Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

**Angewandte
Psychologie**

www.psychologie.zhaw.ch

Masterarbeit

Alltagsfunktionen und Lebensqualität bei Patienten mit dissoziativen Störungen

Cornelia B. Künzler

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. med. Christoph Müller-Pfeiffer, St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord

Zürich, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Dank

Ein herzliches Dankeschön geht an Herrn Dr. med. Christoph Müller der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste Sektor Nord für seine engagierte Unterstützung bei der Verfassung dieser Arbeit.

Ein besonderer Dank gilt auch allen Patientinnen und Patienten, die an der Studie teilgenommen haben und von denen ich sehr viel lernen konnte.

Dank gebührt auch lic. phil. Daniela Wyss und lic. phil. Noelle Perron für die gute Zusammenarbeit im Rahmen dieser Studie.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT **7**

1 EINLEITUNG **11**

1.1 ZIEL DER ARBEIT 11

1.2 AUFBAU DER ARBEIT 12

2 DISSOZIATIVE STÖRUNGEN **13**

2.1 BEGRIFFSERKLÄRUNG 13

2.1.1 Etymologie Dissoziation 13

2.1.2 Definition Dissoziation 13

2.1.3 Die Geschichte der Dissoziation 14

2.2 KONZEPTUALISIERUNG DER DISSOZIATION 19

2.2.1 Dissoziation nach Cardena 20

2.2.2 Dissoziation auf einem Kontinuum 23

2.2.3 Dissoziation als „Compartmentalization“ oder „Detachment“ 24

2.2.4 Dissoziation nach Dell 25

2.2.5 Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit 29

2.2.6 Fazit 31

2.3 ENTSTEHUNG DER DISSOZIATIVEN STÖRUNG 32

2.3.1 Posttraumatisches Modell der Dissoziation 33

2.3.2 Soziokognitives Modell der dissoziativen Identitätsstörung 34

2.3.3 Dissoziative Störungen als eigenständiges Störungsbild oder als Subform anderer psychiatrischer Störungen 35

2.3.4 Fazit 36

2.4 KLASSIFIKATION DISSOZIATIVER STÖRUNGEN 36

2.4.1 Dissoziative Amnesie 37

2.4.2 Dissoziative Fugue 38

2.4.3 Dissoziative Identitätsstörung 38

2.4.4 Depersonalisationsstörung 39

2.4.5 Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung 39

2.5 PRÄVALENZ DISSOZIATIVER STÖRUNGEN 40

2.6 KOMORBIDITÄT VON DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN 41

2.7 DIAGNOSTIK DISSOZIATIVER STÖRUNGEN 41

2.8 BEHANDLUNG DISSOZIATIVER STÖRUNGEN 42

2.8.1 Psychotherapie 43

2.8.2 Pharmakotherapie 46

3 FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT **47**

4 LEBENSQUALITÄT **49**

5 FORSCHUNGSFRAGE 51
5.1 ENTSTEHUNG DER FRAGESTELLUNGEN 51
5.1.1 Pilotstudie 51
5.1.2 Ziel der Arbeit 52
5.2 FRAGESTELLUNGEN 52
5.3 HYPOTHESEN 52
6 METHODE 55
6.1 ABLAUF DER DATENERHEBUNG 55
6.1.1 Studienzentren 55
6.1.2 Durchführung 55
6.1.3 Einschlusskriterien 56
6.1.4 Ausschlusskriterien 56
6.2 UNTERSUCHUNGSMETHODEN 56
6.2.1 Selbstbeurteilungsinstrumente 57
6.2.2 Fremdbeurteilungsinstrumente 58
6.2.3 Messzeitpunkte 60
6.3 STATISTISCHE DATENAUSWERTUNG 60
7 ERGEBNISSE 63
7.1 DESKRIPTIVE AUSWERTUNG 63
7.1.1 Soziodemographie 63
7.1.2 Prävalenz von dissoziativen Störungen 65
7.1.3 Komorbiditäten von dissoziativen Störungen mit anderen DSM-IV Achse I und Achse II Störung. 68
7.2 ALLTAGSFUNKTIONEN UND LEBENSQUALITÄT BEI DISSOZIATIVEN STÖRUNGEN 68
7.2.1 Alltagsfunktionen bei dissoziativen Störungen 68
7.2.2 Lebensqualität bei dissoziativen Störungen 75
8 DISKUSSION 79
LITERATURVERZEICHNIS 85
ANHANG I 91
ANHANG II 113

Abstract

Dissoziative Störungen stellen einen relevanten Komorbiditätsfaktor vieler psychischer Erkrankungen dar. Trotzdem besteht eine kontroverse Diskussion über die klinische Relevanz dieses Störungsbildes und es ist unklar, welcher Einfluss die dissoziativen Störungen auf die Funktionsfähigkeit im Alltag und auf die Lebensqualität hat.
In der vorliegenden Arbeit, die im Rahmen einer laufenden Studie des Universitätsspitals Zürich und dem Center of Education & Research der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord verfasst wurde, sind 119 teilstationäre sowie ambulante psychiatrische Patientinnen und Patienten systematisch mit den strukturierten klinischen Interviews für psychische Störungen nach DSM-IV (SKID-I/II, SKID-D), dem Fragebogen zur Messung der Behinderung in Bezug auf die Funktionsfähigkeit, dem World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II), der Skala zur Erfassung der Globalen Funktionsfähigkeit, (GAF - Skala) sowie dem Fragebogen zur subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität (WHOQOL-BREF) systematisch untersucht worden. Der Einfluss einer komorbiden dissoziativen Störung auf die Alltagsfunktionen sowie auf die Lebensqualität wurde mittels multipler linearer Regressionsanalyse untersucht.
Personen mit einer dissoziativen Störung (n=22) wiesen im Durchschnitt drei komorbide Achse-I und II Störungen auf, wobei in den häufigsten Fällen Angststörungen (95.5%), affektive Störungen (45.4%) sowie Persönlichkeitsstörungen (77.3%) vorlagen. Unter Berücksichtigung der komorbiden Achse-I und II Störungen zeigten Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen eine signifikant grössere Beeinträchtigung in der globalen Funktionsfähigkeit als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen. Insbesondere bei den Alltagsfunktionen bezüglich der Dimensionen Verständnis und Kommunikation sowie Tätigkeiten im Haushalt wiesen Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen signifikant grössere Beeinträchtigungen auf. In Bezug auf die Lebensqualität konnte kein signifikanter Einfluss der dissoziativen Störungen nachgewiesen werden.
Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die dissoziativen Störungen mit einer grösseren Beeinträchtigung in der Funktionsfähigkeit einhergehen, nicht aber mit einer geringeren Lebensqualität. Diese Resultate untermauern die klinische Relevanz der dissoziativen Störungen als relevante komorbide Einflussfaktoren.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dissoziative Phänomene (Cardena) 20

Abbildung 2: Dissoziation auf einem Kontinuum (Brown) 23

Abbildung 3: Bereiche der Funktionsfähigkeit & Behinderung (Cieza & Stucki) 47

Abbildung 4: Häufigkeiten der dissoziativen Störungen nach DSM-IV 66

Abbildung 5: Häufigkeiten von DSM-IV Achse-I und II Störungen 67

Abbildung 6: GAF Werte 69

Abbildung 7: Verständnis und Kommunikation 70

Abbildung 8: Mobilität 70

Abbildung 9: Für sich selbst sorgen 71

Abbildung 10: Umgang mit anderen Menschen 72

Abbildung 11: Tätigkeiten im Haushalt 73

Abbildung 12: Arbeit 73

Abbildung 13: Teilnahme am gesellschaftlichen Leben 74

Abbildung 14: Physische Gesundheit 75

Abbildung 15: Psychische Gesundheit 76

Abbildung 16: Soziale Beziehungen 76

Abbildung 17: Umwelt 77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorisierung der Dissoziation gemäss ICD-10 und DSM-IV 37

Tabelle 2: Prävalenzstudien 40

Tabelle 3: Domänen und Facetten der Lebensqualität 49

Tabelle 4: GAF-Werte 59

Tabelle 5: Messzeitpunkte 60

Tabelle 6: Familiärer Status 64

Tabelle 7: Ausbildungsstand der Patientengruppen 64

Tabelle 8: Erwerbstätigkeit der Patientengruppen 65

Tabelle 9: Hauptfinanzierung Lebensunterhalt 65

Tabelle 10: Prävalenz von dissoziativen Störungen 66

Tabelle 11: Komorbidität dissoziativer Störungen mit weiteren DSM-IV Achse-I und II Störungen 68

Tabelle 12: Statistische Auswertung GAF 69

Tabelle 13: Statistische Auswertung Verständnis & Kommunikation 70

Tabelle 14: Statistische Auswertung Mobilität 71

Tabelle 15: Statistische Auswertung Für sich selbst sorgen 71

Tabelle 16: Statistische Auswertung Umgang mit anderen Menschen 72

Tabelle 17: Statistische Auswertung Tätigkeiten im Haushalt 73

Tabelle 18: Statistische Auswertung Arbeit 74

Tabelle 19: Statistische Auswertung Teilnahme am gesellschaftlichen Leben 74

Tabelle 20: Statistische Auswertung physische Gesundheit 75

Tabelle 21: Statistische Auswertung psychische Gesundheit 76

Tabelle 22: Statistische Auswertung soziale Beziehungen 77

Tabelle 23: Statistische Auswertung Umwelt 77

1 Einleitung

Ich schreibe diesen Brief in einem Strassencafé, während ich einen Espresso trinke, der dick ist wie Teufelsschweiss, und das sonderbare Gefühl habe, nicht ganz ich selbst zu sein. Ich kann`s nicht gut erklären, aber es ist ungefähr so, als ob mich jemand aus dem Tiefschlaf gerissen hätte, ich vor Schreck in alle meine Bestandteile zerfallen wäre und die Person mich in aller Eile wieder zusammengesetzt hätte. So ein Gefühl habe ich. Natürlich bin ich immer noch ich, aber etwas fühlt sich anders an als sonst. Andrerseits erinnere ich mich nicht, wie ich „sonst" war. Seit ich aus dem Flugzeug gestiegen bin, habe ich dieses sehr reale, aber doch abstrakte Gefühl, mich in einer Illusion zu bewegen. (Aus: H. Murakami: Sputnik Sweetheart)

1.1 Ziel der Arbeit

Die Fragen, was einen Menschen auszeichnet und worüber er seine Identität und sein Bewusstsein definiert, sind in der Regel schwierig zu beantworten und relativ schnell gerät man in grundlegende Fragen darüber, was denn die Seele oder das Selbst, der Geist und der Körper ist. Eine Ahnung davon bekommt man, wenn man feststellt, dass es Menschen gibt, die nicht mehr über ein über die Zeit hinweg konsistentes Erleben verfügen, was sich in Gedächtnisverlusten, verändertem Körpererleben und Umwelterfahrungen bis hin zu der Wahrnehmung, über mehrere Identitäten gleichzeitig zu verfügen, niederschlägt. Normalerweise erleben wir uns als konsistente Wesen mit einem Bewusstsein, in dem die Erfahrungen, Erlebnisse und Erinnerungen integriert werden, so dass uns zumindest diese Parameter ein Gefühl dafür geben, wer wir sind. Bei den dissoziativen Störungen funktioniert genau diese Integration nicht mehr und es liegt eine „Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt" (DSM-IV, 2001) vor.
Obwohl die dissoziativen Störungen relativ häufige Komorbiditätsfaktoren anderer psychischer Störungen darstellen (Johnson et al., 2006), ist die klinische Relevanz der dissoziativen Störungen umstritten und sie finden auch in der klinischen Versorgung kaum Beachtung.
In der vorliegende Arbeit, die im Rahmen des Forschungsprojekts „Dissoziative Störungen und Einschränkungen der Alltagsfunktion bei psychiatrischen Patienten: eine prospektive Follow-Up Untersuchung" (Müller-Pfeiffer, Perron, Kuenzler, Wyss, Rufer, 2010) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals Zürich und dem Center of Education & Research der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord verfasst wurde, wird die Prävalenz der dissoziativen Störungen sowie deren Komorbidität mit anderen psychischen Störungen gemäss DSM-IV bei ambulanten sowie teilstationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten untersucht. Ferner wird geschaut, ob Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen in der globalen Funktionsfähigkeit als auch in der Lebensqualität stärker beeinträchtigt sind als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel wird der Dissoziationsbegriff gemäss den zwei gebräuchlichen Klassifikationssystemen für psychische Störungen, dem ICD-10 und dem DSM-IV definiert. Auf dem Hintergrund des geschichtlichen Kontextes, in dem sich das Konzept der Dissoziation entwickelt hat, soll aufgezeigt werden, wie es zu den unterschiedlichen Definitionen gekommen ist. Anschliessend wird auf die Konzeptualisierung der Dissoziation eingegangen. Dabei werden aktuelle und in der Literatur häufig zitierte Modelle aufgezeigt, auf deren Grundlage einige der in dieser Arbeit angewandten Fragebogen zur Erfassung der Dissoziation entwickelt wurden. Danach werden zwei Entstehungstheorien der Dissoziation beleuchtet und es wird auf die Frage der Validität der dissoziativen Störungen eingegangen. Im Anschluss erfolgt eine Übersicht über die kategoriale Diagnostik gemäss ICD-10 und DSM-IV, wobei die Formen der dissoziativen Störungen nur gemäss DSM-IV erläutert werden, da die Diagnostik anhand dieser Kategorisierung erfolgt ist. Unter Berücksichtigung aktueller Studien wird im Anschluss auf die Prävalenz, auf die Komorbidität und die diagnostischen Instrumente sowie auf ausgewählte Behandlungskonzepte eingegangen.
Im dritten Kapitel erfolgt die Definition der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit gemäss World Health Organization (WHO).
Das vierte Kapitel beschreibt die Lebensqualität und deren Dimensionen.
Mit dem fünften Kapitel beginnt der empirische Teil der Arbeit, welches sich mit den Fragestellungen und den Hypothesen befasst.
Im sechsten Kapitel werden methodische Aspekte beleuchtet. Eingeleitet wird dieses mit einer Übersicht über den Ablauf der Datenerhebung, gefolgt von der Zusammenstellung der Untersuchungsmethoden und der Erläuterung der statistischen Auswertung.
Im siebten Kapitel erfolgt zuerst die deskriptive Auswertung der Daten, in dem die soziodemographischen Daten sowie die Prävalenz der dissoziativen Störungen und die Komorbidität zu weiteren DSM-IV Achse-I und II Störungen aufgezeigt werden. Anschliessend wird auf die Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen sowie auf die Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen eingegangen.
Das achte Kapitel enthält die Diskussion der Ergebnisse mit der Methodenkritik sowie weiterführenden Überlegungen.

2 Dissoziative Störungen

2.1 Begriffserklärung

2.1.1 Etymologie Dissoziation

Dissoziation hat seinen Ursprung im Lateinischen von dissociare und bedeutet *trennen, scheiden* sowie *auflösen* und *zerfallen* und kann als Gegenteil von assoziieren, verbinden und verknüpfen gesehen werden.

2.1.2 Definition Dissoziation

Zum Begriff „Dissoziation" finden sich in der Literatur unzählige Definitionen, die sich zum Teil hinsichtlich der zugrundeliegenden Annahmen unterscheiden. Somit werden an dieser Stelle die Definitionen auf die zwei gebräuchlichsten Klassifikationssysteme zur Diagnostik von psychischen Störungen, das DSM-IV-TR (2001) und das ICD-10 (2006) beschränkt.
Aus dem DSM-IV-TR (2001) geht folgende Definition hervor:

> Das Hauptmerkmal der Dissoziativen Störungen ist eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt.

Das ICD-10 (2006) definiert Dissoziation wie folgt:

> Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.

Aus beiden Definitionen geht hervor, dass bei der Dissoziation ein fehlerhafter Integrationsprozess vorliegt, wobei bestimmte Bewusstseinsinhalte nicht in das Erleben integriert und nicht mit anderen Ereignissen verknüpft werden können.
Ein wesentlicher Unterschied in den beiden Definitionen liegt darin, dass im DSM-IV nur die Störungen des Bewusstseins als dissoziative Störungen bezeichnet werden und die körperlichen dissoziativen Störungen unter der Bezeichnung „Konversionsstörungen" unter den somatoformen Störungen in einem eigenen Kapitel abgebildet werden. Im Gegensatz dazu werden im ICD-10 dissoziative Störungen als Konversionsstörungen betrachtet, die auch körperliche Störungen wie motorische Beeinträchtigungen sowie Störungen der Sensibilität und Empfindung beinhalten und die „normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen". Störungen, die mit körperlichen Schmerzen verbunden sind oder weitere komple-

xe körperliche Empfindungen, die durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, sind unter den Somatisierungsstörungen abgebildet. Im ICD-10 wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass „der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse“ ist.
Die unterschiedlichen Beschreibungen der Dissoziation im DSM-IV und im ICD-10 lassen sich auf verschiedene Denkströmungen und theoretische Annahmen in der Geschichte der Psychiatrie zurückführen, worauf im folgenden Kapitel eingegangen wird.

2.1.3 Die Geschichte der Dissoziation

Die Dissoziation ist im geschichtlichen Kontext unmittelbar mit dem Hysteriebegriff verknüpft. „Hysterie“ stammt ursprünglich aus dem altgriechischen „*hystera*“ und bedeutet Gebärmutter. Damit sollte ursprünglich eine Vielzahl an komplexen körperlichen sowie psychischen Störungen als auch besondere, auffällige Verhaltensweisen beschrieben werden, die oft in Zusammenhang mit Konflikten aus dem sexuellen Bereich auftraten. Ungefähr im 13. Jahrhundert lag die Annahme zugrunde, dass ein Wandern der Gebärmutter für die Entstehung von hysterischen Störungen von Bedeutung ist (Mentzos, 2004, S. 31). Dies erklärt auch, weshalb über eine lange Zeit hysterisches Verhalten irrtümlicherweise vor allem den Frauen attestiert wurde, womit der Begriff auch eine negative Konnotation erhalten hat.
Im Mittelalter galt die Hysterie als Besessenheit, die als Folgeerscheinung einer Berührung mit dem Teufel verstanden wurde. Im 18. und 19. Jahrhundert wurde die Hysterie zunehmend als neurologische Erkrankung betrachtet, die mit einer Degeneration des Nervensystems einhergeht.
Im 19. Jahrhundert befasste sich der Psychiater Pierre Janet (1859 - 1947) eingehend mit Studien zur Hysterie und entwickelte darauf aufbauend eine Theorie zur Dissoziation, die bis heute von grosser Bedeutung ist. Seine Arbeiten gehen auf Entdeckungen der sog. Magnetiseure zurück, als deren Begründer Franz Anton Messmer (1734 – 1815) und Marquis de Puységur (1751 – 1825) aus dem 18. Jahrhundert gelten. Messmer behandelte seine Patienten mit Magneten und entwickelte eine Theorie über ein universales physikalisches Fluidum, wobei sich Krankheiten durch eine ungleiche Verteilung dieses Fluidums im menschlichen Körper einstellen und die Gesundheit durch Kanalisation und Übermittlung an eine andere Person wieder hergestellt werden kann. Dabei prägte er den Begriff des „Rapports“ zwischen Magnetiseur und Patient, wobei er diese Beziehungsform ausschliesslich als physikalisches Phänomen betrachtete. Marquis de Puységur, ein Schüler von Messmer, entwickelte diese quasi physikalische Theorie weiter durch die Einsicht, dass psychische Kräfte an den Krankheiten und Behandlungen mitbeteiligt sind. Er entdeckte den „magnetischen Schlaf“ oder „künstlichen Somnambulismus“, ein schlafähnlicher Zustand, der nach belieben herbeigeführt - und wieder beendet werden konnte. Dieser Zustand zeichnete sich dadurch aus, dass das Bewusstsein des Patienten stärker und wacher ausge-

prägt war, als im normalen Wachzustand. Puységur konnte beobachten, dass sich bei seinen Patienten im Anschluss an die Behandlung eine vollständige Amnesie für die vorhergehenden Ereignisse einstellte. Er entwickelte den Begriff des „Rapports“ weiter und beschrieb ihn als psychisches Phänomen und als Zugangsweg für die psychotherapeutische Arbeit (Ellenberger, 1973, S. 95-161). In der Folge widmete sich der Psychiater Moreau de Tours dem „künstlichen Somnambulismus“ oder Schlafwandeln bei Hysteriepatienten und beschrieb als einer der ersten die Dissoziation in diesem Kontext. Er verstand die Dissoziation als Abspaltung von Gedanken oder Vorstellungen vom Verstand (Nijenhuis & Van der Hart, 2008). Der „künstliche Somnambulismus“ wurde erst später durch James Braid als Hypnose bezeichnet (Ellenberger, 1973, S. 116) und galt während der Zeit vom 18. Jahrhundert bis zum Ende des 19. Jahrhunderts als Hauptmethode, um Zugang zum Unbewussten zu gewinnen.

Mitte des 19. Jahrhunderts widmete sich der für seine Zeit berühmteste Neurologe, Jean-Martin Charchot (1825 - 1893), der Erforschung von Neurosen und beschäftigte sich mit dem Studium hysterischer Lähmungen, die nach Traumata entstehen. In diesem Zusammenhang verwies er auf die Existenz von unbewussten „fixen Ideen“, welche Vorstellungen darstellen, „die in Momenten besonderer Disposition das Gehirn des Kranken beherrschen“ (Freud, 1893, S. 33). Der Begriff der „fixen Ideen“ findet auch Eingang in der Theorie Janets, wie im Folgenden ersichtlich wird.

Im Rahmen seiner medizinischen Dissertation „L`automatisme psychologique“ von 1988 begründete Pierre Janet seine Theorie der Dissoziation, die er als Erkrankung des Ich-Bewusstseins verstand (Ellenberger, 1973, S. 488 - 538). Er ging davon aus, dass es sich bei der Dissoziation (désagrégation) um eine Desintegration oder Fragmentierung des Bewusstseins handelt, was sich als Folge von real erlebten Traumata ausbildet. In den Worten von Janet (1893; zit. nach Ellenberger, 1973, S. 512) ausgedrückt:

> Die hysterische Person kann nicht alle Phänomene wahrnehmen – sie opfert entschieden einige von ihnen. Es ist eine Art Selbstheilung und die aufgegebenen Phänomene entwickeln sich selbständig, ohne dass der Betroffene sich dessen bewusst ist.

Janet war der Überzeugung, dass alle Erinnerungen, Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle, Gedanken, Empfindungen und das Verhalten in einem Bewusstsein integriert sind, dass demnach Körper und Psyche eine Einheit bilden. Das Unterbewusste, wie der Begriff von Janet geprägt worden ist, bildet sich als Folge von traumatischen oder erschreckenden Ereignissen aus, die „unbewusst geworden und durch Symptome ersetzt worden sind“ (Ellenberger, 1973, S. 489). Dieser Mechanismus geht mit einer „Verengung des Bewusstseinsfeldes“ einher. Dabei entstehen sogenannte „unterbewusste fixe Ideen“ (Van der Kolk & Van der Hart, 1989), also abgespaltene Persönlichkeitsteile, die ein autonomes Leben führen und einer selbständigen Entwicklung unterliegen (Ellenberger, 1973, S. 492). Sie

beinhalten kognitive, affektive und sensomotorische Erinnerungen an das Trauma, die nicht ins normale Bewusstsein integriert werden können und somit vom bewussten Erleben und von der willentlichen Kontrolle ausgeschlossen werden. Dieser Abspaltungsmechanismus bezeichnete Janet als psychischer Automatismus. Dieser kann sich als partieller Automatismus z. B. in Form von Zerstreutheiten bzw. eigenartigen Zuständen der Geistesabwesenheit zeigen oder als totaler Automatismus, der die Person als Ganzes betrifft wie z.B. bei der Katalepsie. Janet ging davon aus, dass dem psychischen Automatismus immer ein gewisses Bewusstsein zugrunde liegt. Bei der Katalepsie beispielsweise ist ein Bewusstsein da, jedoch ohne Bewusstsein des Ichs. In diesem Zusammenhang formulierte er das Konzept der „Funktion der Synthese", wobei alle Empfindungen, das Fühlen und das Bewusstsein hierarchisch organisiert sind. Das heisst, dass es immer ein Fühlen, ein Empfinden und ein Bewusstsein an sich gibt und auf einer weiteren Stufe diese Funktionen mit dem bewussten Ich verbunden sind. Bei hysterischen Phänomenen ist die Verbindung zum bewussten Ich gestört.

Das bei jedem Menschen mehr oder weniger vorhandene Unterbewusste wirkt beeinflussend auf aktuelle Erfahrungen, Stimmungen und das Verhalten und manifestiert sich beispielsweise in Form von Zerstreutheiten oder unwillkürlichen Verhaltensweisen (plötzlicher Schrecken etc.). Janet entdeckte aber auch unterbewusste fixe Ideen bei Schlaflosigkeit oder Muskelkrämpfen. Er ging davon aus, dass sich hysterische Symptome dadurch heilen liessen, in dem die zugrundeliegenden unterbewussten fixen Ideen aufgefunden werden und sich diese in der Folge auflösen.

Janets Dissoziationskonzept bot die Grundlage weiterer Forschungsarbeiten zu diesem Themengebiet. So prägte der Psychiater Morton Prince (1854 – 1929), Begründer der Zeitschrift „ Journal of Abnormal Psychology", im Rahmen der Fallschilderung der Miss Beauchamp den Störungsbegriff der „multiplen bzw. alternierenden Persönlichkeiten" und führte anstelle von „Unterbewusstsein" oder „Unbewusstes" den Begriff des „Cobewusstseins" ein. Damit sollte zum Ausdruck kommen, dass ein Individuum gleichzeitig über mehrere Identitäten verfügen kann (Ellenberger, 1996).

Später hat der Engländer Frederick Myers (1843 - 1901), Mitbegründer der „Society for Psychical Research" (eine Gesellschaft, die sich der wissenschaftlichen Erforschung parapsychologischer Phänomene annimmt) ausgehend von Beobachtungen an traumatisierten Soldaten im ersten Weltkrieg die Auffassung vertreten, dass Trauma bedingte Dissoziation zu einer Entzweiung der Persönlichkeit führt, einem „normalen Persönlichkeitsanteil" und einem „emotionalen Persönlichkeitsanteil". Während der normale Persönlichkeitsanteil im Alltag funktioniert, reagiert der emotionale Persönlichkeitsanteil auf als bedrohlich empfundene Ereignisse und ist dabei in der traumatischen Vergangenheit verhaftet mit all den auf das Trauma bezogenen Gefühlen und sensomotorischen Wahrnehmungen. Diese Theorie wird als Vorläufer für die Beschreibung der posttraumatischen Belastungsstörung und weiteren Stressfolgestörungen angesehen. Ferner hat Myers in Einklang mit Janet Störun-

gen des motorischen und sensorischen Funktionssystems mit der dissoziierten Persönlichkeit in Verbindung gebracht und diese als somatoforme dissoziative Symptome bezeichnet (Nijenhuis & Van der Hart, 2008). Schmerzen, Tics oder andere Symptome, die weitere Aspekte des Traumas darstellen, können demnach in einem Persönlichkeitsanteil gespeichert sein, während sie im anderen Teil der Persönlichkeit nicht vorhanden sind.
Sigmund Freud (1856 – 1939) und Josef Breuer (1842 – 1925) entwickelten auf der Grundlage von Janets Arbeiten die Theorie zur Hysterie weiter. Als Ursache für die Entstehung der Hysterie wurde angenommen, dass in der Kindheit sexuelle Verführungen durch einen Erwachsenen stattgefunden haben, welche bis zur Pubertät vergessen wurden, im frühen Erwachsenenalter jedoch durch einen geringfügigen Anlass als Aktualtrauma im Bewusstsein reaktiviert wurden (Ellenberger, 1973, S. 677). Freud und Breuer gingen davon aus, dass sich das „Seelenleben" auf einer bewussten und einer unbewussten Ebene abspielt. Hysterische Symptome befinden sich auf der bewussten Ebene und die unbewusste Ebene ist als Ursache der bewussten Manifestation zu sehen. Die Bewusstwerdung der unerträglichen Vorstellungen an das „Urtrauma" wird dabei durch eine aktive Kraft der Verdrängung zurückgehalten, wodurch ein innerer Konflikt entsteht. Die daraus resultierende physische Spannung kann zu somatoformen, dissoziativen Symptomen, den sog. Konversionssymptomen führen, welche Freud (1894, S. 63) wie folgt beschrieben hat:

> Die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung erfolgt dadurch, dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen der Konversion vorschlagen möchte.

