

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universität zu Lübeck  
Direktor: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

# **Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL) Gütekriterien und explorative Datenanalyse**

Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck  
**- Aus der Medizinischen Fakultät -**

vorgelegt von  
**Nina Clasen**  
aus Buxtehude

Lübeck 2010

1. Berichtersteller: Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

2. Berichtersteller/in: .....

Tag der mündlichen Prüfung: .....

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den .....

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Theorieteil</b>	<b>1</b>
1.1	Dissoziation	1
1.1.1	Begriffsdefinition	1
1.1.2	Formen der Dissoziation	2
1.1.3	Historische Entwicklung	5
1.1.4	Konzeptualisierung	7
1.1.5	Dissoziation in den heutigen Klassifikationssystemen	8
1.1.6	Epidemiologie und Komorbidität	9
1.1.7	Ätiologie - verschiedene Erklärungsansätze	12
1.2	Dissoziation und Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	13
1.2.1	Charakteristik der BPS gemäß heutiger Klassifikationssysteme	13
1.2.2	Epidemiologie und Prognose der BPS	15
1.2.3	Therapie der BPS mit Dialektisch Behavioraler Therapie	17
1.3	Instrumente zur Messung von Dissoziation	20
1.3.1	Selbstbeurteilungsinstrumente	20
1.3.2	Fremdbeurteilungsinstrumente	23
1.4	Entwicklung der Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL)	25
1.5	Fragestellung und Ziel der Studie	26
1.6	Gütekriterien	26
1.6.1	Reliabilität	26
1.6.2	Validität	28
1.6.3	Änderungssensitivität	29
1.7	Hypothesen	30
<b>2</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>31</b>
2.1	Studiendesign und Patientenkollektiv	31
2.2	Angewandte Messinstrumente neben der DiFL	32
2.2.1	Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	32
2.2.2	Die Dissoziations-Spannungs-Skala-7 Tage (DSS-7 Tage)	32
2.2.3	Die Wessex Dissociation Scale (WDS)	33
2.2.4	Die Borderline-Symptom-Liste (BSL)	34
2.2.5	Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)	34
2.2.6	Das Beck-Angst-Inventar (BAI)	35
2.2.7	Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)	35
2.2.8	Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV - Dissoziative Störungen (SKID-D)	36
2.2.9	Global Assessment of Functioning (GAF)	37
2.3	Untersuchungsdurchführung und Messzeitpunkte	38
2.4	Datenaufbereitung und statistische Auswertung	39
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>40</b>
3.1	Demografische und klinische Daten	40
3.2	Explorative Faktorenanalyse	43
3.2.1	Item-Skalen Zuordnung	44
3.3	Reliabilität der DiFL	45
3.3.1	Reliabilität der Gesamtskala	45
3.3.2	Reliabilität der Subskalen	45
3.3.3	Itemanalyse	45
3.4	Test auf Normalverteilung	47
3.5	Validität der DiFL	48
3.5.1	Inhaltsvalidität	48

## Inhaltsverzeichnis

3.5.2	Konvergente Validität.....	48
3.5.3	Übereinstimmungsvalidität.....	49
3.6	Änderungssensitivität der DiFL.....	50
3.7	Explorative Datenanalyse.....	51
3.7.1	Korrelationen zwischen DiFL und BDI, BAI, SCL-90-R.....	51
3.7.2	Korrelation zwischen DiFL und GAF.....	52
3.7.3	Verlaufsmessungen der übrigen Instrumente.....	53
3.7.4	Wöchentliche Verlaufsmessung der DiFL-Scores.....	54
<b>4</b>	<b>Diskussion und Ausblick.....</b>	<b>55</b>
4.1	Limitationen der Ergebnisse.....	55
4.2	Diskussion der demografischen und klinischen Daten.....	57
4.3	Diskussion der explorativen Faktorenanalyse.....	58
4.4	Diskussion der Reliabilität.....	60
4.4.1	Innere Konsistenz und Split-half Reliabilität.....	60
4.4.2	Itemanalyse.....	61
4.5	Diskussion der Validität.....	62
4.5.1	Inhaltsvalidität.....	62
4.5.2	Konvergente Validität.....	62
4.5.3	Übereinstimmungsvalidität.....	64
4.6	Diskussion der Änderungssensitivität.....	65
4.7	Diskussion der explorativen Datenanalyse.....	66
4.7.1	Zusammenhang Dissoziation und Depression.....	66
4.7.2	Zusammenhang Dissoziation und Angst.....	66
4.7.3	Zusammenhang Dissoziation und psychische Symptombelastung.....	67
4.7.4	Zusammenhang Dissoziation und Somatisierung.....	67
4.7.5	Zusammenhang Dissoziation und psychosoziale Funktion.....	68
4.7.6	Verlaufsmessungen der anderen Messinstrumente.....	68
4.7.7	Diskussion der wöchentlichen Messung der DiFL.....	69
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>84</b>
7.1	Gegenüberstellung der Klassifikationsmerkmale der Dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-IV.....	84
7.2	Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV (301.83).....	85
7.3	Einordnung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (F 60.31) in die emotional instabile Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10.....	86
7.4	Die Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL).....	87
7.5	Abkürzungsverzeichnis.....	88
7.6	Tabellenverzeichnis.....	90
7.7	Abbildungsverzeichnis.....	90
7.8	Votum der Ethikkommission.....	91
<b>8</b>	<b>Danksagungen.....</b>	<b>92</b>
<b>9</b>	<b>Lebenslauf.....</b>	<b>93</b>

# 1 Theorieteil

## 1.1 Dissoziation

### 1.1.1 Begriffsdefinition

Das Konstrukt der Dissoziation beschreibt in seiner ursprünglichen Bedeutung einen komplexen psychophysiologischen Prozess, der durch eine partielle oder vollständige Trennung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder Wahrnehmung der Umwelt gekennzeichnet ist (Freyberger et al., 1998). Dissoziation wird als Gegenteil der Assoziation betrachtet (Ross, 1989).

In der Klassifikation gemäß ICD-10 werden zusätzlich auch die pseudoneurologischen Konversionssymptome wie Kontrollverlust der Willkürmotorik sowie Integrationsstörungen von Sinneswahrnehmungen und Empfindungen, welche nicht organisch begründbar sind, mit einbezogen (siehe auch Punkt 1.1.5).

Die Dissoziation kann sich phänomenologisch sehr vielfältig äußern (Putnam, 1993; Cardena, 1994). Sie umfasst ein Spektrum, das von *normalen* psychologischen Phänomenen („Alltagsdissoziation“, z. B. in Übermüdungs- und Stresssituationen, als Tagtraum oder unreflektiertes Autofahren) über Trancezustände, die bewusst intendiert werden (Schamanismus, rituelle Tänze, Hypnose) bis hin zu den eigentlichen *psychopathologischen* „dissoziativen Störungen“ mit dem Extrem der „dissoziativen Identitätsstörung“ (früher: Multiple Persönlichkeitsstörung) reicht.

Das Ausmaß und Tempo dieser Kontrollverluste kann dabei stark schwanken. Dissoziative Störungen können entweder plötzlich oder allmählich auftreten und sowohl vorübergehend als auch chronisch verlaufen (Bernstein und Putnam, 1986; WHO, 1991; APA, 1994). Typisch für die Dissoziation ist das Fehlen einer organischen Ursache, die die Symptome erklären könnte.

### 1.1.2 Formen der Dissoziation

Der Oberbegriff Dissoziation wird für sehr unterschiedliche Krankheitsbilder verwendet, die isoliert oder kombiniert vorkommen. Es handelt sich um folgende Störungsbilder:

➤ Dissoziative Amnesie:

Die dissoziative Amnesie bezeichnet reversible Erinnerungslücken der Betroffenen bezüglich belastender oder traumatischer Lebenssituationen. Dabei ist das Ausmaß der Störung zu ausgeprägt, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

➤ Dissoziative Fugue:

Die dissoziative Fugue ist gekennzeichnet durch plötzliches unerwartetes Entfernen der betroffenen Person aus ihrer gewohnten Umgebung; verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine persönliche Lebenssituation und Vergangenheit zu erinnern. Teilweise nehmen die Betroffenen eine neue Identität an, zeigen aber nach außen hin ein unauffälliges Verhalten. Auslöser sind belastende, traumatische oder überfordernde Lebensereignisse. Nach dem Ende dieses Zustandes besteht meist eine Amnesie für diesen Zeitraum.

➤ Depersonalisation:

Unter Depersonalisation versteht man einen veränderten Bewusstseinszustand, welcher durch ein Gefühl der Fremdheit, Unwirklichkeit und Losgelöstsein vom eigenen Selbst gekennzeichnet ist (z. B. Handeln wie ein Roboter, Fühlen wie ein außenstehender Beobachter, Erleben wie im Traum, in den Spiegel sehen und sich selbst nicht erkennen, ...).

„Patienten haben das Gefühl, als ob ihr bewusstes Ich außerhalb ihres Körpers ist, gewöhnlich einen Meter über ihrem Kopf, von wo aus sie sich beobachten, als ob sie eine völlig andere Person sind.“ (Nemiah, 1989).

Des Weiteren sind Sinnesempfindungen (visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch), Körperbedürfnisse (Hunger, Durst), Gedanken, Handlungen und Gefühle gestört und werden nicht zum Selbst gehörig erlebt.

➤ Derealisation:

Bei der Derealisation handelt es sich um eine Wahrnehmungsveränderung der Umwelt. In diesem Zustand wird die äußere Welt als fremd oder unwirklich wahrgenommen. Häufig treten zusätzlich depressive und phobische sowie zwanghafte Begleiterscheinungen auf.

➤ Dissoziativer Stupor:

Der dissoziative Stupor äußert sich durch eine deutliche Reduktion bzw. das vollständige Fehlen willkürlicher Bewegungen ohne Anhalt für eine körperliche Ursache. Die Betroffenen sind bewegungslos und schweigsam. Sie zeigen keinerlei Reaktion auf Umgebungs-, Berührungs- oder Schmerzreize. Dieser Zustand kann Minuten bis Stunden, in seltenen Fällen sogar Tage bis Wochen anhalten, jeweils mit fluktuierendem Verlauf. Nach Abklingen dieser Symptomatik besteht eine totale oder partielle Amnesie.

➤ Dissoziative Krampfanfälle:

Dissoziative Krampfanfälle bezeichnen pseudo-epileptische Anfälle mit einer zeitlich begrenzten Störung der Kontrolle motorischer, sensorischer, autonomer, kognitiver, emotionaler sowie Verhaltensfunktionen. Gelegentlich treten als Aura prodromale Missempfindungen auf (Geruchsempfindungen, diffuse Angst, Herzklopfen, Ohrensausen, Atemnot, Druck im Epigastrium, Schwindel).

➤ Trancezustände/Besessenheitszustände:

Bei den Trancezuständen kommt es zu einem zeitweiligen Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Umgebungswahrnehmung. Aufmerksamkeit und Bewusstsein können nur auf ein bis zwei Aspekte der Umgebung begrenzt sein. Die Betroffenen fühlen sich von einer anderen Persönlichkeit oder Kraft „beherrscht“, sodass es zu unfreiwilligen und ungewollten, die alltäglichen Aktivitäten unterbrechenden Zuständen kommt.

➤ Dissoziative Bewegungsstörungen:

Es zeigt sich eine partielle oder totale Bewegungsunfähigkeit einer oder mehrerer Körperpartien mit resultierender Lähmung, Ataxie, Abasie, Astasie, übertriebenem Zittern, Apraxie, Akinesie, Dyskinesie, Aphonie, Dysphonie, Dysarthrie.

➤ Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen:

Hierbei treten Anästhesien, Hypästhesien, Parästhesien, Sehstörungen, Hörstörungen, Anosmie und ähnliche Gefühlsstörungen auf.

➤ Ganser-Syndrom:

Bei dem Ganser-Syndrom handelt sich um ein seltenes komplexes Störungsbild, das durch „Vorbeireden“ und „Vorbeiantworten“ des Betroffenen im Gespräch charakterisiert ist.

➤ Dissoziative Identitätsstörung DIS (früher: Multiple Persönlichkeitsstörung MPS):

Diese ist die schwerste Ausprägungsform der Dissoziation mit dem Hauptmerkmal des Vorhandenseins von mindestens zwei unterscheidbaren Teilidentitäten, die wechselweise Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen, verbunden mit dissoziativen Amnesien.

➤ Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung:

Hierzu zählen Störungen, deren vorherrschendes Merkmal zwar ein dissoziatives Symptom ist, die jedoch nicht die Kriterien einer spezifischen dissoziativen Störung erfüllen.

### 1.1.3 Historische Entwicklung

Die Entwicklung des Dissoziationskonzeptes ist historisch und inhaltlich eng mit der Geschichte der Hysterie verknüpft (Garcia, 1990; Kihlstrom et al., 1994; Spitzer et al., 1996). Der Begriff Hysterie stammt aus den ersten vorwissenschaftlichen Modellvorstellungen der Ägypter, die als Ursache der Dissoziation ein Umherschweifen der Gebärmutter (ägyptisch: „hysteron“) vermuteten (Veith, 1965; Mentzos, 1986).

Die wissenschaftliche Ära begann in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in der Neurologie. Der französische Nervenarzt Briquet versuchte bereits 1859 die vielfältigen hysterischen Symptome in seiner „Traité de L ‘Hystérie“ phänomenologisch einzuordnen, allerdings ohne wesentliche Erkenntnisse bezüglich der Ätiologie oder des Pathomechanismus zu erlangen (Briquet, 1859). Später wandte sich Charcot Ende des 19. Jahrhunderts der psychodynamischen Dimension der Dissoziation zu und stellte aufgrund der Entdeckung, dass sich hysterische Phänomene unter Hypnose auflösen, die These auf, dass alterierte Bewusstseinsanteile für die Pathogenese der Krankheit mitverantwortlich seien (Charcot und Richer, 1881). Die Ursache dieser Erkrankung sah er aber trotzdem noch im organischen Bereich - als eine hereditäre Übererregbarkeit neuromuskulärer Strukturen (Wölk, 1992).

Einen bedeutenden Einfluss hatte der französische Psychiater Janet, der als Schüler Charcots erstmals das Grundkonzept der Dissoziation, nämlich die Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein, als entscheidenden Pathomechanismus formulierte (Janet, 1907). Demnach entziehen sich die dissoziierten Vorstellungs- und Funktionssysteme dem persönlichen Bewusstsein, bleiben aber weiterhin aktiv und beeinflussen somit unterbewusst Erlebnisse, Gedanken und Handlungen. Dieser Zustand wurde von Janet als „desaggregation“ (engl.: dissociation) bezeichnet. Außerdem vermutete Janet, dass die betroffenen Personen eine prädisponierende Konstitution („degenerescence“) besaßen, die durch auslösende Faktoren wie Stress oder Trauma zu den dissoziativen Störungen führten.

Während Janet diesen Prozess als *passive* mentale autoregulativ hypnoide Verarbeitung traumatischer Erfahrungen betrachtete, verstand Freud diesen Mechanismus als einen psychodynamischen Prozess der *aktiven* mentalen Verdrängung (Freud und Breuer, 1895; Freud, 1905). Er entfernte sich damit von der Dissoziationstheorie und stellte als zentralen Mechanismus der Hysterie die Konversion (d. h. die Umsetzung eines intrapsychischen Konflikts in ein körperliches Symptom) in den Vordergrund.

Die Theorien zur Dissoziation wurden von vielen Psychiatern und Psychologen aufgegriffen und besonders in den USA weiterentwickelt, während sie in Europa unter anderem aufgrund der Freudschen Theorie, Bleulers Arbeiten zur Schizophrenie und die Einführung der psychopharmakologischen Therapie bald in Vergessenheit gerieten (Freyberger et al., 1998).

Erst in den 90er Jahren blühte im Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungsstörungen (Spiegel und Cardena, 1991) und dem Interesse an den psychischen Auswirkungen von psychischen und körperlichen Realtraumatisierungen (Chu und Dill, 1990; Terr, 1991) das Interesse an dem Dissoziationskonzept wieder auf. Zu dieser Entwicklung trugen außerdem die Renaissance der Hypnose (Frankel, 1990; Frischholz et al., 1992), die zahlreichen Berichte über die dissoziative Identitätsstörung (Ross, 1989; Loewenstein, 1991b) sowie die Einführung standardisierter Diagnosesysteme bei.

Im Verlauf wurde das Konversionskonzept aufgelöst und der Hysteriebegriff fallen gelassen. Demgegenüber wurde das Dissoziationskonzept wiederbelebt. Die dissoziativen Störungen bestehen mittlerweile als eigene Kategorie (Fiedler und Mundt, 1996).

#### 1.1.4 Konzeptualisierung

Das Konzept der Dissoziation ist nach wie vor uneinheitlich. Es herrscht eine Uneinigkeit darüber, ob die Dissoziation eine kontinuierlich verteilte Persönlichkeitsvariable darstellt, oder ob man grundsätzlich zwei Arten der Dissoziation differenzieren sollte: eine nicht pathologische und eine pathologische Form.

➤ Dissoziation als Kontinuum:

Bei diesem Dissoziationskonzept liegen die verschiedenen Ausprägungsgrade der Dissoziation entlang eines Kontinuums, begonnen mit den leichten Alltagsdissoziationen wie z. B. Tagträumen bis hin zu den schweren psychopathologischen Varianten wie der dissoziativen Identitätsstörung (Bernstein und Putnam, 1986; Nemiah, 1988). Es konnte empirisch belegt werden, dass dissoziative Störungen auf psychischem Niveau (also Amnesie, Fugue, Trance- und Besessenheitszustände und dissoziative Identitätsstörung) eine im Schweregrad aufsteigende Psychopathologie zeigen (Bernstein und Putnam, 1986; Ross, 1989).

➤ Dissoziation als Kategorie:

Die Konzeptualisierung als Kontinuum wird in neueren Arbeiten jedoch in Frage gestellt (Putnam et al., 1996). Die Anhänger der kategorialen Hypothese (auch: typologisches Modell) sind der Ansicht, dass neben einer kontinuierlichen „nicht-pathologischen“ Dissoziation, die vor allem durch absorptiv-imaginative Erlebnisse gekennzeichnet ist, eine diskrete „pathologische“ Form existiert, welche vor allem mit Depersonalisation, Derealisation und Amnesie einhergeht (Cardena, 1994). Dies konnte teilweise schon empirisch belegt werden (Waller et al., 1996). Nach diesem Konzept wird eine strikte Trennung zwischen Dissoziation als extreme Abweichung vom Gesunden und den normalen Alltagsphänomenen vollzogen.

### 1.1.5 Dissoziation in den heutigen Klassifikationssystemen

Psychische Störungen werden entweder nach der „Internationalen Klassifizierung psychischer Störungen“, derzeit in der zehnten Revision gültig ([ICD-10]; Dilling et al., 1991), oder nach dem US-amerikanischen „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“, mittlerweile in der vierten Revision vorliegend ([DSM-IV]; Saß et al., 1996), codiert.

In den beiden Klassifikationsinstrumenten DSM-IV und ICD-10 (siehe auch Gegenüberstellung im Anhang Punkt 7.1) spiegeln sich die unterschiedlichen Entwicklungen im nordamerikanischen und europäischen Raum bezüglich des Dissoziationsverständnisses in einer uneinheitlichen Konzeptualisierung wieder.

Im DSM-IV bezieht sich die diagnostische Kategorie der dissoziativen Störungen lediglich auf dissoziative Phänomene, die sich auf der psychisch-kognitiven Ebene abspielen. Pseudoneurologische Körpersymptome werden in dieser Kategorie nicht berücksichtigt, sondern stattdessen als davon abgegrenzte Konversionsstörungen unter den somatoformen Störungen aufgelistet.

Im Gegensatz dazu weitet die ICD-10 das Merkmal der Dissoziation auf die neurophysiologischen Funktionsstörungen der Sensorik, Sensibilität und Motorik aus. Diese pseudoneurologischen Körpersymptome gehören somit zu derselben diagnostischen Gruppe. Entsprechend werden die Begriffe Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen nach der ICD-10 nahezu synonym verwendet.

Viele Autoren sehen in dieser Annäherung der Termini einen sinnvollen Fortschritt, da man mittlerweile von einem „integrierenden und basalen Pathomechanismus“ dieser beiden Störungen ausgeht (Nemiah, 1988; Hoffmann und Hochapfel, 1995; Freyberger und Spitzer, 1996). Dieser Zusammenhang konnte 1998 erstmals empirisch belegt werden (Freyberger et al., 1998).

Die unterschiedlichen Konzeptualisierungen erschweren einen direkten Vergleich von Studienergebnissen zwischen Ländern, bei denen die Diagnostik auf verschiedenen Klassifikationssystemen (DSM- oder ICD-Kriterien) beruht.

### 1.1.6 Epidemiologie und Komorbidität

Bis in die 80iger Jahre betrachtete man dissoziative Störungen (insbesondere DIS) als insgesamt sehr seltene Phänomene. Mit der Entwicklung von operationalisierten Messinstrumenten wurden in den 90iger Jahren zahlreiche Prävalenzstudien durchgeführt. Hierbei zeigte sich, dass dissoziative Störungen weitaus häufiger existierten, als bisher angenommen.

Die *Prävalenz* dissoziativer Störungen in der *Allgemeinbevölkerung* wird in einer Übersichtsarbeit aus Deutschland mit 1,4 – 4,6 % angegeben (Freyberger und Stieglitz, 1999). In der Niederlande/Belgien lag die Prävalenz zwischen 2,1 - 3 % (Vanderlinden et al., 1991 und 1993a). In Kanada wurde eine Prävalenz von 5 - 10 % (Ross et al., 1990), in den USA sogar von 10 % beschrieben (Loewenstein, 1994).

Die *Prävalenz* hinsichtlich *stationärer psychiatrischer* Patienten lag in Deutschland zwischen 4 – 8 % (Gast et al., 2001) bzw. bei 5,4 % (Spitzer et al., 2006). In anderen europäischen Ländern wurden ähnliche Werte ermittelt: in der Schweiz 5 % (Modestin et al., 1996), in den Niederlanden 8 % (Friedl und Draijer, 2000), in Norwegen ebenfalls 8 % (Knudsen et al., 1995) und in der Türkei 10 % (Tutkun et al., 1998). Hingegen wurde in Nordamerika eine deutliche höhere Prävalenz gemessen: in den USA zwischen 15 % (Saxe et al., 1993) und 30 % (Quimbi und Putnam, 1991), in Kanada 17 % (Horen et al., 1995) bzw. 21 % (Ross et al., 1991a). In Japan hingegen lag die Prävalenz lediglich bei 1,4 % (Takahashi, 1990).

