ihle (1996)	Schizophrene	12,93	11,04	n = 25
Hansmann (1996)	Frauen mit Essstörungen	20,79	13,26	n = 40
Ihle (1996)	Borderline Persönlichkeitsstörung	22,09	20,36	n = 10
Hansmann (1996)	Frauen mit sex. Gewalterfahrung	22,28	12,81	n = 40
Lauscher (1997)	Frauen mit sex. Gewalterfahrung	30,46	21,8	n = 82

Tabelle 5:
Übersicht über die Mittelwerte der DES in Untersuchungen in Deutschland.

Die DES ist (zusätzlich) für die Niederlande (Ensink & van Otterloo, 1989) und für Israel (Dolgin & Saadon, 2001) validiert.

3.2.1.2 Die Taxon-Fassung der Dissociative Experiences Scale (DES-T/ Waller et al., 1996)

Umfangreiche statistische Analysen wiesen darauf hin, dass die Dissoziationsfähigkeit in zwei deutlich voneinander unterscheidbare Cluster unterteilt werden kann: Die Fähigkeit zur Absorption (imaginative Involviertheit, Verwechslung von Traum/ Gedanken mit der Wirklichkeit) und die pathologische Dissoziation. Bei der Klassifikation in normale oder pathologische Dissoziation handelt es sich um eine latent-class Variable, es gibt einen klaren (natürlichen) Unterschied zwischen Menschen, die pathologisch dissoziieren oder nicht (Waller et al., 1996; Waller & Ross, 1997). Acht Items der DES bilden das Taxon der pathologischen Dissoziation am besten ab.

Item-Nr. DES	Item Nr. FDS	Faktor
Item 3	Item 3	Amnesie
Item 5	Item 30	Amnesie
Item 7	Item 11	Depersonalisation/ Derealisation
Item 8	Item 27	Amnesie
Item 12	Item 32	Depersonalisation/ Derealisation
Item 13	Item 6	Depersonalisation/ Derealisation
Item 22	Item 37	Identitätswechsel/ Identitätskonfusion
Item 27	Item 21	Depersonalisation/ Derealisation

Tabelle 6:
DES- und FDS-Itemnummer der DES-T mit empfohlenem Cut-Off-Wert.

Bisher waren umfangreiche statistische Prozeduren nötig, um die Wahrscheinlichkeit einer Taxonzugehörigkeit zu berechnen. In einer neueren Untersuchung von Ross et al. (2002) erwies sich (als erster Hinweis) ein Cut-Off-Wert von 20 (Mittelwert der 8 Items) als hinreichend genau für die Zuordnung zur pathologischen Dissoziation.

Bisher liegt eine einzige Zwillingsuntersuchung an Jugendlichen aus Kalifornien zur pathologischen Dissoziation vor (Waller & Ross, 1997). Es ließen sich ca. 45% der beobachteten Varianz der DES-T-Werte durch gemeinsame Umwelteinflüsse aufklären, die andere Varianz sprach eher für den Einfluss nicht-gemeinsamer Umwelteinflüsse als für eine genetische Disposition. Diese Untersuchung wird wiederholt, wenn die Zwillinge im Erwachsenenalter sind, da sich die Werte der Jugendlichen nicht automatisch mit denen von Erwachsenen gleichsetzen lassen. Die Dissoziationsfähigkeit liegt wie die Hypnotisierbarkeit im Jugend- und jungen Erwachsenenalter höher als im späteren Erwachsenenalter (Ross, 1989)

Aus der zunehmenden Forschung zur pathologischen Dissoziation erhofft man sich mehr Klarheit über die oftmals widersprüchlichen Daten (z.B. auch in Bezug auf die Hypnotisierbarkeit). Die Forschungen zur pathologischen Dissoziation stehen noch am Anfang, bedeuten aber einen großen Durchbruch in der Erforschung der Dissoziation (s. auch Allen et al., 2002). Offene Forschungsfragen betreffen

- die konstituierenden Gemeinsamkeiten, die eine Taxonzuordnung „verursachen“,
- den Zusammenhang des dissoziativen Taxons zu den dissoziativen Störungen,
- den Zusammenhang/ die Korrelation der Art traumatischer Kindheitserfahrungen mit der Taxon-Zugehörigkeit und die Frage
- ob es eine genetische Disposition gibt, die eine Taxonzugehörigkeit festlegt.

3.2.1.3 Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS/ Freyberger et al., 1999)

In der autorisierten deutschen Fassung der DES wurden von Freyberger et al. (1998/ 1999) die Itemanzahl von 28 auf 44 Items erhöht, um auch den körperlichen Aspekten der Dissoziation, wie sie die ICD-10 betont, gerecht zu werden, die auch in einer Skala „Konversion“ abgebildet wird.

Der FDS erwies sich als leicht einsetzbares, gut akzeptiertes und valides Screening-Instrument für dissoziative Störungen in der Psychiatrie und Neurologie in Deutschland (Spitzer et al., 1994). Die aufwendig getesteten teststatistischen Parameter entsprechen dem amerikanischen Original, die Korrelation zwischen DES und FDS ist hoch. Der FDS ist nicht nur in der Lage, zwischen klinischen und nicht-

klinischen Stichproben zu unterscheiden, sondern auch zwischen PatientInnen mit und ohne dissoziativer Störungen.

Itemanalysen bestätigten die gute Reliabilität und Validität der neu aufgenommenen 16 Items sowie der Skala Konversion (Freyberger et al., 1998; 1999). Es ergab sich aus den Daten ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen eines allgemeinen Dissoziationsfaktors. Die drei (amerikanischen) Faktoren/ Subskalen (Amnesie, Absorption, Derealisation/ Depersonalisation) konnten nicht repliziert werden (Freyberger et al., 1999).

Stichprobe	Anzahl	Mittelwert FDS (SD)	Mittelwert DES (SD)
nicht rep. Normalpopulation	N= 260	4,84 (4,09)	6,53 (5,17)
unselektierte Neurologie	N= 110	5,76 (4,53)	6,13 (4,79)
Alkoholiker	N= 35	6,69 (5,68)	7,63 (5,47)
Chirurgie	N= 41	6,77 (6,96)	8,52 (7,22)
Studenten	N= 167	7,23 (6,18)	9,84 (7,84)
unselektierte Psychiatrie	N = 152	7,34 (5,79)	8,10 (6,47)
Schizophrene	N = 58	14,14 (11,58)	15,58 (12,95)
dissoziative st. Neurologie	N= 45	18,76 (13,25)	19,29 (13,83)
dissoziative st. Psychiatrie (ohne DIS!)	N = 59	16,88 (9,74)	17,95 (10,67)
Angststörungen	N = 34	7,41 (4,47)	8,21 (4,57)
Anorexia Nervosa	N = 36	12,30 (11,84)	14,47 (12,68)
Bulimia Nervosa	N = 33	11,12 (7,54)	13,82 (9,14)
Übergewichtige	N = 36	9,09 (6,11)	11,62 (7,50)
Gesamt	N = 1066	8,23 (7,93)	9,73 (8,72)

Tabelle 7:

Mittelwert und Standardabweichung (SD) des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS) und der berechneten DES-Werte bei verschiedenen klinischen Populationen in der Untersuchung von Freyberger et al. (1999) (Nr. = Nummerierung der Stichprobe, st. = stationäre, diss. = dissoziative).

3.2.2 Dissoziations-Fragebogen (DIS-Q/ Vanderlinden et al., 1993)

Das zweite Screening Instrument, das bereits (unvalidiert) auf Deutsch vorliegt, ist der 63 Item umfassende Dissoziations-Fragebogen (DIS-Q) von Vanderlinden et al. (1993). Der DIS-Q erfasst Dissoziation in den faktorenanalytisch ermittelten Bereichen Identitätsverwirrung/ Spaltung (25 Fragen), Kontrollverlust (18 Fragen), Amnesie (14 Fragen) und Absorption (6 Fragen) und enthält einige Items, die sich gut zur Erfassung dissoziativer Erfahrungen im Rahmen einer Essstörung eignen. Neuere Forschungen sprechen auch beim DIS-Q für einen einzigen Hauptfaktor Dissoziation (Bernstein et al., 2001).

Seine psychometrischen Eigenschaften in Bezug auf Reliabilität und Validität werden als sehr gut beschrieben (Vanderlinden et al., 1993). Der DIS-Q weist eine gute interne Konsistenz (Cronbachs α 0.96) auf, die Test-Retest-Reliabilität nach 3-4 Wochen in einer Stichprobe mit 50 Personen lag bei 0.94 ($p < 0.0001$). Er korreliert sehr hoch mit der DES ($r = 0.85$; $N = 101$) (konvergente Validität) und verfügt über eine gute diskriminante Validität: Der DIS-Q unterscheidet DIS signifikant von anderen klinischen Populationen ($df = 6,588$; $F = 149,77$; $p < 0.0001$).

Stichprobe	Mittlere DIS-Q Werte	SD	Anzahl
DIS	3,5	0,4	N = 30
DDnos	2,9	0,6	N = 23
PTSD	2,7	0,5	N = 12
Essstörungen	2,2	0,5	N = 98
Schizophrenie	2,0	0,6	N = 31
Zwangsstörung	1,7	0,4	N = 17
Repräs. Allgemeinbevölkerung	1,5	0,4	N = 378

Tabelle 8:

Mittlere DIS-Q-Werte (mit Standardabweichung) in verschiedenen klinischen Populationen (Vanderlinden et al., 1993).

3.2.3 Somatoform Dissociation Questionnaire 20/ 5 (SDQ-20/ 5/ Nijenhuis et al., 1996)

Im Gegensatz zur psychologischen Dissoziation befasst sich der von Nijenhuis et al. (1996) entwickelte Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) speziell mit den körperlichen Aspekten der Dissoziation. Es werden sowohl Negativsymptome (körperliche Ausfälle) als auch traumabezogene intrusive Erfahrungen („Körpererinnerungen“ als anfallsartiger Schmerz ohne körperliche Ursache) erfasst. Die psychometrischen Eigenschaften der SDQ-20 (Skalierung, Reliabilität und Validität) erwiesen sich als sehr befriedigend (Nijenhuis et al., 1996; 1998b), die Korrelation mit der SKID-D und DES als hoch (Nijenhuis et al., 1997). Es zeigten sich keine Alters- oder Geschlechtseffekte. PatientInnen mit einer DIS erzielten höhere Werte als PatientInnen mit einer DDnos oder einer Depersonalisationsstörung, so dass der SDQ-20 auch zwischen diesen dissoziativen Störungen unterscheiden kann.

Aus dem SDQ-20 wurde teststatistisch eine Kurzform (SDQ-5) aus den fünf Items abgeleitet, die am besten zwischen PatientInnen mit einer dissoziativen Störung und PatientInnen mit anderen psychiatrischen Diagnosen unterscheiden (Item 4, 8, 13, 15, 18). (Nijenhuis et al., 1997, 1998b). Der empfohlene Cut-Off-Wert der auch aus dem SDQ-20 gezogenen SDQ-5 Items für ein ausführlicheres diagnostisches Interview zur Abklärung des Vorliegens einer dissoziativen Störung liegt bei 8.

Untersuchungen ergaben, dass das Ausmaß sowohl der psychoformen als auch der somatoformen Dissoziation in einem engen Zusammenhang mit schweren, chronischen sexuellen und physischen Gewalterfahrungen steht, die nach Aussage der Betroffenen früh begonnen und in einer gestörten und emotional vernachlässigenden Ursprungsfamilie stattgefunden haben (Nijenhuis et al., 1998a & c; Waller et al., 2000).

Der SDQ-20 wurde für die Türkei mit guten psychometrischen Eigenschaften validiert, der SDQ-5 erwies sich als nicht besonders tauglich (Sar et al., 2000).

3.2.4 *Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED/ Riley, 1988)*

K.C. Riley (1988) hat den 26 Items umfassenden Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED) als Ergänzung zur DES konzipiert, der in anderen Formulierungen dissoziative Erfahrungen in den Bereichen Derealisation, Depersonalisation, Absorption erfassen soll.

In Rileys Untersuchung liegt die Reliabilität des QED bei 0.77 (Cronbachs Alpha). Er scheint über eine gute Trennschärfe zwischen verschiedenen Diagnosen zu verfügen und unterscheidet u.a. DIS signifikant von anderen klinischen Störungen. Der empfohlene Cut-Off-Wert zur Abklärung des Vorliegens einer dissoziativen Störung liegt bei 15.

An einer Stichprobe von n=561 TeilnehmerInnen wurden Normwerte ermittelt, ebenso für verschiedene Gruppen psychiatrischer PatientInnen (Riley, 1988).

Stichprobe	Mittlere QED-Werte	SD	Anzahl
DIS	24,6	n.b.	n b.
Somatisierungsstörung	13,9	n.b.	n b.
Normalbevölkerung	9,92	4,28	N = 561

Tabelle 9:

Übersicht über die Mittelwertsunterschiede verschiedener Populationen im QED (Riley, 1988) (n.b. = nicht bekannt).

Obwohl der QED als kurzes Instrument sehr leicht anwendbar erscheint, hat er wenig Aufmerksamkeit und wissenschaftliche Anwendung erfahren (Ray & Faith, 1995; Ross, 1997; Steinberg, 1996).

Der QED wurde in unautorisierter Übersetzung in einer Diplomarbeit in Deutschland eingesetzt (Lendle, 1996). Der Mittelwert für StudentInnen liegt bei 8,5, der von Frauen mit Essstörungen und Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen liegt zwischen 13 und 15,6. Die Werte entsprechen weitestgehend der amerikanischen

Vorgabe. Es ergaben sich Hinweise auf einen allgemeinen Faktor, der Dissoziation anhand homogener Items misst. Teilweise sind die Items in doppelter Verneinung formuliert. In der Untersuchung in deutscher Übersetzung erwies sich das als problematisch in Bezug auf die Verständlichkeit.

Eine „offizielle“ (veröffentlichte) deutsche Übersetzung von Wolfradt & Kretschmar (1997) liegt vor, die bisher ausschließlich an einer studentischen Population validiert wurde. Nach Aussage der Autoren eignet sich der QED gut zur Erforschung des normalen Spektrums dissoziativer Prozesse. In dieser Untersuchung wurde das Antwortformat verändert und in eine Likert-Skalierung von 0 (nicht) bis 4 (völlig) gebracht.

Sieben Items (von 26!) des QED erfüllten das Kriterium der Größe der korrigierten Trennschärfe nicht und wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Der Mittelwert der StudentInnen im QED lag bei 22,93 (SD 10,02), Homogenität und interne Konsistenz der Skala wurden als gut bezeichnet (Cronbachs Alpha = .79).

3.2.5 *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI/ Hathaway & McKinley, 1940/ 1977), sowie die Phillipps Dissociation Scale (PDS/ Phillipps, 1994) und North Carolina Dissociation Index (NCDI/ Mann, 1995) aus dem MMPI-2*

Der MMPI ist ein objektiver, multidimensionaler Persönlichkeitstest aus 566 Items in 10 Skalen.

Mit einigen Einschränkungen eignet sich auch der MMPI zur Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung. Problematisch bleibt dabei nach Huber (1995a) eine ungenügende Differenzierung zwischen DIS und Borderline-Persönlichkeitsstörung (s. Coons & Fine, 1990). Folgendes Profil ergab sich für DIS-Patientinnen.

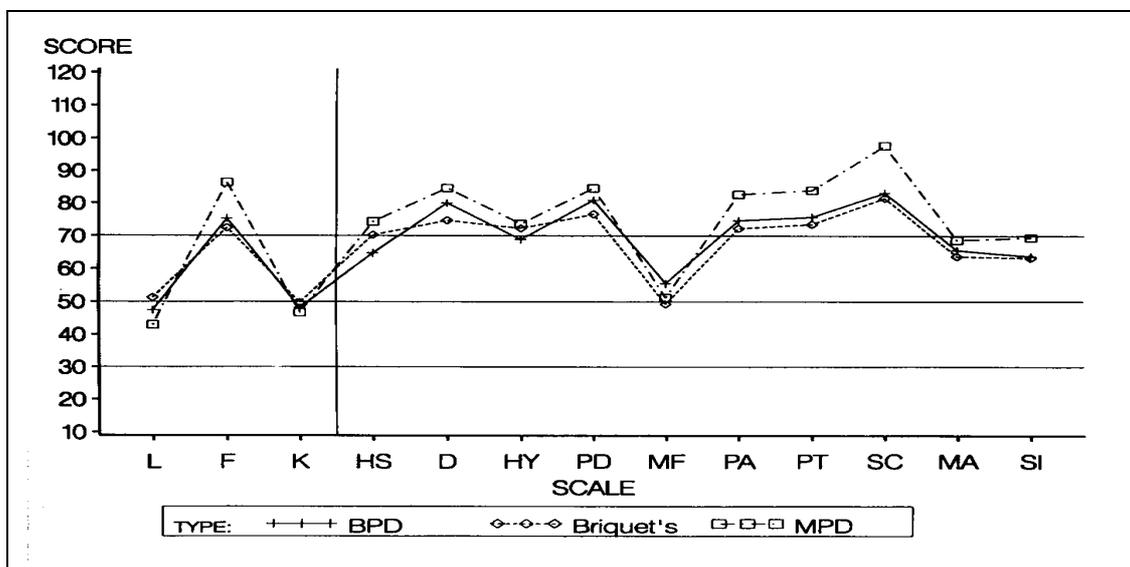


Abbildung 5:

Das MMPI-Profil von DIS-PatientInnen aus vier Untersuchungen (Bliss, 1984a; Coons & Sterne, 1986; Coons et al., 1988; Griffin, 1989), zit. in North et al. (1993), S. 89.

Eine (vereinfachte) Interpretation des beschriebenen Profils bedeutet (nach Hathaway und McKinley, 1977):

- **Hoher F-Wert:** Entweder hat die Person den Test oberflächlich ausgefüllt oder die Fragen nicht richtig verstanden (oder er wurde falsch ausgewertet). Relativ hohe Werte seien auch gelegentlich bei unkonventionellen, sehr gebildeten, progressiven und liberal denkenden Versuchspersonen zu finden.
- **Hoher Sc-Wert:** bizarres, ungewöhnliches Denken; es besteht eine Trennung zwischen Denkweise und Realität, so dass der Beobachter den Stimmungs- und Verhaltensänderungen rational nicht folgen kann (! Siehe diagnostische Hinweise). Ca. 60% der als schizophren diagnostizierten PatientInnen werden mit dieser Skala erfasst.

- **Hoher Hd-Wert:** Sorge um die Gesundheit, Klagen über Schmerzen und Störungen, für die keine organische Ursache gefunden werden (! s. „Körpererinnerungen!), Suche nach Mitgefühl bei anderen; Pessimismus, Mutlosigkeit; manchmal weinerlich oder zynisch.

Aus dem MMPI haben Mann (1995) und Phillipps (1994) unabhängig voneinander zwei verschiedene Skalen zur Erfassung der Dissoziativität abgeleitet, die sich interessanterweise in nur 4 Items entsprechen.

Phillipps Dissociation Scale (PDS)

Die Phillipps Dissociation Scale (PDS) besteht aus 20 Items aus dem Original MMPI. Die Validierung erfolgte an 40 PatientInnen der eigenen Praxis mit und ohne dissoziative Störungen. Eine Faktorenanalyse erbrachte 4 Hauptfaktoren (Amnesie/ Identitätsveränderung, Konversionssymptome, Stimmen Hören, Trance/ Depersonalisation). Es sind mir keine weiteren Untersuchungen mit der PDS bekannt.

North Carolina Dissociation Index (NCDI)

Der North Carolina Dissociation Index (NCDI) von Mann (1995) besteht aus 16 Items des MMPI-2 und ist von seinem „Erfinder“ ausschließlich an einer studentischen Stichprobe getestet worden. Der NCDI unterscheidet nach Manns Angaben Studenten mit einer dissoziativen Störung (N = 7) von denen mit einer Angststörung (N = 15) oder ohne psychische Störung (N = 23). Des Weiteren liegen die Gesamtwerte des NCDI bei verhaltensgestörten Studenten mit einer PTSD (N = 14) deutlich höher als wenn keine PTSD hinzukommt (N = 5). Cronbachs Alpha liegt in der ersten Untersuchung bei .75, bzw. bei .78 in der zweiten.

Ein unabhängiger Validierungsversuch sowohl der PDS als auch des NCDI gegen die DES an 160 klinischen PatientInnen mit sexueller Gewalterfahrung in der Vorgeschichte von Hansen & Gold (1997) ergab keinerlei signifikante Korrelation der beiden Skalen mit der DES.

PDS und NCDI zeigten weder einen signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtwert noch mit den faktorenanalytisch gefundenen Subskalen dissoziative Amnesie, Derealisation/ Depersonalisation und Absorption der DES. Nur drei Items des NCDI korrelierten überhaupt signifikant mit der DES, bei der PDS waren es immerhin sieben. Es gab weitere Hinweise auf eine geringe interne Konsistenz der beiden Skalen.

Leavitt (2001) entwickelte aus dem MMPI-2 ein weiteres Instrument zum Screening somatoformer Symptome. Ergebnisse liegen noch nicht vor.

3.2.6 Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ/ Marmar et al., 1996)

Der Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) erfasst in 10 Items das Ausmaß an Dissoziation in der Traumasituation selbst. Er liegt sowohl in einer Fragebogenfassung als auch als Interview-Form als Fremdrating vor. Beide Messinstrumente sind reliabel und valide, mit hoher interner Konsistenz. PDEQ-Werte stehen in hohem Zusammenhang zur Schwere der Traumatisierung, zum Auftreten einer nachfolgenden PTB, zur allgemeinen Dissoziationsfähigkeit und in einem geringen Zusammenhang mit einer allgemeinen Psychopathologie (gemessen anhand des MMPI-2).

Der PDEQ-Wert wird um so höher, je schwerer die Traumatisierung war, je größer die subjektiv wahrgenommenen Bedrohung war, je jünger die Person war, je schlechter ihre allgemeine soziale Anpassung war, je größer die externalen Kontrollüberzeugungen waren, je mehr Vermeidungsverhaltensweisen an den Tag gelegt werden und je höher das Ausmaß an emotionaler Selbstkontrolle ist (Marmar et al., 1996; 1998).

3.2.7 Weitere Screeninginstrumente für dissoziative Symptome

Hopkins Symptom Checklist revised (SCL-90-R/ Derogatis, 1986)

Die Symptom Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis et al.(1986) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome der Person in einem Zeitfenster von sieben Tagen in einer mehrdimensionalen Auswertungsstruktur. Briere & Runtz (1990) entwickelten für die SCL-90-R eine zusätzliche, 13 Fragen umfassende Dissoziationsskala. Für dieses Verfahren liegen bisher nur vorläufige Daten und Ergebnisse hinsichtlich Reliabilität und Validität vor.

In einer Untersuchung von Ross (aus Ross, 1997, S. 170) mit der SCL-90-R an 144 DIS PatientInnen ergab sich ein unspezifisches Profil, das keine Differentialdiagnose zur Psychose ermöglichte. DIS-PatientInnen hatten in vielen pathologischen Bereichen hohe Werte, v.a. in den Skalen Angst, Depression, zwischenmenschliche Sensitivität und Psychotizismus. Man kann davon ausgehen, dass sich die ursprüngliche SCL-90-R nicht spezifisch als diagnostisches Instrument für DIS oder dissoziative Symptome eignet.

Perceptual Alteration Scale (PAS/ Sanders, 1986)

Die Perceptual Alteration Scale von Sanders (1986) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches anhand von 25 Items normale und pathologische Dissoziation abbildet. Die Einzelitems sind dem MMPI (Hathaway & McKinley, 1970) entlehnt. Eine faktorenanalytische Lösung erbrachte drei Dimensionen: Affekt und Depersonalisation, Depersonalisation und Verlust der Körperkontrolle sowie Gedächtnisstörung. Detaillierte Analysen psychometrischer Gütekriterien stehen bisher noch aus (Steinberg, 1996; Freyberger et al., 1998).

State Scale of Dissociation (SSD/ Kruger & Mace, 2002)

Die State Scale of Dissociation erfasst in 56 Items (im Gegensatz zu einem Trait-Konzept) das Ausmaß der Dissoziation in der aktuellen Situation. Die Itemformulierung folgte 7 Subskalen: Derealisation, Depersonalisation, Identitätskonfusion, Identitätsveränderung, Konversion, Amnesie und Hypermnesie. Die SSD wurde in Südafrika entwickelt und an 130 Personen mit psychischen Störungen (Depressionen, Schizophrenie, Alkoholentzug, dissoziative Störung, Kontrollgruppe) validiert. Sie ist in ihrer Einsatzmöglichkeit nicht nur auf Personen mit dissoziativen Störungen begrenzt. Die SSD erfüllte die psychometrischen Gütekriterien in befriedigender Weise und gilt als vielversprechendes Instrument für weitere Forschung.

3.3 Diagnostische Interviews

Es liegen verschiedene klinische Interviews zur Diagnose dissoziativer Störungen vor.

- Der Dissociative Disorders Interview Schedule wurde im Rahmen dieser Arbeit als Strukturiertes Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS) auf deutsch übersetzt und in klinischen Populationen validiert.
- Der SKID-D gilt als das „Königsinstrument“ zur Diagnose dissoziativer Störungen und wurde in der Arbeitsgruppe um Fr. Dr. Gast an der Medizinischen Hochschule Hannover 2000 für Deutschland validiert.
- Nur auf Englisch liegen ferner das Loewenstein-Interview (Clinical Mental Examination Status for Complex Dissociative Symptoms), das Clinician Administered Dissociative States Scales (CADDs), sowie der Peritraumatic Dissociation Questionnaire (Rater Version).
- Als Instrument komplexer Traumastörungen wird der SIDES (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress) eingeführt.

Aus den projektiven Verfahren liegen auch differentialdiagnostische Ergebnisse mit dem Rohrschach-Test vor.

3.3.1 Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS/ Ross et al., 1989f)

Es handelt sich beim DDIS um einen 132 Items umfassenden Interviewleitfaden, der sich in der aktuellen Fassung an den DSM-IV Diagnosen für Dissoziative Störungen (Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Depersonalisationsstörung, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung und DIS), Somatisierungsstörung, Major-Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung orientiert. Des weiteren erfasst der DDIS systematisch Bereiche, die von PatientInnen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung im klinischen Kontext häufig berichtet worden sind (wie Gewalterfahrungen in der Kindheit, sekundäre Anzeichen einer DIS, außersinnliche Erfahrungen, Erleben von Trancezuständen oder Schlafwandeln, Vorhandensein imaginativer Spielkameraden, Schneidersche erstrangige Symptome etc.). Die Durchführung dauert in der Regel zwischen 45 und 90 Minuten.

Der DDIS verfügt über gut getestete Reliabilität und klinische Validität in ambulantem wie stationärem Setting (Ross, 1989), mit sehr hoher Sensitivität und Spezifität für DIS (Ross, 1997) auch in der Differentialdiagnose zu anderen dissoziativen Störungen. (Ross et al., 1990a ; Ross et al., 1989e). In einer Validierung des DES gegen den DDIS von Ryan & Ross (1988, in Ross, 1997) unterschieden die sekundären Anzeichen einer DIS am besten die hoch von den niedrig Scorerern im DES.

Der DDIS wurde bereits in verschiedene Sprachen übersetzt und in anderen Ländern eingesetzt. Übersetzungen in Französisch, Holländisch, Italienisch, Hebräisch, Spanisch, Japanisch, Türkisch, Polnisch (und Deutsch) liegen vor (Ross, 1997). Im interkulturellen Vergleich (z.B. Sar et al., 1996) ergeben sich ähnliche Symptomprofile.

3.3.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders - Revised (SCID-D-R/ Steinberg et al., 1993/1994)

Der SCID-D-R erfragt in 200 Items die DSM-IV Diagnose-Kriterien der fünf dissoziativen Störungen (Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätskonfusion und Identitätsveränderungen), wobei zusätzlich die Schwere der folgenden fünf dissoziativen Symptome festgestellt wird.

Der SCID-D-R ist die ans DSM-IV angepasste Fassung des SCID-D von Marlene Steinberg von 1994, der die Lücke im SKID ausfüllen soll, der nicht explizit nach dissoziativen Symptomen fragt. Bei Personen mit einer dissoziativen Störung dauert die Durchführung im Schnitt zwischen 60 und 120 Minuten.

Es ist ein erprobtes, bewährtes und umfangreiches Instrument zur Dokumentation dissoziativer Symptome und erlaubt eine genaue und zusammenfassende Diagnostik dissoziativer Phänomene bei Jugendlichen und Erwachsenen mit einer exzellenten Reliabilität und Validität. Die Test-Retest und Inter-Rater Reliabilität für DIS liegt bei 0.95 (Ross, 1997). Er verfügt über eine hohe diskriminante Validität für DIS und andere dissoziative Störung und erlaubt sogar eine Differentialdiagnose zwischen echten Krampfanfällen bzw. Pseudo-Krampfanfälle, die Differentialdiagnose der DIS gegen Schizophrenie (Steinberg et al., 1994) sowie die Unterscheidung zwischen substanzinduzierter oder dissoziativen Symptomen. Er ist sowohl für eine psychologische als auch eine forensische Diagnostik geeignet, da es keine Suggestivfragen stellt, sondern die PatientInnen aufgefordert werden, die Art ihrer Symptome mit eigenen Worten zu beschreiben. Zudem ist eine Abgrenzung gegen Vortäuschen möglich, indem der Inhalt, die Konsistenz und die Komplexität der gegebenen Antworten von der InterviewerIn beurteilt werden.

Aufgrund seiner Komplexität ist der SCID-D(-R) in der Anwendung sehr zeitintensiv und erfordert ein gründliches, ausführliches Rater-Training (Steinberg, 2001).

Der SCID-D ist für die Niederlande (Boon & Draijer, 1993) und Deutschland validiert (Gast et al., 2000). Es existiert ebenfalls eine norwegische Übersetzung (Knudsen et al., 1995). Der SCID-D gilt als das „Königsinstrument“ zur Diagnose dissoziativer Störungen.

3.3.3 Clinical Mental Status Examination for Complex Dissociative Symptoms (Loewenstein, 1991).

Die Clinical Mental Status Examination for Complex Dissociative Symptoms ist ein halbstrukturiertes Interview, das dissoziative Symptome aus den sechs Bereichen: Identitätskonfusion, Persönlichkeitswechsel („switches“), Amnesie, autohypnotische Phänomene, körperliche und affektive Symptome sowie Merkmale der posttraumatischen Belastungsstörung erfasst. Bisher liegen weder psychometrische Gütekriterien der Originalfassung noch eine deutsche Übersetzung vor (Freyberger et al., 1999).

3.3.4 Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS/ Bremner et al., 1998)

Der CADSS von Bremner et al. (1998) ist ein aus Fragen und Beobachtung kombiniertes Instrument zur Feststellung dissoziativer Phänomene im aktuellen Augenblick der Befragung (Amnesie, Depersonalisation und Derealisation). Er besteht aus 27 Items, von denen 19 von der befragten Person beantwortet werden und acht von der BeobachterIn/ InterviewerIn. InterviewerInnen sollten vor Durchführung im Erkennen dissoziativer Symptome geschult sein.

Die CADSS verfügt über gute psychometrische Werte, mit hoher Interrater-Reliabilität ($r = .92$), hoher interner Konsistenz (Cronbachs Alpha = $.94$) und guter externer Validität. Der CADSS unterscheidet PTSD-PatientInnen mit (mindestens) einer komorbiden dissoziativen Störung (diagnostiziert anhand des SKID-D) von Schizophrenen und AngstpatientInnen, normalen Kontrollpersonen und Kriegsveteranen ohne PTSD mit einer Sensitivität von 86% (Bremner et al., 1998).

Die Korrelation zur DES liegt bei $r = .48$; dieser eher geringe Korrelationskoeffizient kann nach Aussagen der Autoren damit zusammenhängen, dass die CADSS die aktuelle Dissoziation misst, während sich die DES auf die allgemeine Dissoziationsfähigkeit bezieht. Dementsprechend sensibel ist der CADSS für Veränderungen, z.B. durch eine Traumaexposition.

Stichprobe	Mittlere CADSS-Werte	SD	Anzahl
PTSD u. dissoziative PatientInnen.	19,3	18,7	n = 30
PTSD	14,8	16,9	n = 5
Schizophrenie	3,7	5,2	n = 22
Affektive Störungen	7,5	9,6	n = 15
Vietnam Veteranen ohne PTSD	1,3	3,9	n = 11
gesunde Kontrollgruppe	1,5	2,5	n = 8

Tabelle 10:

Mittlere CADSS-Werte bei verschiedenen Stichproben (SD = Standardabweichung).

3.3.5 Structured Interview of Disorders of Extreme Stress (SIDES/ Pelcovitz et al., 1997)

Weil traumatisierte PatientInnen nicht immer die vollen Kriterien einer PTBS erfüllen und gerade frühe Traumatisierungen auch zu Veränderungen im Reifungs- und Entwicklungsprozess führen, wurde 1997 der SIDES von Pelcovitz et al. konzipiert. In 48 Fragen umfasst das Interview sieben Bereiche: Affekt- und Impulskontrolle,

Aufmerksamkeit und Bewusstsein, Selbstwahrnehmung, Wahrnehmung des Täters, Beziehungen zu anderen, Somatisierung und Bedeutungssysteme. Die Fragen entstanden aus Experteneinschätzung, die bisher erfolgte Untersuchung diente der Validierung in den USA an 520 Personen. Der SIDES erfüllte die Gütekriterien für die Interrater-Reliabilität sowie für die interne Konsistenz in befriedigender Art und Weise. Es liegt eine deutsche Übersetzung als IKK-PTSD von Sack (2002/2004) vor, die sich in ihrer Validierungsphase befindet.

3.4 Projektive Verfahren

3.4.1 Rohrschach-Test (Rohrschach/ (1921) 1957)

Der Rohrschach-Test ist das meist eingesetzte projektive Verfahren zur Diagnose einer Persönlichkeitsstruktur. Er besteht aus 10 standardisierten Tittenklecks-Tafeln, deren Bedeutung die Versuchsperson assoziieren soll. Die Angabe zur Retest-Reliabilität liegt in Untersuchungen zwischen 0,80 und 0,90 mit einer ebenfalls guten klinischen Validität. Am konstantesten haben sich die Symptomwerte der B(ewegung) und der Farben erwiesen (Bohm, 1957). Der Test wird anhand quantitativer Verrechnungskategorien ausgewertet; wobei die ursprüngliche Exnersche Verrechnungsformel für TraumapatientInnen empfohlen wird (Levin & Reis, 1997; Van der Kolk & Ducey, 1989). Typischerweise zeigen sich bei ihnen folgende Bereiche im Vergleich zu einer Normalpopulation verändert (Levin & Reis, 1997):

- Mehr unbelebte Bewegungsantworten (m), interpretiert als „eine Haltung des machtlosen Zuschauers“,
- mehr diffuse Schatten-Antworten (Y), die sich auf Gefühle von Angst und Hilflosigkeit beziehen,
- viele unstrukturierte Farbantworten (s.u.) als Hinweis auf unmodulierten Affekt.

Es gibt (bisher) drei Antwortmöglichkeiten, die eine Diagnose DIS aufgrund der Rohrschach-Antworten erlauben (Leavitt & Labott, 1998):

◆ **Wagner Signs** (Wagner et al., 1983):

Es bedarf folgender fünf Rohrschach-Zeichen für eine DIS-Diagnose:

1. Mindestens sechs Bewegungsantworten (B + FB + b),
2. Mindestens zwei auf Menschen bezogene Bewegungsantworten sind qualitativ unterschiedlich (Ein Mann spielt im Orchester vs. ein Mensch macht etwas kaputt),

3. Mindestens eine Bewegungsantwort muss Unterdrückungsgefühle ausdrücken (z.B. ein Mann schlägt ein Kind),
4. Mindestens drei Farbantworten und $Fb + FFb > FbF$,
5. Mindestens eine Farbantwort ist positiv ($Fb+$) und eine andere ist negativ (z.B. Blut).

◆ **Barach Signs** (Barach, 1986).

Es bedarf mindestens zweier Verheimlichungs- oder Verleugnungs-Antworten für die Diagnose einer DIS.

1. Verleugnungs-Antworten: Während der Untersuchung leugnet der Befragte entweder
 - a) etwas, was er in freier Assoziation genannt hatte oder
 - b) hat Schwierigkeiten damit, etwas in freier Assoziation berichtetes in einen Zusammenhang zu bringen oder
 - c) konfabuliert, um eine Wahrnehmung in der freien Assoziationsphase zu erklären.
2. Verheimlichende Antworten: Entweder in der freien Assoziations-Phase oder in der Nachversicherungsphase wird gesagt, dass sich etwas hinter etwas anderem versteckt, oder hinter etwas anderem hervorscheint

◆ **Labott-Signs** (Labott et al., 1992).

Es muss mindestens jeweils einen Hinweis auf Dissoziation und Spaltung in den Rohrschach-Antworten geben.

1. Dissoziation: a) Bezugnahme auf Formen, die verschwommen wahrnehmen lassen („obscuring media“): wie Schleier, Nebel, Dunst, so dass die Menschen oder Gegenstände undeutlich, unwirklich oder verschleiert/ verwischt erscheinen (Menschen in Wolken oder Nebel, geistartige Schatten von Menschen, Figuren aus Rauch, ein Gesicht schwimmt im Grau, Bilder wie durch eine Regenscheibe etc.).
2. Spaltung: Bezugnahmen auf Spaltungserfahrungen, in denen Menschen gespalten oder auseinandergerissen werden (Menschen zerfallen in Stücke, wobei nur ganz kleine Linien den Körper noch verbinden; Frau wird in der Mitte durchgeschnitten, versucht sich aber zusammenzuhalten; eine Person teilt sich und geht in verschiedenen Richtungen davon).

In zwei Untersuchungen haben sich die Labott-Zeichen für DIS als bester Indikator zur Vorhersage einer DIS erwiesen (Labott et al., 1992; Leavitt & Labott, 1998). Sie verfügen über eine Sensitivität für DIS von 78% und eine Spezifität von 97%. 92 von 99 PatientInnen wurden anhand der Rohrschach-Diagnostik „richtig“ (entsprechend der Hauptdiagnose) diagnostiziert. Nur 3 Personen wurden als falsch positiv klassifiziert, während immer noch knapp ein Fünftel der DIS-PatientInnen anhand der Zeichen nicht „erkannt“ wurde. Es gibt auch Hinweise, die auf ein Vortäuschen einer DIS deuten (Labott & Wallach, 2002)

3.4.2 Thematic Apperception Test

Pica et al. (2001) führten mit DIS-PatientInnen einen TAT durch. Es liegen mir keine Ergebnisse vor.

3.5. Zusammenfassung

Dissoziative Erfahrungen und Störungen nehmen Einfluss auf die Behandlung von PatientInnen, oftmals ohne dass sie direkt berichtet werden (können). Deswegen ist es wichtig und (zeit- und kosten) -günstig, sie anhand valider diagnostischer Instrumente auch systematisch zu erfassen.

Es stehen zumindest für das Screening dissoziativer Symptome einige Instrumente auf deutsch zur Verfügung, das wichtigste ist dabei sicherlich der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) von Freyberger et al. (1998; 1999). Der FDS erfasst in 44 Items psychologische und somatoforme Dissoziation auf den Skalen dissoziative Amnesie, Depersonalisation und Derealisation, Absorption (imaginative involvement) und der theoriegeleiteten Skala pseudoneurologische Konversionssymptome. Damit wurde anders als in der Originalskala DES der Versuch unternommen, dissoziative Symptome in Anlehnung an die ICD-10 zu erfassen. Ob sich der FDS damit nicht nur als Screening-Instrument, sondern auch als Diagnoseinstrument im Sinne der ICD-10 einsetzen lässt, ist bisher nicht untersucht worden.

In Bezug auf die Diagnostik dissoziativer Störungen befinden sich zwei klinische Interview-Verfahren (SKID-D und DDIS) in Validierung. Der SKID-D ermöglicht die sorgsame Anamnese dissoziativer Symptome zur Diagnose der fünf dissoziativen Störungen nach dem DSM-IV, wobei der Schweregrad der Symptome eingeschätzt wird. Der DDIS erfasst neben diesen dissoziativen Diagnosen weitere relevante Bereiche, die im Zusammenhang mit der dissoziativen Identitätsstörung diskutiert wurden. Dabei scheint besonders den sekundären Symptomen einer DIS eine wichtige Bedeutung zuzukommen.

Im englischen Sprachraum stehen eine Vielzahl an Instrumenten zur Diagnose dissoziativer Symptome und dissoziativer Störungen aus verschiedenen Blickwinkeln zur Verfügung, für die es noch keine deutschen Übersetzungen oder Entsprechungen gibt. Auch gerade in Bezug auf die somatoforme und peritraumatische Dissoziation besteht Forschungsbedarf, nicht nur bei PatientInnen, sondern auch bei den HelferInnen, wie sich z.B. nach dem ICE-Unglück von Eschede (1998) gezeigt hat.

4. ZIEL, INSTRUMENTE, VORGEHEN UND TEILNEHMERINNEN DER UNTERSUCHUNG

4.1 Ziel der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung ist die Validierung des strukturierten Interviews zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS) für Deutschland, indem seine Sensibilität und Spezifität für das Stellen der Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) erfasst wird. Zusätzlich sollen Aussagen über Art und Ausmaß dissoziativer Erfahrungen in einer nicht-klinischen und sieben vordiagnostizierten klinischen Populationen mit den Hauptdiagnosen Dissoziative Identitätsstörung, andere dissoziative Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Essstörungen, Angststörungen inklusive Posttraumatischer Belastungsstörung und Major Depression gemacht werden. Die klinischen Gruppen wurden speziell in Bezug auf eine mögliche Komorbidität mit der Dissoziativen Identitätsstörung ausgewählt und entsprechen den diagnostisch empfohlenen Vergleichsgruppen (Ross et al., 1989a), für die bereits Daten mit der us-amerikanischen Originalversion des SIDDS vorliegen.