Die Konfliktlösung erfolgt somit mittels Umwandlung dieser Triebregungen in ein symbolisches Körpersymptom. Ein symbolisches Körpersymptom ist zum Beispiel eine Lähmung eines Körperteils ohne zugrundeliegende organische Störung. Als Schlüsselbeispiel, welches die Grundlage für die Entwicklung des triebtheoretischen Modells zur Erklärung und Behandlung hysterischer Erkrankungen darstellt, wird der Fall Anna O. von Breuer genannt (Ellenberger, 1996, S. 480-488).
Anfangs des 20. Jahrhunderts wurde der weiteren Erforschung dissoziativer Störungen nur geringe Beachtung gegeben, teils bedingt durch die an Einfluss gewinnenden Theorien Freuds. Erst in den 60-er Jahren nahm das Interesse an der Dissoziation wieder zu, als das Werk Ellenbergers „The Discovery of the Unconscious" (1970) den Lesern die Theorie der Hysterie von Pierre Janet wieder zugänglich machte.
In den 70-er Jahren entwickelte Ernest Hilgard (1974) auf der Grundlage von Studien zur Hypnose sein Neo-Dissoziationsmodell und ging davon aus, dass Dissoziation ein normales kognitives Phänomen darstellt. Aus seiner Theorie ging hervor, dass in der Hypnose eine Teilung der bewussten Wahrnehmung von Sinnesreizen vorliegt. Am Beispiel der Schmerzwahrnehmung konnte Hilgard zeigen, dass die hypnotische Analgesie eine Barriere bildet, welche die bewusste Schmerzwahrnehmung verhindert. Dabei postulierte Hilgard

eine Hierarchie von kognitiven und somatischen Subsystemen, wobei in der Trance die oberste Kontrollinstanz (die Exekutive) zurückgedrängt wird, damit die einzelnen Subsysteme grössere Autonomie entfalten können. (Kihlstrom, 1994). In seinen Schmerzexperimenten versuchte Hilgard das getrennte Nebeneinander von autonomen existierenden Instanzen durch den sog. „hidden observer" oder verborgenen Beobachter nachzuweisen. Durch ein verabredetes Zeichen z.B. das Heben eines Fingers konnte während der Hypnose ein Schmerzbericht über eine suggerierte Instanz abgerufen werden, welche die Empfindung in gewohnter Stärke wahrnimmt.
In den Folgejahren gewann besonders die dissoziative Identitätsstörung an Beachtung und es wurde in Nordamerika von einer zunehmenden Anzahl Fälle berichtet (Kluft, 2003). Dies wurde von Skeptikern des Dissoziationskonzepts jedoch kritisiert, da diese davon ausgingen, dass die dissoziative Identitätsstörung keine wirkliche psychische Störung darstellt, sondern dass es sich dabei um ein Rollenverhalten handelt, das die Betroffenen zeigen, um Aufmerksamkeit zu erzeugen (Greaves, 1980).

Wie aus den obigen Darstellungen hervorgeht, entstand der Begriff der Dissoziation ausgehend von Studien zur Hysterie. In der Literatur sind widersprüchliche Informationen darüber zu finden, ob die Dissoziation als Beschreibung der Hysterie anzusehen ist oder ob Dissoziation als eines von vielen Symptomen der Hysterie zu betrachten ist. Ferner wird auch diskutiert, ob die Dissoziation einen Abwehrmechanismus der Spaltung darstellt, wie dies Freud und Breuer postulierten oder ob Dissoziation als Ausdruck einer Überforderung der integrativen Fähigkeiten der Persönlichkeit zu verstehen ist, die als Folge von Traumatisierungen zustande kommt, wie es Janet postuliert hat.
Es gibt aber auch Hinweise dafür, dass sich diese beiden Haupttheorien nicht derart fundamental voneinander unterscheiden, wie in der Literatur immer wieder betont wird. So weist Ellenberger auf verschiedene begriffliche Übereinstimmungen in den Theorien zur Hysterie von Freud und Janet hin und führt an, dass Freud nachdrücklich auf die Rolle der Verdrängung hysterischer Symptome hingewiesen hat und die „Einengung des Bewusstseinsfeldes" ausser Acht gelassen habe um sich damit von Janet abzugrenzen. Dieser behauptete jedoch, dass die „Verdrängung" bei Freud seinem Begriff von der „Einengung des Bewusstseinsfeldes" entspräche. Ferner weist Ellenberger darauf hin, dass sich beide Begriffe auf denselben Autor, auf Herbart zurückverfolgen liessen (1973, S. 749).

Auf jeden Fall fanden die unterschiedlichen Konzeptualisierungen der Dissoziation auch Eingang in den jeweils wechselnden Beschreibungen in den Diagnosesystemen DSM (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 2. Auflage DSM-II, 1968; 3. Auflage DSM-III 1980; 3. revidierte Auflage DSM-III-R 1987, 4. Auflage DSM-IV 1994 und 4. Revidierte Auflage DSM-IV-TR, 2003 der American Psychiatric Association, APA) und ICD (Internationalen Klassifikationen der Krankheiten , vormals Internationale Statis-

tische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, 9. Auflage ICD-9 1980; ICD-10, WHO Ausgabe Version 1.0, 1994; Version 1.1. 1998; Version 1.2. 1999; Version 1.3. 2000-2003; ICD-10 WHO Ausgabe 2004, Ausgabe 2005 und aktuelle Ausgabe 2006 der Weltgesundheitsorganisation, WHO). Während die Klassifikation im ICD-10 über die verschiedenen Versionen hinweg relativ konstant geblieben ist, wurden die dissoziativen Störungen im DSM-I und II noch unter dem Einfluss der Theorie Freuds unter den „hysterischen Neurosen“ aufgeführt. 1980 wurden die dissoziativen Störungen (psychogene Amnesie, psychogene Fugue, multiple Persönlichkeit und Depersonalisationsstörung) erstmals als eigenständige Kategorien ins DSM-III aufgenommen (Nijenhuis & Van der Hart, 2008) und als Reaktionsform auf belastende, traumatische Ereignisse angesehen. Die „hysterischen Neurosen“ mit der Konversionssymptomatik wurden im DSM-III als somatoforme Störungen abgebildet. Die nachfolgenden Überarbeitungen des DSM-III (DSM-IV und IV-TR) wiesen keine relevanten konzeptionellen Änderungen mehr auf, ausser dass anstelle von „psychogen“ nun der Begriff „dissoziativ“ verwendet- und die multiple Persönlichkeit in die dissoziative Identitätsstörung umbenannt wurde.
Mit der Anerkennung eines eigenen Störungsbildes und dem Eingang in das Diagnosesystem folgten viele Untersuchungen zur Ätiologie, zur Prävalenz und zu Behandlungsansätzen der dissoziativen Störungen und verwandter Krankheitsbilder und es wurden operationalisierte Diagnoseinstrumente entwickelt (Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A. & Emrich, H. M., 2001). Ferner wurde eine internationale Fachgesellschaft gegründet, die heutige „International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD)“, welche sich der weiteren Erforschung dissoziativer Störungen widmet.

2.2 Konzeptualisierung der Dissoziation

Die Dissoziation lässt sich auf verschiedene Arten konzeptualisieren. Dabei wird vor allem diskutiert, ob Dissoziation als Persönlichkeitszug beschrieben werden kann, welcher sich auf einem Kontinuum von normaler bis hin zu pathologischer Dissoziation abbilden lässt oder ob Dissoziation als psychopathologisches Syndrom zu qualifizieren ist. Ebenso besteht kein Konsens darüber, welche Erlebensweisen konzeptuell als dissoziativ betrachtet werden sollen.
Der Psychologe Etzel Cardena hat versucht, all die verschiedenen Erscheinungsformen und Erklärungsmodelle der Dissoziation in einem Modell zusammenfassend darzustellen. Ausgehend von seiner Übersicht wird dann auf die Dissoziation auf einem Kontinuum eingegangen, wie es Autoren wie Morton Prince oder Frank W. Putnam postuliert haben.
Im Anschluss erfolgt eine Übersicht über die Theorie des Psychologen Jon G. Allen, der sich mit seinem Modell auf Cardena bezogen hat. Danach wir Konzeptualisierung der Dissoziation des Psychotherapeuten Paul F. Dell aufgezeigt, welche von grosser, aktueller Re-

levanz ist, da sie mit grosser Wahrscheinlichkeit Eingang in die Neubearbeitung des DSM finden wird.
Zuletzt wird auf die Theorie der strukturellen Dissoziation eingegangen, die sich stark auf die Arbeiten von Pierre Janet abstützt und klar davon ausgeht, dass die Dissoziation ausschliesslich ein pathologisches Phänomen darstellt, welches sich auf dem Hintergrund traumatischer Ereignisse gebildet hat. Dabei wird Dissoziation nicht nur in Bezug auf die mentalen Prozesse betrachtet sondern es wird davon ausgegangen, dass sich Dissoziation auch im körperlichen Erleben manifestiert.

2.2.1 Dissoziation nach Cardena

In der folgenden Grafik gibt Cardena (1994, S. 28) einen Überblick über die dissoziativen Phänomene. Auf der x-Achse sind dissoziative Symptome auf einem Kontinuum von normaler bis hin zur pathologischen Dissoziation dargestellt. Auf der y-Achse werden zwischen neurologischen und psychologischen dissoziativen Phänomenen unterschieden.

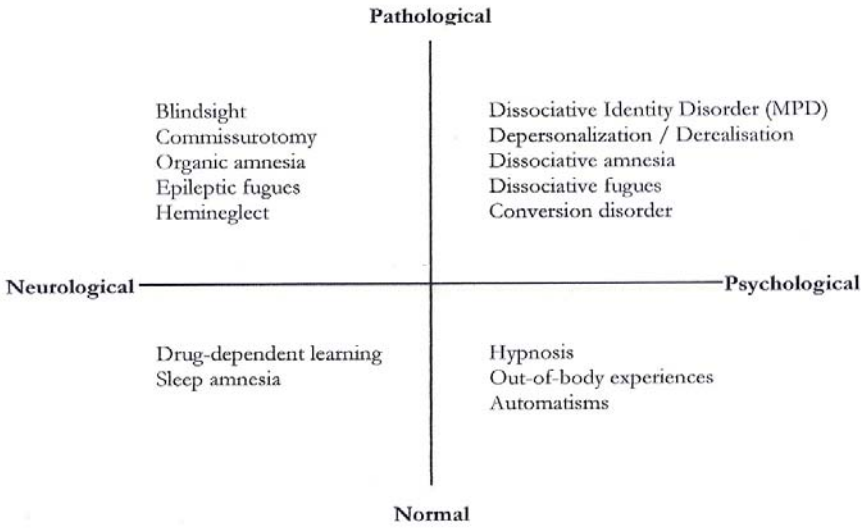

Abbildung 1: Dissoziative Phänomene (Cardena)

In der rechten oberen Ecke sind die vorwiegend psychologischen dissoziativen Syndrome zu finden, welche die dissoziativen Störungen nach DSM-IV bilden. Zusätzlich sind die Konversionsstörungen aufgeführt, da diese im DSM-IV zwar unter den somatoformen Störungen abgebildet sind und eine neurologische oder sonstige somatische Störung nahelegen, jedoch eng mit psychischen Faktoren verbunden sind. In der linken oberen Ecke sind pathologische dissoziative Symptome zu finden, denen vorwiegend eine neurologische Ursache zugrunde liegt und die mit einer fehlenden Integration von Wahrnehmungsprozessen einhergeht. Dabei liegt oft eine Diskrepanz zwischen dem bewussten Erleben und dem tatsächlichen Verhalten vor (z.B. motorische Einschränkungen beim Hemineglect, die der betroffenen Person nicht bewusst sind). In der unteren linken Hälfte sind normale dissozia-

tive Symptome abgebildet, die vorwiegend mit neurologischen Prozessen einhergehen. In der rechten unteren Hälfte sind normale, vorwiegend psychologische dissoziative Phänomene aufgeführt, welche durch Aufmerksamkeitsumlenkung in der Hypnose erzeugt werden können oder aber auch in einer Meditation vorkommen.
In der weiteren Ausführung seiner Übersicht geht Cardena vorwiegend auf den in der psychologischen Literatur (vorwiegend in der Persönlichkeitspsychologie sowie in der klinischen Psychologie) verwendeten Dissoziationsbegriff ein und verweist auf drei daraus resultierende Hauptbeschreibungen:

- Dissoziation als nicht bewusste oder nicht integrierte mentale Module oder Systeme
- Dissoziation als verändertes Bewusstsein mit einer Entfremdung von Selbst- und Umwelterfahrungen
- Dissoziation als Abwehrmechanismus

Dissoziation als nicht bewusste oder nicht integrierte mentale Module oder Systeme

Cardena macht den Vorschlag, die erste Definition der Dissoziation in drei Unterkategorien aufzuteilen:

Dissoziation als fehlendes Bewusstsein für registrierte Wahrnehmungsreize oder als automatisierte Verhaltensweisen

Diese Unterkategorie beinhaltet die nicht bewusste Registrierung von Wahrnehmungsreizen sowie automatisierte Verhaltensweisen wie motorische Abläufe bei der Bewegung. Als Beispiel nennt Cardena einen Fahrer, der die Gangschaltung beim Autofahren bedient und gleichzeitig mit dem Beifahrer ein intensives Gespräch führt. Dabei ist ihm das Schalten des Ganges nicht voll bewusst, sondern diese Aktion befindet sich sozusagen in der Peripherie des Bewusstseins. Als weiteres Beispiel wird das Verhalten beim Schlafwandeln genannt, wobei dieses vollständig ausserhalb des Bewusstseins der Person stattfindet.
Cardena weist darauf hin, dass diese Definition sehr undifferenziert ist und die Dissoziation in diesem Sinne nicht abgrenzbar von Begriffen wie „vorbewusst“ oder „unbewusst“ ist. Ferner würde der Term „dissoziativ“ überstrapaziert, wenn alle unbewussten, mentalen Prozesse wie automatisches Verhalten, geteilte Aufmerksamkeit, vorbewusste Prozesse oder implizite Wahrnehmungen darunter subsumiert werden. Als wesentlicher Aspekt zur Unterscheidung von dissoziativen Vorgängen und normalen nicht bewussten Prozessen erachtet Cardena die Fähigkeit des Individuums, die Aufmerksamkeit bewusst umlenken zu können. Bezogen auf das vorherige Beispiel sollte der Fahrer demnach fähig sein, die Aufmerksamkeit vom Gespräch auf die Gangschaltung umlenken zu können und nur im Falle des Unvermögens würde es sich um ein dissoziatives Phänomen handeln. Mit dieser Unter-

scheidung bezieht sich Cardena auf Nemiah (1991), der postuliert hat, dass die pathologischen Formen der Dissoziation mit einer „exclusion from consciousness and the inaccessibility of voluntary recall of mental events“ einhergeht.

Dissoziation als Koexistenz getrennter mentaler Systeme oder Identitäten, welche im Bewusstsein oder im Gedächtnis der Person integriert sein sollten

Die Dissoziation in dieser Beschreibung bezieht sich auf mentale Prozesse wie Sinnesempfindungen, Erinnerungen, Gedanken, Emotionen und Identitäten. Im Gegensatz zur Beschreibung in der ersten Definition handelt es sich dabei nicht um subliminale Prozesse, die in der Regel automatisch ablaufen und deshalb unbewusst sind, sondern es geht um Bewusstseinsinhalte, die der Person zugänglich sein könnten oder sollten.
Als Beispiele führt Cardena eine zustandsabhängige Amnesie während unterschiedlicher Schlafstadien auf oder die Existenz des „verborgenen Beobachters“ in einer Hypnose, da dort mehrere Bewusstseinszustände gleichzeitig und parallel aktiv sind (siehe Kapitel 2.1.3). In einer pathologischen Form zeigt sich Dissoziation in diesem Sinne in einer Fehlleistung des expliziten oder episodischen Gedächtnisses, ausgelöst durch traumatische Ereignisse, welche zu einer dissoziativen Amnesie, einer dissoziativen Fugue oder dissoziativen Identitätsstörung führen können.

Dissoziation als Inkonsistenz der Verhaltens- und Wahrnehmungsebene

Hier geht es um Aussagen eines Individuums über seinen Zustand und davon abweichende physiologische Vorgänge. Es wird das Beispiel einer Studentin angeführt, welche in einer sozialen Situation vor anderen Menschen blossgestellt und kritisiert wurde, worauf sie einen Hautausschlag erlitt, während sie in ihrer Sprache und in ihrem Ausdruck völlig ruhig und gelassen wirkte. Dies wird dadurch erklärt, dass eine Dissoziation zwischen ihrer Körperempfindung und physiologischen Vorgängen einerseits und der Verhaltensebene und verbalen Äusserungen andrerseits stattgefunden hat, die jeweils mit unterschiedlichen Empfindungen verknüpft sind (Angst und Aufregung auf der einen Seite sowie Ruhe und Gefasstheit andrerseits). Als weitere Beispiele nennt Cardena bestimmte neurologische Syndrome, so das Hemineglect, wie es auch in der Abbildung 1 dargestellt wurde.

Dissoziation als verändertes Bewusstsein mit einer Entfremdung von Selbst- und Umwelterfahrungen

Diese Kategorie umfasst dissoziative Phänomene, welche mit einer Veränderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung hinsichtlich des eigenen Körpers sowie der Umgebung einhergeht. Beispiele dafür sind Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, wie sie später in Kapitel 2.4 erläutert werden. Cardena betont, dass jeder Mensch in einem bestimmten Masse zustandsabhängige Entfremdungen der Selbst- und Umwelterfahrungen erlebt, sei es ausgelöst durch starke Müdigkeit oder bestimmte emotionale Zustände. Diese

sollten jedoch nicht in dieser Kategorie aufgeführt werden, da der Begriff „dissoziativ“ damit wieder übergeneralisiert wird.

Dissoziation als Abwehrmechanismus

Diese Kategorie beschreibt die zweck- und zielgerichtete Abwehr von überwältigenden, traumatischen Ereignissen oder aber ein mentaler Rückzugsmodus bezogen auf physiologische oder psychologische Bedrohungen. Cardena fasst in diesem Kapitel mögliche Theorien zur Erklärung dissoziativer Phänomene zusammen, so die Theorien von Janet und Freud als auch neurobiologische Erklärungsmodelle, auf die an dieser Stelle aber nicht eingegangen wird.

2.2.2 Dissoziation auf einem Kontinuum

Vertreter des Kontinuumsmodells gehen davon aus, dass Dissoziation ein allgemeiner, menschlicher Verarbeitungsprozess darstellt, der besonders bei Kleinkindern stark ausgeprägt ist. Die folgende Abbildung entspricht der Darstellung der Dissoziation auf der x-Achse nach Cardena (siehe Abbildung 1), wobei an dieser Stelle nicht zwischen psychologischen oder neurologischen dissoziativen Phänomenen unterschieden wird. Es wird demnach von einem Kontinuum ausgegangen, auf dem sich dissoziative Symptome in unterschiedlichen Schweregraden wie folgt abbilden lassen (Brown, 2006):

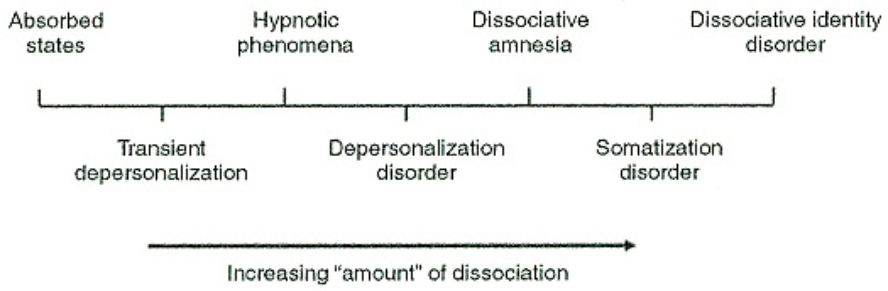

Abbildung 2: Dissoziation auf einem Kontinuum (Brown)

Am Anfang des Kontinuums stehen nicht pathologische dissoziative Phänomene in geringer Ausprägung, welche absorbierte Zustände wie z.B. Tagträume oder Gedankenabschweifen betreffen. Diese können entlang des Kontinuums zu schwereren dissoziativen Symptomen übergehen wie z.B. dem Depersonalisationserleben, das besonders in belastenden Lebenssituationen wie z.B. bei einem plötzlichen Tod einer nahestehenden Person oder in Erschöpfungssituationen, in denen sich eine Entfremdung sich selbst und der Umwelt gegenüber einstellt, vorkommt (Gast et al., 2001). Am Ende des Kontinuums sind schwere psychiatrische Krankheiten wie die dissoziative Identitätsstörung abgebildet. Um dennoch normale von pathologischer Dissoziation unterscheiden zu können, formulierten diverse

Vertreter des Kontinuumsmodells pathologische Dissoziation wie folgt (Putnam, 1989, S. 24):

> Pathological forms of dissociation are characterized by a major disturbance of memory and a profound disturbance of the individual`s sense of self, and are often a response to overwhelming physical and/or psychological trauma. The dissociative response may initially be adaptive, but becomes maladaptive and pathological when it persists beyond the trauma context.

Kennzeichnend für die pathologische Dissoziation sind demnach Identitätsveränderungen sowie Gedächtnislücken, die sich aus einer ursprünglich adaptiven Reaktion auf überwältigende, traumatische Ereignisse aus der Vergangenheit entwickelt haben. Das heisst, dass eine betroffene Person zum Beispiel enorm schreckhaft auf bestimmte Geräusche in der Umgebung reagiert, da diese in einer abgewandelten Form an ein traumatisches Ereignis aus der Vergangenheit erinnern ohne jedoch ins Bewusstsein zu gelangen.
Auf diesem Hintergrund der Idee des „dissoziativen Kontinuums" wurde auch die „Dissociative Experiences Scale" (DES), ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Dissoziation von Bernstein & Putnam (1986), entwickelt (siehe Kapitel 6.2.1), welche auch in dieser Arbeit zur Diagnostik eingesetzt wird. Dabei wird ein bestimmter Wert festgelegt, der Dissoziation als pathologisch beschreibt. Dieser sogenannte „ Cut-off " Wert kann jedoch in einem bestimmten Masse flexibel angelegt werden, was zu verschiedenen Schwierigkeiten führt, wie aus Kapitel 2.5 noch ersichtlich wird. Aus diesem Grund wurde das sogenannte DES-Taxon entwickelt. Dabei handelt es sich um ein statistisches Verfahren, womit normales dissoziatives Erleben von pathologischer Dissoziation abgegrenzt werden kann (Watson, 2003).

2.2.3 Dissoziation als „Compartmentalization" oder „Detachment"

Der Psychologe Jon G. Allen (2001) hat sich auf die Konzeptualisierung von Cardena bezogen und zwei Unterscheidungen der trauma-bezogenen Dissoziation getroffen. Dieses Modell wird an dieser Stelle aufgeführt, da es in der Literatur sehr oft zitiert wird.

Compartmentalization

Dieser Begriff entspricht der ersten Kategorie, wie sich Cardena aufgeführt hat, wonach eine Störung von Systemen und Modulen von normalerweise integrierten Funktionseinheiten vorliegt. Zu dieser Kategorie gehört die dissoziative Amnesie, die dissoziative Fugue, die dissoziative Identitätsstörung, Konversionssymptome als auch Pseudohalluzinationen, motorische Störungen etc., welche auch unter Hypnose erzeugt werden können. In dieser Kategorie sind demnach Symptome auf einem Kontinuum von nicht-pathologischen bis hin zu stark pathologischen Phänomenen beschrieben.

Detachment

„Detachment“ bezeichnet in Analogie zur zweiten Definition von Cardena dissoziative Symptome, die mit einer grundlegenden Veränderung des Bewusstseins einhergehen und zum Gefühl der Entfremdung gegenüber sich selbst und der Umwelt führen. Zu dieser Kategorie gehört die Depersonalisation sowie die Derealisation aber auch weitere „out-of-body“ Erfahrungen, die im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können (Spitzer, et al., 2006).
Nach Sierra und Berrios (1998) liegt dem Detachment ein neurobiologischer Abwehrmechanismus zugrunde, der dazu dient, die Funktionsfähigkeit eines Individuums in einer extrem bedrohlichen Situation möglichst gut aufrechtzuerhalten. Dabei wird das limbische System durch den medialen Präfrontalcortex gehemmt, wodurch Emotionen wie die Angst verringert werden. Damit kann die Kontrolle über das Verhalten aufrechterhalten werden. Dies führt jedoch zu einer emotionalen Taubheit, die kurzfristig hilfreich ist. Dauert dieser Zustand jedoch über längere Zeit an, wie dies bei der Depersonalisationsstörung der Fall ist, führt dies zu einer starken Belastung und Behinderung im Alltag.

Aus verschiedenen Studien, in denen untersucht wurde, ob diese Zweiteilung der Dissoziation konzeptuell sinnvoll ist (Brown, Schrag & Trimble, 2006), ging hervor, dass detachment und compartmentalization unterschiedliche Phänomene darstellen, die isoliert voneinander auftreten. So zeigten Patientinnen und Patienten mit einer somatoformen Störung in Untersuchungen mit dem Strukturierten Klinischen Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D) nur selten Symptome von Depersonalisation und Derealisation während sie hingegen ausgeprägte dissoziative Amnesien und weitere pseudo-neurologische Symptome aufwiesen (Steinberg, 1994).
In einer weiteren Studie, in der 100 Patientinnen und Patienten mit einer Depersonalisationsstörung untersucht worden sind, konnte gezeigt werden, dass diese in der DES – Skala niedrige Werte bei den dissoziativen Symptomen, die sich auf die Amnesie beziehen, aufwiesen (Simeon, Knutelska, Nelson, Guralnik & Schmeidler, 2003).
Die Befunde solcher Studien weisen darauf hin, dass die zweifache Beschreibung von Dissoziation als Compartmentalization und Detachment sinnvoll sein kann, wobei in dieser Konzeptualisierung die unterschiedlichen zugrundeliegenden Funktionsmechanismen im Vordergrund stehen und weniger das Ausmass der Dissoziation, das bei der Betrachtung der Dissoziation auf einem Kontinuum primär beachtet wird.