In einer der neuesten Studien wurde die *Prävalenz* bei *ambulanten psychiatrischen* Patienten in den USA mit 29 % angegeben (Foote et al., 2006).

Bei Betrachtung der Prävalenzzahlen fällt die hohe Variabilität der Ergebnisse auf. Größtenteils lässt sich dies methodisch erklären. Wichtige Aspekte sind hierbei die Stichprobenszusammensetzung (insbesondere Geschlechtsverteilung, Alter, kultureller Einflüsse), die Stichprobengröße und die verwendeten Messinstrumente. Weiterhin hat das angewendete Klassifikationsinstrument (DSM oder ICD) einen Einfluss bei der Diagnosestellung.

Bei den dissoziativen Störungen wird in Deutschland eine *Geschlechtsverteilung* von 3:1 (Freyberger und Stieglitz, 1999) bis 9:1 (Saß et al., 1996) zugunsten der Frauen angegeben.

Der *Krankheitsbeginn* liegt in der Regel vor dem 30. Lebensjahr. Es wird eine Abnahme der dissoziativen Krankheitsbilder mit dem höheren Alter beschrieben (Ross et al., 1989).

Dissoziative Störungen zeigen einen starken *Zusammenhang* mit Missbrauch und Trauma in der Vergangenheit (z. B. Chu und Dill, 1990; Goff et al., 1991; Kluff, 1991; Ross et al., 1991b; Spiegel, 1991; Saxe et al., 1993; Coons, 1994; Van der Kolk et al., 1991 und 1996).

Neben einer signifikanten *Komorbidität* mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (z. B. Horevitz und Braun, 1984; Ross et al., 1989; Boon und Draijer, 1991; Saxe et al., 1993; Shearer, 1994; Ellason et al., 1996; Dell, 1998) werden auch enge Assoziationen zu weiteren Persönlichkeitsstörungen (Achse-II-Störungen) angegeben (z. B. Modestin et al., 1996; Cardena und Spiegel, 1996; Ellason et al., 1996; Dell, 1998, Fiedler, 1999). Einen Überblick der Komorbiditäten gibt Tabelle 1.

Tabelle 1: Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei dissoziativen Störungen

<b>Achse-II-Störung</b>	Horevitz und Braun, 1984	Ross et al., 1989	Saxe et al., 1993	Ellason et al., 1996	Dell, 1998
BPS	70 %	63,3 %	71 %	56,3 %	53 %
Ängstlich-vermeidend				48,5 %	76 %
Selbstentwertend				46,6 %	68 %
Paranoid				43,7 %	
Dependent				39,8 %	
Zwanghaft				35,9 %	
Dissozial				23,3 %	
Passiv-aggressiv				12,6 %	45 %
Narzisstisch				12,6 %	
Histrionisch				8,7 %	
Schizoid				5,8 %	

Des Weiteren scheinen auch Achse-I-Störungen wie Angststörungen, Depressionen, Substanzabusus, somatoforme Störungen, Essstörungen und sexuelle Störungen gehäuft in Verbindung mit dissoziativen Störungen aufzutreten (Saxe et al., 1993; Allen und Smith, 1993, Ellason et al., 1996). Tabelle 2 zeigt eine Übersicht.

Tabelle 2: Häufigkeit von Achse-I-Störungen bei dissoziativen Störungen

<b>Achse-I-Störung</b>	Saxe et al., 1993	Ellason et al., 1996
Major Depression	93 %	98,1 %
Psychotische Störungen		74,3 %
Angststörungen		89,7 %
Substanzabusus	64 %	65,4 %
PTSD	90 %	
Essstörungen		38,3 %
Somatoforme Störungen		43,9 %

In der Studie von Saxe et al. wurden 110 stationäre psychiatrische Patienten mit diagnostizierter dissoziativer Störung auf Komorbiditäten im Bereich der Achse-I-Störungen untersucht. Bei 93 % fand sich eine Major Depression, bei 90 % eine posttraumatische Belastungsstörung und bei 64 % ein Substanzabusus.

Ellason et al. untersuchten eine klinische Stichprobe von 135 Patienten mit einer dissoziativen Identitätsstörung bezüglich der Komorbiditäten von Achse-I-Störungen mit dem Ergebnis von sehr hohen Prozentsätzen bei Depressionen und Angststörungen.

### 1.1.7 Ätiologie - verschiedene Erklärungsansätze

*Psychoanalytische Konzepte* gehen von einer aktiven Verdrängung und Abwehr inakzeptabler Erfahrungen aus. Gefühle und Erfahrungen, die der Betroffene nicht in sein Selbstbild integrieren kann, werden abgespalten. Die Psyche versucht, sich mit dieser Strategie selbst zu schützen (Freud und Breuer, 1895; Freud, 1905).

*Verhaltenstherapeutische Konzepte* nehmen an, dass unterschiedliche Faktoren bestimmte Menschen für diese Störungen anfällig machen. Hierzu zählen eine genetische Disposition, eine erhöhte Suggestibilität und frühe traumatisierende Erfahrungen wie Deprivation, Gewalt und sexueller Missbrauch. Ist der Betroffene wiederholtem Stress ausgesetzt, so etabliert sich im Laufe der Zeit ein Mechanismus, der automatisch abläuft und nicht mehr auf konkrete psychosoziale Belastungen als Auslöser angewiesen ist (Überblick: Wagner und Linehan, 1998; Freyberger und Stieglitz, 1999). Dieses *posttraumatische Modell* wird von manchen Autoren in Frage gestellt, da nur ein vergleichsweise geringer Prozentsatz von Menschen mit traumatischen Kindheitserlebnissen schwere und dauerhafte dissoziative Symptome entwickelt (Rind et al., 1998; McNally et al., 2000).

Das *neurobiologische Modell* führt zu anhaltenden Störungen der Gehirnfunktion. Gehäufte Stresserfahrungen in der Kindheit schädigen über einen erhöhten Glukokortikoidspiegel den Hippocampus sowie über einen erhöhten Katecholaminspiegel den orbitalen Cortex präfrontalis. Die Störung des Hippocampus verschlechtert das Kurzzeitgedächtnis und bewirkt über eine gestörte dynamisch-assoziative Verknüpfung von Erlebnisinhalten die Dissoziation. Durch die Fehlfunktion des orbitalen präfrontalen Kortex kommt es zu einer anhaltenden Stressvulnerabilität aufgrund einer gestörten kognitiven Stressbewältigung (Überblick Brown, 1994; Diseth, 2005).

Weiterhin wurde entdeckt, dass eine epileptischen Anfällen ähnliche Temporallappenaktivität einen wichtigen Faktor bei der Entwicklung von dissoziativen Symptomen spielt (Devinsky et al., 1989; Bob, 2003).

Außerdem werden Missbrauch *psychotroper Substanzen* (Krystal et al., 1996) sowie *genetische Faktoren* (Jang et al., 1998) als grundlegende Ursachen der Dissoziation untersucht.

## 1.2 Dissoziation und Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

In unserer Studie wurde das neue Fremdbeurteilungsinstrument DiFL anhand einer Patientenstichprobe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (im weiteren Verlauf als BPS abgekürzt) getestet. Bei der BPS stellen dissoziative Phänomene eine zentrale Bedeutung dar. Zanarini zeigte anhand einer Studie mit 290 Borderline-Patienten bei 32 % ein leichtes, bei 42 % ein moderates und bei 26 % ein hohes Level an dissoziativen Störungen (Zanarini et al., 2000). Zahlreiche andere Studien befassten sich mit dieser Thematik (z. B. Shearer 1994; Zweig-Frank et al. 1994a, b, c, d; Brodsky et al., 1995). Zum besseren Verständnis des Studienaufbaus soll in diesem Abschnitt die Charakteristik der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie die Therapie, die während unseres Messungszeitraums erfolgte, näher gebracht werden.

### 1.2.1 Charakteristik der BPS gemäß heutiger Klassifikationssysteme

#### ➤ Diagnostische Kriterien der DSM-IV:

Im amerikanischen Diagnosesystem DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association) werden die relevanten Kriterien für die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung genannt (vgl. auch Anhang Punkt 7.2). Nach diesem Klassifikationsinstrument müssen mindestens fünf der neun Kriterien für die Diagnosestellung BPS erfüllt sein (Saß et al., 1996). Borderline-Patienten neigen dazu, ein Muster instabiler, aber intensiver Beziehungen herzustellen. Dabei versuchen sie verzweifelt, ein tatsächliches oder fantasiertes Verlassen werden zu vermeiden. Neben einem gestörten Selbstbild sind sie durch ein stark impulsives Verhalten gekennzeichnet, das oftmals zu selbstschädigenden Handlungen wie z. B. Substanzmissbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtslosem Autofahren, unüberlegtem Geldausgeben, Promiskuität und „Fressanfällen“ führt. Ein weiteres Merkmal sind rezidivierende Suizidversuche oder -androhungen sowie Selbstverletzungen z. B. in Form von Schneiden oder Verbrennen. Typischerweise leiden Borderline-Patienten unter starken Stimmungsschwankungen, bei denen Dysphorie, Gereiztheit, Angst und depressive Episoden im Vordergrund stehen. Diese können zu unkontrollierten Wutanfällen bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen führen und damit Tendenzen eines dissozialen Verhaltens aufzeigen. Als besonders quälend

erleben die Patienten ein chronisches Gefühl der inneren Leere. Ein letztes Merkmal des DSM-IV beschreibt mögliche paranoide Vorstellungen sowie dissoziative Zustände, die unter Belastung auftreten können.

Im Jahre 1980 wurde die BPS erstmals als eigenständige Diagnose in das damalige DSM-III als Achse-II-Störung aufgenommen. Wegbereitend waren hier die herausgearbeiteten Grundzüge von Gunderson und Kernberg (Kernberg, 1967; Kernberg, 1975; Gunderson und Singer, 1975; Gunderson und Kolb, 1978). Einen weiteren entscheidenden Beitrag leisteten die Analysen von Spitzer, die die wichtige Abgrenzung zwischen BPS und schizotypischer Persönlichkeitsstörung herausfilterte (Spitzer et al., 1979).

➤ Diagnostische Kriterien der ICD-10:

Die BPS wurde erst im Jahre 1991 Teil der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1991a) (siehe auch Anhang Punkt 7.3). Sie wird als Unterkategorie der „Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ (F60.3) aufgeführt: „Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, voranzuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen. Dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert und behindert werden“ (Dilling et al., 1994). Neben dem sogenannten „*Impulsiven Typus*“ (F60.30) („...mangelnde Impulskontrolle, Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten, vor allem bei Kritik durch andere.“) wird der „*Borderline Typus*“ (F60.31) unterschieden: „Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und ‚innere Präferenzen‘ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).“ Während der „*Borderline Typus*“ seine Impulse in hohem Maße gegen die eigene Person richtet, was häufig in autoaggressivem Verhalten endet, projiziert der „*Impulsive Typus*“ seine Impulse eher nach außen, was sich in der

Tendenz zu aggressivem Verhalten gegen andere Menschen oder Gegenstände bemerkbar machen kann. Um die Diagnose BPS gemäß ICD-10 stellen zu können, müssen mindestens drei Kriterien des „*Impulsiven Typus*“ und zusätzlich mindestens zwei Merkmale des „*Borderline Typus*“ erfüllt sein.

➤ Vergleich DSM-IV und ICD-10:

Die beiden Diagnoseinstrumente ICD-10 und DSM-IV zeigen in ihrer phänomenologischen, deskriptiven Sichtweise eine starke Kongruenz. Allerdings fällt auf, dass die paranoiden und dissoziativen Symptome im Gegensatz zum DSM-IV in der ICD-10 nicht berücksichtigt werden. Der „*Impulsive Typus*“ der ICD-10 entspricht im DSM-IV einer Unterform der „intermittierenden explosiven Störung“ und wird dort den Achse-I-Störungen der Impulskontrolle zugeordnet (Fiedler, 1995). Trotz der noch bestehenden Unterschiede zwischen den beiden Systemen ist aber von einer weitgehend einheitlichen Störungsbeschreibung auszugehen (Dilling et al., 1991).

### 1.2.2 Epidemiologie und Prognose der BPS

Die wissenschaftlichen Angaben bezüglich der *Prävalenz* der BPS in der *Allgemeinbevölkerung* variieren in den USA von 0,2 % (Weissman und Myers, 1980) bis 1,8 % (Swartz et al., 1990). In einer Übersichtsarbeit in den USA wurde eine Prävalenz von 1 - 1,5 % angegeben (Widiger und Weissman, 1991). Ausgehend von den DSM-IV-Kriterien leiden etwa 2 % der Normalbevölkerung unter der Borderline-Erkrankung (APA, 2000).

Die *Prävalenz* in psychiatrischen Institutionen liegt zwischen 8 und 10 % im *ambulantem* (Widiger und Sanderson, 1997; APA, 2000; Bjorklund, 2006) und zwischen 15 - 20 % im *stationären* Bereich (Widiger und Weissman, 1991; APA, 2000). Allerdings nimmt die BPS nach allgemeiner Ansicht sowohl nach Häufigkeit als auch Schweregrad in den letzten Jahren zu.

Auffällig ist der hohe Anteil des weiblichen *Geschlechts* unter den Borderline-Patienten, der mit 70 bis 76 % beschrieben wird (Widiger und Weissman, 1991; APA, 2000). Einige Autoren weisen jedoch auf mögliche Verzerrungen hin, da Männer sich zum Einen seltener als Frauen in psychiatrische Behandlung

begeben (Skodol und Bender, 2003) und zum Anderen aufgrund ihres impulsiven Verhaltens und körperlichen Übergriffen vermehrt ins Gefängnis anstatt in eine psychiatrische Institution eingewiesen werden (Bohus, 1998). Zudem betrifft der sexuelle Missbrauch bzw. die körperliche Misshandlung als vermuteter Auslöser der Borderline-Störung weitaus häufiger Frauen (Stone, 1990).

Das *durchschnittliche Alter* der Borderline Patienten beträgt laut einer Übersichtsarbeit zwischen 18,2 und 30 Jahren (Akhtar et al., 1986). In einer Langzeitstudie wurde gezeigt, dass die Symptome der BPS im höheren Lebensalter (zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr) deutlich abnehmen (Paris, 2002).

Die *Prognose der BPS* wird trotz zahlreicher Therapieansätze aus dem psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen sowie (psycho-)pharmakologischen Bereich pessimistisch eingeschätzt. Dies liegt neben der häufigen Persistenz dieser psychopathologischen Störungen (Bohus und Berger, 1996) und den hohen Raten an Therapieabbrüchen, auch an der starken Komorbidität mit anderen Achse-II-Persönlichkeitsstörungen (Zanarini et al., 1998a) und Achse-I-Störungen wie depressiven oder bipolaren Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen und somatoformen Störungen (Zimmerman und Mattia, 1999).

Des Weiteren konnte in mehreren Studien eine starke Assoziation zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) nachgewiesen werden (Zanarini et al., 1998b; Spitzer et al., 2000; Hartkamp et al., 2002).

Nicht zu vernachlässigen ist zudem die hohe Suizidrate bei Borderline-Patienten, die in der Literatur zwischen 5 und 10 % angegeben wird (Stone, 1993; Paris, 1993).

In einer Literaturübersicht bezüglich des Verlaufs von Borderline-Störungen wurden Substanzmissbrauch, komorbide dissoziale und schizotypische Persönlichkeitszüge, chronische Feindseligkeit und affektive Instabilität mit depressiven und ängstlichen Symptomen als ungünstige Prognosefaktoren herausgearbeitet (Rothenhäusler und Kapfhammer, 1999). Demgegenüber zeigten sich in dieser Arbeit hohe Intelligenz, außergewöhnliche Talente, hohe körperliche Attraktivität, ein liebenswürdiges Wesen sowie regelmäßige Besuche der Anonymen Alkoholiker als günstige prognostische Faktoren.

### 1.2.3 Therapie der BPS mit Dialektisch Behavioraler Therapie

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993) ist ein von der amerikanischen Psychologieprofessorin und Klinikleiterin Marsha M. Linehan entwickeltes Therapiemodell zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es entstand auf der Basis der Verhaltenstherapie und diente initial zur ambulanten Behandlung chronisch suizidaler Frauen.

Im Sinne der DBT analysiert die *Dialektik* scheinbare Gegensätze in der Welt des Patienten, um sie aufzulösen und schrittweise zu integrieren. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, eine Balance zu finden, zwischen Strategien des Verstehens und Wertschätzens eines Problems sowie dessen Veränderung. Die *behaviorale* Komponente der Therapie setzt konkret am Verhalten der Patienten an.

Neben umfangreichen verhaltenstherapeutischen Behandlungsinterventionen stellen zudem Elemente von humanistischen und körperorientierten Therapieformen, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Betrachtungsweisen und Übungen aus dem Zen-Buddhismus weitere wichtige Bausteine der DBT dar.

Gemäß Linehan hat die DBT bei der Gruppe der BPS folgende Angriffspunkte: Emotionale Vulnerabilität, emotionale Dysregulation, Negation des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns, unvermeidliche Krisen, Blockierung von Trauer, aktive Passivität und Pseudokompetenz. Ursächlich wird zum Einen die genetische Prädisposition angesehen und zum Anderen das Aufwachsen in einer invalidisierenden Umgebung, die dem Kind eine Entwicklung von Emotionen unmöglich macht. Borderline-Patienten leiden an einer erhöhten Sensitivität für emotionsauslösende Reize, die Intensität der emotionalen Reaktionen ist verstärkt und die Affekte klingen verzögert wieder ab (Hyperarousal). Zudem liegt eine vornehmlich psychosozial bedingte Störung der Kommunikation vor (unzureichende Verbalisierung, Klärung interpersoneller Interaktionen). Diese emotionale Instabilität mit erhöhter Dekompensationsbereitschaft und Ressourcenverengung führt in unterschiedlicher Ausprägung zu undifferenzierten, für die Patienten unerträglichen, exzessiven emotionalen Erregungszuständen, die wiederum nur durch Selbstverletzung unterbrochen werden können. In Konsequenz dessen versucht die DBT den Patienten ein Instrumentarium zur Bewältigung zu vermitteln.

Die DBT hat in bisher vorliegenden prospektiven randomisierten Therapievergleichsstudien deutlich positivere Behandlungsverläufe und überzeugendere Therapieerfolge gegenüber den konventionellen verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Ansätzen gezeigt. Die Frequenz von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten nimmt deutlich ab, die Häufigkeit von Therapieabbrüchen und Therapeutenwechseln wird reduziert, die Anzahl der stationären Behandlungstage pro Jahr verringert sich und die Behandlungskosten pro Patient und Jahr nehmen ab (Bohus und Berger, 1996; Linehan, 1999a, b; Linehan und Heard, 1999). Ebenso zeigte sich eine Überlegenheit bezüglich der sozialen und beruflichen Integration (zusammenfassend Linehan et al., 1993; Bohus und Berger, 1996; kritisch dazu Dammann et al., 2000).

Bei der DBT handelt sich um ein hochstrukturiertes Therapieverfahren, das sich aus den vier Bausteinen Einzeltherapie, Gruppentherapie, Telefonkontakt im Notfall und Intervision der Therapeuten zusammensetzt.

In der *Einzeltherapie* werden die Problembereiche hierarchisch im Sinne der Dringlichkeit geordnet. Vorrangig stehen suizidales und parasuizidales Verhalten, gefolgt von Therapie-gefährdendem Verhalten, Beeinträchtigungen der Lebensqualität und mangelnde Verhaltensfertigkeiten. Voraussetzung ist eine tragfähige therapeutische Beziehung. Der Therapeut unterstützt die Patienten bei der Entwicklung von Selbstdisziplin, Wertschätzung erreichter Fähigkeiten und Setzen von angemessenen Grenzen. Zu Beginn der Therapie wird ein sogenanntes „Commitment“ geschlossen. Dabei verpflichten sich die Patienten zur Mitarbeit sowie Einhaltung von Regeln und Abmachungen; der Therapeut verpflichtet sich zur bestmöglichen Hilfestellung.

In der *Gruppentherapie* liegt der Schwerpunkt auf dem Erlernen von Fertigkeiten. Hierbei stehen innere Achtsamkeit, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Umgang mit Gefühlen, Stresstoleranz und -bewältigung mit Skills im Vordergrund.

Patienten können in suizidalen Krisen, oder bevor sie sich selbst verletzen, ihre *Therapeuten anrufen*.

Eine regelmäßige *Intervision* der verschiedenen Einzel- und Gruppen-Therapeuten dient zum Austausch und Beratung über die gemeinsamen Patienten.

➤ Adaptation der DBT gemäß dem Lübecker Konzept:

An der Psychiatrischen Klinik der Universität zu Lübeck wurde die DBT derartig adaptiert, dass *Essstörungen* in der Hierarchie als gleichrangig neben (para)suizidalem Verhaltensweisen gewertet werden (Sipos und Schweiger, 2005). Dies resultierte aus der Feststellung einer gegenseitigen Beeinflussung zwischen Essstörungen und BPS, die sich für den Therapieerfolg als hinderlich erwies: Während bei Patienten, die eine herkömmliche DBT erhielten, eine Reduktion der Suizidalität mit einem Anstieg von Störungen des Essverhaltens korrelierte, verzeichnete man bei Patienten, die einer herkömmlichen kognitiv-behavioralen Therapie der Essstörung unterlagen, eine Zunahme suizidaler Verhaltensweisen. Die beschriebenen Veränderungen sind im Rahmen einer spannungsreduzierenden Funktion zu erklären, verhindern aber den Einsatz alternativer Skills, die im Fertigkeitstraining erlernt werden.

Eine weitere Veränderung dieses Modells liegt darin, dass *dissoziative Symptome* - je nach Relevanz der Therapiebeeinflussung - ebenfalls eine bedeutende Stellung in der Hierarchie der Problembewältigung einnehmen. Einen Schwerpunkt der DBT hat dann die Vermittlung akuter antidissoziativer Fertigkeiten.

Im Detail sieht die Therapie folgendermaßen aus: Die Gruppentherapie findet dreimal pro Woche statt, die Einzeltherapie einmal pro Woche. Patienten mit einer zusätzlichen Essstörung nehmen die Hauptmahlzeiten in der „Tischgruppe“ ein und erhalten zudem einmal pro Woche eine psychoedukative Gruppentherapie (Essgruppe). Die Anwendung erlernter Skills wird durch ein Bezugspflegesystem unterstützt. Zudem werden Ergotherapie, Selbstverteidigungs-Übungen und stationsspezifische Aktivitäten angeboten. Eine individuelle Beratung und Unterstützung durch einen Sozialarbeiter gewährleistet eine Reintegration im Anschluss an die stationäre Therapie.