Bisher liegen außer in Form von Fallberichten keinerlei systematische Daten über die dissoziative Identitätsstörung in Deutschland vor. Das Störungsbild wird immer noch kontrovers diskutiert (Dulz & Lanzoni, 1996; Stübner et al., 1998). Die Diagnostik bildet die Voraussetzung sowohl für die Therapie wie auch für eine fachlich qualifizierte (unemotionale) Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich.

4.2. Instrumente

Instrumente der Untersuchung sind der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) und der strukturierte Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS). Beide sind die leicht veränderten deutschen Fassungen us-amerikanischer Originalinstrumente. Sowohl die amerikanische als auch die deutsche Fassung der Instrumente sind in Kap. 3 (ausführlich) dargestellt worden.

4.2.1 Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen von Freyberger et al. (1998; 1999) umfasst mit 44 Items neben den 28 Items der us-amerikanischen Originalform (DES) auch 16 Items, die die Kriterien der dissoziativen Störungen nach ICD-10 zu erfassen suchen. Der FDS ermöglicht eine Feststellung der „alltäglichen“ Dissoziationsfähigkeit einer Person (Dissoziation als Trait), indem ein Mittelwert aus allen beantworteten Fragen gebildet wird. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde

die autorisierte und validierte deutsche Übersetzung verwendet, die mir von Prof. Freyberger vorab zur Verfügung gestellt worden war.

In dieser Untersuchung wurden auch die teststatistischen Parameter des FDS berechnet. Die Gesamtverteilung der Werte war linksschief, es ließen sich keine Geschlechtseffekte nachweisen. In einer Faktorenanalyse weist die Verteilung der Daten im FDS auf einen allgemeinen Dissoziationsfaktor hin; in US-amerikanischen Untersuchungen gefundene Faktoren (Absorption, Amnesie, Depersonalisation/ Derealisation) konnten - analog zu Freyberger - nicht repliziert werden.

Ebenso wenig konnte die faktorenanalytische Eignung der von Freyberger et al. (1998) neu hinzugefügten, theoriedefinierten Subskala Konversion für die Daten belegt werden.

Aus diesem Grunde wird auf eine Darstellung der Werte der einzelnen Faktoren (dissoziative Amnesie, Absorption, Derealisation/ Depersonalisation sowie Konversion) im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Der FDS korreliert mit der ursprünglichen DES zu $r = .99$.

Die Verlängerung der Skala auf 44 Items in der deutschen Fassung hat in dieser Untersuchung zu keiner Verbesserung der klinischen Aussagekraft der Ergebnisse geführt. Eine Replikation der Ergebnisse mit größeren Stichproben wäre wünschenswert und zu einer angemessenen Einschätzung der Veränderung zwischen der Ursprungsform und der deutschen Fassung zu gelangen.

4.2.2 Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS)

Der SIDDS ist die deutsche Übersetzung des Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) von Ross et al. (1989a/ Ross, 1997). Es handelt sich um ein in 16 Bereiche gegliedertes, strukturiertes klinisches Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen nach DSM-IV in 132 Items mit guter Reliabilität und Validität. Die deutsche Übersetzung erfolgte von Bettina Overkamp in enger Anlehnung an die deutschen Formulierungen des DSM-IV. Verständlichkeit und inhaltliche Richtigkeit wurden von zwei erfahrenen Klinikern überprüft (Dr. Christoph Kraiker/ LMU München; Dr. Gerhard Dammann/ Psychosomatische Ambulanz, Klinikum Rechts der Isar, München). Neben den dissoziativen Störungen können über den SIDDS die Diagnosen einer Somatisierungsstörung, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Major Depression nach DSM-IV gestellt werden. Zusätzlich erfasst der SIDDS Symptome wie Trance-Zustände, Schneidersche erstrangige Symptome, traumatische Erfahrungen in der Kindheit etc., die in klinischer Erfahrung von

PatientInnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung häufig berichtet worden waren (s. Kap. 3.3.1).

Es wurden in der Durchführung des SIDDS leichte Veränderungen zur Originalform vorgenommen:

- Um in den Bereich der Traumatisierungen in der Kindheit überzuleiten, wurde erst allgemein nach den Bedingungen gefragt, unter denen die Person als Kind aufgewachsen ist: (Wie lange) mit welchen Personen, in Stadt oder Land, wer die engste Bezugsperson in der Kindheit war und welche drei Eigenschaftswörter Vater und Mutter (der Kindheit) am besten beschreiben. Des Weiteren wurde nach der sozialen Integration in Kindergarten und Schule gefragt (Wie war es da? Was hat Ihnen daran (nicht) gefallen?), bevor mit der Frage nach der „typischen“ Bestrafungsart in der Kindheit zur körperlichen Misshandlung übergeleitet wurde. Auf diese Art erfuhr ich zusätzlich etwas über die Familiengeschichte und den Hintergrund der Person, die als Daten einer Klinik bereits über die Anamnese vorliegen.
- Bei den Fragen nach der sexualisierten Gewalt habe ich es den TeilnehmerInnen freigestellt, selber zu erzählen, was (alles) in welchem Alter passiert ist oder habe Ihnen die „Liste der Möglichkeiten“ vorgelesen und abgehakt. Ich habe in diesem Teil explizit Stellung bezogen, dass es eine Leistung und ein Zeichen von Kraft ist, das überlebt zu haben und dass es nicht in der Schuld und Verantwortung des Kindes liegt, das ihm/ ihr so etwas passiert ist. Manchmal war diese Haltung anhand der berichteten Grausamkeiten nicht einfach; manchmal hatte ich buchstäblich keine Worte. Oftmals gab es nach diesem Teil eine „Zigaretten-Pause“ zur Regeneration, die offiziell auch nicht eingeplant war. Keiner hat danach das Gespräch abgebrochen.

Die Interviews dauerten je nach Ausmaß der dissoziativen Symptomatik zwischen 45 und 150 Minuten. In Ausnahmefällen wurde das Interview in mehreren kurzen „Blöcken“ an aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt, um so die mögliche Belastung für die PatientInnen zu reduzieren. Keine PatientIn hat bei einem sukzessiven Vorgehen das Interview vorzeitig beendet.

Die Personen füllten den FDS entweder vor oder nach dem Interview in meiner Gegenwart aus. In einigen Ausnahmen wurde der FDS „nach Hause/ aufs Zimmer“ mitgegeben und an einem zweiten Termin kurz nachbesprochen. So sollte die Vollständigkeit der Angaben sicher gestellt sein, da Freyberger et al. (1999) einen FDS mit mehr als zwei Missing Items als ungültig bezeichnen.

4.3 Vorgehen

Die klinischen Daten wurden in verschiedenen Institutionen deutschlandweit erhoben. Aufgrund der Stichprobenauswahl wurden PatientInnen sowohl aus der Psychiatrie als auch aus psychosomatischen Kliniken bzw. der ambulanten Praxis in die Untersuchung einbezogen. Hauptforum für die Kontaktaufnahme zu Kliniken bzw. TherapeutInnen waren die Tagungen der ISSD - Professionelle Fachstudien­gruppe Deutschland in Frankfurt im März und Oktober 1996 sowie in Köln im März 1998, auf der sich einige TherapeutInnen in Klinik und Ambulanz für eine Mitarbeit bereiterklärten (Dr. Rimpel/ Lüb­ben; Fr. Hofmann u. Fr. Eckers/ Berlin, Dr. Hofmann/ Oberursel, Fr. Jürgens/ Bielefeld, Dr. Dammann/ München, Dr. Olbricht/ Bad Wildungen). Die psychiatrische Uniklinik in Bonn wurde ausgewählt, weil zum Zeitpunkt der Untersuchung Herr Dr. Freyberger (als „Begründer“ des FDS) dort tätig war und weitere Forschung zur Dissoziation unterstützte. Über Herrn Professor Butollo und seine Arbeitsgruppe erhielt ich Kontakt zur psychosomatischen Klinik Windach, die mich in meiner Forschung ebenfalls sehr unterstützte.

Des Weiteren habe ich Einzelpersonen/TherapeutInnen und Kliniken direkt angeschrieben. Ohne persönlichen Kontakt erwies sich eine Koordinierung der Forschung mit dem klinischen Alltag als schwieriger, die Kliniken Roseneck in Prien und Grönenbach, sowie die Psychiatrie der LMU in der Nußbaumstraße haben eine Zusammenarbeit abgelehnt. Eine mögliche Kooperation mit dem Klinikum in Lengerich/ Westphalen konnte trotz großen Interesses aufgrund terminlicher Probleme nicht stattfinden.

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Phasen, die durch die Geburt meiner Tochter unterbrochen wurden. Die Hauptphase war von April 1996 bis März 1997. Nachdem immer noch einige Diagnosegruppen zahlenmäßig unterrepräsentiert waren (PTB, dissoziative Störungen, DIS), wurden von August bis September 1998 noch einmal konzentriert weitere Interviews in den psychosomatischen Kliniken Windach und Bad Wildungen durchgeführt.

Die Auswahl der PatientInnen und die Kontaktaufnahme erfolgte in zwei Schritten:

Im ersten stellte ich den TherapeutInnen der Klinik meine Untersuchung und mein Anliegen vor. Dann wurde mit ihnen besprochen, ob sie PatientInnen mit einer für die Untersuchung geeigneten Diagnose behandeln und ob sie ihre PatientInnen momentan für so belastbar/ stabil und möglicherweise an dieser Untersuchung interessiert einschätzen, dass ich persönlich zu ihnen Kontakt aufnehmen kann, um ihnen die Untersuchung selbst vorzustellen.

Die TherapeutInnen besprachen ihre Einschätzung mit den PatientInnen und kündigten bei Einwilligung mein Kommen für eine Vorbesprechung und Terminvereinbarung an.

War ich längere Zeit oder wiederholt in einer Klinik, erleichterte sich die Kontaktaufnahme. Je besser die TherapeutInnen Bescheid wussten und sicher waren, dass das Interview ihren PatientInnen nicht schadet oder zu Dekompensationen führt, umso einfacher war die Durchführung der Untersuchung.

Teilweise (in Bonn und Gabersee), war keine Gesamt-Vorstellung der Untersuchung möglich, so dass ich versuchte, einzelne TherapeutInnen direkt persönlich anzusprechen, ohne ihnen dabei „Mehrarbeit“ aufzuhalsen.

Im Vorbereitungsgespräch erläuterte ich den PatientInnen den Grund meiner Untersuchung und den Inhalt. Dabei betonte ich die Vertraulichkeit der Daten, die nur auf ihren persönlichen Wunsch hin z.B. ihren TherapeutInnen mitgeteilt werden dürfen und die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme. Explizit habe ich sie „vorgewarnt“, dass Fragen nach ihrer psychiatrischen Vergangenheit und sehr persönliche Fragen nach Traumata in ihrer Kindheit gestellt werden. In diesem Zusammenhang habe ich ihnen freigestellt, Fragen auch nicht zu beantworten, da das wichtigste in dieser Untersuchung sei, dass sie sich wohlfühlen und gut auf sich aufpassen. Eine wörtliche Formulierung des (so weit als möglich standardisierten) Einleitungsgesprächs befindet sich im Anhang.

Die Anzahl der PatientInnen, die ablehnten, wurde nicht systematisch erfasst. Bei Ablehnung einer Teilnahme bedankte ich mich fürs Zuhören und verabschiedete die PatientInnen. Aus der Erinnerung heraus war eine Ablehnung eher die Ausnahme als die Regel, da seitens vieler PatientInnen ein Interesse an der „Fähigkeit, sich in schwierigen Situationen wegzuträumen“, wie ich meine Untersuchung umschrieb, bestand.

Bei schriftlicher Einwilligung der PatientInnen führte ich mit ihnen das Interview entweder sofort im Anschluss oder zu einem vereinbarten Termin. Mit einer Ausnahme kamen alle PatientInnen zu ihren Terminen. Eine PatientIn wollte nach Ausfüllen des FDS doch lieber nicht weitermachen. Bei einem Patienten beendete ich nach dem Interview die Untersuchung, ohne ihm aus Zeitgründen den Fragebogen (FDS) zu geben. Er war nach meiner Einschätzung aus dem Interview nicht in der Lage, den Fragebogen aufgrund seiner psychotischen Grundstörung selbständig auszufüllen.

4.4 TeilnehmerInnen der Untersuchung

Zur Beschreibung der befragten Personen werden die demographischen Daten, die Diagnosen und der Ort der Befragung aufgeführt.

Im Vertrauen auf die Robustheit der Methode wurde über die demographischen Daten (abhängige Variable) und den Befragungsort (abhängige Variable) eine einfaktorielle Anova mit einem anschließenden paarweisen Mittelwertsvergleich nach Bonferroni mit einem $\alpha < 0,05$ gerechnet, die unabhängige Variable war die externe Diagnose der Personen.

4.4.1 Stichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt 165 Personen teil. Jeweils eine Person füllte nur den FDS (Diagnose Depression) aus, bzw. nahm nur am Interview (Diagnose Schizophrenie) teil. Beide wurden im Nachhinein von der Auswertung ausgeschlossen, da u.a. ein Zusammenhang zwischen beiden Instrumenten hergestellt werden sollte. Es blieben 163 Personen für die Auswertung „übrig“.

4.4.1.1 Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter der UntersuchungsteilnehmerInnen liegt bei 35,5 Jahren mit einem Range von 18 bis 75 Jahren, wobei erwartungsgemäß im Mittel die depressiven PatientInnen die signifikant ältesten und die essgestörten PatientInnen die signifikant jüngsten TeilnehmerInnen waren.

83,4% der TeilnehmerInnen waren Frauen; speziell in der Gruppe der DIS-PatientInnen und bei den essgestörten PatientInnen waren es nur Frauen, die befragt wurden.

4.4.1.2 Familienstand

Die Hälfte der untersuchten Personen waren ledig (insgesamt 87 oder 53,4%), knapp 30% waren zum ersten (N = 37, 22,6%) oder zweiten (N = 11, 6,7%) Mal verheiratet. 14,1% (23 Personen) waren geschieden und 5 Personen (3,1%) verwitwet.

Depressive PatientInnen waren signifikant häufiger verheiratet (gewesen); essgestörte PatientInnen signifikant häufiger ledig. Beide Ergebnisse lassen sich mit dem unterschiedlichen mittleren Lebensalter der Befragten erklären. Die Frage, ob „Verheiratet (gewesen) sein“ das Risiko erhöht, depressiv zu werden, lässt sich nicht beantworten.

4.4.1.3 Bildungsstand

Beim Bildungsstand wurde der höchste bisher erreichte Abschluss gewertet, auch wenn sich die Person noch in der „Weiterbildung“ befand. StudentInnen haben den Abschluss „Abitur“, GymnasiastInnen vor dem Abitur den Status „Mittlere Reife/ Realschulabschluss“. In den Hauptschulabschluss gingen sowohl die ohne Abschluss und als auch die mit dem qualifizierenden Hauptschulabschluss ein.

51 der untersuchten Personen haben einen Hauptschulabschluss (31,3%), 57 (35%) erreichten einen Realschulabschluss, 41 Personen machten Abitur (25,2%) und 13 (8%) beendeten ein Studium (nicht nur der Psychologie!).

Es zeigte sich, dass die Personen der nicht-klinische Vergleichsgruppe einen höheren Bildungsstand erreicht hatten als die PatientInnen mit Angststörungen, Depressionen und BPS.

4.4.1.4 Wohnsituation

Jeweils fast 40% der Befragten lebten alleine (N = 62, 38%) oder zusammen mit ihren Partnern (und Kindern) (N = 60, 36,8%). Jeweils 9 Personen (5,5%) wohnten in einer Wohngemeinschaft oder in einem institutionalisierten Rahmen wie Klinik oder therapeutische Wohngemeinschaft. 20 PatientInnen (12,2%) lebten noch oder wieder bei ihren Eltern.

Es zeigte sich, dass schizophrene PatientInnen signifikant häufiger bei ihren Eltern oder in einer Institution lebten als die DIS-Patientinnen.

4.4.1.5 Berufliche Situation

70 Personen (42,9%) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung berufstätig, 31 (19%) befanden sich in Ausbildung. 12 waren Hausfrauen/ Hausmänner (7,4%) und 17 (10,4%) waren entweder altersmäßig oder krankheitsbedingt berentet. Ein Fünftel der Befragten war arbeitslos (33 oder 20,3%). Die einzelnen Vergleichsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres beruflichen Status.

4.4.1.6 Kinder

Die meisten Befragten hatten keine Kinder (N = 90 oder 58,3%). 24 (14,7%) bzw. 23 Personen (14,1%) hatten ein bzw. zwei Kinder, 15 hatten drei Kinder (9,2%), fünf hatten vier Kinder (3,1%) und eine PatientIn hatte fünf Kinder (0,6%).

Bei Vorliegen einer Homogenität der Varianzen nach Levene unterscheiden sich die diagnostischen Gruppen der UntersuchungsteilnehmerInnen in einer einfaktoriellen Varianzanalyse nicht signifikant hinsichtlich des Vorhandenseins oder der Anzahl an Kindern.

4.4.1.7 Gefängnisaufenthalt

Drei befragte Personen waren im Gefängnis, drei weitere waren sich unsicher, ob sie die Frage bejahen sollen. Eine Person war z.B. wegen „Arbeitsbummelei“ im Gefängnis, einer Strafe, die es in der Form nur in der ehemaligen DDR gab. Ihre Antwort wurde mit „unsicher“ kodiert. Die einzelnen diagnostischen Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer Gefängnisaufenthalte (bei Vorliegen einer Homogenität der Varianzen nach Levene), auch wenn aufgrund der geringen Häufigkeit diese Aussage nur mit Vorbehalt betrachtet werden sollte.

4.4.2 ICD-10 Diagnosen der Stichprobe

Insgesamt wurden 20 „nicht-klinische“ Personen (12,3%) und 143 PatientInnen in der Untersuchung anhand der beiden standardisierten Instrumente zu dissoziativen Symptomen und Störungen befragt. Dabei hatten die 143 PatientInnen folgende ICD-10 Diagnosen:

- 18 Personen (11%) hatten die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (F44.81).
- 21 Personen (12,9%) hatten die Diagnose einer Depression. Drei hatten eine mittelgradige depressive Episode (F32.1), zwei eine schwere depressive Episode (F32.2), neun eine rezidivierende depressive Störung (F33.1 und F33.2), fünf eine Dysthymia (F34.1) und zwei eine längere depressive Reaktion (F43.21).
- 18 PatientInnen (11%) hatten die Diagnose einer Schizophrenie. Davon hatten 14 eine paranoide Schizophrenie (F20.0) und jeweils eine katatone Schizophrenie (F20.2), eine undifferenzierte Schizophrenie (F20.3), ein schizophrenes Residuum (F20.5) bzw. eine schizodepressive Störung (F25.1).
- 21 Personen (12,9%) hatten die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31).
- Von den 19 Patientinnen (11,7%) mit der Diagnose einer Essstörung hatten sieben eine Anorexia Nervosa (F50.0) und zwölf eine Bulimia Nervosa (F50.2).

- 18 Personen (11%) hatten die Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS): Jeweils eine Person hatte die Hauptdiagnose einer dissoziativen Amnesie (F44.0), eines dissoziativen Stupors (F44.2), eines Trance- und Besessenheitszustandes (F44.3) und dissoziativer Krampfanfälle (F44.5). Fünf PatientInnen litten unter dissoziativen Bewegungsstörungen, drei an gemischten dissoziativen Störungen (F44.7) und sechs an anderen nicht näher bezeichneten dissoziativen Störungen (F44.8), klassifiziert nach DSM-IV als DDnos.
- Die Diagnose einer Angststörung erhielten insgesamt 28 Personen (17,2%), fünfzehn (9,2%) davon hatten eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Sechs PatientInnen litten an einer Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01), jeweils eine an einer Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00) bzw. einer sozialen Phobie (F40.1), vier an einer Panikstörung (F41.0) und eine Person an einer gemischten Angst und depressiven Störung (F41.2). Diese Person wurde aufgrund der ergänzenden Aussage der behandelnden Therapeutin der Angst- und nicht der Depressionsgruppe zugeordnet.

4.4.3 Ort der Datenerhebung

Die Daten wurden in Deutschland in verschiedenen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und an PatientInnen in ambulanter Praxis erhoben.

Bei den Psychiatrischen Kliniken handelte es sich um die psychiatrische Uniklinik Bonn, die psychiatrische Landeslinik Lübben, das Psychiatrische Landeskrankenhaus in Heiligenhafen, die psychiatrische Klinik Hohe Mark in Oberursel und das psychiatrische Bezirkskrankenhaus Gabersee bei Wasserburg.

Die Daten aus den psychosomatischen Kliniken stammen aus der Psychosomatischen Klinik Windach, dem Klinikum Rechts der Isar, Psychosomatische Ambulanz in München und der Wicker-Klinik, Psychosomatische Abteilung, Bad Wildungen.

Die ambulanten PatientInnen waren von ihren TherapeutInnen in Bielefeld, München und Berlin für die Untersuchung gewonnen worden.

Ort der Datenerhebung	Anzahl an PatientInnen	Prozent
Ambulant (Bielefeld, Berlin, München)	N = 10	6,1
Psychiatrie Lübben	N = 22	13,5
Psychosomatische Klinik Windach	N = 58	35,6
Psychiatrie Bonn	N = 12	7,4
Psychiatrie Heiligenhafen	N = 13	8,0
Psychiatrie Gabersee/ Wasserburg	N = 11	6,7
Psychosom. Amb. Rechts der Isar/ München	N = 2	1,2
Psychiatrie Hohe Mark/ Oberursel	N = 5	3,1
Psychosomat. Wicker Klinik/ Bad Wildungen	N = 10	6,1
Vergleichsgruppe (v.a. aus München)	N = 20	12,3
Gesamt	N = 163	100,0

Tabelle 11:

Anzahl an PatientInnen nach Klinik und Ort der Datenerhebung

Zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden sich 63 Personen (38,4%) in einer psychiatrischen und 71 Personen (43,3%) in einer psychosomatischen Klinik in Behandlung. 10 Personen (6,1%) waren in ambulanter Psychotherapie; davon hatten alle die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung. Einig bei DIS-PatientInnen wurden ambulante TherapeutInnen für die Untersuchung angesprochen und angeschrieben, weil die Untersucherin nicht genügend DIS-PatientInnen in einem stationär-klinischen Setting finden konnte.

Alle PatientInnen mit der Diagnose einer Schizophrenie befanden sich in der Psychiatrie, da das Vorliegen einer Psychose ein Ausschlusskriterium für den Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik darstellt.

Aufgrund der Vorselektion anhand der Diagnose und der Selbstselektion in Bezug auf eine Teilnahme an der Untersuchung handelt es sich um eine selektierte Stichprobe. Repräsentativ(er) wird sie dadurch, dass in verschiedenen Kliniken in verschiedenen Bundesländern VertreterInnen der einzelnen Diagnosen interviewt worden sind, so dass ich davon ausgehe, eine repräsentative „typische“ Bandbreite in den einzelnen Störungsbildern vorgefunden zu haben.

4.4.4 Beschreibung der Patientinnen mit einer DIS

Insgesamt wurden 18 Patientinnen mit der Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung im Rahmen dieser Untersuchung erfasst.

- Es handelt sich ausschließlich um Frauen.
- Sie haben ein Durchschnittsalter von 34 Jahren, mit einem Range von 19-53 Jahren (SD 10,10).
- Zwei Drittel der Patientinnen waren ledig (66,7%) und lebten alleine (64,7%). Fünf der Frauen (27,8%) waren verheiratet, eine geschieden (5,6%). Vier lebten mit ihrem Partner zusammen (23,5%), zwei lebten in Wohngemeinschaften (11,8%).
- Die Mehrheit hatte keine Kinder (61,1%), 7 Frauen hatten ein (22,2%), zwei (11,1%) oder vier Kinder (5,6%).
- Von den 18 DIS-Patientinnen hatten acht die Mittlere Reife (44,4%), jeweils vier einen Hauptschulabschluss bzw. das Abitur (22,2%) und eine hatte ein Studium abgeschlossen (5,6%).
- Ein Großteil der Frauen war berufstätig (38,9%), zwei waren Hausfrauen (11,1%) und drei befanden sich in Ausbildung (16,7%). Eine Frau bezog Rente (5,6%) und fünf waren arbeitslos (27,8%).
- Keine Patientin war jemals im Gefängnis gewesen.

In Anbetracht des frühen Beginns und der angenommenen Schwere der Störung ist es bemerkenswert, dass zwei Drittel der Betroffenen die Mittlere Reife bzw. sogar einen höheren Abschluss erreicht haben und nur ein Drittel der Betroffenen auf finanzielle Unterstützung seitens des Staates angewiesen ist.

Die DIS-PatientInnen in dieser Untersuchung unterschieden sich hinsichtlich ihrer demographischen Daten nicht grundsätzlich signifikant von anderen klinischen Populationen. Es zeigten sich keine Unterschiede im Bildungsstand, in der beruflichen Situation, in der Entscheidung für oder gegen Kinder oder in möglichen Gefängnisaufenthalten.

4.5 Hypothesen

In dieser Untersuchung wird die Validität des SIDDS für DIS in sechs Haupthypothesen getestet.

Dabei soll zum ersten die Sensitivität und Spezifität des SIDDS für DIS und dann für verschiedene andere Störungsbilder (BPS, Major Depression und dissoziative Störungen) bestimmt werden.

Die Sensitivität bezeichnet die Wahrscheinlichkeit mit der Personen, die die Störung haben, mit einem Instrument auch zutreffend diagnostiziert werden. In der Regel wird diese Angabe in % gemacht, z.B. 90% der Patientinnen, die die Störung haben, konnten anhand des Instrumentes zutreffend identifiziert werden.

Entsprechend bezeichnet die Spezifität die Wahrscheinlichkeit, auch tatsächlich eine negative Diagnose zu bekommen, wenn man die Störung nicht hat. Auch diese Angabe erfolgt in der Regel in %, z.B. 85% der nicht-klinischen Vergleichsgruppe erfüllte auch in der Untersuchung mit dem SIDDS kein einziges diagnostisches Kriterium einer psychischen Störung.

Zum zweiten erfolgt die Validierung des SIDDS über die Feststellung des Zusammenhanges zwischen der (erhöhten) Dissoziationsfähigkeit einer Person (gemessen anhand des FDS-Gesamtwertes) und dem Vorliegen einer dissoziativen Störung über die Diagnosestellung im SIDDS.

Zum dritten soll über eine hohe Korrelation des FDS-Gesamtwertes und der Diagnose DIS mit dem Teilbereich des SIDDS „Sekundäre Anzeichen einer DIS“ die Konstruktvalidität erhärtet werden.

In fünf Nebenhypothesen wird der Zusammenhang zwischen Trauma und dem allgemeinen dissoziativen Erleben (gemessen anhand des FDS) sowie dem Vorliegen einer dissoziativen Störung, insbesondere einer DIS beleuchtet.

Der dritte Teil der Hypothesen betrifft beschreibende Ergebnisse zu DIS, die aus dieser Untersuchung abgeleitet werden können.

4.5.1 Haupthypothesen

Es werden sechs Haupthypothesen zur (Konstrukt-) Validierung des SIDDS formuliert.

1. Hypothese: Mindestens 90% der PatientInnen mit der externen TherapeutInnen-Diagnose einer DIS erhalten diese Diagnose auch im SIDDS (Sensitivität). Auch die Spezifität des SIDDS in Bezug auf DIS sollte mindestens 90 % betragen, d.h. maximal 10% der PatientInnen ohne die externe Diagnose einer DIS erhalten im SIDDS eine falsch positive Diagnose (Spezifität).

Da sich der SIDDS v.a. zur Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung eignen soll, muss sich die Diagnose einer DIS im SIDDS mit der externen TherapeutInnen-Hauptdiagnose möglichst decken. Das Mindestmaß für die Übereinstimmung zwischen den beiden Diagnosen wird deshalb auf 90% Sensitivität und Spezifität für DIS gesetzt.

2. Hypothese: Mindestens 75% der PatientInnen mit der externen Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS), einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Major Depression erhalten diese Diagnosen auch im SIDDS.

In diesem Untersuchungsdesign lässt sich auch die Sensitivität des SIDDS für das Stellen der Diagnosen einer dissoziativen Störung (ohne DIS), einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Major Depression berechnen. Man kann vom SIDDS, der spezifisch zur Diagnose von DIS entwickelt wurde, nicht erwarten, dass er andere Störungsbilder ebenso zuverlässig abbildet wie DIS. Da keine Konvention vorhanden ist, ab wann ein Instrument überhaupt für eine (weitere) Diagnosestellung in Betracht kommt, soll in dieser Untersuchung als Kriterium eine Sensitivität von mindestens 75% erfüllt sein. Da jede der genannten psychischen Störungen auch als Teil oder in Zusammenhang mit einer anderen Störung auftreten, wird keine Kriterium für die Spezifität gesetzt.

3. Hypothese: PatientInnen mit der Diagnose einer DIS im SIDDS - als der schwersten Form einer dissoziativen Störung - erzielen im Mittel die signifikant höchsten Werte im FDS.

4. Hypothese: PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS) im SIDDS erzielen im Mittel signifikant höhere Werte im FDS als PatientInnen ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung.

Der FDS erlaubt die Erfassung der allgemeinen Dissoziationsfähigkeit einer Person. Es ist zu erwarten, dass diese bei Personen mit einer dissoziativen Störung und besonders einer dissoziativen Identitätsstörung im Vergleich zu PatientInnen ohne eine dissoziative Störung (aber mit anderen psychischen Störungen) deutlich erhöht ist.

5. Hypothese: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang von mindestens 0.71 (Pearson-Produkt-Moment Korrelation) zwischen dem FDS-Gesamtwert und dem Gesamtwert einer Person im SIDDS-Teilbereich „Sekundäre Anzeichen einer DIS“.

Nach Ross (1997) handelt es sich bei dem Teilbereich des SIDDS „sekundären Anzeichen einer DIS“ um den besten Prädiktor für die Höhe der DES-Werte. Es ist zu erwarten, dass dies auch in den deutschen Übersetzungen der Fall ist und sich dadurch eine Konsistenz im Konstrukt der Dissoziativität aufzeigen lässt. Es wird als Kriterium einer Mindestkorrelation von .71 gesetzt, da mit diesem Wert eine gemeinsame Varianz von 50% aufgeklärt werden kann.

6. Hypothese: Personen mit der Diagnose einer DIS im SIDDS berichten auch signifikant mehr „sekundäre Anzeichen einer DIS“ als alle anderen Vergleichsgruppen.

DIS-spezifische Symptomatik wird im SIDDS in zwei Bereichen erfasst: in den diagnostischen Kriterien der Störung und in den „sekundären Anzeichen einer DIS“. Wenn es sich um ein einheitliches Konstrukt handelt, ist zu erwarten, dass die beiden Bereiche hoch miteinander korrelieren.

4.5.2 Nebenhypothesen

In den Nebenhypothesen geht es um den Zusammenhang von Dissoziation und Trauma: Im SIDDS berichtete Erfahrungen von körperlicher und/ oder sexualisierter Gewalt in der Kindheit werden zum einen mit der allgemeine Dissoziationsfähigkeit einer Person (gemessen anhand des FDS) in Bezug gesetzt, zum anderen mit dem Vorliegen einer dissoziativen Störung (im SIDDS) allgemein und speziell mit der DIS. Eine schwere Traumatisierung vor dem 5. Lebensjahr gilt als eine notwendige (aber nicht hinreichende) Voraussetzung zur Entstehung einer DIS.

Die entsprechenden Nebenhypothesen lauten:

7. Hypothese: PatientInnen mit im SIDDS berichtetem Trauma in Form von sexueller und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit haben signifikant höhere (Mittel-)Werte im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) als PatientInnen, die im SIDDS keine derartige Traumatisierung in der Kindheit berichten.

8. Hypothese: PatientInnen mit im SIDDS berichtetem Trauma in Form von sexueller und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit haben signifikant häufiger die SIDDS-Diagnose einer dissoziativen Störung als PatientInnen, die im SIDDS keine derartige Traumatisierung in der Kindheit berichten.

9. Hypothese: DIS-PatientInnen berichten im SIDDS signifikant häufiger als andere klinische Vergleichsgruppen von körperlicher und/ oder sexueller Traumatisierung in der Kindheit.

10. Hypothese: Unter den PatientInnen mit einem FDS-Gesamtwert über 30 finden sich signifikant mehr Personen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung als unter diesem Cut-Off-Wert.

Da es sich beim FDS um ein Screening Instrument handelt, ist es empfehlenswert, einen Cut-Off-Wert zu finden, an dem sich der Aufwand eines standardisierten Interviews lohnt, um eine dissoziative Störung zu diagnostizieren. In us-amerikanischen Untersuchungen schwankt dieser Wert zwischen 20 und 30 (s. Kap. 2.1).

Eine weitere Nebenhypothese betrifft die Häufigkeit komorbider Störungen bei DIS. Man geht davon aus, dass es sich bei DIS um eine komplexe posttraumatische Störung handelt (Spiegel, 1984; Ross, 1997), die aufgrund einer umfangreichen Komorbidität häufig fehldiagnostiziert bzw. nicht erkannt wird (werden kann). Demzufolge wird vermutet, dass sich die Komorbidität auch in den Teilfragen des SIDDS zeigen sollte. Die Hypothese lautet:

11. Hypothese: PatientInnen mit der Diagnose einer DIS erhalten im SIDDS signifikant mehr Diagnosen komorbider Störungen (Somatisierungsstörung, Major Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, dissoziative Störung) als andere klinische Vergleichsgruppen.

4.5.3 Beschreibende Ergebnisse

Als „Nebenprodukt“ der Validierungsuntersuchung wird die Dissoziative Identitätsstörung anhand eines strukturierten Interviewleitfadens dargestellt und gegen die anderen untersuchten Störungsbilder abgegrenzt.

Des Weiteren kann das Profil der DIS-PatientInnen aus dieser Untersuchung mit international erstellten Profilen verglichen werden.

Zum Dritten erlaubt diese Untersuchung Aussagen über die Art der dissoziativen Erfahrung bei PatientInnen ohne eine dissoziative Störung, insbesondere die Fragestellung, worin sich PatientInnen mit einem hohen FDS-Wert über 30 von denen unter diesem Wert unterscheiden, wenn beide keine dissoziative Störung haben.

5. METHODEN DER UNTERSUCHUNG

In diesem Kapitel werden die Auswertungsmethoden der einzelnen Instrumente vorgestellt und die Rahmenbedingungen der statistischen Auswertung beschrieben.

5.1 Diagnosestellung über den SIDDS

Im Interview mit dem standardisierten Interviewleitfaden zu Dissoziativen Störungen (SIDDS) sind die meisten Fragen mit „ja“, „nein“ oder „unsicher“ zu beantworten. Er besteht aus 16 Bereichen. Im Anschluss lassen sich folgende psychiatrische Diagnosen nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV stellen:

- Somatisierungsstörung,
- Major Depression,
- Borderline-Persönlichkeitsstörung und
- alle dissoziativen Störungen nach dem DSM IV(Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Depersonalisationsstörung, Dissoziative Identitätsstörung, Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung).

Der SIDDS beinhaltet Fragen zu

- (Migräne?)-Kopfschmerzen,
- der psychiatrischen Vergangenheit,
- Substanzmissbrauch,
- dem Vorliegen von Schneiderschen Symptomen ersten Ranges,
- Phänomenen einer „übersinnlichen Wahrnehmung“, Besessenheit oder Kultzugehörigkeit
- Trance-Erfahrungen, Schlafwandeln und imaginären BegleiterInnen in der Kindheit,
- sekundären Merkmalen einer DIS und
- physischen und sexualisierten Gewalterfahrungen in der Kindheit.

In die Zeit der Untersuchung fiel die Überarbeitung des diagnostischen Interviews von der DSM-III-R-Fassung auf die DSM-IV Fassung durch Colin Ross. Diese Veränderungen wurden ab VP Nr. 28 ergänzend in die laufende Studie aufgenommen, ohne dabei Fragen zu verlieren. Relevant für die aktuelle Untersuchung ist die DSM-IV-Version, die Auswertungskriterien für die DSM-III-R-Fassung befinden sich vollständigshalber in Klammern.

Ausgehend von den Empfehlungen von Ross (1997) wurde der Interviewleitfaden zu dissoziativen Störungen folgendermaßen ausgewertet:

5.1.1 Somatisierungsstörung

Die Diagnose einer Somatisierungsstörung wurde gestellt, wenn aus den 34 Fragen des Interviewleitfadens ILF (3-37) mindestens

- vier Fragen aus dem Bereich Schmerzen (Fragen 9-14, 17, 32,35 im ILF),
- mindestens eine Frage aus dem gastrointestinalen Bereich (Fragen 3-8 im ILF) und
- jeweils mindestens eine Frage aus dem sexuellen (Fragen 31 und 33-37 im ILF) und
- dem pseudoneurologischen Bereich (Fragen 19-30 im ILF) bejaht worden sind.

Zusätzlich mussten Frage 38a (nach den schweren sozialen oder beruflichen Beeinträchtigungen) bejaht und Frage 39a (bewusstes Herbeiführen der Symptome) verneint worden sein.

Bei jedem bejahten Symptom wurde im Interview noch einmal sichergestellt, dass keine körperliche Ursache zur Erklärung des Symptoms vorlag, dass das Symptom nicht durch Drogen- oder Alkoholkonsum verursacht war und dass die Symptome so schwerwiegend gewesen waren, dass die ProbandIn deswegen einen Arzt aufgesucht, Medikamente eingenommen hatte oder sonst wie gezwungen war, ihren Lebensstil zu verändern.

(Zur Diagnosestellung nach DSM-III-R muss die Anzahl an bejahten Symptomen größer als 13 sein.)

5.1.2 Major Depression

Als Voraussetzung für die Diagnose einer Major Depression sowohl nach DSM-III-R als auch nach DSM-IV galt die Bejahung der Frage 54 im Interviewleitfaden (ILF), jemals im Leben eine Zeit mit einer depressiven Stimmung erlebt zu haben, die am Stück länger als zwei Wochen andauert hat und in der die Person die Zeit verstreichen ließ und sich traurig, hoffnungslos, verzweifelt, gedämpft oder reizbar gefühlt hat.

Aus acht diagnostischen Fragen zu depressiven Symptomen zu der Zeit, als sie sich das letzte Mal so gefühlt hatte, musste die Person mindestens fünf mit ja beantwortet haben, um eine Diagnose Depression zu erhalten (Fragen 55 bis 63 im ILF).

Als Ausschlusskriterium galt das Vorliegen eines organischen Grundes für die genannten Symptome (Frage 63a im Interviewleitfaden).

Deskriptiv wurde in diesem Bereich ferner erfasst, ob und wie die Person einen Selbstmordversuch unternommen hat und ob die Depression in der Gegenwart oder in der Vergangenheit erlebt wurde/ wird.

5.1.3 Borderline Persönlichkeitsstörung

Es wurden im SIDDS neun diagnostische Fragen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt, unter der Betonung, dass die vorgelesenen Beschreibungen wie ein Motto auf den Großteil des Lebens zutreffen müssen.

Die DSM-III-R Kriterien für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden fürs DSM-IV leicht verändert. Hinzugenommen wurde die Frage nach „Mini-Psychosen“ oder schweren dissoziativen Erfahrungen bei gleichzeitigem Bewusstsein dafür, dass das Erlebte nicht „wirklich“ ist (Frage 116 im ILF). Herausgenommen wurde die Frage nach der Angst vorm Alleinsein, oder der Tatsache, dass man beim Alleinsein schnell sehr traurig und depressiv wird. In der Untersuchung blieb diese Frage unter Nummer 113a erhalten und wurde weiterhin allen Befragten gestellt.

Die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach DSM IV und III-R) wurde gestellt, wenn mindestens fünf der acht (jeweils aktuellen) Kriterien von der ProbandIn bejaht wurden.

5.1.4 Dissoziative Störungen

Über das Interview wurden die Diagnosekriterien einer dissoziativen Amnesie, einer dissoziativen Fugue, der Depersonalisationsstörung, der dissoziativen Identitätsstörung und einer nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung (DDnos) nach DSM-IV abgefragt. Als entscheidendes Kriterium galt bei allen Störungen, dass die Symptome zu erheblichen Schwierigkeiten im sozialen oder beruflichen Umfeld geführt haben und nicht durch eine körperliche Störung (z.B. Gehirnerschütterung, Tumor, Anfallsleiden) erklärt werden können.

Die Diagnose einer **dissoziativen Amnesie** wurde gestellt, wenn die Person sich jemals in ihrem Leben (länger) nicht an wichtige Tatsachen oder Ereignisse (v.a. traumatischer oder unangenehmer Art) in ihrem Leben erinnern konnte, und zwar in einem so großen Ausmaß, dass es mit einfacher Vergeßlichkeit oder Verdrängung (nach Freud) nicht zu erklären war. (Antwortmuster im ILF: Frage 117: ja, Frage 118: nein, Frage 119: ja)

Die Diagnose einer **dissoziativen Fugue** wurde entweder gestellt, wenn die Person angab, plötzlich und unerwartet von ihrem Zuhause oder ihrem Arbeitsplatz weggegangen zu sein und sich dabei nicht an die eigene Vergangenheit erinnern konnte oder wenn sie sich jemals in ihrem Leben (anders als im Spaß) als eine andere Person ausgegeben oder gefühlt hatte. (Antwortmuster im ILF: Frage 120: ja, Frage 121: ja, Frage 122: nein, Frage 123: ja)

Die Diagnose einer **Depersonalisationsstörung** wurde gestellt, wenn die Person sich jemals in einem so großen Ausmaß unwirklich gefühlt hat, dass es zu Problemen mit dem sozialen Umfeld oder auf der Arbeit kam, sie aber immer noch in der Lage war, die Umwelt korrekt wahrzunehmen, vernünftig zu handeln und rational zu denken. (Antwortmuster im ILF: Frage 124a: ja, Frage 125: nein, Frage 126: ja)

Die Diagnose einer **Dissoziativen Identitätsstörung** wurde bei Erfüllung von drei geforderten Bedingungen gestellt:

1. Die Person gab an, jemals den Eindruck gehabt zu haben, dass es in ihrem Inneren zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeitszustände mit einer eigenständigen Art der Wahrnehmung und Bezugnahme auf die Welt gibt, die
2. abwechselnd die Kontrolle über das Verhalten übernehmen und dass es
3. mindestens einen Zeugen gibt, der an mindestens drei verschiedenen Gelegenheiten diese unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile gesehen und wiedererkannt hat.