2.2.4 Dissoziation nach Dell

Der US-amerikanische Psychotherapeut Paul F. Dell (2001) hat im Zuge der geplanten Neubearbeitung des DSM auf der Grundlage der Ergebnisse empirischer Untersuchungen ein neues operationalisiertes Diagnosekonzept erarbeitet, welches die Gesamtbreite der

dissoziativen Symptomatik erfassen soll. Dabei werden die dissoziativen Erlebensweisen als pathologisch erachtet und in Abhängigkeit des Identitätserlebens drei Hauptgruppen zugeordnet:

- A – Symptome bzw. – Kriterien erfassen umschriebene dissoziative Symptome wie Amnesien, Depersonalisation, Derealisation, Flashbacks, Trancezustände sowie Konversionssymptome. Dabei ist das Identitätserleben bei diesen einfachen dissoziativen Symptomen nicht beeinträchtigt

- B - Symptome erfassen Anzeichen für teil-dissoziierte Aktivitäten alternativer Persönlichkeitsanteile

- C - Symptome erfassen voll dissoziierte Handlungen alternativer Persönlichkeitsanteile

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien der jeweiligen Symptomgruppe erläutert.

A-Symptome: ein durchgängiges Muster allgemeinen dissoziativen Funktionierens

Gedächtnisprobleme: Sie zeigen sich in auffälligen Erinnerungslücken für die eigene Kindheit, für den vorherigen Tag, für aktuelle Ereignisse als auch für wichtige persönliche Lebensereignisse usw.
Depersonalisationserleben: Dabei wird die Wahrnehmung des Selbst, der Gedanken oder des eigenen Körpers als seltsam bzw. fremd erlebt und zeigt sich darin, dass eine Person sich unwirklich fühlt, sich als distanzierte Beobachterin von sich selbst erlebt oder sich als vom eigenen Selbst, von den eigenen Gedanken oder geistigen Inhalten sowie vom eigenen Körper distanziert oder entfremdet fühlt.
Derealisation: Es handelt sich hier um eine dauerhaft oder wiederkehrend veränderte Wahrnehmung der Aussenwelt, so dass diese fremd, unwirklich, ungewohnt oder verändert erscheint.
Dissoziative oder somatoforme Flashbacks: Dissoziative Flashbacks sind gekennzeichnet durch ein Gefühl, ein traumatisches Erlebnis noch einmal zu durchleben und dabei den Bezug zur Gegenwart (Ort, Zeit, Situation, anwesende Personen) zu verlieren. Somatoforme Flashbacks sind Körpererinnerungen an körperliche Empfindungen aus einem vergangenen traumatischen Erlebnis.
Somatoforme Dissoziation: Dabei kann es sich um Konversionssymptome handeln, bei denen körperliche oder neurologische Symptome ohne organische Ursachen vorliegen. Beispiele dafür sind muskuläre Ausfälle (Lähmungen oder Schwierigkeiten beim Laufen), Wahrnehmungsstörungen (Blindheit, Taubheit u.a.) sowie neurologische Symptome (Krampfanfälle oder Schwierigkeiten beim Sprechen) und Schmerzen, die vorwiegend den Genitalbereich betreffen.

Trancezustände: Sie zeigen sich in wiederholten Trance-Episoden, wo eine Person in den Raum starrt, ohne an etwas zu denken und dabei die Wahrnehmung für die Aussenwelt verliert.

B – Symptome: Anzeichen für den teilweise dissoziierten Einfluss von Persönlichkeitsanteilen:

Kinderstimmen: Die Stimme von einem oder mehreren Kindern hören (innerhalb des Kopfes), die sprechen, schreien oder weinen
Innere Dialoge oder Streits: Stimmen hören, die miteinander sprechen, streiten oder miteinander oder mit der betroffenen Person kämpfen
Drohende Stimmen: Stimmen hören, welche die Person bedrohen, ihr schaden wollen oder sie beleidigen.
Teildissoziierte Sprache: Sich selbst sprechen hören, aber das Gefühl haben, nicht der-/diejenige zu sein, die spricht bzw. die Worte wählt.
Teildissoziierte Gedanken: Dabei hat die Person hat das Gefühl, dass ihr Gedanken eingegeben oder aufgedrängt werden oder Gedanken scheinen „aus dem Nichts" zu kommen und es kann auch Gedankenentzug kommen.
Teildissoziierte Emotionen: Gefühle oder Stimmungen scheinen „aus dem Nichts" zu kommen oder die Person hat das Gefühl, dass ihr Emotionen aufgedrängt/eingegeben werden. Es kann sich auch um ein plötzliches und unerklärliches „Verschwinden" von Gefühlen handeln.
Teildissoziiertes Verhalten: Eigene Handlungen werden als nicht unter der eigenen willentlichen Kontrolle wahrgenommen oder sie scheinen von aussen aufgedrängt zu sein oder von einer anderen Person ausgeführt zu werden.
Zeitweise dissoziierte Kenntnisse und Fertigkeiten: Es werden plötzliche Wechsel in Fähigkeiten oder im Funktionsniveau erlebt (z.B. vergessen, wie man ein Auto fährt oder plötzlich nicht mehr lesen oder schreiben können etc.) oder das eigene Alter, den Namen oder die Adresse vergessen.
Verunsichernde Erfahrungen von Identitätsänderungen: Dabei macht eine Person wiederholt die Erfahrung, sich wie eine andere Person zu fühlen oder zu handeln (z.B. wie ein kleines Kind, wie eine andere Person mit völlig anderen Ansichten oder Wertvorstellungen etc.).
Identitätsunsicherheit: Dabei fühlen sich betroffene über sich selbst verwirrt oder verunsichert (aufgrund von wiederholten ich-fremden intrusiven Wechseln der Gedanken, Einstellungen, Emotionen, Fertigkeiten etc.).
Vorhandensein teil-dissoziierter Selbst-Zustände: Dies manifestiert sich in einem Co-Bewusstsein für die Aktivitäten des anderen Zustands oder dadurch, dass sich die Person an Tätigkeiten oder Aussagen des anderen Selbst- Zustandes erinnert. Ferner wird der andere Selbst-Zustand als „etwas anderes" erlebt.

C – Symptome: Hinweise auf voll dissoziierte Handlungen anderer Selbst-Zustände:

Wiederholte Amnesien für das eigene Verhalten:
Dabei kann es sich um stark lückenhaftes Zeiterleben handeln, das sich in folgenden Symptomen manifestiert:
Zeitverluste (vollständige Erinnerungslücken oder Filmrisse für zwei Stunden oder mehr),
Fugues (plötzliche und unerwartete Wechsel von einem Ort zum anderen, ohne dies bewusst entschieden zu haben und ohne sich an die Reise bzw. den Weg von Punkt A nach Punkt B zu erinnern)
„Zu sich kommen", während die Person eine Handlung ausführt, ohne sich bewusst gewesen zu sein, dies getan zu haben (z.B. sich anziehen etc.)

Die Amnesien können sich auch in nicht-erinnerbarem Verhalten zeigen, wobei folgende Symptome zugrunde liegen:
Dinge im eigenen Besitz finden, die man selbst angeschafft haben muss, ohne sich jedoch daran erinnern zu können
Notizen oder Zeichnungen finden, die man selbst angefertigt haben muss, ohne sich jedoch daran erinnern zu können
Hinweise auf kürzlich ausgeführte Handlungen (z.B. Beendigung einer Aufgabe, andere Kleidung tragen, eine Mahlzeit zu sich genommen haben etc.) ohne sich an die Ausführung erinnern zu können
Feststellen, dass man einen *Suizidversuch unternommen hat* oder sich selbst verletzt hat (ohne sich erinnern zu können, dies getan zu haben)

Vorhandensein vollständig dissoziierter Selbst-Zustände:
Dabei handelt es sich um einen voll – dissoziierten Selbst-Zustand, der z.B. in einer diagnostischen Untersuchung als eine andere Person erscheint, als diejenige, die eigentlich untersucht wird. Die Primär-Person hat eine Amnesie dafür, dass die Untersuchungsperson Kontakt mit dem anderen Selbst-Zustand hatte.

Der Multidimensional Inventory of Dissociation (MID) ist auf der Grundlage dieser Konzeptualisierung entwickelt worden und wurde in dieser Arbeit als Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von dissoziativen Symptomen eingesetzt, wie in Kapitel 6.2.1 erläutert wird.
Ferner hat Dell ausgehend von diesen Symptomkategorien eine Neugruppierung der Störungsbilder vorgenommen, auf die in dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen wird, da bei der Diagnostik nach der Gruppierung gemäss DSM-IV vorgegangen wurde.

2.2.5 Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit

Eine weitere Konzeptualisierung wird in der Theorie der strukturellen Dissoziation nach Nijenhuis, Van der Hart & Steele (2008) dargestellt. In dieser wird auf der Basis von Janets Arbeiten zur Hysterie davon ausgegangen, dass Dissoziation ausschliesslich ein pathologisches Phänomen darstellt, das sich aufgrund traumatischer Erlebnisse ausbildet und sich in unterschiedlichen Schweregraden manifestieren kann.
Auf dem Hintergrund dieser Theorie befindet sich der Mensch in einem fortlaufenden Anpassungsprozess an die Umwelt, um im Alltag funktionsfähig zu sein. Voraussetzung dafür ist die Persönlichkeit, welche ein „kohärentes psychosoziales System" (Matthess & Nijenhuis, 2006) darstellt. Dabei sollte der Mensch die Fähigkeit haben, zu differenzieren und zu integrieren, um die seelische Gesundheit aufrechtzuerhalten. Das heisst, dass eine Person in der Lage sein sollte, Ereignisse mit den zugehörigen Wahrnehmungen, Gefühlen und Verhalten in seine Lebens- und Persönlichkeitsstruktur einordnen- und sie in Verbindung zum eigenen Erleben bringen zu können. Dies wird als Personifikation bezeichnet. Lang, Bradley & Cuthbert (1998) gehen davon aus, dass die Persönlichkeit aus zwei Hauptgruppen von Handlungssystemen besteht, wonach ein System für das Verhalten und das psychische Reaktionsmuster im Alltag zuständig ist während das andere System vor allem auf die Gefahreneinschätzung und die Verteidigung bei real eintretender physischer Bedrohung fokussiert ist.
Die Theorie der Strukturellen Dissoziation postuliert, dass es im Rahmen von traumatischen Ereignissen, insbesondere anhaltender Gewalt und Vernachlässigung in der kindlichen Entwicklung, zu einer Überforderung der integrativen Kapazitäten der Persönlichkeit kommen kann. Dies resultiert in einer „dissoziativen" Spaltung der Persönlichkeit in einen „anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil" (Apparently Normal Part of the Personality – ANP) und einen „emotionalen Persönlichkeitsanteil" (Emotional Part of the Personality - EP), wie es bereits Myers im Rahmen seiner Untersuchungen an Soldaten aus dem 1. Weltkrieg postuliert hat (siehe Kapitel 2.1.3). Der „anscheinend normale Persönlichkeitsanteil" umfasst die im Alltag vorherrschenden Handlungssysteme wie Bindungs- und Fürsorgeverhalten, Spiel- und Explorationsverhalten sowie Nahrungsaufnahme. Ferner ist der ANP arbeitsfähig und produktiv und versucht, Aufgaben zu erfüllen und Ziele zu verfolgen. Der ANP ist jedoch nicht in der Lage, traumatische Erlebnisse zu integrieren. Der „emotionale Persönlichkeitsanteil" ist gekennzeichnet durch Handlungssysteme zur Verteidigung bei körperlicher Bedrohung wie Flucht- oder Unterwerfungsverhalten. Diese beiden Persönlichkeitsanteile sind starr voneinander abgegrenzt und verfügen über ein mehr oder weniger ausgeprägtes eigenes Selbstgefühl und können unterschiedlich elaboriert (d.h. differenzierte Handlungstendenzen) und emanzipiert (d.h. eigenständig handelnd) sein (Metzinger, 2003, S. 38-46). Die Aufteilung der Persönlichkeit in ein oder mehrere ANP`s und EP`s kann insofern als Adaptationsmechanismus betrachtet werden, als dadurch eine Person im Alltag

weiterhin relativ funktionsfähig sein kann z.B. ihrer Arbeit nachgeht, den Haushalt erledigt usw. Durch dissoziative Abspaltung der EP, welche die mit dem Trauma in Verbindung stehenden Erinnerungen, Emotionen und Verhaltensweisen beinhaltet, wird eine mehr oder weniger erfolgreiche emotionale Distanzierung vom belastenden trauma-assoziierten Material ermöglicht. Das bedeutet, dass eine Differenzierung und Integration des traumatischen Ereignisses nicht möglich ist und dass damit keine persönliche Erfahrung verbunden ist – dass also keine Personifikation vorliegt. Ein allfällig vorhandenes Wissen über die traumatischen Ereignisse hat dann den Charakter von Tatsachenwissen, losgelöst von eigenen Erfahrungen und Emotionen, da letztere in einem eigenen emotionalen Persönlichkeitsanteil gespeichert sind.

Dissoziative Symptome können sich als psychoforme (das psychologische Erleben betreffend) oder somatoforme (das körperliche Erleben betreffend), positive (eine zusätzlich, nicht zur aktuellen realen Situation gehörende Wahrnehmung) oder negative (Fehlen einer zur aktuellen realen Situation gehörenden Wahrnehmung) Phänomene zeigen. Befindet sich der oder die Betroffene z.B. im ANP-Bewusstheitszustand und gelingt die dissoziative Trennung vom EP-Bewusstseinszustand nur unvollständig, kann dies dazu führen, dass trauma-assoziierte Emotionen, Körperwahrnehmungen oder Verhaltensweisen des EPs ins ANP-Bewusstsein eindringen. Dies zeigt sich im Erleben der Betroffenen z.B. als Wiedererleben von trauma-assoziierten Emotionen (psychoformes Phänomen der Dissoziation), in Körperempfindungen oder willkürlichen Bewegungen (somatoforme, positive Phänomene) (Matthess & Nijenhuis, 2006). Negative dissoziative Symptome zeigen sich andererseits darin, dass eine Person, die sich im Zustand des einen Persönlichkeitsanteils befindet, kein Bewusstsein für Emotionen oder Körperempfindungen hat, da diese in einem anderen Persönlichkeitsanteil vorhanden sind. Dies äussert sich dann beispielsweise in einem Depersonalisationserleben (psychoformes und/oder somatoformes negatives dissoziatives Phänomen).

Es wird zwischen der primären, der sekundären und der tertiären strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit unterschieden, welche unterschiedliche Stufen mit steigender Komplexität darstellen (Matthess & Nijenhuis, 2006). Bei der primären strukturellen Dissoziation resultiert als Folge der unzureichenden Integration eine Aufteilung der Persönlichkeit in einen ANP und einen EP.

Bei der sekundären strukturellen Dissoziation kommt hinzu, dass der EP in sich selbst inkohärent ist und zwei oder mehr als getrennt erlebte EP-Anteile vorhanden sind. Die tertiäre strukturelle Dissoziation ist zusätzlich von der mangelnden Integration zwischen unterschiedlichen ANP`s gekennzeichnet, so dass zwei oder mehr ANP`s vorhanden sind.

In der Theorie der strukturellen Dissoziation wird ein Spektrum psychischer Störungen abgebildet. In Abhängigkeit der Art, Dauer und Stärke der Traumatisierung bilden sich unterschiedlich starke Dissoziationen aus. Die posttraumatische Belastungsstörung oder eine einfache somatoforme dissoziative Störung steht am Anfang der Skala und ist gekenn-

zeichnet durch eine primäre strukturelle Dissoziation. Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen, nicht näher spezifizierte traumabezogene Störungen sowie komplexe dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörungen nach ICD-10 sind auf der Ebene der sekundären strukturellen Dissoziation abgebildet. Am Ende des Spektrums steht die Dissoziative Identitätsstörung mit einer tertiären strukturellen Dissoziation (Nijenhuis et al., 2006).
Es wird davon ausgegangen, dass die chronische strukturelle Dissoziation durch Phobien aufrechterhalten wird, selbst wenn die Betroffenen bessere soziale Unterstützung erhalten und nicht mehr akut traumatisiert sind. Die Phobien beziehen sich dabei auf das Handeln und Verhalten im Alltag und sind „mit einer Anzahl traumabezogener Handlungen assoziiert" (Janet, 1922, S.154). Nijenhuis et al. (2006, S.232) umschreiben dies folgendermassen:

> Demnach sind Traumatisierte nicht in der Lage, bestimmte mit dem Trauma assoziierte Handlungen effektiv auszuführen, weil sie sich vor diesen Handlungen fürchten, sie verabscheuen oder sich davor schämen und sie folglich meiden.

Zum Beispiel kann die betroffene Person eine Scham vor der eigenen Wut aus Angst entwickeln, so zu sein wie der Täter. Oder eine Person vermeidet Blickkontakt, weil sie dadurch wieder in ein Gefühl der Verlegenheit gerät, wie sie dies als Kind empfunden hatte, wenn sie von jemandem lächerlich gemacht wurde. In der Folge kann sich eine Angst vor körperlichen Empfindungen, Gefühlen, Gedanken, Wünschen, Verhaltensweisen oder Beziehungen entwickeln, da sie auf irgendeine Art und Weise mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden. Dadurch werden viele Situationen vermieden und es können sich Phobien bezüglich Veränderungen und bezüglich normaler Risiken entwickeln. Für die Entstehung solcher Phobien sind gemäss Nijenhuis et al. (2006) Mechanismen wie die klassische oder operante Konditionierung, Generalisierungen sowie unzureichende Kontextevaluation verantwortlich.

Auf der Grundlage dieser Theorie entwickelten Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden (1996) den „Somatoform Dissociation Questionnaire" (SDQ), welcher die somatoform-dissoziativen Symptome misst, wie noch in Kapitel 6.2.1 erläutert wird.

2.2.6 Fazit

Aus der Darstellung der verschiedenen Modelle zur Konzeptualisierung der Dissoziation wird ersichtlich, dass die Dissoziation in den meisten, in dieser Arbeit dargestellten Theorien viel enger gefasst wird, als dies ursprünglich aus der Bezeichnung der Hysterie hervorging, die eine Vielzahl an mentalen als auch komplexen körperlichen Symptomen beinhaltete, wie es auch Janet in seiner Theorie postuliert hat. Trotz der Beschränkung auf vorwiegend mentale Symptome weisen einige Theorien konzeptuelle Unschärfen auf, die zum Teil

dadurch zustande kommen, dass auch normale Alltagserfahrungen wie z.B. ein Zustand der Absorption als dissoziatives Phänomen beschrieben wird. Wie beim Kontinuumsmodell ersichtlich wird, ist es schwierig, eine klar umschriebene Grenze zur pathologischen Dissoziation zu ziehen, was sich in der Folge auch in den diagnostischen Instrumenten niederschlägt, die auf dem Kontinuumsmodell basieren, wie z.B. der Dissociative Experience Scale (DES).

Dell präsentiert ein Modell, wonach der Schweregrad der dissoziativen Symptomatik in Abhängigkeit des Identitätserlebens kategorisiert wird und wo Dissoziation ausschliesslich als pathologisches Phänomen beschrieben wird. Dabei finden sowohl psychologische als auch somatoforme dissoziative Symptome Eingang in die Kategorisierung, wobei körperliche Symptome, die mit Schmerzen verbunden sind, nur in Bezug auf den Genitalbereich miteinbezogen werden. Die übrigen Schmerzsymptome werden in dieser Theorie nicht berücksichtigt. Auch im ICD-10 fallen diese Symptome in die Kategorie der Somatisierungsstörungen.

In Anlehnung an die Theorie von Janet umfasst die Theorie der strukturellen Dissoziation als einzige der Theorien den Begriff der Dissoziation weiter, vor allem in Bezug auf die somatoforme Dissoziation. Dabei werden beispielsweise auch der Verlust der Schmerzempfindlichkeit sowie traumabezogene Empfindungen und Körperbewegungen miteinbezogen.

Die Vielfalt an Konzepten und diagnostischen Instrumenten sowie die zugrundeliegenden unterschiedlichen Theorien zur Dissoziation hat zur Folge, dass die Erforschung der Dissoziation mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist, da keine allgemein anerkannte Definition und Konzeptualisierung vorliegt. Es ist zu hoffen, dass dieses Problem mit dem DSM-V verbessert werden kann.

2.3 Entstehung der Dissoziativen Störung

Mit der Frage nach der Entstehung der dissoziativen Störung ist auch die Frage der Validität dieses Störungsbildes verbunden. Diesbezüglich werden in der Fachwelt folgende Kernfragen kontrovers diskutiert:

- Stellt insbesondere die dissoziative Identitätsstörung ein valides Störungsbild dar, das als Reaktionsform auf traumatische Ereignisse in der Kindheit auftreten kann (Posttraumatisches Modell) oder handelt es sich bei der dissoziativen Identitätsstörung um ein Rollenverhalten, welches durch schauspielerisches Auftreten gezeigt wird (Soziokognitives Modell)?

- Ist die dissoziative Störung als eigenständiges psychiatrisches Störungsbild zu werten oder ist sie als Subform anderer psychiatrischer Störungen anzusehen?

Zur ersten Frage werden die zwei Modelle auf dem Hintergrund aktueller Studien aufgezeigt und im Anschluss wird auf die zweite Frage eingegangen und es werden aktuelle Positionen erläutert.

2.3.1 Posttraumatisches Modell der Dissoziation

Eine weit verbreitete Ansicht ist, dass sich Dissoziation auf dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen ausbildet. Dabei werden „bestimmte emotionale, kognitive, motorische und sensorische Sinneseindrücke abgespalten, weil ihr Impetus und ihre Bedrohlichkeit die normale Reizverarbeitungskapazität übersteigt“ (Freyberger & Spitzer, 2005). Je nach zugrundeliegendem Erklärungsmodell wird Dissoziation als im Augenblick der Traumatisierung funktionaler Schutzmechanismus interpretiert (Dissoziation als Konversion) oder als Resultat einer Überforderung der integrativen Fähigkeiten der Persönlichkeit (Theorie der Strukturellen Dissoziation). Dissoziative Erlebens- und Verhaltensweisen können jedoch über das Trauma hinaus anhalten und chronifizieren.
Es wird davon ausgegangen, dass sich dissoziative Störungen in Abhängigkeit der Schwere und Dauer des Traumas in unterschiedlichem Schweregrad ausbilden. Terr (1991, 1994) hat in diesem Zusammenhang die Konzeptualisierung von Typ I und Typ II Traumata vorgeschlagen, wobei es sich bei ersteren um Einzelereignisse handelt und es sich bei letzteren um repetitive, über lange Zeit verlaufende Traumatisierungen in der Kindheit wie z.B. Inzest handelt.
Die Annahme eines Zusammenhangs von Traumatisierung und dissoziativen Störungen wird durch die Resultate diverser Studien unterstützt.
In einer Vergleichsstudie von Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung und Patientinnen und Patienten mit einer anderen psychiatrischen Diagnose nach DSM-IV konnten Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden (1998) zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung über signifikant mehr traumatische Erfahrungen berichteten als Personen ohne dissoziative Störung. Dabei erwiesen sich besonders körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch als stärkste Prädiktoren für somatoforme und psychologische Dissoziation. Ferner konnten zwischen den Vergleichsgruppen Unterschiede im Beginn, in der Art und Dauer der traumatischen Ereignisse festgestellt werden, wobei Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung über länger andauernde und vielfältigere traumatische Erlebnisse berichteten, als Personen ohne dissoziative Störungen. Ferner erwiesen sich frühkindliche Traumatisierungen vor dem 7. Lebensjahr als besonders starke Prädiktorvariablen für somatoforme und psychologische Dissoziation, wie auch aus einer Studie von Draijer & Boon (1993) hervorging.

2.3.2 Soziokognitives Modell der dissoziativen Identitätsstörung

Dieses Modell wurde von Spanos (1994) entwickelt auf dem Hintergrund von Studien zur Simulation der dissoziativen Identitätsstörung im Rollenspiel sowie von Beobachtungen, dass unter Hypnose Persönlichkeitsanteile suggeriert werden können.
Spanos geht davon aus, dass es sich bei der dissoziativen Identitätsstörung nicht um ein Krankheitsbild handelt, sondern um ein durch die Medien oder den Therapeuten suggeriertes Rollenverhalten, das zu einem sekundären Krankheitsgewinn für die Betroffenen führt (Lilienfeld & Lynn, 2003). Spanos legt eher die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung nahe und verweist auf die Leitsymptomatik der dissoziativen Identitätsstörung, des „multiple identity enactments", wobei die Betroffenen Aufmerksamkeit erzeugen wollen, in dem sie ein schauspielerisches Auftreten mit verschiedenen Identitäten zeigen. Diese Behauptung begründet er auf Studien zur Simulation der Dissoziativen Identitätsstörung im Rollenspiel (Spanos, Weekes & Betrand 1985). Spanos argumentiert weiter, dass die Patienten unter anderem mittels Hypnose besonders in der Therapie dazu angeleitet würden, verschiedene Teilidentitäten zu konstruieren, womit das Konzept der multiplen Persönlichkeiten legitimiert würde. Empirische Befunde zu diesen Behauptungen liegen jedoch nicht vor.
Befürworter des soziokognitiven Modells führen weitern an, dass Patienten und Patientinnen mit Dissoziationsneigung eine hohe Bereitschaft zeigen, zu fantasieren. So resultiert aus einer Studie von Bryant & Harvey (1995) eine hohe Korrelation zwischen dem Bericht frühkindlicher traumatischer Ereignisse und Imaginationsfähigkeit. Daher stellt sich die Frage, ob Erinnerungen an frühe Traumatisierungen allenfalls falsche Erinnerungen sein könnten, die durch eine hohe Imaginationsfähigkeit induziert sind und im späteren Verlauf durch den Therapeuten oder die Medien noch verstärkt werden. Somit könnte es zu einem Rollenverhalten mit verschiedenen Identitäten kommen, um Aufmerksamkeit zu erzeugen. Diese Argumentation steht wiederum im Gegensatz zu Beobachtungen, dass Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Identitätsstörung eher dazu neigen, sich für ihre Symptome zu schämen und diese so gut wie möglich verbergen möchten (Kluft, 1989). Entgegen der Vermutung von Spanos (1994) belegen Studien zur Komorbidität, dass weniger als 10% der Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Identitätsstörung eine histrionische Persönlichkeitsstörung aufweisen und häufiger Komorbiditäten zur Borderline-Persönlichkeitsstörung, zur vermeidend-selbstunsicheren und zur dependenten Persönlichkeitsstörung bestehen (Ellason, Ross & Fuchs, 1996). Ferner konnte in verschiedenen Studien (Boon & Draijer, 1993; Coons, Bowman & Milstein, 1988; Ross, Norton & Wozney, 1989) gezeigt werden, dass das „multiple identity enactment", also das schauspielerische Auftreten mit verschiedenen Identitäten, nicht mit der dissoziativen Identitätsstörung gleichgesetzt werden kann und dies auch nicht die Leitsymptomatik der dissoziativen Identitätsstörung darstellt. Stattdessen sind Symptome wie die Amnesie, chronische Depersona-

lisation und Derealisation sowie Identitätsveränderungen Kernelemente der dissoziativen Identitätsstörung. Ferner weist Gleaves (1980) darauf hin, dass beispielsweise das Simulieren eines gebrochenen Beines noch nicht impliziert, dass grundsätzlich keine gebrochenen Beine existieren und dass die Beobachtung von schauspielerischem Auftreten mit verschiedenen Identitäten keinen Rückschluss auf die Nicht-Existenz von dissoziativen Identitätsstörungen erlaubt.
Nijenhuis et al. (1998) weisen darauf hin, dass Querschnittsuntersuchungen keine Aussagen zur Kausalität erlauben. So könnte es durchaus sein, dass bei einer vorhandenen Neigung zu fantasieren falsche Erinnerungen an traumatische Erfahrungen entwickelt werden können. Es könnte aber auch der Umkehrschluss gezogen werden, dass frühkindliche Traumatisierungen zu erhöhter Imaginationsfähigkeit im Sinne einer Copingstrategie führt, was den gefundenen Zusammenhang zwischen Fantasieneigung und der Tendenz zu dissoziieren, erklären könnte.