### 1.3 Instrumente zur Messung von Dissoziation

Die Renaissance des Dissoziationskonzepts spiegelt sich in einer Vielzahl psychometrischer Verfahren zur Erfassung dissoziativer Symptome wider. Dabei sind sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente für klinische und wissenschaftliche Fragestellungen entwickelt worden. Diese stammen überwiegend aus dem nordamerikanischen Raum und orientieren sich somit an den DSM-Kriterien.

#### 1.3.1 Selbstbeurteilungsinstrumente

Bei den Selbstmessungsverfahren beurteilen die Probanden/Patienten eigenständig die abgefragten dissoziativen Symptome.

➤ DES/FDS:

Als wichtigstes und meist angewendetes Selbstbeurteilungsinstrument hat sich die *Dissociative Experiences Scale* (DES) etabliert (Bernstein und Putnam, 1986). Sie wurde bereits in vielen Studien eingesetzt und testtheoretisch umfassend überprüft (Übersicht in Carlson und Putnam, 1993). Mittlerweile wird die benutzerfreundlichere Version (DES-II) angewendet (Carlson und Putnam, 1993). Die DES-II besteht aus 28 Fragen, in denen mittels einer 11-Punkt-Likert-Skala (0 % = nie bis 100 % = immer) nach der Häufigkeit dissoziativer Symptome in den Bereichen Gedächtnis, Kognition, Bewusstsein und Identität gemäß des DSM-IV gefragt wird. Der Erhebungszeitraum ist nicht näher definiert. Anhand des DES-Scores lassen sich verschiedene Störungsgruppen identifizieren, die von der dissoziativen Identitätsstörung mit den höchsten Werten, gefolgt von Patienten mit anderen dissoziativen Störungen, PTSD oder BPS bis zu Patienten mit Angst- oder affektiven Störungen mit den niedrigsten Werten reichen. Seit der Erstpublikation, in der bereits wesentliche teststatistische Kennwerte angegeben wurden, sind eine Reihe weiterer Untersuchungen zu den Gütekriterien durchgeführt worden, die allesamt gute bis sehr gute Ergebnisse zeigten (Übersicht bei Carlson und Putnam, 1993; Van Ijzendoor und Schuengel, 1996).

Zusätzlich zur Gesamtskala konnten drei Subskalen faktorenanalytisch extrahiert werden: Absorption/Imaginatives Erleben (9 Items), dissoziative Amnesie (8 Items), Depersonalisation/Derealisation (6 Items) (Carlson und Putnam, 1993).

Deutsche Studien konnten diese allerdings nur bedingt replizieren (Freyberger et al., 1999; Stieglitz, 2000). In den deutschsprachigen Ländern liegt mit dem *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen* (FDS) mittlerweile eine autorisierte Übersetzung und Bearbeitung der DES vor (Freyberger et al., 1998). Der FDS wird im Teil 2.2.1 genauer beschrieben.

➤ DIS-Q:

Der *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) wurde in Belgien entwickelt (Vanderlinden et al., 1993b). Er besteht aus 63 Items mit einer 5-Punkt-Likert-Skala und verfügt über gute Gütekriterien (Vanderlinden et al., 1996). Die Items können den Symptombereichen Absorption, Amnesie, Kontrollverlust und Identitätsverwirrung und -spaltung zugeordnet werden. Er befasst sich mit der Dissoziation im Rahmen von Essstörungen, ist aber nicht darauf beschränkt. Die Autoren selbst legten eine deutsche Version vor, die bisher jedoch noch nicht bezüglich ihrer Gütekriterien überprüft wurde.

➤ QED:

Der *Questionnaire of Experiences of Dissociation* (QED) umfasst 26 Items, die der Patient bzw. Proband auf einer dichotomen Skala als für ihn zutreffend oder nicht zutreffend einschätzt (Riley, 1988). Trotz einfacher Anwendung sowie minimalen Zeitaufwand hat der QED keine wesentliche empirische und diagnostische Bedeutung erlangen können (Ray und Faith, 1995; Steinberg 1996).

➤ PAS:

Die *Perceptual Alteration Scale* (PAS) mit 25 Items wurde entwickelt um Erlebnisse der fremdartigen Wahrnehmung darzustellen, die vor allem in Verbindung mit dissoziativen und Binge-Eating-Störungen stehen sollten (Sanders, 1986). Sie orientiert sich an Hilgards „Neodissoziation“ (Hilgard, 1994) und sieht die Dissoziation eher als Trait denn als State. Genaue Angaben über psychometrische Kriterien stehen bisher noch aus (Steinberg, 1996).

➤ PDEQ:

Die *Peritraumatic Dissociative Experiences Scale* (PDEQ) misst das Ausmaß der Dissoziation direkt in einer traumatischen Situation (Marmar et al., 1994). Sie besteht aus 10 Items, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala beantwortet werden. Bisher liegt diese Skala nur auf Englisch vor.

➤ SDQ-20/SDQ-5:

Da sich fast alle der genannten Verfahren an den DSM-Kriterien orientieren, werden dissoziative Körpersymptome außer im FDS nicht erfasst. Daher soll an dieser Stelle noch der *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20) erwähnt werden. Hierbei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, welche genau diese pseudoneurologischen Konversionssymptome misst (Nijenhuis et al., 1996). Da er einen anderen theoretischen Hintergrund hat, erfasst er andere Aspekte der körperlichen Dissoziation als der FDS. Der Fragebogen wurde in den Niederlanden entwickelt, besteht aus 20 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden müssen und bezieht sich dabei auf das vergangene Jahr. Für diese Skala konnte eine gute psychometrische Qualität nachgewiesen werden (Nijenhuis et al., 1996; Nijenhuis et al., 1998). Aus der ursprünglichen 20-Item-Version wurde teststatistisch eine Kurzform aus den 5 DIS-trennschärfsten Items gebildet, der SDQ-5 (Nijenhuis et al., 1997). Der SDQ-20 ist auf Deutsch übersetzt, wurde aber noch nicht in Deutschland validiert.

➤ SSD, DSS, WDS, MID:

Vier relativ neue Messinstrumente sind die *State Scale of Dissociation* ([SSD]; Krüger und Mace, 2002), die *Dissoziations-Spannungs-Skala* ([DSS]; Stiglmayr et al., 2003), die *Wessex Dissociation Scale* ([WDS]; Kennedy et al., 2004) und das *Multidimensional Inventory of Dissociation* ([MID]; Dell, 2006). Die DSS und die WDS werden unter den Punkten 2.2.2 und 2.2.3 genauer beschrieben.

### 1.3.2 Fremdbeurteilungsinstrumente

Mithilfe der Fremdbeurteilungsverfahren werden dissoziative Phänomene bei Probanden/Patienten durch außenstehende dritte Personen (Therapeuten) erfasst.

Bei den Fremdbeurteilungsinstrumenten unterscheidet man die *allgemeinen* Verfahren, die neben den dissoziativen Symptomen auch eine Vielzahl anderer psychischer Störungen erfassen, von den *speziellen* Verfahren, die ausschließlich zur Diagnostik dissoziativer Phänomene konzipiert sind.

➤ Allgemeine Verfahren:

Zu den allgemeinen Verfahren zählen das *Composite International Diagnostic Interview* ([CIDI]; WHO, 1990; Wittchen und Semler, 1991) und die *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* ([SCAN]; Wing et al., 1990; WHO, 1991b), die als standardisierte bzw. strukturierte Interviews von der WHO entwickelt wurden. Für beide liegen neben den englischen auch deutsche adaptierte Versionen vor.

Das *Diagnostische Expertensystem für Psychische Störungen* (DIA-X) wurde im deutschsprachigen Raum als ein weiteres allgemeines Verfahren eingeführt (Wittchen und Pfister, 1998).

➤ Spezifische Verfahren:

Das *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder* (SCID-D) gilt bei den dissoziativen Fremdbeurteilungsverfahren als Goldstandard und ist das am häufigsten eingesetzte Messinstrument (Steinberg et al., 1990). Es ermöglicht eine kategoriale Einteilung der Patienten anhand des Schweregrads. Eine deutsche Übersetzung liegt vor. Diese wird unter Punkt 2.2.8 ausführlich beschrieben.

Der *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS) ist ein strukturiertes Interview, welches den Schwerpunkt auf die Diagnostik von dissoziativen Phänomenen legt, jedoch zusätzlich noch wichtige Differenzialdiagnosen wie Schizophrenie, Major Depression, Störungen durch Substanzabusus und Borderline-Persönlichkeitsstörungen erfasst (Ross et al., 1989). Darüber hinaus

wird nach körperlichen Beschwerden, früheren psychischen Störungen, Symptomen 1. Ranges nach Schneider (Kluft, 1987) und kindlichem sexuellem bzw. körperlichen Missbrauch gefragt, von denen angenommen wird, dass sie in Zusammenhang mit dissoziativen Störungen stehen. Das Interview umfasst 131 Items und kann in 30 – 45 Minuten absolviert werden, wobei kein spezifisches Training erforderlich ist. Es orientiert sich an der DSM-Klassifikation. Studien bezüglich der psychometrischen Gütekriterien weisen uneinheitliche Ergebnisse auf. Für den deutschsprachigen Raum existiert eine übersetzte Version des SIDDS von Overkamp (*Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose Dissoziativer Störungen*), allerdings wurde diese bisher noch nicht veröffentlicht (Overkamp, 2005).

Als semistrukturiertes Interview wurde die *Clinical Mental Status Examination for Complex Dissociative Symptoms* entwickelt (Loewenstein, 1991a). Die erfragten 102 Symptome können in sechs Gruppen eingeteilt werden: Identitätskonfusion, Persönlichkeitswechsel, Amnesie, autohypnotische Phänomene, somatoforme und affektive Symptome sowie Merkmale der PTSD. Bisher liegen weder Gütekriterien noch eine deutsche Übersetzung vor.

Die *Clinician-Administered Dissociative State Scale* (CADSS) ist eine Mischform aus Selbst- und Fremdrating (Bremner et al., 1998). Es handelt sich hierbei um ein Instrument zur Erfassung der akuten dissoziativen Symptomatik für den angloamerikanischen Bereich. Sie ist aus 27 Items zusammengesetzt, von denen 19 Items zur Selbst- und 8 Items zur Fremdbeurteilung zählen. Die Items werden drei Subskalen zugeordnet: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation. Die psychometrischen Kennzahlen sind befriedigend bis gut (Cronbach's  $\alpha=0.94$ ; Korrelation zwischen CADSS und DES  $r=0.48$ ). Eine deutsche Übersetzung liegt bisher nicht vor.

## 1.4 Entwicklung der Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL)

Es handelt sich bei der Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL) um ein Fremdbeurteilungsinstrument, das den akuten Zustand messen soll. Dabei werden durch den Therapeuten rückblickend auf die vergangenen 7 Tage die dissoziativen Symptome der Patienten bewertet. Durch den Erhebungszeitraum einer Woche wird somit ein möglichst deckungsgleicher Bezugsrahmen mit den gängigen psychopathometrischen Skalen erreicht. Darüber hinaus gilt dieses Zeitfenster als besonders geeignet für Veränderungsmessungen (Stieglitz, 2000). Die Items wurden auf der Grundlage einer Expertenbefragung entwickelt. Hierbei wurden die Aspekte dissoziativer Zustände herausgefiltert, die für fremdbeurteilbar gehalten wurden. Dadurch entstanden 16 Items, die auf einer 6-stufigen Likert-Skala von 0 bis 5 zu beantworten sind (siehe Anlage 7.4). Der Gesamtscore der DiFL wird als Mittelwert aller Items berechnet; dementsprechend sind Werte zwischen 0 und 5 möglich. Die DiFL benötigt eine Bearbeitungszeit von annähernd 5 - 10 Minuten und ist damit ein ökonomisches und einfaches Messinstrument. Alle Items wurden 4 übergeordneten Symptomkomplexen „Reaktivität“, „Psychomotorik“, „Spontanes Verhalten“ und „Verdecktes Verhalten“ zugeordnet (siehe Tabelle 3), um zu überprüfen, ob sich die Items in Subskalen abbilden lassen.

Tabelle 3: Subskalen der DiFL mit zugehörigen Items

Symptomkomplex	Itemanzahl	Zugehörige Items
Reaktivität	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Mangelnde/Verzögerte Reaktion auf Ansprache“ (Item 1)</li> <li>• „Gestörte emotionale Reaktivität“ (Item 2)</li> <li>• „Schreckhaftigkeit“ (Item 3)</li> <li>• „Verminderte soziale Wahrnehmung“ (Item 4)</li> </ul>
Psychomotorik	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Reduzierte Bewegung“ (Item 5)</li> <li>• „Gangunsicherheit/Bewegungsstörung“ (Item 6)</li> <li>• „Stereotype Bewegungen“ (Item 7)</li> <li>• „Visuelle Fixierung/Tunnelblick“ (Item 8)</li> </ul>
Spontanes Verhalten	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Desorientierung (z. B. Verlaufen)“ (Item 9)</li> <li>• „Verminderte Gefahrwahrnehmung/Risikoverhalten“ (Item 10)</li> <li>• „Dissoziative Anfälle“ (Item 11)</li> </ul>
Verdecktes Verhalten	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Passivität (Geistige Abwesenheit/Tagträume)“ (Item 12)</li> <li>• „Dissoziative Amnesie“ (Item 13)</li> <li>• „Dissoziative Fugue“ (Item 14)</li> <li>• „Pseudohalluzinationen/Stimmen hören“ (Item 15)</li> <li>• „Flashbacks“ (Item 16)</li> </ul>

## 1.5 Fragestellung und Ziel der Studie

Trotz des enormen Interesses an dem Phänomen der Dissoziation befinden sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse noch in den Anfangsstadien. Dieses trifft vor allem für Europa zu, da der Großteil der Studien in angloamerikanischen Ländern durchgeführt wurde. In den letzten Jahrzehnten haben sich die wissenschaftlichen Untersuchungen zunehmend auf dissoziative Symptome bei Borderline-Patienten fokussiert (Shearer, 1994; Zweig-Frank et al., 1994a-d; Brodsky et al., 1995; Zanarini et al., 2000), da bei dieser Persönlichkeitsstörung gehäuft eine Assoziation mit Dissoziation vorliegt. Auch unsere Studienstichprobe besteht aus Borderline-Patienten und betrachtet deren dissoziativen Symptome. Da vor allem im deutschsprachigen Raum außer dem SKID-D keine weiteren Fremdbeurteilungsverfahren zur Verfügung stehen und dieser vom Zeitaufwand nicht zu unterschätzen ist, wurde im Vorfeld ein neues kurzes Fremdbeurteilungsinstrument entwickelt, die Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL). In dieser Arbeit geht es um die psychometrische Evaluation dieses neuen Messverfahrens mittels seiner Gütekriterien. Im Vordergrund stehen dabei die Berechnung von Reliabilität, Validität und Änderungssensitivität sowie eine explorative Datenanalyse.

## 1.6 Gütekriterien

Im Rahmen der psychometrischen Evaluation wird die DiFL hinsichtlich ihrer Gütekriterien überprüft. Dieser Abschnitt dient der Erklärung der einzelnen psychometrischen Kennwerte.

### 1.6.1 Reliabilität

Es soll gezeigt werden, dass es sich bei der DiFL um ein reliables Instrument handelt. Als Reliabilität bezeichnet man die Zuverlässigkeit einer Messmethode. Ein Test/Instrument gilt dann als reliabel, wenn bei einer Wiederholung der Messung unter denselben Bedingungen dasselbe Ergebnis herauskommt (Reproduzierbarkeit). Als Maß der Reliabilität dient der Reliabilitätskoeffizient, dessen Wert zwischen 0 und 1 liegt. Je höher der Wert, desto besser die Reliabilität. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Reliabilität zu berechnen:

- 
- Paralleltest-Reliabilität: Neben dem zu testenden Instrument erhalten die Probanden einen zweiten vergleichbaren Test (Paralleltest). Die Ergebnisse beider Tests werden korreliert.
  
  - Retest-Reliabilität: Berechnung der Reliabilität durch Messwiederholung. Derselbe Test wird einer Stichprobe zweimal vorgelegt. Die beiden Ergebnisreihen werden korreliert. Diese Methode setzt voraus, dass das Verhaltensmerkmal, das gemessen wird ein Trait (= stabiler Zustand) und somit nicht veränderlich ist.
  
  - Innere Konsistenz: Diese Methode ergibt die genaueste Reliabilitätsmessung, da sie von den Bedingungen der Testdurchführung unabhängig ist. Zur Berechnung der inneren Konsistenz gibt es wiederum zwei unterschiedliche Methoden:
    - Split-half-Methode: Bei der Testhalbierungsmethode wird der Test den Probanden einmal vorgelegt. Anschließend werden die Elemente des Tests (Items) in zwei gleichwertige Hälften geteilt. Das Testergebnis eines Probanden wird für jede Testhälfte gesondert berechnet und diese beiden Teilergebnisse dann miteinander korreliert.
  
    - Konsistenzanalyse: Die Konsistenzanalyse geht davon aus, dass ein Test nicht nur in zwei vergleichbare Hälften unterteilt werden kann, sondern in mehrere äquivalente Teile, also in maximal so viele Teile, wie Items bestehen. Die Reliabilität wird auf indirektem Wege ermittelt, indem man bestimmte Testelemente berechnet (z. B. Itemschwierigkeit, Itemstreuungen, Itemtrennschärfen,...). Auch bei dieser Methode wird der Test dem Probanden einmalig vorgelegt. Die am häufigsten angewendete Formel ist der  $\alpha$ -Koeffizient nach Cronbach (Cronbach's  $\alpha$ ).

### 1.6.2 Validität

Die Validität (Gültigkeit) gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Testverfahren genau das misst, was es messen soll. Die Überprüfung der Validität erfolgt mittels Korrelation mit bereits validierten Testverfahren. Dabei ist der Korrelationskoeffizient ( $r$ ) ein Maß für die Höhe des Zusammenhangs. Er kann zwischen  $-1$  (= gegensinnige Abhängigkeit) bis  $+1$  (= gleichsinnige Abhängigkeit) liegen,  $0$  bedeutet eine vollständige Unabhängigkeit. In der vorliegenden Studie korrelieren wir die DiFL mit anderen Fremd- bzw. Selbstbeurteilungsverfahren, um die Validität zu prüfen.

Man unterscheidet verschiedene Arten der Validität:

- Inhaltsvalidität (Logische Validität): Inhaltsvalidität wird dann angenommen, wenn die Items eines Messinstruments nach Ansicht von Experten eine gute Stichprobe aller möglichen Aspekte des zu messenden Konstrukts darstellen. Die Items sind repräsentativ für das zu messende Merkmal. Hierbei erfolgt keine numerische Berechnung, sondern sie wird aufgrund logisch-fachlicher Überlegungen akzeptiert oder verworfen.
- Konstruktvalidität: Die Konstruktvalidität ist die Bewährungsprobe eines Test im Hinblick auf die Theorie, von der seine Testkonstruktion ausging. Um zu überprüfen, ob ein Test ein bestimmtes Konstrukt zu messen vermag, müssen sich Hypothesen ableiten lassen, die einer empirischen Überprüfung standhalten.
  - *Konvergente Validität*: Wenn die Messdaten eines neuen Tests mit den Messdaten eines etablierten Tests hoch korrelieren und man davon ausgehen kann, dass der etablierte Test das zu messende Konstrukt bereits misst (er ist konstruktvalide), so spricht man von konvergenter Validität.
  - *Divergente Validität*: Die Ergebnisse eines neuen Test dürfen nicht oder nur gering mit einem etablierten Test korrelieren, der ein anderes Konstrukt zuverlässig misst.

- *Faktorielle Validität*: Mithilfe aufwendiger Rechenverfahren (Faktorenanalyse) wird ermittelt, welche Testitems zusammengehören, also in etwa das Gleiche erfassen. So bilden sich Gruppen von Testitems (Faktoren). Wie eng ein Item mit einem Faktor zusammenhängt, wird durch Ladungen des Items auf jeden Faktor angegeben. Durch die Faktorenanalyse lassen sich also aus einer Gesamtskala Subskalen bilden.
- *Kriteriumsvalidität (Kriterienbezogene Validität, Empirische Validität)*: Diese bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen den Messergebnissen des neu entwickelten Instruments und einem unabhängig gemessenen externen Kriteriums (Außenkriterium).
  - *Übereinstimmungsvalidität (Konkurrente Validität, Kongruente Validität)*: Die Messung mit dem neuen Test und einem anderen Test (dem Außenkriterium) werden zeitgleich durchgeführt. Anschließend erfolgt eine Korrelation der Ergebnisse.
  - *Prädiktive Validität (Vorhersagevalidität, Prognostische Validität)*: Die Daten des neuen Instruments werden zu einem früheren Zeitpunkt erhoben als die Daten eines anderen Tests (Außenkriterium). Die Messdaten des neuen Tests sollen das Ergebnis des Außenkriteriums vorhersagen. Somit kann durch die Testdaten eine Prognose gestellt werden.
  - *Differentielle Validität*: Sie beschreibt die Fähigkeit zwischen diagnostisch verschiedenen Stichproben zu unterscheiden.

### 1.6.3 Änderungssensitivität

Die Änderungssensitivität beschreibt die Eigenschaft eines Tests, Veränderungen eines Merkmals während einer Testepisode zu messen. In unserer Studie soll die Frage beantwortet werden, ob eine Entwicklung bezüglich der Dissoziation im Verlauf der stationären Behandlung stattfindet und ob die DiFL in der Lage ist, diese zu erfassen.