(Antwortmuster im ILF: Fragen 127 - 129: ja, Frage 130: nein)

Damit entspricht die Diagnosestellung den vom National Institute of Mental Health (NIMH) aufgestellten Forschungskriterien zu DIS. Das „Goethe’sche Gefühl: Zwei Seelen wohnen ach’ in meiner Brust“ entspricht nicht der Tatsache einer multiplen Persönlichkeit und wurde im Interview differenziert nachgefragt.

Die Diagnose einer **atypischen oder nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung** (DDnos) wurde aufgrund der Einschätzung der Interviewerin gestellt. Es durfte keine andere dissoziative Störung vorliegen, die die von der Person berichteten oder im Interview gezeigten dissoziativen Phänomene adäquater erklären kann. Beispiele dafür waren u.a. Trance-ähnliche Zustände, Derealisation ohne Depersonalisation oder dissoziative Symptome nach langer und gewaltsamer Überzeugungsarbeit wie Gehirnwäsche, Entführung, Kultmitgliedschaft.

5.2 Weitere Auswertungsbereiche des SIDDS

5.2.1 Kopfschmerzen

Als erste Frage zu somatischen Beschwerden fragt der Interviewleitfaden nach Kopfschmerzen. Häufige, unerklärliche Kopfschmerzen (auch als Druck im Kopf) gelten als ein indirekter Hinweis oder als mögliche Folge auf einen Persönlichkeitswechsel in einer dissoziativen Identitätsstörung. Als Ausschlusskriterium gilt die Aussage der Versuchsperson, dass es sich nach ärztlichen Angaben um Migräne-Kopfschmerzen handelt (Frage 2).

Die Frage nach Kopfschmerzen ist in sich unspezifisch - jeder Mensch hatte schon einmal Kopfschmerzen. Um sie besser einzugrenzen, legte die Interviewerin im Nachfragen Wert auf die Betonung des Leidens an den Kopfschmerzen. Wenn dies nicht eindeutig bejaht wurde, wurden Kopfschmerzen als „unsicher“ kodiert und gingen nicht in die Auswertung unter Kopfschmerzen ein.

5.2.2 Erfassung der psychiatrischen Vergangenheit

Hierbei ging es um das deskriptive Erfassen der bisher gestellten Diagnosen, der verabreichten Medikamente oder einer Behandlung mit Elektroschock-Therapie, sowie der Dauer, der Häufigkeit und dem Erfolg vorangegangener Therapien.

US-amerikanische Untersuchungen haben ergeben, dass es im Durchschnitt sieben Jahre dauert, bis eine Patientin eine korrekte Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung erhält und störungsspezifisch und damit endlich erfolgreich behandelt wird (Putnam et al., 1986)

5.2.3 Substanzenmissbrauch

In den Bereich Substanzabhängigkeit fallen die Fragen nach einem jemals im Leben vorhandenen Alkohol- oder Drogenproblem (Fragen 40 bis 44 im Interviewleitfaden). Als Diagnosekriterium galt neben der subjektiven Einschätzung, ein Alkoholproblem im Leben gehabt zu haben (spezifiziert als den Versuch, mit Alkohol Probleme zu lösen oder „nichts“ zu fühlen), die Tatsache, dass die Person angab, deswegen auch in Behandlung gewesen sein.

Die Einnahme halb-legaler oder illegaler Drogen über einen längeren Zeitraum (als subjektive Einschätzung der Versuchsperson, spezifiziert durch die Aussage der Interviewerin, dass es mehr als ein Ausprobieren gewesen sein muss) oder das

intravenöse Spritzen von Drogen galten zusammen mit der Tatsache, deswegen in Behandlung gewesen zu sein als diagnostisches Kriterium für Drogenkonsum.

Mit dieser Formulierung sind die diagnostischen Kriterien des DSM-IV für Substanzabusus nicht erfüllt. Es wird im Rahmen dieser Arbeit keine Diagnose Substanzenabusus gestellt.

5.2.4 Schneidersche Symptome ersten Ranges

Die bejahenden Aussagen der Versuchsperson zu elf Schneiderschen Symptomen (Frage 64a bis 64k des Interviewleitfadens) wurden zusammengezählt und gingen als Anzahl an Schneiderschen Symptomen in die statistische Auswertung ein. Als Ausschlusskriterium galt das Auftreten eines oder mehrerer Symptome ausschließlich unter Alkohol- oder Drogeneinfluss oder einer schweren Depression.

5.2.5 Übernatürliches/ Besessenheit/ Außersinnliche Wahrnehmung/ Kulte

Aus den Fragen 102 bis 107 des Interviewleitfadens wurde ein Index für „übersinnliche Wahrnehmung“ (ASW-Index) erstellt, in dem alle mit „ja“ beantworteten Erfahrungen in diesem Bereich zusammengezählt wurden. Beispiele waren Gedankenübertragung, Deja-vu-Erfahrungen, Besessenheitsgefühle von Dämonen oder anderen Geistern etc. Ausschlusskriterium war, dass die genannten Erscheinungen durch eine andere bekannte Störung oder Krankheit verursacht waren (Frage 107a).

Selbst wenn die Person spontan angab, so etwas noch nicht erlebt zu haben, wurden im Interview die einzelnen Möglichkeiten aufgezählt. Dabei stellte sich heraus, dass viele Menschen ein „Deja-Vu“ Erlebnis kennen, es aber die wenigsten unter der Kategorie „übersinnliche Erfahrung“ einstufen.

Von Personen mit einer DIS wurde berichtet (Ross, 1989), dass sie vermehrt übersinnliche Erfahrungen machen, da sie das Vorhandensein der anderen Personenanteile als eine Fremdbeeinflussung erleben können.

5.2.6 Trancen, Schlafwandeln und imaginäre BegleiterInnen in der Kindheit

Einzelnerfasst wurde in diesem Bereich die Häufigkeit von Schlafwandeln (Frage 67 im Interviewleitfaden) und das Erleben von Trancezuständen (Frage 69 im Interviewleitfaden) bzw. die Dauer des Vorhandenseins imaginärer BegleiterInnen in der Kindheit (Frage 71 im Interviewleitfaden).

Nach Ross (1989) besteht der Verdacht, dass es sich bei allen drei Phänomenen um verdeckte Möglichkeiten der Einflussnahme anderer Persönlichkeitsanteile in der DIS handeln kann.

5.2.7 Gewalterfahrung in der Kindheit

Der Bereich der körperlichen und sexuellen Traumatisierung in der Kindheit wurde deskriptiv erfasst (Fragen 73 bis 85 im Interviewleitfaden); es wurde daraus kein spezieller „Trauma-Index“ gerechnet, da ein solcher Wert sicher nur eine Annäherung an das subjektive Erleben wiedergeben könnte. Erfasst wurden die Täter und die Art einer Misshandlung, der Beginn, die Häufigkeit und die Dauer der Erfahrungen. Des Weiteren wurde gefragt, ob auch nach dem 18. Lebensjahr sexualisierte Gewalterfahrungen erlebt worden waren.

5.2.8 Sekundäre Anzeichen einer dissoziativen Identitätsstörung

Abgefragt wurde in diesem Bereich, inwieweit ProbandInnen „Alltagsphänomene“ kennen, die von PatientInnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung gehäuft geäußert worden waren (Fragen 86 bis 101 des Interviewleitfadens). Neben motorischen Unsicherheiten (starke Veränderungen in der Handschrift) fallen darunter auch amnestische Phänomene wie „Zeitverluste“, das unerwartete Vorfinden oder Verlieren von Dingen, sehr geringe Erinnerung an die Kindheit etc. oder Derealisationserfahrungen und „Stimmen hören, die aus dem Inneren kommen“.

Es gab in dieser Kategorie sowohl „ja- und nein“-Antwort-Formate als auch eine (im Folgenden aufgeführte) Skalierung der Häufigkeiten:

1 = nie	2 = gelegentlich	3 = ziemlich oft
4 = oft	5 = unsicher	

Diagnostisch gewertet wurden Antworten nur, wenn die Person angab, sie mindestens „ziemlich oft“ (3) oder „oft“ (4) zu erleben, also nicht nur „gelegentlich“ (oder „nie“), wobei keine quantifizierte Vorgabe der subjektiven Einschätzung vorgegeben wurde. Es ist aber zu empfehlen, sich die Häufigkeit der Erfahrung genauer beschreiben zu lassen, z.B. in Form „1x/ Tag“, „1x /Woche“, „1x /Monat“ und das daneben zu vermerken.

Insgesamt wurde dann dieses (häufige) Erleben mit der Anzahl weiterer „Ja-Antworten“ zusammengezählt und als „DIS-Wert“ in die Auswertung aufgenommen. Der Maximalwert beträgt 16.

5.3 Auswertung des FDS

Aus allen angekreuzten Fragen des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS) wurde über Mittelwertbildung ein „Gesamtwert dissoziativen Erlebens“ (FDS-Wert) ermittelt.

Prinzipiell stehen aus dem FDS noch sechs weitere Auswertungsmöglichkeiten zur Verfügung, auf deren Darstellung im Rahmen dieser Arbeit verzichtet wird, die aber trotzdem kurz erwähnt werden sollen:

- Auch wenn die Testverlängerung in der deutschen Fassung eine bisher nicht einschätzbare Veränderung bedeutet, lässt sich rechnerisch der Mittelwert der Originalskala DES aus den 28 im FDS enthaltenen Items ermitteln.
- Ebenfalls im FDS sind die acht Items des DES-T enthalten, deren Mittelwert berechnet werden kann, auch wenn daraus ohne aufwendige statistische Umrechnungen noch kein Ausmaß an pathologischer Dissoziation zu ersehen ist.
- In uneinheitlichen us-amerikanischen Untersuchungen mit der DES fanden sich drei Hauptfaktoren: Dissoziative Amnesie, Depersonalisation/Derealisation und Absorption (Van Ijzendorp & Schuengel, 1996; Carlson et al., 1993), die getrennt aus den Items berechnet werden können.

Der kurze Versuch, die Hauptfaktoren anhand meiner Daten zu replizieren, scheiterte genau wie in den anderen deutschen Untersuchungen von Freyberger et al. (1998) und Wolfrath & Kretzschmar (1997). Es ergaben sich Hinweise auf das Vorliegen eines Generalfaktors Dissoziation.

In der autorisierten Übersetzung ergänzten Freyberger et al. (1998/ 1999) die drei Faktoren um eine aus 9 Items bestehende theoriegeleitete Skala Konversion, die sich in ihrer Untersuchung auch faktorenanalytisch einheitlich präsentierte. Diese Einheitlichkeit des Faktors „Konversion“ ließ sich in meinen Daten nicht replizieren.

Da eine weitere Validierung des FDS nicht Aufgabe dieser Untersuchung war, gehe ich auf diese Bereiche auch nicht weiter ein.

Damit stehen für jede Einzelperson und für jede Stichprobe prinzipiell sieben verschiedene Mittelwerte zur Verfügung, die hier nur der Vollständigkeit halber aufgeführt sind.

Skala	Abkürzung im Text	Item-Anzahl	Item-Nr. im FDS
FDS	FDS-Wert	44 Items	1 bis 44
DES	DES-Wert	28 Items	1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 41, 42,
DES-T	DES-T-Wert	8 Items	3, 6, 11, 21, 27, 30, 32, 42
Subskala Dissoziative Amnesie	(SS)Amnesie	8 Items	3, 4, 18, 19, 26, 27, 30, 31
Subskala Depersonalisation/ Derealisation	(SS)Deperso	6 Items	6, 7, 10, 11, 21, 32
Subskala Absorption	(SS)Absorption	9 Items	2, 16, 17, 20, 37, 38, 39, 41, 42
Subskala Konversion	(SS)Konversion	9 Items	5, 13, 14, 23, 25, 29, 36, 40, 43

Tabelle 12:

Items zur Berechnung der Mittelwerte der einzelnen Skalen und Subskalen aus dem FDS.

5.4 Statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung der Ergebnisse wurde das Computerprogramm SPSS 8.0 – SPSS 11.0 verwendet. Interpretationen der Ergebnisse erfolgten neben der Programm-Hilfe in Anlehnung an die Empfehlungen aus dem Statistikbuch „SPSS-8.0“ von Bühl & Zöfel (1998), sowie aus dem Buch „Statistik mit SPSS Version 10.0“ von Diehl & Staufenbiel (2001).

Ein Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest zeigte, dass die Annahme einer Normalverteilung für die FDS-Werte signifikant verletzt wurde ($p < 0.001$). Als Konsequenz wurden für die Auswertung der Ergebnisse in der Regel die üblichen nicht-parametrischen Verfahren für unabhängige Stichproben angewandt (Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-Test). Hierbei war die unabhängige Variable die externe (Haupt-)Diagnose der PatientInnen, die abhängigen Variablen war der FDS-Gesamtwert (und zusätzlich möglich der DES-Wert, der DES-T-Wert sowie die Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion). Im Vertrauen auf die Robustheit der Methode wurde auch eine einfaktorielle Anova über die Daten gerechnet.

6. ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

Es gab in dieser Untersuchung neun Vergleichsgruppen. Da nach Ross (1989/1997) die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) analog den Dissoziativen Störungen eher einer Kategorie „Traumastörung“ zugeordnet gehört, anstatt unter den Angststörungen subsumiert zu werden, wurde bei den AngststörungspatientInnen zwischen Angst (als Phobien) und PTB differenziert.

Damit gingen bei allen Berechnungen folgende 9 Stufen in den Faktor „Diagnose“ ein: keine Diagnose (nicht-klinische Vergleichsgruppe), Dissoziative Identitätsstörung (DIS), Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), dissoziative Störung (ohne DIS), Depression, Schizophrenie, Essstörung, Angststörung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTB).

6.1. Haupthypothesen

Die erste Validierung des SIDDS erfolgte über die Bestimmung der Sensitivität und Spezifität des SIDDS für DIS. In wie weit erhält eine Patientin auch im SIDDS die von einer externen TherapeutIn gestellte Diagnose einer DIS, bzw. in wie weit differenziert der SIDDS zwischen DIS- und Nicht-DIS-PatientInnen.

6.1.1 Sensitivität und Spezifität des SIDDS für DIS

1. Hypothese: Mindestens 90% der PatientInnen mit der externen TherapeutInnen-Diagnose einer DIS erhalten diese Diagnose auch im SIDDS (Sensitivität). Auch die Spezifität des SIDDS in Bezug auf DIS sollte mindestens 90 % betragen, d.h. maximal 10% der PatientInnen ohne die externe Diagnose einer DIS erhalten im SIDDS eine falsch positive Diagnose (Spezifität).

Sensitivität:

Von den 163 untersuchten Personen hatten 18 die externe Diagnose einer DIS. 17 der 18 DIS PatientInnen erhielten die Diagnose einer DIS auch im SIDDS, eine DIS-PatientIn erhielt im SIDDS die Diagnose einer DDnos. Damit beträgt die Sensitivität des SIDDS für DIS 94,4%.

Ein Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnose DIS der TherapeutIn mit der SIDDS-Diagnose ($\chi^2 = 14,222$, $df = 1$, $p < ,001$).

N = 163	Externe TherapeutInnen Diagnose einer DIS				
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
SIDDS– Diagnose einer DIS	Ja	17	0	17	100 %
	Nein	1	145	146	0,7 %
	Gesamt	18	145	163	11 %
	Prozent	94,4%	100%	10,4 %	

Tabelle 13:
Sensitivität des SIDDS für DIS-Diagnose.

Spezifität:

Neben den 17 DIS-PatientInnen erhielt keine weitere Person im SIDDS die Diagnose einer DIS. Damit liegt die Spezifität bei 100%.

N = 163	Externe TherapeutInnen Diagnose einer psychischen Störung ohne DIS				
		Ja	Nein (Diagnose = DIS)	Gesamt	Prozent
SIDDS– Diagnose einer DIS	Ja	0	17	17	0%
	Nein	145	1	146	7,9 %
	Gesamt	145	18	163	87,4 %
		100%	94,4%	89,6 %	

Tabelle 14:
Spezifität des SIDDS für DIS-Diagnose.

Die Diagnose DIS kann im SIDDS nur dann gesichert gestellt werden, wenn die DIS-typischen Wechsel in der Persönlichkeit von einer 3. Person (Zeuge) auch mehrfach beobachtet wurden. Wenn diese Zeugen (noch) nicht vorhanden sind, wird im SIDDS nur ein Verdacht auf DIS formuliert. Damit übernimmt der SIDDS die „härteren“ Forschungskriterien für die Diagnosestellung bei einer DIS.

Zu einer genaueren Bestimmung der Spezifität sollte deshalb in der Auswertung auch die Häufigkeit der Verdachtsdiagnose einer DIS im SIDDS berücksichtigt werden.

Bei 7 PatientInnen mit einer anderen externen Hauptdiagnose als DIS wurde die Verdachtsdiagnose einer DIS im SIDDS formuliert. Dabei handelt es sich um 4 PatientInnen mit der Diagnose einer anderen dissoziativen Störung (als DIS), um 2 PatientInnen mit einer BPS und um eine PatientIn mit einer Essstörung. Damit liegt die Spezifität der Verdachtsdiagnose einer DIS im SIDDS bei 94,4%.

N = 163	Externe TherapeutInnen Diagnose einer psychischen Störung ohne DIS				N = 145
SIDDS- Verdachts- Diagnose einer DIS		Ja	Nein (Diagnose = DIS)	Gesamt	Prozent
	Ja	7	18	25	17,5 %
	Nein	138	0	138	100 %
	Gesamt	145	18	163	87,4 %
	Prozent	94,4 %	100 %	84,7 %	

Tabelle 15:
Spezifität des SIDDS für DIS-Verdachtsdiagnose.

Ein Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen überzufälligen Zusammenhang in der Verteilung ($\chi^2 = 13,998$, $df = 6$, $p = 0,030$). In der Berechnung sind „Schizophrenie, Depression, Essstörung, Angststörung, BPS, PTB und dissoziative Störung ohne DIS“ als Stufen in den Faktor Diagnose eingegangen.

Hypothese 1 gilt sowohl in bezug auf die Sensitivität als auch in Bezug auf die Spezifität des SIDDS für DIS als bestätigt: der SIDDS eignet sich zur Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung.

6.1.2 Sensitivität des SIDDS für dissoziative Störungen (ohne DIS), BPS und Major Depression

2. Hypothese: Mindestens 75% der PatientInnen mit der externen Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS), einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Major Depression erhalten diese Diagnosen auch im SIDDS (Sensitivität).

Diagnose einer dissoziativen Störung ohne DIS

18 PatientInnen kamen mit der externen Diagnose einer dissoziativen Störung in die Untersuchung, 10 der 18 Personen erhielten auch im SIDDS die Diagnose einer dissoziativen Störung. Damit liegt die Sensitivität des SIDDS für (andere) dissoziative Störungen bei 55,6%.

Von den 127 Personen, die keine externe Diagnose einer dissoziativen Störung hatten, diagnostizierte der SIDDS bei 17 eine dissoziative Störung. Die Spezifität des SIDDS für dissoziative Störungen liegt damit bei 86,6%. Da in der Untersuchung nur die Hauptdiagnose der PatientIn zur Zuordnung in die Vergleichsgruppe benutzt und keine Zusatz- oder Nebendiagnosen systematisch erfasst wurden, bleibt unklar,

in wie weit die SIDDS-Diagnose einer dissoziativen Störung tatsächlich falsch positiv ist. Damit ist diese Angabe zur Spezifität nicht zu interpretieren.

N = 145	Externe TherapeutInnen Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS)				
					N = 18
SIDDS– Diagnose einer dissoziativen Störung		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
	Ja	10	17	27	37 %
	Nein	8	110	118	93,2 %
	Gesamt	18	127	145	
	Prozent	55,6 %	86,6 %		

Tabelle 16:
Sensitivität des SIDDS für die Diagnose einer dissoziativen Störung ohne DIS.

Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung

21 PatientInnen hatten die externe Hauptdiagnose einer BPS. 11 dieser 21 Personen erhielten auch im SIDDS die Diagnose einer BPS (nach DSM-IV). Damit entspricht die Sensitivität des SIDDS für BPS 52,4%.

12 der 163 UntersuchungsteilnehmerInnen erhielten im SIDDS die DSM-IV Diagnose einer BPS, ohne diese Hauptdiagnose von der TherapeutIn erhalten zu haben. Damit liegt die Spezifität des SIDDS für BPS bei 91,5%. Aufgrund des mangelnden Wissens über die Zusatzdiagnosen bleibt auch hierbei unklar, in wie weit es sich im SIDDS um falsch positive Diagnosen handelt. Die Angabe zur Spezifität ist damit nicht interpretierbar.

N = 163	Externe TherapeutInnen Diagnose einer BPS				
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
SIDDS– Diagnose einer BPS	Ja	11	12	23	47,8 %
	Nein	10	130	140	92,9 %
	Gesamt	21	142	163	
	Prozent	52,4 %	8,5 %		

Tabelle 17:
Sensitivität des SIDDS für BPS-Diagnose.

Diagnose einer Major Depression

21 PatientInnen hatten die externe TherapeutInnen-Hauptdiagnose einer Depression. 16 dieser PatientInnen erhielten auch im SIDDS die Diagnose einer Major Depression. Die Sensitivität des SIDDS für Major Depressionen liegt bei 76,2%.

N = 163	Externe TherapeutInnen Diagnose einer Depression				
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
SIDDS – Diagnose einer Major Depression	Ja	16	70	86	18,6 %
	Nein	5	72	77	93,5 %
	Gesamt	21	142	163	12,9%
	Prozent	76,2 %	50,7 %	52,8 %	

Tabelle 18:

Sensitivität des SIDDS für die Diagnose einer Major Depression.

Die Spezifität des SIDDS für Depressionen liegt bei 50,7%. Aus oben bereits genannten Gründen ist auch diese Angabe nicht interpretierbar.

Da in der Eingangsformulierung zu Depressionen im SIDDS nach dem Auftreten einer Depression jemals im Leben gefragt wird (Lebenszeitangabe), unterdifferenziert eine weitere Frage die aktuelle Ausprägung der Depression. Diese Frage geht nicht in die Auswertung für das Stellen einer Diagnose Major Depression ein. Da aber die Spezifität quasi zufällig ist, sollen diese Angaben zusätzlich ausgewertet werden und nur die Personen als „depressiv“ betrachtet werden, die unter den Symptomen der Depression auch zu dem Zeitpunkt der Befragung noch litten (vorhanden oder am abklingen).

N = 163	Externe TherapeutInnen Diagnose einer Depression				
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
SIDDS – Diagnose einer aktuellen Major Depression	Ja	16	40	56	28,8 %
	Nein	5	102	107	95,3 %
	Gesamt	21	142	163	12,9%
	Prozent	76,2 %	71,8 %	34,4 %	

Tabelle 19:

Sensitivität des SIDDS für die aktuelle Ausprägung einer Major Depression.

Unter Berücksichtigung der Aktualität der Depression liegt die Spezifität des SIDDS für Major Depression bei 71,8%.

Schlussfolgerung

Die Hypothese, dass der SIDDS über eine Sensitivität von mindestens 75% zur Diagnose der dissoziativen Störungen nach ICD-10 ohne DIS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung verfügt, muss in dieser Untersuchung abgelehnt werden. Das Kriterium für die Eignung zum Stellen der Diagnose einer Majoren Depression wird knapp erfüllt, dieser Teil der Hypothese gilt als bestätigt.

6.1.3 Dissoziative Störung und FDS-Wert

3. Hypothese: PatientInnen mit der Diagnose einer DIS im SIDDS - als der schwersten Form einer dissoziativen Störung - erzielen im Mittel die signifikant höchsten Werte im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS).

Der Mittelwert der 17 DIS-PatientInnen (diagnostiziert nach dem SIDDS) im FDS liegt bei 42,51 mit einer Standardabweichung von 17,45. Eine einfaktorielle Anova mit der unabhängigen Variablen Diagnose (mit den 8 Stufen Vergleichsgruppe, dissoziative Störung (ohne DIS), BPS, Depression, Schizophrenie, Essstörung, Angststörung und PTB) (unter Zuordnung der DIS-Patientin ohne die entsprechende Diagnose im SIDDS zu den dissoziativen Störungen) und der abhängigen Variablen FDS-Wert ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang ($F= 17,31$, $N = 162$, $df = 8$, $p < ,001$).

Ein der Hypothese entsprechender einseitiger Post Hoc Test nach Dunnett mit einem $\alpha = 0,05$ verglich alle Stufen der unabhängigen Variable mit der Diagnose DIS. Der FDS-Wert der DIS-Patientinnen ist hochsignifikant höher als bei allen anderen Störungsbildern ($p > ,001$).

Mehrfachvergleiche					
Abhängige Variable: FDS-Wert					
Dunnett-T (>Kontrolle) ^a					
(I) Diagnosenzuordnung für Dunnett Test	(J) Diagnosenzuordnung für Dunnett Test	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Untergrenze
Kontrollgruppe	DIS	-38,7139*	3,9024	,000	-48,0671
Dissoziative Störung (ohne DIS)	DIS	-20,8928*	3,9493	,000	-30,3585
Depression	DIS	-31,5641*	3,8595	,000	-40,8145
Schizophrenie	DIS	-32,6392*	4,0008	,000	-42,2283
BPS	DIS	-19,5241*	3,8595	,000	-28,7744
Essstörung	DIS	-31,9108*	3,9493	,000	-41,3765
Angststörung	DIS	-35,5226*	4,3585	,000	-45,9690
PTB	DIS	-25,6769*	4,1906	,000	-35,7209

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

a. Dunnett-T-Tests behandeln eine Gruppe als Kontrollgruppe und vergleichen alle Gruppen mit dieser Gruppe.

Tabelle 20:

Dunnett- Statistik Hypothese 3: FDS-Mittelwert bei DIS.

Die 3. Hypothese gilt als bestätigt. DIS-Patientinnen haben die höchsten Werte im FDS und unterscheiden sich darin statistisch bedeutsam von allen anderen PatientInnengruppen und der nicht-klinischen Vergleichsgruppe.

4. Hypothese: PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS) im SIDDS erzielen im Mittel signifikant höhere Werte im FDS als PatientInnen ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung (im SIDDS und/oder extern).

Im SIDDS erhielten 121 Personen keine Diagnose einer dissoziativen Störung und 25 Personen die Diagnose einer dissoziativen Störung ohne DIS.

Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS	N	Mittelwert im FDS/ SD
DIS	17	42,51/ 17,45
Dissoziative Störung ohne DIS	25	25,35/ 17,21
Ohne dissoziative Störung	121	12,16/ 10,54
Gesamt	163	

Tabelle 21:

FDS-Mittelwerte/ SD bei DIS - dissoziative Störung- ohne dissoziative Störung.

Ein Chi²-Test zwischen den beiden Gruppen dissoziative Störung ohne DIS - ohne dissoziative Störung ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang (Chi² = 63,12; df = 1; p < 0,001; N = 146). Die beiden Gruppen unterscheiden sich in ihren FDS-Werten statistisch signifikant voneinander, wobei die dissoziativen PatientInnen die höheren Werte im FDS erzielen.

Bei Einbeziehung auch der PatientInnen mit der (ausschließlich) externen Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS) in die Auswertung, ergibt sich folgendes Bild (N = 146: die DIS-Patientinnen sind von der Berechnung ausgeschlossen, da sie aufgrund der Höhe ihrer FDS-Werte das Ergebnis verzerren würden):

113 Versuchspersonen haben keine Diagnose einer dissoziativen Störung, 8 Personen haben „nur“ eine TherapeutInnen-Diagnose (extern) einer dissoziativen Störung, 14 Personen haben „nur“ eine SIDDS Diagnose einer dissoziativen Störung und 11 Personen haben sowohl extern als auch im SIDDS die Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS).

<i>Diagnose einer dissoziativen Störung</i>	N	FDS-Mittelwert/ SD
Keine	113	11,95/ 10,57
Externe Diagnose	8	15,06/ 10,20
SIDDS-Diagnose	14	21,64/ 14,68
Externe + SIDDS Diagnose	11	30,07/ 19,67
Gesamt	146	

Tabelle 22:

FDS-Mittelwerte nach Diagnosestellung dissoziative Störung im SIDDS und/oder extern.

Eine einfaktorielle Anova mit der abhängigen Variablen FDS-Wert ergab einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne der Diagnose einer dissoziativen Störung ($F = 9,78$, $df = 3$, $p < ,001$, $N = 145$). Ein gerichteter Post-Hoc Test nach Dunnett (mit den Stufen keine – extern – SIDDS – SIDDS+ extern) mit einem $\alpha = 0,05$ ergab einen signifikanten Unterschied in der Höhe der FDS-Werte nur für die Personen mit der SIDDS oder der SIDDS + externen Diagnose einer dissoziativen Störung, nicht aber bei der ausschließlich externen Diagnose. Damit zeigt sich, dass nur bei Personen, die auch im SIDDS die Diagnose einer dissoziativen Störung erhalten haben, die FDS-Werte signifikant erhöht sind.

Mehrfachvergleiche					
Abhängige Variable: FDS-Wert					
Dunnett-T (<Kontrolle) ^a					
(I) Dissoziative Störung	(J) Dissoziative Störung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Obergrenze
extern	keine	3,1018	4,3332	,538	12,3595
SIDDS	keine	9,6911*	3,3558	,007	16,8606
Sidss + extern	keine	18,1149*	3,7409	,000	26,1071

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

a. Dunnett-T-Tests behandeln eine Gruppe als Kontrollgruppe und vergleichen alle Gruppen mit dieser Gruppe.

Tabelle 23:

Statistik Hypothese 4: FDS-Mittelwert- dissoziative Störung .

Schlussfolgerung:

Hypothese 4 gilt als bestätigt. Personen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung (im SIDDS) haben höhere FDS-Werte als die ohne eine solche Diagnose.

6.1.4 Konstruktvalidierung

5. Hypothese: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang von mindestens 0.71 (Pearson-Produkt-Moment Korrelation) zwischen dem FDS-Gesamtwert und dem Gesamtwert einer Person im SIDDS-Teilbereich „Sekundäre Anzeichen einer DIS“.

Beide oben genannten Vergleichsskalen (FDS und sekundäre Anzeichen) erfassen unabhängig voneinander ähnliche dissoziative Erfahrungen, die von DIS-PatientInnen häufig berichtet werden. Nach Ross (1997) handelt es sich bei dem SIDDS-Teilbereich „sekundäre Anzeichen einer DIS“ um den besten Prädiktor für die Höhe der DES-Werte. (Der DES ist die us-amerikanische Originalfassung des FDS.) Es ist zu erwarten, dass dies auch in den deutschen Übersetzungen der Fall ist und sich dadurch eine Konsistenz im Konstrukt der Dissoziativität aufzeigen lässt.

Es wird als Kriterium einer Mindestkorrelation von .71 gesetzt, da mit diesem Wert eine gemeinsame Varianz von 50% aufgeklärt werden kann. Eine Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen den beiden Werten ergab eine Korrelation von $r = .79$. Je höher der Gesamtwert an sekundären Anzeichen, desto höher ist auch der FDS-Wert. Es handelt sich um eine hohe Korrelation von $>.71$, die insgesamt 62,4% der Varianz der Variablen erklärt.

Damit gilt die fünfte Hypothese als bestätigt.

6. Hypothese: Personen mit der Diagnose einer DIS im SIDDS berichten auch signifikant mehr „sekundäre Anzeichen einer DIS“ als alle anderen Vergleichsgruppen.

DIS-PatientInnen ($N = 17$) berichteten im Schnitt 9,71 sekundäre Anzeichen einer DIS ($SD = 2,93$). Eine einfaktorielle Anova mit der abhängigen Variablen sekundäre Anzeichen und der unabhängigen Variable Diagnose(gruppe) ergab einen hochsignifikanten Wert von $F = 49,80$; $p < 0,001$. Ein gerichteter Post-Hoc-Test nach Dunnett zeigt, dass DIS-Patientinnen hochsignifikant mehr sekundäre Anzeichen einer DIS berichten als alle anderen Vergleichsgruppen.

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: Anzahl MPS-Symptome
Dunnett-T (2-seitig)^a

(I) Diagnosenzuordnung für Dunnett Test	(J) Diagnosenzuordnung für Dunnett Test	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Kontrollgruppe	DIS	-11,10000*	,66785	,000	-12,8936	-9,3064
Dissoziative Störung (ohne DIS)	DIS	-8,42051*	,72388	,000	-10,3646	-6,4764
Depression	DIS	-10,31429*	,64580	,000	-12,0487	-8,5799
Schizophrenie	DIS	-10,37778*	,66785	,000	-12,1714	-8,5842
BPS	DIS	-7,98095*	,64580	,000	-9,7154	-6,2465
Esstörung	DIS	-10,33333*	,69755	,000	-12,2067	-8,4600
Angststörung	DIS	-10,96667*	,77988	,000	-13,0612	-8,8722
PTB	DIS	-9,53939*	,75831	,000	-11,5760	-7,5028

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

a. Dunnett-T-Tests behandeln eine Gruppe als Kontrollgruppe und vergleichen alle Gruppen mit dieser Gruppe.

Tabelle 24:

Statistik Hypothese 6: Sekundäre Anzeichen einer DIS

Die Hypothese gilt als bestätigt.

6.2 Nebenhypothesen

6.2.1 Zusammenhang zwischen Dissoziation und Trauma

7. Hypothese: PatientInnen mit im SIDDS berichtetem Trauma in Form von körperlicher und/ oder sexualisierter Gewalt in der Kindheit haben signifikant höhere Mittelwerte im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) als PatientInnen, die im SIDDS keine derartigen Traumatisierungen in der Kindheit berichten.

Insgesamt 91 Personen (55,8%) in dieser Stichprobe gaben im SIDDS an, in ihrer Kindheit körperliche und/ oder sexualisierte Gewalt erfahren zu haben (Fragen 73 und 78 des Interviewleitfadens).

- 18 Personen gaben an, nur körperlich misshandelt worden zu sein (11%)
- 36 Personen gaben an, nur sexuell misshandelt worden zu sein (22,1%)
- 37 Personen gaben an, körperlich und sexuell misshandelt worden zu sein (22,7%).

ONEWAY deskriptive Statistiken

FDS-Wert	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
keine Gewalterfahrung	72	10,6268	10,26724	1,21001	8,2141	13,0395	,45	51,82
nur körperl. Gewalterfahrung	18	13,1136	9,73347	2,29420	8,2733	17,9540	1,20	33,41
nur sexualisierte Gewalterfahrung	36	20,4902	14,59709	2,43285	15,5513	25,4292	1,36	52,05
körperl. u. sexualisierte Gewalterfahrung	37	29,4255	20,44352	3,36089	22,6093	36,2418	,68	78,86
Gesamt	163	17,3470	15,89440	1,24495	14,8886	19,8055	,45	78,86

Tabelle 25:
Deskriptive Statistik zum FDS-Wert bei Trauma

Eine gerichtete einfaktorielle Anova mit der abhängigen Variablen „FDS-Wert“ ($\alpha = 0,05$) ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang ($F = 15,65$, $df = 3$, $N = 162$, $p < 0,001$).

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: FDS-Wert
Dunnett-T (>Kontrolle)^a

		Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall
(I) Gewalterfahrung	(J) Gewalterfahrung				Untergrenze
nur körperl. Gewalterfahrung	keine Gewalterfahrung	2,4868	3,71495	,516	-5,3713
nur sexualisierte	keine Gewalterfahrung	9,8634*	2,87759	,001	3,7766
körperl. u. sexualisierte	keine Gewalterfahrung	18,7988*	2,85155	,000	12,7670

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

a. Dunnett-T-Tests behandeln eine Gruppe als Kontrollgruppe und vergleichen alle Gruppen mit dieser Gruppe.

Tabelle 26:

Dunnett-Statistik zum FDS-Wert bei Trauma

Der in der Hypothese behauptete Zusammenhang wurde in einem Post-Hoc Test nach Dunnett nur teilweise belegt. Menschen ohne Gewalterfahrung unterscheiden sich in der Höhe der FDS-Werte hochsignifikant nur von Menschen, die sexualisierte Gewalterfahrungen (mit oder ohne zusätzlicher körperlicher Gewalt) erlebt haben, nicht aber von solchen, die „nur“ über körperliche Gewalt in der Kindheit und Jugend berichten (siehe Tabelle).

Da dissoziative PatientInnen amnestisch für ihre erlebten Traumatisierungen sein können, wurde überprüft, ob sich die Datenbasis verändert, wenn man auch die „Ahnung“ von Gewalt (im Sinne einer „vielleicht-Antwort“ im SIDDS) als „ja“ interpretiert. Die Gruppe der Traumatisierten erweitert sich dadurch auf 111.

In der gerichteten Anova veränderte sich der Wert durch die Einbeziehung der Verdachtsfälle kaum ($F = 15,13$, $df = 3$, $p < 0,001$), es wurde auch im nachfolgenden Mehrfachvergleich nach Dunnett der gleiche statistische Zusammenhang (mit ähnlichen Korrelationen) wie oben gefunden.

Damit gehen die „Verdachtsfälle“ weiterhin als „nein“ in die weiteren Auswertungen der Traumabereiche ein.

ONEWAY deskriptive Statistiken

FDS-Wert

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
keine Gewalt	52	8,3159	7,73589	1,07278	6,1622	10,4696	,45	35,00
V.a. körperliche Gewalt	27	14,2129	12,56418	2,41798	9,2426	19,1831	1,20	51,82
V.a. sexuelle Gewalt	27	19,1267	12,60454	2,42575	14,1405	24,1128	1,36	42,73
V.a. körperliche + sexuelle Gewalt	57	26,2276	19,15727	2,53744	21,1445	31,3107	,68	78,86
Gesamt	163	17,3470	15,89440	1,24495	14,8886	19,8055	,45	78,86

Tabelle 27:

Deskriptive Statistik FDS-Wert – Trauma-Verdacht inklusive

Ein Mehrfachvergleich über den Zusammenhang der FDS-Werte-Höhe mit allen Gewaltformen in der Kindheit, ergab folgendes Bild:

- Keine statistische Bedeutsamkeit für die Höhe der FDS-Werte machte das Erleben „nur“ körperlicher Gewalt im Vergleich zu keiner Gewalt oder zu sexueller Gewalt aus.
- Das Erleben sexualisierter Gewalt macht einen signifikanten Unterschied für die Höhe des FDS-Wertes im Vergleich zum Erleben von Gewaltfreiheit aus, nicht zu körperlicher Gewalt.
- Das gemeinsame Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt erhöht die FDS-Werte statistisch bedeutsam gegenüber Menschen, die keine oder „nur“ eine einzelne Gewaltform erlebt haben. Es scheint einen Unterschied zu machen, ob die sexuelle Gewalt mit körperlicher Gewalt gepaart war oder nicht.

	Keine Gewalt	Körperl. Gewalt	Sexuelle Gewalt
Keine Gewalt	-		
Körperl. Gewalt	1,000	-	
Sexuelle Gewalt	,005*	,431	-
Sex. + körperl. Gewalt	,000**	,001**	,045*

Tabelle 28:

Signifikanzüberblick FDS-Wert – Gewalterfahrung in der Kindheit (** p ≤ 0,001, * p < 0,05)

Zusammenfassung:

Hypothese 7 wird teilweise bestätigt.

Nur bei PatientInnen, die im SIDDS sexualisierte Gewalt oder sexualisierte Gewalt kombiniert mit körperlicher Gewalt berichteten, ließen sich im Vergleich zu nicht-traumatisierten PatientInnen signifikant höhere Mittelwerte im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) finden. Das Erleben „nur“ körperlicher Gewalt machte keinen statistisch bedeutsamen Unterschied für die Höhe der FDS-Werte aus.

8. Hypothese: PatientInnen mit im SIDDS berichtetem Trauma in Form sexueller und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit haben signifikant häufiger die SIDDS-Diagnose einer dissoziativen Störung als PatientInnen, die im SIDDS keine derartigen Traumatisierungen berichten.

42 Personen erhielten im SIDDS die Diagnose einer dissoziativen Störung (Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Depersonalisationsstörung, Dissoziative Identitätsstörung, nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung). Das entspricht einer Prävalenz dissoziativer Störungen in dieser (selektierten) Stichprobe von 25,8%, in der eine Prävalenz von 22,1% (N=36) zu erwarten gewesen wäre.

Eine bivariate Korrelation nach Pearson ergab eine hochsignifikante, aber eher geringe Korrelation von $r = ,35$ ($p < ,001$; $N = 163$) zwischen dem Zusammenhang des gemeinsamen Vorliegens von Trauma und dissoziativer Störung (12 % gemeinsame Varianz).

Ein T-Test für unabhängige Stichproben ergab einen hochsignifikanten Unterschied im Vorliegen der Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS bei PatientInnen mit und ohne Traumatisierungen in der Kindheit ($T = 5,11$; $df=161$; $p < ,001$).

Zur Bestimmung der Richtung des Zusammenhanges wurde ein χ^2 (2x2 Kreuztabellen) gerechnet. Er war –wie zu erwarten - hochsignifikant ($\chi^2 = 20,49$, $df = 1$, $N = 163$, $p < 0,001$). Die Zellverteilung ist nicht zufällig. Menschen mit Gewalterfahrung in der Kindheit haben überzufällig häufig die Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS.