2.3.3 Dissoziative Störungen als eigenständiges Störungsbild oder als Subform anderer psychiatrischer Störungen

Bei dieser Frage geht es darum, ob die dissoziativen Störungen ein eigenes Störungsbild darstellen oder ob sie als eine spezielle Unterform anderer Störungsbilder anzusehen sind, da dissoziative Symptome auch im Rahmen anderer Störungen vorkommen wie z.B. bei der Schizophrenie, bei komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen und den Persönlichkeitsstörungen und zum Teil auch ein Diagnosekriterium für die genannten Störungen darstellen.
Diese Diskussion bezieht sich am stärksten auf die Borderline - Persönlichkeitsstörung, da die Symptomüberlappung mit der dissoziativen Störung hier am grössten ist. Fiedler (2001) sowie Reddemann, Hofmann & Gast (2003) unterscheiden verschiedene Grundpositionen, wonach die dissoziativen Störungen als Subform der Borderline – Persönlichkeitsstörung angesehen werden (ignorierende Position) oder wonach sich die Borderline – Persönlichkeitsstörung in verschiedene Typen differenzieren lässt, wobei u.a. eine Unterform darin besteht, dass gleichzeitig eine DIS als auch eine Borderline – Störung vorliegen kann (differenzierende Position). Bei der Position der distinkten Störungen werden sowohl die dissoziativen Störungen als auch die Borderline - Persönlichkeitsstörung als eigenständige psychische Störungen anerkannt.
In verschiedenen Studien (Boon & Draijer, 1993; Emrich & Rodewald, 2008) konnte gezeigt werden, dass die Symptomüberlappungen insbesondere bei komplexen posttraumatischen Störungen wie der Borderline – Persönlichkeitsstörung und den dissoziativen Störungen sehr gross sind, dass sie sich aber auch hinsichtlich verschiedener Symptombereiche differenzieren lassen (z.B. im Grad und in der Stärke der Amnesie für die Kindheit oder Erinnerungslücken aus dem Alltag, im Grad der Identitätsunsicherheit sowie in der Stärke

von Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen). Aus diesem Grund ist die ignorierende Position aus heutiger Sicht nicht mehr haltbar. Die beiden weiteren Positionen sind jedoch noch immer Gegenstand aktueller Diskussionen.

2.3.4 Fazit

Diverse Studien belegen den starken Zusammenhang von frühkindlichen Traumatisierungen und dissoziativen Störungen. Entgegen der Annahmen von Vertretern des soziokognitiven Modells weist nur ein geringer Prozentsatz der Personen mit einer dissoziativen Identitätsstörung eine histrionische Persönlichkeitsstörung auf. Dafür ist eine hohe Komorbidität zur Borderline – Persönlichkeitsstörung zu finden. Für das posttraumatische Modell der Dissoziation spricht auch die Tatsache, dass dissoziative Störungen und komplexe posttraumatische Belastungsstörungen grosse Symptomüberlappungen aufweisen.
Es bleibt noch die Frage der Validität der dissoziativen Störungen. Aufgrund vorliegender Untersuchungen gibt es Abgrenzungen zu den anderen psychiatrischen Störungen, was grundsätzlich die Anerkennung der dissoziativen Störungen als eigenständiges Störungsbild rechtfertigt. Allerdings sind Studien zu dieser Frage erneut durch die unterschiedlichen Konzeptualisierungen und dem Mangel an einer einheitlichen Definition der dissoziativen Störungen erschwert. Würde die Neugruppierung der dissoziativen Störung gemäss Dell (2001), wie sie in Kapitel 2.2.4 geschildert wurde, Eingang ins DSM-V finden, so wäre denkbar, dass die Abgrenzung zu komplexen posttraumatischen Störungen wie der Borderline – Persönlichkeitsstörung leichter fallen würde, da das Identitätserleben ein erheblicher Faktor ist, welcher eine Unterscheidung und Abgrenzung zu den anderen Störungen erlaubt.

2.4 Klassifikation dissoziativer Störungen

Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über die Klassifikation der dissoziativen Störungen gemäss ICD-10 und DMS-IV:

ICD – 10		**DSM - IV**
F 44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen		300.11 Konversionsstörung (klassifiziert unter den somatoformen Störungen)
F 44.5 Dissoziative Krampfanfälle		
F 44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen		
F 44.7 Dissoziative Störung (Konversionsstörungen) gemischt		
F 44.0 Dissoziative Amnesie		300.12 Dissoziative Amnesie
F 44.1 Dissoziative Fugue		300.13 Dissoziative Fugue
F 44.2 Dissoziativer Stupor		300.15 Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung Typ V
F 44.3 Trance und Besessenheitszustände		
F 44.8 Sonstige dissoziative Störungen		

F 44.80 Ganser - Syndrom		300.15 Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung Typ III
F 44.81 Multiple Persönlichkeit (MPS)		300.14 Dissoziative Identitätsstörung (DIS)
F 44.88 Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störungen		300.15 Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung Typ I
		300.16 Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung Typ II - VI
F 44.9 Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)		
F 48.1 Depersonalisations- /Derealisationsstörung (klassifiziert als sonstige neurotische Störungen)		300.60 Depersonalisationsstörung

Tabelle 1: Kategorisierung der Dissoziation gemäss ICD-10 und DSM-IV

Wie bereits aus den unterschiedlichen Definitionen der Dissoziation nach ICD-10 und DSM-IV hervorging, liegt der Hauptunterschied in den unterschiedlichen Klassifizierungen vor allem darin, dass die Konversionsstörungen im ICD-10 zu den dissoziativen Störungen gehören, während sie im DSM-IV eine eigene Kategorie innerhalb der somatoformen Störungen abbilden. Verwirrung entsteht aber trotzdem, da auch das ICD-10 noch ein Zusatzkapitel somatoforme Störungen enthält und die Grenzen zu den Konversionsstörungen zum Teil schwer nachvollziehbar sind.

In der weiteren Übersicht der Formen dissoziativer Störungen wird im Rahmen dieser Arbeit ausschliesslich auf die Unterscheidung der dissoziativen Störungen gemäss DSM-IV-TR eingegangen. Dies deshalb, weil zur Diagnostik der dissoziativen Störungen das Interview SKID-D (siehe Kapitel 6.2.2) eingesetzt wurde, welches sich auf die Klassifikation der dissoziativen Störungen nach DSM-IV stützt.
Wie aus obiger Tabelle hervorgeht, wird im DSM-IV-TR unterschieden zwischen dissoziativer Amnesie, dissoziativer Fugue, Depersonalisationsstörung, dissoziativer Identitätsstörung (vormals multiple Persönlichkeitsstörung) und der Restkategorie „Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung“. Unter die letzte Kategorie fallen dissoziative Störungsbilder, die sich nicht in den anderen Kategorien der dissoziativen Störungen abbilden lassen, da nicht alle erforderlichen Diagnosekriterien erfüllt werden.

2.4.1 Dissoziative Amnesie

Die Dissoziative Amnesie ist charakterisiert durch die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern. Die Erinnerungslücken bewegen sich auf einer Zeitspanne von Minuten bis zu Jahren, wobei diese meist im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen auftreten. Die Störung tritt nicht ausschliesslich im Verlauf einer dissoziativen Identitätsstörung, dissoziativen Fugue, posttraumatischen Belastungsstörung, akuten Belastungsstörung oder Somatisierungsstörung auf und geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines neurologischen oder anderen medizinischen Krankheitsfaktors. Es handelt sich um eine reversible Gedächtnisstörung, die in jedem Al-

ter auftreten kann. Es sind sowohl Spontanremissionen als auch chronische Verläufe möglich.

2.4.2 Dissoziative Fugue

Das Hauptmerkmal der dissoziativen Fugue ist ein plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom gewohnten Arbeitsplatz in Verbindung mit der Unfähigkeit, sich an seine gesamte oder an Teile der Vergangenheit zu erinnern. Das Verlassen der gewohnten Umgebung kann auf einen Zeitraum von wenigen Stunden bis hin zu Monaten andauern. Während einer Fugue erscheinen die Betroffenen psychopathologisch meist unauffällig und verhalten sich eher ruhig. Selten kann es bei einer Fugue zu einer Herausbildung einer neuen Identität kommen, welche meist weniger zurückhaltende Charakterzüge aufweist als die frühere Identität. Kehrt die Person zu dem Zustand vor der Fugue zurück, kann es zu einem Gedächtnisverlust für die Ereignisse während dieser Episode kommen.
Die Störung tritt vorwiegend im Erwachsenenalter auf und beginnt meist im Zusammenhang mit besonders belastenden oder überwältigenden Lebensereignissen. Die Besserung tritt häufig sehr schnell ein, selten jedoch kann es auch zu chronischen Amnesien nach dem Fugue-Ereignis kommen.

2.4.3 Dissoziative Identitätsstörung

Die Dissoziative Identitätsstörung ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen, die wiederholt Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen. Hinzu kommt die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern. Bei den Alternativpersönlichkeiten handelt es sich um dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit, welche sich in Alter, Name, Geschlecht, Charaktereigenschaften, Fähigkeiten, Wissen und vorherrschendem Affekt unterscheiden. Wechselnde Alternativpersönlichkeiten werden von den Betroffenen als nicht zur eigenen Persönlichkeit gehörend wahrgenommen und übernehmen auf innere oder äussere Auslösereize hin die Kontrolle über das Erleben und Verhalten der Person. Es besteht gelegentlich eine teilweise oder vollständige Amnesie für das Vorhandensein und die Handlungen der anderen Teilpersönlichkeiten. Die Dauer des Wechsels von der einen zur anderen Identität dauert gewöhnlich nur Sekunden, kann seltener aber auch graduell ablaufen. Die Störung tritt meistens bereits im frühen Kindesalter auf und wird häufig erst im Erwachsenenalter diagnostiziert und weist ohne Behandlung einen chronischen Verlauf auf. Die Störung tritt laut Sass, Wittchen & Zaudig (1996) bei Frauen drei bis neunmal häufiger auf als bei Männern.

2.4.4 Depersonalisationsstörung

Die Depersonalisationsstörung ist gekennzeichnet durch andauernde oder immer wiederkehrende Episoden von Depersonalisationserleben, charakterisiert durch ein Gefühl des Losgelöstseins oder der Entfremdung vom eigenen Selbst und/oder eigenen Körper. Häufig erleben die Betroffenen verschiedene Arten von sensorischer Unempfindlichkeit sowie ein Mangel an emotionalen Reaktionen. Gleichzeitig bleibt die Realitätskontrolle intakt. Da Depersonalisationssymptome häufig im Rahmen anderer psychischer dissoziativer oder nicht-dissoziativer Störungen oder bei somatischen Störungen auftreten, sollte die Diagnose einer Depersonalisationsstörung nur dann gestellt werden, wenn die Symptomatik so stark ausgeprägt ist, dass sie bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktionsbereichen verursacht und nicht ausschliesslich im Verlauf anderer psychischer Störungen auftritt. Ferner sollten direkte körperliche Wirkungen einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors ausgeschlossen werden können.

2.4.5 Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung

In dieser Kategorie wird zwischen sechs verschiedenen Typen unterschieden. Das vorherrschende Merkmal bei dieser Störung ist ein dissoziatives Symptom (also eine Unterbrechung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umgebung), das nicht die Kriterien für irgendeine spezifische dissoziative Störung erfüllt und dennoch bedeutsames Leiden und Behinderung in wichtigen Lebensbereichen verursacht. Typische Beispiele sind nach DSM-IV-TR Fälle, die der dissoziativen Identitätsstörung ähneln, bei denen aber nicht alle erforderlichen Kriterien erfüllt sind, wie z.B. das Fehlen von zwei oder mehr abgrenzbaren Persönlichkeitszuständen oder einer Amnesie für wichtige biographische Informationen (Typ I).
Beim Typ II handelt es sich um Derealisation bei Erwachsenen in Abwesenheit von Depersonalisation, beim Typ III um dissoziative Zustände einer Person, die über lange Zeit gezwungen worden ist, ihre Einstellung und das Denken zu verändern (z.B. „Gehirnwäsche“, Gedankenbeeinflussung, Indoktrination in Gefangenschaft). Typ IV entspricht einer dissoziativen Trancestörung. Das bedeutet, dass ein eingeschränktes Bewusstsein der unmittelbaren Umgebungsbedingungen vorliegt oder stereotypes Verhalten oder Bewegungen ausgeführt werden, die als ausserhalb der eigenen Kontrolle erlebt werden. Zum Typ V gehört Bewusstseinsverlust, Stupor oder Koma, die nicht auf körperliche Krankheiten zurückgeführt werden können. Typ VI wird als Ganser-Syndrom bezeichnet und zeigt sich durch das Geben von annäherungsweise richtigen Antworten auf Fragen (z.B. „3 plus 3 gleich 7“), sofern dies nicht mit einer Dissoziativen Amnesie oder Dissoziativen Fugue einhergeht.

2.5 Prävalenz dissoziativer Störungen

In der folgenden Tabelle sind die Prävalenzstudien bei stationären (siehe auch Übersicht in Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006) als auch ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten sowie die Prävalenz auf der Basis zu Studien in der Allgemeinbevölkerung aufgeführt.

Studien bei stationären Patienten	**Jahr**	**Ort**	**Anzahl Patienten, die die „DES" ausgefüllt haben**	**Anzahl Patienten, die ein strukturiertes Interview gemacht haben**	**Häufigkeit dissoziativer Störungen (in %)**	**Häufigkeit von dissoziativen Identitätsstörungen (in %)**
Ross et al.	1991	Kanada	299	80	21	3-5
Saxe et al.	1993	Massachusetts	110	20	13	4
Horen et al.	1995	Kanada	48	11	17	6
Latz et al.	1995	North Carolina	176	176 (nur Frauen)	15	4
Knudsen et al.	1995	Norwegen	85	23	8	5
Modestin et al.	1996	Schweiz	207	37 (Akutabteilung)	5	0.5
Lussier et al.	1997	Connecticut		70 (Akutabteilung)	9	7
Tutkun et al.	1998	Türkei	116	40	10	5
Rifkin et al.	1998	New York		100		1
Friedl & Draijer	2000	Niederlande	122	56	8	2
Gast et al.	2001	Deutschland	115	15	4-8	1-2
Xiao et al.	2006	China	423	423	1.7	0.5
Studien bei ambulanten Patienten						
Sar et al.	2000	Türkei	150	20	12	2
Foote et al.	2006	New York	231	82	29	9
Xiao et al.	2006	China	304	304	5	0.3
Studien in der Allgemeinbevölkerung						
Akyüz et al.	1999	Türkei	994	32	1.7	0.4
Xiao et al.	2006	China	618	618	0.3	0.0

Tabelle 2: Prävalenzstudien

Aus dieser Übersicht geht hervor, dass die Prävalenz von dissoziativen Störungen in psychiatrischen Populationen bei stationären Patientinnen und Patienten zwischen 1.7% und 21% liegt, bei ambulanten Personen zwischen 5% und 29% und in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0.3% und 1.7%. Die erheblichen Schwankungen der Prävalenzraten sind auf die unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen zurückzuführen, wie auch aus einer Studie von De Jonge, Friedl & Draijer (2000) zu den unterschiedlichen Prävalenzraten hervorgeht. Dabei ist es relevant, ob alle Patientinnen und Patienten systematisch mit einem

strukturierten diagnostischen Interview wie dem „SKID“- Fragebogen untersucht werden oder ob vorgängig ein Screeninginstrument, wie der „DES“ (siehe Kapitel 2.2.2) eingesetzt wird. Dabei liegt die Problematik vor allem darin, dass der Schwellenwert für pathologische Dissoziation in einem bestimmten Rahmen willkürlich festgelegt werden kann, da auch die pathologische Dissoziation nicht klar umschrieben ist. Dies kann zur Folge haben, dass nicht alle Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf eine dissoziative Störung in die Untersuchung mittels strukturiertem diagnostischen Interview einbezogen werden, wodurch die Prävalenzraten zu gering ausfallen könnten.
Die Prävalenzraten der aufgeführten Studien zeigen jedoch auch, dass dissoziative Störungen und insbesondere die dissoziative Identitätsstörung weltweit zu finden sind und einen relevanten Komorbiditätsfaktor darstellen. Ferner konnte auch ein starker Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen in der Kindheit und pathologischer Dissoziation festgestellt werden, was die Annahme des posttraumatischen Modells der Dissoziation (siehe Kapitel 2.3.1) erhärtet. Insbesondere die Befunde aus der Studie in China sprechen gegen die Annahme des soziokognitiven Modells, wonach die dissoziative Identitätsstörung ein durch die Medien oder Therapeuten suggeriertes Rollenverhalten darstellen, da dieses Störungsbild weder in der Allgemeinbevölkerung noch in professionellen Kreisen Chinas sehr bekannt ist.

2.6 Komorbidität von dissoziativen Störungen

Zur Komorbidität von dissoziativen Störungen mit anderen psychiatrischen Störungen nach DSM-IV liegen nur sehr wenige aktuellere Studien vor.
Ausgehend von einer Untersuchung zur Komorbidität von dissoziativen Störungen mit anderen Achse I und II Störungen konnten Johnson, Cohen, Kasen & Brook (2006) feststellen, dass dissoziative Störungen häufig mit Angststörungen, depressiven Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung einhergehen. Eine weitere Studie von Ellason, Ross & Fuchs (1996) zeigte in grosser Übereinstimmung zur Studie von Johnson et al., dass dissoziative Störungen am häufigsten mit depressiven Störungen und Angststörungen einhergehen.

2.7 Diagnostik dissoziativer Störungen

Aufgrund der relativ hohen Prävalenz von dissoziativen Störungen sowohl bei ambulanten als auch stationären Patientinnen und Patienten sollte die Diagnostik von dissoziativen Störungen im klinischen Alltag idealerweise immer im Rahmen der Standard – Aufnahmediagnostik erfolgen. Ist dies aus zeitlichen oder finanziellen Rahmenbedingungen nicht möglich, sollte eine Diagnostik bei bestimmten Risikogruppen, also z.B. bei Personen mit einer Vorgeschichte von Kindheitstraumatisierungen angewendet werden. Weitere unspezifische

Hinweise für eine mögliche dissoziative Störung sind gegeben, wenn mehrere erfolglose Vorbehandlungen stattgefunden haben und verschiedene Vordiagnosen gestellt wurden und gleichzeitig selbstverletzendes Verhalten sowie starke Schwankungen in der Symptomatik sowie im Funktionsniveau vorliegen. Spezifische Hinweise liefern direkt beobachtbare auffällige Verhaltensänderungen, die sich in der Mimik, in der Stimme, in der Körperhaltung sowie in Gefühlen und Stimmungen niederschlagen. Weitere Hinweise können spontane Altersregressionen sein (eine Person verhält sich plötzlich wie ein kleines Kind) sowie starke Brüche im Verhalten und auffällige Schwankungen in der äusseren Erscheinung (Gast et al., 2006).
Zur psychometrischen Erfassung dissoziativer Symptome und dissoziativer Störungen liegen eine Reihe von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente vor.
Dabei werden zwischen Selbstbeurteilungsinstrumenten zur dimensionalen Erfassung psychoformer und somatoformer Dissoziation und diagnostischen Interviews zur kategorialen Erfassung einer dissoziativen Störung unterschieden (Gast et al., 2001).
Selbstbeurteilungsinstrumente zur dimensionalen Erfassung dissoziativer Symptome sind die „Dissociative Experience Scale“ (DES) (deutsche Adaptation FDS), (siehe Kapitel 6.2.1), der „Dissociation Questionnaire“ (DIS-Q) nach Vanderlinden, Van Dyck & Vandereycken (1993) und der „Somatoform Dissociation Questionnaire“ in Kurz- (SDQ-5) oder Langform (SDQ-20), wie er ebenfalls in Kapitel 6.2.1 aufgeführt wird. Der DES/ FDS sowie der SDQ-5 werden häufig als Screeninginstrumente für das Vorhandensein einer dissoziativen Störung eingesetzt unter Verwendung empirisch ermittelter Cut-off Werte.
Als „Goldstandard“ der Diagnostischen Interviews für dissoziative Störungen wird das „Structured Clinical Interview for Dissociation Disorders“ (SCID-D) von Steinberg (1994) benutzt, das in autorisierter deutscher Bearbeitung vorliegt (siehe Kapitel 6.2.2). Neben dem SKID-D kann das „Dissociative Disorders Interview Schedule: a structured interview“ (DDIS) von Ross, Heber, Norton, Anderson D., Anderson A. & Barchet (1989) benutzt werden. Es handelt sich dabei um ein hochstrukturiertes Interview mit ja /nein Antworten, welches nebst der Diagnose von dissoziativen Störungen ausserdem den Ausschluss einer Depressiven Störung, der Borderline - Persönlichkeitsstörung sowie der Somatisierungsstörung erlaubt, da diese Störungen häufig als Differentialdiagnosen zu komplexen dissoziativen Störungen vorliegen.

2.8 Behandlung dissoziativer Störungen

Im folgenden Kapitel wird auf die Psychotherapie als auch auf die Pharmakotherapie von dissoziativen Störungen eingegangen. Dabei handelt es sich um die Darstellung verschiedener Therapieformen, wie sie in der Literatur vorgeschlagen werden. Zu beachten ist, dass bisher kaum wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit der vorgeschlagenen Behandlungen vorliegt.

2.8.1 Psychotherapie

Die Komplexität der dissoziativen Störungen und die Vielgestaltigkeit der Symptome haben auch zur Folge, dass Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen häufig professionelle Hilfe aufgrund anderer Symptome wie körperlichen Beschwerden aufsuchen (Kapfhammer et al., 1998) und damit eine Vielzahl an Vorbehandlungen in Anspruch nehmen, ohne dass dabei das Augenmerk auf die zugrundeliegende psychische Störung gelegt wird. Je nach Krankheitsverständnis der Patienten muss ein anderes therapeutisches Vorgehen gewählt werden. Das kann bedeuten, dass Betroffene von dissoziativen Störungen in erster Linie somatische Beschwerden zeigen, weswegen sie in Behandlung kommen. Um eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, sollte dementsprechend dieser Leidensdruck respektiert und anerkannt werden, da ansonsten die Gefahr besteht, dass die Patienten weitere Symptome entwickeln, um eine zugrunde liegende körperliche Störung nachzuweisen.
Daher schlagen Freyberger & Spitzer (2005) folgendes Vorgehen zu Therapiebeginn vor:

> Am Anfang jeder psychotherapeutischen Behandlung hat daher eine sorgfältige Analyse des Krankheitskonzepts, der Behandlungsbereitschaft, symptomauslösender und – aufrechterhaltender Faktoren sowie der Introspektionsfähigkeit und Psychotherapiemotivation zu stehen.

In Analogie zur Behandlung von anderen psychischen Störungen werden Methoden aus verschiedenen Therapieansätzen eingesetzt, die im Folgenden in Bezug auf die dissoziativen Störungen geschildert werden.

Kognitiv - Verhaltenstherapeutischen Methoden

Ein kognitiv verhaltenstherapeutisches Vorgehen zeigt sich vor allem dann angebracht, wenn eine Konfliktdynamik aus verschiedenen Gründen mit den Patienten/innen nicht angesprochen werden kann oder wenn die Symptome derart im Vordergrund stehen, dass deren Beeinflussung und Bearbeitung im Zentrum steht (Freyberger & Spitzer, 2005). Dabei kann ein psychoedukatives Vorgehen angewendet werden, wo die Patienten/innen über die Störung aufgeklärt und informiert wird.
Bezogen auf die verschiedenen dissoziativen Symptome kann es hilfreich sein, Reize, welche dissoziative Erfahrungen aktivieren, durch gezielte Aufmerksamkeit und das Erlernen bestimmter Strategien zu beeinflussen um sie damit zu reduzieren. Dazu kann ein Ereignisprotokoll erstellt werden, um ein Bewusstsein für begünstigende Umwelt- und Stressfaktoren für das Auftreten von dissoziativen Symptomen zu generieren und um gleichzeitig therapeutische Ansatzpunkte zur Intervention zu erhalten (Fiedler, 2008, S. 172-175).
Bezogen auf die Depersonalisationsstörung wird beispielsweise versucht, Situationen, die Depersonalisationserleben auslösen, mit den Patienten/innen zu analysieren und alternative Strategien zu erarbeiten, die es erleichtern sollen, den Kontakt zur Umgebung und zum

eigenen Körper wieder herzustellen. Dies kann dadurch erreicht werden, dass ein körperlicher Kontakt mit Gegenständen aus der Umgebung hergestellt wird oder es kann versucht werden, die Aufmerksamkeit umzulenken, indem ein Gespräch mit anderen Menschen begonnen wird. Es können aber auch handwerkliche oder sportliche Tätigkeiten ausgeführt werden, um den Bezug zum Körper wieder herzustellen.
Extreme Belastungen sowie existentielle Konflikte, welche dissoziative Symptome auslösen, können in der Therapie fortlaufend behandelt werden.

Gesprächspsychotherapie

Bei der dissoziativen Amnesie sowie der dissoziativen Fugue liegt die Rückbildung der Amnesien im Vordergrund, wobei davon ausgegangen wird, dass traumatische Erinnerungen häufig von selbst fragmentarisch wieder in Erinnerung treten (Fiedler, 2008, S. 153). In diesem Sinne wird angenommen, dass therapeutische Gespräche zentral sind, um die Patienten/innen bei der innerpsychischen Verarbeitung der auftauchenden traumatischen Erfahrungen zu unterstützen. Ein gesprächspsychotherapeutischer Ansatz kann sich aber natürlich auch in anderen Situationen als hilfreich erweisen, zum Beispiel zu Beginn einer Therapie, bei der die positive Wertschätzung der Klienten im Zentrum steht und indem der Leidensdruck auf jeder Ebene der Symptompräsentation anerkannt wird.

Hypnotherapeutische Ansätze

Vorwiegend in den USA (Freyberger & Spitzer, 2005) werden hypnotherapeutische Techniken im Kontext weiterer therapeutischer Ansätze zur Behandlung der dissoziativen Störungen eingesetzt. Leidet ein Patient beispielsweise unter Schmerzen, die verbunden sind mit früheren traumatischen Erfahrungen, kann durch Hypnose das Schmerzempfinden verändert werden und gleichzeitig ein Zugang zu den damit verbundenen Gefühlen geschaffen werden, wodurch auch eine Bewältigungserfahrung generiert werden kann.