## 1.7 Hypothesen

- Hypothese 1:* Die DiFL lässt sich inhaltlich in vier Faktoren (Subskalen) abbilden (faktorielle Validität).
- Hypothese 2:* Die DiFL ist ein reliables Fremdbeurteilungsinstrument zur Messung von Dissoziation. Die Reliabilität, berechnet als innere Konsistenz mit Cronbach's  $\alpha$  bzw. als Split-half-Reliabilität, zeigt signifikant hohe Werte im Bereich zwischen  $r=0.7$  und  $r=0.95$ .
- Hypothese 3:* Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der DiFL und den Dissoziation messenden Instrumenten DSS-7-Tage, FDS, WDS und BSL (konvergente Validität).
- Hypothese 4:* Die DiFL weist eine hohe Übereinstimmungsvalidität auf. Dies wird dadurch bewiesen, dass die Messinstrumente DiFL und SKID-D als Außenkriterium verwandte Phänomene messen und somit eine signifikant hohe positive Korrelation aufweisen.
- Hypothese 5:* Die DiFL ist ein änderungssensitives Instrument. Dieses wird unter anderem durch eine gleichsinnige Veränderung der DiFL-Scores und der DSS-7-Tage-Scores bei Betrachtung der Prä- bzw. Post-Messwerte belegt.
- Hypothese 6:* Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Höhe des DiFL-Scores und dem Ausmaß des psychosozialen Funktionsniveau (GAF).
- Hypothese 7:* Die DiFL ist in der Lage, signifikante Veränderungen dissoziativer Symptome zwischen den wöchentlichen Messzeitpunkten abzubilden.

## 2 Material und Methoden

### 2.1 Studiendesign und Patientenkollektiv

Die zuvor formulierten Hypothesen werden im Rahmen einer quasi-experimentellen prospektiven Studie überprüft. Dafür untersuchten wir insgesamt 65 stationär behandelte Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck hinsichtlich ihrer dissoziativen Symptome. Alle Patienten befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in 3-monatiger stationärer störungsspezifischer Behandlung der BPS entsprechend dem Konzept der Dialektisch Behavioralen Therapie ([DBT]; gemäß Marsha Linehan; Linehan, 1993, siehe auch Punkt 1.2.3). Die Daten wurden in dem Zeitraum von September 2005 bis August 2007 erhoben. Die Diagnose der BPS wurde dabei von erfahrenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapeuten gemäß den ICD-10 bzw. DSM-IV-Kriterien gestellt. Zur Diagnostik der Hauptdiagnose sowie komorbider Störungen wurde bei allen Patienten das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für psychische Störungen ([SKID-I]; Wittchen et al., 1997) sowie für Persönlichkeitsstörungen ([SKID-II]; Fydrich et al., 1997) eingesetzt.

Als *Einschlusskriterien* für die Studie galten die Diagnose einer BPS sowie Verständnis der deutschen Sprache. Des Weiteren sollten Grundkenntnisse der Computerbenutzung vorliegen.

Zu den *Ausschlusskriterien* zählten demenzielle Erkrankungen, Minderbegabung, kognitive Beeinträchtigungen, akute psychotische Störungen, akute Intoxikationen sowie schwerwiegende organische Grunderkrankungen mit psychischen Auswirkungen (z. B. Epilepsie oder Multiple Sklerose).

Alle Stichprobenpatienten wurden vorher umfassend über den Inhalt der Studie sowie die freiwillige Teilnahme aufgeklärt und darüber informiert, dass ihre Daten in anonymer Form ausgewertet werden. Nach schriftlicher Einverständniserklärung und positivem Votum der Ethikkommission wurden insgesamt 65 Patienten (58 Frauen, 7 Männer) rekrutiert.

## **2.2 Angewandte Messinstrumente neben der DiFL**

Um ausgesuchte Validitätsaspekte zu untersuchen, wurden neben der DiFL weitere Messinstrumente eingesetzt. In diesem Abschnitt werden alle Fragebögen zur Selbstbeurteilung sowie das SKID-D für DSM-IV zur Fremdbeurteilung dargestellt, die in unserer Studie zur Anwendung kamen. Die Selbstratinginstrumente wurden von den Patienten jeweils in computergestützter Form bearbeitet. Die Fremdbeurteilungsverfahren wurden von klinisch erfahrenen Psychologen und Psychiatern der Universitätsklinik Lübeck durchgeführt.

### **2.2.1 Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)**

Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) stellt die autorisierte deutschsprachige Übersetzung und Bearbeitung der Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein und Putnam, 1986) durch Freyberger dar (Freyberger et al., 1998). Die DES (siehe auch Punkt 1.3.1) hat sich als wichtigstes und meist angewendetes Selbstbeurteilungsinstrument in verschiedenen Ländern durchgesetzt. Der FDS besteht im Gegensatz zur DES aus insgesamt 44 Items, da die deutsche Version um 16 Items erweitert wurde, um auch die dissoziativen Körpersymptome entsprechend der ICD-10 zu erfassen. Die Items lassen sich vier Subskalen zuordnen: dissoziative Amnesie, Absorption, Depersonalisation/Derealisation und Konversion. Die Fragen des FDS beziehen sich auf das gesamte bisherige Leben, somit weist der FDS kein Zeitfenster auf. Der FDS verfügt über ähnlich gute teststatistische Gütekriterien wie die Originalfassung (Freyberger et al., 1998). Die innere Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) liegt zwischen 0.91 und 0.93, die Test-Retest-Reliabilität zwischen 0.80 und 0.82. Der FDS diskriminiert analog der DES gut zwischen nicht-klinischen Probanden, Patienten mit geringer dissoziativer Symptomatik und Patienten mit einer klinisch führenden oder komorbiden dissoziativen Störung.

### **2.2.2 Die Dissoziations-Spannungs-Skala–7 Tage (DSS–7 Tage)**

Bei der Dissoziations-Spannungs-Skala (Stiglmayr et al., 2003) handelt es sich um das erste Selbstbeurteilungsinstrument im deutschsprachigen Raum, das aufgrund seines Zeitfensters von 7 Tagen eine reliable und valide Veränderungsmessung der Konstrukte Dissoziation und aversive Spannung ermöglicht. Die DSS

besteht aus insgesamt 22 Items, die auf einer 10-stufigen Likert-Skala (Range von 0 – 9) beantwortet werden. Der Patient schätzt dabei ein, in welchem Ausmaß die jeweilige Aussage in den letzten sieben Tagen bei ihm aufgetreten ist. Während ein Item das Ausmaß der aversiv erlebten inneren Spannung abfragt und sich drei weitere Items auf globale Symptome beziehen, welche von Borderline Patienten mit Dissoziation in Verbindung gebracht werden, kann man den Großteil der Items (18 Items) den Symptomkomplexen der psychologischen bzw. körperlichen dissoziativen Phänomene zuordnen. Die psychologische Subskala erfasst die Symptome der Depersonalisation, Derealisation, Amnesie, Absorption und pseudohalluzinatorisches Erleben. Demgegenüber erfragen die Items der somatoformen Subskala Veränderungen in den Bereichen Motorik, Schmerz Wahrnehmung, Optik, Akustik und Sprachgenerierung. Für die DSS–7 Tage wurde eine hohe Reliabilität (Cronbach's  $\alpha=0.93$ ) sowie eine gute konvergente Validität ( $r=0.51 - 0.73$ ) nachgewiesen. Zusätzlich differenziert sie gut sowohl zwischen psychiatrischen und gesunden Probanden als auch zwischen unterschiedlichen psychiatrischen Störungsgruppen (Schimke, 2003). Auch die divergente Validität sowie die Veränderungssensitivität sind als gut zu bewerten (Wagner, 2006).

### **2.2.3 Die Wessex Dissociation Scale (WDS)**

Die Wessex Dissociation Scale (WDS) ist ein relativ neues Selbstbeurteilungsinstrument, bestehend aus 40 Items (Kennedy et al., 2004). Der Patient schätzt auf einer 6-stufigen Likert-Skala (nie – selten – manchmal – oft – sehr oft – immer) ein, wie oft die genannten Erlebnisse in seinem täglichen Leben unter Ausschluss von Alkohol- oder Drogeneinfluss vorkommen. Der WDS verfügt über eine gute innere Konsistenz mit einem Cronbach's  $\alpha$  von 0.899 in der nicht-klinischen Gruppe und von 0.947 in der klinischen Gruppe sowie eine gute konvergente Validität mit dem DES-II und eine gute Übereinstimmungsvalidität mit anderen Messverfahren der Psychopathologie (Kennedy et al., 2004). Die Autoren schreiben der WDS darüber hinaus die Fähigkeit zu, auch mildere Manifestationen der Dissoziation aufzuspüren und damit sensitiver zu messen als der DES-II (Kennedy et al., 2004).

Für den Zweck unserer Studie wurde die WDS, die im Original in der englischen Sprache entwickelt wurde, zuvor in die deutsche Sprache übersetzt. Die

psychometrische Evaluation dieser deutschsprachigen Adaptation wird bereits in einer parallel laufenden Untersuchung der gleichen Arbeitsgruppe umgesetzt.

#### **2.2.4 Die Borderline-Symptom-Liste (BSL)**

Bei der Borderline-Symptom-Liste (BSL) (Bohus et al., 2001) handelt es sich um eine 95 Items umfassende Selbstbeurteilungsskala zum Schweregrad der Borderline-Symptomatik. Die Bewertung der einzelnen Items erfolgt auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ und bezieht sich auf die vergangenen sieben Tage. Zusätzlich wird auf einer visuellen Analogskala von 0 - 100 % der Gesamtwert der psychischen Beeinträchtigung für die vergangene Woche eingeschätzt. Durch eine Faktorenanalyse ergaben sich sieben Subskalen, die insgesamt 82 der 95 Items beinhalten: Selbstwahrnehmung, Affektregulation, Autoaggression, Dysthymie, soziale Isolation, Intrusionen und Feindseligkeit. Diese Skalen verfügen über gute bis sehr gute psychometrische Kennwerte (Bohus et al., 2001). Die innere Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) liegt zwischen 0.80 und 0.94 für die einzelnen Subskalen sowie bei 0.97 für den Gesamtwert der Skala (Bohus et al., 2007). Die Test-Retest-Reliabilität nach einer Woche liegt bei  $r=0.84$  für die Gesamtskala und zwischen 0.72 und 0.87 für die Subskalen (Bohus et al., 2007).

#### **2.2.5 Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)**

Die revidierte Form der Symptom-Check-Liste ([SCL-90-R]; Derogatis, 1986; dt. Franke, 1995) wird zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie eingesetzt und ist sowohl für klinische als auch nichtklinische Patienten/Probanden geeignet. Die SCL-90-R umfasst 90 Items, die jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 bis 4) beantwortet werden. Sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch vorgegebene körperliche und psychische Symptome in einem Zeitfenster von 7 Tagen. Dabei lassen sich insgesamt neun syndromale Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus) sowie ein Gesamt-Schwere-Index (GSI) der allgemeinen psychischen Belastung berechnen. Zwei weitere globale Kennwerte geben Auskunft über die Intensität der Antworten (PSDI = positive symptom distress index) bzw. über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt

(PST = positive symptom total). Die SCL-90-R ist ein sehr verbreitetes Instrument und verfügt über gute psychometrische Kennwerte (Franke, 1995). Die Test-Retest-Reliabilität wird bei einer ambulanten Stichprobe zwischen 0.78 und 0.90 sowie bei einer studentischen gesunden Stichprobe zwischen 0.69 und 0.92 angegeben. Die innere Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) schwankt für die einzelnen Subskalen zwischen 0.79 und 0.89 in den klinischen Gruppen sowie zwischen 0.51 und 0.83 in der gesunden Vergleichsgruppe. Demgegenüber steht eine sehr hohe innere Konsistenz der GSI zwischen 0.97 und 0.98 in der klinischen Gruppe bzw. zwischen 0.94 und 0.97 in der gesunden Stichprobe.

### **2.2.6 Das Beck-Angst-Inventar (BAI)**

Das Beck-Angst-Inventar (BAI) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das zur Erfassung klinisch relevanter Ängste Ende der 80iger Jahre in Amerika entwickelt wurde (Beck et al., 1988). Die 21 Items basieren auf den DSM-IV-Kriterien für Panikanfälle und generalisierte Angst und werden von den Patienten auf einer 4-stufigen Skala hinsichtlich Schwere ihres Auftretens in der vergangenen Woche eingeschätzt. Die Gütekriterien sind zufriedenstellend bis sehr gut. So verfügt das BAI über eine sehr hohe innere Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) von 0.92 und eine befriedigende Retest-Reliabilität nach einer Woche von 0.75 bei Patienten mit Angststörung (Beck et al., 1988). Das BAI weist eine konvergente Validität von  $r=0.45$  bis  $0.73$  mit anderen Angst messenden Instrumenten auf. Die Korrelation zwischen dem BDI und dem BAI, als ein Maß für die divergente Validität, beträgt  $r=0.47$ . Dieser Wert erscheint recht hoch, liegt aber bedeutend niedriger als die Korrelation anderer Angstfragebögen mit dem BDI, wie z. B. der STAI (State-Trait-Angstinventar). Dies bedeutet, dass mit der Anwendung des BAI eine geringere Konfundierung des Angstmaßes mit Depressivität als mit anderen Angstfragebögen möglich ist.

### **2.2.7 Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)**

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) macht eine Aussage über das Auftreten und den Schweregrad depressiver Symptome (Beck et al., 1961; dt. Hautzinger et al., 1994). Darüber hinaus zeigt das BDI auch die allgemeine Belastung durch andere psychische Störungen an (Schulte, 1993). Dieser Fragebogen ist aus 21 Items zusammengesetzt, wobei jedes Item ein depressives Symptom repräsentiert und

jeweils vier Aussagen enthält. Diese Aussagen sind nach zunehmender Schwere und Beeinträchtigung geordnet und mit Zahlen von 0 - 3 gekennzeichnet. Der Patient wählt diejenige Aussage, die am besten die eigenen Gefühle der letzten Woche beschreibt. Bei Mehrfachnennungen geht der höhere Ziffernwert in die Gesamtwertung ein. Hieraus ergibt sich ein Summenwert, der zwischen 0 und 63 liegt. Als klinisch relevant gelten Gesamtwerte größer gleich 18. Die psychometrischen Gütekriterien sind zufriedenstellend bis gut (Beck et al., 1988; Richter et al., 1994). Bezüglich der deutschen Version wird eine innere Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) von 0.88 angegeben (Hautzinger et al., 1994). Die innere Validität, gemessen an anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten, liegt bei  $r=0.71$  bis  $0.89$ . Die konvergente Validität wurde mit Werten zwischen  $r=0.34$  und  $r=0.74$  als moderat bis gut bei Korrelationen mit verschiedenen Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren bewertet (Hautzinger et al., 1994). Aufgrund seiner guten Differenzierungsfähigkeit zwischen depressiven und nicht depressiven Gruppen, der guten Testgütekriterien sowie seiner Symptomorientiertheit gilt das BDI als ein anerkanntes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Depressionsintensität.

### **2.2.8 Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV - Dissoziative Störungen (SKID-D)**

Das am häufigsten eingesetzte und als Goldstandard der Fremdbeurteilungsverfahren geltende *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder* (SCID-D) wurde in der ersten Version im Jahr 1990 etabliert (Steinberg et al., 1990) und mittlerweile an die DSM-IV-Kriterien angepasst ([SCID-D-R]; Steinberg, 1994). Es handelt sich um ein halb strukturiertes Interview, das ausschließlich dissoziative Symptome erfasst. Das SKID-D beginnt mit der Erhebung von soziodemografischen Daten und der klinischen Vorgeschichte des Patienten. Im darauf folgenden Hauptteil werden in 258 Items die fünf dissoziativen Hauptsymptome Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätsänderung erfragt. Nach Abschluss des Interviews erfolgt eine Schweregradeinteilung der fünf Hauptsymptome auf einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = keine, 2 = leichte, 3 = mäßige, 4 = schwere Symptomatik), wobei Grad 3 und 4 als klinisch relevant gelten. Hierdurch ist eine kategoriale Diagnose nach DSM möglich. Der Gesamtscore reicht von 5-20. Zusätzlich beurteilt der Interviewer

direkt nach der Befragung, ob sich während des Interviews dissoziative Verhaltensauffälligkeiten gezeigt haben. Die Durchführung dauert zwischen 30 Minuten und 2,5 Stunden, was einerseits vom Umfang der dissoziativen Symptome abhängt und andererseits von der Erfahrung des durchführenden Kliniklers. Das SKID-D zeigte teststatistisch in den USA gute Reliabilitäts- und Validitätswerte (Steinberg et al., 1989-1992; Steinberg, 1989-1993; Steinberg et al., 1990). Diese Ergebnisse konnten in weiteren Untersuchungen an der Harvard Universität (Goff et al., 1992) sowie in den Niederlanden (Boon und Draijer, 1991) bestätigt werden (Überblick: Wagner und Linehan, 1998). Eine deutsche autorisierte Übersetzung liegt als Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen (SKID-D) vor (Gast et al., 2000) und wird zurzeit noch evaluiert.

### **2.2.9 Global Assessment of Functioning (GAF)**

Die Global Assessment of Functioning Skala ist ein Fremdbeurteilungsinstrument und ermöglicht eine Einschätzung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereiche. Sie dient insbesondere zur Aussage über den klinischen Fortschritt eines Patienten. Die Skala reicht von 0 (psychische Gesundheit) bis 100 (psychische Krankheit).

### 2.3 Untersuchungsdurchführung und Messzeitpunkte

Allen teilnehmenden Patienten ( $n = 65$ ) wurden zu Beginn des stationären Aufenthalts (Prä-Zeitpunkt) die vorgestellten Selbstbeurteilungsinstrumente (FDS, DSS-7-Tage, WDS, BSL, SCL-90-R, BAI, BDI) in deutscher Sprache und computergestützter Version vorgelegt. Um die Änderungssensitivität bzw. den Therapieverlauf zu messen, wurden diese Selbstbeurteilungsverfahren bei einer Teilstichprobe ( $n = 39$ ) ein zweites Mal bis zu sieben Tage vor der Entlassung der Patienten (Post-Zeitpunkt) nach einer 3-monatigen stationären Behandlung mit DBT eingesetzt.

Als Fremdbeurteilungsverfahren wurde die DiFL von insgesamt sechs klinisch erfahrenen Psychiatern und Psychotherapeuten ebenfalls zu Beginn (Prä-Termin) und bei Entlassung (Post-Termin) durchgeführt, um eine Aussage über die Änderungssensitivität der DiFL bzw. die Entwicklung der dissoziativen Phänomene machen zu können. Außerdem konnte bei einer Subgruppe ( $n = 39$ ) eine wöchentliche Erhebung der DiFL vollzogen werden. Desweiteren schätzten die Therapeuten bei Aufnahme (Prä-Zeitpunkt) und kurz vor Entlassung (Post-Zeitpunkt) das psychosoziale Funktionsniveau (GAF) des gesamten Patientenkollektivs ( $n = 65$ ) ein. Bei einer Teilstichprobe ( $n = 19$ ) wurde im Verlauf der stationären Behandlung zusätzlich ein SKID-D Interview angewendet. Zur Beschreibung der Stichprobe wurden ausgewählte demografische Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung erfragt. Einen Überblick über die Messzeitpunkte gibt Tabelle 4.

Tabelle 4: Untersuchungsdurchführung mit Messzeitpunkten

Instrument	Prä-Zeitpunkt	Post-Zeitpunkt	Quelle	Erhebungsart
DSS	$n = 65$	$n = 39$	Patient	Computerbasiert
FDS	$n = 65$	$n = 39$	Patient	Computerbasiert
WDS	$n = 65$	$n = 39$	Patient	Computerbasiert
BSL	$n = 65$	$n = 39$	Patient	Computerbasiert
SCL-90-R	$n = 65$	$n = 39$	Patient	Computerbasiert
BAI	$n = 65$	$n = 39$	Patient	Computerbasiert
BDI	$n = 65$	$n = 39$	Patient	Computerbasiert
DiFL	$n = 65$	$n = 39$	Therapeut	Paper-Pencil
GAF	$n = 65$	$n = 65$	Therapeut	Paper-Pencil
SKID-D	$n = 19$	1x/Aufenthalt	Therapeut	Paper-Pencil

## 2.4 Datenaufbereitung und statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe des Computerprogramms „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS PC+, Version 16.0 für Windows).

Der Gesamtwert der DiFL pro Patient wurde als Mittelwert aller Einzelitemwerte berechnet, die Subskalen-Scores als Mittelwert der einzelnen zu einer Subskala zugehörigen Items. Entsprechend der Empfehlung bei Stichproben mit  $n > 30$  mit Mittelwerten zu rechnen (Carlson und Putnam, 1993) wurden Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) bestimmt.

Mit Hilfe einer explorativen Faktorenanalyse wurde überprüft, ob die Items bestimmten Faktoren (Subskalen) zugeordnet werden können. Die bei der Entwicklung der DiFL vorab postulierte Subskalen-Zuordnung wurde durch eine Varimaxrotation überprüft.

Reliabilitätsberechnungen wurden mit der inneren Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) und der Split-half-Methode nach Gutman durchgeführt. Des Weiteren wurde eine Itemanalyse (Itemschwierigkeit, Itemtrennschärpen, Inter-Item-Korrelation) erarbeitet.

Zur Prüfung der Validität wurden die jeweiligen parametrischen Korrelationen nach Pearson ( $r$ ) berechnet.

Zur Berechnung der Unterschiede zu zwei Messzeitpunkten (Änderungssensitivität) wurde der t-Test für gepaarte Stichproben angewendet. Als Veränderungskennwerte galten hierbei die Effektstärken (ES).

Weiterhin wurde eine explorative Datenanalyse dargestellt.

Für die wöchentlichen Verlaufsänderungen der DiFL-Werte setzten wir eine einfache Varianzanalyse mit Messwiederholung ein.

Das Signifikanzniveau ( $p$ ) lag für alle Berechnungen bei 5 %.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Demografische und klinische Daten

In unsere Studie wurden insgesamt 65 Borderline-Patienten eingeschlossen. Der *Altersdurchschnitt* der Gesamtstichprobe lag bei 29,9 Jahren (SD = 8,9; Range = 18 - 51 Jahre). Bezüglich der *Geschlechterverteilung* lag der Frauenanteil mit 89,2 % gegenüber der männlichen Fraktion mit 10,8 % deutlich in der Überzahl (siehe Tabelle 5). Hinsichtlich des *Familienstands* waren 80 % ledig, 9,2 % verheiratet und 10,8 % geschieden (vergleiche Tabelle 6).