N = 163	SIDDS Diagnose einer Dissoziativen Störung				
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
Gewalterfahrung in der Kindheit	Ja	36	55	91	39,6 %
	Nein	6	66	72	8,3 %
	Gesamt	42	121	163	25,8 %
	Prozent	85,7 %	54,5 %	55,8 %	

Tabelle 29:
Zusammenhang Gewalterfahrung in der Kindheit - dissoziative Störung.

85,7% der Menschen mit einer im SIDDS diagnostizierten dissoziativen Störung gaben an, in ihrer Kindheit körperlich oder sexuell misshandelt worden zu sein.

39,6% der PatientInnen, die angaben, sexualisierter und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit ausgesetzt gewesen zu sein, erfüllten die diagnostischen Kriterien einer dissoziativen Störung im SIDDS.

Da es auch hier relevant ist, mögliche amnestische Bereiche für Trauma zu erfassen, wurde auch diese Auswertung für Personen mit der „Verdachts-Gewalterfahrung“ in der Kindheit wiederholt:

N = 163		SIDDS Diagnose einer Dissoziativen Störung			
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
Verdachts- Gewalterfahrung in der Kindheit	Ja	41	70	111	36,9 %
	Nein	1	51	62	82,3 %
	Gesamt	42	121	163	25,8 %
	Prozent	97,6 %	42,2 %	55,8 %	

Tabelle 30:

Zusammenhang (Verdacht auf) Gewalterfahrung- dissoziative Störung.

In dieser Berechnung verändert sich der χ^2 - Wert nur minimal auf 22,7 ($p < 0,000$), und der Pearson-Korrelationskoeffizient auf $r = 0,37$ (mit 13,7% gemeinsam aufgeklärter Varianz).

Bei Einschluss der Gewalt-Verdachtsfälle erfüllen 41 der 42 PatientInnen (98%) die SIDDS-Kriterien der Diagnose einer dissoziativen Störung.

Die Häufigkeit im Vorliegen einer dissoziativen Störung nach Trauma-Erfahrung in der Kindheit reduzierte sich bei Einschluss der Verdachtsfälle um 2,7% auf 36,9%, d.h. 36,9% der PatientInnen, die angaben, sexualisierter und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit ausgesetzt gewesen zu sein, erfüllten die diagnostischen Kriterien einer dissoziativen Störung im SIDDS.

Anhand dieser Daten zeigt sich, dass Dissoziation nur eine menschliche Reaktionsweise auf Trauma darstellt. 35 - 40 % der Traumatisierten reagieren mit einer dissoziativen Störung, 60 % haben keine klinisch bedeutsame dissoziative Symptomatik.

9. Hypothese: DIS-PatientInnen berichten im SIDDS signifikant häufiger als andere klinische Vergleichsgruppen von körperlicher und/ oder sexualisierter Traumatisierung in der Kindheit.

Eine einfaktorielle Anova mit der abhängigen Variablen „Traumatisierung in der Kindheit“ (ja – nein) und der unabhängigen Variablen „Diagnosegruppe“ (klinische Vergleichsgruppen) ergab ein signifikantes Ergebnis ($F = 7,330$; $p < 0,001$, $df = 7$, $N = 142$), wobei ein gerichteter Post-Hoc Test nach Dunnett keine signifikanten Einzel-Ergebnisse erbrachte.

In dieser offenen Formulierung berichten DIS-Patientinnen in dieser Untersuchung im SIDDS nicht signifikant häufiger von Traumatisierungen in der Kindheit als andere klinische Vergleichsgruppen (N = 142).

Auch bei Einschluss der „Verdachts-Gewalterfahrungen“ in die Auswertung ergaben sich keine Unterschiede im Ergebnis ($F = 6,57$, $p < 0,001$, keine Einzelunterschiede statistisch feststellbar).

Die Hypothese lässt sich in dieser Formulierung nicht bestätigen.

Betrachtet man nicht nur das Vorliegen von Gewalt, sondern differenziert die Gewaltformen ergibt sich ein anderes Bild:

Diagnose	N	Keine Gewalt (%)	Körperliche Gewalt (%)	Sexualisierte Gewalt (%)	Körperl. + s. Gewalt (%)
Vergleichsgruppe	20	10 (50%)	5 (25%)	5 (25%)	0
DIS	18	2 (11,1%)	0	4 (22,2%)	12 (66,7%)
Depression	21	15 (71,4%)	0	2 (9,5%)	4 (19%)
Schizophrenie	18	13 (72,2%)	5 (27,8%)	0	0
BPS	21	4 (19%)	2 (9,5%)	9 (42,9%)	6 (28,6%)
Essstörung	19	12 (63,2%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	0
Angststörung	13	9 (69,2%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)
PTB	15	2 (13,3%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	6 (40%)
Diss. Störung	18	5 (27,8%)	0	6 (33,3%)	7 (38,9%)
Gesamt	163	72 (44,3%)	18 (11%)	36 (22,1%)	37 (22,6%)

Tabelle 31:
Häufigkeitenverteilung Traumatisierung in der Kindheit je Diagnosegruppe

Eine einfaktorielle Anova mit der abhängigen Variablen „Gewaltform in der Kindheit“ (und den Stufen: keine Gewalt – körperliche Gewalt – sexuelle Gewalt – körperliche und sexuelle Gewalt) und der unabhängigen Variablen „Diagnosegruppe“ ergab ein hochsignifikantes Ergebnis ($F = 10,67$; $p < 0,001$, $df = 7$, $N = 142$), wobei ein gerichteter Post-Hoc Test nach Dunnett einen signifikanten Unterschied zwischen DIS-Patientinnen und Personen mit der Diagnose einer Depression, einer Schizophrenie, einer Ess- und einer Angststörung zeigte ($p < 0,001$), nicht aber zu Personen mit der Diagnose einer anderen dissoziativen Störung, einer PTB oder einer BPS.

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: Gewalterfahrung
Dunnett-T (2-seitig)^a

(I) Diagnosenzuordnung für Dunnett Test	(J) Diagnosenzuordnung für Dunnett Test	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Dissoziative Störung (ohne DIS)	DIS	-,63	,348	,310	-1,55	,29
Depression	DIS	-1,71*	,340	,000	-2,61	-,81
Schizophrenie	DIS	-2,19*	,353	,000	-3,13	-1,26
BPS	DIS	-,66	,340	,241	-1,56	,24
Esstörung	DIS	-1,89*	,348	,000	-2,81	-,97
Angststörung	DIS	-1,78*	,384	,000	-2,79	-,76
PTB	DIS	-,47	,369	,669	-1,45	,51

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

a. Dunnett-T-Tests behandeln eine Gruppe als Kontrollgruppe und vergleichen alle Gruppen mit dieser Gruppe.

Tabelle 32:

Dunnett- Statistik Art der Traumatisierung nach Diagnosegruppe.

Nach einer kurzen Sichtung der Daten wird der Frage, ob sich die DIS-PatientInnen noch weiter in der Schwere der erlebten Gewalt (z.B. Häufigkeit der Übergriffe vor und nach dem 18. LJ) von anderen klinischen Vergleichsgruppen unterscheiden, an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen.

Zusammenfassung:

Hypothese 9 wird teilweise bestätigt.

Wenn man nur nach dem Vorliegen oder nicht vorliegen einer körperlichen oder sexuellen Traumatisierung in der Kindheit fragt, lässt sich in dieser Untersuchung kein Unterschied in der Häufigkeit des Vorliegens einer (allgemeinen) Traumatisierung in der Kindheit zwischen DIS-Patientinnen und anderen klinischen Vergleichsgruppen feststellen.

Berücksichtigt man die Art der Gewalterfahrung (Schwere) zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Gewalterfahrung zwischen DIS-Patientinnen und PatientInnen mit der Diagnose einer Depression, einer Schizophrenie sowie einer Angst- und Esstörung.

Kein Unterschied in der Art oder Schwere der Gewalterfahrung zeigt sich in dieser Untersuchung bei DIS-Patientinnen zu PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer anderen dissoziativen Störung und einer posttraumatischen Belastungsstörung. All diesen Störungen liegen auch dissoziativen Phänomenen zugrunde, so dass auch in dieser Untersuchung ein Beleg für den Zusammenhang Trauma-Dissoziation gefunden wurde.

Es zeigt sich hier, dass weitere vermittelnde Variablen (neben Trauma) für die dissoziative Aufspaltung ursächlich sind.

6.2.2 Hochscorer mit einer dissoziativen Störung

10. Hypothese: Unter den PatientInnen mit einem FDS-Gesamtwert über 30 finden sich signifikant mehr Personen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung als unter diesem Cut-Off-Wert.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben mit der Gruppenvariablen „Vorliegen einer dissoziativen Störung“ und der abhängigen Variablen „FDS-Wert > 30“ gerechnet. Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen ($T = 3,78$; $df = 65$; $p < 0,001$).

Eine 2x2 Kreuztabelle mit der Berechnung von χ^2 -ergab folgende Verteilung.

N = 163	Diagnose einer Dissoziativen Störung				
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
FDS-Wert > 30	Ja	19	11	30	63,3 %
	Nein	31	102	133	76,7 %
	Gesamt	50	113	163	30,7 %
	Prozent	38 %	90,3 %	18,4 %	

Tabelle 33:

Statistik FDS-Wert > 30 - Vorliegen einer dissoziativen Störung

Von 30 Personen mit einem FDS-Wert > 30, hatte 19 die externe oder SIDDS Diagnose einer dissoziativen Störung (63,3%), 11 nicht. Bei einem FDS-Wert < 30 erfüllten 31 Personen (23,3%) die Kriterien einer dissoziativen Störung, 102 nicht. Der χ^2 -Wert nach Pearson beträgt 18,44 ($df = 1$, $p < 0,001$); dies entspricht einem niedrigen Phi $r = 0,34$, was einen eher schwachen Zusammenhang bedeutet (11,6% gemeinsam erklärte Varianz).

Wenn man die externe Diagnose einer dissoziativen Störung unberücksichtigt lässt und sich nur auf die SIDDS Diagnosen bezieht, ergibt sich ein etwas deutlicheres Bild in der Verteilung. Statt 31 sind es nur 23 Personen, die die Diagnose einer dissoziativen Störung bei einem FDS-Wert unter 30 erhalten haben.

N = 163	Diagnose einer Dissoziativen Störung im SIDDS				
		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
FDS-Wert > 30	Ja	19	11	30	63,3 %
	Nein	23	110	133	82,7 %
	Gesamt	42	121	163	32,3 %
	Prozent	38 %	90,9 %	18,4 %	

Tabelle 34:

Statistik FDS-Wert > 30 - Vorliegen einer dissoziativen Störung im SIDDS.

Der Chi²-Wert nach Pearson beträgt 27,13 (df = 1, p < 0,001); dies entspricht einem Korrelationskoeffizienten (mittleres Phi) r = 0,41, was einen mittleren statistischen Zusammenhang bedeutet (16,8% gemeinsam erklärte Varianz).

Zusammenfassung:

Hypothese 10 gilt als bestätigt. Unter den Personen mit einem FDS-Wert größer als 30 befinden sich statistisch signifikant mehr mit der Diagnose einer dissoziativen Störung als unter den Menschen, die unter 30 scoren.

Es wird in diesem Rahmen keine Aussage über einen sinnvollen neuen deutschen „Cut-Off-Wert“ getroffen.

11. Hypothese: PatientInnen mit der Diagnose einer DIS erhalten im SIDDS signifikant mehr Diagnosen komorbider Störungen (Somatisierungsstörung, Major Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, dissoziative Störungen) als andere klinische Vergleichsgruppen.

DIS-Patientinnen erfüllten im SIDDS im Schnitt die Kriterien von 3 Diagnosen.

Kriterien	N	Mittelwert	SD	Range
DSM-III-R	18	3,11	1,49	1-7
DSM-IV	18	2,89	1,49	1-7

Tabelle 35:
Deskriptive Statistik Diagnosenhäufigkeit bei DIS

Eine einfaktorielle Anova erbrachte sowohl für die Kriterien des DSM-III-R als auch nach DSM-IV ein hochsignifikantes Ergebnis.

Kriterien	F	Df	Signifikanz	N
DSM-III-R	13,66	7	0.000	142
DSM-IV	13,44	7	0.000	142

Tabelle 36:
Statistik Signifikanzen Diagnosenhäufigkeit DIS – klinische Vergleichsgruppe

Hypothese 11 gilt als bestätigt: DIS Patientinnen erfüllen signifikant mehr Kriterien psychischer Störungen im SIDDS als alle anderen klinischen Vergleichsgruppen.

6.3 Beschreibende Ergebnisse

Als „Nebenprodukt“ dieser Untersuchung ergibt sich ein SIDDS-Profil von DIS-PatientInnen, das zum einen mit dem anderer klinischer Gruppen, zum anderen mit internationalen SIDDS-Profilen verglichen werden kann.

Bisher ging es - nach der Validierung des Instrumentes - größtenteils um den Zusammenhang von Dissoziationsfähigkeit (gemessen anhand des FDS) und dissoziativer Störung. In dieser Untersuchung fanden sich auch PatientInnen mit hohen Werten im FDS, die keine Diagnose einer dissoziativen Störung erhielten. Eine Darstellung ihrer Besonderheiten erhellt das Konzept der Dissoziation aus einer anderen Richtung.

6.3.1 Differentialdiagnostische Hinweise aus dem SIDDS zur Abgrenzung klinischer Störungsbilder gegen eine DIS

Aus dem SIDDS ergaben sich in den Einzelbereichen Hinweise auf differentialdiagnostisch relevante Unterschiede zwischen DIS und den anderen untersuchten Störungsbildern. Im Anhang (Kapitel 10.3) befindet sich eine tabellarische Aufbereitung des Vergleiches für die einzelnen Vergleichsgruppen mit DIS.

Zur Berechnung der statistischen Signifikanz wurde eine einfaktorielle Anova mit einem anschließenden gerichteten Mittelwertvergleich nach Dunnett ($\alpha = 0,05$) gerechnet. Die unabhängige Variable war die Zugehörigkeit zu einer klinischen Vergleichsgruppe (N=143). Als abhängige Variablen gingen folgende Faktoren ein (N = 143, df = 7, soweit nicht anders angegeben):

- Anzahl an Symptomen der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (F = 7,02; df = 7; p < 0,001) oder DSM-IV (Schmerzen: F = 4,20; p < 0,001); Gastroenterologie: F = 3,19, p < 0,05; Sexualität: F = 2,38; p < 0,05; Pseudo-Neurologie: F = 8,61; p < 0,001)
- Anzahl an Schneiderschen erstrangigen Symptomen (F = 13,46; df = 7; p < 0,001),
- Anzahl an Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R (F = 7,33; df = 7; p < 0,001) oder DSM-IV (F = 8,08, df = 7; p < 0,001)
- Anzahl an Symptomen der Depression (F = 2,31; df = 7; p < 0,05)
- Anzahl an Selbstmordversuchen (F = 5,130; df = 7; p < 0,001)
- Anzahl an Symptomen der Außersinnlichen Wahrnehmung (F = 4,74; df=7; p < 0,001; N = 132)
- Anzahl an sekundären Anzeichen einer DIS (F = 43,57; df = 1; p < 0,001)

- Diagnose einer BPS nach DSM-III- R (F = 4,377; df = 7; p < 0,001) oder DSM-IV (F = 5,25; df = 7; p < 0,001)
- Diagnose einer Depression (F = 2,76; df = 7; p < 0,05)
- Diagnose einer Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (F = 3,33.; df = 7; p<0,05) oder DSM IV (F = 1,47; n.s.)
- Diagnose einer dissoziativen Störung (dissoziative Amnesie (F = 5,00; p<0,001), dissoziative Fugue (F = 3,37, p < 0,05), Depersonalisierungsstörung (F = 2,97, df = 7; p < 0,05), DDnos (F = 6,68; p < 0,001), DIS (F = 286,59; p<0,001)
- Trance-Zustände (F = 4,05; p < 0,001)
- Imaginäre Spielkameradinnen in der Kindheit (F = 1,81; n.s.)
- Kopfschmerzen (F = 1,52; n.s.)
- Schlafwandeln (F = 1,38; n.s.)
- Vorhandensein eines Alkohol- (F = 2,68; p < 0,05) oder Drogenproblems (F=2,73; p < 0,05) beides: F = 4,45; p < 0,001)
- Gewalterfahrung in der Kindheit (bereits unter Hypothese 9 berechnet: F=7,330; p < 0,001)

6.3.1.1 Schizophrenie

Signifikante Unterschiede zwischen DIS und schizophrenen PatientInnen liegen in den folgenden Bereichen:

DIS-PatientInnen berichten

- mehr Symptome der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (p < 0,001) und nach DSM-IV (Schmerzen: p < 0,05; Gastroenterologie: p ≤ 0,001; Sexualität: n.s.; Pseudoneurologie: p < 0,001),
- mehr sekundäre Anzeichen einer DIS (p < 0,001)
- mehr Gewalterfahrungen in der Kindheit (p < 0,001),
- mehr übersinnliche Erfahrungen (ASW-Index) (p ≤ 0,01).
- häufiger über imaginative Spielkameradinnen in der Kindheit (p < 0,05)
- mehr BPS-Kriterien nach DSM-IV (p < 0,05)
- mehr Selbstmordversuche (p < 0,05)
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer Somatisierungsstörung nach dem DSM-III-R (p < 0,05), aber nicht nach DSM-IV.
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer dissoziativen Störung (Depersonalisierungsstörung: p < 0,05; Dissoziative Amnesie:p ≤ 0,001; Dissoziative Fugue: p < 0,05; DDNOS: n.s.; DIS: p<0,001;

6.3.1.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Signifikante Unterschiede zwischen DIS- und BPS-PatientInnen liegen in den folgenden Bereichen: DIS-PatientInnen berichten

- mehr Schneidersche erstrangige Symptome ($p < 0,001$),
- mehr sekundäre Anzeichen einer DIS ($p < 0,001$)
- mehr Symptome einer Somatisierungsstörung nach DSM-III-R ($p < 0,05$) und mehr pseudoneurologische Symptome einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV ($p \leq 0,001$)
- Sie erhalten seltener die Diagnose einer BPS nach dem DSM-III-R ($p < 0,05$) und DSM-IV ($p < 0,05$).
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer dissoziativen Störung (Depersonalisierungsstörung: $p < 0,05$; Dissoziative Amnesie: n.s.; Dissoziative Fugue: $p \leq 0,001$; DDNOS: n.s.; DIS: $p < 0,001$);

6.3.1.3 Essstörungen

Signifikante Unterschiede zwischen DIS und essgestörten Patientinnen liegen in den folgenden Bereichen:

DIS Patientinnen berichten

- mehr sekundäre Anzeichen einer DIS ($p < 0,001$)
- mehr Schneidersche erstrangige Symptome ($p < 0,001$)
- mehr Gewalterfahrungen in der Kindheit ($p < 0,05$),
- mehr übersinnliche Erfahrungen (ASW-Index) ($p < 0,05$)
- mehr Selbstmordversuche ($p < 0,05$)
- mehr Symptome der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R ($p < 0,05$) und mehr Schmerz- ($p < 0,05$) sowie Pseudoneurologische Symptome ($p < 0,001$) der Somatisierungsstörung nach DSM-IV.
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer Somatisierungsstörung nach dem DSM-III-R ($p < 0,05$), nicht aber nach DSM-IV (n.s.).
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer dissoziativen Störung (Depersonalisierungsstörung: $p < 0,05$; Dissoziative Amnesie: $p \leq 0,001$; Dissoziative Fugue: $p < 0,05$; DDNOS: n.s.; DIS: $p < 0,001$)

6.3.1.4 Depressionen

Signifikante Unterschiede zwischen DIS und PatientInnen mit einer Depression liegen in den folgenden Bereichen:

DIS-PatientInnen berichten

- mehr sekundäre Anzeichen einer DIS ($p < 0,001$)
- mehr Schneidersche erstrangige Symptome ($p < 0,001$)
- mehr Gewalterfahrungen in der Kindheit ($p < 0,001$),
- mehr übersinnliche Erfahrungen (ASW-Index) ($p < 0,001$).
- häufiger über ein Alkoholproblem ($p < 0,05$)
- mehr Symptome der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R ($p < 0,05$) und mehr Schmerz- ($p < 0,05$) sowie pseudoneurologische Symptome ($p < 0,001$) der Somatisierungsstörung nach DSM-IV.
- mehr Selbstmordversuche ($p < 0,05$)
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer Somatisierungsstörung nach dem DSM-III-R ($p < 0,05$), nicht aber nach DSM-IV (n.s.).
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer dissoziativen Störung (Depersonalisierungsstörung: $p < 0,05$; Dissoziative Amnesie: $p < 0,05$; Dissoziative Fugue: $p \leq 0,001$; DDNOS: n.s.; DIS: $p < 0,001$)

6.3.1.5 Posttraumatische Belastungsstörung

Signifikante Unterschiede zwischen DIS und PatientInnen mit einer PTB liegen in den folgenden Bereichen:

DIS-PatientInnen berichten

- mehr sekundäre Anzeichen einer DIS ($p < 0,001$)
- mehr Schneidersche erstrangige Symptome ($p < 0,001$) und
- mehr übersinnliche Erfahrungen (ASW-Index) ($p < 0,05$).
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer dissoziativen Störung (Depersonalisierungsstörung: $p < 0,05$; Dissoziative Amnesie: n.s.; Dissoziative Fugue: $p < 0,05$; DDNOS: n.s.; DIS: $p < 0,001$).

6.3.1.6 Angststörungen (Phobien)

Signifikante Unterschiede zwischen DIS und PatientInnen mit einer Phobie/ „einfachen“ Angststörung liegen in den folgenden Bereichen:

DIS-PatientInnen berichten

- mehr sekundäre Anzeichen einer DIS ($p < 0,001$)
- mehr Schneidersche erstrangige Symptome ($p < 0,001$)
- mehr Gewalterfahrungen in der Kindheit ($p < 0,05$),

- mehr übersinnliche Erfahrungen (ASW-Index) ($p < 0,05$)
- weniger häufig vom Erleben von Trancezuständen ($p < 0,05$)
- mehr Selbstmordversuche ($p < 0,05$)
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer dissoziativen Störung (Depersonalisationsstörung: n.s.; Dissoziative Amnesie: $p < 0,05$; Dissoziative Fugue: $p < 0,05$; DDNOS: n.s.; DIS: $p < 0,001$)
- mehr Symptome der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R ($p < 0,05$) und mehr pseudoneurologische Symptome ($p < 0,05$) der Somatisierungsstörung nach DSM-IV.

6.3.1.7 (Andere) dissoziative Störungen

Signifikante Unterschiede zwischen DIS und PatientInnen mit anderen dissoziativen Störungen liegen in den folgenden Bereichen:

DIS-PatientInnen berichten

- mehr sekundäre Anzeichen einer DIS ($p < 0,001$)
- mehr Schneidersche erstrangige Symptome ($p < 0,05$)
- mehr übersinnliche Erfahrungen (ASW-Index) ($p < 0,05$).
- und mehr pseudoneurologische Symptome ($p < 0,001$) der Somatisierungsstörung nach DSM-IV.
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer Somatisierungsstörung nach dem DSM-III-R ($p < 0,001$) und nach DSM-IV ($p < 0,001$).
- Sie erhalten häufiger die Diagnose einer Depersonalisationsstörung: $p < 0,05$; (Dissoziative Amnesie: n.s.;) Dissoziative Fugue: $p < 0,05$; DIS: $p < 0,001$); und signifikant weniger häufig die Diagnose einer DDNOS: $p < 0,001$.

6.3.1.8 Zusammenfassung

DIS-Patientinnen lassen sich anhand des SIDDS von anderen klinischen Vergleichsgruppen signifikant unterscheiden. Die wichtigsten differentialdiagnostische Bereich im SIDDS sind

- **die Anzahl an sekundären Anzeichen einer DIS:**
Zu allen klinischen Vergleichsgruppen sind die Mittelwerte hochsignifikant erhöht ($p < 0,001$)
- **die Anzahl an Schneiderschen erstrangigen Symptomen:**
DIS-Patientinnen berichten im Mittel signifikant mehr Schneidersche Symptome im Vergleich zu PatientInnen mit der Diagnose einer Depression, einer Ess- oder Angststörung, einer BPS oder PTB ($p < 0,001$) und zu PatientInnen mit anderen dissoziativen Störungen ($p < 0,05$).

Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Anzahl zu PatientInnen mit der Diagnose einer Schizophrenie.

- die Häufigkeit der **Diagnose einer dissoziativen Störung** (s. auch Hypothese 8), v. a. der DIS, der dissoziativen Fugue sowie der Depersonalisierungsstörung:

Depersonalisierungsstörung: Bei DIS ist die Diagnose signifikant häufiger als bei PatientInnen mit einer Schizophrenie, einer BPS, einer Essstörung, einer Depression, einer PTB oder einer dissoziativen Störung ohne DIS ($p < 0,05$);

Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zu PatientInnen mit einer Angststörung.

Dissoziative Amnesie: Diese Diagnose ist bei DIS signifikant häufiger als bei PatientInnen mit einer Schizophrenie oder einer Essstörung ($p \leq 0,001$) und bei PatientInnen mit einer Depression oder Angststörung ($p < 0,05$).

Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zu PatientInnen mit einer BPS, einer PTB oder einer dissoziativen Störung ohne DIS.

Dissoziative Fugue: Signifikant häufiger als bei allen anderen klinischen Vergleichsgruppen (bei PatientInnen mit einer BPS oder einer Depression mit einem $p \leq 0,001$ und bei PatientInnen mit einer Schizophrenie, einer Essstörung, PTB, Angststörung oder einer dissoziativen Störung ohne DIS mit einem $p < 0,05$).

Dissoziative Störung nicht näher bezeichnet (DDnos): Es gibt zu den meisten klinischen Vergleichsgruppen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in der Häufigkeit dieser Diagnose (PatientInnen mit einer Schizophrenie, einer BPS, einer Ess- oder Angststörung, einer Depression oder PTB nicht signifikant).

DIS-PatientInnen erhalten diese Diagnose signifikant weniger häufig als PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS).

DIS: hochsignifikant häufiger im Vergleich zu allen klinischen Vergleichsgruppen ($p < 0,001$).

- **Pseudoneurologische Beschwerden der Somatisierungsstörung nach DSM-IV**

DIS-PatientInnen machen in diesem Teilbereich signifikant mehr Angaben als PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung ohne DIS, einer Depression, einer Schizophrenie, einer BPS, einer Essstörung ($p \leq 0,001$), und als Angst-PatientInnen ($p < 0,05$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Anzahl zu PatientInnen mit einer PTB.

Schmerzen: Auch dieser Bereich der Somatisierungsstörung wird signifikant häufiger von DIS-PatientInnen bejaht als von PatientInnen mit einer Depression, einer Schizophrenie sowie einer Essstörung ($p < 0,05$).

- das **Vorliegen einer (sexuellen) Traumatisierung in der Kindheit** wird von DIS-PatientInnen im Vergleich zu PatientInnen mit einer Angst- oder Essstörung ($p < 0,05$) sowie einer Depression oder einer Schizophrenie ($p < 0,001$) signifikant häufiger angegeben.

6.3.2. Internationaler Vergleich des SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung

Es liegen Profile des DDIS (als „Mutter“ des SIDDS) für DIS-PatientInnen aus den USA (Ross et al. 1990a) und der Türkei (Sar et al. 1996) vor.

Art der Symptome	Overkamp (2005)/ D; N = 18 (SD)	Ross et al. (1990a)/ USA; N= 102 (SD)	Sar et al. (1996)/ Türkei N= 35 (SD)
Anzahl Symptome Somatisierungsstörung	9,6 (6,3)	15,2 (7,3)	12,5 (6,5)
Anzahl Schneidersche Symptome	4,6 (2,4)	6,4 (2,8)	6,2 (2,3)
Anzahl BPS-Kriterien	3,4 (2,3)	5,2 (2,3)	3,8 (1,9)
Sekundäre Anzeichen für DIS	9,4 (3,2)	10,2 (3,5)	10,0 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit	88,9%		88,6% (96%)
Sexuell	88,9%	90%	57,1%
Physisch	66,7%	82,4%	62,9%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	33,3%	33,3%/ 28,4%	0%
Mind. 1 Selbstmordversuch	77,8%	82,5%	74,3%
Kopfschmerzen	61,1%	88,2%	82,9%
Trance-Zustände	83,3%	92%	94,3%
Schlafwandeln	38,9%	55,8%	31,4%
Imaginäre SpielkameradInnen	38,9%	48%	40%
Komorbidität (DSM-III-R)			
BPS	33,3%	63,7%	31,4%
Major Depression	61,1%	91,2%	82,9%
Somatisierungsstörung	33,3%	60,8%	54,3%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	3,1 (2,0)	5,6 (3,3)	4,1 (2,8)

Tabelle 37:

Vergleich des SIDDS-Profiles der DIS-PatientInnen mit internationalen DIS-Stichproben (Diagnosenstellung nach DSM-III-R).

Art der Symptome	Overkamp (2005)/ D; N = 18 (SD)
Anzahl Symptome Somatisierungsstörung	2,6% (1,9)
Schmerzen	1,9 % (1,6)
Gastrointestinal	1,1% (1,0)
Sexual	3,3% (2,5)
Pseudoneurologisch	
Anzahl BPS-Kriterien	3,3% (2,6)
Komorbidität:	
BPS	22,2%
Major Depression	61,1%
Somatisierungsstörung	16,7%

Tabelle 38:

SIDDS-Profil der DIS-PatientInnen in ergänzender DSM-IV Auswertung.

In diesem Rahmen findet kein ausführlicher statistischer Vergleich der Profile statt.

Insgesamt betrachtet fällt auf, dass das SIDDS-Profil der DIS-Patientinnen in dieser Untersuchung niedriger liegt als die Angaben in den internationalen Profilen. Besonders auffällig ist die geringere Komorbidität bei Borderline, Depression und Somatisierungsstörung. Möglicherweise lassen sich diese Angaben als Behandlungserfolge definieren. „Meine“ untersuchten DIS-Patientinnen befanden sich zumeist schon seit mehreren Jahren in Behandlung, teilweise schon auf einige wenige Persönlichkeiten integriert.

6.3.3 Dissoziative Symptome bei klinischen PatientInnen ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung

113 Personen in dieser Untersuchung (69,3%) erhielten weder im SIDDS noch extern die Diagnose einer dissoziativen Störung. Davon haben 11 PatientInnen in der Untersuchung (9,7%) einen FDS-Wert über 30 erzielt, der nach international gültigen Cut-Off-Werten eigentlich eine dissoziative Störung vermuten ließe, ohne dass sich das im klinischen (diagnostischen) Interview bestätigt hätte.

Diagnose	N (ohne diss. St.)	FDS > 30	%
n.k. Vergleichsgruppe	20	0	0
Depression	19	3	15,8
Schizophrenie	18	1	5,6
BPS	15	4	26,7
Essstörung	18	1	5,6
Angststörung	11	0	0
PTB	12	2	16,7
Gesamt	113	11	9,7

Tabelle 39:

Statistik FDS > 30 ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS oder extern.

Um einen ersten Einblick in die Unterschiede zwischen den Hoch- und den Niedrigscorern ohne eine dissoziative Störung festzustellen, wird ein nicht-parametrischer Mittelwertvergleich (Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben mit einem $\alpha = 0,05$) über die 44 Items des FDS sowie über die einzelnen Bereiche des SIDDS gerechnet. Die Berechnungen befinden sich im Anhang („Hights“).

6.3.3.1 FDS-Items

Mit Ausnahme von 6 Items

(Item 1 – Weltversunkenheit beim Autofahren, Mittelwert (MW) 20,52/ Standardabweichung (SD) 22,7, Item 4 – „unbekannte“ Kleidungsstücke tragen, MW 1,34/ SD 4,91, Item 23 – Taubheit in Körperteilen, MW 16,10/ SD 22,53, Item 26 – Lügen, MW 18,33/ SD 94,76, Item 43 – Krampfanfälle, MW 5,23/ SD 15,36 und Item 44 – Größenveränderung Körperteile, MW 5,09/ SD 12,36)

unterscheidet der statistische Test alle FDS-Items der Hochscorer von den Niedrigscorern mindestens auf einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$.

Das bedeutet, dass die Hochscorer in allen Bereichen der Dissoziation höhere Werte und ein größeres Erleben angegeben haben als die Niedrigscorer.

Da eine Itemanalyse des FDS den Rahmen dieser Dissertation sprengen würde, nur einige Anmerkungen zu den nicht statistisch signifikant differenzierenden Items:

- 3 der 6 Items sind erst in der deutschen Fassung dem DES hinzugefügt worden (Item 23, 43, 44).
- 2 Items gehören in die 9 Items umfassende Subskala Konversion (Item 23, 43)
- 2 Items gehören in die 6 Items umfassende Subskala Amnesie (Item 4 und 26).
- Kein Item gehört zu der 8 Items einschließenden Taxon-Fassung des DES.

Alle Items der Subskalen „Imaginatives Erleben/ Absorption“ sowie „Depersonalisation“, die eher im Sinne einer „normalen“ Dissoziativität diskutiert werden, unterscheiden signifikant zwischen den Hoch- und Niedrigscorern ohne eine dissoziative Störung.

Das „Wegträumen“ der Hochdissoziativen ohne eine dissoziative Diagnose geschieht also auch in den eher „ungefährlichen“ Bereichen wie unaufmerksames Zuhören, Welt-Versunkenheit beim Fernsehen, Autobahn-Trancen, genauso wie in der körperlichen Ebene der Dissoziation (Konversion) und in der psychoformen Dissoziation („im Kopf“), die sich als Amnesie-Faktor oder als Unsicherheit über die Identität zeigen.

6.3.3.2 Bereiche des SIDDS

Um zu überprüfen, ob sich die Hoch- von den Niedrigscorern auch im SIDDS statistisch signifikant unterscheiden, wurde sowohl ein T-Test als auch ein nicht-parametrischer Test für unabhängige Stichproben mit folgenden abhängigen Variablen aus dem SIDDS gerechnet ($\alpha = 0,05$):

- Somatisierungsstörung: Kopfschmerzen, Anzahl an Symptomen der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R und DSM-IV, Diagnose der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R und DSM-IV
- Alkohol- oder Drogenproblem
- Depression: Anzahl an Symptomen der Depression, Diagnose Depression, Anzahl an Selbstmordversuchen, aktuelle Ausprägung der Depression
- Anzahl an Schneiderschen erstrangigen Symptomen
- Borderline-Persönlichkeitsstörung: Anzahl an BPS-Symptomen nach DSM-III-R und DSM-IV, Diagnose BPS nach DSM-III-R und DSM-IV
- Gewalterfahrung in der Kindheit: körperliche und/ oder sexualisierte Gewalt
- Anzahl sekundärer Anzeichen einer DIS
- Erleben von Trance-Zuständen, imaginativen BegleiterInnen in der Kindheit, Schlafwandeln oder Kultzugehörigkeit
- Gesamtanzahl an DSM-III-R und DSM-IV Diagnosen
- Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Störung (Depersonalisierungsstörung, dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, DDnos, DIS).

In folgenden Bereichen ergaben sich signifikante Unterschiede im Mittelwert zwischen den Personen, die im FDS mehr als 30 scorten, ohne eine dissoziative Störung zu haben und denen, die im FDS unter 30 lagen.

SIDDS-Bereich	T-Wert	Df	Signif.	n-p. Sign.
Anz. Symptome SS(n. DSM-III-R)	3,06	10,41	0,012	0,001
Diagnose SS(n. DSM-III-R)	2,82	10,08	0,018	0,000
Diagnose SS(n. DSM-IV)			n.s.	0,006
Anzahl Symptome Schmerzen	2,70	10,63	0,021	0,001
Anzahl Symptome Pseudoneurologie	2,81	10,44	0,018	0,002
Anzahl Symptome Gastroenterologie			n.s.	0,022
Anzahl Symptome Depression	2,04	111	0,043	0,024
Anzahl Selbstmordversuche	3,92	13,04	0,002	0,001
Aktuelle Depression	4,03	18,51	0,001	0,007
Anzahl sek. Anzeichen einer DIS	3,57	10,34	0,005	0,000
Anzahl Schneidersche Symptome			n.s.	0,031
Anzahl Symptome BPS (DSM-III-R)	4,71	111	0,000	0,000
Diagnose BPS (n. DSM-III-R)	3,20	11,04	0,008	0,000
Anzahl Symptome BPS (n. DSM-IV)	4,96	11,91	0,000	0,000
Diagnose BPS (n. DSM-IV)			n.s.	0,000
Gewalterfahrung Kindheit	3,09	13,45	0,008	0,010
Sexualisierte Gewalt Kindheit	2,05	111	0,042	0,029
Anzahl Diagnosen nach DSM-III-R	5,14	111	0,000	0,000
Anzahl Diagnosen nach DSM-IV	2,40	10,71	0,036	0,007
Verdachtsdiagnose einer DDnos	2,69	10,23	0,022	0,000
Verdachtsdiagnose einer diss. Amnesie			n.s.	0,001
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen			n.s.	0,009

Tabelle 40:

Signifikanz-Statistik der Hochscorer im FDS ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung in Bezug auf verschiedene SIDDS-Bereiche (SS = Somatisierungsstörung; n.p. = nicht-parametrische Verfahren).

Insgesamt betrachtet erscheinen die mit den höheren Werten im FDS ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung auch als durch eine schwere Symptomatik (z.B. BPS, Somatisierungsstörung, aktuelle Depression, Traumatisierungen in der Kindheit) gekennzeichnet.

Als wichtigstes Ergebnis zeigt sich, dass auch die Höhe der FDS-Werte in der nicht-dissoziativen Störungsgruppe durch traumatische Erfahrung moduliert zu sein scheint. 10 der 11 PatientInnen berichten von Gewalterfahrungen in der Kindheit.

6 der 11 Hochscorer (55,5%) haben im Interview die Verdachtsdiagnose einer DDnos erhalten (ohne, dass ich vorher die FDS-Werte ausgerechnet hatte!), eine weitere die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Amnesie.

Die Hochscorer mit der Verdachtsdiagnose einer DDnos (N = 6) unterscheiden sich mit Ausnahme der Anzahl an genannten Schneiderschen Symptomen (MannWhitney-U-Wert = 3,500, p = 0,021) nicht von den anderen Hochscorern ($\alpha=0,05$).

Damit berichteten 7 von 11 Hochscorern (63,6%) eine dissoziative Symptomatik, die noch nicht die vollen Kriterien einer dissoziativen Störung erfüllt, aber doch bemerkbar sind. Möglicherweise sind sie sich ihrer dissoziativen Tendenzen nicht (ganz) bewusst oder sie scheinen nur dissoziative Erfahrungen zu machen, die ihre subjektive Lebensqualität nicht so schwer beeinträchtigen. Besonders bei ihnen wäre ein weiteres Verfolgen ihrer „PatientInnenkarriere“ interessant, um zu überprüfen, ob eine dissoziative Symptomatik in den Vordergrund tritt oder nicht.

7. DISKUSSION

In dieser Untersuchung wurde ein diagnostisches Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen validiert und erste systematische Daten zur dissoziativen Identitätsstörung in Deutschland erhoben. Neben der Pionierleistung weist die Untersuchung allerdings Schwächen auf, die in nachfolgenden Untersuchungen soweit als möglich vermieden werden sollten und die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nur unter Vorbehalt erlauben.

7.1 Ergebnisse der Untersuchung und Bedeutung

Der SIDDS erweist sich in dieser Untersuchung als valide für die Differentialdiagnose der Dissoziativen Identitätsstörung. Zudem wird belegt, dass die dissoziative Identitätsstörung in Deutschland als eigenständiges Störungsbild diagnostiziert und anhand standardisierter Instrumente differenziert erfasst werden kann.

Prävalenz-Angaben über dissoziative Störungen liegen bisher für Deutschland nur von der Arbeitsgruppe um Fr. Dr. Gast vor oder werden als Begleitsymptome einer anderen Störung beschrieben (Schmahl et al., 1999). Sowohl der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) als auch der Strukturierte Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS) haben sich für den klinischen Einsatz in Deutschland bewährt. Es wurde ein erhebliches Datenmaterial sowohl in Bezug auf eine Beschreibung verschiedener Störungsbilder als auch in Bezug auf eine Differentialdiagnose erhoben und ausgewertet.

7.2 Validität des SIDDS – Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Der SIDDS wurde in dieser Untersuchung für den Einsatz in verschiedenen klinischen Populationen in Deutschland validiert, in einer zweiten Untersuchung (Frör 2002) hatte er sich bereits für den Vergleich zwischen DIS und Schizophrenie als valide erwiesen. Es sind weitere Untersuchungen sinnvoll.

7.2.1 Validierung anhand der externen TherapeutInnen-Diagnose

In Bezug auf die Haupthypothesen erfüllte der SIDDS die Gütekriterien für das Stellen der Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (Hypothese 1: Sensitivität 94%, Spezifität 100%).

In Bezug auf die anderen DSM-IV-Diagnosen erwies sich der SIDDS als deutlich weniger valide als für DIS. Die SIDDS-Diagnose einer anderen dissoziativen Störung stimmt zu 56%, die einer BPS zu 52% und die einer Major Depression zu 76% mit der externen TherapeutInnen-Diagnose überein. Damit erfüllte nur die Depression die in Hypothese 2 aufgeführte Bedingung einer mindestens 75% Übereinstimmung.

Es gibt verschiedene Erklärungsmöglichkeiten dieses Sachverhaltes, die bei einer (voreiligen) Interpretation des Ergebnisses im Sinne einer Ungeeignetheit zur Diagnosestellung dieser Diagnosen berücksichtigt werden müssen:

Dissoziative Störungen (ohne DIS)

Speziell für die dissoziativen Störungen (Sensitivität 55%) spielt möglicherweise eine unterschiedliche Konzeptualisierung der dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-IV eine Rolle für die geringe Übereinstimmung.

Der DDIS/ SIDDS orientiert sich in der Diagnosestellung am DSM-IV und erfasst damit vier verschiedene dissoziative Störungen: Dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, Depersonalisationsstörung und die nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DDnos).