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Vorwiegend bei posttraumatischen Belastungsstörungen aber auch bei den dissoziativen Störungen wird gehäuft das EMDR eingesetzt. Dies kann im weitesten Sinne als Expositionsverfahren betrachtet werden, da die Wiedererinnerung von traumatischen Erlebnisanteilen von einer induzierten sakkadischen Augenbewegung begleitet wird, was die Erlebnisverarbeitung unterstützen und erleichtern soll. Diese Methode ist vorwiegend im Rahmen eines globalen Behandlungsplans einzusetzen, wo verschiedene Therapieansätze zum Zuge kommen. Voraussetzung für die Anwendung der EMDR ist eine Stabilisierung des Zustandes und Symptomreduktion (Reddemann, Hofmann & Gast, 2004).

Psychodynamische Ansätze

Dabei steht an erster Stelle der Aufbau einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung mit dem Patienten. Im weiteren Verlauf der Therapie soll die zugrundeliegende individuelle Konfliktdynamik mit dem Patienten oder der Patientin herausgearbeitet werden. Dabei sollen verdrängte Anteile des intrapsychischen Konflikts bewusst gemacht werden, was sich auch in einer gefühlsmässigen Wiederbelebung in der Übertragungssituation niederschlägt. Ziel ist, dass sich die vom Konflikt beeinflussten und behinderten Persönlichkeitsanteile weiterentwickeln können (Mentzos, 2004, S.136). In Bezug auf die dissoziative Identitätsstörung wird versucht, ein Bewusstsein über alternative Identitäten zu elaborieren und ihren Stellenwert und ihre Bedeutung im Gesamtsystem herauszuarbeiten, also welche Erinnerungen, Fähigkeiten und Probleme sie prägen. Damit soll die Kommunikation zwischen den verschiedenen Zuständen ermöglicht bzw. verbessert werden. Wenn dies gelingt und eine gute Interaktion zwischen den Alternativ – Ichs entstanden ist und der Patient / die Patientin gelernt hat, eine gewisse Kontrolle über traumatische Erinnerungen zu gewinnen, kann mit der Bearbeitung der Traumaerfahrung begonnen werden. Dazu können verschiedene therapeutische Ansätze wie z.B. die Hypnotherapie angewendet werden.

Integrative Ansätze

Vor allem bei der dissoziativen Identitätsstörung als schwerste Form der dissoziativen Störungen ist gemäss Behandlungsrichtlinien der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISST-D, 2005) eine langfristig angelegte Einzeltherapie vorgesehen, wobei ein eklektischer Therapieansatz mit psychodynamischen, kognitiv- behavioralen, hypnotherapeutischen und familientherapeutischen Ansätze besonders wirksam sein soll, wie sie auszugsweise in den oben genannten Therapiemethoden aufgeführt wurden.

Insgesamt ist zu erwähnen, dass zur Wirksamkeit einer störungsspezifischen Therapie keine empirischen Studien vorliegen. Ein Hauptgrund dafür liegt sicherlich darin, dass die Störung relativ selten diagnostiziert wird. Ferner schlägt sich ein fehlendes Behandlungskonzept in der Komplexität der Störung selbst nieder und den damit verbundenen langfristigen Behandlungen, welche sehr kostenintensiv sind. Zudem gibt es kein manualisiertes Behandlungsprotokoll und es wäre ethisch kaum vertretbar, im Rahmen einer solchen Studie eine Kontrollgruppe zu bilden.
Es gibt allerdings wenige naturalistische Verlaufsstudien wie sie Ellason & Ross (1997) durchgeführt haben, wonach es im Zuge der Behandlung von dissoziativen Störungen zu einer Abnahme der Symptomatik kommt und verschiedene dissoziierte Anteile in die Gesamtpersönlichkeit integriert werden können.
Unter Berücksichtigung des zu Beginn dieses Kapitels aufgeführten Zitats steht wie bei den anderen psychischen Störungen auch das Krankheitsverständnis der Patientinnen und Pati-

enten im Zentrum. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass sich auch unterschiedliche, auf die Patienten zugeschnittene Therapieansätze als erfolgreicher erweisen, als wenn eine Standardmethode angewendet würde. Und wie es nicht nur bei den dissoziativen Störungen der Fall ist, scheint eine Kombination der verschiedenen Therapiemethoden in unterschiedlichen Stadien der Therapie sowieso sinnvoll zu sein.

2.8.2 Pharmakotherapie

Bisher liegen keine Studien vor, welche die Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung speziell für dissoziative Symptome und dissoziative Störungen belegen. Der Einsatz von Medikamenten findet häufig statt, um komorbide Störungen wie Depression, Angst oder Impulskontrollstörungen zu behandeln. Dabei wird die gesamte Palette psychopharmakologischer Substanzen angewendet wie Antidepressiva, Neuroleptika, Hypnotika, Tranquilizer und Antikonvulsiva. Als einzige Substanzklasse, bei der ein direkter Einfluss auf dissoziative Symptome diskutiert wird, sind Opiatantagonisten wie Naltrexon (Bolm, 2001).

3 Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Die WHO mit ihren 191 Mitgliedstaaten hat im Jahre 2001 eine einheitliche Definition der Gesundheit und Funktionsfähigkeit sowie von Behinderungen mit Hilfe der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) verabschiedet, mit dem Ziel, die Gesundheit und Funktionsbeeinträchtigung nach einem internationalen Standard zu messen. Die Definition der WHO (2001) lautet wie folgt:

> Disabilities is an umbrella term, covering impairments, activity limitations and particiation restrictions. An impairment is a problem in body function or structure; an activity limitation is a difficulty encountered by an individual in executing a task or action; while a participation restricition is a problem experienced by an individual in involvement in life situations. Thus disability is a complex phenomenon, reflecting an interaction between features of a person`s body and features of the society in which he or she lives.

Das bedeutet, dass Funktionsfähigkeit und Behinderung drei Bereiche beinhaltet, welche in folgender Abbildung nach Cieza & Stucki (2008) dargestellt sind.
Die erste Komponente betrifft die Funktionsfähigkeit des Körpers d.h. physiologischer und anatomischer Strukturen. Ein Verlust oder eine Abweichung der normalen Körperfunktion wird als Behinderung aufgefasst. Die zweite Komponente bildet die Aktivität und deren Einschränkungen und die dritte Komponente beinhaltet die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie die Beeinträchtigung. Diese drei Bereiche werden wiederum von Persönlichkeitsfaktoren und Umweltbedingungen beeinflusst und sind vom Gesundheitszustand abhängig.

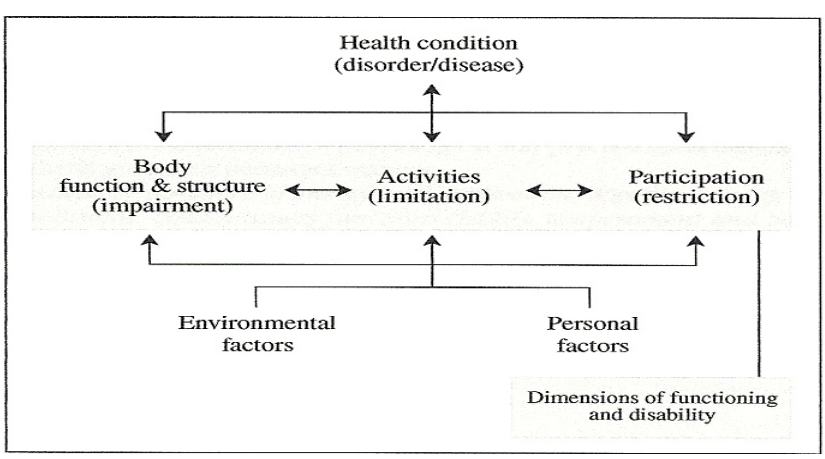

Abbildung 3: Bereiche der Funktionsfähigkeit & Behinderung (Cieza & Stucki)

Die Behinderung kann in Bezug auf die Funktionsfähigkeit mit dem World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) gemäss WHO (2000) (siehe Kapitel 6.2.2) erfasst werden, wie es in der vorliegenden Arbeit gemacht wurde.
Dabei werden die gesundheitsbedingten Einschränkungen in die sechs Funktionsbereiche Verständnis und Kommunikation, Mobilität, für sich selbst sorgen, Umgang mit anderen Menschen, Tätigkeiten im alltäglichen Leben und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben unterteilt.
Der erste Bereich „Verständnis und Kommunikation" enthält beispielsweise Fragen zu Schwierigkeiten, sich für kurze Zeit auf eine Tätigkeit zu konzentrieren oder sich mit Alltagsproblemen auseinanderzusetzen, sich an wichtige Dinge zu erinnern oder ein Gespräch aufrecht zu erhalten.
Im Bereich „Mobilität" werden Fragen zu Schwierigkeiten mit der Fortbewegung gestellt. Die Schwierigkeiten beziehen sich z.B. darauf, die Wohnung zu verlassen oder eine längere Strecke wie einen Kilometer zu gehen oder während einer längeren Zeit wie ca. eine Minute zu stehen.
„Für sich selbst sorgen" bezieht sich auf die Körperhygiene (Schwierigkeiten, den ganzen Körper zu waschen und sich anzuziehen) als auch auf Schwierigkeiten mit dem Essen oder einige Tage alleine zu bleiben.
Im Bereich „Umgang mit anderen Menschen" wird erfragt wie schwierig es ist, Freundschaften aufrecht zu erhalten oder mit Menschen zurecht zu kommen, die man gut kennt. Ferner wird eine Frage zu Schwierigkeiten im sexuellen Bereich gestellt als auch zu Schwierigkeiten im Umgang mit unbekannten Menschen.
Der Bereich „Tätigkeiten im alltäglichen Leben" enthält Fragen zu Tätigkeiten im Haushalt und zur Arbeit und den damit verbundenen Schwierigkeiten (z.B. Probleme den Haushaltspflichten nachzukommen, die gesamte Hausarbeit zu erledigen, die erforderliche Arbeit zu erledigen, die wichtigsten Arbeiten zu erledigen etc.)
Der letzte Bereich „Teilnahme am gesellschaftlichen Leben" enthält Fragen zur emotionalen und finanziellen Belastung aufgrund des Gesundheitszustandes, zum zeitlichen Aufwand der betroffenen Person als auch zu Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, dass die Person von der Gesellschaft benachteiligt wird oder ihre Würde durch das Verhalten und die Einstellungen anderer Menschen nicht mehr gewahrt ist.

Die globale Funktionsfähigkeit kann mit dem Global Assessment of Functioning (GAF) nach Hilsenroth et al. (2000) erfasst werden, wie er in Kapitel 6.2.2 aufgeführt wird und der in dieser Arbeit als Fremdbeurteilungsinstrument eingesetzt wurde zur Erfassung der globalen Funktionsbeeinträchtigung aufgrund von psychischen, sozialen und beruflichen Schwierigkeiten. Körperliche Erkrankungen werden in der Beurteilung nicht berücksichtigt.

4 Lebensqualität

Die WHO (1997) definiert Lebensqualität folgendermassen:

> Die Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.

Gemäss dieser Definition handelt es sich bei der Lebensqualität um ein multidimensionales Konstrukt, wobei physische, psychische, soziale als auch ökonomische Aspekte unter dem Gesichtspunkt des subjektiv erlebten Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit zusammengefasst werden.
Die Lebensqualität mit den verschiedenen Bereichen können im Selbstbeurteilungsfragebogen World Health Organization Quality of Life, WHOQOL oder dessen kürzeren Version, dem WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 1999) (siehe Kapitel 6.2.1) in den Dimensionen psychisches und physisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt sowie Religion und Spiritualität beschrieben und erfasst werden, wie es in dieser Arbeit gemacht wird.
Die folgende Abbildung zeigt die Facetten der verschiedenen erfragten Domänen der Lebensqualität (Angermeyer et al., 2002):

Domänen	**Facetten**
Physisches Wohlbefinden	Schmerz, Energie, Schlaf
Psychisches Wohlbefinden	Positive Gefühle, Denken, Selbstwert, Körper, negative Gefühle
Unabhängigkeit	Mobilität, Aktivität, Medikation, Arbeitsfähigkeit
Soziale Beziehungen	Soziale Beziehungen, soziale Unterstützung, Sexualität
Umwelt	Sicherheit, Wohnung, finanzielle Ressourcen, Gesundheitsversorgung, Information, Freizeit, Umwelt, Transport
Spiritualität	Spiritualität

Tabelle 3: Domänen und Facetten der Lebensqualität

5 Forschungsfrage

5.1 Entstehung der Fragestellungen

Die vorliegende Masterarbeit wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „Dissoziative Störungen und Einschränkungen der Alltagsfunktion bei psychiatrischen Patienten: eine prospektive Follow-Up Untersuchung“ (Müller-Pfeiffer, Perron, Kuenzler, Wyss, Rufer, 2010) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals Zürich und dem Center of Education & Research der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord verfasst. Dabei handelt es sich im ersten Teil um eine Querschnittsuntersuchung, im zweiten Teil um eine prospektive Untersuchung mit Beginn der Datenerhebung im Januar 2009. Das Projekt wurde von der Kantonalen Ethikkomission St. Gallen begutachtet und gutgeheissen.
Ziel des ersten Teils des Projekts ist es, die Prävalenz von dissoziativen Störungen bei 200 ambulanten und teilstationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu untersuchen und die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität zwischen Patienten mit dissoziativen Störungen und Patienten ohne dissoziative Störungen zu vergleichen. Beim zweiten Teil der Studie handelt es sich um eine Fall–Kontroll-Studie, in der Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung und eine Kontrollgruppe von Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen über einen Verlauf von zwei Jahren systematisch untersucht werden, mit dem Ziel, eine Aussage über den Krankheitsverlauf von dissoziativen Störungen machen zu können.
Die Untersuchungsfragen kamen dadurch zu Stande, dass bis heute kontrovers diskutiert wird, was die klinische Relevanz einer dissoziativen Störung ist, welche in der Regel komorbid zu anderen psychiatrischen Störungen auftritt. In der klinischen Versorgung finden dissoziative Störungen bisher kaum Beachtung, d.h. diese werden in der Regel entweder nicht diagnostiziert, oder bei vorhandener Diagnose werden selten störungsspezifische Interventionen angewendet. Gemäss Ein- und Austrittsstatistik des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen wurden im Jahr 2008 bei 0.5% aller ambulant behandelten Fälle eine dissoziative Störung als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt. Falls sich unsere Hypothesen bestätigen, dass dissoziative Störungen bei einem beträchtlichen Anteil psychiatrischer Patienten/- innen vorhanden sind und diese mit einer signifikant niedrigeren Lebensqualität und stärkeren Funktionseinbussen im Alltag einhergehen, hätte dies wichtige Implikationen für die Versorgungspraxis unter anderem in der Schweiz.

5.1.1 Pilotstudie

Müller-Pfeiffer et al. (2007) führten eine Pilotstudie zur Häufigkeit von dissoziativen Störungen bei einer Stichprobe von ambulanten Patientinnen und Patienten mit IV-Berentung

durch und fanden bei 25% der insgesamt 28 untersuchten Personen eine komorbide dissoziative Störung. Diese Resultate können als vorläufiger Hinweis interpretiert werden, dass dissoziative Störungen auch in der Patientengruppe mit chronischen psychiatrischen Störungen eine relevante Rolle spielen.

5.1.2 Ziel der Arbeit

In dieser Arbeit wird die Prävalenz von dissoziativen Störungen, die Komorbidität von dissoziativen Störungen mit anderen psychischen Störungen gemäss DSM-IV und der Zusammenhang zwischen dissoziativen Störungen und Lebensqualität sowie Einschränkungen der Alltagsfunktionen bei einer Stichprobe von ambulanten und teilstationären psychiatrischen Patienten der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord untersucht. Grundlage für die in dieser Arbeit präsentierten Resultate bilden die Daten der bisher 119, im Zeitraum von Januar 2009 bis April 2010 untersuchten psychiatrischen Patienten. Die Daten von 42 Studienteilnehmern/-innen wurden von der Autorin persönlich erhoben, die Untersuchung von 77 weiteren Studienteilnehmern/-innen erfolgte durch zwei weitere Assessorinnen.

5.2 Fragestellungen

- Wie hoch ist die Prävalenz von dissoziativen Störungen bei ambulanten und teilstationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten mehrerer allgemeinpsychiatrischer Ambulatorien und Tageskliniken der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord?

- Welche Komorbiditäten mit anderen DSM-IV Achse-I und II Störungen zeigen Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung?

- Sind dissoziative Störungen mit einer eingeschränkten Funktionsfähigkeit im Alltag assoziiert?

- Gehen dissoziative Störungen mit einer geringeren Lebensqualität einher?

5.3 Hypothesen

- Basierend auf den ermittelten Prävalenzraten bei verschiedenen psychiatrischen Stichproben (siehe Kapitel 2.5) wird eine Rate von 10 – 20% dissoziativer Störungen erwartet.

- Ausgehend von Komorbiditätsstudien wie sie Johnson, Cohen, Kasen & Brook (2005) durchgeführt haben, ist eine hohe Komorbidität zu Angststörungen, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen zu erwarten.

- Basierend auf ersten Studienresultaten zum Zusammenhang von dissoziativen Störungen und Behinderung in der Allgemeinbevölkerung nach Johnson et. al. (2006) ist zu vermuten, dass Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen grössere Einschränkungen in den Alltagsfunktionen aufweisen als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen.

- Aufgrund von klinischen Beobachtungen ist zu erwarten, dass dissoziative Störungen mit einer geringeren Lebensqualität einhergehen.

6 Methode

6.1 Ablauf der Datenerhebung

6.1.1 Studienzentren

Die folgenden Zentren nehmen an der wissenschaftlichen Untersuchung teil:

- Ambulatorium für Sozialpsychiatrie St. Gallen, Teufenerstrasse 26, 9000 St. Gallen
- Ambulatorium für Sozialpsychiatrie Wil, Zürcherstrasse 30, 9501 Wil SG.
- Psychotherapeutische Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen, Teufenerstrasse 26, 9000 St. Gallen
- Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Wil, Zürcherstrasse 30, 9501 Wil, SG.

Zusätzlich zu den genannten Studienzentren wurden in der konsekutiven Datenerhebung aus ökonomischen Gründen Patientinnen und Patienten einer Privatpraxis mit Behandlungsschwerpunkt dissoziative Störungen miteinbezogen, um die Stichprobe der Gruppe der dissoziativen Störungen zu erhöhen.

6.1.2 Durchführung

In der seit Januar 2009 laufenden Basiserhebung wurden Patientinnen und Patienten der in Kapitel 6.1.1 genannten Studienzentren konsekutiv rekrutiert und für eine Studienteilnahme durch ihren Therapeuten angefragt. Sie erhielten ein Informationsblatt über den Inhalt und Ablauf der Studie (siehe Anhang I). In die Studie eingeschlossene Patientinnen und Patienten wurden von drei geschulten Studienmitarbeiterinnen für die diagnostischen Interviews telefonisch kontaktiert und aufgeboten. Im Vorfeld erhielten die Patientinnen und Patienten Selbstbeurteilungsfragebogen, die sie zu Hause vor dem ersten Interviewtermin ausfüllten, wobei die Assessorinnen keine Kenntnis von den Resultaten hatten, um einen systematischen Messfehler (Bias) zu vermeiden. Im ersten Kontakt wurden die Patientinnen und Patienten gebeten, eine Einverständniserklärung (siehe Anhang I) zu unterzeichnen, welche unter anderem die Anonymität der Daten zur Verwendung wissenschaftlicher Zwecke garantiert. Um dies zu gewährleisten, wurde jedem Patienten eine vierstellige Nummer zugeteilt. Alle Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer hatten zu jeder Zeit das Recht aus der Studie auszutreten. Nach dem zweiten Interview wurde den Patientinnen und Patienten auf Wunsch eine mündliche Rückmeldung über die Resultate gegeben. Sie wurden zudem nach ihrem Befinden befragt, um bei allfälligen Problemen oder Schwierigkeiten eine Betreuungsperson der zuständigen Institution beiziehen zu können und dies zu

besprechen. Aus diesem Grund fanden die Interviews in der Regel in der jeweils für den Patienten zuständigen Institution statt.
Als Aufwandentschädigung erhielten die Studienteilnehmer/innen für das Ausfüllen des Fragebogens und für die zwei Interviews von einer Gesamtdauer zwischen zwei bis vier Stunden CHF 100. Die Interviews wurden zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität auf Video aufgenommen. Die Assessoren wurden bezüglich der diagnostischen Beurteilung jeweils durch den Studienleiter, Dr. med. C. Müller-Pfeiffer durch mündliche Nachbesprechung oder mittels Sichtung der Videoaufnahmen supervidiert. Nach individueller Absprache mit den Patientinnen und Patienten wurden die erhobenen Diagnosen den zuständigen Therapeuten/innen mitgeteilt, welche diese dann mit ihren Patientinnen und Patienten besprachen.

6.1.3 Einschlusskriterien

In die Studie eingeschlossen wurden sämtliche Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 65 Jahren, welche während des Zeitraums der Basiserhebung mindestens drei ambulante Kontakte (reguläre Therapiegespräche oder Abklärungsgespräche) hatten oder sich in teilstationärer Behandlung befanden.

6.1.4 Ausschlusskriterien

Folgende Kriterien führten zu einem Studienausschluss:

- Akut psychotische Symptomatik
- Akute Suizidalität
- Intoxikation oder Entzugserscheinungen bei Suchterkrankungen
- Organisch bedingte psychische Störung
- Intelligenzminderung
- Ungenügende deutsche Sprachkenntnisse

6.2 Untersuchungsmethoden

Nachfolgend werden alle Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente aufgeführt, die zur Diagnostik im ersten Teil der Studie eingesetzt wurden. In Kapitel 6.3 wird erläutert, welche Fragebogen in der vorliegenden Arbeit in die statistische Datenanalyse einbezogen wurden.

6.2.1 Selbstbeurteilungsinstrumente

Multidimensional Inventory of Dissociation (MID)

Der MID ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 218 Items, welches die pathologische Dissoziation in verschiedenen Domänen erfasst. Die amerikanische Originalversion nach Dell (2006) wurde auf den deutschen Sprachraum adaptiert und validiert (Gast, Rodewald, Dehner-Rau, 2003). Für die Studie wird auf die 50 Validitätsitems verzichtet.

Dissociative Experience Scale (DES)

Der DES ist das weltweit am häufigsten eingesetzte Selbstbeurteilungsinstrument, welches dissoziatives Erleben mit Hilfe von 28 Fragen in den Bereichen Amnesie, Derealisation sowie Depersonalisation misst. Zusätzlich zu den Formen pathologischer Dissoziation werden dissoziative Alltagserfahrungen wie Absorption erfragt. In der deutschen Version des amerikanischen Originalfragebogens nach Bernstein & Putnam (1986), dem Fragebogen für dissoziative Symptome, wird zusätzlich die Dimension Konversion erfragt. Für die Studie wurden die 28 Fragen der Originalversion eingesetzt. Sowohl die Amerikanische Originalversion wie auch die deutsche Übersetzung nach Freyberger et al. (1998) verfügen über sehr gute psychometrische Eigenschaften.

Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)

Der SDQ-20 ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches von Nijenhuis et al. (1996) entwickelt wurde. Dabei werden somatoforme dissoziative Symptome gemessen, welche die Körperwahrnehmung und Körperfunktionen betreffen. Beispiele dafür sind motorische Beeinträchtigungen, auffällige Schmerzunempfindlichkeit, wechselnde Geschmacks- oder Geruchspräferenzen usw. Zusätzlich wird bei jedem Item erfragt, ob den Symptomen eine körperliche Ursache zugrunde liegt. Die deutschsprachige Adaptation nach Müller-Pfeiffer (2008) ergab sehr gute Kennwerte zur Validität und Reliabilität (Müller-Pfeiffer, in press).

Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI)

Der BSI von Franke (1977) ist eine Kurzform der Symptom Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis (1977) und wird international eingesetzt. Mit 53 Items wird die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfragt. Diese erlauben eine Aussage zur Symptombelastung in neun Bereichen.

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der BDI von Beck (1961) ist ein international eingesetztes Instrument mit 21 Items zur Erfassung von depressiven Symptomen. Die deutsche Ausgabe wurde von Hautzinger (1994) bearbeitet.

World Health Organization Quality of Life, Kurzversion (WHOQOL-BREF)

Der WHOQOL-BREF nach Angermeyer et al. (1999) ist die Kurzform eines Fragebogens zur Messung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität und liegt weltweit in mehr als 30 Sprachen vor. Er besteht aus 26 Items und es werden die Dimensionen psychisches und physisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Religion / Spiritualität gemessen, wie sie in Kapitel 4 erläutert wurden. Für jede Frage liegt eine Skala von 1 – 5 bzw. von sehr schlecht, schlecht, mittelmässig, gut bis sehr gut vor.

Die Fragebogen zur Dissoziation, so der Multidimensional Inventory of Dissociation (MID), der Fragebogen für dissoziative Symptome (DES) sowie der Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) ermöglichen die Erfassung dissoziativer Phänomene in verschiedenen Bereichen. So wird beim MID nebst allgemeinen dissoziativen Symptomen die Dissoziation in Abhängigkeit des Identitätserlebens erfragt, wie aus Kapitel 2.2.4 hervorging. Der DES erfasst dissoziative Symptome auf dem gesamten Spektrum von normaler bis hin zur pathologischen Dissoziation (siehe Kapitel 2.2.2) und der SDQ-20 ermöglicht zusätzlich die Erfassung der körperlichen dissoziativen Phänomene.
Das Beck Depressions Inventar (BDI) wurde eingesetzt, da angenommen werden kann, dass Personen mit einer depressiven Symptomatik auch in der Lebensqualität sowie in der Funktionsfähigkeit stärker beeinträchtigt sind. Damit kann die Depression in der statistischen Auswertung kontrolliert werden.

6.2.2 Fremdbeurteilungsinstrumente

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II (SKID-I und II)

Das SKID Interview wurde von Wittchen, Zaudig & Fydrich (1977) entwickelt und ist das Standardinstrument zur Diagnostik von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Die Durchführungsdauer bei vorgängigem Screening mittels Selbstbeurteilungsfragebogen beträgt ca. 60-120 Minuten.

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D)

Das SKID Interview nach Gast, Oswald & Zündorf (2000) ist das Standardinstrument zur Diagnostik dissoziativer Störungen nach DSM-IV. Es handelt sich dabei um ein semistrukturiertes Interview, in welchem die fünf Symptombereiche dissoziative Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätskonfusion und Identitätsänderung in unterschiedlichen Schweregraden beurteilt werden. Darauf aufbauend werden dann die Diagnosen dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, Dissoziative Identitätsstörung, Depersonalisationsstörung

und Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung geprüft. Die Bearbeitungsdauer beträgt je nach Ausprägung des dissoziativen Erlebens 30 bis 90 Minuten.