Tabelle 5: Geschlechterverteilung der Stichprobe

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent %
Männlich	7	10,8
Weiblich	58	89,2
Gesamt	65	100,0

Tabelle 6: Familienstand der Stichprobe

Familienstand	Häufigkeit	Prozent %
Ledig	52	80,0
Verheiratet	6	9,2
Geschieden	7	10,8
Gesamt	65	100,0

Bezüglich der *Schulbildung* verfügten 3,1 % über einen Sonderschulabschluss, 18,5 % über einen Hauptschulabschluss, 3,1 % über einen Abschluss der polytechnischen Oberschule, 43,1 % über die Mittlere Reife, 21,5 % über (Fach-)Abitur und 10,8 % über keinen Schulabschluss (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Schulbildung der Stichprobe

Schulabschluss	Häufigkeit	Prozent %
Keinen Abschluss	7	10,8
Sonderschule	2	3,1
Hauptschule	12	18,5
Polytechnische Oberschule	2	3,1
Mittlere Reife	28	43,1
(Fach-)Abitur	14	21,5
Gesamt	65	100,0

Bei der Analyse der *beruflichen Qualifikation* hatten 44,6 % keine Berufsausbildung (bzw. waren nur angelernt). 50,8 % konnten eine abgeschlossene Lehre, 1,5 % eine Fach-/Meisterausbildung und 3,1 % einen Hochschulabschluss vorweisen (vergleiche Tabelle 8).

Tabelle 8: Ausbildungsstand der Stichprobe

Berufsausbildung	Häufigkeit	Prozent %
Keine / Angelernt	29	44,6
Abgeschlossene Lehre	33	50,8
Fach- / Meisterschule	1	1,5
(Fach-)Hochschulstudium	2	3,1
Gesamt	65	100,0

Eine erhebliche Variation bestand bezüglich der *Anzahl psychischer Störungen (Achse-I-Störungen) und Persönlichkeitsstörungen (Achse-II-Störungen)* pro Patient.

Zum Untersuchungszeitpunkt litten die Patienten im Mittel unter 3,4 Achse-I-Störungen (Range = 1 - 7) und unter 0,6 Persönlichkeitsstörungen neben der BPS (Range = 0 - 3).

Einen genauen Überblick über die Arten der Komorbiditäten zeigen Tabelle 9 und Tabelle 10.

Tabelle 9: Komorbiditäten der Achse I

Achse I Störungen	Häufigkeit	Prozent %
Depression	45	69,2
Essstörungen	36	55,4
Angststörungen	27	41,5
Störungen durch psychotrope Substanzen*	27	41,5
Dysthymie	25	38,5
Posttraumatische Belastungsstörung	23	35,4
Zwangsstörung	11	16,9
ADHS	6	9,2
Somatoforme Störungen	3	4,6
Bipolare Störungen	2	3,1

\*Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit zusammengefasst

Tabelle 10: Komorbiditäten der Achse II

<b>Achse II Störungen</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent %</b>
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	16	24,6
Dependente Persönlichkeitsstörung	7	10,8
Paranoide Persönlichkeitsstörung	6	9,2
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	5	7,7
Depressive Persönlichkeitsstörung	1	1,5
Schizoide Persönlichkeitsstörung	1	1,5
Histrionische Persönlichkeitsstörung	1	1,5

### 3.2 Explorative Faktorenanalyse

Aufgrund guter Werte des Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizienten, des MSA-Koeffizienten sowie einem signifikanten Bartlett-Test konnte die Eignung der Daten zur Faktorenanalyse bestätigt werden. Zur Bestimmung der Dimensionalität der DiFL wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Als erforderliche Kriterien galten als Minimum 5 % der Gesamtvarianz und ein Eigenwert  $>1$ . Dementsprechend konnten vier Faktoren extrahiert werden. Dabei wurden 41,4 % der Gesamtvarianz durch den ersten Faktor erklärt, 11,1 % durch den zweiten Faktor, 9,2 % durch den dritten Faktor und 6,9 % durch den vierten Faktor. Zusammen enthielten diese Faktoren also 68,6 % der Gesamtvarianz. Die unrotierten Ladungshöhen auf den ersten Faktor lagen zwischen 0.894 und 0.514.

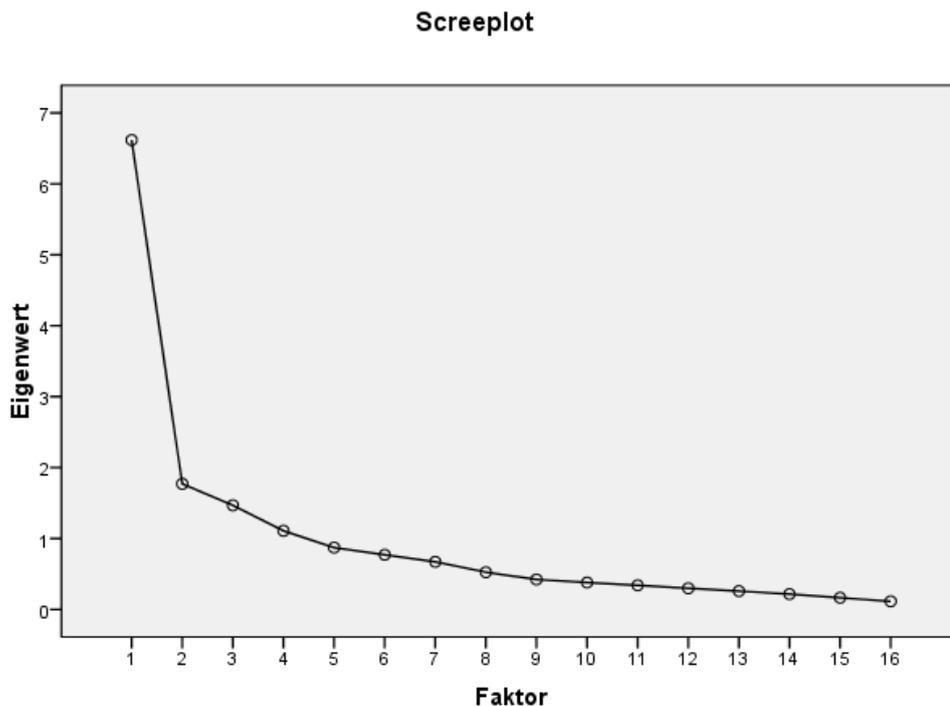


Abb. 1: Scree-Plot der explorativen Faktorenanalyse

Der Scree-Plot (siehe Abbildung 1) sprach ebenfalls für eine 4-faktorielle Lösung. Für diese vier Faktoren wurde eine Varimaxrotation durchgeführt (siehe Punkt 3.2.1). Die Zuordnung einzelner Items zu den Faktoren erfolgte anhand folgender Kriterien:

- Ladung  $>0.3$
- Differenz der Ladung zu anderen Faktoren  $|d| >0.1$ .

### 3.2.1 Item-Skalen Zuordnung

Gemäß Varimaxrotation konnte eine Item-Skalen-Zuordnung durchgeführt werden (siehe Tabelle 11). Eine eindeutige Zuordnung von Item 3, Item 5 und Item 7 war nach den oben genannten Kriterien nicht möglich. Die ursprünglich postulierte Zuteilung konnte zwar nicht bestätigt werden (siehe Punkt 1.4), aber wir haben versucht, den statistisch errechneten neuen Faktoren jeweils einen anderen Oberbegriff zuzuordnen:

- Faktor 1: Gestörte Umweltwahrnehmung
- Faktor 2: Psychomotorische Auffälligkeiten
- Faktor 3: Desorientierung
- Faktor 4: Intrusionen/Flashbacks

Tabelle 11: Item-Skalen-Zuordnung

Faktoren	Oberbegriff	Itemzugehörigkeit
Faktor 1	Gestörte Umweltwahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Item 1 (Mangelnde/Verzögerte Reaktion auf Ansprache)</li> <li>• Item 2 (Gestörte emotionale Beteiligung/Inadäquater Ausdruck)</li> <li>• Item 4 (Verminderte soziale Wahrnehmung)</li> <li>• Item 8 (Visuelle Fixierung/Tunnelblick)</li> <li>• Item 10 (Verminderte Gefahrwahrnehmung/Risikoverhalten)</li> <li>• Item 12 (Passivität - Abwesenheit/Tagträume)</li> </ul>
Faktor 2	Psychomotorische Auffälligkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Item 6 (Gangunsicherheit)</li> <li>• Item 11 (Dissoziative Anfälle)</li> </ul>
Faktor 3	Desorientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Item 9 (Desorientierung)</li> <li>• Item 13 (Dissoziative Amnesie)</li> <li>• Item 14 (Dissoziative Fugue)</li> </ul>
Faktor 4	Intrusionen/Flashbacks	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Item 15 (Pseudohalluzinationen/Stimmen hören)</li> <li>• Item 16 (Flashbacks)</li> </ul>
Kein	Ohne Zuordnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Item 3 (Schreckhaftigkeit)</li> <li>• Item 5 (Reduzierte Bewegungen)</li> <li>• Item 7 (Stereotype Bewegungen)</li> </ul>

### 3.3 Reliabilität der DiFL

#### 3.3.1 Reliabilität der Gesamtskala

Die Reliabilität wurde sowohl an der Gesamtstichprobe zum Prä-Termin ( $n = 65$ ), als auch an der kleineren Stichprobe zum Post-Termin ( $n = 39$ ) berechnet. Bei der Gesamtstichprobe errechnete sich die Innere Konsistenz mit einem Cronbach's  $\alpha$  von 0.889, bei der Teilstichprobe zum Post-Termin ergab sich 0.874. Bei der Split-half Methode nach Gutman zeigte sich in der Gesamtstichprobe ein Wert von 0.814 sowie in der Teilstichprobe ein Wert von 0.853.

#### 3.3.2 Reliabilität der Subskalen

Trotz nur teilweise bestätigter Subskalen in der Faktorenanalyse wurde zur Vollständigkeit der Daten die Reliabilität der Subskalen überprüft. Hierbei ergab sich für die Subskala *Reaktivität* sowohl für Cronbach's  $\alpha$  als auch nach der Split-half Methode nach Gutman ein Wert von 0.803. Die Subskala *Psychomotorik* erreichte Cronbach's  $\alpha=0.762$  und Split-half 0.729. In der Gruppe *Spontanes Verhalten* errechneten sich ein Cronbach's  $\alpha$  von 0.562 sowie eine Split-half Reliabilität von 0.429. In dem Symptomkomplex *Verdecktes Verhalten* ergaben sich Cronbach's  $\alpha=0.526$  und Split-half-Reliabilität von 0.334.

#### 3.3.3 Itemanalyse

In Tabelle 12 sind in den ersten Spalten die deskriptiven Statistiken der Items dargestellt. Der Itemmittelwert kennzeichnet gleichzeitig die *Itemschwierigkeit* und variiert von 0.0769 bis 2.8308. Die Range beträgt somit 2.7539. Entsprechend sind 45 % der theoretischen Breite im Mittel genutzt worden, dabei zu einem größeren Teil die linke Skalenhälfte (kleinere Werte). Die Itemstreuungen liegen zwischen 0.32 und 1.47.

Bei Betrachtung der *Itemtrennschärfen* (siehe ebenfalls Tabelle 12) fallen zwei Items in den kritischen Bereich von  $<0.3$ , nämlich Item 15 (0.271) und Item 16 (0.154). Die mittlere Trennschärfe beträgt 0.55. Die Range liegt zwischen 0.154 und 0.842.

Die letzte Spalte der Tabelle kennzeichnet die Reliabilität der verbleibenden Items, falls das vorliegende Item ausgesondert werden würde. Bei Ausschluss von Item 15 verbessert sich Cronbach's  $\alpha$  auf 0.894, bei Eliminierung von Item 16 erhöht sich Cronbach's  $\alpha$  sogar auf 0.900.

Tabelle 12: Deskriptive Itemstatistik und Item-Skala-Statistik

Item	MW	SD	Itemtrennschärfe	Cronbach's $\alpha$ , wenn Item extrahiert
1	2.0154	1.23101	0.842	0.871
2	2.8308	1.18016	0.469	0.886
3	1.5846	1.27343	0.706	0.876
4	2.1231	1.28096	0.694	0.876
5	1.4615	1.28789	0.734	0.875
6	0.7385	1.24093	0.586	0.881
7	1.0154	1.30495	0.460	0.886
8	2.3077	1.46760	0.749	0.873
9	0.5538	0.95248	0.600	0.882
10	1.4462	1.22514	0.481	0.885
11	0.6154	1.11373	0.549	0.883
12	2.4615	1.14669	0.694	0.877
13	0.6769	1.07685	0.534	0.883
14	0.0769	0.32150	0.304	0.891
15	0.5385	1.26339	0.271	0.894
16	0.9846	1.44149	0.154	0.900

(MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Um die Homogenität der Skala zu betrachten, wurde die mittlere Korrelation zwischen den Items (*Inter-Item-Korrelation*) berechnet. Hierbei ergibt sich ein Wert von 0.340 (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Inter-Item-Korrelationen

	MW	Min	Max	Range	Varianz	Itemanzahl
<b>Inter-Item-Korrelationen</b>	0.340	-0.121	0.776	0.897	0.039	16

(MW=Mittelwert, Min=Minimum, Max=Maximum)

### **3.4 Test auf Normalverteilung**

Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigte, dass die DiFL-Mittelwerte zum Prä- und Post-Termin sowie die Mittelwerte der Subskalen zu Prä- und Post-Termin normal verteilt waren, sodass anschließend parametrische Verfahren zum Einsatz kamen (Korrelation nach Pearson, t-Test für gepaarte Stichproben, einfache Varianzanalyse mit Messwiederholung).

### 3.5 Validität der DiFL

#### 3.5.1 Inhaltsvalidität

Da die Items der DiFL auf der Grundlage einer Expertenbefragung entwickelt wurden, ist eine gute Inhaltsvalidität anzunehmen.

#### 3.5.2 Konvergente Validität

Die konvergente Validität wurde anhand der Korrelation der DiFL mit den Dissoziation messenden Instrumenten DSS-7-Tage, FDS, WDS und BSL geprüft.

##### ➤ Korrelation zum Prä-Zeitpunkt:

In der Gesamtstichprobe (Prä) kamen signifikante Korrelationen zwischen DiFL und FDS ( $r=0.274$ ) sowie zwischen DiFL und BSL ( $r=0.287$ ) zustande. Zwischen DiFL und DSS bzw. WDS ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang. In Tabelle 14 sind alle Korrelationen zum Prä-Zeitpunkt ersichtlich.

Tabelle 14: Korrelationen der DiFL zum Prä-Zeitpunkt

		DSS prä	FDS prä	WDS prä	BSL prä
DiFL prä	r	0.241	0.274*	0.220	0.287*
	p	0.053	0.033	0.086	0.021

(r = Korrelationskoeffizient, p = Signifikanz)

(\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.)

(\*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.)

##### ➤ Korrelation zum Post-Zeitpunkt:

In der Teilstichprobe (Post) resultieren signifikante Korrelationen zwischen DiFL und allen Dissoziation messenden Instrumenten: DSS ( $r=0.501$ ), FDS ( $r=0.460$ ), WDS ( $r=0.514$ ) und BSL ( $r=0.354$ ) (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Korrelationen der DiFL zum Post-Zeitpunkt

		DSS post	FDS post	WDS post	BSL post
DiFL post	r	0.501**	0.460**	0.514**	0.354*
	p	0.001	0.003	0.001	0.027

(r = Korrelationskoeffizient, p = Signifikanz)

(\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.)

(\*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.)

Auf die Korrelation der initial postulierten Subskalen mit den weiteren Messinstrumenten wurde aufgrund einer fehlenden Bestätigung der Subskalen in der explorativen Faktorenanalyse verzichtet.

### 3.5.3 Übereinstimmungsvalidität

Zur Überprüfung der Übereinstimmungsvalidität wurde in einer Subgruppe ( $n = 19$ ) zusätzlich das SKID-D als Außenkriterium angewendet. Zu diesem Zweck wurde eine Korrelationsanalyse nach Pearson zwischen dem SKID-D (Summenwert zum Schweregrad dissoziativer Störungen) und der DiFL (zum Zeitpunkt der SKID-D Interviewführung) durchgeführt. Hier konnte eine signifikante Korrelation von  $r=0.601$  verzeichnet werden (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Korrelation zwischen DiFL und SKID-D

		SKID-D
DiFL	r	0.601**
	p	0.007

(r = Korrelationskoeffizient, p = Signifikanz)

(\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.)

(\*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.)

### 3.6 Änderungssensitivität der DiFL

Zur Untersuchung der Änderungssensitivität der DiFL (d. h. Fähigkeit zur Messung von Veränderungen der Gesamtscores im Therapieverlauf) wurde der t-Test für gepaarte Stichproben (T) angewendet. Untersucht wurde der Unterschied in der Ausprägung der dissoziativen Symptombelastung zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten (Prä- und Postzeitpunkt [nach erfolgter DBT]). Verglichen wurde der Mittelwert aller Gesamtscores zum Prä-Zeitpunkt (MW prä) mit dem Mittelwert aller Gesamtscores zum Postzeitpunkt (MW post). Als Veränderungskennwert wurde die Effektstärke (IESI) bestimmt. Die Ergebnisse sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Tabelle 17: Veränderung der DiFL-Scores nach DBT

	MW prä	SD prä	MW post	SD post	T	n	p	IESI
<b>DiFL</b>	1.4295	0.81908	0.8077	0.58952	5.420	39	0.000	0.85

(MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=t-Test, n=Anzahl Probanden, p=Signifikanz, IESI=Effektstärke)

Der Prä/Post Vergleich nach 3-monatiger Dialektisch Behavioraler Therapie zeigt eine hochsignifikante Reduktion des DiFL-Scores und somit des Ausprägungsgrades an dissoziativen Symptomen.

## 3.7 Explorative Datenanalyse

### 3.7.1 Korrelationen zwischen DiFL und BDI, BAI, SCL-90-R

Um einen Zusammenhang zwischen Dissoziation (DiFL) und Depression (BDI), Angst (BAI), allgemeiner psychischer Symptombelastung (SCL-90-R) sowie Somatisierung (Somatisierungssubskala des SCL-90-R) zu untersuchen, wurden die jeweiligen Korrelationen nach Pearson berechnet. Die Zusammenhänge wurden jeweils zum Prä- und Posttermin untersucht. Die Ergebnisse sind den Tabellen 18 und 19 zu entnehmen.

Tabelle 18: Korrelation zwischen DiFL und BDI, BAI, SCL-90-R und Somatisierungssubskala zum Prä-Zeitpunkt

		BDI prä	BAI prä	SCL-90-R prä	Somatisierungssubskala des SCL-90-R prä
DiFL prä	r	0.189	0.238	0.229	0.173
	p	0.132	0.062	0.071	0.176

(r = Korrelationskoeffizient, p = Signifikanz)

(\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.)

(\*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.)

Gemäß Tabelle 18 ergeben sich zum Prä-Zeitpunkt keine signifikanten Korrelationen zwischen DiFL und BDI, BAI, SCL-90-R und Somatisierungssubskala.

Tabelle 19: Korrelation zwischen DiFL und BDI, BAI, SCL-90-R und Somatisierungssubskala zum Post-Zeitpunkt

		BDI post	BAI post	SCL-90-R post	Somatisierungssubskala des SCL-90-R post
DiFL post	r	0.222	0.573**	0.408**	0.329*
	p	0.180	0.000	0.010	0.041

(r = Korrelationskoeffizient, p = Signifikanz)

(\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.)

(\*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.)

Wie in Tabelle 19 ersichtlich, finden sich in der Teilstichprobe (Post) signifikante positive Korrelationen zwischen DiFL und BAI ( $r=0.573$ ), SCL-90-R ( $r=0.408$ ) sowie der Somatisierungsskala des SCL-90-R ( $r=0.329$ ).

Zwischen DiFL und BDI ergibt sich auch zum Postzeitpunkt keine signifikante Korrelation.

### 3.7.2 Korrelation zwischen DiFL und GAF

Zur Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen Dissoziation (DiFL) und psychosozialem Funktionsniveau (GAF) wurde die Korrelation nach Pearson zum Prä- und Posttermin berechnet (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Korrelation zwischen DiFL und GAF

		GAF prä	GAF post
DiFL post	r	-0.231	-0.310
	p	0.076	0.070

(r = Korrelationskoeffizient, p = Signifikanz)

(\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.)

(\*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.)

Die Korrelation von DiFL und GAF zeigt einen negativen Zusammenhang, der jedoch weder zum Prä- noch zum Post-Zeitpunkt signifikant ist.

### 3.7.3 Verlaufsmessungen der übrigen Instrumente

Zur Untersuchung der Veränderungen der Parameter im Therapieverlauf wurden t-Tests für gepaarte Stichproben (T) für die zwei Messzeitpunkte Prä und Post berechnet. Als Veränderungskennwerte wurden die Effektstärken (IESI) bestimmt. In Tabelle 21 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 21: Veränderungen der Parameter nach DBT

t-Test bei gepaarten Stichproben	MW prä	SD prä	MW post	SD post	T	n	P	IESI
DSS	2.9903	1.95035	2.6756	1.89530	1.114	39	0.272	0.16
FDS	2.2892	1.72766	2.0646	1.38334	1.204	39	0.236	0.14
WDS	2.7849	0.74003	2.5956	0.75504	2.568	39	0.014	0.25
BSL	1.9969	0.78238	1.7477	0.67237	2.264	39	0.029	0.34
SCL-90-R (GSI)	1.7203	0.76106	1.4318	0.68054	3.150	39	0.003	0.40
BAI	1.2008	0.63492	1.1408	0.55616	0.881	39	0.384	0.10
BDI	32.24	11.243	25.63	11.588	3.470	39	0.001	0.58
GAF	45.45	12.186	55.42	11.076	-7.425	60	0.000	0.85

(MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, T=t-Test, n=Anzahl Probanden, p=Signifikanz, IESI=Effektstärke)

Wie in der obigen Tabelle ersichtlich, wird bei dem Prä-/Post-Vergleich von WDS, BSL, BDI und SCL-90-R eine signifikante Reduktion der Scores im Verlauf der stationären Therapie erreicht. Das psychosoziale Funktionsniveau in der Fremdeinschätzung (GAF) erreicht eine signifikante Erhöhung nach 3 Monaten Therapie. Die Veränderungen von DSS, FDS und BAI sind nicht signifikant.

Bei Betrachtung der Effektstärken verzeichnen GAF und BDI die größten Veränderungen.

### 3.7.4 Wöchentliche Verlaufsmessung der DiFL-Scores

Die wöchentlichen Messzeitpunkte der DiFL wurden durch eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen analysiert (siehe Tabelle 23). Diese dient zum Vergleich von mehr als zwei abhängigen Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte.

Vorgesehen waren eigentlich 12 wöchentliche Messzeitpunkte (entsprechend 3 Monate stationärer Hospitalisation mit DBT). Insgesamt wird in dieser Analyse aufgrund unvollständiger Datensätze bei teilweise frühzeitigen Entlassungen auf 10 Messzeitpunkte zurückgegriffen. Tabelle 22 zeigt die deskriptiven Werte der wöchentlichen Verlaufsmessung.