Die dissoziativen Störungen der ICD-10 decken sich nur teilweise mit den DSM-IV Diagnosen. Deren Schwerpunkt liegt auf den Konversionssymptomen (F44.2, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7), die in der DSM-IV (1996) als somatoforme Störungen klassifiziert werden. Der Schwerpunkt im DSM liegt auf der psychoformen Dissoziation (F44.0, F44.1, F44.3, F44.8, F44.9)

Betrachtet man die einzelnen dissoziativen Diagnosen in dieser Untersuchung genauer (N = 18), so spricht einiges für den oben formulierten Verdacht der „Deckungsungleichheit“.

Es zeigt sich, dass von den 10 Personen, die sowohl extern als auch im SIDDS die Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS) erhalten haben, nur 3 eine externe dissoziative Diagnose hatten, die mehr auf Konversionssymptome abzielte.

Andersherum hatte nur 1 Patientin (von 8) ohne die SIDDS-Diagnose einer dissoziativen Störung eine auf die psychoforme Dissoziation zielende externe Diagnose.

N = 163		Diagnose einer Dissoziativen Störung im SIDDS (ohne DIS)			
DS- Vergleich ICD-10 – DSM-IV		Ja	Nein	Gesamt	Prozent
	Konversion	3	7	10	30 %
	Psychoforme Dissoziation	7	1	8	87,5 %
	Gesamt	10	8	18	
Prozent	70 %	87,5 %			

Tabelle 41:

Kreuztabelle zum Vergleich der externen Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS) mit einer Zuordnung nach ICD oder DSM. (DS = dissoziative Störung, Konversion bezieht sich auf ICD-10, psychoforme Dissoziation auf DSM-IV).

Borderline-Persönlichkeitsstörung

In Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Diagnose ist eine Interpretation des Ergebnisses (noch) schwieriger. Nur 52% der Personen, die eine BPS-Diagnose im SIDDS erhalten haben, hatten sie auch als externe Hauptdiagnose. Es gilt zu bedenken, dass die Personen in der Untersuchung möglicherweise durch die Einschränkung „wie ein Motto über einen Großteil Ihres Lebens“ andere Angaben machten als sie ihren TherapeutInnen berichteten. Es kann auch sein, dass sich die TherapeutInnen in der Diagnosestellung weniger an den diagnostischen Kriterien als an ihrer klinischen Erfahrung orientierten.

Weitere Forschung in diesem Bereich ist nötig, um die Frage zu beantworten. Gerade der Zusammenhang zwischen DIS und BPS wird in der Fachdiskussion als bedeutsam betrachtet. Wenn es sich herausstellt, dass das Instrument, mit dem man versucht, auch darüber Auskunft zu geben, eine geringe Validität hat, könnte das im Nachhinein auch us-amerikanische Ergebnisse in Frage ziehen, da der DDIS in zahlreichen Untersuchungen zur Diagnosenstellung (für BPS) verwendet wurde.

Depression

In einer Diplomarbeit (Frör 2000) in Marburg wurde der SIDDS erfolgreich zur Unterscheidung von DIS und Schizophrenie eingesetzt und zur Absicherung der SIDDS-DSM-IV-Diagnosen bereits validierte Fragebögen herangezogen. In dieser bisher einzigen weiteren systematischen Untersuchung zur Validität des SIDDS in Deutschland ergaben sich zufriedenstellende Korrelationen zwischen externen Kriterien und den nach dem SIDDS gestellten DSM-IV-Diagnosen, sowie der Diagnose Alkoholmissbrauch. Eine Ausnahme bildeten die Diagnose einer Major Depression, für die nur ein mäßiger Zusammenhang zum Außenkriterium (BDI Gesamtwert) nachgewiesen werden konnte, sowie die Diagnosen der Depersonalisationsstörung und der dissoziativen Fugue. Frör begründet die

Abweichungen u.a. mit der Tatsache, dass bei der Auswertung des SIDDS teilweise Ausschlusskriterien unberücksichtigt bleiben: So würde im Interview zwar nach der momentanen Ausprägung der Depression gefragt, diese Information gehe aber genauso wenig in die Auswertung ein wie die Information über eine mögliche organische Verursachung. In ihrer Auswertung zeigte diese „Nachlässigkeit“ Auswirkungen auf die Validität der Diagnose, die sich auch in dieser Untersuchung niedergeschlagen haben können.

In der aktuellen Studie gaben 12 der 20 Personen aus der nicht-klinischen Vergleichsgruppe an, jemals in ihrem Leben die Kriterien einer Major Depression erfüllt zu haben, eine weitere hatte jemals in ihrem Leben ein Alkoholproblem. Bei allen ProbandInnen lag die Episode in der Vergangenheit, aktuell würden diese Diagnosen nicht gestellt werden, auch hatte keine jemals einen Selbstmordversuch unternommen.

Aus diesem Grunde erscheint die Formulierung „Haben Sie jemals ... erlebt?“ verbesserungswürdig. Sie ermöglicht zwar einen guten Überblick über vergangene und gegenwärtige Symptome, birgt aber die Gefahr, Diagnosen zu stellen, die zum Zeitpunkt der Erhebung gar nicht akut/aktuell sind. Neben der Major Depression ist diese Unterscheidung besonders bei der Frage nach der dissoziativen Amnesie von entscheidender Bedeutung, da es für die Diagnose einer DIS nach DSM-IV notwendig ist, dass derzeit Amnesien vorliegen.

Bei den „anderen“ Diagnosen (außer DIS) wurde auf eine Darstellung der Spezifität der Diagnose verzichtet. Von den TherapeutInnen wurde nur die Hauptdiagnose erfragt, mögliche (auch dissoziative) Nebendiagnosen oder Zusatzdiagnosen blieben ohne Berücksichtigung. In so fern sind diese Angaben als Aussage zur Genauigkeit und Güte des Messinstrumentes nicht sinnvoll zu interpretieren.

Wenn man (andersherum) die Güte des SIDDS aber als gegeben nehmen würde, könnte eine Angabe zur Spezifität der dissoziativen Störungen als ein Hinweis auf das Vorliegen „verdeckter“ dissoziativer Störungen in Kliniken in Deutschland gewertet werden. Diese läge dann bei 13,4%. In der Fachliteratur findet sich immer wieder der Vermerk, dass dissoziative Störungen (zur Zeit noch) häufiger unter- als überdiagnostiziert werden (u.a. Coons 1998). Es wäre spannend (aber leider bisher unmöglich), diese PatientInnenkarrieren weiterzufolgen.

7.2.2 Validierung anhand des FDS

In Bezug auf das **Ausmaß dissoziativen Erlebens** wurden alle Hypothesen hochsignifikant bestätigt und der SIDDS wurde konstruktvalidiert. DIS-PatientInnen erzielten die höchsten Werte im FDS (Hypothese 3), PatientInnen mit der Diagnose

einer dissoziativen Störung im SIDDS erzielen höhere Mittelwerte im FDS als PatientInnen ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung (Hypothese 4). Des Weiteren zeigte sich mit $r = .79$ erwartungsgemäß eine hohe Korrelation zwischen dem FDS-Gesamtwert einer Person und deren Angaben zu dem SIDDS-Teilbereich „Sekundäre Anzeichen einer DIS“ (Hypothese 5), ebenso wie DIS-PatientInnen hochsignifikant mehr „sekundäre Anzeichen einer DIS“ berichten als alle anderen Vergleichsgruppen (Hypothese 6).

7.2.3 Vorschlag einer eigenständige Kategorie Disorders of Extreme Stress

Damit ist Dissoziation eine häufige, aber nicht ausschließliche Reaktionsweise auf Trauma. Jeder Mensch versucht auf seine/ ihre eigene, bestmögliche Art und Weise, diese Erfahrungen zu bewältigen. Im klinischen Kontext erhalten die direkten Auswirkungen des Traumas und die Schwierigkeit der Integration der Erfahrung „verschiedene Namen“/ Diagnosen, je nachdem, wo die individuellen Probleme der Personen liegen.

Dabei sollte nicht aus den Augen verloren werden, dass wir uns trotz allem im Traumakontext bewegen. Auch aus diesem Anlass hatte Ross (seit 1989, bisher leider vergeblich) versucht, die Aufnahme einer eigenständigen Kategorie Traumastörung in das DSM-IV zu erreichen.

In dieser Untersuchung haben von den 42 PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS 88,1% der Fälle (fünf Ausnahmen: Depression, Phobie, Essstörung) eine externe ICD-10 Diagnose, die nach Ross unter einer „Traumastörung“ hätte zusammengefasst werden können.

Diagnosen	N	% an klinischer Gruppe
DIS	18	100%
Dissoziative Störungen (ohne DIS)	10	55,6%
BPS	6	28,6%
Posttraumatische Belastungsstörung	3	20%
Depression	2	9,5%
Angst (Phobien)	2	15,4%
Essstörung	1	5,3%
Gesamt	42	25,8%

Tabelle 42:

ICD-10 Diagnosen der PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS.

Es ist zu erwarten, dass mit weiterer Forschung der Kategorie der „Disorders of extreme stress“ (DESNOS) in der Zukunft noch viel kategoriale Bedeutung zukommen wird.

7.3 Schwachpunkte des Untersuchungsdesigns

Kritikpunkte an der Untersuchung betreffen Selektionseffekte der Stichprobe (Fremd-Selektion, vordiagnostizierte Gruppen) und die Validität der Untersuchung: Es konnte kein Diagnosen-blindes Design aufrechterhalten werden.

7.3.1. Selektionseffekte

Die Selektion der Stichprobe erfolgte nach dem Interesse und der Bereitschaft der Leitenden und der TherapeutInnen auf den einzelnen Stationen der Kliniken, die entschieden, welche PatientInnen überhaupt in die Untersuchung einbezogen werden sollten. Zum einen diente das sicherlich dem Schutz der PatientInnen, andererseits war die „Sicherheitseinschätzung“ der TherapeutInnen durchaus von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich, so dass ich bei besserer Kenntnis der Klinik (und umgekehrt) auch „schwerere“ PatientInnen interviewt habe. Mit einigen psychiatrischen Kliniken lief die Zusammenarbeit schwer an: Manchmal wurden mir eher „ungeeignete“ PatientInnen vermittelt; teils mit einer so floriden oder residualen schizophrenen Symptomatik, dass kein Interview möglich war, teils sehr alte (an denen man nichts mehr falsch machen kann...) oder PatientInnen mit einer sehr „schwammigen“ Diagnose. Teilweise wurde mein Aufenthalt anfangs als eher störend (schon wieder jemand, der was von meinen PatientInnen will) empfunden. Dieser Selektionseffekt unterscheidet diese Untersuchung von einer systematisch die Prävalenz einer Störung in einem bestimmten Zeitfenster feststellenden Studie.

In die Untersuchung wurden vordiagnostizierte PatientInnen aufgenommen; die Diagnose beruhte auf dem Expertenurteil der KlinikerInnen und wurde nicht durch andere unabhängige Instrumente bestätigt oder anhand systematischer diagnostischer Symptomkonfigurationen seitens der TherapeutInnen verifiziert. Eine „Klassifikation“ der einzelnen Störungsbilder auf „Richtigkeit“ oder Schwere der Symptomatik/ Diagnose erfolgte nicht. Eine solche Einteilung wäre durchaus wünschenswert, um Aussagen über mögliche Untergruppen in den Störungsbildern finden zu können, die dann differenzierter mit der dissoziativen Symptomatik in Beziehung gesetzt werden können.

7.3.2 Objektivität

Der zweite Kritikpunkt betrifft die Subjektivität in der Interviewführung. Alle Interviews wurden nur von mir geführt; es bestand keine Möglichkeit einer Inter-Rater Reliabilität, bzw. einer Objektivierung meines Urteils durch eine zweite Meinung. Die Qualität meines Urteils hat sich ziemlich sicher im Laufe der Untersuchung verändert/ verbessert. Kein Interview wurde auf Video aufgenommen

- ein Vorgehen, das ich allen nachfolgenden Untersuchungs-Designs empfehlen würde. Auch habe ich kein spezielles Interview-Training nach Ross durchlaufen, sondern mir die Durchführung in Eigenregie anhand der standardisierten Anleitung erarbeitet. Auch wusste ich anfangs eher theoretisch viel über dissoziative Symptome, hatte sie aber in der Praxis vorher nicht gesehen.

Andererseits bot sich oftmals die Gelegenheit, die Interview-Erfahrung mit den behandelnden TherapeutInnen auch von meiner Seite aus nach zu besprechen, so dass ich Außenbestätigungen für Einschätzungen nachträglich einholen konnte.

Anders als es im Original Interview konzipiert ist, beschränkte ich mich für die klinische Einschätzungen nicht auf ein „ja- oder nein“-Urteil der PatientInnen, sondern ließ mir Beispiele geben und die Erfahrung beschreiben. Während der Verbalisierung beobachtete ich die PatientInnen genau und fragte teilweise nach aktuell ablaufenden Vorgängen (auch um Dekompensationen zu vermeiden). Dadurch ließen sich Missverständnisse schnell ausräumen - tendenziell mussten mich PatientInnen eher „überzeugen“, dass sie die genannten Bedingungen erfüllen.

Ein dritter Schwachpunkt der Untersuchung liegt im Querschnitt-Design der Untersuchung. Ich habe nicht erfahren, ob sich Diagnosen nach meinem Interview (unabhängig davon) noch einmal verändert haben; eine spätere Kontaktaufnahme zumindest mit denen, bei denen ich den Verdacht auf eine DIS hatte, wäre wünschenswert, um die Wahrscheinlichkeit der „Richtigkeit“ der Diagnose in die Prävalenzangaben einzubeziehen.

Als schwerwiegendster Nachteil dieser Untersuchung gilt, dass ich als Interviewerin nicht diagnosen-blind war. Ein solches Design ließ sich nicht aufrechterhalten. Zum einen „kontrollierte“ ich wegen der Zeitintensivität der Untersuchung bei den TherapeutInnen, dass ich nur PatientInnen erhielt, die auch in meine Stichprobe aufgenommen werden konnten (da mir durchaus auch andere geschickt wurden, die ich dann nachträglich aus der Auswertung ausgeschlossen habe) und zum anderen erfragt man sehr früh im Interview, welche Diagnosen die PatientInnen jemals in ihrem Leben erhalten haben, so dass auch da bereits eine Art Shaping erfolgt.

Ich versuchte die Diagnosen-Nicht-Blindheit dadurch auszugleichen, dass ich bei allen Diagnosen die potentielle Möglichkeit einer Fehldiagnose oder Komorbidität nicht aus den Augen verlor. Zum einen wird behauptet, dass die dissoziative Identitätsstörung in all den gewählten Vergleichsgruppen oftmals „übersehen“ wird; zum anderen wird behauptet, dass es eine dissoziative Identitätsstörung nicht gibt und es sich damit um ein anderes Störungsbild handeln müsste. Das klingt komplizierter als es in der Durchführung war. Ich bemühte mich um eine offene Haltung. So berichtete z.B. ein schizophrener Patient viele Ansätze dissoziativer Erfahrungen, die sich mir bei Nachfragen als eher psychotisch bedingt erwiesen. Sie

ergaben für mich keinen logischen Sinnzusammenhang zu Erfahrungen oder Erlebnissen, waren bruchstückhaft und relativ unklar. Viele dissoziative PatientInnen konnten mir ihre Erfahrungen bei Nachfragen differenziert beschreiben: wie und wo sie sich dabei erleben, wann es anfängt, wie es aufhört etc. Das Spektrum der dissoziativen Störungen bezieht sich ja nicht nur ausschließlich auf die dissoziative Identitätsstörung.

7.4. Aussagen über DIS in Deutschland

Es wurden 18 Personen mit der Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) in dieser Untersuchung in Bezug auf ihre Symptompräsentation (Komorbidität) und das Ausmaß dissoziativer Erfahrungen systematisch erfasst. Die Diagnose einer DIS war von verschiedenen TherapeutInnen an verschiedenen Orten Deutschlands sowohl im klinischen als auch im ambulanten Setting gestellt worden.

Die dissoziative Identitätsstörung lässt sich anhand des SIDDS von anderen Störungsbildern wie Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Depressionen eindeutig unterscheiden. Bei sieben Personen mit anderen klinischen Diagnosen bestand im SIDDS der Verdacht auf eine DIS (s. Kap. 6.1.1); dies entspricht einer geschätzten Prävalenz von 4,8% in (anderen) klinischen Populationen. Diese Prävalenzrate deckt sich mit den Angaben zur Verbreitung der DIS in allgemein-psychiatrischen Stationen/ Kliniken (s. Kap. Zur Prävalenz dissoziativer Störungen).

Die Phänomenologie der dissoziativen Identitätsstörung in Deutschland entspricht internationalen (Niederlande, Nord- u. Mittelamerika, Kanada, Türkei, Südafrika und Japan) Beschreibungen. Zumindest in westeuropäischen Ländern scheint sich das Störungsbild in einer klinisch relevanten, homogenen Form zu zeigen. Hauptphänomen ist das Vorhandensein alternierender Identitäten, die teilweise auch im Interview deutlich zu unterscheiden und anzutreffen waren. Viele PatientInnen befanden sich schon längere Zeit (mehrere Jahre) in Therapie, zumeist in der Integrationsphase, so dass es sich um „sichere“ Fälle einer DIS handelte. Möglicherweise lässt sich durch die späte Therapiephase die (im internationalen Vergleich) eher niedrige Komorbidität mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer Somatisierungsstörung erklären. Es besteht auch die Möglichkeit, dass sich die Symptompräsentation einer DIS-PatientIn im Laufe der Therapie deutlich verändert. Das borderline-anmutende wechselhafte Verhalten kann sich in Form der (Vertrauen fassenden) alternierenden Identitäten kanalisieren und dadurch besser bearbeitbar werden, ebenso wie körperliche Symptome „versprachlicht“ werden und dadurch „verschwinden“ können.

Damit beschreibt diese Untersuchung das ausgeprägte und bereits öffentliche „Verhalten“ diagnostizierter DIS-PatientInnen; Aussagen zu Menschen mit noch nicht diagnostizierten Verdachtsdiagnosen DIS sind nur mit Einschränkungen zu machen. Eine Schwierigkeit der Erstdiagnose einer DIS liegt gerade darin, dass es sich um eine polysymptomatische Störung handelt und dass Patientinnen oft gar nicht primär wegen der (pathologischen) Dissoziation selbst Hilfe suchen, da ihnen diese z.B. unbekannt ist, oder sie sie als ich-synton erleben.

Ca. ein Drittel der PatientInnen berichtete über organisierte oder rituell motivierte Gewalterfahrungen. Über die Verbreitung von Kulten, bzw. die „Glaubwürdigkeit“ derartiger Berichte besteht eine heftige wissenschaftliche Kontroverse, auch wenn sich Belege dafür in Europa (z.B. Belgien) oder im Internet finden lassen (Wessel, SZ v. 29./30. Mai 1999). Damit wird zumindest dokumentiert, dass auch Frauen in Deutschland angeben, derartigen Erfahrungen ausgesetzt (gewesen) zu sein und teilweise immer noch bedroht werden. Das Thema ist heikel, die Zusammenarbeit mit der Polizei zum Opferschutz noch in den Anfängen. Das wichtigste für diese Frauen (und ihre Familien) ist, in ihrer Bedrohung ernst genommen zu werden und effektiv Schutz vor weiteren Übergriffen zu erhalten, ohne dafür als „schizophren“ oder „paranoid“ abgestempelt zu werden. Auch in diesem Kontext ist die wissenschaftliche und therapeutische Etablierung der DIS als eigenständiges Störungsbild bedeutsam, ohne ausschließlich darauf begrenzt zu sein.

7.5. Implikationen für die klinische Praxis/ therapeutische Versorgung und Anregungen für weitere Forschung

Die dissoziative Identitätsstörung lässt sich anhand des SIDDS von anderen Störungsbildern wie Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Depressionen eindeutig unterscheiden.

Aufgrund der aktuellen Diskussion in Deutschland über die Nosologie der Dissoziativen Identitätsstörung ergeben sich (auch) aus dieser Untersuchung folgende Empfehlungen für die klinische Praxis (s. auch Dammann & Overkamp, 2004).

- Bei bestehender hoher Komorbidität sollte bei Vorliegen einer DIS diese als die entscheidende Metadiagnose betrachtet werden. Insbesondere mit der DIS oder einer anderen komplexen dissoziativen posttraumatischen Störung können die Beziehungsstörung oder die Impulsivität der als „Borderline“ diagnostizierten PatientInnen erklärt werden. Betrachtete man hingegen die Borderline-Störung als den dissoziativen Störungen übergeordnet, würden darunter alle dissoziativen Symptome subsumiert und (wahrscheinlich) nicht eigenständig/ differenziert behandelt werden.

Die Frage der Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung bleibt für die therapeutische Arbeit von hoher Bedeutung, da einiges dafür spricht, dass PatientInnen mit viel Komorbidität andere Behandlungsprognosen aufweisen (z.B. längere Dauer der Therapie, längeres Verweilen in der ersten Therapiephase der Stabilisierung, möglicherweise Dissoziation als chronischen Lebensstil), in der Therapie unterschiedlich (weniger) belastbar sind (Stichwort Affekt(in)toleranz und Dissoziation als Abwehrmechanismus) und vor allen Dingen einen Behandlungsplan (mit unterschiedlichen therapeutischen „Techniken“) benötigen, der sich grob formuliert aus Elementen der Stabilisierung, Symptombehandlung, Beziehungsarbeit, Trauma- und dissoziationsspezifische Exposition und Konfliktbearbeitung zusammensetzt (Van der Hart et al., 1998; Kluft 1999).

- Werden im SIDDS ausschließlich andere eng umschriebene dissoziative Störungen diagnostiziert (wie Depersonalisation oder Derealisation) und auch kein Verdacht auf DIS oder DDnos formuliert, sollte die dissoziative Symptomatik eher als Begleitsymptomatik einer anderen Grundstörung in die Behandlungsplanung und Therapie eingehen.
- Bei der Diagnose einer aktuellen dissoziativen Amnesie (also nicht nur bei einer Amnesie für Erfahrungen in der Kindheit) sollte man weiterhin auch das mögliche Vorliegen einer DIS im Auge behalten.

8. ZUSAMMENFASSUNG

Das Hauptziel dieser Untersuchung war die Validierung der deutschen Fassung des DDIS (Ross et al., 1989/1997) für die Diagnose der dissoziativen Identitätsstörung. Dafür wurden deutschlandweit an elf psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken und Ambulanzen 163 PatientInnen untersucht und bei 17 die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung gestellt. Alle PatientInnen waren bereits unabhängig vordiagnostiziert worden, so dass die Übereinstimmung des SIDDS mit diesen Diagnosen bestimmt werden konnte. Akzeptiert man diese unabhängigen Diagnosen als den „Goldstandard“ bzw. Referenzdiagnostik, beträgt die Sensitivität des SIDDS in dieser Untersuchung 94%, die Spezifität 100%. D.h. von den 18 Personen, die unabhängig die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung erhalten hatten, wurden im SIDDS 17 als ebenso diagnostiziert, und alle Personen ohne eine derartige Vordiagnose erhielten sie auch im SIDDS nicht.

Nebenziele der Untersuchung betrafen den Zusammenhang zwischen dissoziativer Störung, dissoziativen Symptomen und Trauma. Die dissoziative Symptomatik wurde anhand des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS, Freyberger et al. 1998/ 1999) erfasst. PatientInnen mit der Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung erzielten die signifikant höchsten Werte im FDS.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

8.1. Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose Dissoziativer Störungen (SIDDS)

Beim SIDDS handelt es sich um meine gegenüber dem us-amerikanischen Original leicht veränderte deutsche Übersetzung des Dissociative Disorders Interview Schedule von Ross et al. (1989/ 1997). In 132 Items erfasst er verschiedene psychiatrische Störungsbilder (dissoziative Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Somatisierungsstörung und Major Depression) anhand der DSM-IV-Kriterien und erhebt systematisch weitere Bereiche, die von PatientInnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung häufig berichtet wurden (u.a. sekundäre Anzeichen einer DIS, Kopfschmerzen, Schlafwandeln, Schneidersche erstrangige Symptome, Trance-Zustände, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, imaginäre Begleiter oder Gewalterfahrungen in der Kindheit, übersinnliche Erfahrungen). Er eignet sich v.a. dann zur Differentialdiagnose gegenüber anderen psychischen Störungen, wenn der Verdacht auf das Vorliegen einer dissoziativen Identitätsstörung besteht.

Das SIDDS-Profil für die 17 untersuchten DIS-PatientInnen entspricht den international gefundenen, mit einer allgemeinen Tendenz zu etwas niedrigeren Werten sowohl in Bezug auf die körperlichen Symptome (Somatisierungsstörung)

als auch auf die Schneiderschen erstrangigen und die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung. 22,2% der DIS-PatientInnen erhielten die Zusatzdiagnose einer BPS, 16,7% die einer Somatisierungsstörung und 61,1% die einer Major Depression. Sie berichteten im Schnitt 9,6 Symptome einer Somatisierungsstörung, 4,6 Schneidersche erstrangige Symptome, 3,3 Kriterien einer BPS und 9,6 sekundäre Anzeichen einer DIS.

Bei sieben Personen mit anderen klinischen Hauptdiagnosen bestand der Verdacht auf eine dissoziative Identitätsstörung (DIS); dies entspricht einer Prävalenz von 4,8% in (anderen) klinischen Populationen. Diese Prävalenzrate deckt sich mit den Angaben zur Verbreitung der DIS in allgemein-psychiatrischen Stationen/ Kliniken.

Für andere klinische Störungsbilder außer der DIS liegt die Sensitivität des SIDDS in dieser Untersuchung deutlich niedriger zwischen 52% (BPS) und 76% (Major Depression). Auch andere dissoziative Störungen außer DIS werden nur mit einer Sensitivität von 55% erfasst. Diese geringe Übereinstimmung zwischen externer Referenz-Diagnose und Diagnose im SIDDS ist teilweise auf eine unsaubere Fragenformulierung ohne Differenzierung der Aktualität der Diagnosen im SIDDS zurückzuführen.

Speziell für die dissoziativen Störungen lässt sie sich auch mit einer Ausrichtung an unterschiedlichen diagnostischen Manualen in der Diagnosestellung erklären. In deutschen Kliniken orientieren sich DiagnostikerInnen v.a. an der ICD-10, während im SIDDS die DSM-IV-Kriterien „anderer“ dissoziativer Störungen erfasst werden, die sich nicht unbedingt mit den ICD-10 Diagnosen decken. So werden viele der typischen dissoziativen Konversionssymptome der ICD-10 im DSM-IV als somatoforme Störung klassifiziert und nicht unter den dissoziativen Störungen erfasst.

Es ist weitere Forschung nötig, um Aussagen über die Validität der „anderen“ Diagnosen im SIDDS zu treffen.

8.2 Dissoziative Symptome und Trauma

Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) von Freyberger et al. (1998/1999) ist ein Standard-Screening-Instrument zur Erfassung der allgemeinen Dissoziationsfähigkeit einer Person in 44 Items. In dieser Untersuchung erfüllte er die teststatistischen Parameter in guter Weise und korreliert mit der ursprünglichen DES zu $r = .99$. Er unterscheidet in dieser Untersuchung signifikant zwischen PatientInnen mit und ohne eine/r dissoziativen Störung und zwischen klinischen und einer nicht-klinischen Stichprobe(n). DIS-PatientInnen haben in dieser Untersuchung mit 42,8 (SD 16,97) im Durchschnitt die signifikant höchsten Werte im dissoziativen

Erleben. Andere klinische Gruppen (auch nicht dissoziative Störungen ohne DIS) lassen sich weder anhand des FDS-Gesamtwertes noch durch Einzelitems statistisch bedeutsam voneinander unterscheiden.

Die Höhe der FDS-Werte scheint in dieser Untersuchung durch das Vorliegen von traumatischen Erfahrungen v.a. in Form sexualisierter Gewalt moduliert zu sein.

Die Prävalenz traumatischer Erfahrungen in der Kindheit liegt in dieser Stichprobe bei 55,8% (N = 91). 41,8% aller traumatisierten PatientInnen erhielten im SIDDS die Diagnose einer dissoziativen Störung. Unabhängig von der Diagnose einer dissoziativen Störung waren die mittleren FDS-Werte als Maß der Dissoziationsfähigkeit der traumatisierten im Vergleich zu nicht-traumatisierten PatientInnen signifikant erhöht.

Damit wird in dieser Untersuchung ein Zusammenhang zwischen dissoziativen Erfahrungen und dissoziativen Störungen mit Traumatisierungen in der Kindheit bestätigt, wobei die Traumatisierungen als für die (psycho- und somatoforme) dissoziative Symptomatik ursächlich eingeschätzt werden. Dabei scheint es jedoch im Ausmaß der dissoziativen Mechanismen bedeutsame Unterschiede zu geben, so dass einmal Personen eine dissoziative Störung entwickeln, ein anderes Mal nicht. Diese Studie gibt keine Informationen über (weitere) vermittelnde Variablen.

8.3 Hochscorer im FDS ohne dissoziative Störung

In dieser Studie erzielten 11 PatientInnen einen FDS-Wert über 30 („Hochscorer“) ohne die Kriterien einer dissoziativen Störung (voll) zu erfüllen. 7 von ihnen (63,6%) erhielten die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Störung, zumeist einer nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung (DDnos, F44.9). Der hohe FDS-Wert ging einher mit einer im Vergleich zu den Niedrigscorern (ohne eine dissoziative Störung) signifikant erhöhten „allgemeinen“ Psychopathologie, wie sie sich im SIDDS anhand vieler Diagnosen und Symptome zeigt.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- Akyuz, G., Dogan, O., Sar, V., Yargic, L. I. & Tutkun, H. (1999). Frequency of Dissociative Identity Disorder in the General Population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 151-159.
- Allen, J. G., Fultz, J., Huntoon, J. & Brethour, J. R. Jr. (2002). Pathological Dissociative Taxon Membership, Absorption, and Reported Childhood Trauma in Women with Trauma-Related Disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 89-110.
- Alpert, J. L. (1995). Trauma, Dissociation, and Clinical Study as a Responsible Beginning. *Consciousness and Cognition*, 4, 125-129.
- American Psychiatric Association (1980): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III. Deutsche Bearbeitung von Köhler, K.; Saß, H. Weinheim, Basel: Beltz 1984.
- American Psychiatric Association. (1991). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R (Deutsche Bearbeitung und Einführung, 3. korrigierte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- American Psychiatric Association. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (Deutsche Bearbeitung und Einführung). Weinheim: Beltz.
- Andreski, P., Chilcoat, H. & Breslau, N. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and Somatization Symptoms: A Prospective Study. *Psychiatric Research*, 79, 131-138.
- Armstrong, J. E. (1991). The Psychological Organization of Multiple Personality Disordered Patients as Revealed in Psychological Testing. In R. J. Loewenstein (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, 533-546. Philadelphia: Saunders.
- Armstrong, J. G. & Loewenstein, R. J. (1990). Characteristics of Patients with Multiple Personality and Dissociative Disorders on Psychological Testing. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 448-454.
- Arnold, Eysenck & Meili (1988): *Lexikon der Psychologie*. Freiburg: Herder.
- Astin, M., Ogland-Hand, S. M. & Foy, D. W. (1995). Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparison with Maritally Distressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 308-312.

- Bagley, C. & King, K. (1990). *Child Sexual Abuse*. New York: Routledge.
- Bauer, A. M. & Power, K. G. (1995). Dissociative Experiences and Psychopathological Symptomatology in a Scottish Sample. *Dissociation*, 8, 209-219.
- Becker, T. (1999). Ritual Abuse: A German Cult-Counsellors Perspective. In (Hrsg.), *Empty Memories (Psychiatric Trauma and Dissociation)*. Amsterdam.
- Beere, D. & Pica, M. (1995). The Predisposition to Dissociate: The Temperamental Traits of Flexibility/ Rigidity, Daily Rhythm, Emotionality and Interactional Speed. *Dissociation*, 8, 236-240.
- Berliner, L. & Williams, L. M. (1994). Memories of Child Sexual Abuse: Response to Lindsay and Read. *Journal of Applied Cognitive Psychology*, 8, 379-387.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 727 – 735.
- Bernstein, I. H., Ellason, J. W., Ross, C. A. & Vanderlinden, J. (2001). On the Dimensionalities of the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 103-124.
- Binet, A. (1977a). *Alterations of Personality*. Washington: University Publications of America. (Original veröffentlicht 1896)
- Binet, A. (1977b). *On Double Consciousness*. Washington: University Publications of America. (Original veröffentlicht 1890)
- Bliss, E. L. & Jeppsen, A. (1985). Prevalence of Multiple Personality among Inpatients and Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 250-251.
- Bliss, E. L. (1984a). Spontaneous Self-Hypnosis in Multiple Personality Disorder. In B. G. Braun (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, S. 135-148. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bliss, E. L. (1984b). A Symptom Profile of Patients with Multiple Personalities, Including MMPI Results. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 197-202.
- Bohm, E. (1957). *Lehrbuch der Rohrschach-Psychodiagnostik (2. neubearb. u. erw.)*. Bern: Hans Huber.

- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple Personality Disorder in the Netherlands: A Clinical Investigation of 71 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Boon, S. (1993). Multiple Personality Disorder in the Netherlands (A Study on Reliability and Validity of the Diagnosis). Amsterdam: Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S. & Draijer, N. (1991). Diagnosing Dissociative Disorders in the Netherlands: A Pilot Study with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.
- Boon, S. (2003): Looking Backwards, Looking Forwards: Diagnostic and Treatment Issues of Complex Dissociative Disorders. What have we Learned, what are the Pitfalls? Vortrag auf der 10. Fachtagung der deutschen Sektion der ISSD am 14.11.2003 in Bielefeld.
- Boor, M. (1982). The Multiple Personality Epidemic: Additional Cases and Inferences Regarding Diagnosis, Etiology, Dynamics, and Treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 302-304.
- Bortz, J. (1993). *Statistik (Für Sozialwissenschaftler, 4. vollst. überarbeitete)*. Berlin: Springer.
- Braude, S. E. (1991). *First Person Plural: Multiple Personality and the Philosophy of Mind*. London: Routledge.
- Braun, B. G. (1984d). Hypnosis creates Multiple Personality: Myth or Reality?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 191-197.
- Braun, B. G. (1988a). The BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge) Model of Dissociation. *Dissociation*, 1, 4-23.
- Braun, B. G. (1988b). The BASK Model of Dissociation: Clinical Applications. *Dissociation*, 1, 16-23.
- Braun, B. G., Schwarz, D. R., Kravitz, H. M. & Waxman J. (1997). Frequency of EEG Abnormalities in a Large Dissociative Population. *Dissociation*, 10, 120-124.
- Bremner, D. J. & Brett, E. (1997). Trauma-Related Dissociative States and Long-Term Psychopathology in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 37-49.

- Bremner, D. J., Krystal, J. H., Southwick, S. M. & Charney, D. S. (1995). Functional Neuroanatomical Correlates of the Effects of Stress on Memory. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 527-553.
- Bremner, D. J., Krystal, J. H., Charney, D. S. & Southwick, S. M. (1996). Neural Mechanism in Dissociative Amnesia for Childhood Abuse: Relevance to the Current Controversy Surrounding the "False Memory Syndrome". *American Journal of Psychiatry (Festschrift Supplement)*, 153, 71-82.
- Bremner, D. J., Randall, P. R., Scott, T. M., Bronen, R., A., Delaney, R. C., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., McCarthy, G., Charney, D. S. & Innis, R. B. (1997a). MRI-Based Measurement of Hippocampal Volume in Post-Traumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 973-981.
- Bremner, D. J., Randall, P. R., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. B. & Charney, D. S. (1997b). MRI-Based Measurement of Hippocampal Volume in Post-Traumatic Stress Disorder Related to Childhood Physical and Sexual Abuse. *Biologic Psychiatry*, 41, 23-32.
- Bremner, D. J., Vermetten, E., Southwick, S. M., Krystal, J. H. & Charney, D. S. (1998). Trauma, Memory, and Dissociation: An Integrative Formulation. In J. D. Bremner, & R. C. Marmar (Hrsg.), *Trauma, Memory, and Dissociation* (S. 365-402). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Bremner, J. D. & Marmar, C. R. (Hrsg.). (1998). *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Bremner, J. D. K., John H., Putnam, F. W., Southwick, S. M., Marmar, C., Charney, D. S. & Mazure, C. M. (1998). Measurement of Dissociative States with the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress*, 11, 125-137.
- Briere, J. & Conte, J. (1993). Self-Reported Amnesia for Abuse in Adults Molested as Children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31.
- Briere, J. & Runtz, M. (1990). Differential Adult Symptomatology Associated with Three Types of Child Abuse Histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357-364.
- Brodsky, B. S., Cloitre, M. & Dulit, R. A. (1997). Relationship of Dissociation to Self-Mutilation and Childhood Abuse in Borderline-Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788-1792.

- Bronisch, T. (2001). Probleme der Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen*, 5,4, 216-225.
- Brown, D., Sheflin, A. W. & Hammond, C. D. (1998). *Memory, Trauma Treatment, and the Law*. New York: Norton.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (1999). *SPSS. Version 8. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. Bonn: Addison-Wesley-Longman.
- Butollo, W. (1997). *Traumatherapie - Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen*. München: CIP – Mediendienst.
- Butollo, W., Gavranidou, M. & Maragos, M. (1999). Entwicklung, Trauma, Bindung und Persönlichkeitsstörungen. In *PTT Sonderband, Persönlichkeitsstörungen -Theorie und Therapie*, 1999,3, 53-63.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (2002, 2.Aufl.). *Leben nach dem Trauma: Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer Verlag.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (2003, 2. Aufl.). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer Verlag.
- Butollo, W. und Hagl, M. (2003). *Trauma, Selbst und Therapie*. Bern: Huber.
- Butollo, W. (2003). *Traumatisierung und Traumaverarbeitung*. Vortrag. In: www.stadt-unter-schock.de. Wissenschaftliche Tagung in Erfurt am 25.4.03.
- Cancienne, J., Cloitre, M., Brodsky, B. & Zeitlin, S. (1993 (Nov.)). *Dissociative Symptoms in Borderline Personality Disorder*. Poster presented at the Annual Convention of the Association of the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta.
- Carlier, I. V. E., Lamberts, R. D., Fouwels, A. J. & Gersons, B. P. R. (1996). PTSD in Relation to Dissociation in Traumatized Police Officers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1325-1328.
- Carlson, E. B., Armstrong, J., ; Loewenstein, Richard & Roth, D. (1998). Relationships Between Traumatic Experiences and Symptoms of Posttraumatic Stress, Dissociation, and Amnesia. In J. D. Bremner, & R. C. Marmar (Hrsg.), *Trauma*,

- Memory, and Dissociation (S. 205-228). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Carlson, E. B. & Putnam, F. W. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, D., D. L., Loewenstein, R. J. & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experience Scale in Screening for Multiple Personality Disorder: A Multicenter Study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Bowman, E., S., Chu, J., Dill, D. L., Loewenstein, R. J. & Braun, B. G. (1993). Predictive Validity of the Dissociative Experiences Scale. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Charney, D. S., Deutch, A. Y., Krystal, J. H., Southwick, S. M. & Davis, M. (1993). Psychobiologic Mechanisms of Post-Traumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 294-305.
- Choe, B. M. & Kluff, R. P. (1995). Use of the DES in Studying Treatment Outcome with Dissociative Identity Disorder: A Pilot Study. *Dissociation*, 8, 160-164.
- Chu, J. A. & Dill, D. L. (1990). Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical and Sexual Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L. & Matthews, J. A. (1999). Memories of Childhood Sexual Abuse: Dissociation, Amnesia, Corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749-755.
- Chu, J. A., Matthews, J. A., Frey, L. M. & Ganzel, B. (1996). The Nature of Traumatic Memories of Childhood Abuse. *Dissociation*, 9, 2-17.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Hughes, D. C., Swartz, M. S., Blazer, D. G. & George, L. K. (2002). The Impact of Borderline Personality Disorder on Post-Traumatic Stress in the Community: A Study of Health Status, Health Utilization, and Functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 41-48.
- Coons, P. M. & Sterne, A. L. (1986). Initial and Follow-Up Psychological Testing on a Group of Patients with Multiple Personality Disorder. *Psychological Reports*, 58, 43 – 49.

- Coons, P. M. (1984). The Differential Diagnosis of Multiple Personality. In B. G. Braun (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 51-67. Philadelphia: Saunders.
- Coons, P. M. (1988). Psychophysiologic Aspects of Multiple Personality Disorder: A Review. *Dissociation*, 1, 47-53.
- Coons, P. M. (1998). The Dissociative Disorders: Rarely Considered and Underdiagnosed. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 637-648.
- Coons, P. M. (2001). On Changing the Diagnostic Criteria for Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 43-46.
- Coons, P. M., Bowman, E. S., Kluft, R. P. & Milstein, V. (1991). The Cross-Cultural Occurrence of MPD: Additional Cases from a Recent Survey. *Dissociation*, 4, 124-128.
- Coons, P. M., Bowman, E. S. & Milstein, V. (1988). Multiple Personality Disorder: A Clinical Investigation of 50 Cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 519-527.
- Coons, P. M. & Bowman, E. S. (2001). Ten-Year Follow-Up Study of Patients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 73-90.
- Coons, P. M. & Milstein, V. (1984). Rape and Post-Traumatic Stress in Multiple Personality. *Psychological Reports*, 55, 839-845.
- Cooper, B. S., Kennedy, M. A. & Yuille, J. C. (2001). Dissociation and Sexual Trauma in Prostitutes: Variability of Responses. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 27-36.
- Crabtree, A. (1992). Dissociation and Memory: A Two Hundred Year Perspective. *Dissociation*, 5, 150-154.
- Crook, L. & Dean, M. C. (1999). "Lost in a Shopping Mall" - A Breach of Professional Ethics. *Ethics and Behavior*, 91, 39-68.
- Dammann, G. & Overkamp, B. (2004): Diagnose, Differentialdiagnose und Komorbidität dissoziativer Störungen des Bewusstseins. In: L. Reddemann, A. Hofmann, & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme.