World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)

Der WHODAS II wurde von der World Health Organization (WHO) im Jahr 2000 entwickelt und ist ein international anerkanntes Instrument zur Einschätzung der gesundheitsbedingten Einschränkungen. Bei dem strukturierten Interview werden mit 36 Items sechs Funktionsbereiche des alltäglichen Lebens, wie sie in Kapitel 3 aufgeführt sind, erfragt. Dabei liegt jeweils eine Skala von 1-5 vor, wobei 1 keiner Schwierigkeit und 5 sehr starken Schwierigkeiten entspricht. Ein Gesamtwert reflektiert den Grad der Behinderung insgesamt. Weiter kann für jeden der Funktionsbereiche das Ausmass der Einschränkung quantifiziert werden. Dabei bezieht sich das Ausmass auf die Anzahl Tage, an denen die Person eingeschränkt war.
Das Diagnoseinstrument wurde in diverse Sprachen übersetzt und validiert und weist sehr gute psychometrische Eigenschaften auf (Pösl, Cieza & Stucki, 2007).

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Mittels der GAF – Skala nach Hilsenroth et al. (2000) wird das allgemeine Funktionsniveau innerhalb der psychischen, sozialen oder beruflichen Bereiche anhand einer 100-Punkte Skala erfasst. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen oder umweltbedingten Einschränkungen werden dabei nicht miteinbezogen. Die Abstufungen werden wie folgt vorgenommen:

Wertebereich	Beschreibung
100 - 91	Optimale Funktion in allen Bereichen
90 - 81	Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80 - 71	Höchstens leichte Beeinträchtigungen
70 - 61	Leichte Beeinträchtigung
60 - 51	Mäßig ausgeprägte Störung
50 - 41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40 - 31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30 - 21	Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20 - 11	Selbst- und Fremdgefährlichkeit
10 - 1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0	Unzureichende Information

Tabelle 4: GAF-Werte

Um zu gewährleisten, dass alle Assessorinnen eine Sicherheit im Umgang mit den Fremdbeurteilungsinstrumenten und der Diagnostik erlangen, wurde vor Studienbeginn ein Training des SKID-D, des SKID-I und II sowie der GAF - Skala durch einen Experten vorgenommen. Beim SKID-D wurden zusätzliche Videotrainings durchgeführt, in denen die Symptomatik der Patientinnen und Patienten eingeschätzt- und besprochen wurde, da sich diese Störung in sehr unterschiedlichen Facetten zeigen kann und die Beurteilung sehr anspruchsvoll ist.
Sämtliche Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen mit diagnostizierten dissoziativen Störungen oder bei denen die Selbstbeurteilungsfragebogen einen Hinweis auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung (Mittelwert DES>20) ergaben, im Interview jedoch keine Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt wurde, wurden von dem Studienleiter reevaluiert und mit den Assessorinnen erneut besprochen, fallspezifisch auch unter Miteinbezug der Videoaufnahmen oder durch erneute Untersuchung des Patienten / der Patientin durch den Studienleiter.

6.2.3 Messzeitpunkte

Die Basismessung MZ 1 besteht aus drei Messzeitpunkten MZ 1a, MZ 1b und MZ 1c, wobei MZ 1a den Fragebogen mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten beinhaltet, MZ 1b und 1c umfassen jeweils die Fremdbeurteilungen.
In der folgenden Abbildung wird ersichtlich, welche Instrumente zu welchen Messzeitpunkten eingesetzt werden.

Messzeitpunkt (MZ)	Intervall (Monate)	Aufwandentschädigung	Dauer (Min.)	MID	DES	SDQ-20	BSI	WHOQOL-BREF	Zusatzfragen	SKID-I / II	SKID-D	WHODAS II	GAF
MZ 1a	**0**	**-**	**50**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**				
MZ 1b	**0**	**-**	**120**								**x**	**x**	**x**
MZ 1c	**0**	**100**	**120**							**x**			

Tabelle 5: Messzeitpunkte

6.3 Statistische Datenauswertung

Die Häufigkeit von dissoziativen Störungen sowie die Komorbidität zu anderen DSM-IV Achse-I und II Störungen wird mittels deskriptiver Methoden untersucht. Unterschiede in soziodemographischen Variablen zwischen Patientinnen und Patienten mit einer dissoziati-

ven Störung versus ohne eine dissoziative Störung wurde mittels Chi-Quadrat Test bzw. Exakter Test nach Fisher (kategoriale Variablen) und T-Test (stetige Variablen) untersucht. Zusammenhänge zwischen dissoziativen Störungen und Bereichen der Alltagsfunktion sowie Zusammenhänge zwischen dissoziativen Störungen und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität wurden mittels multipler linearer Regressionsanalyse untersucht. Dabei diente der Punktwert für Lebensqualität bzw. Alltagsfunktion als unabhängige Variable. Das Vorhandensein einer dissoziativen Störung (ja, nein) sowie konfundierende Faktoren wie Alter, Geschlecht, die Anzahl komorbider Achse-I und das Vorhandensein einer Achse-II Störung (ja, nein) wurden als weitere Faktoren in das Modell eingeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p=0.05$ (zweiseitig) festgelegt.
Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (SPSS Inc., Chicago II, USA), Version 18.0 sowie mit der Statistik-Software R.

Bei den Selbstbeurteilungsinstrumenten flossen ausschliesslich die Resultate des WHO-QOL-BREF in die statistische Auswertung ein, sowie alle Ergebnisse der Fremdbeurteilungsinstrumente (GAF – Skala, WHODAS II, SKID-D, SKID-I und II). Die Resultate der weiteren Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der dissoziativen Symptome wurden für die Untersuchung der vorliegenden Fragestellungen nicht berücksichtigt.

7 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die statistischen Ergebnisse dargestellt. Zuerst erfolgt eine Übersicht über die soziodemographischen Daten.
Anschliessend wird auf die Prävalenz der dissoziativen Störungen eingegangen und es werden die Komorbiditäten zu weiteren DSM-IV Achse-I und II Störungen aufgezeigt. Im Anschluss wird die Beeinträchtigung in den verschiedenen Bereichen (siehe Kapitel 3) von Personen mit einer dissoziativen Störung und Personen ohne dissoziative Störungen verglichen. Danach folgt der Vergleich zwischen den Personen mit einer dissoziativen Störung und ohne dissoziativer Störung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität bezüglich verschiedener Dimensionen (siehe Kapitel 4).

7.1 Deskriptive Auswertung

7.1.1 Soziodemographie

Geschlecht

Die Stichprobe (N=119) setzt sich zusammen aus 43 Männern (36.1%) und 76 Frauen (63.9%). Bezogen auf die Patientengruppe zeigen 20 Frauen (90.9%) und 2 Männer (9.1%) eine dissoziative Störung während es in der Patientengruppe ohne dissoziative Störungen 56 Frauen (57.7%) und 41 Männer (42.3%) sind.
Die Unterschiede in der Geschlechterverteilung zwischen der Gruppe ohne dissoziative Störungen und der Gruppe mit dissoziativen Störungen waren signifikant (p=0.002).

Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der insgesamt 119 untersuchten psychiatrischen Patientinnen und Patienten liegt bei 37 (M=37.3, SD=12.1) Jahren. Der Altersbereich liegt zwischen 18 bis 66 Jahren. Das Durchschnittsalter in der Patientengruppe mit einer dissoziativen Störung liegt bei 33 Jahren (M=33.3, SD=10.5), in der Patientengruppe ohne dissoziative Störungen bei 37 (M=37.3, SD=12.1) Jahren.
Die Altersverteilung zwischen den beiden Gruppen war nicht signifikant unterschiedlich (p=0.154).

Familiärer Status

Die Tabelle zeigt den familiären Status der Patienten/-innen in Bezug auf die Patientengruppe.

Familiärer Status	N No DD	Prozent	N DD	Prozent
Ledig	57	58.8	15	68.2
Verheiratet	14	14.4	3	13.6
Verheiratet, getrennt lebend	5	5.2	0	0.0
Geschieden	20	20.6	4	18.2
Verwitwet	1	1.0	0	0.0
N Insgesamt	97	100	22	100

Tabelle 6: Familiärer Status

Die Gruppen unterschieden sich bezüglich familiärem Status nicht signifikant (p=0.124).

Ausbildung

Die folgende Abbildung fasst den Ausbildungsstand der Patientengruppe ohne dissoziative Störung (No DD) und mit dissoziativen Störungen (DD) zusammen:

Ausbildung	N NoDD	Prozent	N DD	Prozent
Keine Obligatorische Schulzeit	4	4.1	0	0
Obligatorische Schulzeit	23	23.7	5	22.7
Lehre, Matura	60	61.9	12	54.5
Hochschule, Universität	10	10.3	5	22.7
N Insgesamt	97	100	22	100

Tabelle 7: Ausbildungsstand der Patientengruppen

Von den Personen ohne dissoziative Störungen haben 4 Personen (4.1%) die obligatorische Schulzeit nicht absolviert, während es bei den Personen mit dissoziativen Störungen keine Person (0%) ist. Die obligatorische Schulzeit haben 23 Personen (23.7%) ohne dissoziative Störungen und 5 Personen (22.7%) mit dissoziativen Störungen absolviert. 60 Personen (61.9%) haben eine Lehre oder Matura absolviert, bei den Patienten/innen mit dissoziativen Störungen sind es 12 Personen (54.5%). Weitere 10 Personen (10.3%) ohne dissoziative Störungen haben eine höhere Ausbildung wie eine Fachhochschule oder ein Universitätsstudium absolviert, bei den Patienten/innen mit dissoziativen Störungen sind es 5 Personen (22.7%).
Die Unterschiede in Bezug auf die Schul- und Berufsausbildung zwischen der Gruppe ohne dissoziative Störungen und der Gruppe mit dissoziativen Störungen war nicht signifikant (p=0.352).

Erwerbstätigkeit

Die Tabelle zeigt in der Übersicht die Erwerbstätigkeit der beiden Patientengruppen.

Erwerbstätigkeit	N NoDD	Prozent	N DD	Prozent
Vollzeit	14	14.4	3	13.6
Teilzeit	27	27.8	3	13.6
Arbeitslos (Erwerbsfähig)	19	19.6	3	13.6
Arbeitslos (nicht erwerbsfähig)	37	38.1	13	59.1
N Insgesamt	97	100	22	100

Tabelle 8: Erwerbstätigkeit der Patientengruppen

In der Patientengruppe ohne dissoziative Störungen geben 14 Personen (14.4%) an, Vollzeit zu arbeiten. 27 Personen (27.8%) sind Teilzeit beschäftigt und 56 Personen (57.7%) sind nicht erwerbstätig, wobei 19 Personen (19.6%) arbeitsfähig- und 37 Personen (38.1%) nicht arbeitsfähig sind.
In der Patientengruppe mit dissoziativen Störungen sind insgesamt 3 Personen (13.6%) Vollzeit arbeitstätig, 3 Personen (13.6%) sind Teilzeit angestellt und 16 Personen (72.7%) sind nicht erwerbstätig, wovon 3 Personen (13.6%) arbeitsfähig- und 13 Personen (59.1%) nicht arbeitsfähig sind.
Die Unterschiede in der Erwerbstätigkeit zwischen den beiden Gruppen war nicht signifikant (p=0.301).

Hauptfinanzierung Lebensunterhalt

In der folgenden Tabelle ist die Hauptfinanzierung des Lebensunterhaltes der Patientengruppen dargestellt.

Lebensunterhalt	N NoDD	Prozent	N DD	Prozent
Eigener Verdienst	25	25.8	2	9.1
Verdienst Partner, Familie, Verwandte	10	10.3	3	13.6
AHV	2	2.1	0	0.0
IV Rente (psychische Gründe)	18	18.6	10	45.5
IV Rente (körperliche Gründe)	3	3.1	1	4.5
Sozial-oder Fürsorgegelder	22	22.7	4	18.2
Arbeitslosengelder	6	6.2	2	9.1
Anderes z.B. Vermögen	11	11.3	0	0.0
N Insgesamt	97	100	22	100

Tabelle 9: Hauptfinanzierung Lebensunterhalt

Die Gruppen unterschieden sich bezüglich Hauptfinanzierung nicht signifikant (p=0.124).

7.1.2 Prävalenz von dissoziativen Störungen

In der folgenden Tabelle finden sich die Häufigkeiten von dissoziativen Störungen.

Patientengruppe	N	Prozent
Keine dissoziative Störung	97	81.5
Dissoziative Störung	22	18.5
N Insgesamt	119	100

Tabelle 10: Prävalenz von dissoziativen Störungen

Von den insgesamt 119 psychiatrischen Patientinnen und Patienten zeigen 18.5% (N=22) eine dissoziative Störung und 81.5% (N=97) keine dissoziative Störung. Zu beachten ist allerdings, dass in dieser Prävalenzrate insgesamt 7 Patientinnen und Patienten einer Privatpraxis mit Behandlungsschwerpunkt der dissoziativen Störungen mitberücksichtigt wurden. Zur Hypothesenprüfung werden diese Personen von der Berechnung ausgeschlossen, da die Wahrscheinlichkeit bei diesen Patienten/innen höher ist, dass sie eine dissoziative Störung aufweisen. Somit zeigen nach Ausschluss dieser Patienten/innen noch 14.3% (N=16) eine dissoziative Störung, während 85.7% (N=96) keine dissoziative Störung aufweisen.

Häufigkeiten der Art von dissoziativen Störungen

In der folgenden Tabelle sind die Häufigkeiten der unterschiedlichen dissoziativen Störungen dargestellt.

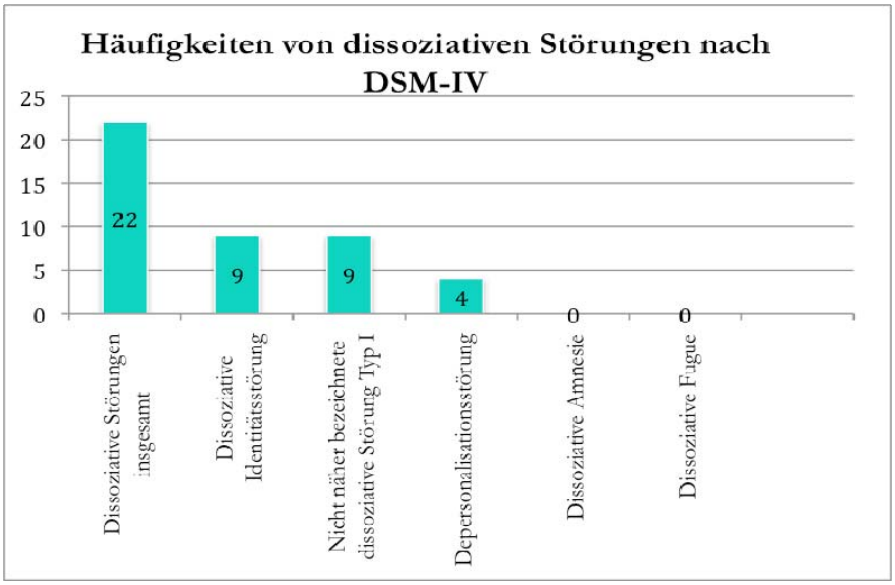

Abbildung 4: Häufigkeiten der dissoziativen Störungen nach DSM-IV

Von den insgesamt 22 Patientinnen und Patienten (18.5 %) mit einer diagnostizierten dissoziativen Störung wurde bei 9 Personen (7.6%) eine dissoziative Identitätsstörung, bei weiteren 9 Personen (7.6%) eine Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung des Typs I (siehe Kapitel 2.4.5) und bei 4 Personen (1.3%) eine Depersonalisationsstörung diagnosti-

ziert, während keine Diagnose einer dissoziativen Amnesie oder dissoziativen Fugue vergeben wurde.

Häufigkeit anderer DSM-IV Achse I und Achse II Störungen

In der folgenden Abbildung wird die Häufigkeit anderer DSM-IV Achse I und II Störungen dargestellt.

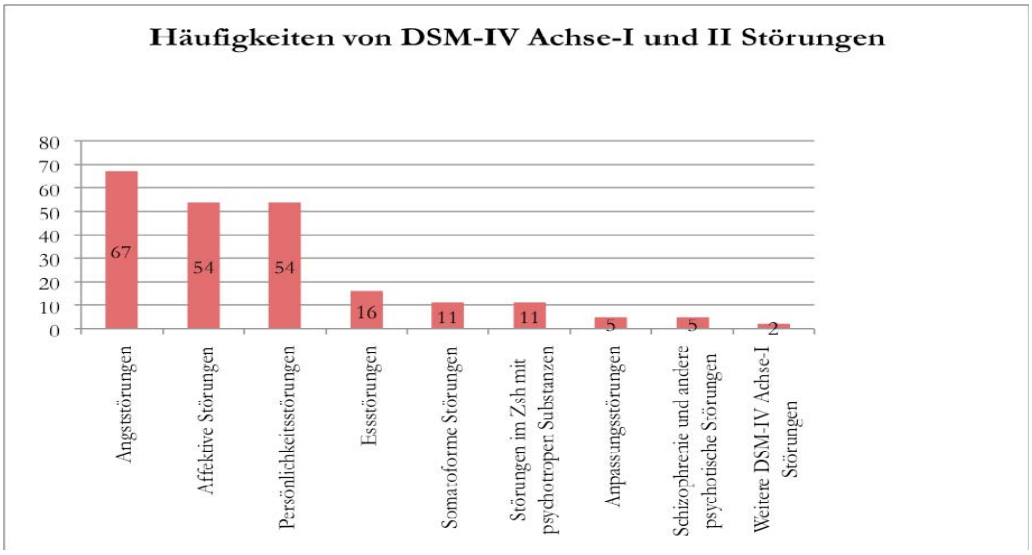

Abbildung 5: Häufigkeiten von DSM-IV Achse-I und II Störungen

Dabei weisen 67 Personen (56.3%) eine Angststörung auf, 54 Personen (45.4%) haben eine affektive Störung, weitere 54 Personen (45.4%) zeigen eine Persönlichkeitsstörung, 16 Personen (13.4%) leiden unter einer Essstörung, 11 Personen (9.2%) weisen eine somatoforme Störung auf und weitere 11 Personen (9.2%) leiden unter einer Störung im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. Ferner haben 5 Personen (4.2%) eine Anpassungsstörung, 5 Personen (4.2%) zeigen eine psychotische Störung während 2 Personen (1.7%) unter einer anderen DSM-IV Achse I Störung leiden.
Die hier aufgeführten Diagnosegruppen zeigen in Bezug auf die Diagnosekategorien keine signifikanten Unterschiede mit Ausnahme der Angststörungen ($p=0.000$), der affektiven Störungen ($p=0.031$) und der Persönlichkeitsstörungen ($p=0.002$).

7.1.3 Komorbiditäten von dissoziativen Störungen mit anderen DSM-IV Achse I und Achse II Störung.

In der folgenden Tabelle sind die komorbiden DSM-IV Achse-I und II Störungen bei Patienten mit dissoziativen Störungen und ohne dissoziative Störungen dargestellt.

Komorbide DSM-IV Achse-I und II Störungen	Patienten mit dissoziativen Störungen(N=22)		Patienten ohne dissoziative Störungen(N=97)		Statistische Analyse: p-Wert
	N	%	N	%	
Affektive Störungen	15	68.2	39	40.2	0.031
Psychotische Störungen	0	0.0	5	5.2	0.583
Störungen im Zsh. mit psychotropen Substanzen	4	18.2	7	7.2	0.119
Angststörungen	21	95.5	46	47.4	0.000
Somatoforme Störungen	3	13.6	8	8.2	0.424
Essstörungen	5	22.7	11	11.3	0.173
Anpassungsstörungen	1	4.5	4	4.1	1.000
Andere DSM-IV Störungen	1	4.5	1	1.0	0.337
Persönlichkeitsstörungen	17	77.3	37	38.1	0.002

Tabelle 11: Komorbidität dissoziativer Störungen mit weiteren DSM-IV Achse-I und II Störungen

Die beiden Diagnosegruppen zeigen in Bezug auf die Diagnosekriterien keine signifikanten Unterschiede mit Ausnahme der Angststörungen (p=0.001), der affektiven Störungen (p=0.031) und der Persönlichkeitsstörungen (p=0.002).

7.2 Alltagsfunktionen und Lebensqualität bei dissoziativen Störungen

7.2.1 Alltagsfunktionen bei dissoziativen Störungen

Zuerst wird das globale Funktionsniveau mittels der GAF-Skala verglichen. Dabei ist zu beachten, dass in der graphischen Darstellung (Balkendiagramm) niedrigere Werte ein niedrigeres Funktionsniveau darstellen. Anschliessend werden die Alltagsfunktionen in den verschiedenen Bereichen für die Patienten ohne dissoziative Störungen und mit einer dissoziativen Störung dargestellt, wobei höhere Werte in den Balkendiagrammen jeweils grösseren Beeinträchtigungen entsprechen.

Globales Funktionsniveau

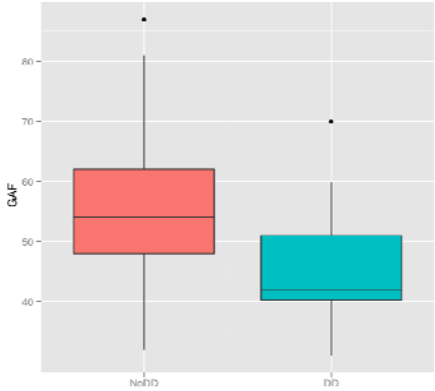

Abbildung 6: GAF Werte

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	56.72	3.5	16.4	0.000
Diagnosegruppe	-7.13	2.7	-2.7	0.008
Geschlecht	2.90	2.1	1.4	0.165
Alter	-0.01	0.1	-0.2	0.862
Achse-I Störungen	-2.73	0.7	-3.7	0.000
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	2.25	2.1	1.1	0.290

Tabelle 12: Statistische Auswertung GAF

Aus Tabelle 12 geht hervor, dass die Diagnosegruppe einen signifikanten Einfluss auf die Funktionsbeeinträchtigungen in psychischen, sozialen und beruflichen Bereichen hat (p=0.000). Gemäss Schätzungen im Regressionsmodell zeigen Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung durchschnittlich einen um 7.13 niedrigeren GAF - Schätzwert als Personen ohne dissoziative Störungen.

Verständnis und Kommunikation

Wie aus der Tabelle 13 hervorgeht, hat die Diagnosegruppe einen signifikanten Einfluss auf die Beeinträchtigung bezüglich Verständnis und Kommunikation (p=0.004). So zeigten Patientinnen und Patienten gemäss Regressionsgleichung mit einer dissoziativen Störung einen durchschnittlich um 14.20 höheren Schätzwert in der Skala zur Beeinträchtigung im Bereich Verständnis und Kommunikation als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störung bei Miteinbezug der potentiellen zusätzlichen Einflussfaktoren Geschlecht, Alter, komorbide Achse-I Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen (vorhanden, nicht vorhanden) ins Modell.

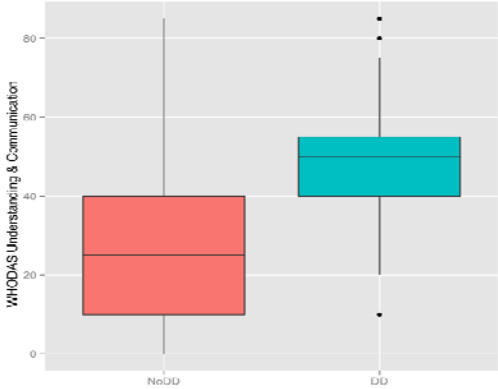

Abbildung 7: Verständnis und Kommunikation

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	22.23	6.2	3.6	0.001
Diagnosegruppe	14.20	4.8	3.0	0.004
Geschlecht	6.80	3.7	1.8	0.072
Alter	0.04	0.1	0.3	0.782
Achse-I Störungen	2.77	1.3	2.1	0.040
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	-9.81	3.8	-2.6	0.011

Tabelle 13: Statistische Auswertung Verständnis & Kommunikation

Mobilität

Patienten mit einer dissoziativen Störung und Patienten ohne dissoziative Störung zeigen keine signifikanten Unterschiede bezüglich Einschränkungen im Bereich Mobilität (p=0.506).

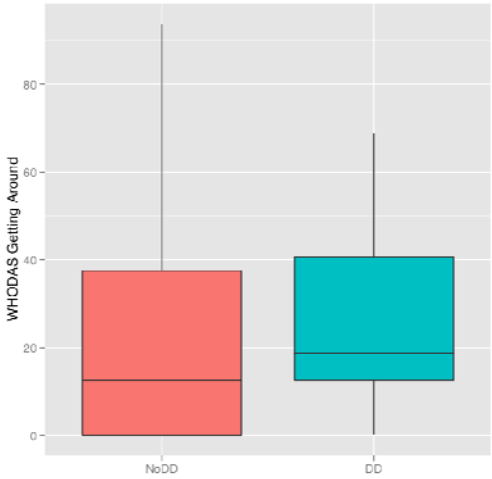

Abbildung 8: Mobilität

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	5.89	8.0	0.7	0.461
Diagnosegruppe	-4.09	6.1	-0.7	0.506
Geschlecht	11.14	4.8	-2.3	0.022
Alter	0.34	0.2	1.8	0.072
Achse-I Störungen	2.16	1.7	1.3	0.206
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	-10.07	4.9	-2.1	0.041

Tabelle 14: Statistische Auswertung Mobilität

Für sich selbst sorgen

Die Diagnosegruppe zeigt keinen signifikanten Unterschied auf die Beeinträchtigung in Bezug auf die Dimension „für sich selbst sorgen“ (p=0.104).

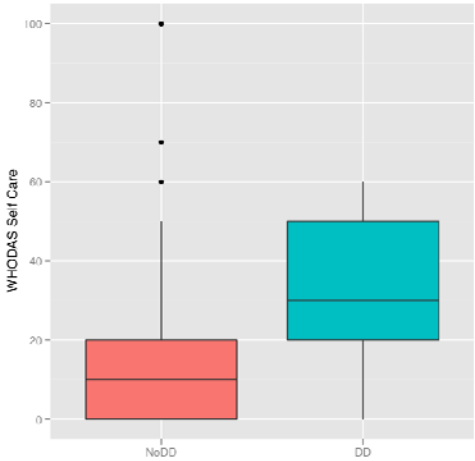

Abbildung 9: Für sich selbst sorgen

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	13.56	6.2	2.2	0.030
Diagnosegruppe	7.78	4.7	1.6	0.104
Geschlecht	8.05	3.7	2.2	0.032
Alter	-0.14	0.1	-1.0	0.340
Achse-I Störungen	3.23	1.3	2.5	0.016
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	-4.23	3.8	-1.1	0.264

Tabelle 15: Statistische Auswertung Für sich selbst sorgen

Umgang mit anderen Menschen

Aus der Tabelle 16 geht hervor, dass die Diagnosegruppe keinen signifikanten Einfluss auf die Beeinträchtigung in Bezug auf den Umgang mit anderen Menschen hat (p=0.515).