Tabelle 22: Wöchentliche Messung DiFL

Messzeitpunkt (abhängige Variable)	MW	SD	n
Woche 1	1.4295	0.81908	39
Woche 2	1.4423	0.88567	39
Woche 3	1.3478	0.77770	39
Woche 4	1.3910	0.86123	39
Woche 5	1.2292	0.71395	39
Woche 6	1.2468	0.76371	39
Woche 7	1.1314	0.81424	39
Woche 8	1.0176	0.63072	39
Woche 9	0.9936	0.67082	39
Woche 10	0.8766	0.65793	39

(MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n=Anzahl Probanden)

Tabelle 23: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

	Mittel der Quadrate	Quadratsumme vom Typ III	F	P
DiFL	1.971	17.735	12.109	0.000

(F=Fisher-Test, p=Signifikanz)

Bei der Varianzanalyse findet sich ein signifikanter Zeiteffekt, d. h. es ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den wöchentlichen Messzeitpunkten der DiFL.

## 4 Diskussion und Ausblick

Mit der Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL) wird ein Fremdrating-instrument zur Erfassung dissoziativer Symptome für den deutschsprachigen Raum vorgestellt. Im Kern zusammengefasst hatte die vorliegende Arbeit folgende Ziele:

- Überprüfung der Reliabilität der DiFL
- Erfassung der Validität der DiFL, indem Zusammenhänge mit klinischen Vergleichsmessungen (sowohl auf Selbst- als auch Fremdbeobachtungsebene) untersucht werden
- Nachweis der Änderungssensitivität der DiFL
- Faktorielle Prüfung der DiFL

### 4.1 Limitationen der Ergebnisse

Bevor die Ergebnisse analysiert und diskutiert werden, erfolgt zunächst eine kritische Betrachtung des Studiendesigns.

Eine Einschränkung der Untersuchung ist sicherlich die *statistische Power*, da diese Studie nur eine begrenzte Stichprobengröße von  $n = 65$  beurteilt.

Im Bezug auf die *Geschlechterverteilung* liegen die Männer deutlich in der Minderzahl, wobei anzumerken ist, dass dies ein Kennzeichen der dissoziativen Störungen und der Borderline-Erkrankung ist (siehe Punkt 1.1.6 und 1.2.2).

In unsere Studie wurden *nur stationäre* und keine ambulanten Patienten eingeschlossen. Die *Anzahl der stationären Aufenthalte* kann möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Die gebrauchten Messinstrumente weisen teilweise *verschiedene Zeitfenster* auf und entsprechen somit nicht alle dem Bezugszeitrahmen der DiFL (Zeitfenster 1 Woche). Der Erhebungszeitraum einer Woche wurde allerdings bewusst gewählt, da dieses Zeitfenster als besonders geeignet für Veränderungsmessungen gilt (Stieglitz, 2000).

Weiterhin sind die *generellen Nachteile eines Fremdbeurteilungsverfahrens* zu nennen: Aus ökonomischer Sicht sind Fremdmessungen grundsätzlich den Selbstmessungen unterlegen, da sie weitaus zeitaufwendiger sind. Außerdem bringen sie die sogenannten Versuchsleitereffekte mit sich. Es handelt sich hierbei um Effekte, die sich aus den persönlichen Erwartungen des Versuchsleiters an

das Experiment ergeben. Eventuell vermutet oder erhofft der Versuchsleiter bereits ein bestimmtes Ergebnis der Messung und versucht unbewusst die Versuchsperson dahin gehend zu beeinflussen, dass dieses auch eintritt.

Das Phänomen Dissoziation ist insgesamt betrachtet sehr schwierig zu messen. Dissoziative Symptome sind nicht immer offensichtlich und leicht zu erkennen. Bei der Anwendung der DiFL ist daher ein *geübter Therapeut* notwendig.

Da insgesamt sechs *verschiedene Fremdbeobachter* involviert waren, sind trotz gleichwertiger Ausbildungsgrundlage individuelle Unterschiede in der Beurteilung der Patienten möglich. Da die Erheber der DiFL teilweise auch gleichzeitig deren Therapeuten waren, konnte eine *Verblindung* in Form unabhängiger Beobachter leider nicht gewährleistet werden.

Alle Patienten befanden sich in einer störungsspezifischen stationären Therapie, welche oftmals am Ende der Hospitalisation die Planung *neuer Lebensperspektiven* (Ausbildung oder Wiedereinstieg in den Beruf) mit sich brachte. Hierdurch entstandene mögliche Einflüsse im Bezug auf den zweiten Messzeitpunkt wurden in unserer Studie nicht untersucht.

Gemäß Freyberger (Freyberger et al., 1996) können *psychotrope Medikamente* einen Einfluss auf den Schweregrad der Dissoziation haben. Diesbezüglich haben wir in unserer Studie keine Untersuchungen durchgeführt.

Um die *differentielle Validität* der DiFL nachzuweisen, wären Vergleiche mit anderen Störungsgruppen wie Angst-, depressiven und schizophrenen Patienten sowie eine gesunde Kontrollgruppe wünschenswert gewesen. Dies war im Rahmen unseres Studienaufbaus nicht möglich.

## 4.2 Diskussion der demografischen und klinischen Daten

Der Altersdurchschnitt der Stichprobe in der vorliegenden Untersuchung entspricht mit 29,9 Jahren dem von anderen Studien. In einer Übersichtsarbeit fanden sich Altersangaben zwischen 18,2 und 30 Jahren für die BPS (Akhtar et al., 1986).

Beim Geschlecht ergab sich die typische Verteilung mit Dominanz des weiblichen Geschlechts von 89,2 %. Gemäß einigen Übersichtsarbeiten lagen die Zahlen der weiblichen Personen mit BPS zwischen 70-76 % (Widiger und Weissman, 1991; APA, 2000). Das Verhältnis von Frauen zu Männern mit Dissoziativen Störungen wird durch Kluft zwischen 3:1 und 9:1 geschätzt (Kluft in Temminghoff, 1999). Die Überlegenheit des weiblichen Anteils wird verstärkt durch die Tatsache, dass Männer sich einerseits seltener als Frauen in psychiatrische Behandlung begeben (Skodol und Bender, 2003) und andererseits aufgrund ihres impulsiven Verhaltens und körperlichen Übergriffen vermehrt ins Gefängnis anstatt in eine psychiatrische Institution eingewiesen werden (Bohus, 1998). Zudem betrifft der sexuelle Missbrauch bzw. die körperliche Misshandlung als vermuteter Auslöser der Borderline-Störung weitaus häufiger Frauen (Stone, 1990). Des Weiteren war in unserer Studie die Bereitschaft zur Teilnahme beim weiblichen Geschlecht höher als beim männlichen. Auffällig ist, dass der Großteil der Patienten ledig ist (80 %) und fast die Hälfte der Patienten (44,6 %) keine abgeschlossene Berufsausbildung hat, was möglicherweise die mangelnde psychosoziale Kompetenz von Borderline-Patienten widerspiegelt. Diese Charakteristik findet sich in vielen Studien mit Borderline-Patienten (z. B. Bohus et al., 2001). Die hohe Komorbidität im Bereich der Achse-I-Störungen (insbesondere der depressiven Störungen, der Essstörungen und Angststörungen) findet sich im gleichen Ausmaß in vorangegangenen Untersuchungen bezüglich Borderline-Patienten im stationären Setting (Coid, 1993; Zanarini et al., 1998b). Bei Zanarini litten vergleichsweise 96 % der Borderline-Patienten unter depressiven Störungen, 88 % unter Angststörungen, 53 % unter Essstörungen und 64 % unter Substanzabusus. Die hohe Anzahl an zusätzlichen Persönlichkeitsstörungen wird äquivalent in anderen Studien beschrieben (Zanarini et al., 1998a; Grilo et al., 2002). Zanarini fand bei 33 % der Borderline-Patienten eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung. Bei Grilo wiesen 44 % der Borderline-Patienten eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung auf, im Mittel litten die Patienten unter 1,3 Persönlichkeitsstörungen.

### 4.3 Diskussion der explorativen Faktorenanalyse

Per Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient und MSA-Koeffizient sowie signifikanten Bartlett-Test wurde die Eignung der Daten zur Durchführung einer Faktorenanalyse bestätigt. Durch die Hauptkomponentenanalyse wurden vier Faktoren mit einem Eigenwert  $>1$  extrahiert. Ebenso ergab der Scree-Plot eine 4-faktorielle Lösung.

Statistisch gesehen ergibt sich also eine aus 4 Faktoren bestehende Struktur der DiFL. Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse fällt jedoch auf, dass Faktor 1 der varianzstärkste Faktor ist. Er alleine bildet schon 41,4 % der Gesamtvarianz ab und beinhaltet die meisten Items (insgesamt 6 Items). Mit einem Eigenwert von 6,619 ist er deutlich abgegrenzt von den anderen Faktoren. Demgegenüber tragen Faktoren 2, 3 und 4 zusammen nur 27,3 % der Gesamtvarianz und umfassen jeweils nur 2 bzw. 3 Items. Zudem liegen zweiter, dritter und vierter Faktor sehr nah beieinander und haben einen Eigenwert nur knapp über 1. Auf Grund dieser hohen Interkorrelationen scheint es nahe liegender, lediglich den ersten Faktor als unabhängig zu betrachten und somit der DiFL eine Eindimensionalität zuzuschreiben.

Auf der inhaltlichen Ebene würde dies der Messung eines Generalfaktors der Dissoziation bedeuten. Dieses entspricht der Annahme, dass es sich bei der Dissoziation um ein inhaltlich einheitliches Konstrukt handelt (Wolfradt und Kretzschmar, 1997).

Im zweiten Teil der Faktorenanalyse wurde mit Hilfe der Varimaxrotation versucht, eine Item-Skala-Zuordnung durchzuführen. Hierbei ließ sich unsere vor der Ergebnisanalyse postulierte Zuordnung nicht bestätigen. Alternativ wurde im Ergebnisteil eine neue Zuordnung zu Symptomkomplexen erarbeitet, die den effektiven Berechnungen gerecht wurde (vgl. Tabelle 11, S.44). Es ergaben sich die folgenden 4 Symptomgruppen:

- Faktor 1: Gestörte Umweltwahrnehmung
- Faktor 2: Psychomotorische Auffälligkeiten
- Faktor 3: Desorientierung
- Faktor 4: Intrusionen/Flashbacks.

---

Bei dieser Item-Skala-Zuordnung fällt auf, dass einige essenzielle Items (z. B. Item 5 („Reduzierte Bewegungen“) und Item 7 („Stereotype Bewegungen“) gemäß der statistischen Berechnungen keinem der Faktoren zugeordnet werden konnten. Aus klinischer Sicht kann auf diese Items jedoch nicht verzichtet werden, da psychomotorische Veränderungen bei dissoziativen Störungen zentrale Merkmale sind. Schlussfolgernd ist die neue Zuteilung statistisch gesehen zwar korrekt, aber im klinischen Gebrauch nur bedingt anwendbar. Die DiFL sollte besser nur als Gesamtskala betrachtet werden.

## 4.4 Diskussion der Reliabilität

### 4.4.1 Innere Konsistenz und Split-half Reliabilität

Die verschiedenen Reliabilitätsparameter der DiFL können als gut eingeschätzt werden. Die Reliabilität eines guten Tests sollte definitionsgemäß zwischen 0.7 und 1.0 liegen. Dabei gilt: je näher an 1.0, desto besser (Bühner, 2006).

Die DiFL verfügt bei einer Gesamtstichprobe von 65 Patienten über eine hohe innere Konsistenz (Cronbach's  $\alpha=0.889$ ). Auch die Split-half-Reliabilität liegt mit 0.814 in einem guten Bereich. Im Bezug auf die Teilstichprobe ( $n = 39$ ) zum Post-Zeitpunkt ist die innere Konsistenz mit Cronbach's  $\alpha=0.874$  und die Split-half-Reliabilität mit 0.853 ebenfalls gut. Um diese Werte besser einordnen zu können, gibt Tabelle 24 eine Übersicht über Reliabilitätswerte anderer etablierter Testverfahren.

Tabelle 24: Reliabilitätswerte anderer Instrumente

Reliabilität	DSS-7-Tage	FDS	WDS	BSL
Cronbach's $\alpha$	0.93	0.91-0.93	0.899-0.947	0.97

Da sich die initial gebildeten Subgruppen in der Faktorenanalyse nicht bestätigen ließen, hätte man auf Reliabilitätsberechnungen der Subskalen verzichten können. Diese liegen in unserer Untersuchung hinsichtlich der inneren Konsistenz zwischen  $\alpha=0.526$  und  $\alpha=0.803$ , was als zufriedenstellend bis gut einzuschätzen ist. Die Split-half-Reliabilität ist mit Werten zwischen 0.334 und 0.803 als bedeutend niedriger anzusehen.

Auf die Berechnung der Test-Retest-Reliabilität wurde bewusst verzichtet, da die DiFL dazu entwickelt wurde, eine Veränderung zu messen.

#### 4.4.2 Itemanalyse

Die Itemanalyse dient der Darstellung der statistischen Eigenschaften der einzelnen Items. Die *Itemtrennschärfe* drückt inhaltlich aus, wie gut ein Item eine Skala (gebildet aus den restlichen Items) widerspiegelt (Bühner, 2006). Bei Betrachtung der Itemtrennschärfen lagen zwei Items in dem kritischen Bereich von  $<0.3$ , was sich negativ auf die Messgenauigkeit (Reliabilität) der Gesamtskala auswirkt. Bei Ausschluss von Item 15 („Stimmen hören / Pseudohalluzinationen“) verbessert sich Cronbach's  $\alpha$  auf 0.894, bei Eliminierung von Item 16 („Flashbacks“) erhöht sich Cronbach's  $\alpha$  auf 0.900. Bei weiteren Anwendungen der DiFL wäre somit zu diskutieren, ob man auf diese zwei Items verzichten sollte, zugunsten einer höheren Reliabilität.

Die *mittlere Trennschärfe* beträgt 0.55 und liegt damit sogar höher als beispielsweise die der DES (mittlere Trennschärfe 0.49; Bernstein und Putnam, 1986).

Die *mittleren Inter-Item-Korrelationen* lagen bei 0.34. Dieser Homogenitätsindex sollte günstigerweise zwischen 0.20 und 0.40 liegen (Bühner, 2006). Dies trifft auf die von uns ermittelten Koeffizienten somit vollständig zu.

## 4.5 Diskussion der Validität

### 4.5.1 Inhaltsvalidität

Die Inhaltsvalidität ist aufgrund der Entwicklung der DiFL durch ein Expertenteam gesichert. Die Items der DiFL können auch außerhalb der vorliegenden Testsituation als repräsentativ zum Erfassen von Dissoziation angesehen werden.

### 4.5.2 Konvergente Validität

Zur Berechnung der konvergenten Validität wurde der Zusammenhang zwischen DiFL und anderen Dissoziation messenden Tests (DSS, FDS, WDS, BSL) untersucht (vgl. Punkt 3.5.2). Insgesamt betrachtet zeigen sich die Korrelationen der DiFL mit diesen etablierten Testverfahren im moderaten Bereich. Man muss sich hierbei natürlich vor Augen halten, dass wir ein Fremdrating mit Selbstbeurteilungsfragebögen verglichen haben, so dass eine hundertprozentige Kongruenz von vornherein gar nicht möglich war. Trotzdem zeigen die Ergebnisse, dass die DiFL gleiche Phänomene misst. Anzumerken ist noch, dass bei dem Vergleich zwischen DiFL und FDS verschiedene Zeitfenster betrachtet werden, da sich der DiFL auf die letzten 7 Tage bezieht, wohingegen der FDS allgemein dissoziative Symptome misst, ohne Angabe eines Zeitfensters.

In dem Vergleich zum Prä-Zeitpunkt wurden lediglich zwei signifikante geringe Korrelationen zwischen DiFL und FDS ( $r=0.274$ ) bzw. BSL ( $r=0.287$ ) erreicht.

Die Anzahl der signifikanten Korrelationen steigt hingegen bei den Vergleichen zum Post-Zeitpunkt. Hier ergeben sich moderate Korrelationen zwischen DiFL und allen Dissoziation messenden Instrumenten: DSS ( $r=0.501$ ), FDS ( $r=0.460$ ), WDS ( $r=0.514$ ), BSL ( $r=0.354$ ).

Hierfür gibt es eine klinische Erklärung. Insgesamt gesehen handelt es sich bei dem Phänomen Dissoziation um für die Betroffenen schwer fassbare Symptome. Zu Beginn der Therapie sind sich die meisten Patienten gar nicht bewusst, welche Symptome überhaupt zur Definition der Dissoziation zählen. Da dieses Expertenwissen fehlt, neigen die Patienten initial zur Unterschätzung ihrer Symptome, was eine Auswirkung auf die Testergebnisse hat. Verstärkt wird dies zusätzlich dadurch, dass dissoziative Symptome teilweise auch außerhalb des Bewusstseins liegen (Stieglitz, 2000). Entsprechend unterschätzen die Patienten in den

Selbstbeurteilungsinstrumenten (DSS, FDS, WDS, BSL) ihre dissoziativen Symptome. Die Experten hingegen vermerken in der DiFL weitaus höhere Dissoziationswerte. Daher fallen die Korrelationskoeffizienten zum Prä-Zeitpunkt niedrig aus und sind teilweise nicht einmal signifikant.

Während der Hospitalisation erlernen die Patienten durch Psychoedukation, was Dissoziation überhaupt bedeutet und welche Symptome dazu gehören. Es folgt ein Lernprozess, der die Wahrnehmung von dissoziativen Phänomenen fördert. Entsprechend kommt es zu höheren Korrelationen am Post-Termin, weil sich die Werte von Selbstrating und Fremdrating am Ende der Hospitalisation mehr aneinander annähern.

Dass die Korrelationshöhe weiterhin nur im moderaten Bereich liegt, hängt einerseits mit der Angewohnheit von Borderline-Patienten zusammen, eigene Fortschritte und Erfolge in der Selbstbeurteilung zu gering einzuschätzen. Weiterhin kommt es aber auch zu absichtlichen Verfälschungen (Dissimulationen). Diese dienen dazu, ein Wiedererleben von Realtraumatisierungen zu verhindern (Carlson und Armstrong, 1994). Zudem hat die Erkenntnis der Patienten, dass sie unter einer dissoziativen Störung leiden, eine Scham induzierende Wirkung. Es resultiert eine Verschwiegenheit über dissoziative Symptome.

Demgegenüber steht eine Überschätzung psychopathologischer Symptome, sobald diese erlernt wurden. Dies hängt mit der Angst zusammen, die professionelle Hilfe des Therapeuten zu verlieren, wenn nur noch eine niederschwellige Berichterstattung von Symptomen erfolgt (Blount et al., 2002).

Alle diese Phänomene werden als *Response-Bias* bezeichnet und bringen eine methodische Limitation bei der Messung von dissoziativen Symptomen mit sich.

### 4.5.3 Übereinstimmungsvalidität

Die Korrelation zwischen DiFL und SKID-D ist signifikant und liegt mit  $r=0.601$  im moderaten Bereich. Es besteht also eine Übereinstimmungsvalidität mit SKID-D als Außenkriterium. Dass es sich hierbei um die höchste Korrelation aller durchgeführten Berechnungen handelt, war zu erwarten, da es sich bei beiden Tests um Fremdratings handelt. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass die deutsche Version des SKID-D bisher noch nicht ausreichend validiert ist und dass insbesondere diese Subgruppe aus zeitökonomischen Gründen leider nur aus 19 Teilnehmern bestand. Trotzdem ist dieses Ergebnis von besonderem Stellenwert, denn durch den Vergleich mit dem Goldstandard der Fremdbeurteilungsinstrumente verleiht es der DiFL ein gewisses Qualitätsmerkmal. Der DiFL scheint somit in der Lage zu sein, zumindest eine Schweregradeinteilung von dissoziativen Symptomen möglich zu machen. Da er wesentlich ökonomischer anzuwenden ist, stellt er eine gute klinische Ergänzung da - als kategoriales Fremdmessungsinstrument. Ein für Dissoziation gut geschulter Therapeut sollte mit Hilfe der DiFL in der Lage sein, dissoziative Phänomene gut zu beobachten und zu bewerten.

#### **4.6 Diskussion der Änderungssensitivität**

Bei dem Vergleich der DiFL-Werte vom Prä- bzw. Post-Zeitpunkt zeigt sich nach 3-monatiger DBT im stationären Rahmen eine signifikante deutliche Abnahme des Ausprägungsgrades der Dissoziation mit hohen Effektstärken. Inhaltlich kann man dies als einen Therapieerfolg werten. Die Patientin haben während der Hospitalisation ein Instrumentarium erlernt, mit dem sie es schaffen, dissoziative Symptome zu bewältigen.

Die DiFL ist in der Lage, diese Entwicklung der Ausprägung von dissoziativen Symptomen zu erfassen. Dieses zeigt sich an hochsignifikanten Veränderungen der DiFL-Scores im Vergleich des Prä- und Post-Messzeitpunkts. Schlussfolgernd ist die DiFL ein änderungssensitives Messinstrument und kann als Instrument zur Evaluation von Therapieeffekten eingesetzt werden. Der Bezugszeitrahmen von einer Woche gilt außerdem als besonders geeignet für Veränderungsmessungen (Stieglitz, 2000). Die DiFL ist damit nutzbar für klinische und wissenschaftliche Verlaufsmessungen dissoziativer Symptome im Rahmen einer Außenwahrnehmung.

Allerdings setzt die Anwendung der DiFL einen geschulten und auf Dissoziation spezialisierten Therapeuten voraus. Ebenso besteht eine deutliche Abhängigkeit von der Introspektion des beobachteten Patienten.

Zudem wollten wir den Beleg der Änderungssensitivität durch einen äquivalenten Verlauf zwischen DiFL und DSS verstärken. Überraschenderweise zeigten die Verlaufsmessungen der DSS jedoch keine signifikanten Ergebnisse (siehe Punkt 3.7.3), obwohl für die DSS eine gute Änderungssensitivität beschrieben ist (Wagner, 2006).

## **4.7 Diskussion der explorativen Datenanalyse**

### **4.7.1 Zusammenhang Dissoziation und Depression**

Der Zusammenhang zwischen Dissoziation und Depression wurde durch Korrelation zwischen DiFL und BDI untersucht. Hierbei findet sich weder zum Prä- noch zum Post-Zeitpunkt eine signifikante Korrelation. Eine Erklärung hierfür ist, dass es sich inhaltlich um zwei verschiedenen Konstrukte handelt. Statistisch gesehen zeigt sich hier ein Hinweis für die divergente Validität der DiFL und spricht für ein weiteres Qualitätsmerkmal unserer Skala.