- Dancu, C. V., Riggs, D. S., Hearst-Ikeda, D., Shoyer, B. G. & Foa, E. B. (1996). Dissociative Experiences and Posttraumatic Stress Disorder among Female Victims of Criminal Assault and Rape. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 253-267.
- Darves-Bornoz, J.-M., Degiovanni, A. & Gaillard, P. (1995). Why is Dissociative Identity Disorder Infrequent in France?. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1530-1531. (Letters to the Editor)
- Davis, M. (1992a). The Role of the Amygdala in Fear and Anxiety. *Annual Review of Neuroscience, 15*, 353-375.
- Davis, M. (1992b). Analysis of Aversive Memories Using the Fear-Potentiated Startle Paradigm. In N. Butters, & L. R. Squire (Hrsg.), *The Neuropsychology of Memory* (2., S. 470-484). New York: Guilford.
- Dell, P. F. (1988). Professional Scepticism about Multiple Personality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 528-531.
- Dell, P. F. & Eisenhower, J. W. (1990). Adolescent Multiple Personality Disorder: A Preliminary Study of Eleven Cases. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 359-366.
- Dell, P. F. (1998). Axis II Pathology in Outpatients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 352-356.
- Dell, P. F. (2000). Multiscale Assessment of Dissociation (MAD): A New Measure of Dissociation. Paper presented at the 17th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, San Antonio, Texas, November 12.
- Dell, P. F. (2001). Why the Diagnostic Criteria for Dissociative Identity Disorder Should Be Changed. *Journal of Trauma and Dissociation, 2*, 7-38.
- Dell, P. F. (2002). Dissociative Phenomenology of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 410-415.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A. & Gold, P. W. (1990). Relation of Clinical Variables to dissociative Phenomena in Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1184-1188.
- Derogatis, L. R. (1986). SCL-90. Self-Report Symptom Inventory. In CIPS, *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.

- Dierker, L. C., Davis, K. F. & Sanders, B. (1995). The Imaginary Companion Phenomenon: An Analysis of Personality Correlates and Developmental Antecedents. *Dissociation*, 8, 220-228.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwart, E. (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Forschungskriterien. Bern: Huber.
- Dinwiddie, S. H., North, C. S. & Yutzy, S. H. (1993). Multiple Personality Disorder: Scientific and Medicolegal Issues. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 21, 69-79.
- Dorsch, F. (1987). *Psychologisches Wörterbuch* (11. erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Draijer, N. & Langeland, W. (1999). Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Draijer, N. & Boon, S. (1993). The Validation of the Dissociative Experiences Scale against the Criterion of the SCID-D, using Receiver Operating Characteristics (ROC) Analysis. *Dissociation*, 6, 28-37.
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M. & Petersen, D. (2000). Magnetic Resonance Imaging Volumes of the Hippocampus and the Amygdala in Women with Borderline Personality Disorder and Early Traumatization. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1115-1122.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R. C., Wulff, H. & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? [Stand der Forschung]. *Der Nervenarzt*, 73, 820-829.
- Duffy, C. (1997). Implicit Memory [Knowledge without Awareness]. *Neurology*, 49, 1200-1202.
- Dulz, B. & Lanzoni, N. (1996). Die multiple Persönlichkeit als dissoziative Reaktion bei Borderlinestörungen. *Psychotherapeut*, 41, 17-24.

- Dunn, G. E., Paolo, A. M., Ryan, J. J. & van Fleet, J. N. (1994). Belief in the Existence of Multiple Personality Disorder among Psychologists and Psychiatrists. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 454-457.
- Eckardt-Henn, A. & Hoffmann, S. O. (Hrsg.). (2003). *Dissoziative Störungen des Bewusstseins*. Stuttgart: Schattauer.
- El-Hage, W., Darves-Bornoz, J.-M., Allilaire, F. & Gaillard, P. (2002). Posttraumatic Somatoform Dissociation in French Psychiatric Outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 59-74.
- Ellason, J. W. & Ross, C. A. (1995). Positive and Negative Symptoms in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia: A Comparative Analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 236-241.
- Ellason, J. W. & Ross, C. A. (1997). Childhood Trauma and Psychiatric Symptoms. *Psychological Reports*, 80, 447-450.
- Ellason, J. W., Ross, C. A. & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II Comorbidity and Childhood Trauma History in Dissociative Identity Disorder. *Psychiatry*, 59, 255-266.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., Mayran, L. W. & Sainton, K. (1994). Convergent Validity of the New Form of the Dissociative Experiences Scales. *Dissociation*, 7, 101-103.
- Ellenberger, H. (1972). *Die Entdeckung des Unbewußten*. Zürich: Diogenes.
- Elliger, T. J. & Schötensack, K. (1991). Sexueller Missbrauch von Kindern - eine kritische Bestandsaufnahme. In G. Nissen (Hrsg.), *Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter* (S. 143-154). Bern: Huber.
- Elliott, D. M. (1997). Traumatic Events: Prevalence and Delayed Recall in the General Population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 811-820.
- Elliott, D. M. & Briere, J. (1995). Posttraumatic Stress Associated with Delayed Recall of Sexual Abuse: A General Population Study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 629-647.
- Endres, M. & Biermann, G. (Hrsg.). (1998). *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. München: Ernst Reinhard Verlag.

- Engfer, A. (1997). Gewalt gegen Kinder in der Familie. In (Hrsg.), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung (S. 21-34). Stuttgart: Schattauer.
- Ensink, B. & van Otterloo, D. (1989). A Validation of the Dissociative Experience Scale in the Netherlands. *Dissociation*, 2, 221-224.
- Erkwoh, R. & Sass, H. (1993). Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzeptionen in neuem Gewande. *Nervenarzt*, 64, 169-174.
- Everill, J. T., Waller, G. (1995). Dissociation and Bulimia [Research and Theory]. *Eating Disorder Review*, 3, 129-147.
- Everill, J. T., Waller, G. & Macdonald, W. (1995). Reported Sexual Abuse and Bulimic Symptoms: The Mediating Role of Dissociation. *Dissociation*, 8, 155-159.
- Everill, J., Waller, G. & Macdonald, W. (1995). Dissociation in Bulimic and Non-Eating-Disordered Women. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 127-134.
- Fahy, T. A. (1988). The Diagnosis of Multiple Personality Disorder: A critical Review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A. & Foa, E. B. (2002). Treatment Outcome for Chronic PTSD among Female Assault Victims with Borderline Personality Characteristics: A Preliminary Examination. *Journal of Personality Disorders*, 16, 30-40.
- Ferracuti, S., Sacco, R. & Lazzari, R. (1996). Dissociative Trance Disorder: Clinical and Rohrschach Findings in Ten Persons Reporting Demon Possession and Treated by Exorcism. *Journal of Personality Assessment*, 66, 525-539.
- Figuroa, E. F., Silk, K. R., Huth, A. & Lohr, N. E. (1997). History of Childhood Sexual Abuse and General Psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 23-30.
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Liebermann P., Reddemann L., Siol, Wöller W. & Petzold H. (2004): Posttraumatische Belastungsstörung, (2. Aufl.) Leitlinie und Quellentext. Schattauer. Stuttgart.
- Fonagy, P., Target, M. & Gergely, G. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. A Theory and some Evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122, vii-viii.

- Frasquilho, F. & Oakley, D. (1997). Hypnotisability, Dissociation, and three Factors of Eating Behavior. *Contemporary Hypnosis*, 14, 105-111.
- Freud, S. (1885/ 1966). *Studien über Hysterie* (GW Bd. 1). Frankfurt/ Main: Fischer.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen FDS. (Testmanual). Bern: Hans Huber.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C., Stieglitz, R.-D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1998). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 223-229.
- Freyd, J. J., DePrince, A. P. & Zurbriggen, E. L. (2001). Self-Reported Memory for Abuse Depends upon Victim-Perpetrator Relationship. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 5-16.
- Friedl, M. C. & Draijer, N. (2000). Dissociative Disorders in Dutch Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157,1043-1047.
- Frischholz, E. J., Lipman, L. S., Braun, B. G. & Sachs, R. G. (1992). Psychopathology, Hypnotisability, and Dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1521-1525.
- Fröhling, U., Huber, M. & Rodewald, F. (Im Druck). *Rituelle Gewalt in Deutschland - eine Pilotstudie*.
- Frör, K. (2000). *Dissoziative Identitätsstörung - eine polysymptomatische Störung? (Eine Validierungsstudie mit dem SIDDS)*. Diplomarbeit, Philipps Universität, Fachbereich Psychologie, Marburg.
- Frueh, C. B., Johnson, D. E., Smith, D. W. & Williams, M. A. (1996). A Potential Problem with the Response Format of the Dissociative Experience Scale: A Significant Correlation with Intelligence Among Combat Veterans with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 651-656.
- Fujii, Y., Suzuki, K., Sato, T., Murakami, Y. & Takahashi, T. (1998). Multiple Personality Disorder in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 299-302.
- Gast, U., Oswald, T. & Zündorf, F. (2000). *SKID-D (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen)*. Göttingen: Hogrefe.

- Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A. & Emrich, H. M. (2001b). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts) Störungen. *Psychotherapeut*, 46, 289-300.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. & Emrich, H. M. (2001a). Prevalence of Dissociative Disorders among Psychiatric Inpatients in a German University Clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 249-257.
- Gast, U. & Rodewald, F. (2004). Prävalenz dissoziativer Störungen. In L. Reddemann, A. Hofmann, & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Ganaway, G. K. (1995). Hypnosis, Childhood Trauma, and Dissociative Identity Disorder: Toward an Integrative Theory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43, 127-144.
- Gangdev, P. S. & Matjane, M. (1996). Dissociative Disorders in Black South Africans: A Report of Five Cases. *Dissociation*, 9, 176-181.
- Gleaves, D. H., May, M. C. & Cardena, E. (2001). An Examination of the Diagnostic Validity of Dissociative Identity Disorder. *Clinical Psychology Review*, 21, 577-608.
- Gleaves, D. H. & Eberenz, K. P. (1995). Correlates of Dissociative Symptoms among Women with Eating Disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 417-426.
- Goff, D. C. & Simms, C. A. (1993). Has Multiple Personality Disorder Remained Consistent Over Time? A Comparison of Past and Recent Cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 595-600.
- Golynkina, K. & Ryle, A. (1999). The Identification and Characteristics of the Partially Dissociated States of Patients with Borderline Personality Disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 419-445.
- Greaves, G. B. (1980). Multiple Personality: 165 Years after Mary Reynolds. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 577-596.
- Greenes, D., Fava, M., Cioffi, J. & Herzog, D. B. (1993). The Relationship of Depression to Dissociation in Patients with Bulimia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 133-137.
- Gregory-Bills, T. & Rhodeback, M. (1995). Comparative Psychopathology of Women who Experienced Intra-Familial versus Extra-Familial Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19, 177-189.

- Gunderson, J. G. & Sabo, A. N. (1993). The Phenomenological and Conceptual Interface between Borderline Personality Disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.
- Guralnik, O., Schmeidler, J. & Simeon, D. (2000). Feeling Unreal: Cognitive Processes in Depersonalisation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 103-109.
- Hacking, I. (1996). *Multiple Persönlichkeit (Zur Geschichte der Seele in der Moderne)*. München: Carl Hanser.
- Hansen, C. & Gold, S. N. (1997). Relations between the Dissociative Experience Scale and Two MMPI-2 Dissociation Scales. *Dissociation*, 10, 29-37.
- Hansmann, M. (1996). Das Ausmaß dissoziativer Erfahrungen in verschiedenen Risikogruppen gemessen anhand der Dissociative Experiences Scale. unveröff. Dipl.arbeit, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (1999). Dissociative Symptoms in Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 673-680.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1977). *MMPI - Handbuch der deutschen Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (2. Aufl.)*. Bern: Hans Huber.
- Hayes, J. A. & Mitchell, J. C. (1994). Mental health Professionals' Scepticism about Multiple Personality Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 410-415.
- Heffernan, K. & Cloitre, M. (2000). A Comparison of Posttraumatic Stress Disorder with an without Borderline Personality Disorder among Women with a History of Childhood Sexual Abuse: Etiological and Clinical Characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 589-595.
- Herman, J. L., Perry, J. C. & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herman, J. L. & Schatzow, E. (1987). Recovery and Verification of Memories of Childhood Sexual Trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.

- Herman, J. L. (1994). Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler.
- Hilgard, E. R. (1984). The Hidden Observer and Multiple Personality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 248-253.
- Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation Theory. In S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Hrsg.), *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives* (S. 32-51). New York: Guilford Press.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided Consciousness*. New York: Wiley.
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thoughts and Actions* (expanded ed.). New York: Wiley.
- Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewusstseins. *Hypnose und Kognition*, 6, 2.
- Hiller, W., Kroymann, R., Leibbrand, R., Cebulla, M., Korn, H.-J., Rief, W. & Fichter, M. (2004). Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Effekte der stationären Therapie somatoformer Störungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, S. 136-146.
Aus: www.thieme-connect.de/BASScgi/4/0-01210802045571-1080209863?FID=Abstract.
- Hoffmann, S. O. (1994). Die Dissoziation (Neue Aktualität für ein altes klinisches Konzept). In G. Kockott, & H.-J. Möller (Hrsg.), *Sichtweisen der Psychiatrie* (S. 16-24). München: W. Zuckschwerdt.
- Hofmann, A. (1995). Beginnings - The Start of an Inpatient Program for DID-Patients in a German Hospital. *Dissociation*, 8, 124-125.
- Hofmann, A., Reddemann, L. & Gast, U. (Hrsg.). (2003). *Behandlung dissoziativer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Honig, A., Romme, M. A., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H. & DeVries, M. W. (1998). Auditory Hallucinations: A Comparison between Patients and Nonpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 646-651.
- Hopper, A., Ciorciari, J., Johnson, G., Spensley, John, Sergejew, A. & Stough, C. (2002). EEG Coherence and Dissociative Identity Disorder: Comparing EEG Coherence in DID Host, Alters, Controls and Acted Alters. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 75-88.

- Horen, S., Leichner, P. P. & Lawson, J. S. (1995). Prevalence of Dissociative Symptoms and Disorders in an Adult Psychiatric inpatient Population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 185-191.
- Horevitz, R. P. & Braun, B. G. (1984). Are Multiple Personalities Borderline?. In B. G. Braun (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 69-87. Philadelphia: Saunders.
- Huber, M. (1994). Multiple Persönlichkeitsstörungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26, 61-71.
- Huber, M. (1995a). *Multiple Persönlichkeiten: Überlebende extremer Gewalt (Ein Handbuch)*. Frankfurt / Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Huber, M. (1995b). Multiple Persönlichkeitsstörung in Deutschland. *Hypnose und Kognition*, 12, 2- 13.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen (Trauma und Traumabehandlung - Teil 1)*. Paderborn: Junfermann.
- Ihle, C. (1996). *Dissoziatives Erleben (Eine Untersuchung zum Auftreten dissoziativer Symptome in einer klinisch-psychiatrischen Stichprobe sowie einer Kontrollgruppe)*. unveröf. Dipl.arbeit, Ruprecht-Karls-Universität, Fakultät f. Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Heidelberg.
- International Society for the Study of Dissociation (ISSD) (1997): *Guidelines for the Treatment of Dissociative Identity Disorder in Adults*. Author. dt. Übersetzung der Behandlungsrichtlinien durch die deutsche Sektion der ISSD 1998.
- Irwin, H. (1996). Traumatic Childhood Events, Perceived Availability of Emotional Support, and the Development of Dissociative Tendencies. *Child Abuse & Neglect*, 20, 701-707.
- Irwin, H. J. (1998b). Affective Predictors of Dissociation II. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 2237-245.
- Irwin, H. J. (1998a). Attitudinal Predictors of Dissociation: Hostility and Powerlessness. *Journal of Psychology*, 132, 389-400.
- Irwin, H. J. (1999). Pathological and Non-Pathological Dissociation: The Relevance of Childhood Trauma. *Journal of Psychology*, 133, 157-164.

- James, D. (1998). Multiple Personality in the Courts: A Review of the North American Experience. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 339-361.
- James, W. (1983). *The Principles of Psychology*. Cambridge: Harvard University Press. (Original veröffentlicht 1890)
- Janet, P. (1977). *The Mental State of Hystericals*. Washington: University Publications of America. (Original veröffentlicht 1901)
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme Psychologique* (Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1973). Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1898a). *Névroses et idées fixes*. Paris: Félix Alcan. (Bd. 1)
- Janet, P. (1898b). *Traitement psychologique de l'hystérie*. In A. Robin (Hrsg.), *Traité de Therapeutique Appliquée* (S. 140-216). Paris: Rueff. (Auch in: Janet, P. (1911), *L'Etat mentale des hystériques*, 2nd. ed.. S. 621-688, Paris: Félix Alcan)
- Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*. London/ New York: Macmillan. (Reprint: Hafner, New York, 1965)
- Kapfhammer, H. P. (2001). Trauma und Dissoziation – eine neurobiologische Perspektive. *Persönlichkeitsstörungen* 5, 4-27.
- Kampmann, R. (1976). Hypnotically Induced Multiple Personality: An Experimental Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 215-227.
- Kapfhammer, H. P. & Möller, H.-J. (1995). MPS - Klinische Entität oder soziokulturelles Phänomen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137, 323 – 325.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Hoeber.
- Katz, B. E. & Gleaves, D. H. (1996). Dissociative Symptoms among Patients with Eating Disorders: Associated Features or Artefact of a Comorbid Dissociative Disorder. *Dissociation*, 9, 28-36.
- Kavemann B. & Lohstoeter I. (1984). *Väter als Täter. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen*. Reinbek: Rowohlt.
- Keaney, J. C. & Farley, M. (1996). Dissociation in an Outpatient Sample of Women Reporting Childhood Sexual Abuse. *Psychological Reports*, 78, 59-65.

- Kirby, J. S., Chu, J. A. & Dill, D. L. (1993). Correlates of Dissociative Symptomatology in Patients with Physical and Sexual Abuse Histories. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 258-263.
- Kirsch, A. (1999). Trauma und Wirklichkeits(re)konstruktion: Theoretische Überlegungen zu dem Phänomen wiederauftauchender Erinnerungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 45-60.
- Kluft, R. P. (1982). Varieties of Hypnotic Interventions in the Treatment of Multiple Personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 230-240.
- Kluft, R. P. (1984a). Multiple Personality in Childhood. In B. G. Braun (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 121-134. Philadelphia: Saunders.
- Kluft, R. P. (1984b). Aspects of the Treatment of Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 51-55.
- Kluft, R. P. (1984c). Treatment of Multiple Personality Disorder (A Study of 33 Cases). In B. G. Braun (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 9 - 29. Philadelphia: Saunders.
- Kluft, R. P. (Hrsg.). (1985a). *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1985b). Childhood Multiple Personality Disorder: Predictors, Clinical Findings, and Treatment Results. In R. P. Kluft (Hrsg.), *Childhood Antecedents of Multiple Personality* (S. 167-196). Washington: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1985d). The Natural History of Multiple Personality Disorder. In R. P. Kluft (Hrsg.), *Childhood Antecedents of Multiple Personality* (S. 197-238). Washington: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1987b). The Simulation and Dissimulation of Multiple Personality Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 104-118.
- Kluft, R. P. (1987c). First Rank Symptoms as a Diagnostic Clue to Multiple Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293 – 298.
- Kluft, R. P. (1988a). The Phenomenology and Treatment of Extremely Complex Multiple Personality Disorder. *Dissociation*, 1, 47-58.

- Kluft, R. P. (1991). Clinical Presentation of Multiple Personality Disorder. In R. J. Loewenstein (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 605-629. Philadelphia: Saunders.
- Kluft, R. P. (1995). The Confirmation and Disconfirmation of Memories of Abuse in Dissociative Identity Disorder Patients: A Naturalistic Clinical Study. *Dissociation*, 8, 253-258.
- Kluft, R. P. (1999). An Overview of Psychotherapy of Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 289-319.
- Kluft, R. P. & . (1996). Treating the Traumatic Memories of Patients with Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry (Supplement)*, 153, 103-110.
- Knudsen, H., Haslerud, J., Boe, T., Draijer, N. & Boon, S. (1995). Prevalence of Dissociative Disorders in a Norwegian General Psychiatric Department (Inpatients and Day care). In O. Van der Hart, S. Boon & N. Draijer (Hrsg.), *Proceedings of the Fifth Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation* (S. 79). Amsterdam: International Society for the Study of Dissociation.
- Krikorian, R. & Layton, B. S. (1998). Implicit Memory in "PTSD" with Amnesia for the Traumatic Event. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10, 359-362.
- Kruger, C. & Mace, C. J. (2002). Psychometric Validation of the State Scale of Dissociation (SSD). *Psychology & Psychotherapy*, 74, 33-51.
- Kruse, P. & Gheorghiu, V. (1989). Suggestion, Hypnose, die Kategorie des Unbewußten und das Phänomen der Dissoziation: Ordnungsbildung in kognitiven Systemen. *Hypnose und Kognition*, 6, 49-61.
- Krystal, J. H., Bennett, A. L., Bremner, J. D., Southwick, S. M. & Charney, D. S. (1995). Towards a Cognitive Neuroscience of Dissociation and Altered Memory Functions in Post-Traumatic-Stress-Disorder. In M. J. Friedman, D. S. Charney & A. Y. Deutch (Hrsg.), *Neurobiology and Clinical Consequences of Stress (From Normal Adaptation to Post-Traumatic-Stress-Disorder*, S. 239-269). Philadelphia: Lipincott.
- Labott, S. M., Leavitt, F., Braun, B. G. & Sachs, R. G. (1992). Rohrschach Indicators of Multiple Personality Disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 75, 147-158.

- Labott, S. M. & Wallach, H. R. (2002). Malingering Dissociative Identity Disorder: Objective and Projective Assessment. *Psychological Reports*, 90, 525-538.
- Latz, T. T., Kramer, S. I. & Hughes, D. L. (1995). Multiple Personality Disorder among Female Inpatients in a State Hospital. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1343-1348
- Leavitt, F. (1998). Measuring the Impact of Media Exposure and Hospital Treatment on Patients Alleging Satanic Ritual Abuse. *Treating Abuse Today*, 8, 28-29.
- Leavitt, F. (1999). Dissociative Experiences Scale Taxon and Measurement of Dissociative Pathology: Does the Taxon Add to an Understanding of Dissociation and its Associated Pathologies?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 427-440.
- Leavitt, F. (2001). The Development of the Somatoform Dissociation Index (SDI): A Screening Measure of Dissociation Using MMPI-2 Items. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 69-80.
- Leavitt, F. (2002). "The Reality of Repressed Memories" Revisited and Principles of Science. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 19-36.
- Leavitt, F. & Labott, S. M. (1998). Rorschach Indicators of Dissociative Identity Disorders: Clinical Utility and Theoretical Implications. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 803-810.
- Leavitt, H. C. (1947). A Case of Hypnotically produced Secondary and Tertiary Personalities. *Psychoanalytic Review*, 34, 274-295.
- Lendle, B. (1996). Untersuchung über das Ausmaß an dissoziativen Erfahrungen in verschiedenen Risikogruppen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe gemessen mithilfe des Questionnaire of Experiences of Dissociation. unveröf. Dipl., Johannes Gutenberg-Universität, Mainz.
- Levin, P. & Reis, B. (1997). Use of Rorschach in Assessing Trauma. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Hrsg.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (S. 529-543). New York: Guilford Press.
- Liberzon, I., Taylor, S. F., Amdur, R. & et al. (1999). Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli. *Biological Psychiatry*, 45, 817-826.
- Loewenstein, R. J. (1991). An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. In (Hrsg.),

- Psychiatric Clinics of North America, Band 14, S. 567-604. Philadelphia: Saunders.
- Loewenstein, R. J. & Putnam, F. W. (1990). The Clinical Phenomenology of Males with MPD: A Report of 21 Cases. *Dissociation*, 3, 135-143.
- Loftus, E. F., Garry, M. & Feldman, J. (1994). Forgetting Sexual Trauma: What does it Mean when 38% Forget?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1177-1181.
- Loftus, E. F., Polonsky, S. & Fullilove, M. T. (1994). Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 67-84.
- Loftus, E. F. (1998). Falsche Erinnerungen. *Spektrum der Wissenschaft*, 62-67.
- Ludwig, A. M., Brandsma, J. M., Wilbur, C. B., Benfeldt, F. & Jameson, D. H. (1972). The Objective Study of a Case of Multiple Personality, or are Four Heads Better than One? *Archives of General Psychiatry*, 26, 298 – 310.
- Lussier, R. G., Steiner, J., Grey, A. & Hansen, C. (1997). Prevalence of Dissociative Disorders in an Acute Care Day Hospital Population. *Psychiatric Services*, 48, 244-246.
- Maercker, A. & Ehlert, U. (Hrsg.). (2001). *Psychotraumatologie (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 20)*. Göttingen: Hogrefe.
- Maldonado, J. R. & Spiegel, D.-. (1998). Trauma, Dissociation, and Hypnotisability. In J. D. Bremner, & R. C. Marmar (Hrsg.), *Trauma, Memory, and Dissociation* (S. 57-106). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Mann, B. J. (1995). The North Carolina Dissociation Index: A Measure of Dissociation Using Items from the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 64, 349-359.
- Markowitsch, H. J. (2001). Stressbezogene Gedächtnisstörungen und ihre möglichen Hirnkorrelate. In: Streeck-Fischer, A., Sachsse, U. & Özkan, I (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J. & Delucchi, K. (1996). Characteristics of Emergency Services Personnel related to Peritraumatic Dissociation during

- Critical Incident Exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschrift), 94-102.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Metzler, T. (1998). Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder. In J. D. Bremner, & R. C. Marmar (Hrsg.), *Trauma, Memory, and Dissociation* (S. 229-252). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A. & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress in Male Vietnam Theater Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 908-907.
- Marmar, S. S. (1991). Multiple Personality Disorder: A Psychoanalytic Perspective. In R. J. Loewenstein (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America*, S. 677-693. Philadelphia: Saunders.
- Martinez-Tobaos, A. (1989). Preliminary Observations on MPD in Puerto Rico. *Dissociation*, 2, 128-131.
- McFarlane, A. C., McFarlane, C. & Gilchrist, P. N. (1988). Posttraumatic Bulimia and Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 705-708.
- McMinn, M. R. & Wade, N. G. (1995). Beliefs about the Prevalence of Dissociative Identity Disorder, Sexual Abuse, and Ritual Abuse among Religious and Nonreligious Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 257-261.
- Mechanic, M. B., Resnick, P. A. & Griffin, M. G. (1999). A Comparison of Normal Forgetting, Psychopathology, and Information-Processing Models of Reported Amnesia for Recent Sexual Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 948-957.
- Melchert, T. P. & Parker, R. L. (1997). Different Forms of Childhood Abuse and Memory. *Child Abuse & Neglect*, 21, 125-135.
- Merskey, H. (1992). The Manufacture of Personalities [The Production of Multiple Personality Disorder]. *British Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.
- Messinger, H. (1988). *Langenscheidts Handwörterbuch Englisch* (3. Neubearb. Aufl.). Berlin: Langenscheidt.

- Metcalfe, J. & Jacobs, W. J. (1996). A "Hot-System/Cool-System" View of Memory under Stress. *PTSD Research Quarterly*, 7, 1-3.
- Mihaescu, G. (1998). The Dissociation Questionnaire DIS-Q: Preliminary Results with a French-Speaking Swiss Population. *Encephale*, 24, 33-346.
- Miller, S. (1989). Optical Differences in a Cases of Multiple Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 480 – 486.
- Modestin, J. (1992). Multiple Personality Disorder in Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 149, 88-92.
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M. & Erni, T. (1996). Dissociative Experiences and Dissociative Disorders in Acute Psychiatric Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 355-361.
- Moggi, F. (1996). Merkmalsmuster sexueller Kindesmisshandlung und Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 296-303.
- Moise, J., Weiner, A. & Leichner, P. (1996). Prevalence of Dissociative Symptoms and Disorders within an Adult Outpatient Population with Schizophrenia. *Dissociation*, 9, 190-196.
- Morgan, A. H. & Hilgard, E. R. (1973). Age Differences in Susceptibility to Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 78 – 85.
- Mukerjee, M. (1995). Hidden Scars [Sexual and other abuse may alter a brain region]. *Scientific American*, Oktober, 10 – 12.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R. & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample. *American Journal of Psychiatry*, 155, 806-811.
- Murray, J. B. (1993). Relationship of Childhood Sexual Abuse to Borderline Personality Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Multiple Personality Disorder. *Journal of Psychology*, 127, 657-676.
- Neria, Y, Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J. & Fochtmann L. J. (2002). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Psychosis. Findings from a First-Admission Cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 246-251.

- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2003). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung und phobische Residuen. In L. Reddemann, A. Hofmann, & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Kruger, K. (2002). The Psychometric Characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First Findings among Psychiatric Outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E. R. S. (1999). *Somatoform Dissociation (Phenomena, Measurement, and Theoretical Issues)*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform Dissociation: Major Symptoms of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 7-32.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, Ph., van Dyck, R.- Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1997). The Development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a Screening Instrument for Dissociative Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1998a). Degree of Somatoform and Psychological Dissociation in Dissociative Disorder is Correlated with Reported Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1998b). Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A Replication Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 17-23.
- Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J. & Spinhoven, P. (1998c). Animal Defensive Reactions as a Model for Trauma-Induced Dissociative Reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 243-260.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The Development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
- Nijenhuis, E. R. S., van Engen, A., Kusters, I. & van der Hart, O. (2001). Peritraumatic Somatoform and Psychological Dissociation in Relation to Recall of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 49-68.

- Noblitt, J. R. & Perskin, P. S. (2000a). Cult- and Ritual Trauma Disorder – A Proposed Diagnosis in DSM-Format. In: Noblitt & Perskin, *Cult and Ritual Abuse. Its History, Anthropology, and Recent Discovery in Contemporary America*, rev. Ed. Westport: Praeger, S.187ff.
- Noblitt, J. R. & Perskin, P. S. (2000b). *Cult and Ritual Abuse. Its History, Anthropology, and Recent Discovery in Contemporary America*, rev. Ed. Westport: Praeger.
- North, C. S., Ryall, J.-E. M., Ricci, D. A. & Wetzel, R. D. (1993). *Multiple Personalities, Multiple Disorders: Psychiatric Classification and Media Influence*. New York: Oxford University Press.
- Offen, L, Waller, G. & Thomas, G. (2003). Is reported Childhood Sexual Abuse associated with the Psychopathological Characteristics of Patients who experience Auditory Hallucinations? *Child Abuse & Neglect*, 5, 27, 919-927.
- Ogata, S., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D. & Hill, E. M. (1990). Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Overkamp, B. (1995). Die multiple Persönlichkeitsstörung (MPS): Darstellung des Störungsbildes und Vorbereitung einer empirischen Fragestellung. unveröf. Dipl.arbeit, Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Overkamp, B.-. (2002). Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Störungen. Ein Überblick. In U. Sachsse, Ö. Özkan & A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Traumatherapie -Was ist erfolgreich?* (S. 13-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Overkamp, B., Hofmann, A., Huber, M. & Dammann, G. (1997). Dissoziative Identitätsstörung - eine Persönlichkeitsstörung?. *Persönlichkeitsstörungen (Theorie und Therapie)*, 74-84.
- Parks, E. D. & Balon, R.-. (1995). Autobiographical Memories of Childhood Events: Patterns of Recall in Psychiatric Patients with a History of Trauma. *Psychiatry*, 58, 199-208.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resnick, P. (1997). Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.

- Pfeifer, S., Brenner, L. & Spengler, W. (1994). Störung mit multipler Persönlichkeit [Darstellung von zwei Fällen und Entstehungsmodell]. *Nervenarzt*, 65, 623-627.
- Phillipps, D. W. (1994). Initial Development and validation of the Phillipps Dissociation Scale (PDS) of the MMPI. *Dissociation*, 7, 92-100.
- Pica, M., Beere, D., Lovinger, S. & Dush, D. (2001). The Responses of Dissociative Patients on the Thematic Apperception Test. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 847-864.
- Polusny, M. A. & Follette, V. M. (1996). Remembering Childhood Sexual Abuse: A National Survey of Psychologists' Clinical Practices, Beliefs, and Personal Experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 41-52.
- Pope, K. S. & Tabachnick, B. G. (1995). Recovered Memories of Abuse among Therapy Patients: A National Survey. *Ethics and Behavior*, 5, 237-248.
- Prince, M. (1905). *The Dissociation of a Personality*. New York: Longmans, Green.
- Putnam, F. W. & Peterson, G. (1994). Further Validation of the Child Dissociation Checklist. *Dissociation*, 7, 204-211.
- Putnam, F. W. (1984a). The Study of Multiple Personality Disorder: General Strategies and Practical Considerations. *Psychiatric Annals*, 14, 58-61.
- Putnam, F. W. (1984b). The Psychophysiologic Investigation of Multiple Personality Disorder. In B. G. Braun (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America* (S. 31 - 39). Philadelphia: Saunders.
- Putnam, F. W. (1985). Dissociation as a Response to extreme Trauma. In R. P. Kluff (Hrsg.), *Childhood Antecedents of Multiple Personality* (S. 65-98). Washington: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (1991a). Recent Research on Multiple Personality Disorder. In R. J. Loewenstein (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America* (S. 489-502). Philadelphia: Saunders.
- Putnam, F. W. (1991b). Dissociative Disorders in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. In R. J. Loewenstein (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America* (S. 519-531). Philadelphia: Saunders.

- Putnam, F. W. (1995). Traumatic Stress and Pathological Dissociation. In G. P. Chrousos, R. McCarthy, K. Pacak, G. Cizza, E. Sternberg, P. W. Gold & R. Kvetnansky (Hrsg.), *Stress - Basic Mechanisms and Clinical Implications* (Band 771, S. 708-715). New York: New York Academy of Sciences.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents (A Developmental Perspective)*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. & Carlson, E. B. (1998). Hypnosis, Dissociation, and Trauma: Myths, Metaphors, and Mechanisms. In J. D. Bremner, & R. C. Marmar (Hrsg.), *Trauma, Memory, and Dissociation* (S. 27-55). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Bowman, E. S., Coons, P., Chu, J. A., Dill, D. L., Loewenstein, R. J. & Braun, B. G. (1996). Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. & Post, R. M. (1986). The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of 100 Recent Cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Horowitz, L. A. (1995). Hypnotisability and Dissociation in Sexually Abused Girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1-11.
- Putnam, F. W., Helmers, K. & Trickett, P. K. (1993). Development, Reliability, and Validity of a Child Dissociation Scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-741.
- Putnam, F. W. & Loewenstein, R. J. (1993). Treatment of Multiple Personality Disorder: A Survey of Current Practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.
- Ray, W. J. & Faith, M. (1995). Dissociative Experiences in a College Age Population. Follow-Up with 1190 Individuals. *Personality and Individual Differences*, 18, 223-230.
- Ray, W. J. (1996). Dissociation in Normal Populations. In L. K. Michaelson, & W. J. Ray (Hrsg.), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* (S. 51-66). New York: Plenum.
- Reddemann, L. (2003): Ambulant-stationäre Vernetzungsarbeit – Erfahrungen der Bielefelder Klinik. Vortrag auf der 10. Fachtagung der deutschen Sektion der ISSD am 14.11.2003 in Bielefeld.

- Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (2004). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Resnick, H. D., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. & Best, C. L. (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Reto, C. S., Dalenberg, C. J. & Coe, M. T. (1993). Dissociation and Physical Abuse as Predictors of Bulimic Symptomatology and Impulse Disregulation. *Eating Disorders*, 1 (3/4), 226-239.
- Rifkin, A., Ghisalbert, D., Dimatou, S., Jin, C. & Sethi, M. (1998). Dissociative Identity Disorder in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 844-845.
- Riley, K. C. (1988). Measurement of Dissociation. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 176, 449- 450.
- Rivera, M. (1989). Linking the Psychological and the Social: Feminism, Poststructuralism, and Multiple Personality. *Dissociation*, 2, 24-31.
- Rivera, M. (1991). Multiple Personality Disorder and the Social System. *Dissociation*, 4, 79-82.
- Robins, E. & Guze, S. B. (1970). Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983 – 987.
- Rosenbaum, M. (1980). The Role of the Term Schizophrenia in the Decline of Diagnoses of Multiple Personality. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1383-1385.
- Rosenfield, I. (1992). *Das Fremde, das Vertraute und das Vergessene*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Ross, C. A. (2004). DDIS und Auswertungskriterien. www.rossinst.com/dddquest.htm.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment*. New York: Wiley.

- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of Multiple Personality Disorder and Dissociation. In R. J. Loewenstein (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America* (S. 503-517). Philadelphia: Saunders.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of multiple Personalities*. New York: Wiley.
- Ross, C. A. & Norton, G. R. (1988a). Multiple Personality Disorder Patients with a prior Diagnosis of Schizophrenia. *Dissociation*, 1, 39-42.
- Ross, C. A., Norton, G. R. & Anderson, G. (1988c). The Dissociative Experience Scale: A Replication Study. *Dissociation*, 1, 21-22.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, R. G., Anderson, D., Anderson, G. & Barchet, P. (1989a). The Dissociative Disorder Interview Schedule: A Structured Interview. *Dissociation*, 2, 169-190.
- Ross, C. A., Norton, R. G. & Woyney, K. (1989b). Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Ross, C. A., Norton, G. R. & . (1989c). Differences Between Men and Women With Multiple Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 186-188.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R. & Anderson, G. (1989e). Somatic Symptoms in Multiple Personality Disorder. *Psychosomatics*, 30, 154-160.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, B. & . (1989f). Differences Between Multiple Personality Disorder and Other Diagnostic Groups on Structural Interview. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 487 – 491.
- Ross, C. A., Norton, G. R. & Fraser, G. A. (1989g). Evidence against the Iatrogenesis of Multiple Personality Disorder. *Dissociation*, 2, 61-65.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Bjornson, L., Reagor, P., Fraser, G. A. & Anderson, G. (1990a). Structured Interview Data on 102 Cases of Multiple Personality Disorder from four Centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- Ross, C. A., Anderson, G., Heber, S. & Norton, G. R. (1990b). Dissociation and Abuse among Multiple Personality Patients, Prostitutes, and Exotic Dancers. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 328-330.

- Ross, C. A., Joshi, S. & Currie, R. P. (1991a). Dissociative Experiences in the General Population: A Factor Analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 297-301.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fleischer, W. P. & Norton, G. R. (1991b). The Frequency of Multiple Personality Disorder among Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1717-1720.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Bjornson, L., Reagor, P., Fraser, G. A. & Anderson, G. (1991c). Abuse Histories in 102 Cases of Multiple Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 97-101.
- Ross, C. A., Ryan, L., Voigt, H. & Eddie, L. (1991d). High and Low Dissociators in a College Student Population. *Dissociation*, 4, 147-151.
- Ross, C. A. & Joshi, S. (1992). Schneiderian Symptoms and Childhood Trauma in the General Population. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 269-273.
- Ross, C. A., Ellason, J. W. & Anderson, G. (1995). A Factor Analysis of the Dissociative Experiences Scale (DES) in Dissociative Identity Disorder. *Dissociation*, 8, 229-235.
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M. & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 7-18.
- Ross-Gower, J., Waller, G., Tyson, M. & Elliott, P. (1998). Reported Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology among Women Attending Psychology Clinics: The Mediating Role of Dissociation. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 313-326.
- Rossini, E. D., Schwartz, D. R. & Braun, B. G. (1996). Intellectual Functioning in Inpatients with Dissociative Identity Disorder and Dissociative Disorder Not Otherwise Specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 289-294.
- Ryle, A. (1997a). The Structure and Development of Borderline Personality Disorder: A Proposed Model. *British Journal of Psychiatry*, 170, 82-87.
- Ryle, A. (1997b). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method*. Chichester: Wiley.
- Sack, M. (2004): Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*. 75, 451-459.

- Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: A Scale Measuring Dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 95-102.
- Santonastaso, P., Favaro, A. & Olivotto, M. C. (1997). Dissociative Experiences and Eating Disorder in a Female College Sample. *Psychopathology*, 30, 170-176.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Bakim, B. & Bozkurt, O. (2000). Differentiating Dissociative Disorders from Other Diagnostic Groups through Somatoform Dissociation in Turkey. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 67-80.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V. & Özdemir, Ö. (2003). The Axis-I Dissociative Disorder Comorbidity of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 119-136.
- Sar, V., Unal, S. N., Kiziltan, E., Kundakci, T. & Ozturk, E. (2001). HMPAO Spect Study of Regional Cerebral Blood Flow in Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 5-26.
- Sar, V., Yargic, L. I. & Tutkun, H. (1996). Structured Interview Data on 35 Cases of Dissociative Identity Disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1329-1333.
- Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & Schwartz, J. (1993). Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037 – 1042.
- Schmahl, C., Stiglmayr, C., Böhme, R. & Bohus, M. (1999). Behandlung von dissoziativen Symptomen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit Naltrexon. *Nervenarzt*, 70, 262-264.
- Schneewind, K. A. (1982). *Persönlichkeitstheorien* (Bd. 1). Darmstadt: Wissenschaftl. Buchgesellschaft.
- Schneider, P. K. (1994). *Ich bin wir - die multiple Persönlichkeit* (Zur Geschichte, Theorie und Therapie eines verkannten Leidens). Neuried: Ars Una. (Edition Humanistische Psychiatrie; 3)
- Schreiber, F. R. (1992). *Sybil: Persönlichkeitsspaltung einer Frau* (2. Aufl.). Frankfurt/Main: Fischer.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1997). Posttraumatische Belastungsreaktionen nach kriminellen Gewaltdelikten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 258-268.

- Scropo, J. C., Weinberger, J. L., Drob, S. L. & Eagle, P. (1998). Identifying Dissociative Identity Disorder: A Self-Report and Projective Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 272-284.
- Shearer, S. L. (1994). Dissociative Phenomena in Women with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-1328.
- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B. & Knutelska, M. (2001). The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalisation Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1027-1528.
- Simeon, D., Guralnik, O., Gross, S., Stein, D. J., Schmeidler, J. & Hollander, E. (1998). The Detection and Measurement of Depersonalisation Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 536-542.
- Simmel (1918); *Kriegsneurosen und psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen, dargestellt auf Grund psychoanalytischer Studien.* München.
- Snow, M. S., Beckman, D. & Brack, G. (1996). Results of the Dissociative Experiences Scale in a Jail Population. *Dissociation*, 9, 95-102.
- Somer, E., Dolgin, M. & Saadon, M. (2001). Validation of the Hebrew Version of the Dissociative Experiences Scale (H-DES) in Israel. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 53-66.
- Southwick, S. M., Krystal, J. H., Morgan, A., Johnson, D., Nagy, L., Nicolaou, A., Henninger, G. R. & Charney, D. S. (1993). Abnormal Noradrenergic Function in Post-Traumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 166-274.
- Spanos, N. P., Weekes, J. R., Menary, E. & Bertrand, L. D. (1986). Hypnotic Interview and Age Regression Procedures in Elicitation of Multiple Personality Symptoms: A Simulation Study. *Psychiatry*, 49, 298-311.
- Spiegel, D. (1984). Multiple Personality as a Post-Traumatic Stress Disorder. In B. G. Braun (Hrsg.), *Psychiatric Clinics of North America* (S. 101-110). Philadelphia: Saunders.
- Spiegel, D. (1993). Multiple Posttraumatic Personality Disorder. In R. P. Kluft, & C. G. Fine (Hrsg.), *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder* (S. 87 - 99). Washington: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D. & Cardena, E. (1991). Disintegrated Experiences: The Dissociative Disorders Revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.

- Spiegel, D., Hunt, T. & Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and Hypnotisability in Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.
- Spitzer, C., Effler, K. & Freyberger, H. J. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten. *Klinik u. Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im Klinikum der Hansestadt Stralsund*.
- Spitzer, C., Freyberger, H. J., Kessler, H. J. & Koempf, D. (1994). Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen in der Neurologie. *Nervenarzt*, 65, 680-688.
- Spitzer, C., Haug, H.-J. & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative Symptoms in Schizophrenic patients with Positive and Negative Symptoms. *Psychopathology*, 30, 67-75.
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, J., Torchia, M.G. & McClaty (1997): Hippocampal Volume in Women Victimized by Childhood Sexual Abuse. *Psychol. Med.*, 27, S. 951-959.
- Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders - Revised (SCID-D-R)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1997). Assessing Posttraumatic Dissociation with the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Hrsg.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (S. 429-447). New York: Guilford Press.
- Steinberg, M. (2001). Updating Diagnostic Criteria for Dissociative Disorders: Learning from Scientific Advances. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 59-64.
- Steinberg, M., Cicchetti, D. & Buchanan, J. (1994). Distinguishing between Multiple Personality Disorder (Dissociative Identity Disorder) and Schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 495-502.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P. & Rounaaville, B. (1993). Clinical Assessment of Dissociative Symptoms and Dissociative Disorders: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). *Dissociation*, 6, 3-15.

- Steinberg, M. (1996). Diagnostic Tools for Assessing Dissociation in Children and Adolescents. In D. Otnow Lewis, & F. W. Putnam (Hrsg.), *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Band 5, S. 333-349). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Stone, J. J. (1998). *A Neuropsychological Investigation of Memory Functioning in Dissociative Identity Disorder*. University Microfilms International, Ann Arbor.
- Stübner, S., Völkl, G. & Soyka, M. (1998). Differentialdiagnostik der Dissoziativen Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung). *Nervenarzt*, 69, 440-445.
- Swica, Y., Otnow Lewis, D. & Lewis, M. (1996). Child Abuse and Dissociative Identity Disorder/ Multiple Personality Disorder: The Documentation of Childhood Maltreatment and the Corroboration of a System. In D. Otnow Lewis, & F. W. Putnam (Hrsg.), *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Band 5, S. 431-447). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Tang, B., Janison, E.& McMillan, H. (2003). The Costs of Child Abuse. Women's Health Care Utilization. Program and Abstract of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 50. Annual Meeting, Oct. 14-19 2003, Miami, Florida A43. Unter: www.medscape.com/viewarticle/464794.
- Terr, L. (1988). What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 96 – 104.
- Terr, L. (1995). *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern (Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht)*. München: Kindler.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Trauma: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thigpen, C. H. & Cleckley, H. M. (1957). *The Three Faces of Eve*. New York: McGraw Hill.
- Thigpen, C. H. & Cleckley, H. M. (1958). *Die drei Gesichter Evas (Kurzfassung)*. Stuttgart: Readers Digest - Das Beste.
- Thomas, A. (2001). Factitious and Malingered Dissociative Identity Disorder: Clinical Features Observed in 18 Cases. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 59-78.
- Thompson, R. F. (1992). *Das Gehirn (Von der Nervenzelle zur Verhaltenssteuerung)*. Heidelberg: Spektrum Akademie Verlag.

- Tichenor, V., Marmar, C. R. & Weiss, D. S. (1994). The Relationship of Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress: Findings in Female Vietnam Theater Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1054-1059.
- Tölle, R. (1996). Dissoziative Identitätsstörung (Doppelleben) in der Psychopathologie und in der Dichtung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 44, 174-185.
- Tölle, R. (1997). Persönlichkeitsvervielfältigung?. *Deutsches Ärzteblatt*, 94, 1508-1510.
- Torem, M. S. (1990). Covert Multiple Personality underlying Eating Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 357-368.
- Trujillo, K., Otnow Lewis, D., Yaeger, C. A. & Gidlow, B. (1996). Imaginary Companions of School Boys with Dissociative Identity Disorder/ Multiple Personality Disorder: A Normal to Pathologic Continuum. In D. Otnow Lewis, & F. W. Putnam (Hrsg.), *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Band 5, S. 375-391). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Tsai, G. E., Condie, D., Wu, M. T. & Chang, I. W. (1999). Functional Magnetic Resonance Imaging of Personality Switches in a Woman with Dissociative Identity Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 119-122.
- Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L. I., Yanik, M. & Kitziltan, E. (1998). Frequency of Dissociative Disorders among Psychiatric Inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.
- Umesue, M., Matsuo, T., Iwata, N. & Tashiro, N. (1996). Dissociative Disorders in Japan: A Pilot Study with the Dissociative Experience Scale and a Semi-Structured Interview. *Dissociation*, 9, 182-189.
- Urban & Vogel (1993): *Lexikon der Medizin*. München: Urban & Vogel.
- Van der Hart, O. (1993). Multiple Personality Disorder in Europe: Impressions. *Dissociation*, 6, 102-118.
- Van der Hart, O. & Friedman, B. (1989). A Reader's Guide to Pierre Janet on Dissociation: A Neglected Intellectual Heritage. *Dissociation*, 2, 3-16.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen [Synthese, Bewusstwerdung und Integration]. *Hypnose und Kognition*, 12, 34 – 67.

- Van der Hart, O., Van der Kolk, B. & Boon, S. (1998). Treatment of Dissociative Disorders. In J. D. Bremner, & C. R. Marmar (Hrsg.), *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 21-29.
- Van der Kolk, B. A. (1988). The Trauma Spectrum: The Interaction of Biological and Social Events in the Genesis of the Trauma Response. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 273-290.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Post-Traumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Van der Kolk, B. A. & Ducey, C. P. (1989). The Psychological Processing of Traumatic Experiences: Rohrschach Patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 259-274.
- Van der Kolk, B. A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Van der Kolk, B. A., Hosteler, A., Herron, N. & Fisler, R. E. (1994). Trauma and the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 715-730.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (Hrsg.). (1996). *Traumatic Stress (The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society)*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. & Van der Hart, O. (1991). The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- Van Ijzendoorn, M. H. & Schuengel, C. (1996). The Measurement of Dissociation in Normal and Clinical Populations: Meta-Analytic Validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-385.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R. & Vertommen, H. (1993b). Dissociative Experiences and Trauma in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-193.

- Vanderlinden, J., Van der Hart, O. & Varga, K. (1996). European Studies of Dissociation. In L. K. Michelson, & W. L. Ray (Hrsg.), *Handbook of Dissociation* (S. 25-49). New York: Plenum.
- Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative Experiences, Trauma and Hypnosis (Research Findings and Clinical Applications in Eating Disorders)*. Delft: Eburon.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H. & Verkes, R. J. (1993a). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and Characteristics of a new Self-Report Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 21-27.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation, and Impulse Control in Eating Disorders*. Bristol, P.A.: Brunner Mazel.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1995). *Hypnose bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie*. München: Quintessenz.
- Vanderlinden, J., Varga, K., Peuskens, J. & Pieters, G. (1995). Dissociative Symptoms in a Population Sample of Hungary. *Dissociation*, 8, 205-208.
- Vielfalt e.V. (1996): Eine persönliche Sicht auf die Debatte über verzögerte Erinnerungen von Jennifer Freyd. MPS-Info-Brief Nr. 13, S. 27-40, unautorisierte Übersetzung; Original erschienen in *Treating Abuse Today*, 3, 5, 1993.
- Waller, G. (1991). Sexual Abuse as a Factor in Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, 664-671.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J. & Rouse, H. (2001). The Utility of Dimensional and Categorical Approaches to Understanding Dissociation in the Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 387-397.
- Waller, G., Hamilton, K., Elliott, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., Kennedy, F., Lee, G., Pearson, D., Kennerley, H., Hargreaves, I., Bashford, V. & Chalkley, J. (2000). Somatoform Dissociation, Psychological Dissociation, and Specific Forms of Trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 81-98.
- Waller, N. G., Putnam, F. W. & Carlson, E. B. (1996). Types of Dissociation and Dissociation Types: A Taxonomic Analysis of Dissociative Experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-320.

- Waller, N. G. & Ross, C. A. (1997). The Prevalence and Biometric Structure of Pathological Dissociation in the General Population: Taxometric and Behavior Genetic Findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499-510.
- Wessel, C. (1999). Die Schreckensbilder stehen noch im Internet [Warum es den Opfern sexueller Gewalt so schwer fällt zu verarbeiten, was sie erlebt haben - und warum die Täter so selten angezeigt werden]. *Süddeutsche Zeitung*, 121 (29./ 30. Mai 1999), 9.
- Whitfield, C. L. (1995a). How Common is Traumatic Forgetting?. *Journal of Psychohistory*, 23, 119-130.
- Whitfield, C. L. (1995b). *Memory and Abuse: Remembering and Healing the Effects of Trauma*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications.
- Wilbur, C. B. (1985). The Effect of Child Abuse on the Psyche. In R. P. Kluft (Hrsg.), *Childhood Antecedents of Multiple Personality* (S. 21-36). Washington: American Psychiatric Press.
- Wildwasser Bielefeld (Hrsg.). (1997). *Der aufgestörte Blick (Multiple Persönlichkeiten, Frauenbewegung und Gewalt)*. Bielefeld: Kleine.
- Williams, L. M. (1994). Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.
- Williams, L. M. (1995). Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 649-673.
- Williams, L. M. & Banyard, V. L. (1999). *Trauma and Memory*. Thousand Oaks, Cal.: Sage.
- Wilson, J. P. & Keane, T. M. (Hrsg.). (1997). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wippinger, R. & Amann, G. (1997). Bezeichnungen und Definitionen von sexuellem Missbrauch. In G. Amann, & Wippinger Rudolf (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch (Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie, S. 13-38)*. Tübingen: DGVT.
- Wolfradt, U. & Kretschmar, K. (1997). Untersuchungen mit deutschsprachigen Versionen zweier Skalen zur Erfassung dissoziativer Erfahrungen. *Diagnostica*, 43, 370-376.

- Wyatt, G. E. & Newcomb, M. (1990). Internal and External Mediators of Women's Sexual Abuse in Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 758-767.
- Yargic, L. I., Sar, V., Tutkun, H. & Alyanak, B. (1998). Comparison of Dissociative Identity Disorder with Other Diagnostic groups Using a Structures Interview in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 345-351.
- Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (Hrsg.). (1997). *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder (Band 821)*. New York: New York Academy of Science.
- Yehuda, R. (2001). Die Neuroendokrinologie bei Posttraumatischer Belastungsstörung im Licht neuer neuroanatomischer Befunde. In: Streeck-Fischer, A., Sachsse, U. & Özkan, I (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B. & McGlashan, T. H. (2002). Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Borderline, Schizotypal, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 510-518.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, F. M., Schwartz, E. O. & Frankenburg, F. R. (1989/ 1987). Childhood Experience of Borderline Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levon, A. & Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. & Hennen, J. (2000). The Dissociative Experiences of Borderline Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 223-227.
- Zelikovsky, N. & Lynn, S. J. (2002). Childhood Psychological and Physical Abuse: Psychopathology, Dissociation and Axis 1 Diagnosis. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 27-58.
- Zlotnick, C., Begin, A., Shea, T., Pearlstein, E. & Costello, E. (1994). The Relationship between Characteristics of Sexual Abuse and Dissociative Experiences. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 465-470.

- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Begin, A., Simpson, E. & Costello, E. (1996). Differences between Survivors of Childhood Incest and Survivors of Assault in Adulthood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 52-54.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Zakriski, A., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T. & Simpson, E. (1995). Stressors and Close Relationships during Childhood and Dissociative Experiences in Survivors of Sexual Abuse among Inpatient Psychiatric Women. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 207-212.
- Zoellner, L. A., Alvarez-Conrad, J. & Foa, E. B. (2002). Peritraumatic Dissociative Experiences, Trauma Narratives, and Trauma Pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 49-57.

10. ANHANG

10.1 Verzeichnis der Abkürzungen

APA	American Psychiatric Association
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
DDIS	Dissociative Disorders Interview Schedule (Ross, 1989/1997)
DES	Dissociative Experiences Scale
DID	Dissociative Identity Disorder
DIS	Dissoziative Identitätsstörung
DSM (III-R oder IV)	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen in dritter revidierter oder vierter Fassung
FDS	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen
ICD	International Classification of Diseases; Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ISSD	International Society for the Study of Dissociation
MPD	Multiple Personality Disorder
MPS	Multiple Persönlichkeitsstörung
NIMH	National Institute of Mental Health
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
SIDDS	Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen
SKID-D	Strukturiertes klinisches Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen
SS	Somatisierungsstörung
SS Absorption	Subskala Absorption, imaginative Erlebnisweisen aus der DES
SS Amnesie	Subskala Amnesie aus der DES
SS Deperso	Subskala Depersonalisation/ Derealisation aus der DES
SS Konversion	Subskala Konversion aus dem FDS

10.2. Verzeichnis der verwendeten Instrumente

Jede Untersuchung wurde mit einer möglichst standardisierten Einleitung begonnen (10.2.1). Dann füllten die InterviewpartnerInnen die Einverständniserklärung des SIDDS (10.2.2) aus, an der Forschung aus eigenem Willen und mit eigener Verantwortung teilzunehmen. Als Instrumente wurden der FDS (10.2.3) und der SIDDS (10.2.4) benutzt, wobei der FDS zufällig und/oder den Erfordernissen der Situation entsprechend vor oder nach dem SIDDS im Beisein der Interviewerin ausgefüllt wurde. In wenigen Ausnahmefällen wurde er auch „zu Hause“ ausgefüllt und mir später gebracht. Zur Auswertung des SIDDS habe ich mir ein eigenes Formblatt erstellt (10.2.4), das für jede Patientin ausgefüllt wurde und mir eine umgehende Rückmeldung an die TherapeutInnen (bei vorliegender schriftlicher Erlaubnis einer Datenweitergabe) erlaubte.

10.2.1 Wörtliche Einleitung der Untersuchungssequenz

Um den gleichen Informationsgrad der TeilnehmerInnen zumindest von meiner Seite aus sicherzustellen, erarbeitete ich mir eine einheitliche Begrüßungs- und Erklärungssequenz zum Warming Up. Sie diene sowohl der Standardisierung als auch der Abklärung der Motivation der TeilnehmerInnen. Aufgrund der Zeitintensität der Untersuchung sollten die PatientInnen wissen, was auf sie zukommt und auch an der gesamte Untersuchung teilnehmen, denn nur dann sind ihre Ergebnisse verwendbar.

„Vielen Dank, dass Sie hier sind (dass das geklappt hat...)“

„Was wissen Sie über das, (was Sie hier tun sollen,) was wir hier machen?“

(Wie ist Ihnen das Interview angekündigt worden? (wenig)- Ah, dann möchte ich Ihnen vorab noch etwas dazu sagen, damit Sie wissen, was auf Sie zukommt.)

(Ist es aufregend, hier zu sein? (Manche waren ziemlich unsicher am Anfang)

(Idee für die Sätze = bisschen Zeit für persönlichen Kontakt lassen)

„Sie sehen hier einen ganzen Stapel Papier liegen und ich werde Ihnen in den nächsten zwei Stunden ein ziemliches Loch in den Bauch fragen.“

Mir ist im Interview eines ganz wichtig: Nämlich dass es Ihnen dabei gut geht. Ich stelle teilweise sehr persönliche Fragen nach Ihrer psychiatrischen und Ihrer sexuellen Geschichte; Sie kennen mich nicht, ich bin nicht Ihre Therapeutin; ich möchte dass Sie wissen, dass Sie jederzeit sagen können, dass Sie einfach eine Frage nicht beantworten wollen. „Ich will nicht“ ist mir in dem Fall auch lieber als ein „ich weiß nicht“ - das ist klarer. Ich werde im Interview ja auch mitkriegen, wie es Ihnen geht, aber ich möchte, dass auch Sie gut auf sich aufpassen (weil: ich kenne Sie auch nicht).

Ansonsten habe ich hier auf der schriftlichen Einverständniserklärung noch einiges stehen zur Vertraulichkeit der Angaben. Bitte lesen Sie den Zettel (= Einverständniserklärung) gut durch und unterschreiben Sie ihn dann.“

(Bei Zögern oder Bedenken - ansprechen; freistellen, ob sie das Interview wirklich machen mag; Ausrede anbieten, dass es jetzt nicht das Zeitpunkt ist (ev. zu anstrengend bei dem wichtigen Therapieprozess in dem sie sich gerade befindet... könnte aber auch eine hilfreiche Unterstützung sein...); Mitteilung, dass keine Nachteile in der Therapie für Sie daraus entstehen, es nicht zu machen.

„Ok, fangen wir an?“

10.2.2 Einverständniserklärung für den strukturierten Interviewleitfaden zur Diagnose Dissoziativer Störungen

Hiermit erkläre ich mich bereit, im Rahmen eines Forschungsprojektes zu Dissoziativen Störungen an einem Interview teilzunehmen. Dissoziative Störungen beinhalten Probleme mit der erlebten Zeitkontinuität und dem Erinnerungsvermögen.

Ich wurde darüber informiert, dass das Interview persönliche Fragen über meine sexuelle und psychische Vergangenheit beinhaltet, dass aber alle Informationen vertraulich behandelt werden. Mein Name erscheint nicht auf dem Fragebogen, bzw. in Zusammenhang mit dem Interview.

Ich wurde davon unterrichtet, dass jede von mir an die Interviewerin gegebene Information an keine andere mit mir in Verbindung stehende Person oder Behörde (Arzt/Ärztin, Therapeut/Therapeutin, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin) weitergegeben wird. Meine Antworten werden keinerlei Einfluss darauf haben, wie ich in Zukunft behandelt werde.

Ich weiß, dass die Gesamtergebnisse dieser Untersuchung veröffentlicht werden und somit auch von Behörden oder mich behandelnden Therapeut/innen gelesen werden können.

Ich weiß, dass weder die Interviewerin noch andere Forscher/innen mir eine Behandlung zukommen lassen können oder in meinem Sinne/ zu meinen Gunsten auf Behörden oder mich behandelnde Therapeut/innen einwirken können.

Ich weiß, dass der Grund dieses Interviews ausschließlich in Forschungszwecken liegt, und dass ich deshalb keinen anderen direkten Nutzen haben werde als zu wissen, dass ich den Forscher/innen dabei geholfen habe, dissoziative Störungen besser zu verstehen.

Ich erkläre mich bereit, die Fragen des Interviews so gut ich kann zu beantworten, wobei ich weiß, dass es mir freisteht, Fragen, die ich nicht beantworten will, nicht zu beantworten.

Auch wenn ich diesen Zettel mit meinem Namen unterschrieben habe, weiß ich, dass er von meinen Antworten getrennt aufbewahrt wird, und dass meine Antworten von keinem anderen als der Interviewerin und/ oder ihren Forschungskolleg/innen mit meinem Namen in Verbindung gebracht werden können.

Unterschrift: _____ Zeuge/in: _____

Datum: _____

10.2.3 FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen

Dieser Fragebogen besteht aus 44 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch **Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl**, die zeigt, wie oft Ihnen so was passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

Beispiel:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

1. Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, dass sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie jemandem zuhören und plötzlich erkennen, dass sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

4. Einige Menschen stellen manchmal fest, Kleidungsstücke zu tragen ohne sich daran zu erinnern, diese angezogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

5. Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen, blind auf einem oder beiden Augen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachten sie die Welt durch einen Schleier, so dass Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen fühlen sich gelegentlich wie Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

9. Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden, und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

10. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

11. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

12. Einige Menschen glauben manchmal, dass in ihrem Inneren eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

13. Einige Menschen haben gelegentlich Probleme mit dem Hören (z.B. lästige Ohrgeräusche, taub auf einem oder beiden Ohren), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

14. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie plötzlich heiser sind oder gar nicht mehr sprechen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

15. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sich (plötzlich) ihre Handschrift vollkommen verändert. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

16. Einige Menschen sind sich gelegentlich nicht sicher, ob Ereignisse, an die sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob sie diese lediglich geträumt haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

17. Einige Menschen bemerken zuweilen, dass sie beim Fernsehen oder Anschauen eines Filmes so in der Geschichte aufgehen, dass sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht wahrnehmen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

18. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

19. Einige Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren persönlichen Gegenständen, die von ihnen stammen, an deren Anfertigung sie sich jedoch nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

20. Einige Menschen stellen zeitweise fest, dass sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, dass sie den Eindruck haben, diese geschähen wirklich. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

21. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

22. Einige Menschen stellen zuweilen fest, dass sie sich nicht an wichtige Ereignisse in ihrem Leben erinnern können, wie z.B. an eine Hochzeit oder eine Schulabschlussfeier. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

23. Einige Menschen spüren manchmal Körperteile nicht mehr oder erleben eigenartige Gefühle wie z.B. Brennen, Kribbeln oder Taubheit, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

24. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie für Stunden oder Tage ihre gewohnte Umgebung verlassen, ohne den Grund oder Anlass dafür zu wissen (ohne sich daran erinnern zu können, aus welchem Grund oder Anlass sie dies getan haben). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

25. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass ihre Beine oder Arme sehr schwach sind oder sie ihre Gliedmaße gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

26. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass man ihnen vorwirft zu lügen, obwohl sie selbst der festen Überzeugung sind, nicht gelogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

27. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

28. Einige Menschen bemerken manchmal, dass sie fähig sind, Schmerzen zu ignorieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

29. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie Bewegungen nicht mehr koordinieren und kontrollieren können (z.B. greifen sie daneben), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

30. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf oder Erhalt sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

31. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sich ihnen irgend jemand nähert, der sie mit einem anderen Namen anspricht oder der darauf besteht, sie bereits einmal getroffen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

32. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl (oder den Eindruck), dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

33. Einige Menschen erleben manchmal, dass sie laut mit sich selbst sprechen, wenn sie alleine sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

34. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie sich nicht erinnern können, ob sie etwas wirklich getan haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, etwas zu tun (z.B. wissen sie nicht, ob sie einen Brief wirklich eingeworfen haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, ihn einzuwerfen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

35. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie stunden- oder tagelang fast völlig bewegungslos dasitzen, fast nicht sprechen, sich fast nicht bewegen und auch auf äußere Reize, wie z.B. laute Geräusche, nicht richtig reagieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

36. Einige Menschen werden gelegentlich bewusstlos, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

37. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie in bestimmten Situationen in der Lage sind, Dinge mit erstaunlicher Leichtigkeit und Spontaneität zu tun, die ihnen normalerweise schwer fallen würden (z.B. Sport, Arbeit, soziale Situationen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

38. Einige Menschen erinnern sich manchmal so lebhaft an ein vergangenes Ereignis, dass sie das Gefühl haben, dieses Ereignis erneut zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie einfach dasitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

40. Einige Menschen erleben gelegentlich, wie sie beim Stehen und Gehen unsicher werden, eigenartige Bewegungen machen oder sich plötzlich gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

41. Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

42. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

43. Einige Menschen erleiden manchmal Krampfanfälle, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

44. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass sich Körperteile (in ihrer Größe) verändern (z.B. werden ihre Arme unförmig oder immer größer). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

Um diesen Fragebogen angemessen auswerten und interpretieren zu können, ist es sinnvoll, verschiedene persönliche Daten wie z.B. Alter und Geschlecht zu berücksichtigen. Wir möchten Sie daher bitten, abschließend einige Angaben über ihre Person zu machen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Beantworten Sie bitte folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

Geschlecht

- männlich
- weiblich

Alter _____ Jahre

Schulabschluss

- mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen
- Qualifizierender Hauptschulabschluss
- Real- (Mittel-) oder Handelsschule ohne Abschluss
- Real- (Mittel-) oder Handelsschule mit Abschlussprüfung
- Gymnasium ohne Abitur
- Abitur ohne anschließendes Studium
- Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium
- Abitur mit abgeschlossenem Studium

Familienstand

- verheiratet
- ledig
- verwitwet
- geschieden/ getrennt
- wiederverheiratet

Haushalt

- alleinlebend
- zusammen mit Ehe/ Lebenspartner(in)
- in Wohngemeinschaft lebend
- bei Eltern lebend
- in einer Institution lebend

Sind Sie berufstätig

- ja
- ja, mithelfend im eigenen Betrieb
- Hausfrau/ Hausmann
- oder sind Sie**
- Schüler(in)
- Student(in)
- in Berufsausbildung
- Rentner(in), Ruhestand
- arbeitslos
- ohne Beruf

Berufsgruppe

Bitte den gegenwärtig ausgeübten Beruf ankreuzen.

- Freier Beruf/ selbständig
- Inhaber(in) oder Geschäftsführer(in)
- mittlere und kleinere selbständige Geschäftsleute
- selbständige(r) Handwerker(in)
- Leitende(r) Angestellte(r)
- Angestellte(r) in Fa. oder öffentl. Dienst
- Beamter(in) höherer/ gehobener Dienst
- Beamter(in) mittlerer/ einfacher Dienst
- Landwirt(in)
- Facharbeiter(in) mit abgelegter Prüfung
- sonstige(r) Arbeiter(in)

anderes: Bitte ergänzen!

10.2.4 SIDDS: Strukturiertes Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen

Das Interview beginnt nach dem Unterschreiben der Einverständniserklärung mit der Erhebung demographischer Daten.

Demographische Daten des strukturierten Interviewleitfadens zur Diagnose Dissoziativer Störungen (SIDDS)

Bitte schreiben Sie die entsprechende Zahl in den dafür vorgesehenen Platzhalter:

Beispiel für das Ausfüllen:

Alter:		(2) (7)
Geschlecht:		(1)
gegenwärtige körperliche Krankheiten:		(Diabetes)
gegenwärtige psychische Störungen:		(Schizophrenie)
Alter:		() ()
Geschlecht:	Mann = 1; Frau = 2	(...)
Familienstand:	Ledig = 1; Verheiratet = 2 Getrennt/ geschieden = 3; Verwitwet = 4	(...)
Anzahl der Kinder:	(keine Kinder = 0)	(...)
Beruflicher Status:	Beschäftigt = 1; nicht beschäftigt = 2	(...)
Waren Sie jemals im Gefängnis? Ja = 1; nein = 2; unsicher = 3		(...)
Gegenwärtig vorhandene körperliche Krankheiten:		(.....) (.....) (.....)
Aktuelle und vergangene Diagnosen müssen in schriftlicher Form vorliegen, entweder von dem überweisenden Arzt oder in den Krankenpapieren des Patienten/ der Patientin. Bitte geben Sie, wenn möglich, DSM-IV oder ICD-10 Schlüsselnummern an. (Wenn die Nummern nicht vorhanden sind, schreiben Sie die DSM-IV/ ICD-10 Diagnosen rechts neben die Klammern).		
Gegenwärtige psychische Störungen:		(.....) (.....) (.....)
Frühere oder nicht mehr auftretende psychische Störungen:		(.....) (.....) (.....)
Weitere Anmerkungen:		

Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose Dissoziativer Störungen (SIDDS)

Die Fragen des SIDDS müssen in der hier vorgegebenen Reihenfolge gestellt werden. Alle Punkte dieses Leitfadens, inklusive aller DSM-IV Kriterien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Kriterien für Dissoziative Störungen müssen abgefragt werden. Die Wortwahl sollte sich exakt an den vorgeschriebenen Text halten, um die von unterschiedlichen InterviewerInnen gesammelten Informationen standardisieren zu können. Der/ Die InterviewerIn sollte die Kopfinformationen (kursiv gedruckt) nicht laut vorlesen. Das Gespräch wird damit eröffnet, der Person für ihre Teilnahme zu danken und geht dann weiter mit dem Satz:

→ "Wenn Sie im Laufe des Interviews irgendeinen Ausdruck oder eine Formulierung nicht verstehen, zögern Sie bitte nicht, mich zu fragen, ich werde es Ihnen gerne erklären.

Die meisten Fragen hier können Sie mit 'ja', 'nein' oder 'unsicher/ weiß ich nicht' beantworten. Einige Fragen erfordern ausführlichere oder differenziertere Antworten, die ich Ihnen dann erklären werde, wenn wir dahin kommen.

Alles klar?"

I. Somatische Beschwerden

1. Leiden Sie an Kopfschmerzen?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn Frage 1 mit „nein“ beantwortet wurde, mit Frage 3 fortfahren.

2. Wurde Ihnen von einem/ einer Arzt/ Ärztin mitgeteilt, dass es sich dabei um Migräne- Kopfschmerzen handelt?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Der Interviewer soll den nachfolgenden Text der Person laut vorlesen:

◆ "Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe körperlicher Symptome vorlesen. Damit ein Symptom als vorhanden gilt und Sie es mit ja beantworten, müssen folgende drei Punkte erfüllt sein:

- a) es darf keine körperliche Erkrankung vorliegen, mit der das Symptom erklärt werden kann.
- b) bei Vorliegen einer allgemeinen körperlichen Krankheit müssen die durch das Symptom verursachten sozialen und beruflichen Einschränkungen schwerwiegender sein als normalerweise vermutet.
- c) das Symptom ist nicht durch Drogen- oder Alkoholkonsum verursacht.

Der/ Die InterviewerIn sollte nun die Person fragen: Bei der ersten Ja-Antwort sollten die Kriterien a-c noch einmal vorgelesen werden, um sicherzustellen, dass sie die Person verstanden hatte.

- ◆ "Hatten Sie jemals eines oder mehrere der folgenden körperlichen Symptome, für die ein Arzt keine körperliche Ursache (organische Erklärung) finden konnte?"

3. Unterleibsschmerzen (außer während der Menstruation)
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

4. Übelkeit (außer im Rahmen einer Reisekrankheit, einer Schwangerschaft oder nach einer Karussellfahrt oder ähnlichem)
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

5. Erbrechen (außer während einer Schwangerschaft)
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

6. Blähungen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

7. Durchfall
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

8. Unverträglichkeit bestimmter Speisen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

9. Rückenschmerzen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

10. Gelenkschmerzen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

11. Schmerzen in den Extremitäten (Händen+ Füßen)
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

12. Schmerzen in den Geschlechtsorganen (außerhalb des Geschlechtsverkehrs)
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

13. Schmerzen beim Wasserlassen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

14. Andere Schmerzen (außer Kopfschmerzen)
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

15. Kurzatmigkeit (außer nach einer Anstrengung)
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

16. Starkes Herzklopfen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
17. Brustschmerzen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
18. Schwindel/ Benommenheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
- 19. Schluckbeschwerden**
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
20. Verlust der Stimme/ psychogene Stummheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
21. Taubheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
22. Doppelbilder Sehen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
23. Verschwommenes Sehen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
24. Blindheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
25. Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
- 26. Amnesie (Erinnerungslücken/ Filmriss)**
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
27. Anfall oder Krampf
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
28. Gehbeschwerden
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
29. Lähmung oder Muskelschwäche
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
30. Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

31. Sexuelle Gleichgültigkeit/ Wochen oder Monate ohne sexuelles Bedürfnis
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

32. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

*Wenn die Person ein Mann ist, Frage 33 und dann Frage 38;
wenn es sich um eine Frau handelt, geht es bei Frage 34 weiter.*

33. Erektionsschwierigkeiten/ Impotenz
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

34. Unregelmäßige Regelblutung
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

35. Schmerzhaftes Regelblutung
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

36. Stark verstärkte Regelblutung
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

37. Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

38. Hatten Sie vor Ihrem 30. Lebensjahr über mehrere Jahre hinweg viele körperliche Beschwerden, die Sie veranlassten, einen Arzt aufzusuchen oder die zu beruflichen oder sozialen Beeinträchtigungen führten?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

39. Wurden die von Ihnen genannten Symptome von Ihnen bewusst herbeigeführt?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

II. Substanzabhängigkeit

40. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben ein Alkoholproblem?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

41. Haben Sie jemals illegale Drogen exzessiv über eine längere Zeit eingenommen?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

42. Haben Sie sich jemals Drogen intravenös gespritzt?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

43. Waren Sie wegen eines Drogen- oder Alkoholproblems jemals in Behandlung?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

III. Psychiatrische Vergangenheit

44. Waren Sie jemals wegen eines emotionalen Problems oder einer psychischen Störung in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

45. Wissen Sie, ob, und wenn ja, welche psychiatrischen Diagnosen Ihnen in der Vergangenheit gestellt worden sind?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

"Bei "nein" weiter mit Frage 48

46. Sind bei Ihnen jemals folgende Störungen diagnostiziert worden:
a) Depression ()
b) Manie ()
c) Schizophrenie ()
d) Angststörung ()
e) andere psychische Störungen (welche?) _____ ()
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

Wenn die Person bei Frage 46e keine Diagnose angeben möchte, weiter mit 48.

47. Wenn die Person bei Frage 46e Angaben machte, waren darunter einige der nachfolgenden?
a) dissoziative Amnesie ()
b) dissoziative Fugue ()
c) dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung) ()
d) Depersonalisationsstörung ()
e) nicht näher bezeichnete dissoziative Störung ()
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

48. Sind Ihnen jemals Psychopharmaka (Medikamente gegen eine psychische Störung) verschrieben worden?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

49. Ist Ihnen jemals eines der folgenden Medikamente verschrieben worden?
- a) Antipsychotika ()
- b) Antidepressiva ()
- c) Lithium ()
- d) Angstlösende Mittel (Anxiolytika) oder Schlafmittel ()
- e) andere (welche?) _____ ()
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

Bei Unsicherheit bitte Medikamentenname angeben, wenn bekannt:

50. Sind Sie jemals mit Elektrokrampftherapie, auch bekannt als Elektroschock-Therapie, behandelt worden?
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

51. Waren Sie jemals wegen emotionaler, familiärer oder psychologischer Probleme länger als 5 Stunden/ Sitzungen in Behandlung?
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

52. Wie viele TherapeutInnen (wenn überhaupt) haben Sie bisher im Lauf Ihres Lebens wegen emotionaler Probleme oder einer psychischen Erkrankung aufgesucht?
- () ()

Wenn die Person sowohl Frage 51 als auch 52 mit "nein" beantwortet hat, weiter mit Frage 54.

53. Hatten Sie jemals wegen eines emotionalen Problems oder einer psychischen Erkrankung eine Behandlung, die keine Besserung brachte?
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

IV. Episoden einer Major Depression

Ziel dieses Abschnittes ist es festzustellen, ob die Person jemals in ihrem Leben oder gerade aktuell eine schwere depressive Episode/ Major Depression Periode erlebt (hatte).

54. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Zeit mit depressiver Verstimmung, die länger als 2 Wochen andauerte und in der Sie die Zeit verstreichen ließen und sich deprimiert, traurig, hoffnungslos, verzweifelt, gedämpft oder reizbar gefühlt haben?
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person die Frage 54 mit "nein" beantwortet hat, weiter mit Frage 62.

Wenn die Person mit "ja" oder "unsicher" geantwortet hat, sollte der/die InterviewerIn fragen:

- ◆ "Haben Sie während dieser Zeit an fast jedem Tag mindestens zwei Wochen lang eines oder mehrere der folgenden Symptome verspürt?"
55. Geringer Appetit oder ein erheblicher Gewichtsverlust (ohne eine Diät zu machen) oder gesteigerter Appetit oder eine erhebliche Gewichtszunahme?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
56. Zu viel oder zu wenig schlafen?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
57. Verlangsamung im Verhalten oder im Denken, oder in einem solchen Ausmaß erregt und aufgekratzt sein, dass es für andere Personen bemerkbar war?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
58. Verlust an Interesse oder Vergnügen an gewohnten (Freizeit-)Aktivitäten, oder eine Verringerung der sexuellen Bedürfnisse?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
59. Energieverlust, Müdigkeit?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
60. Gefühle der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe oder starke und übertriebene Schuldgefühle?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
61. Mangelnde Konzentration oder Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
62. Hatten Sie jemals wiederkehrende Todes- oder Selbstmordgedanken (a),
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
- oder haben Sie jemals einen Selbstmordversuch unternommen (b)?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

- Haben Sie bei Ihrem Selbstmordversuch
- a) eine Überdosis Medikamente genommen ()
 - b) sich die Pulsadern oder andere Körperteile aufgeschnitten ()
 - c) sich Verbrennungen mit der Zigarette oder andere Selbstverletzungen zugefügt ()
 - d) ein Messer, ein Gewehr oder andere Waffen benutzt ()
 - e) versucht, sich aufzuhängen ()
 - f) oder es mit andere Methoden versucht ()
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

63. Wenn Sie eine wie oben beschriebene Episode einer Depression erlebt haben, ist sie ()
- ganz abgeklungen = 0
 - im Moment noch vorhanden, und zwar zum ersten Mal = 1
 - im Moment schon am Abklingen = 2
 - im Moment noch vorhanden und zwar zum wiederholten Male = 3
 - ungewiss = 4
 - verursacht durch einen organischen/ medizinischen Faktor = 5
- wann war sie: _____

V. Positiv-Symptome der Schizophrenie (Schneidersche Symptome ersten Ranges)

64. Haben Sie jemals etwas Folgendes erlebt? ja= 1; nein = 2; unsicher = 3
- a) Stimmen, die sich in Ihrem Kopf streiten ()
 - b) Stimmen, die Ihre Handlungen kommentieren ()
 - c) Ihre Gefühle werden von jemandem oder etwas außerhalb Ihrer selbst gemacht oder kontrolliert ()
 - d) Ihre Gedanken werden von jemandem oder etwas außerhalb Ihrer selbst gemacht oder kontrolliert ()
 - e) Ihre Handlungen werden von jemandem oder etwas außerhalb Ihrer selbst bestimmt oder kontrolliert ()
 - f) äußere Einflüsse spielen mit Ihnen oder nehmen Ihren Körper in Besitz, wie z.B. eine äußere Kraft oder Macht ()
 - g) Gedanken werden aus Ihrem Kopf entfernt ()
 - h) Sie denken Gedanken, die die eines anderen zu sein scheinen ()
 - i) Sie hören Ihre eigenen Gedanken laut ausgesprochen ()
 - j) andere Menschen können Ihre Gedanken hören als wären sie laut ausgesprochen ()
 - k) trügerische (wahnhafte) Gedanken, die sich sehr weit von der Realität entfernt haben ()

Wenn die Person bei allen Schneiderschen Symptomen mit "nein" geantwortet hat, weiter mit Frage 67, anderenfalls sollte der/ die InterviewerIn fragen:

- ◆ "Wenn Sie jemals eines oder mehrere der genannten Symptome verspürt haben, traten diese ausschließlich in einer der im Folgenden genannten Situationen auf?"

65. Traten sie nur unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol auf?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

66. Traten sie nur während einer schweren depressiven Episode (Major Depression) auf?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

VI. Trancen, Schlafwandeln und imaginäre BegleiterInnen in der Kindheit

67. Sind Sie jemals schlafgewandelt?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 67 mit nein beantwortet hat, weiter mit Frage 69.

68. Wie häufig war das ungefähr?

1-10 = 1 11-50 = 2 > 50 = 3 unsicher = 4 ()

69. Waren Sie jemals in einem tranceartigen Zustand, d.h. so abwesend oder "weggetreten", dass Sie einfach nur in die Gegend starrten und Ihr Bewusstsein dafür, was um Sie herum vorgeht und Ihr Zeitgefühl verloren haben?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 69 mit nein beantwortet hat, weiter mit Frage 71.

70. Wie häufig kam bei Ihnen eine solche Erfahrung ungefähr vor?

1-10 = 1 11-50 = 2 > 50 = 3 unsicher = 4 ()

71. Hatten Sie als Kind SpielkameradInnen, die es nur in Ihrer Vorstellung gab?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 71 mit nein beantwortet hat, weiter mit Frage 73.

72. Wie alt waren Sie, als diese SpielkameradInnen Ihrer Kindheit verschwanden?

unsicher = 0 () ()

Wenn die Person heute noch imaginative BegleiterInnen hat, schreiben Sie das aktuelle Alter ein.