### **4.7.2 Zusammenhang Dissoziation und Angst**

Mithilfe der Korrelation von DiFL und BAI sollte die Relation zwischen Dissoziation und Angst betrachtet werden. Es ergibt sich zum Prä-Zeitpunkt keine signifikante Korrelation. Zum Post-Zeitpunkt allerdings besteht eine signifikant positive Korrelation zwischen DiFL und BAI im moderaten Bereich ( $r=0.573$ ). Auch in anderen Publikationen fanden sich enge Zusammenhänge zwischen dissoziativen Symptomen und Angstzuständen (Bernstein und Putnam, 1986; Schumaker et al., 1995; Freyberger et al., 1998; Stiglmayr et al., 2003). Die Beziehung beider Symptome kann man am besten als eine Art Wechselwirkung beschreiben. Auf der einen Seite können dissoziative Symptome durch Distanzierung eine mögliche Bewältigungsstrategie von Angst und damit zusammenhängenden Spannungszuständen darstellen. Auf der anderen Seite weiß man, dass dissoziative Phänomene, insbesondere Amnesie und Fugue, aufgrund des Kontrollverlusts während der nicht erinnerlichen Episode, ihrerseits auch Angstauslöser sein können. Von der Funktion her, ist sowohl Angst als auch die Dissoziation eine psychische Reaktionsmöglichkeit und kann sowohl Schutz als auch Schädigung bedeuten. Angst ist ein emotionaler Zustand, der bereits in früher Kindheit erlernt wird und daher eine fundamentale Bedeutung hat. Die Patienten können viel leichter bewerten, ob sie Angstzustände haben. Hingegen ist die Dissoziation, wie bereits unter Abschnitt 4.5.2 erläutert, ein Lernprozess. Aufgrund dieser Tatsache und auch aufgrund des Vergleichs zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung liegt die Höhe der Korrelation „nur“ im mittleren Bereich.

### **4.7.3 Zusammenhang Dissoziation und psychische Symptombelastung**

Der Zusammenhang zwischen Dissoziation und allgemeiner psychischer Symptombelastung wurde durch Korrelation zwischen DiFL und SCL-90-R untersucht. Hierbei fand sich keine Korrelation zum Prä-Termin, aber eine signifikante moderate positive Korrelation ( $r=0.408$ ) zum Post-Termin. Eine inhaltliche Begründung des Zusammenhangs besteht darin, dass Dissoziation allgemein mit einer hohen Psychopathologie einher geht. Dass sich der Zusammenhang erst zum Post-Zeitpunkt zeigt, könnte an einer initialen Unterschätzung der Symptome im Selbsttest liegen. Hingegen konnten die Therapeuten das Ausmaß der Dissoziation bereits zu Anfang der Therapie definieren, so dass die Ergebnisse von SCL-90-R als Selbstmessung und DiFL als Fremdmessung zu Beginn der Hospitalisation weitaus mehr auseinander lagen. Im Verlauf der Therapie waren die Patienten in der Lage den Schweregrad ihrer psychischen Symptome besser einzuschätzen, somit kam es zu einer Annäherung der Scores.

Bisherige Untersuchungen zwischen Selbstratings der Dissoziation und der allgemeinen Symptombelastung zeigen höhere Korrelationen. Dieser Unterschied kann durch die Erhebungsmethodik (Selbst- gegenüber Fremdmessung) begründet werden.

### **4.7.4 Zusammenhang Dissoziation und Somatisierung**

Zur Untersuchung einer Relation zwischen Dissoziation und Somatisierung erfolgte eine Korrelation zwischen DiFL und der Somatisierungssubskala des SCL-90-R. Hierbei ergibt sich eine signifikant moderate Korrelation ( $r=0.329$ ) zum Post-Zeitpunkt. Die Ursache hierfür ist, dass die DiFL psychomotorische Items beinhaltet, die teilweise in den somatoformen Kreis einstrahlen (Item 5 = Reduzierte Bewegung, Item 6 = Gangunsicherheit/Bewegungsstörungen, Item 7 = Stereotype Bewegungen, Item 8 = Visuelle Fixierung/Tunnelblick). Der Zusammenhang von Dissoziation und Konversion ist immer wieder diskutiert worden. Wie bereits im Theorieteil beschrieben (siehe Punkt 1.1.5), werden die Begriffe Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen gemäß der ICD-10 nahezu synonym verwendet. Viele Autoren gehen von einem „integrierenden und basalen Pathomechanismus“ dieser beiden Störungen aus (Nemiah, 1988;

Hoffmann und Hochapfel, 1995; Freyberger und Spitzer, 1996). Empirisch wurde dieser Zusammenhang 1998 belegt (Freyberger et al., 1998).

Dass somatoforme Störungen gehäuft mit dissoziativen Störungen auftreten, wurde von Ellason beschrieben. Die Häufigkeit lag in seiner Studie bei 43.9 % (Ellason et al., 1996). Auch in unserer Studie war bei 3 Patienten eine somatoforme Störung bekannt.

#### **4.7.5 Zusammenhang Dissoziation und psychosoziale Funktion**

Der Zusammenhang zwischen Dissoziation und der psychosozialen Funktion wurde durch Korrelation von DiFL und GAF untersucht. Es zeigte sich wie erwartet ein negativer Zusammenhang, allerdings lag dieser knapp außerhalb der Signifikanzgrenze. Es lässt sich also zumindest die Tendenz erkennen, dass das psychosoziale Funktionsniveau abhängig vom Schweregrad der Dissoziationen eingeschränkt wird.

#### **4.7.6 Verlaufsmessungen der anderen Messinstrumente**

Ebenso wie bei der DiFL wurde ein Vergleich zwischen Prä- und Postwerten der anderen Messinstrumente mit Hilfe des t-Tests durchgeführt (siehe Tabelle 21 unter Punkt 3.7.3). Bei dem Prä-/Post-Vergleich von WDS, BSL, BDI und SCL-90-R fand sich eine signifikante Reduktion der Scores im Verlauf der stationären Therapie. Das psychosoziale Funktionsniveau in der Fremdeinschätzung (GAF) erreicht eine signifikante Erhöhung nach 3 Monaten Therapie. Die Veränderungen von DSS, FDS und BAI waren hingegen nicht signifikant. Einschränkend ist anzumerken, dass all diese Ergebnisse aus statistischer Sicht auch Spontanverläufe sein könnten, da wir ohne Kontrollgruppe zur Gegenüberstellung gearbeitet haben.

Trotzdem wollen wir die Ergebnisse genauer betrachten. Genauso wie durch die DiFL wurde auch durch die WDS und die BSL eine Abnahme der Dissoziationsausprägung im Rahmen der Hospitalisation verzeichnet. Dies spricht indirekt für einen Therapieerfolg durch die DBT. Da auch die Scores von BDI und SCL-90-R eine signifikante Minderung zeigen, kann indirekt die Aussage gemacht werden, dass die DBT ebenso eine Reduktion der depressiven Symptomatik sowie des allgemeinen psychischen Befindens bewirkt hat.

Die signifikante Zunahme des GAF spricht für eine lebenspraktische Orientierung und ein Ausbau der Sozialkompetenz während der DBT. Angesichts der hohen Effektstärke könnte allerdings auch durch eine Art „therapeutischen Optimismus“ vor der Entlassung eine Verzerrung in den positiven Bereich stattgefunden haben (Versuchsleiterereffekt).

Auffällig ist, dass die Angst im Verlauf der Therapie nicht reduziert werden konnte. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Entlassung ins alltägliche Leben bevorstand. Der geschützte Therapierahmen näherte sich dem Ende und neu geplante Herausforderungen (im Privat-/Berufsleben) mussten von nun ab wieder alleine bewerkstelligt werden. Dies ruft bei vielen Patienten natürlich Angst hervor.

Ein weiteres Dissoziation messenden Instrument, nämlich der FDS, zeigt bei der Verlaufsmessung keine signifikante Veränderung. Eine einfache Erklärung hierfür ist das Testkonstrukt an sich. Der FDS definiert als einziger kein Zeitfenster und ist somit für eine Veränderungsmessung nicht geeignet.

Als letztes bleibt allerdings unklar, warum der DSS in unserer Studie keine Veränderungen misst. In vorherigen Studien wurde die Änderungssensitivität bereits beschrieben (Stiglmayr et al., 2003). Mit unseren Ergebnissen können wir dies leider nicht bestätigen.

#### **4.7.7 Diskussion der wöchentlichen Messung der DiFL**

Um eine signifikante Veränderung zwischen den wöchentlichen DiFL-Messungen darzulegen, erfolgte eine einfache Varianzanalyse mit Messwiederholungen. Diese Hypothese konnte aufgrund der Analyse bestätigt werden. Zusammen mit der hohen Effektstärke zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt (siehe Punkt 4.6) kann man sagen, dass die DiFL einen aktuellen Zustand misst und damit geeignet ist, um Therapieverläufe zu erfassen.

## 5 Zusammenfassung

Trotz ausgeprägtem Interesses an dem Phänomen Dissoziation existiert mit dem SKID-D im deutschsprachigen Raum erst ein etabliertes Fremdbeurteilungsinstrument zur Messung von dissoziativen Symptomen, welches allerdings den Nachteil der Zeitaufwendigkeit mit sich bringt. Entwickelt auf der Basis von Expertenerfahrungen stellen wir in dieser Arbeit die Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL) vor, die ein ökonomisches Mittel und eine sinnvolle Ergänzung zu bereits etablierten Testverfahren darstellt. In der vorliegenden Arbeit wurde mithilfe der 16 Items eine Gesamtstichprobe von 65 stationären Borderline-Patienten durch ein sechsköpfiges Therapeutenteam bewertet. Anschließend erfolgten eine psychometrische Evaluation der Gütekriterien der DiFL sowie eine explorative Datenanalyse. Diese ersten Reliabilitäts- und Validitätsanalysen zeigten günstige Ergebnisse. Es konnte nachgewiesen werden, dass die DiFL ein änderungssensitives Messinstrument ist und entsprechend zur Evaluation von Therapieeffekten und wissenschaftlichen Verlaufsmessungen genutzt werden kann. Die Faktorenanalyse ergab eine 4-faktorielle Lösung, die jedoch aus klinischer Sicht nur bedingt sinnvoll ist. Schlussfolgernd sollte man die DiFL eher als Gesamtskala betrachten.

In der explorativen Datenanalyse wurden Zusammenhänge zwischen Dissoziation und Depression, Angst, Somatisierung, allgemeiner psychischer Symptombelastung und der psychosozialen Funktion untersucht und analysiert.

Sicherlich sind weitere Untersuchungen mit klinischen und nicht-klinischen größeren Stichproben notwendig, um die psychometrischen Kennwerte der DiFL weiter zu prüfen. Wünschenswert wäre hierbei auch ein Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe sowie einer gemischt-psychiatrischen Stichprobe zur genaueren Evaluation der differentiellen und divergenten Validität.

## 6 Literaturverzeichnis

- Akhtar S, Byrne JP, Doghramji K (1986):** The demographic profile of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 47, 196-198
- Akiskal HS (1981):** Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am* 4, 25-46
- Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM (1985):** Borderline: An adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 46, 41-48
- Allen JG, Smith WH (1993):** Diagnosing dissociative disorders. *Bull Menninger Clin* 57, 328-343
- American Psychiatric Association (1980):** Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R (3rd ed. rev.). APA, Washington, DC
- American Psychiatric Association (1987):** Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III (3rd ed.). APA, Washington, DC
- American Psychiatric Association (1994):** Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV (4<sup>th</sup> ed.). APA, Washington, DC
- American Psychiatric Association (2000):** Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR (4<sup>th</sup> ed., text rev.). APA, Washington, DC
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988):** An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56, 893-897
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961):** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4, 53-63
- Bernstein EM, Putnam FW (1986):** Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174, 727-735
- Bjorklund P (2006):** No man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs* 27, 3-23
- Bleuler E (1911):** Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (Hrsg.): *Handbuch der Psychiatrie*. Deuticke, Leipzig, Wien
- Blount C, Evans C, Birch S et al. (2002):** The property of self-report measures: Beyond psychometrics. *Psychol Psychother* 75, 151-164
- Bob P (2003):** Dissociation and neuroscience: history and new perspectives. *Int J Neurosci* 113, 903-14
- Bohus M (1998):** Kognitive Verhaltenstherapie bei Borderline-Störungen. In: Hautzinger M (Hrsg.): *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. Psychologie Verlags Union, Weinheim

- Bohus M, Berger M (1996):** Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 67, 911-923
- Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kühler T, Stieglitz RD (2007):** Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology* 40, 126-132
- Bohus M, Limberger MF, Frank U, Sender I, Gratwohl T, Stieglitz RD (2001):** Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 201-211
- 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. *Am J Psychiatry* 148, 458-462
- Braakmann D, Schweiger U (2004):** Die Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL). Medizinische Universität zu Lübeck. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Bremner JD, Krystal JH, Putnam FW, Southwick SM, Marmar C, Charney DS, Mazure CM (1998):** Measurement of dissociative states with the Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). *J Traumatic Stress* 11, 125-136
- Briquet P (1859):** *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Baillière JB, Paris
- Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA (1995):** Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood-abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 152, 1788-1792
- Brown P (1994):** Toward a psychobiological model of dissociation and post-traumatic stress disorder. In: Lynn SJ, Rhue JW (Hrsg.): *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. Guilford, New York
- Bühner M (2006):** *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. Pearson, München
- Cardena E (1994):** The domain of dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW (Hrsg.): *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. Guilford, New York
- Cardena E, Spiegel D (1996):** Diagnostic Issues, Criteria, and Comorbidity of Dissociative Disorders. In: Michelson LK und Ray WJ (Hrsg.): *Handbook of Dissociation Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. Plenum Press, New York
- Carlson E, Armstrong J (1994):** The diagnosis and assessment of dissociative disorders. In: Lynn SJ, Rhue JW (Hrsg.): *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. Guilford, New York
- Carlson E, Putnam FW (1993):** An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 6, 16-27
- Charcot JM, Richer P (1881):** *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou Grande Hystérie*. Delahaye et Lecrosnier, Paris

- Chu JA, Dill DL (1990):** Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 147, 887-892
- Coid J (1993):** Personality disorder and self-report questionnaire. *B J Psychiatry* 162, 265-266
- Coons PM (1994):** Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *J Nerv Ment Dis* 182, 461-464
- Dahl AA (1985):** A critical examination of empirical studies of the diagnosis of borderline disorders in adults. *Psychiatr Dev* 3, 1-29
- Dammann G, Clarkin JF, Kächele H (2000):** Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In Kernberg OF, Dulz B, Sachse U (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 701–730). Schattauer, Stuttgart
- Davis GC, Akiskal HS (1986):** Descriptive, biological and theoretical aspects of borderline personality disorder. *Hosp Comm Psychiatry* 37, 685-692
- Dell PF (1998):** Axis II Pathology in outpatients with Dissociative Identity Disorder. *J Nerv Ment Dis* 186, 352-356
- Dell PF (2006):** The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *J Trauma Dissociation* 7, 77-106
- Derogatis LR (1986):** SCL-90-R. Self-Report-Symptom Inventory. In: *Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum* (Hrsg.): *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Beltz, Weinheim
- Deutsch H (1934):** Über einen Typus der Pseudoaffektivität („als ob“). *Internationale Zeitschrift der Psychoanalyse* 20, 323-335
- Deutsch H (1942):** Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal Q* 11, 301-321
- Devinsky O, Putnam F, Grafman J, Bromfield E, Theodore WH (1989):** Dissociative states and epilepsy. *Neurology* 39, 835-840
- Dilling H, Mombour D, Schmidt MH (1991):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Huber, Bern, Göttingen, Toronto
- Diseth TH (2005):** Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma- an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nord J Psychiatry* 59, 79-91
- Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL (1996):** Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry* 59, 255-266
- Fiedler P (1995):** *Persönlichkeitsstörungen*. Beltz, Psychologische Verlags Union, Weinheim
- Fiedler P (1999):** *Dissoziative Störungen und Konversion*. Psychologie Verlags Union, Weinheim

- Fiedler P, Mundt C (1996):** Dissoziative Störungen, vorgetäuschte Störungen und Störungen der Impulskontrolle. In: Ehlers A und Hahlweg K (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie. Hogrefe, Göttingen
- Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt M, Lipschitz D (2006):** Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 163, 623-629
- Franke G (1995):** Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Manual. Beltz, Göttingen
- Frankel FH (1990):** Hypnotizability and dissociation. *Am J Psychiatry* 147, 823-829
- Freud S (1905):** Buchstück einer Hysterieanlage. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 18. In: Gesammelte Werke I. Fischer, Frankfurt
- Freud S, Breuer J (1895):** Studien über Hysterie. In: Gesammelte Werke. Fischer, Frankfurt
- Freyberger HJ, Drescher S, Dierse B, Spitzer C (1996):** Psychotherapeutic outcome among inpatients with neurotic and personality disorders with and without benzodiazepine dependence syndrome. *Eur Addict Res* 2, 53-61
- Freyberger HJ, Spitzer C (1996):** Psychoanalytische Therapie dissoziativer Störungen. In: Senf W, Broda M (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD (1999):** Fragebogen zu dissoziativen Symptomen. Verlag Hans Huber, Bern
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N, Bernstein-Carlson E (1998):** Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS): Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). *Psychother Psychosom med Psychol* 48, 223-229
- Freyberger HJ, Stieglitz RD (1999):** Dissoziative Störungen. In: Berger M (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban und Schwarzenberg, München, 657-665
- Friedl M, Draijer N (2000):** Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 157, 1012-1013
- Frischholz EJ, Lipman LS, Braun BG, Sachs RG (1992):** Psychopathology, hypnotizability and dissociation. *Am J Psychiatry* 149, 1521-1525
- Frommer J, Reißer V (1997):** Neuere Ansätze zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiat* 65, 34-40
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997):** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II). Hogrefe, Göttingen
- Garcia FO (1990):** The concept of dissociation and conversion in the new edition of the International Classification of Diseases (ICD-10). *Dissociation* 4, 204-208
- Gast U, Oswald T, Zündorf F, Hofmann A (2000):** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV - Dissoziative Störungen (SKID-D). Hogrefe, Göttingen

- Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM (2001):** Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 189, 249-257
- Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E (1991):** Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatr Res* 37, 73-80
- Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML (1992):** Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorders. *J Nerv Ment Dis* 180, 332-337
- Grilo CM, Sanislow CA, McGlashan TH (2002):** Co-occurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 190, 552-554
- Grinker R, Werble B, Drye R (1968):** *The Borderline Syndrome: A behavioral study of ego functions.* Basic Books, New York, NY
- Gunderson JG, Carpenter WT, Strauss JS (1975):** Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *Am J Psychiatry* 132, 1257-1264
- Gunderson JG, Elliot GR (1985):** The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 142, 277-288
- Gunderson JG, Kolb JE (1978):** Discriminating features of Borderline Patients. *Am J Psychiatry* 135, 792-796
- Gunderson JG, Kolb JE, Austin V (1981):** The Diagnostic Interview for Borderline Patients. *Am J Psychiatry* 138, 896-903
- Gunderson JG, Phillips KA (1991):** A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 148, 967-975
- Gunderson JG, Singer MT (1975):** Defining Borderline Patients: An overview. *Am J Psychiatry* 132, 1-10.
- Gunderson JG, Zanarini MC (1987):** Current overview of the borderline diagnosis. *Clin Psychiatry* 48, 5-10
- Hartkamp N, Wöller W, Ott J, Langenbach M (2002):** Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31). In: Tress W, Wöller W, Hartkamp W, Langenbach M, Ott J (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen.* Schattauer, Stuttgart
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994):** Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. Deutsche Bearbeitung. Huber, Bern
- Hedberg DL, Houck JH, Glueck BC (1971):** Tranylcypramine-Trifluoperazine Combination in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 127, 1141-1146
- Hilgard ER (1994):** Neodissociation Theory. In: Lynn SJ, Rhue JW (Hrsg.): *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives.* Guilford, New York
- Hoch PH, Polatin P (1949):** Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q* 23, 248-276
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1995):** *Einführung in die Neurosenlehre und Psychotherapeutische Medizin.* 4. Auflage, Schattauer, Stuttgart

- Horen SA, Leichner PP, Lawson JS (1995):** Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 40, 185-191
- Horevitz RP, Braun BG (1984):** Are multiple personalities Borderline? In: Braun BG (Hrsg.): *Psychiatric Clinics of North America. Symposium on Multiple Personality.* Philadelphia.
- Janet P (1907):** *The major symptoms of hysteria.* Macmillan, New York
- Jang KL, Paris J, Zweig-Frank H, Livesley J (1998):** Twin study of dissociative experience. *J Nerv Ment Dis* 186, 345-351
- Kennedy F, Clarke S, Stopa L, Bell L, Rouse H, Ainsworth C, Fearon P, Waller G (2004):** Towards a cognitive model and measure of dissociation. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 35, 25-48
- Kernberg OF (1967):** Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15, 641-685
- Kernberg OF (1975):** *Borderline conditions and pathological narcissism.* Aronson, New York. dt.(1980): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus (4. Aufl.)*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Kernberg OF (1981):** Structural Interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 4, 169-195
- Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F (1971):** Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Am J Psychiatry* 128, 302-306
- Kihlstrom JF, Glisky ML, Angiulo MJ (1994):** Dissociative tendencies and dissociative disorders. *J Abnorm Psychol* 103, 117-124
- Klein DF (1967):** Importance of Psychiatric Diagnosis in the prediction of clinical drug effects. *Arch Gen Psychiatry* 16, 118-126
- Klein DF (1975):** Psychopharmacology and the Borderline Patient. In: Mack JE (Hrsg.): *Borderline States in Psychiatry.* Grune & Stratton, Inc., New York, NY
- Klein DF (1977):** Psychopharmacological Treatment and Delineation of Borderline Disorders. In: Hartocollis P (Hrsg.): *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient.* International Universities Press, New York, NY
- Kluft RP (1987):** First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 144, 293-298
- Kluft RP (1991):** Multiple personality disorder. In: Tasman A, Goldfinger SM (Hrsg.): *American Psychiatric Press Review of Psychiatry.* American Psychiatric Press, Washington DC
- Knight RP (1953):** Borderline states. *Bull Menninger Clin* 17, 1-12
- Knudsen K, Draijer N, Haselrud J, Boe T, Boon S (1995):** Dissociative disorders in Norwegian psychiatric inpatients. Paper presented at the Spring meeting of the

International Society of the Study of Dissociation. Amsterdam, Netherlands. Referenced in Ross CA (Hrsg., 1997): Dissociative identity disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality (2<sup>nd</sup> ed). Wiley and Sons, New York

**Krüger C, Mace CJ (2002):** Psychometric validation of the State Scale of Dissociation (SSD). *Psychol Psychother* 75, 33-51

**Krystal JH, Bennett A, Bremner D, Southwick SM, Charney DS (1996):** Recent developments in the neurobiology of dissociation. In: Michelson LK und Ray WJ (Hrsg.): *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives*. Plenum, New York

**Liebowitz MR (1979):** Is borderline a distinct entity? *Schizophr Bull* 5, 23-38

**Linehan MM (1993):** *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford, New York

**Linehan MM (1999a):** Development, evaluation and dissemination of effective psychosocial treatments: Levels of disorder, stages of care and stages of treatment research. In: Glantz MD, Hartel CR (Hrsg.): *Drug Abuse: Origins and interventions* (S. 367-394), American Psychological Association, Washington.

**Linehan MM (1999b):** Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviours for patients in treatment. In: Jacobs DG (Hrsg.): *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (S. 146-187), Jossey-Bass Inc., San Francisco..

**Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993):** Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psych* 50, 971-974

**Linehan MM, Heard HL (1999):** Borderline personality disorder: Cost, course and treatment outcomes. In: Miller N, Magruder K (Hrsg.): *The cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioner, researchers and policy-makers* (S. 291-300), Oxford University Press, New York

**Loewenstein RJ (1991a):** An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 14, 567-604

**Loewenstein RJ (1991b):** Rational psychopharmacology in the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 14, 721-740

**Loewenstein RJ (1994):** Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: Report submitted to the Clinton Administration Task Force in Health Care Financing Reform. *Dissociation* 7, 3-12

**Marmor C, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan K, Kulka RA, Hough RL (1994):** Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 151, 907-908

**McNally RJ, Clancy SA, Schacter DL, Pitman RK (2000):** Personality profiles,

dissociation, and absorption in women reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 68, 1033-1037

**Mentzos S (1986):** *Hysterie*. Fischer, Frankfurt

**Modestin J, Ebner G, Junghan M, Erni T (1996):** Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 37, 355-361

**Nemiah JC (1988):** Dissoziative Störungen. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik*, Bd. 4: Psychosomatische Störungen. Thieme, Stuttgart, New York

**Nemiah JC (1989):** Dissociative disorders (hysterical neurosis, dissociative type). In: Kaplan HI, Sadock BJ (Hrsg.): *Comprehensive textbook of psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition, Williams & Wilkins, Baltimore

**Nijenhuis ER, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J (1996):** The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis* 184, 688-694

**Nijenhuis ER, Spinhoven P, 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 Psychiatr Scand* 96, 311-318

**Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J (1998):** Psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire: a replication study. *Psychother Psychosom* 67, 17-23

**Paris J (1993):** The treatment of borderline personality disorder in light of research on its long-term outcome. *Can J Psychiatry* 38, 28-34

**Paris J (2002):** Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. Review. *Harv Rev Psychiatry* 10, 315-323

**Putnam FW (1993):** Dissociative phenomena. In: Spiegel D (Hrsg.): *Dissociative disorders. A clinical review*. Sidran Press, Lutherville

**Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, Bowman ES, Coons P, Chu JA, Dill D, Loewenstein RJ, Braun BG (1996):** Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 184, 673-679

**Quimby LG, Putnam FW (1991):** Dissociative symptoms and aggression in a state mental hospital. *Dissociation* 4, 21-24

**Ray WJ, Faith M (1995):** Dissociative experiences in a college population: Follow-up with 1190 subjects. *Pers Individ Differ* 18, 223-230

**Richter P, Werner J, Bastine R (1994):** Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventar (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23, 3-19

**Rieder RO (1979):** Borderline Schizophrenia: Evidence of its validity. *Schizophr Bull* 5, 39-46

- Riley KC (1988):** Measurement of Dissociation. *J Nerv Ment Dis* 176, 449-450
- Rind B, Tromovitch P, Bauserman R (1998):** A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychol Bull* 124, 22-53
- Rohde-Dachser C (1986):** Borderlinestörungen. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömngren E (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Springer, Berlin
- Ross CA (1989):** Multiple personality disorder. Diagnosis, clinical features and treatment. Wiley & Sons, New York
- Ross CA, Anderson G, Fleisher WP, Norton GR (1991a):** The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 148, 1717-1720.
- Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D, Anderson G, Barchet P (1989):** The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation* 2, 169-189
- Ross CA, Joshi S, Currie R (1990):** Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry* 147, 1547-1552
- Ross CA, Miller SD, Bjornson L, Reagor P, Fraser GA, Anderson G (1991b):** Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder. *Can J Psychiatry* 36, 97-101
- Ross CA, Norton GR, Wozney K (1989):** Multiple personality disorder, an analysis of 236 cases, *Can J Psychiatry* 34, 413-418
- Ross CA, Ryan L, Anderson G, Ross D, Hardy L (1989):** Dissociative experiences in adolescents and college students. *Dissociation* 2, 239-242
- Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP (1999):** Der Verlauf von Borderline-Störungen. Eine Literaturübersicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 67, 200-217
- Sanders S (1986):** The Perceptual Alteration Scale: A scale measuring dissociation. *Am J Clin Hypn* 29, 95-102
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (dt. Bearbeitung und Einführung). Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Saxe GN, Van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J (1993):** Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 150, 1037-1042
- Schimke P (2003):** Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala. Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität.
- Schulte D (1993):** Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22, 374-393
- Schumaker JF, Warren WG, Carr SC, Schreiber GS, Jackson CC (1995):** Dissociation and depression in eating disorders. *Soc Behav Pers* 23, 53-58
- Shearer SL (1994):** Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 151, 1324-1328

- Shields J, Gottesman II (1972):** Cross-national diagnosis of schizophrenia in twins: The heritability and specificity of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 27, 725-730
- Sipos V, Schweiger U (2005):** Stationäres Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörung mit hoher Komorbidität. In: Merod R (Hrsg.): *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen* (S. 503-523). Dgvt-Verlag, Tübingen.
- Skodol AE, Bender DS (2003):** Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q* 74, 349-360
- Spiegel D (1991):** Dissociation and trauma. In: Tasman A, Goldfinger SM (Hrsg.): *American Psychiatric Press Review of psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, DC
- Spiegel D, Cardena E (1991):** Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol* 100, 366-378
- Spitzer C, Barnow S, Grabe HJ, Klauer T, Stieglitz RD, Schneider W, Freyberger HJ (2006):** Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *J Trauma Dissociation* 7, 51-62
- Spitzer C, Effler K, Freyberger HJ (2000):** Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten. *Zsch Psychosom Med* 46, 273-285
- Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler C (1996):** Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. *Psychiatr Prax* 23, 63-68
- Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M (1979):** Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 36, 17-24
- Steinberg M (1989-1993):** Field trials of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. New Haven, CT: Yale University School of Medicine
- Steinberg M (1994):** Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) (Revised Edition). American Psychiatric Press, Washington, DC
- Steinberg M (1996):** The psychological assessment of dissociation. In: Michelson LK und Ray WJ (Hrsg.): *Handbook of dissociation*. Plenum, New York
- Steinberg M, Cicchetti DV, Buchanan J, Hall PE, Rounsaville B (1989-1992):** NIMH field trials of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D). New Haven, CT: Yale University School of Medicine
- Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti DV (1990):** The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 147, 76-82
- Stern A (1938):** Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 7, 467-489

- Stieglitz RD (2000):** Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen
- Stiglmayr C, Braakmann D, Haaf B, Stieglitz RD, Bohus M (2003):** Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala-akut (DSS-akut). *Psychother Psychosom Med Psychol* 53, 287-294
- Stone MH (1979):** Contemporary shift of the Borderline concept from a subschizophrenic disorder to a subaffective disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2, 577-594
- Stone MH (1990):** Incest in the borderline patient. In: Kluft RP (Hrsg.): *Incest –related syndromes of adult psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington, DC. 183-204
- Stone MH (1993):** Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 162, 299-313
- Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I (1990):** Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 4, 257-272
- Takahashi Y (1990):** Is multiple personality disorder really rare in Japan? *Dissociation* 3, 57-59
- Temminghoff W (1999):** Eine-Sein! Viele-Sein! Eine werden? Eine phänomenologische Studie zu multiplen/integrativen Lebenskonzepten. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Terr LC (1991):** Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148, 10-20
- Tutkun H, Sar V, Yargic LI, Ozpulat T, Yanik M, Kiziltan E (1998):** Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry* 155, 800-805.
- Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL (1991):** Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 148, 1665-1671
- Van der Kolk BA, Van der Hart O, Marmar CR (1996):** Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg.): *Traumatic stress: Effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Guilford, New York
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C (1996):** The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clin Psychol Rev* 16, 365-382
- Vanderlinden J, Van der Hart O, Varga K (1996):** European studies of dissociation. In: Michelson LK und Ray WJ (Hrsg.): *Handbook of dissociation*. Plenum, New York
- Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H (1991):** Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium. A study with the Dissociative Questionnaire DIS-Q. *Dissociation* 4, 180-184.
- Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H (1993a):** Trauma and

psychological dysfunction in the general population of the Netherlands. *Hosp Community Psychiatry* 44, 786-788

**Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H, Verkes RJ (1993b):**

The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report scale. *Clin Psychol Psychother* 1, 21-27

**Veith I (1965):** Hysteria. The history of a disease. The University of Chicago Press

**Wagner AW, Linehan MM (1998):** Dissociation. In: Follette VM, Ruzek JI, Abueg FR (Hrsg.): A cognitive-behavioral approach. Guilford, New York

**Wagner T (2006):** Der Verlauf von Spannung und Dissoziation bei Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer stationären Dialektisch-Behavioralen Therapie. Berlin: Humboldt-Universität

**Waller NG, Putnam FW, Carlson EB (1996):** Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Meth* 1, 300-321

**Weissman MM, Myers JK (1980):** Psychiatric disorders in a U.S. community. The application of research diagnostic criteria to a resurveyed community sample. *Acta Psychiatr Scand* 62, 99-111

**Weltgesundheitsorganisation (1991):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Übersetzt von Dilling H, Mombour W und Schmidt MH, 2. korrigierte Auflage, Huber, Bern

**Widiger TA, Sanderson C (1997):** Borderline personality disorder. In: Tasman A, Kay J, Lieberman J (Hrsg.): *Psychiatry*. Saunders WB, Philadelphia (1302-1304)

**Widiger TA, Weissman MM (1991):** Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 42, 1015-1021

**Wing JK, Babor T, Brugha T, Cooper JE, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N (1990):** SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 47, 589-593

**Wittchen HU, Pfister H (1998):** DIA-X Interviews. Swets Test Services, Frankfurt

**Wittchen HU, Semler G (1991):** Composite International Diagnostics Interview. Interviewheft und Manual. Beltz-Tests, Weinheim, Basel

**Wittchen HU, Winderlich U, Gruschwitz S (1997):** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I). Hogrefe, Göttingen

**Wölk W (1992):** Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. *Nervenarzt* 63, 149-156

**Wolfradt U, Kretschmar K (1997):** Kurzbericht über neue diagnostische Verfahren: Untersuchungen mit deutschsprachigen Versionen zweier Skalen zur Erfassung dissoziativer Erfahrungen. *Diagnostica* 43, 370-376

**World Health Organization (1990):** Composite International Diagnostics Interview (CIDI); a) CIDI-Interview (Version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI-Training manual, d) CIDI-computer programs. WHO, Genf

**World Health Organization (1991a):** Tenth revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F). Mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genf

**World Health Organization (1991b):** Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. WHO, Genf. Deutsche Übersetzung: Gülick-Bailer vM, Maurer M: unveröffentlichtes Manuskript, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

**Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V (1998b):** Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 155, 1733-1739

**Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V (1998a):** Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 39, 296-302

**Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR (1989):** The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *J Personal Disord* 3, 10-18

**Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J (2000):** The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 41, 223-227

**Zilboorg G (1941):** Ambulatory Schizophrenia. *Psychiatry* 4, 149-155 (1941)

**Zimmerman M, Mattia JI (1999):** Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 40, 245-252

**Zucker L (1952):** The psychology of latent schizophrenia; based on Rorschach studies. *Am J Psychother* 6, 44-62

**Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J (1994a):** Dissociation in female patients with borderline and non-borderline personality disorders. *J Personal Disord* 8, 203-209

**Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J (1994b):** Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorders. *J Personal Disord* 8, 210-218

**Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J (1994c):** Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 39, 259-264

**Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J (1994d):** Psychological risk factors and self-mutilation in male patients with BPD. *Can J Psychiatry* 39, 266-268

## 7 Anhang

### 7.1 Gegenüberstellung der Klassifikationsmerkmale der Dissoziativen Störungen in ICD-10 und DSM-IV

ICD-10		DSM-IV	
<b>F44</b>	<b>Dissoziative Störungen</b>		<b>Dissoziative Störungen</b>
F 44.0	dissoziative Amnesie	300.12	psychogene Amnesie
F 44.1	dissoziative Fugue	300.13	psychogene Fugue
F 44.2	dissoziativer Stupor		
F 44.3	dissoziative Trance- und Besessenheitszustände		
F 44.4	dissoziative Bewegungsstörungen	300.11	Konversionsstörung (gehört zu den somatoformen Störungen)
F 44.5	dissoziative Krampfanfälle		
F 44.6	dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen		
F 44.7	dissoziative Störungen, gemischt		
F 44.8	sonstige dissoziative Störungen		
F 44.80	Ganser-Syndrom		
F 44.81	multiple Persönlichkeit	300.14	dissoziative Identitätsstörung
F 44.88	sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)		
F 44.9	nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen	300.15	nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen
<b>F 45</b>	<b>Somatoforme Störungen</b>		<b>Somatoforme Störungen</b>
F 45.0	Somatisierungsstörung	300.81	Somatisierungsstörung
F 45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	300.70	Undifferenzierte somatoforme Störung
F 45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung		
F 45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	307.80	Somatoforme Schmerzstörung
<b>F 48</b>	<b>Sonstige neurotische Störungen</b>		
F 48.1	Depersonalisations-/Derealisationsstörung	300.60	Depersonalisationsstörung (gehört zu den dissoziativen Störungen)
<b>F 60</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>		<b>Persönlichkeitsstörungen</b>

## 7.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV (301.83)

Ein tief greifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- 1 Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.  
*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
- 2 Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Überidealisierung und Abwertung gekennzeichnet ist.  
Identitätsstörungen: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- 3 Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgabe, Sexualität, Substanzmissbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren und „Fressanfälle“).  
*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
- 4 Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- 5 Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- 6 Chronisches Gefühl von Leere.
- 7 Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- 8 Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Aus: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV (APA, 1996; S.739).

### 7.3 Einordnung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (F 60.31) in die emotional instabile Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10

#### **F 60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung**

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen impulsiv zu handeln, und wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit vor auszuplanen ist gering, und Ausbrüche intensiven Ärgers können oft zu gewalttätigem und explosivem Verhalten führen; dieses wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

#### **F 60.30 Impulsiver Typus**

Die wesentlichen Charakterzüge des impulsiven Typus sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere. Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter 2):

Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln.

Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden.

Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens.

Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden.

Unbeständige und unberechenbare Stimmung.

#### **F 60.31 Borderline-Typus**

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich ist oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere mit Neigungen zu intensiven, aber instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen, die wiederholt zu emotionalen Krisen führen können. Auffällig sind außerdem übermäßige Anstrengungen, nicht verlassen zu werden sowie Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen). Mindestens drei der fünf Kriterien des impulsiven Typus müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:

Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller).

Neigung, sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen.

Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden.

Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung.

Anhaltende Gefühle von Leere.

## 7.4 Die Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste (DiFL)

(Braakmann und Schweiger, 2004)

Patient/Code: .....

Datum: .....

Beobachter: .....

1. Mangelnde/Verzögerte Reaktion auf Ansprache

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2. Gestörte emotionale Reaktivität

(Emotionale Beteiligung/Inadäquater Ausdruck)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. Schreckhaftigkeit

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4. Verminderte soziale Wahrnehmung

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

5. Reduzierte Bewegung

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

6. Gangunsicherheit/Bewegungsstörung

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

7. Stereotype Bewegungen

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

8. Visuelle Fixierung/Tunnelblick

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

9. Desorientierung (z. B. Verlaufen)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

10. Verminderte Gefahrwahrnehmung/Risiko-  
verhalten

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

11. Dissoziative Anfälle

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

12. Passivität (Geistige Abwesenheit/Tagträume)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

13. Dissoziative Amnesie

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

14. Dissoziative Fugue

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

15. Pseudohalluzinationen/Stimmen hören

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

16. Flashbacks

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

## 7.5 Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BAI	Beck-Angst-Inventar
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BSL	Borderline-Symptom-Liste
CADSS	Clinician-Administered Dissociative State Scale
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DIB	Diagnostic Interview for Borderline Patients
DDIS	Dissociative Disorders Interview Schedule
DES	Dissociative Experiences Scale
DIA-X	Diagnostische Expertensystem für Psychische Störungen
DiFL	Dissoziations-Fremdbeurteilungs-Liste
DIS-Q	Dissociation Questionnaire
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
DSS	Dissoziations-Spannungs-Skala
ES	Effektstärke
FDS	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen
GAF	Global Assessment of Functioning
GSI	Gesamt-Schwere-Index (des SCL-90-R)
ICD	Internationale Klassifizierung von Diagnosen
MID	Multidimensional Inventory of Dissociation
MW	Mittelwert
PAS	Perceptual Alteration Scale
PSDI	positive symptom distress index (des SCL-90-R)
PST	positive symptom total (des SCL-90-R)
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
QED	Questionnaire of Experiences of Dissociation
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCL-90-R	revidierte Form der Symptom-Check-Liste
SD	Standardabweichung
SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire
SCID-D	Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder
SKID-D	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-Dissoziative Störungen

---

SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV für psychische Störungen
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV für Persönlichkeitsstörungen
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSD	State Scale of Dissociation
STAI	State-Trait-Angst-Inventar
WDS	Wessex Dissociation Scale
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## 7.6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei dissoziativen Störungen	S. 10
Tabelle 2: Häufigkeit von Achse-I-Störungen bei dissoziativen Störungen	S. 11
Tabelle 3: Subskalen der DiFL mit zugehörigen Items	S. 25
Tabelle 4: Untersuchungsdurchführung mit Messzeitpunkten	S. 38
Tabelle 5: Geschlechterverteilung der Stichprobe	S. 40
Tabelle 6: Familienstand der Stichprobe	S. 40
Tabelle 7: Schulbildung der Stichprobe	S. 40
Tabelle 8: Ausbildungsstand der Stichprobe	S. 41
Tabelle 9: Komorbiditäten der Achse I	S. 41
Tabelle 10: Komorbiditäten der Achse II	S. 42
Tabelle 11: Item-Skalen-Zuordnung	S. 44
Tabelle 12: Deskriptive Itemstatistik und Item-Skala-Statistik	S. 46
Tabelle 13: Inter-Item-Korrelationen	S. 46
Tabelle 14: Korrelationen der DiFL zum Prä-Zeitpunkt	S. 48
Tabelle 15: Korrelationen der DiFL zum Post-Zeitpunkt	S. 48
Tabelle 16: Korrelation zwischen DiFL und SKID-D	S. 49
Tabelle 17: Veränderung der DiFL-Scores nach DBT	S. 50
Tabelle 18: Korrelation zwischen DiFL und BDI, BAI, SCL-90-R und Somatisierungssubskala zum Prä-Zeitpunkt	S. 51
Tabelle 19: Korrelation zwischen DiFL und BDI, BAI, SCL-90-R und Somatisierungssubskala zum Post-Zeitpunkt	S. 51
Tabelle 20: Korrelation zwischen DiFL und GAF	S. 52
Tabelle 21: Veränderungen der Parameter nach DBT	S. 53
Tabelle 22: Wöchentliche Messung DiFL	S. 54
Tabelle 23: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung	S. 54
Tabelle 24: Reliabilitätswerte anderer Instrumente	S. 60

## 7.7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Scree-Plot der explorativen Faktorenanalyse	S. 43
--	-------

## **7.8 Votum der Ethikkommission**

Die vorliegende Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck geprüft und zugelassen. Das Genehmigungsschreiben ist auf den 20.09.2000 datiert (Aktenzeichen 00-067).

## 8 Danksagungen

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger für die Betreuung meiner Doktorarbeit, das Überlassen dieses Themas und die hilfreichen Ratschläge wie auch Frau Dr. Diana Braakmann für die Unterstützung bei der Durchführung der Studie und die Hilfe beim Zusammenstellen und Analysieren der Daten.

Ein besonderer Dank gebührt allen Patientinnen und Patienten, die sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen sowie an das gesamte Team der Borderline-Station, die immer hilfreich zur Seite standen.

Weiterhin danke ich meinen Kodoktorandinnen Mareike Mikesch und Frauke Witt für die kollegiale Unterstützung und gute Zusammenarbeit bei der Datenerhebung.

Ein großes Dankeschön geht natürlich an meine Eltern, die mir das Studium der Medizin überhaupt ermöglicht haben, meinen Werdegang konsequent unterstützen und immer an mich glauben.

Ein besonderes Lob gebührt außerdem meinem Partner Markus Janke, der mich immer wieder motiviert hat und jederzeit hinter mir stand.

## 9 Lebenslauf

**Name:** Nina Clasen



**Adresse:** Buchholzstrasse 9 b  
3604 Thun, Schweiz

**Geburtsdatum:** 22. Februar 1981

**Geburtsort:** Buxtehude, Niedersachsen

**Schulbildung:** 1987-1991: Grundschule Jork  
1991-1993: Orientierungsstufe Jork  
1993-2000: Halepaghen-Gymnasium Buxtehude

**Schulabschluss:** 06/2000: Abitur

**Berufsausbildung:** 10/2000-05/2007: Studium der Humanmedizin,  
Universität zu Lübeck  
06/2007: Approbation als Ärztin

**Berufserfahrung:** 10/2007–09/2008 Assistenzärztin für Innere Medizin,  
Spital Riggisberg, Schweiz  
10/2008–02/2010 Assistenzärztin für Innere Medizin,  
Klinik Sonnenhof Bern, Schweiz  
Seit 03/2010 Assistenzärztin für Innere Medizin,  
Inselspital Bern, Schweiz

Thun, 15.11.2010

.....