VII. Gewalterfahrungen in der Kindheit

Familienstruktur:

73. Sind Sie als Kind oder Jugendliche(r) körperlich misshandelt worden?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

74. Stand die körperliche Misshandlung in direktem Zusammenhang mit
sexuellem Missbrauch?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

75. Von wem wurden Sie als Kind körperlich misshandelt?
a) Vater ()
b) Mutter ()
c) Stiefvater ()
d) Stiefmutter ()
e) Bruder ()
f) Schwester ()
g) andere männliche Verwandte ()
h) andere weibliche Verwandte ()
i) andere Männer ()
j) andere Frauen ()
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

76. Wie als waren Sie, als die körperliche Misshandlung anfang?
unsicher = 89, wenn jünger als 1 Jahr = 0 ()()

77. Wie alt waren Sie als es aufhörte?
unsicher = 89 wenn jünger als 1 Jahr = 0 ()()
wenn es noch andauert = aktuelles Lebensalter

78. Manchmal passiert es Kindern, dass sie auf Arten und Weisen
angeschaut und angefasst werden, die sie überhaupt nicht leiden
können - und ich meine damit sexuelle Übergriffe. Sind Sie als Kind
oder Jugendliche(r) sexuell missbraucht worden? Zu sexuellem
Missbrauch gehört Vergewaltigung, aber auch alle Formen
unerwünschter sexueller Berührungen oder Liebkosungen, die Sie
eventuell erlebt haben.
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 78 mit 'nein' beantwortet, weiter mit Frage 85.

*Wenn die Person mit 'ja' oder 'unsicher' antwortet, sollte der/ die InterviewerIn
folgendes vorlesen, bevor er/ sie weiter nach sexuellem Missbrauch fragt:*

- ◆ "Ich frage jetzt nach der Art und Häufigkeit der von Ihnen erlittenen sexuellen Übergriffe. Ich stelle diese intimen und direkten Fragen, um die Schwere Ihres erfahrenen Missbrauchs einschätzen zu können. Sie haben jederzeit die Freiheit, eine oder auch alle Fragen NICHT zu beantworten, d.h. Sie können mit 'ja', 'nein', 'unsicher' oder 'keine Antwort' antworten. Ist es okay, wenn ich in dem Bereich weiterfrage?"

79. Von wem sind Sie in Ihrem Leben sexuell missbraucht worden?

- a) Vater ()
- b) Mutter ()
- c) Stiefvater ()
- d) Stiefmutter ()
- e) Bruder ()
- f) Schwester ()
- g) andere männliche Verwandte ()
- h) andere weibliche Verwandte ()
- i) andere Männer ()
- j) andere Frauen ()

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 keine Antwort = 4

Wenn die Person eine Frau ist, Frage 80 auslassen, wenn sie ein Mann ist, Frage 81 auslassen.

80. Als Sie (als Mann) sexuell missbraucht worden sind, kam es dabei

- a) zu Berührungen im Genitalbereich mit der Hand ()
- b) zu anderen Arten des Streichelns ()
- c) zum Geschlechtsverkehr mit einer Frau ()
- d) zum Analverkehr durch einen Mann ()
- e) zu oralem Sex durch einen Mann ()
- f) zu oralem Sex bei einem Mann ()
- g) zu oralem Sex durch eine Frau ()
- h) zu oralem Sex bei einer Frau ()
- i) zum Analverkehr bei einem Mann oder einer Frau ()
- j) zu erzwungenem Sex mit Tieren ()
- k) zu pornographischem Photographieren oder Filmen ()
- l) anderes (bitte spezifizieren): _____ ()

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 keine Antwort = 4

81. Als Sie (als Frau) sexuell missbraucht wurden, kam es dabei
- a) zu Berührungen im Genitalbereich mit der Hand ()
 - b) zu anderen Arten des Streichelns ()
 - c) zum Geschlechtsverkehr mit einem Mann ()
 - d) zu oralem Sex durch einen Mann, wobei Sie passiv waren ()
 - e) zu oralem Sex bei einem Mann, wobei Sie aktiv waren ()
 - f) zu oralem Sex durch eine Frau, wobei Sie passiv waren ()
 - g) zu oralem Sex bei einer Frau, wobei Sie aktiv waren ()
 - h) zum Analverkehr durch einen Mann ()
 - i) zu erzwungenem Sex mit Tieren ()
 - j) zu pornographischem Photographieren und Filmen ()
 - k) anderes (bitte spezifizieren): _____ ()
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 keine Antwort = 4

82. Wie alt waren Sie, als der sexuelle Missbrauch anfang?
 unsicher = 89, wenn jünger als 1 Jahr = 0 () ()

83. Wie alt waren Sie, als es aufhörte? () ()
 unsicher = 89 wenn jünger als 1 Jahr = 0
 wenn es noch andauert = aktuelles Lebensalter

84. Wie vielen sexuellen Übergriffen waren Sie bis zum Alter von 18
 Jahren ausgesetzt? ()
 1-5 = 1 6-10 = 2 11-50 = 3 > 50 = 4 unsicher = 5

85. Wie viele sexuelle Übergriffe haben Sie nach Ihrem 18. Lebensjahr
 erlebt? ()
 1-5 = 1 6-10 = 2 11-50 = 3 > 50 = 4 unsicher = 5

VIII. Sekundäre Anzeichen einer dissoziativen Identitätsstörung

Wenn die Person Fragen 86-95 (mit Ausnahme von Frage 93) bejaht, soll sie spezifizieren, ob es gelegentlich, ziemlich oft oder oft vorkommt.

86. Haben Sie jemals festgestellt, dass Dinge aus Ihrem persönlichen
 Besitz oder aus Ihrer Wohnung verschwinden? ()
 nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

87. Haben Sie jemals bemerkt, dass es in Ihrer Wohnung Dinge gibt, von
 denen Sie nicht wissen, wo sie herkommen und wie sie dorthin
 gelangt sind? (z.B. Kleidung, Schmuck, Bücher, Möbel) ()
 nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

88. Haben Sie jemals bemerkt, dass sich Ihre Handschrift drastisch verändert oder dass Sie in ihren persönlichen Unterlagen Zettel mit Handschriften finden, die sie nicht wiedererkennen? ()

nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

89. Kommen manchmal fremde Menschen zu Ihnen und reden mit Ihnen wie mit einem(r) sehr guten Bekannten, obwohl Sie diese nicht kennen oder nur ganz vage? ()

nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

90. Erzählen Ihnen manchmal Menschen Dinge, die Sie getan oder gesagt haben sollen, an die Sie sich nicht erinnern können, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()

nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

91. Hatten Sie jemals „Leerstellen“ (Filmriss) oder Perioden mit fehlender Zeit, an die Sie sich nicht erinnern können, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()

nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

92. Haben Sie sich jemals an einem unvertrauten Platz vorgefunden, hellwach, ohne genau zu wissen, wie Sie dorthin gelangt sind und was in der vergangenen Zeit passiert ist, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()

nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

93. Gibt es nach Ihrem 5. Lebensjahr große Teile Ihrer Kindheit, an die Sie sich gar nicht erinnern? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

94. Haben Sie es jemals erlebt, dass Erinnerungen so plötzlich wiederauftauchen, dass es Sie regelrecht überschwemmt? ()

nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

95. Hatten Sie jemals längere Zeiten, in denen Sie sich unwirklich oder wie in einem Traum gefühlt haben, so als seien Sie gar nicht wirklich da, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()

nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

96. Hören Sie manchmal Stimmen, die mit Ihnen oder in Ihrem Kopf reden? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person Frage 96 mit 'nein' beantwortet, weiter mit Frage 98.

97. Wenn Sie solche Stimmen hören, scheinen Sie aus Ihrem Inneren zu kommen? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

98. Sprechen Sie jemals von sich selbst als "wir" oder "uns" (und meinen nur sich selbst)? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

99. Hatten Sie jemals das Gefühl, es befänden sich noch eine oder mehrere Personen in Ihrem Inneren? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person auf Frage 99 mit „nein“ geantwortet hat, weiter mit Frage 102.

100. Gibt es in Ihrem Inneren (mindestens) eine andere Identität, die einen eigenen Namen hat? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

101. Kommt diese "innere Person" von Zeit zu Zeit heraus und übernimmt die Kontrolle über den Körper? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

IX. Übernatürliches/ Besessenheit/ Außersinnliche Wahrnehmung/ Kulte

102. Hatten Sie jemals irgendeine Art übernatürlicher/ übersinnlicher Erfahrung? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

103. Hatten Sie jemals irgendeine außersinnliche Wahrnehmung wie

- a) Gedankenlesen oder Gedankenübertragung / mentale Telepathie ()
- b) im Wachzustand die Zukunft sehen ()
- c) Gegenstände nur mit der Kraft Ihres Geistes, Ihrer Gedanken bewegen ()
- d) im Traum die Zukunft sehen ()
- e) Deja-Vu-Erlebnisse (das Gefühl, dass das, was Ihnen gerade passiert, früher schon einmal passiert ist) ()
- f) anderes (bitte spezifizieren): _____ ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

104. Hatten Sie jemals das Gefühl, besessen zu sein
- a) einem Dämon ()
 - b) einer verstorbenen Person ()
 - c) einer lebenden Person ()
 - d) einer anderen Kraft oder Macht ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

105. Hatten Sie jemals Kontakt mit
- a) Gespenstern ()
 - b) Poltergeistern (machen Lärm oder lassen Dinge sich bewegen) ()
 - c) oder irgendeiner anderen Art von Geistern (oder Energien) ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

106. Hatten Sie jemals das Gefühl, sich an vergangene Leben oder Inkarnationen zu erinnern? ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

107. Waren Sie jemals in einen Geheimkult oder in Kult-Aktivitäten eingebunden? ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

X. Borderline Persönlichkeitsstörung

Der/ Die InterviewerIn sollte laut vorlesen:

- ◆ "Bitte beantworten Sie die nächsten neun Fragen nur dann mit 'Ja', wenn Sie meinen, dass diese Beschreibungen (wie ein Motto) auf den Großteil Ihres Lebens zutreffen. Haben Sie folgendes über längere Zeit erlebt?"

108. Impulsivität oder unberechenbares Verhalten in mindestens zwei möglicherweise selbstschädigenden Aktivitäten oder Bereichen, wie. z.B. Geldausgeben, Sexualität, Spielsucht, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“.
- ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

109. Ein Muster an instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

110.Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen). ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

111.Identitätsstörung; eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes, des Selbstbewusstseins oder der Selbstwahrnehmung ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

112.Ausgeprägte Stimmungsschwankungen; von der normalen Stimmung hin zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände eher Stunden andauern als Tage. ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

113.Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

(113a.Starkes Unwohlgefühl beim Alleinsesein oder bereits bei der Vorstellung davon, so dass man Alleinsein möglichst vermeidet oder eher depressiv dabei wird.) ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

114.Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder selbstverletzendes Verhalten. ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

115.Ständiges (chronisches) Gefühl der Leere und der Langeweile ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

116.Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste Wahnvorstellungen oder schwere dissoziative Symptome ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

(Kennen Sie es, dass Sie in Stresssituationen in der Lage sind, Dinge zu sehen oder zu hören, von denen Sie selber wissen, dass sie nicht da sind, aber Sie sehen und hören sie trotzdem?) (Gemurmel, Schatten an der Wand, Beschimpfungen)

XI. Dissoziative Amnesie

117. Haben Sie es jemals erlebt, dass Sie sich plötzlich an wichtige Tatsachen oder Ereignisse (v.a. traumatischer oder unangenehmer Art) aus Ihrem Leben nicht mehr erinnern konnten, und zwar in so großem Ausmaß, dass es mit einfacher Vergeßlichkeit nicht mehr zu erklären war? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person Frage 117 mit nein beantwortet, weiter mit Frage 120.

118. Wenn Sie so etwas schon mal erlebt haben, war diese Erinnerungslücke durch eine bekannte andere Störung oder Krankheit verursacht worden (z.B. eine Bewusstlosigkeit nach einer Alkoholvergiftung oder nach einem Gehirnschlag)? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

119. Haben diese Symptome zu erheblichen Schwierigkeiten oder Beeinträchtigungen in Ihrem Beruf oder in Ihrem sozialen Umfeld geführt? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XII. Dissoziative Fugue

120. Haben Sie jemals plötzliche und unerwartete Reisen unternommen, weg von Ihrem Zuhause oder Ihrem gewohnten Arbeitsplatz, und konnten sich dabei nicht an Ihre Vergangenheit erinnern? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

121. Waren Sie sich während solcher Zeiten Ihrer eigenen Identität unsicher oder haben Sie (ganz oder teilweise) eine andere Identität angenommen? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

122. Wenn Sie eins oder beides schon einmal erlebt haben, war diese Erinnerungslücke durch eine andere bekannte psychische Störung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder eine Krankheit verursacht (z.B. Bewusstlosigkeit nach einer Alkoholvergiftung oder nach einem Gehirnschlag)? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Bei „nein“ auf Frage 120 oder 121 (oder beide), weiter mit Frage 124

123. Haben diese Symptome zu erheblichen Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen in Ihrem Beruf oder in Ihrem sozialen Umfeld geführt? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XIII. Depersonalisationsstörung

Der/ Die InterviewerIn sollte laut vorlesen:

- ◆ "Ich werde Ihnen einige Fragen zu Gefühlen der Depersonalisation stellen. Depersonalisation bedeutet, sich unwirklich zu fühlen, sich wie in einem Traum zu fühlen, sich selbst von außerhalb des Körpers zu sehen/ wahrzunehmen und ähnliche Erfahrungen."

124.a) Hatten Sie jemals ein über längere Zeit anhaltendes, starkes Gefühl von Unwirklichkeit, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

b) Hatten Sie jemals ein so starkes Gefühl von Unwirklichkeit, dass es zu Problemen bei der Arbeit oder im Umgang mit anderen Menschen führte? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

c) Hatten Sie jemals den Eindruck, dass sich die Größe Ihrer Hände oder anderer Teile Ihres Körpers verändert hat? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

d) Haben Sie sich jemals selbst von außerhalb Ihres Körpers wahrgenommen? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person keine der Fragen 124 a-d mit 'ja' beantwortet hat, weiter mit Frage 127.

125. Waren die oben genannten Symptome durch eine andere Störung verursacht worden, wie z.B. eine Schizophrenie, Angststörung, Epilepsie, Drogen- oder Alkoholmissbrauch oder einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

126. Waren Sie in solchen Zeiten in der Lage, die Umwelt korrekt wahrzunehmen und (weiterhin) vernünftig und rational zu denken? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XIV. Dissoziative Identitätsstörung (NIMH Research Criteria.)

127. Hatten Sie jemals den Eindruck, dass es in Ihrem Inneren zwei oder mehr unterscheidbare Identitäten oder Persönlichkeitsanteile gibt, die jede jeweils eine eigene Art hat, wahrzunehmen, zu denken und sich auf sich selbst und die Umwelt zu beziehen? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person Frage 127 mit 'nein' beantwortet, weiter mit Frage 132.

128. Übernehmen mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitsanteile abwechselnd die Kontrolle über Ihr Verhalten? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

129. Haben zwei oder mehrere dieser verschiedenen Persönlichkeiten vor Zeugen an mindestens drei unterschiedlichen Gelegenheiten die Kontrolle über den Körper übernommen? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

*Der/ die InterviewerIn soll Frage 129a auf der Basis von Frage 117 selber beantworten und sie der Person **nicht** laut vorlesen.*

129a. Haben Sie es erlebt, dass sie Person in einem so starken Ausmaß nicht in der Lage war, sich an wichtige persönliche Daten zu erinnern, dass es mit normaler Vergesslichkeit nicht zu erklären ist? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

130. Ist das Problem mit diesen verschiedenen Identitäten oder Persönlichkeitsanteilen durch Substanzmissbrauch (Alkohol-Blackouts/ Drogen) oder durch eine allgemeine medizinische Erkrankung verursacht? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XV. Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DDNOS)

(Beantwortung durch InterviewerIn)

131. Die Person scheint eine dissoziative Störung zu haben, erfüllt aber nicht die Kriterien einer spezifischen dissoziativen Störung. Beispiele sind Trance-ähnliche Zustände, Derealisation ohne Depersonalisation und alle länger anhaltenden dissoziativen Zustände, die in Personen entstehen können, welche einer langen und intensiven Form zwanghafter/ gewaltsamer Überzeugungsarbeit ausgesetzt waren (Gehirnwäsche, Gedankenentzug, Indoktrinationen während einer Gefangennahme durch Terroristen oder Kultmitglieder)

()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XVI. Abschließende Frage

Beantwortung durch InterviewerIn

132. Hat die Person während des Interviews ungewöhnliche, unlogische oder idiosynkratische Gedankenverläufe geäußert?

()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Der/ die InterviewerIn sollte eine kurze abschließende Bemerkung machen, mitteilen, dass es keine weiteren Fragen mehr gibt und der Person für ihre Teilnahme danken.

- Das war die letzte Frage.
- Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, mir so viel von sich zu erzählen!

10.2.5 Auswertungsbogen des SIDDS

Um den TherapeutInnen (bei Vorliegen eines schriftlichen Einverständnisses der PatientInnen) einen Überblick über die Ergebnisse der Untersuchung zu geben, habe ich einen einseitigen Auswertungsbogen erstellt.

Auswertungsbogen für VP-_____

Datum d. Untersuchung: _____ Untersucher: _____

DDIS- Diagnosen	ja/ nein	Anz. Ja-Sympt.	Anz. S. Unsicher	Diag-Items
Somatisierungsstörung				D: 13
Drogenabhängigkeit, -missbrauch				D: 1
Alkoholabhängigkeit, -missbrauch				D: 1
(Major) Depression Episode				D: 5 G+V
Schneidersche Symptome 1. Ranges	Ges.score			11
Multiple Persönlichkeitsstörung	Ges.score			D: ab /3 + ja
MPS- NIMH-Kriterien				erste 3 .
Borderline Persönlichkeitsstörung				5
Dissoziative Amnesie				2
Dissoziative Fugue				3
Depersonalisierungsstörung				4/ 1 + org.
Atypische dissoziative Störung				1
Kopfschmerzen		Migräne		
Schlafwandeln				1
Trance-Zustände				1
Imaginative BegleiterInnen				1
Außersinnliche Wahrnehmung/ Besessenheit/ Kultaktivität/ Past Lives	Ges.score			16
Therapeutische/ ärztl. Behandlung		> 5 Stunden		V / G:
Diagnosen (welche)				
Psychopharmaka (welche)				
Anzahl TherapeutInnen	(Anzahl)	Therapie ohne Beginn - Ende	Besserung:	Anzahl Täter + Art
	ja/ nein			
Körperliche Misshandlung				
Sexueller Missbrauch				

Besonderheiten im Interview:

FDS - Wert: _____ Untersuchungsgruppe: _____

10.3. Überblick zur Differentialdiagnostik der Störungsbilder im SIDDS

10.3.1 DIS - Schizophrenie

Art der Symptome	Schizophrenie (N = 18)	DIS (N = 18)
Anzahl Symptome der SS	2,2 (2,2)	9,6 (6,3)
Anzahl Schneidersche Symptome	3,1 (2,8)	4,6 (2,4)
Anzahl BPS-Kriterien	1,7 (1,8)	3,4 (2,3)
sekundäre Anzeichen für DIS	0,9 (0,9)	9,4 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit	27,8%	88,9%
Sexuell	0	88,9%
Physisch	27,8%	66,7%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	22,2%	33,3%
mind. 1 Selbstmordversuch	33,3%	77,8%
Kopfschmerzen	38,9%	61,1%
Trance-Zustände	50%	83,3%
Schlafwandeln	5,6%	38,9%
imaginäre SpielkameradInnen in der KH	0%	38,9%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	0,8 (1,0)	3,1 (2,0)
Komorbidität (DSM-III-R):		
BPS	11,1%	27,8%
Major Depression	33,3%	61,1%
Somatisierungsstörung	0%	33,3%
Komorbidität (DSM-IV):		
BPS	0%	22,2%
Somatisierungsstörung	0%	16,7%
Anzahl SS-Symptome		
Schmerzen	0,7 (1,1)	2,6 (1,9)
Gastrointestinal	0,2 (0,4)	1,9 (1,6)
Sexual	0,5 (1,0)	1,1 (1,0)
Pseudoneurologisch	0,3 (0,6)	3,3 (2,5)
Anzahl BPS-Kriterien (DSM-IV)	1,4 (1,5)	3,3 (2,6)

Tabelle 43:

SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer Schizophrenie im Vergleich zu DIS-PatientInnen (SS= Somatisierungsstörung, KH = Kindheit).

10.3.2. DIS – Borderline-Persönlichkeitsstörung

Art der Symptome	BPS (N = 21)	DIS (N = 18)
Anzahl Symptome der SS	5,3 (3,9)	9,6 (6,3)
Anzahl Schneidersche Symptome	1,6 (2,6)	4,6 (2,4)
Anzahl BPS-Kriterien	5,1 (2,2)	3,4 (2,3)
sekundäre Anzeichen für DIS	3,2 (2,2)	9,4 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit	81%	88,9%
sexuell	71,4%	88,9%
physisch	38,1%	66,7%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	47,6%	33,3%
Mind. 1 Selbstmordversuch	85,7%	77,8%
Kopfschmerzen	66,7%	61,1%
Trance-Zustände	95,2%	83,3%
Schlafwandeln	23,8%	38,9%
imaginäre SpielkameradInnen	19%	38,9%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	2,5 (2,1)	3,1 (2,0)
Komorbidität (DSM-III-R):		
BPS	61,9%	27,8%
Major Depression	66,7%	61,1%
Somatisierungsstörung	9,5%	33,3%
Komorbidität (DSM-IV):		
BPS	52,4%	22,2%
Somatisierungsstörung	4,8%	16,7%
Anzahl SS-Symptome		
Schmerzen	1,8 (1,8)	2,6 (1,9)
Gastrointestinal	1,0 (1,1)	1,9 (1,6)
Sexual	1,1 (1,2)	1,1 (1,0)
Pseudoneurologisch	1,1 (1,3)	3,3 (2,5)
Anzahl BPS-Kriterien (DSM-IV)	4,7 (1,9)	3,3 (2,6)

Tabelle 44:

SIDDS-Profil der BPS-PatientInnen im Vergleich zu DIS-Patientinnen. (SS = Somatisierungsstörung)

10.3.3 DIS – andere dissoziative Störungen

Art der Symptome	Diss. Störung (N = 18)	DIS (N = 18)
Anzahl Symptome SS	9,6 (5,4)	9,6 (6,3)
Anzahl Schneidersche Symptome	2,3 (2,9)	4,6 (2,4)
Anzahl BPS-Kriterien	2,7 (1,8)	3,4 (2,3)
Sekundäre Anzeichen für DIS	3 (2,4)	9,4 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit		
Sexuell	72,2%	88,9%
Physisch	38,9%	66,7%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	50%	33,3%
Mind. 1 Selbstmordversuch	55,6%	77,8%
Kopfschmerzen	66,7%	61,1%
Trance-Zustände	83,3%	83,3%
Schlafwandeln	16,7%	38,9%
Imaginäre SpielkameradInnen	27,8%	38,9%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	1,5 (1,5)	3,1 (2,0)
Komorbidität (DSM-III-R):		
BPS	11,1%	27,8%
Major Depression	38,9%	61,1%
Somatisierungsstörung	33,3%	33,3%
Komorbidität (DSM-IV):		
BPS	11,1%	22,2%
Somatisierungsstörung	16,7%	16,7%
Anzahl SS-Symptome		
Schmerzen	2,5 (1,8)	2,6 (1,9)
Gastrointestinal	1,7 (1,5)	1,9 (1,6)
Sexual	1,2 (1,2)	1,1 (1,0)
Pseudoneurologisch	3,3 (2,7)	3,3 (2,5)
Anzahl BPS-Kriterien (DSM-IV)	2,7 (1,8)	3,3 (2,6)

Tabelle 45:

SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer (anderen) dissoziativen Störung im Vergleich zu DIS-Patientinnen (SS= Somatisierungsstörung).

10.3.4 DIS – Posttraumatische Belastungsstörung

Art der Symptome	PTB (N = 15)	DIS (N = 18)
Anzahl Symptome SS	8 (5,8)	9,6 (6,3)
Anzahl Schneidersche Symptome	0,3 (1,1)	4,6 (2,4)
Anzahl BPS-Kriterien	2,5 (1,8)	3,4 (2,3)
Sekundäre Anzeichen für DIS	1,4 (1,6)	9,4 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit	86,7%	88,9%
Sexuell	73,3%	88,9%
Physisch	53,3%	66,7%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	27,7%	33,3%
Mind. 1 Selbstmordversuch	46,7%	77,8%
Kopfschmerzen	93,3%	61,1%
Trance-Zustände	86,7%	83,3%
Schlafwandeln	26,7%	38,9%
Imaginäre SpielkameradInnen	26,7%	38,9%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	1,4 (1,6)	3,1 (2,0)
Komorbidität (DSM-III-R):		
BPS	13,3%	27,8%
Major Depression	73,3%	61,1%
Somatisierungsstörung	13,3%	33,3%
Komorbidität (DSM-IV):		
BPS	6,7%	22,2%
Somatisierungsstörung	6,7%	16,7%
Anzahl SS-Symptome		
Schmerzen	1,9 (1,7)	2,6 (1,9)
Gastrointestinal	1,7 (2,2)	1,9 (1,6)
Sexual	2,1 (1,5)	1,1 (1,0)
Pseudoneurologisch	1,9 (1,4)	3,3 (2,5)
Anzahl BPS-Kriterien (DSM-IV)	2,2 (1,8)	3,3 (2,6)

Tabelle 46:

SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer PTB im Vergleich zu DIS-Patientinnen (SS= Somatisierungsstörung).

10.3.5 DIS – Ess-Störungen (Anorexia Nervosa – Bulimie)

Art der Symptome	Essstörung (N = 19)	DIS (N = 18)
Anzahl Symptome der SS	3,5 (2,9)	9,6 (6,3)
Anzahl Schneidersche Symptome	0 (0,2)	4,6 (2,4)
Anzahl BPS-Kriterien	3,1 (2,2)	3,4 (2,3)
Sekundäre Anzeichen für DIS	0,7 (1,2)	9,4 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit	36,8%	88,9%
Sexuell	21,1%	88,9%
Physisch	15,8%	66,7%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	0%	33,3%
Mind. 1 Selbstmordversuch	30,8%	77,8%
Kopfschmerzen	52,6%	61,1%
Trance-Zustände	52,6%	83,3%
Schlafwandeln	15,8%	38,9%
Imaginäre SpielkameradInnen	15,8%	38,9%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	1,2 (0,9)	3,1 (2,0)
Komorbidität (DSM-III-R):		
BPS	31,6%	27,8%
Major Depression	36,8%	61,1%
Somatisierungsstörung	0%	33,3%
Komorbidität (DSM-IV):		
BPS	21,1%	22,2%
Somatisierungsstörung	0%	16,7%
Anzahl SS-Symptome		
Schmerzen	0,8 (0,9)	2,6 (1,9)
Gastrointestinal	0,9 (0,9)	1,9 (1,6)
Sexual	0,8 (1,0)	1,1 (1,0)
Pseudoneurologisch	0,6 (1,1)	3,3 (2,5)
Anzahl BPS-Kriterien (DSM-IV)	2,5 (1,9)	3,3 (2,6)

Tabelle 47:

SIDDS-Profil der essgestörten PatientInnen im Vergleich zu DIS-Patientinnen.
(SS= Somatisierungsstörung)

10.3.6 DIS – Depression

Art der Symptome	Depression (N = 21)	DIS (N = 18)
Anzahl Symptome SS	4,1 (4,5)	9,6 (6,3)
Anzahl Schneidersche Symptome	0,1 (0,5)	4,6 (2,4)
Anzahl BPS-Kriterien	1,0 (1,7)	3,4 (2,3)
sekundäre Anzeichen für DIS	1,0 (0,5)	9,4 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit	28,6%	88,9%
sexuell	28,6%	88,9%
physisch	19%	66,7%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	0%	33,3%
Mind. 1 Selbstmordversuch	33,3%	77,8%
Kopfschmerzen	42,9%	61,1%
Trance-Zustände	61,9%	83,3%
Schlafwandeln	9,5%	38,9%
imaginäre SpielkameradInnen	14,3%	38,9%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	1,0 (0,8)	3,1 (2,0)
Komorbidität (DSM-III-R):		
BPS	9,5%	27,8%
Major Depression	76,2%	61,1%
Somatisierungsstörung	4,8%	33,3%
Komorbidität (DSM-IV):		
BPS	4,8%	22,2%
Somatisierungsstörung	4,8%	16,7%
Anzahl SS-Symptome		
Schmerzen	1,1 (1,4)	2,6 (1,9)
Gastrointestinal	0,9 (1,4)	1,9 (1,6)
Sexual	1,2 (1,2)	1,1 (1,0)
Pseudoneurologisch	0,8 (1,4)	3,3 (2,5)
Anzahl BPS-Kriterien (DSM-IV)	1,0 (1,6)	3,3 (2,6)

Tabelle 48:

SIDDS-Profil der depressiven PatientInnen im Vergleich zu DIS-Patientinnen.
(SS= Somatisierungsstörung)

10.3.7 DIS – Angststörungen/ Phobien

Art der Symptome	Angststörung (N = 13)	DIS (N = 18)
Anzahl Symptome SS	4,8 (4,0)	9,6 (6,3)
Anzahl Schneidersche Symptome	0 (0)	4,6 (2,4)
Anzahl BPS-Kriterien	2,2 (1,8)	3,4 (2,3)
Sekundäre Anzeichen für DIS	0,3 (0,6)	9,4 (3,2)
Gewalterfahrungen/ Kindheit	30,8%	88,9%
Sexuell	23,1%	88,9%
Physisch	23,1%	66,7%
Alkohol- und/ oder Drogenproblem	15,4%	33,3%
Mind. 1 Selbstmordversuch	30,8%	77,8%
Kopfschmerzen	53,8%	61,1%
Trance-Zustände	30,8%	83,3%
Schlafwandeln	38,5%	38,9%
Imaginäre SpielkameradInnen	23,1%	38,9%
Anzahl außersinnlicher Erfahrungen	1,3 (1,2)	3,1 (2,0)
Komorbidität (DSM-III-R):		
BPS	7,7%	27,8%
Major Depression	30,8%	61,1%
Somatisierungsstörung	7,7%	33,3%
Komorbidität (DSM-IV):		
BPS	0%	22,2%
Somatisierungsstörung	0%	16,7%
Anzahl SS-Symptome		
Schmerzen	1,2 (1,4)	2,6 (1,9)
Gastrointestinal	1,3 (1,4)	1,9 (1,6)
Sexual	0,9 (1,3)	1,1 (1,0)
Pseudoneurologisch	1,2 (1,6)	3,3 (2,5)
Anzahl BPS-Kriterien (DSM-IV)	1,7 (1,7)	3,3 (2,6)

Tabelle 49:

SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer Phobie im Vergleich zu DIS-Patientinnen (SS= Somatisierungsstörung).

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Anzahl an Fallberichten über Personen mit einer Mehrfachen Persönlichkeit zwischen 1817 und 1980 (nach Greaves, 1980).	20
Tabelle 2	Überblick über die unterschiedliche Art der Speicherung normaler und traumatischer Erfahrungen in Amygdala und Hippocampus nach Metcalfe & Jacobs (1996).	40
Tabelle 3:	Überblick über Prävalenzzahlen zu dissoziativen Störungen in klinischen Populationen (DD = dissoziative Störung; DDnos = n.n.b. dissoziative Störungen).	79
Tabelle 4:	Mittlere DES-Werte verschiedener Stichproben aus einer Meta-Analyse (Van Ijzendorp & Schuengel, 1996).	100
Tabelle 5:	Übersicht über die Mittelwerte der DES in Untersuchungen in Deutschland.	101
Tabelle 6:	DES- und FDS-Itemnummer der DES-T mit empfohlenem Cut-Off-Wert	101
Tabelle 7:	Mittelwert und Standardabweichung (SD) des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS) und der berechneten DES-Werte bei verschiedenen klinischen Populationen in der Untersuchung von Freyberger et al. (1999) (Nr. = Nummerierung der Stichprobe, st. = stationäre, diss. = dissoziative).	103
Tabelle 8:	Mittlere DIS-Q-Werte (mit Standardabweichung) in verschiedenen klinischen Populationen (Vanderlinden et al., 1993).	104
Tabelle 9:	Übersicht über die Mittelwertsunterschiede verschiedener Populationen im QED (Riley, 1988) (n.b. = nicht bekannt).	105
Tabelle 10:	Mittlere CADDS-Werte bei verschiedenen Stichproben (SD = Standardabweichung).	113
Tabelle 11:	Anzahl an PatientInnen nach Klinik und Ort der Datenerhebung	126
Tabelle 12:	Items zur Berechnung der Mittelwerte der einzelnen Skalen und Subskalen aus dem FDS.	141
Tabelle 13:	Sensitivität des SIDDS für DIS-Diagnose.	144
Tabelle 14:	Spezifität des SIDDS für DIS-Diagnose.	144
Tabelle 15:	Spezifität des SIDDS für DIS-Verdachtsdiagnose.	145
Tabelle 16:	Sensitivität des SIDDS für die Diagnose einer dissoziativen Störung ohne DIS.	146
Tabelle 17:	Sensitivität des SIDDS für BPS-Diagnose.	146
Tabelle 18:	Sensitivität des SIDDS für die Diagnose einer Major Depression.	147
Tabelle 19:	Sensitivität des SIDDS für die aktuelle Ausprägung einer Major Depression.	147
Tabelle 20:	Dunnett-Statistik Hypothese 3: FDS-Mittelwert bei DIS.	148
Tabelle 21:	FDS-Mittelwerte/ SD bei DIS - dissoziative Störung- ohne dissoziative Störung.	149

Tabelle 22:	FDS-Mittelwerte nach Diagnosestellung dissoziative Störung im SIDDS und/oder extern.	150
Tabelle 23:	Statistik Hypothese 4: FDS-Mittelwert-dissoziative Störung.	150
Tabelle 24:	Statistik Hypothese 6: Sekundäre Anzeichen einer DIS	152
Tabelle 25:	Deskriptive Statistik zum FDS-Wert bei Trauma	153
Tabelle 26:	Dunnett-Statistik zum FDS-Wert bei Trauma	154
Tabelle 27:	Deskriptive Statistik FDS-Wert – Trauma-Verdacht inklusive	155
Tabelle 28:	Signifikanzenüberblick FDS-Wert – Gewalterfahrung in der Kindheit (** $p \leq 0,001$, * $p < 0,05$)	155
Tabelle 29:	Zusammenhang Gewalterfahrung in der Kindheit - dissoziative Störung.	156
Tabelle 30:	Zusammenhang (Verdacht auf) Gewalterfahrung- dissoziative Störung.	157
Tabelle 31:	Häufigkeitenverteilung Traumatisierung in der Kindheit je Diagnosegruppe	158
Tabelle 32:	Dunnett-Statistik Art der Traumatisierung nach Diagnosegruppe.	159
Tabelle 33:	Statistik FDS-Wert > 30 - Vorliegen einer dissoziativen Störung	160
Tabelle 34:	Statistik FDS-Wert > 30 - Vorliegen einer dissoziativen Störung im SIDDS.	160
Tabelle 35:	Deskriptive Statistik Diagnosenhäufigkeit bei DIS	161
Tabelle 36:	Statistik Signifikanzen Diagnosenhäufigkeit DIS – klinische Vergleichsgruppe	161
Tabelle 37:	Vergleich des SIDDS-Profiles der DIS-Patientinnen mit internationalen DIS-Stichproben (Diagnosenstellung nach DSM-III-R).	169
Tabelle 38:	SIDDS-Profil der DIS-PatientInnen in ergänzender DSM-IV Auswertung.	169
Tabelle 39:	Statistik FDS > 30 ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS oder extern	170
Tabelle 40:	Signifikanz-Statistik der Hochscorer im FDS ohne die Diagnose einer dissoziativen Störung in Bezug auf verschiedene SIDDS-Bereiche (SS = Somatisierungsstörung; n.p. = nicht-parametrische Verfahren).	173
Tabelle 41:	Kreuztabelle zum Vergleich der externen Diagnose einer dissoziativen Störung (ohne DIS) mit einer Zuordnung nach ICD oder DSM. (DS = dissoziative Störung, Konversion bezieht sich auf ICD-10, psychoforme Dissoziation auf DSM-IV).	177
Tabelle 42:	ICD-10 Diagnosen der PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Störung im SIDDS.	179
Tabelle 43:	SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer Schizophrenie im Vergleich zu DIS-Patientinnen (SS = Somatisierungsstörung, KH = Kindheit).	263

Tabelle 44:	SIDDS-Profil der BPS-PatientInnen im Vergleich zu DIS-Patientinnen. (SS = Somatisierungsstörung)	264
Tabelle 45:	SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer (anderen) dissoziativen Störung im Vergleich zu DIS-Patientinnen (SS = Somatisierungsstörung).	265
Tabelle 46:	SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer PTB im Vergleich zu DIS-Patientinnen (SS = Somatisierungsstörung).	266
Tabelle 47:	SIDDS-Profil der essgestörten PatientInnen im Vergleich zu DIS-Patientinnen. (SS = Somatisierungsstörung)	267
Tabelle 48:	SIDDS-Profil der depressiven PatientInnen im Vergleich zu DIS-Patientinnen. (SS = Somatisierungsstörung)	268
Tabelle 49:	SIDDS-Profil der PatientInnen mit einer Phobie im Vergleich zu DIS-Patientinnen (SS = Somatisierungsstörung).	269

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Das Kontinuum des Bewusstseins von Bewusstheit zu Dissoziation nach Braun (1988a).	27
Abbildung 2:	Das Kontinuum der dissoziativen Störungen nach Ross (1989, S.80) und Braun (1988).	28
Abbildung 3:	Der Zusammenhang von Dissoziation und Verdrängung nach Hilgard (1989, S. 5).	34
Abbildung 4:	Psychodynamische Prototypen von Abwehr nach Schneider (1994, S. 34).	36
Abbildung 5:	Das MMPI-Profil von DIS-PatientInnen aus vier Untersuchungen (Bliss, 1984a; Coons & Sterne, 1986; Coons et al., 1988; Griffin, 1989), zit. in North et al. (1993), S. 89.	107

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt zu haben.

Berlin, März 2005

(Bettina Overkamp)

Danksagung

Diese Dissertation hat einen langen Weg hinter sich, bevor sie sich vollendete.

Die Idee dazu entstand bereits 1995 nach Beendigung meiner Diplomarbeit. Begonnen hat sie 1996 mit der praktischen Unterstützung durch ein zweijähriges Forschungsstipendium der Ludwig-Maximilians-Universität. In dieser Zeit erfolgte die Datenerhebung. Die Auswertung und das Beinahe-Abschließen wurde 1998 von der ISSD - deutsche professionelle Fachstudiengruppe e.V. mit einem einmaligen Projektzuschuss gefördert.

Ich möchte mich dafür sehr herzlich bedanken. Ohne diese finanzielle Unterstützung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Pausen in der Fertigstellung der Arbeit waren durch die Geburt meiner Kinder und ab 2000 durch die Aufnahme einer Vollzeitarbeitsstelle im Kinderschutzbereich verursacht. So begleitete mich meine Dissertation treu bis ins Jahr 2005. Ich danke den vielen Menschen – und ganz besonders meinem Ehemann Karsten Gehrke -, die mich in dieser Zeit unterstützt haben, auch mein „drittes Kind“ in die Welt zu bringen. Für die Unterstützung im Methodenteil bedanke ich mich besonders bei Dr. Christoph Kraiker von der LMU München sowie bei Prof. Dr. Willi Butollo für die konkrete Hilfe bei Bedarf und für die Geduld, mich die Arbeit in meinem Tempo erschaffen zu lassen.

Von ganzen Herzen danke ich den Menschen, die ich im Rahmen dieser Untersuchung interviewte. Sie haben mir einen Blick in sehr persönliche Bereiche erlaubt und sich geduldig „ein Loch in den Bauch“ fragen lassen. Ich habe sehr viel von ihnen gelernt.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei den Klinikchefs und den TherapeutInnen der befragten Menschen, die diese Arbeit unterstützt haben, ganz besonders bei Dr. Jürgen Rimpel/ Lübben und Fr. Dr. Ingrid Olbricht/ Bad Wildungen, Dr. Arne Hofmann/ Oberursel und Sonja Schmailzl/ Windach, die vielerlei fachlichen und freundlichen Beistand geleistet haben.

Ich hoffe, dass der Inhalt der Dissertation und das Ergebnis der Untersuchung diesen großen Aufwand rechtfertigen und vor allem den Betroffenen dissoziativer Störungen zu einer besseren Diagnostik und damit zu einer besseren Behandlung verhelfen werden.

Berlin, im März 2005

Lebenslauf

Bettina Overkamp Gutenbergstr. 10 12557 Berlin
Geb.: 13.11.1967 in: Bremen, Verheiratet, 2 Kinder

SCHULLAUFBAHN UND STUDIUM

- 1974 – 1978 Grundschule an der Zielstattstraße, München
- 1978 – 1987 Dante-Gymnasium München
- SS 1988 Studium Lehramt Französisch/ Deutsch, LMU München
- WS 1988 – SS 1992 Studium der Psychologie an der JLU, Gießen;
Vordiplom SS 1990
- WS 1992 – SS 1995 Studium der Psychologie an der LMU München,
Vertiefungsfach Klinische Psychologie/ Verhaltenstherapie
Zusatzfach Familienpsychologie, Nebenfach Kunstpädagogik
Diplomarbeit bei Prof. Dr. Willi Butollo zu MPS
- WS 1995 – SS 1999 Promotionsstudium Psychologie an der LMU München
Anleitung der Dissertation durch Prof. Dr. Willi Butollo
- 1/1996 – 3/1998 Promotionsstipendium der LMU München

BERUFLICHE ENTWICKLUNG

- 5/1995 – 12/1996 Wissenschaftliche Hilfskraft an der LMU München, Abt. Klin.
und Psychologie
12/1997 – 8/1998
- 3/2000 – 5/2000 Drittmittelprojekt der LMU München, Klinische Psychologie:
Hilfesuchverhalten traumatisierter Frauen
- 6/2000 – 3/2002 Ärztliche Kinderschutzstelle im Referat für Gesundheit und
Umwelt der Landeshauptstadt München
- 3/2003 – heute Landesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Lübben,
Trauma-Ambulanz