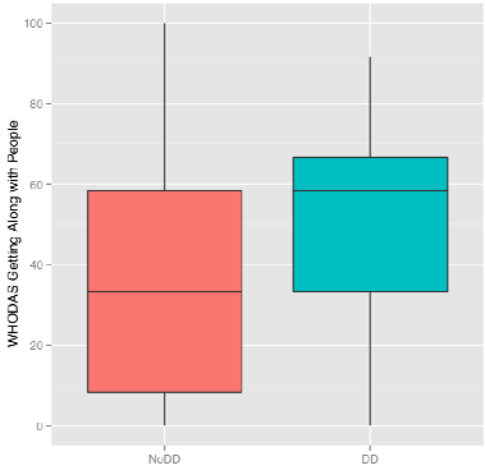

Abbildung 10: Umgang mit anderen Menschen

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	38.82	8.1	4.8	0.000
Diagnosegruppe	-4.09	6.2	-0.7	0.515
Geschlecht	-8.38	4.9	1.7	0.088
Alter	0.10	0.2	0.5	0.596
Achse-I Störungen	4.41	1.7	2.5	0.012
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	-29.36	5.0	-5.9	0.000

Tabelle 16: Statistische Auswertung Umgang mit anderen Menschen

Tätigkeiten im Haushalt

Tabelle 17 zeigt, dass die Diagnosegruppe einen signifikanten Einfluss auf die Beeinträchtigung bezüglich der Tätigkeiten im Haushalt hat (p=0.007). So erzielten Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung im Durchschnitt einen um 22.35 höheren Schätzwert in der Beeinträchtigung bezüglich Haushaltstätigkeiten als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störung.

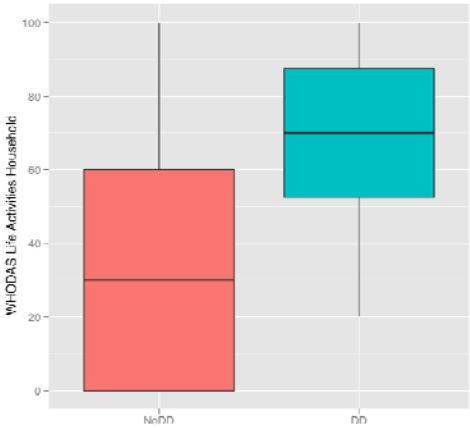

Abbildung 11: Tätigkeiten im Haushalt

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	24.88	10.7	2.3	0.021
Diagnosegruppe	22.35	8.2	2.7	0.007
Geschlecht	15.40	6.4	2.4	0.018
Alter	0.04	0.3	0.2	0.870
Achse-I Störungen	2.61	2.3	1.1	0.255
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	-2.80	6.5	-0.4	0.668

Tabelle 17: Statistische Auswertung Tätigkeiten im Haushalt

Arbeit

Die Diagnosegruppe zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die Beeinträchtigung in Bezug auf die Arbeit (p=0.712).

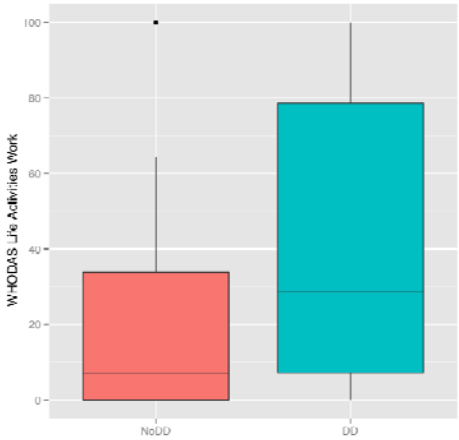

Abbildung 12: Arbeit

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	4.50	16.2	0.3	0.783
Diagnosegruppe	5.09	13.7	0.4	0.712
Geschlecht	-16.83	10.2	-1.6	0.108
Alter	0.35	0.4	0.9	0.353
Achse-I Störungen	10.44	4.0	2.6	0.012
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	-0.50	10.9	-0.0	0.963

Tabelle 18: Statistische Auswertung Arbeit

Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Aus der Tabelle 19 geht hervor, dass die Diagnosegruppe keinen signifikanten Einfluss auf die Beeinträchtigung bezüglich der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben hat (p=0.634).

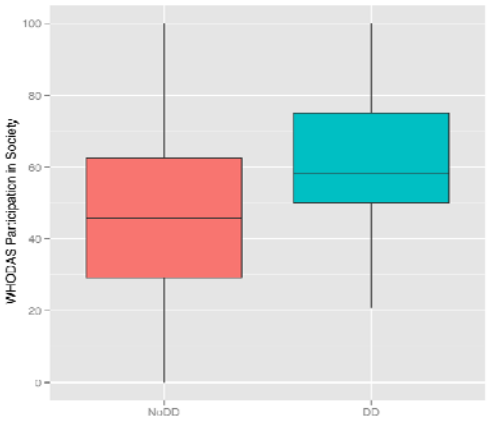

Abbildung 13: Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	32.57	7.4	4.4	0.000
Diagnosegruppe	2.71	5.7	0.5	0.634
Geschlecht	9.73	4.4	2.2	0.030
Alter	0.10	0.2	0.6	0.574
Achse-I Störungen	5.64	1.6	3.6	0.001
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	-9.87	4.5	-2.2	0.032

Tabelle 19: Statistische Auswertung Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung in den Bereichen Verständnis und Kommunikation und Tätigkeiten im Haushalt signifikant stärker beeinträchtigt sind als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störung.

In den Bereichen Mobilität, für sich selbst sorgen, Umgang mit anderen Menschen, Arbeit sowie Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen.

7.2.2 Lebensqualität bei dissoziativen Störungen

Im folgenden Kapitel wird die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität in den Bereichen physische und psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umgebungsfaktoren (siehe Kapitel 4) bei Patienten mit versus ohne eine dissoziative Störung dargestellt.

Physische Gesundheit

Die Diagnosegruppe zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität bezüglich physischer Gesundheit (p=0.135), wie aus Tabelle 20 ersichtlich wird.

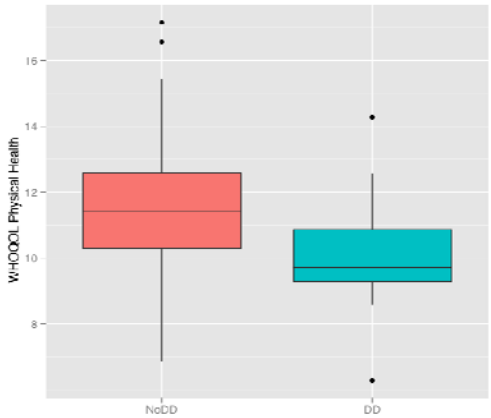

Abbildung 14: Physische Gesundheit

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	10.49	0.6	16.3	0.000
Diagnosegruppe	-0.75	0.5	-1.5	0.135
Geschlecht	-0.02	0.4	-0.0	0.961
Alter	0.02	0.0	1.1	0.253
Achse-I Störungen	-0.16	0.1	-1.2	0.238
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	0.93	0.4	2.4	0.020

Tabelle 20: Statistische Auswertung physische Gesundheit

Psychische Gesundheit

Bezogen auf die Lebensqualität im Bereich psychische Gesundheit zeigt die Diagnosegruppe keinen signifikanten Unterschied (p=0.473).

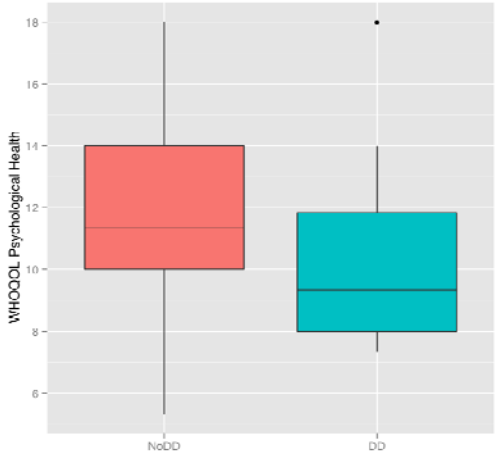

Abbildung 15: Psychische Gesundheit

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	12.01	0.9	14.0	0.000
Diagnosegruppe	-0.48	0.7	-0.7	0.473
Geschlecht	-1.43	0.5	-2.8	0.007
Alter	-0.01	0.0	-0.5	0.653
Achse-I Störungen	-0.10	0.2	-0.4	0.604
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	2.13	0.5	4.1	0.000

Tabelle 21: Statistische Auswertung psychische Gesundheit

Soziale Beziehungen

Die Diagnosegruppe hat auch auf die Lebensqualität bezüglich sozialer Beziehungen keinen signifikanten Einfluss (p=0.987).

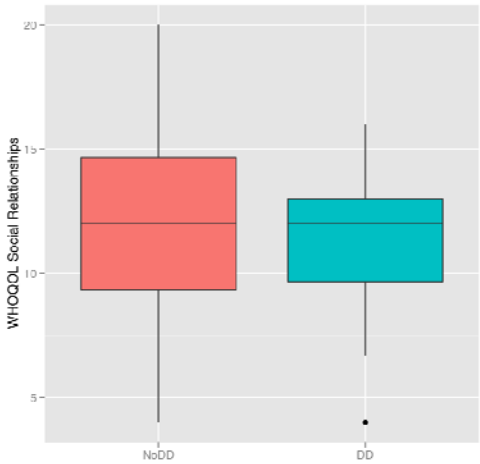

Abbildung 16: Soziale Beziehungen

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	11.46	1.2	9.7	0.000
Diagnosegruppe	0.02	0.9	0.0	0.987
Geschlecht	-0.05	0.7	-0.1	0.942
Alter	0.01	0.0	-0.4	0.691
Achse-I Störungen	-0.10	0.3	-0.4	0.707
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	1.85	0.7	2.6	0.012

Tabelle 22: Statistische Auswertung soziale Beziehungen

Umwelt

Die Tabelle 23 zeigt, dass die Diagnosegruppe keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität bezüglich der Umwelt hat (p=0.607).

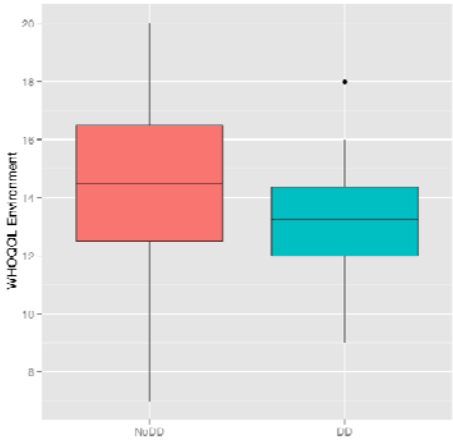

Abbildung 17: Umwelt

	Schätzwert	Standardabweichung (SD)	t-Wert	p-Wert
(Intercept)	14.83	0.9	15.9	0.000
Diagnosegruppe	-0.37	0.7	-0.5	0.607
Geschlecht	-0.82	0.6	-1.5	0.144
Alter	0.02	0.0	-0.8	0.449
Achse-I Störungen	-0.14	0.2	-0.7	0.487
Persönlichkeitsstörungen nicht vorhanden	1.17	0.6	2.1	0.041

Tabelle 23: Statistische Auswertung Umwelt

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ausgehend von den vorliegenden Daten die dissoziativen Störungen nicht mit einer geringeren Lebensqualität einhergehen.

8 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde die Prävalenz von dissoziativen Störungen bei ambulanten und teilstationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten, deren Komorbidität mit anderen DSM-IV Achse-I und II Störungen sowie die Beeinträchtigung und die subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen im Vergleich zu Patienten/innen ohne dissoziative Störungen untersucht.

Die Ergebnisse werden anhand der Hypothesen aus Kapitel 5.3 diskutiert und basierend auf dem theoretischen Hintergrund und der Literatur reflektiert. Im Anschluss erfolgt die Methodenkritik und zum Schluss werden weiterführende Überlegungen in Bezug auf die vorliegenden Ergebnisse dargestellt.

Hypothese 1:

- Basierend auf den ermittelten Prävalenzraten bei verschiedenen psychiatrischen Stichproben wird eine Rate von 10 – 20% dissoziativer Störungen erwartet.

Die deskriptive Auswertung der Daten ergab nach Ausschluss der Patienten der Privatpraxis eine Prävalenzrate von 14.3 % dissoziativer Störungen. Dieses Resultat bewegt sich im Rahmen der Befunde früherer Studien, in denen Prävalenzraten von 1.7% bis 21% bei stationären psychiatrischen Patienten (Xiao et al., 2006; Gast et al., 2001; Rifkin et al., 1998 u.a.) und 5% bis 29% bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten (Xiao et al., 2006; Foote et al., 2006; Sar et al., 2000) gefunden wurden. Im Vergleich zur methodisch ähnlich angelegten Studie von Foote et al. (2006), der eine Prävalenz von 29% bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten fand, nachdem diese systematisch und ohne vorgängiges Screeningverfahren mit dem SKID-D untersucht worden sind, ist die in unserer Stichprobe erhobene Prävalenzrate geringer. Gründe dafür könnten soziokulturelle und / oder sozioökonomische Faktoren sein wie beispielsweise eine höhere Prävalenz traumatischer Erfahrungen in der Stichprobe von Foote et al., welche ambulante psychiatrische Patienten einer niedrigen sozialen Gesellschaftsschicht eines Stadtteils in New York untersuchten. Die im deutschsprachigen Raum durchgeführte Studie von Gast et al. (2001), in der stationäre psychiatrische Patientinnen und Patienten untersucht worden sind, wurde eine Prävalenzrate von 4.5% dissoziativer Störungen gefunden. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Prävalenzrate sehr wahrscheinlich höher ausgefallen wäre, wenn alle Patientinnen und Patienten systematisch mit dem strukturieren diagnostischen Interview für dissoziative Störungen (SKID-D) untersucht worden wären. In dieser Studie konnten von den 25 Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund des vorgängig eingesetzten Screeninginstruments, dem FDS (deutschsprachige Adaptation der Dissociative Experience Scale) ein Hinweis auf eine dissoziative Störung vorlag, ausschliesslich 11 Pati-

enten mittels SKID-D untersucht werden, was sehr wahrscheinlich ein Grund für die geringere Prävalenzrate ist. Die Autoren gehen von einer Prävalenz von dissoziativen Störungen in der Allgemeinbevölkerung von bis zu 8% aus, wenn sämtliche Patientinnen und Patienten mittels SKID-D untersucht würden.
Im Vergleich zu weiteren Studien, in denen vorgängig ein Screening – Instrument wie die Dissociative Experience Scale (Bernstein & Putnam, 1986) eingesetzt wurde, wie in der Studie von Sar et al. (2000), der eine Prävalenzrate von 12% dissoziativer Störungen ermittelte, liegt die Prävalenzrate in der vorliegenden Arbeit etwas höher. Dies könnte dadurch bedingt sein, dass durch eine Vorselektion mittels Screeninginstrument wie z.B. der Dissociative Experience Scale möglicherweise Patientinnen und Patienten trotz vorliegender dissoziativer Störung von einer Interview-basierten Diagnostik ausgeschlossen werden. Auf das Problem möglicherweise inadäquater Cut-Off Werte in Screening-Instrumenten für dissoziative Störungen wurde bereits in anderen Studien (Sar et al., 2000; Bliss & Jeppsen, 1985; Graves, 1989) hingewiesen (siehe Kapitel 2.5).
Insgesamt deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass die dissoziativen Störungen einen bezüglich Häufigkeit des Auftretens relevanten Krankheitsfaktor in ambulanten und teilstationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten darstellen.

Hypothese 2:

- Ausgehend von Komorbiditätsstudien, wie sie Johnson, Cohen, Kasen & Brook (2005) durchgeführt haben, ist eine hohe Komorbidität von dissoziativen Störungen mit Angststörungen, depressiven Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen zu erwarten.

Am häufigsten zeigten Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen auch Angststörungen (95.5%), affektive Störungen (68.2%) sowie Persönlichkeitsstörungen (77.3%). Diese Befunde stehen in hoher Übereinstimmung zu den Ergebnissen aus den Studien von Johnson et al. (2006) sowie Ellason et al. (1996). Die signifikant häufigeren komorbiden Angststörungen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen im Vergleich zu den Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen sind ein Hinweis dafür, dass eine dissoziative Störung in der Regel komorbid zu anderen Störungen auftritt. Dies zeigt sich auch darin, dass sämtliche Patientinnen und Patienten in unserer Stichprobe mit einer dissoziativen Störung mindestens noch eine komorbide Störung aufwiesen.

Hypothese 3:

Basierend auf ersten Studienresultaten zum Zusammenhang von dissoziativen Störungen und Behinderung in der Allgemeinbevölkerung nach Johnson et al. (2006) ist zu vermuten, dass Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen grössere

Einschränkungen in der Alltagsfunktion erleben als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen.

Die Hypothese, dass Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung grössere Einschränkungen in der Alltagsfunktion erleben als Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen konnte aufgrund der vorliegenden Resultate bestätigt werden.
In der Studie von Johnson et al. (2006) lag der GAF - Wert bei den Patienten mit einer dissoziativen Störung im Durchschnitt bei 60.8 während Patientinnen und Patienten ohne dissoziative Störungen einen Wert von 67.7 und Personen ohne aktuelle psychische Störungen einen Durchschnittswert von 77.2 aufwiesen. In unserer Studie zeigte sich in Übereinstimmung mit der Studie von Johnson et al. (2006), dass Patientinnen und Patienten mit einer dissoziativen Störung gemäss GAF stärker beeinträchtigt sind als Personen ohne dissoziative Störungen. Die dissoziativen Patientinnen und Patienten in unserer Stichprobe wiesen im Mittel einen um 7.1 geringeren Schätzwert auf als die Stichprobe von Johnson et al. Dieser Unterschied könnte dadurch bedingt sein, dass in der vorliegenden Arbeit ambulante sowie teilstationäre psychiatrische Patientinnen und Patienten untersucht wurden, während es bei Johnson et al. Personen aus der Allgemeinbevölkerung waren.

Bei der Gruppe ohne dissoziative Störungen lag der Mittelwert des Funktionsniveaus in unserer Studie bei 56, das bedeutet also „mässig ausgeprägte Symptome“ (z.B. Affektverflachung, gelegentliche Panikattacken etc.) oder „mässig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit“ (z.B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Bezugspersonen u.a.). Im Durchschnitt lagen die Personen mit einer dissoziativen Störung bei einem GAF – Schätzwert von 49, was „ernsten Symptomen“ (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder „einer Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit“ (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten) entspricht.

Zusätzlich zum allgemeinen Funktionsniveau wurden in unserer Arbeit die Patientengruppen hinsichtlich verschiedener Dimensionen der Alltagsfunktionen mittels World Health Organization Assessment of Functioning (WHODAS-II) verglichen. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit einer dissoziativen Störung in den Bereichen Verständnis und Kommunikation sowie Tätigkeiten im Haushalt stärker beeinträchtigt sind als Patienten ohne dissoziative Störungen. In den Bereichen Mobilität, für sich selbst sorgen, Umgang mit anderen Menschen, Arbeit und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zeigten Personen mit einer dissoziativen Störung keine grösseren Beeinträchtigungen als Personen ohne dissoziative Störungen.

Die bei den Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen gefundenen signifikant stärkeren Beeinträchtigungen könnten folgendermassen erklärt werden:
Der Bereich „Verständnis und Kommunikation" betrifft vorwiegend mentale Funktionen wie die Aufmerksamkeitslenkung oder die Konzentrationsfähigkeit. Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen zeigen häufig Symptome von Gedächtnisschwierigkeiten, Trancezuständen oder auch Depersonalisations- und Derealisationserleben, was zur Folge hat, dass die Wahrnehmung der Kontinuität von Raum und Zeit beeinträchtigt ist. Dadurch könnten Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen besondere Schwierigkeiten haben, beispielsweise einem Gespräch zu folgen oder sich auf eine Tätigkeit zu konzentrieren.
Bezogen auf die „Tätigkeiten im Haushalt" zeigen Patienten mit dissoziativen Störungen deutlich grössere Schwierigkeiten als Patienten ohne dissoziative Störungen. Dies könnte ähnlich wie im Bereich „Verständnis und Kommunikation" darauf zurückgeführt werden, dass eine Unterbrechung der integrativen Funktionen der Persönlichkeit auch dazu führt, dass es sehr schwierig ist, anfallende Arbeiten zu erledigen und dies in einer bestimmten Zeit auszuführen, da es immer wieder zu Unterbrechungen aufgrund von Gedächtnisstörungen oder Depersonalisationserleben kommen kann, wodurch Tätigkeiten immer wieder unterbrochen werden. Dies könnte auch erklären, weswegen ein Grossteil der Patienten mit einer dissoziativen Störung (59.1%, N=13) nicht arbeitsfähig ist. Aus diesem Grund konnten diese Patienten nicht zur Dimension „Arbeit" befragt werden, was auch einen Grund dafür sein könnte, dass der Einfluss der Diagnosegruppe im Bereich Arbeit nicht signifikant ist.

Hypothese 4:

> Aufgrund von klinischen Beobachtungen ist zu erwarten, dass dissoziative Störungen mit einer geringeren Lebensqualität einhergehen.

Die vorliegenden Daten unterstützen diese Hypothese nicht, da die Patientengruppe in keinem der Bereiche psychische Gesundheit, physische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt einen signifikanten Einfluss zeigt.
Auf alle Bereich hat jedoch das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung einen signifikanten negativen Einfluss, was mit bisherigen Studien übereinstimmt (Ellason et al., 1996; Johnson et al., 2006). Unser Resultat einer fehlenden zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität bei dissoziativen Störungen nach Kontrolle nicht-dissoziativer Psychopathologie überrascht. Dies insbesondere auch auf dem Hintergrund des gemäss unseren Daten negativen Einflusses einer dissoziativen Störung auf die Alltagsfunktionalität, da in früheren Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen Funktionseinschränkungen und Lebensqualität gefunden wurde (Alonso et al., 2000). Es stellt sich die Frage, ob dieses Resultat Ausdruck einer ungenügenden statistischen Teststärke ist oder ob psychiatrische Patien-

tinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen über eine vergleichbare subjektiv wahrgenommene Lebensqualität verfügen wie psychiatrische Patienten/-innen ohne dissoziative Störungen.

Methodenkritik

Stärken der Arbeit ist die konsekutive Datenerhebung und umfassende Diagnostik und Befunderhebung mittels international etablierter Standardinstrumenten, so dass von einer guten Validität und Reliabilität der erhobenen Befunde auszugehen ist. Da die Untersuchung in mehreren Ambulatorien und Tageskliniken einer nicht-universitären kantonalen psychiatrischen Klinik durchgeführt wurde, haben die Resultate eine gute Aussagekraft auf die klinische Versorgung in der deutschen Schweiz. Da wir im Gegensatz zu den meisten früheren epidemiologischen Untersuchungen zu dissoziativen Störungen auf den Einsatz eines Screeninginstrumentes verzichteten und sämtliche Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer mittels dem SKID-D Interview untersuchten, ist von einer kleinen Rate falsch-negativer Diagnosen an dissoziativen Störungen auszugehen.

Aufgrund der kleinen Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen ist mit einer eingeschränkten Aussagekraft der statistischen Tests bei gewissen Fragestellungen zu rechnen. Die vorliegenden Resultate sind deshalb als vorläufig zu erachten und der weitere Verlauf der Studie, in deren Rahmen die Arbeit durchgeführt wurde, ist abzuwarten. Des weiteren fehlen Aussagen zur Interrater-Reliabilität, um einen Rückschluss auf die Zuverlässigkeit der durch mehrere Assessorinnen durchgeführten diagnostischen und psychopathologischen Befunde zu machen. Die mehrfach durchgeführten statistischen Tests zur Analyse der Unterschiede in den verschiedenen Dimensionen von Funktionseinschränkungen und Lebensqualität zwischen den untersuchten Gruppen bedingen grundsätzlich eine Anpassung des ursprünglichen Signifikanzniveaus. Da die vorliegenden Befunde vorläufige Resultate einer laufenden Studie sind und die Gruppengrössen deshalb noch klein sind, haben wir bewusst auf eine Korrektur für multiples Testen verzichtet, um das Risiko eines Fehlers 2. Art (Beibehaltung der Nullhypothese obwohl die Alternativhypothese gilt) zu reduzieren.
Schliesslich ist zu erwähnen, dass bei der Interpretation der Ergebnisse keine Aussagen zur Kausalität gemacht werden können, da es sich in der vorliegenden Arbeit um eine Querschnittsuntersuchung handelt.

Weiterführende Überlegungen

In einer weiteren Arbeit wären die Erklärungen, wie es zu den stärkeren Einschränkungen in den Lebensbereichen „Verständnis und Kommunikation“ sowie „Tätigkeiten im Haushalt“ bei Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen gekommen ist, empirisch

zu untersuchen. Dabei könnten einzelne dissoziative Symptombereiche mit Einschränkungen in der Alltagsfunktionalität verglichen werden.
In dieser Arbeit wurden ausschliesslich Gruppenvergleiche zwischen Personen mit einer dissoziativen Störung und Personen ohne dissoziative Störungen vorgenommen. Da dissoziative Symptome im Rahmen vieler psychiatrischer Störungen vorkommen können ohne dass die Kriterien einer dissoziativen Störung erfüllt sind, wäre es von klinischer Bedeutung zu untersuchen, ob Patientinnen und Patienten mit klinisch relevanten dissoziativen Symptomen im Rahmen einer nicht-dissoziativen Störung wie z.B. einer Panikstörung stärker im Alltag beeinträchtigt sind als Personen mit der gleichen Grunderkrankung, jedoch ohne klinisch relevant ausgeprägte dissoziative Symptome. Da das in der Arbeit eingesetzte SKID-D Interview nur psychoforme dissoziative Symptome misst und die Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigung mit dem Global Assessment of Functioning (GAF) keine Einschränkungen aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen berücksichtigt, können wir keine Aussagen machen zur Beeinträchtigung in der Alltagsfunktion und Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit somatoformen dissoziativen Symptomen.

Literaturverzeichnis

Allen, J. G. (2001). *Traumatic Relationsships and Serious Mental Disorders*. West Sussex: Wiley.

Alonso, J., et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe; results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(420), 38-46.

Angermeyer, M. C., Kilian R. & Matschinger, H. (1999). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF*. Göttingen: Hogrefe.

American Psychiatric Association, (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ed.), Text Revision. Washington, DC, Amercian Psychiatric Association.

Beck, A. T., et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Bernstein, E., Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 727-735.

Bolm, T. & Piegler, T. (2001). Der Einsatz von Naltrexon bei dissoziativen Störungen. *Psychiatrische Praxis, 28*(5), 214-218.

Boon, S. & Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a Cluster-B personality disorder. *Dissocation, 6*, 126-135.

Brown, R. J., Schrag, A. & Trimble, M. (2006). Different types of dissociation have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma and Dissociation, 7*, 7-28.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy, 33*(6), 631-635.

Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In: Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (1994). *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford.

Cieza, A. & Stucki, G. (2008). The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Physical Medicine and Rehabilitation, 44,* 303-313.

Coons, P. M., Bowman, E. S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: a clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 519-527.

De Jonge, P., Draijer, N. & Friedl, M. C. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: the impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 423-428.

Dell, P. F. (2001). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of trauma and dissociation, 2*, 7-37.

Dell, P. F. (2006). Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): a comprehensive self-report instrument for pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation, 7*(2), 77-106.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual. Clinical Psychometric Research.* Baltimore: Johns Hopinks University School of Medicine.

Ellason, J. W., Fuchs, D. L. & Ross, C. A. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry, 59*, 255-266.

Ellenberger, H. F. (1985). *Die Entdeckung des Unbewussten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung* (2. Aufl.). Hans Huber: Bern.

Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion.* (2. Aufl.) Basel: Beltz Weinheim.

Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung* (3. Aufl.). Basel: Beltz Weinheim.

Foote, B., et al. (2006). Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry, 163*(4), 623-629.

Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI).* Göttingen: Hogrefe.

Freud, S. (1893). *Charchot, G.* W. Bd. I. Frankfurt am Main, S. 21-35.

Freud, S. (1894). *Die Abwehr-Neuropsychosen.* G.W. Bd. I. Frankfurt am Main, S. 285-310.

Freyberger, H. J., et al. (1998). Questionnaire on dissociative symptoms. German adaptation, reliability and validity of the Amercian Dissociative Experience Scale (DES). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 48*(6), 223-229.

Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2005). Dissoziative Störungen. *Nervenarzt, 76*, 893-900.

Gast, U., Oswald, T. & Zündorf F., (2000). *Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Deutsche Fassung.* Göttingen: Hogrefe.

Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A. & Emrich, H. M. (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-)Störungen. *Psychotherapeut, 46*, 289-300.

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. & Emrich, H. (2001). Prevalence of Dissociative Disorders among Psychiatric Inpatients in a German University Clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease 189*(4), 249-257.

Gast, U. et al. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt, 103*(47), 3193-3200.

Gleaves, D. H. (1996). The Sociocognitive Model of Dissociative Identity Disorder: A Reexamination of the Evidence. *American Psychological Association, 120*(1), 42-59.

Greaves, G. B. (1980). Multiple personality: 165 years after Mary Reynolds. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 577-596.

Hautzinger, M., et al. (1994). *Beck-Depressions-Inventar. Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch*. Bern: Huber.

Hilgard, E. R. (1974). Toward a neo-dissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine, 17*, 301-316.

Hilsenroth, M. J. et al. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1858-1863.

Janet, P. (1922). The fear of action. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 16*, 150-160.

Johnson, J. G., et al. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research, 40*(2), 131-140.

Kihlstrom, J. F. (1994). One hundred years of hysteria. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*, 365-394. New York: Guilford Press.

Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative Disorders. *The Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 227-235.

Kluft, R. P. (1989). Iatrogenic creation of new alter personalities. *Dissociation, 2*, 83-91.

Kluft, R. P. (2003). *The founding of the ISSD*. In: From organizational infancy to early adulthood, 1983-2003. Pamphlet published by the International Society for the Study of Dissociation. Chicago: International Society for the Study of Dissociation.

Lang, P., Bradley, M. & Cuthbert, B. (1998). Emotion, motivation and anxiety. Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry, 44*, 1248-1263.

Lieb, R., et al. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(3), 194-208.

Lilienfeld, S. O. & Lynn, S. J. (2003). Dissociative identity disorders: Multiple Personalities, Multiple Controversities. In: Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J. & Lohr, J. M. *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology.* New York: Guilford Press.

Mentzos, S. (2004). *Hysterie: Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen* (8.Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Metzinger, T. (2004). *Being no one: The self-model theory of subjectivity*. Cambridge: MIT Press.

Mueller-Pfeiffer, C., et al. (2007). Dissociative Disorders among Chronic and Severely Impaired Psychiatric Outpatients. *Psychopathology, 40(*6), 470-471.

Mueller-Pfeiffer, C. (2008). *Deutsche Bearbeitung des Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20).* Zürich.

Nemiah, J. (1991). *Dissociation, conversion, and somatization*. In: A. Tasman & S. M. Goldingers (Eds.), American Psychiatric Press review of psychiatry, Vol. 10, S. 248-260. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, F. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(11), 688-694.

Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden J. (1998). Degree of Somatoform and Psychological Dissociation in Dissociative Disorder is Correlated with Reported Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11*(4), 711-730.

Nijenhuis, E. R. & Matthess, H. (2006). Traumabezogene Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. *Psychotrauma, 4*, 393-397.

Nijenhuis, E. R. & Van der Hart, O. (2008). Dissociative Disorders. *Blaney, 17*, 452-481.

Pösl, M., Cieza, A. & Stucki, G. (2007). Psychometric Properties of the WHODAS II in rehabilitation patients. *Quality of Life Research, 16*, 1521-1531.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford.

Reddemann, L., Hofman S. O. & Gast, U. (2004). *Psychotherapie dissoziativer Störungen*. Thieme: Stuttgart.

Ross, C. A., Heber, S., Norton, R., Anderson, D., Anderson, G. & Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A Structured Interview. *Dissociation, 2*(3), 69-189.

Ross, C. A., Norton, R., Wozney, K. (1989). Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases. *Canadian Journal of Psychiatry, 34*, 413-418.

Saxe G. N., et al. (1993). Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients. *Amercian Journal of Psychiatry, 150*(7), S.1037-1042.

Sierra, M. & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry, 44*, 898-908.

Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D., Guralnik, O. & Schmeidler J. (2003). Examination of the pathological dissociation taxon in depersonalisation disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 738-744.

Spanos, N. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Behaviour and Brain Sciences, 116*, 143-165.

Spanos, N. P., Weekes, J. R. & Bertrand L. D. (1985). Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 362-376.

Spijker, J. et al. (2000). Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004. 110*(3), 208-214.

Spitzer, C. et al. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry, 5*(2), 82-86.

Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D), revised*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.

Terr, L. (1994). *Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found*. New York: Basic Books.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Aus dem Englischen von Kierdorf, T & Höhr H*. Paderborn: Junfermann. (Original erschienen: 2006: *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*: New York: W. W. Norton & Co.)

Van der Hart, O. & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma. *American Journal of Psychiatry, 146*(12), 1530-1540.

Watson, D. (2003). Investigating the Construct Validity of the Dissociative Taxon: Stability Analysis of Normal and Pathological Dissociation. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(2), 298.

Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1977). *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization (WHO), (2000). *Disability Assessment Schedule (WHODAS II)*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO), (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Seattle: Huber.

Anhang I

Untersuchungsmaterial
Patienteninformation zur Teilnahme an der Studie

St. Gallische Kantonale
Psychiatrische Dienste
Sektor Nord

Zürcherstrasse 30
Postfach 573
CH-9501 Wil

Tel. +41 [71] 913 11 11
Fax +41 [71] 913 11 53

Patientinnen-/ Patienteninformation

Studie „Dissoziative Störungen und Einschränkung der Alltagsfunktion bei ambulanten psychiatrischen Patienten"

St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient

1. Auswahl der Studienteilnehmer

Sie wurden für die Studie angefragt, weil Sie im Ambulatorium oder einer Tagesklinik im Psychiatrischen Zentrum St. Gallen in Abklärung oder in Behandlung sind.

2. Ziel der Studie

Ziele der Studie sind i) die Untersuchung der Häufigkeit von sogenannten dissoziativen Störungen und ii) des Zusammenhanges zwischen dissoziativen Störungen und Schwierigkeiten in der Bewältigung des Alltages bei ambulanten psychiatrischen Patienten. Die Studienresultate sollen dazu beitragen, dass dissoziative Störungen noch besser diagnostiziert und die Behandlungsmöglichkeiten weiter verbessert werden.

3. Allgemeine Informationen zur klinischen Studie

Die Studie wird in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich in den Ambulatorien und Tageskliniken der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord in Wil, St. Gallen, Rorschach und Wattwil durchgeführt. Die Studie dauert von Januar 2009 bis Dezember 2010 und es können 200 Patienten/-innen an der Studie teilnehmen. Diese klinische Studie wird nach geltenden schweizerischen Gesetzen und nach international anerkannten Grundsätzen durchgeführt wird.

Betroffene von dissoziativen Störungen leiden an verschiedenen sogenannten dissoziativen Symptomen. „Dissoziation" bedeutet in seinem ursprünglichen Wortsinn „Abspaltung, Trennung". Dissoziative Symptome, welche einen Krankheitswert darstellen, können zu bedeutsamen Beeinträchtigungen der Lebensqualität führen. Dazu gehören Gefühle der Entfremdung gegenüber der Umgebung (Derealisation), Gedächtnislücken (dissoziative Amnesie), Gefühle der Entfremdung von sich selbst (dissoziative Depersonalisation), plötzliches sich Wiederfinden in einer unbekannten Umgebung (dissoziative Fugue) oder ein widersprüchliches, uneinheitliches Gefühl des eigenen Identitätserlebens (dissoziative Identitätsstörung).

4. Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Wenn Sie auf die Teilnahme an dieser Studie verzichten, haben Sie keine Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung zu erwarten. Das gleich gilt, wenn Sie Ihre dazu gegebene Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen. Diese Möglichkeit haben Sie jederzeit. Einen allfälligen Widerruf Ihrer Einwilligung bzw. den Rücktritt von der Studie müssen Sie nicht begründen. Im Falle eines Widerrufes werden die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten weiter verwendet.

5. Studienablauf

Prospektive Follow-Up Untersuchung, d. h. Untersuchung einer grösseren Anzahl von ambulanten Patienten in verschiedenen psychiatrischen Zentren der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Sektor Nord zu verschiedenen Zeitpunkten.

Messzeitpunkt 1 (Basisuntersuchung):

- Zweimalige Untersuchungsgespräche im zeitlichem Abstand von ca. einer Woche (Zeitaufwand jeweils 2-3 Stunden). Vor den Untersuchungsterminen selbständiges Ausfüllen von Fragebogen zuhause oder im Psychiatrischen Zentrum St. Gallen via Internet (Zeitaufwand ca. 45 Minuten)
- Aufwandentschädigung für gesamte Basisuntersuchung von CHF 100

Messzeitpunkt 2 (6 Monate nach Basisuntersuchung):

- Selbständiges Ausfüllen von Fragebogen via Internet (Zeitaufwand ca. 45 Minuten, Aufwandentschädigung von CHF 25)

Messzeitpunkt 3 (12 Monate nach Basisuntersuchung):

- Selbständiges Ausfüllen von Fragebogen via Internet (Zeitaufwand ca. 45 Minuten, Aufwandentschädigung von CHF 25)
- Abhängig von den vorgängigen Untersuchungsresultaten eventuell erneutes einmaliges Untersuchungsgespräch (Zeitaufwand 2-3 Stunden, Aufwandentschädigung von CHF 50)

Messzeitpunkt 4 (18 Monate nach Basisuntersuchung):

- **Selbständiges Ausfüllen von Fragebogen via Internet (Zeitaufwand ca. 45 Minuten, Aufwandentschädigung von CHF 25)**

Messzeitpunkt 5 (24 Monate nach Basisuntersuchung):

- **Selbständiges Ausfüllen von Fragebogen via Internet (Zeitaufwand ca. 45 Minuten, Aufwandentschädigung von CHF 25)**
- **Abhängig von den vorgängigen Untersuchungsresultaten eventuell erneutes einmaliges Untersuchungsgespräch (Zeitaufwand 2-3 Stunden, Aufwandentschädigung von CHF 50)**

Bei Teilnahme an allem Messzeitpunkten zusätzliche Aufwandentschädigung von CHF 50.

6. Pflichten des Studienteilnehmers und der/des Prüfers/Prüferin

Als StudienteilnehmerIn sind Sie verpflichtet,

- ***Ihren Prüfer genau über den Verlauf der Erkrankung und festgestellte unerwünschte Wirkungen zu informieren.***

7. Nutzen für die Teilnehmer

Die Teilnahme an dieser klinischen Studie könnte Ihnen folgenden Nutzen bringen:

- ***Falls Sie dies wünschen, informieren wir Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin über die Auswertungsresultate der von Ihnen gemachten Angaben in den Fragebogen und den Interviews. Diese Resultate können unter Umständen für Ihre aktuelle Behandlung von Nutzen sein.***
- ***Sie erhalten als Aufwandentschädigung je nach Anzahl der teilgenommenen Untersuchungen CHF 100 bis 350 (genaue Angaben über Höhe der Entschädigung für jede Untersuchung siehe oben unter Studienablauf).***

8. Risiken und Unannehmlichkeiten

- ***Die Fragebogen oder Interviews können unter Umständen durch die Auseinandersetzung mit Ihren Symptomen zu einer vorübergehenden emotionalen Belastung führen und unangenehm sein. In der Regel wirken mehr die Menge der Fragen und die Dauer der Interviews als deren Inhalt belastend. Sie haben deshalb die Möglichkeit, Fragebogen in mehreren Schritten auszufüllen und während Interviews jederzeit Pausen einzulegen. In Interviews ist es Ihnen auch möglich, zu einzelnen Fragen keine Stellung zu nehmen ohne dass Sie dies begründen müssen.***
- ***Falls Sie infolge einer durch die Fragebogen oder Interviews ausgelösten Beschwerden Unterstützung benötigen, können Sie sich jederzeit (24h) an das Kriseninterventionszentrum St. Gallen wenden (Telefon 071 914 44 44).***

9. Vertraulichkeit der Daten

In dieser Studie werden persönliche Daten von Ihnen erfasst. Diese Daten werden anonymisiert. Sie sind nur Fachleuten zur wissenschaftlichen Auswertung zugänglich.
Die zuständige Ethikkommission kann Einsicht in die Originaldaten nehmen. Während der ganzen Studie und bei den erwähnten Kontrollen wird die Vertraulichkeit strikt gewahrt. Ihr Name wird in keiner Weise in Rapporten oder Publikationen, die aus der Studie hervorgehen, veröffentlicht.
Falls Sie damit einverstanden sind, werden die Untersuchungsgespräche auf Video aufgenommen. Diese können von den an der Studie beteiligten Prüfern (Dr. med. C. Müller-Pfeiffer; Frau N. Perron, lic. phil., Frau D. Wyss, lic. phil.; Frau C. Künzler); eingesehen werden, um die korrekte Auswertung der Interviews zu überprüfen. Die Videoaufnahmen werden nach Abschluss der Studie definitiv gelöscht. Sie haben das Recht jederzeit zu verlangen, dass Ihre Aufnahmen gelöscht werden. Ebenso haben Sie das Recht, Videoaufnahmen gänzlich abzulehnen.
Dr. med. Christoph Müller-Pfeiffer kann als hauptverantwortlicher Prüfarzt Einsicht in Ihre Krankenakte nehmen, falls dies für die korrekte Auswertung der Untersuchungsgespräche oder für Ihr Wohlergehen im Rahmen der Studie wichtig erscheint. Die anderen an der Studie beteiligten Prüfer haben kein Einsichtsrecht in Ihre Krankenakte.

10. Kosten

Die in dieser Patienten-Information erwähnten studienspezifischen Untersuchungen sind kostenlos. Weder Ihnen noch ihrer Krankenkasse entstehen im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme zusätzliche Kosten.
Auslagen, wie z. B. Reisespesen werden Ihnen im Rahmen der oben genannten Aufwandentschädigungen vergütet.

11. Entschädigung für die Studienteilnehmenden

Für die Teilnahme an dieser klinischen Studie erhalten Sie eine Aufwandentschädigung von CHF 100 bis 350, je nach Anzahl der teilgenommenen Untersuchungen (genaue Angaben über Höhe der Entschädigung für jede Untersuchung siehe oben unter Studienablauf).

12. Unfreiwilliger Studienabbruch

Ihre Teilnahme kann durch die/den Prüfer/Prüferin abgebrochen werden. Folgende Gründe können dazu führen: mangelndes Verständnis der Fragen, z. B. infolge sprachlichen

Verständigungsschwierigkeiten; vorsätzliches, nicht der Wahrheit entsprechendes Ausfüllen der Fragebogen.

13. Kontaktperson(en)

Bei Unklarheiten, Notfällen, unerwarteten oder unerwünschten Ereignissen, die während der Studie oder nach deren Abschluss auftreten, können Sie sich jederzeit an die untenstehende Kontaktperson wenden:

Hauptprüfer (verantwortlicher Studienleiter):
Dr. med. Christoph Müller-Pfeiffer
Psychiatrisches Zentrum St. Gallen
Teufenerstrasse 26
9000 St. Gallen
Tel. 071 227 12 12
E-Mail: christoph.mueller-pfeiffer@access.uzh.ch

In Notfällen (24h Erreichbarkeit):
Kriseninterventionszentrum St. Gallen
Tel. 071 914 44 44

Einverständniserklärung für die Studienteilnahme

Schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer klinischen Studie

- ***Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.***
- ***Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.***

Nummer der Studie: EKSG 08/105/2B
Titel der Studie: Dissoziative Störungen und Einschränkung der Alltagsfunktion bei ambulanten psychiatrischen Patienten: eine prospektive Follow-Up Untersuchung
Sponsor: St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord
Ort der Studie: St. Gallen
Prüferin/Prüfer Name und Vorname:
Patientin/Patient Name und Vorname: Geburtsdatum: ☐ männlich ☐ weiblich

- Ich wurde vom unterzeichnenden Prüfer/-In mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Patienteninformation vom *15.12.2008* gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Patienteninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in anonymisierter Form an aussenstehende Institutionen zu Forschungszwecken weitergegeben werden. Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute des Studienauftraggebers, der Behörden und der Kantonalen Ethikkommission zu Prüf- und Kontroll-zwecken in meine Originaldaten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass der hauptverantwortliche Prüfarzt Dr. med. Christoph Müller-Pfeiffer bei Bedarf Einsicht in meine Krankenakte nehmen kann.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung entstehen. In diesem Fall werde ich zu meiner Sicherheit abschliessend medizinisch untersucht.
- Ich bin mir bewusst, dass während der Studie die in der Patienteninformation genannten Anforderungen und Einschränkungen einzuhalten sind. Im Interesse meiner Gesundheit kann mich der Prüfarzt jederzeit von der Studie ausschliessen.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten

Bestätigung des Prüfers: Hiermit bestätige ich, dass ich diesem Patienten/dieser Patientin Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft des Patienten/der Patientin zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich ihn/sie umgehend darüber informieren.

Ort, Datum	Unterschrift der Prüferin/des Prüfers:

Einverständniserklärung für Videoaufnahme

Schriftliche Einverständniserklärung für Videoaufnahmen im Rahmen einer klinischen Studie

Nummer der Studie: EKSG 08/105/2B
Titel der Studie: Dissoziative Störungen und Einschränkung der Alltagsfunktion bei ambulanten psychiatrischen Patienten: eine prospektive Follow-Up Untersuchung
Sponsor: St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord
Ort der Studie: St. Gallen
Prüferin/Prüfer Name und Vorname:
Patientin/Patient Name und Vorname: Geburtsdatum: ☐ männlich ☐ weiblich

- Ich bin damit einverstanden, dass das heutige wissenschaftliche Untersuchungsgespräch auf Video aufgenommen wird.
- Das Video kann von den an der Studie beteiligten Prüfern (Dr. med. C. Müller-Pfeiffer; Frau N. Perron, lic. phil., Frau D. Wyss, lic. phil.; Frau C. Künzler); eingesehen werden, um die korrekte Auswertung der Interviews zu überprüfen. Die Videoaufnahmen werden nach Abschluss der Studie definitiv gelöscht. Sie haben das Recht jederzeit zu verlangen, dass Ihre Aufnahmen gelöscht werden.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten

Ort, Datum	Unterschrift der Prüferin/des Prüfers:

Protokoll Studie T1a

Protokoll Assessment T1a

Basisdaten	
SN	.....
Untersuchungsleiter	.....
Datum	.....
Zeit	.....

Vorbereitung	
Nachfragen, ob Informationen für Studienteilnehmer gelesen wurde	☐
Einverständniserklärung unterschreiben lassen	☐
Nachfragen, ob Fragebogen online ausgefüllt werden konnten • Falls nein: Patient muss diese vor dem Assessment T1b ausfüllen (Aufwandentschädigung kann erst danach ausbezahlt werden)	☐
Information an Patient • Informieren über Ablauf: 1. Interview zu dissoziativen Erlebensweisen (30 – 120 Minuten) 2. Interview zu Beeinträchtigungen zu Aktivitäten im Alltag (ca. 30 – 55 Min.) 3. Nachbesprechung/Feedback des Probanden (ca. 5 Min.) • Es kann nichts falsch gemacht werden. • Die Angaben werden lediglich für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet. • Falls gewünscht erfolgt Rückmeldung am Schluss des Interviews an Patient • Falls gewünscht erfolgt Rückmeldung an Therapeut	☐
Anfragen für Videoaufnahme und ggf. Einverständniserklärung unterschreiben lassen	☐

Video, Medikamente

Videoaufnahme

O [1] ja
O [2] nein

Aktuelle Medikamente inklusive Dosierungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Frühere Medikamente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aktuell	Lifetime	
O	O	[1] Keine Psychopharmakotherapie
O	O	[2] Neuroleptika
O	O	[3] Antidepressiva
O	O	[4] Benzodiazepine
O	O	[5] Antiepileptika
O	O	[6] Lithium
O	O	[7] Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden

SKID-D

Information an Patient ☐

- Ziel des Interviews ist Untersuchung und besseres Verständnis von sog. dissoziativen Phänomenen und Erlebensweisen
- Ergebnisse können unter Umständen relevant für Behandlung sein
- Ablauf des Interviews (Kapitelübersicht geben)
- Dauer des Interviews (je nachdem, ob Erlebensweisen bekannt sind 30 Minuten bis 2 Stunden)
- Falls gewünscht, kann am Schluss gleich eine Rückmeldung gegeben werden
- Fragen dürfen ohne Begründung nicht beantwortet werden
- Es kann nichts falsch gemacht werden
- Es können jederzeit Pausen gemacht werden
- Braucht evt. Mut über Symptome zu sprechen, diese haben jedoch weder zwangsläufig mit einer "Psychose" noch mit "Verrücktsein" zu tun

SN-Nr. auf erste Seite der Interview-Unterlagen schreiben ☐

WHODAS-II

SN-Nr. auf erste Seite der Interview-Unterlagen schreiben ☐

WHODAS-II mit separater Vorlage erheben ☐

GAF

SN-Nr. auf erste Seite der Interview-Unterlagen schreiben ☐

GAF-Wert (erhoben mit separater Vorlage) .....

Nachbesprechung

Nachfragen, wie Patient das Interview erlebt hat ☐

Ist Rückmeldung an zuständigen Therapeuten erlaubt? ○ [1] ja ○ [2] nein

→ Falls ja, Name des Therapeuten: .....

Einverstanden mit Teilnahme an Assessment T1b? ○ [1] ja ○ [2] nein

→ Falls *ja*, vereinbarter Termin: .....

→ Falls *nein*, darf der Patient für Follow-Up Fragebogen-Untersuchung T2 in 6 Monaten wieder kontaktiert werden? ○ [1] ja ○ [2] nein

→ Falls *ja*, Datum Follow-Up Fragebogen Untersuchung T2: *(Aktuelles Datum + 6 Monate) (nur für internen Gebrauch, Patient lediglich informieren, dass er in 6 Monaten wieder kontaktiert wird)* .....

→ Falls *nein*, darf der Patient für zukünftige andere Studien allenfalls wieder kontaktiert werden? ○ [1] ja ○ [2] nein

Falls Patient nicht am Assessment T1b teilnimmt, jedoch einverstanden ist mit Kontaktaufnahme für Teilnahme an Follow-Up Fragebogen-Untersuchung T2 oder zukünftigen Studien, Personalien einer Kontaktperson erfragen

Personalien Kontaktperson mit möglichst gleichbleibender Adresse, z. B. Eltern
(Wird benötigt, falls Patient infolge Wegzug nicht mehr kontaktierbar ist)

Name und Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ: .....

Wohnort: .....

Tel. Nr. Festnetz: .....

Tel. Nr. Mobile: .....

Art der Beziehung: .....

Patienten verabschieden ☐

Bei vorhandenem Einverständnis Rückmeldung an Therapeut ☐

Ist Rückmeldung an Therapeut erfolgt? ○ [1] ja ○ [2] nein

Abschliessende Angaben des Untersuchungsleiters

Gibt es Gründe dafür, dass die Daten nicht verwertet werden können?	O [1] ja O [2] nein
Falls ja, bitte begründen:	
Gibt es Gründe dafür, den Patienten von den weiteren Untersuchungen auszuschliessen?	O [1] ja O [2] nein
Falls ja, bitte begründen:	
Wie schwierig ist Beurteilung im SKID-D?	O [1] leicht O [2] mässig O [3] schwer
Eignet sich die Videoaufnahme des SKID-D für Schulungszwecke?	O [1] ja O [2] nein O [3] eventuell O [4] es wurde keine Aufnahme gemacht
Wie schwierig ist Beurteilung im WHODAS-II?	O [1] leicht O [2] mässig O [3] schwer
Eignet sich die Videoaufnahme des WHODAS-II für Schulungszwecke?	O [1] ja O [2] nein O [3] eventuell O [4] es wurde keine Aufnahme gemacht
Zeit	.....

Digitalisierung der erhobenen Daten

Online-Eingabe 1. Link *http://www.psychiatrie-studien.ch/cgi/rws4.pl?FORM=ProtokollAssessmentDISStudieII_T1a* in Internet-Browser öffnen 2. Passwort des Patienten als Kennwort eingeben	☐
Eingabe der Angaben der Nachbesprechung in blauen Bereich der Datei Stammdaten DIS-Studie II.xls	☐
Datei Stammdaten DIS-Studie II.xls an CMP weiterleiten	☐
Falls Datum für Follow-Up Fragebogen Untersuchung T2 festgesetzt wurde, dieses in der eigenen Agenda vermerken	☐
Falls keine Teilnahme an Assessment T1b, Protokoll Assessment T1a an CMP weiterleiten	☐

Protokoll Studie T1b

Protokoll Assessment T1b

Basisdaten

SN	.....
Untersuchungsleiter	.....
Datum	.....
Zeit	.....

Vorbereitung

Information an Patient

- Informieren über Ablauf: ☐
  1. Diagnostisches Interview für verschiedene Beschwerden (2 – 3 Stunden)
- Es kann nichts falsch gemacht werden.
- Die Angaben werden lediglich für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet.
- Falls gewünscht erfolgt Rückmeldung am Schluss des Interviews an Patient ☐
- Falls gewünscht erfolgt Rückmeldung an Therapeut

Anfragen für Videoaufnahme und ggf. Einverständniserklärung unterschreiben lassen ☐

Video

Videoaufnahme	O	[1] ja
	O	[2] nein

SKID-I

Information an Proband:

Strukturiertes Interview, das sehr präzise Fragen über psychologische Probleme beinhaltet.	☐
SN-Nr. auf erste Seite der Interview-Unterlagen schreiben	☐

SKID-II

SKID-II Screening T1b Fragebogen entgegennehmen und Scores berechnen	☐
SN-Nr. auf erste Seite der Interview-Unterlagen schreiben	☐

Auswertung SKID-II

	ja [1]	nein [2]
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	O	O
Dependente Persönlichkeitsstörung	O	O
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	O	O
Negativistische Persönlichkeitsstörung	O	O
Depressive Persönlichkeitsstörung	O	O
Paranoide Persönlichkeitsstörung	O	O
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	O	O
Schizoide Persönlichkeitsstörung	O	O
Histrionische Persönlichkeitsstörung	O	O
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	O	O
Borderline Persönlichkeitsstörung	O	O
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	O	O

Beurteilen Sie den Sicherheitsgrad der SKID-II Diagnosen	O	[1] gut
	O	[2] befriedigend
	O	[3] niedrig

Nachbesprechung

Nachfragen, wie Patient das Interview erlebt hat ☐

Die Aufwandentschädigung von CHF 100 wird auf das in der Fragebogen-Untersuchung angegebene Konto überwiesen werden. ☐

Einverstanden mit Teilnahme an Follow-Up Fragebogen-Untersuchung T2 in 6 Monaten?
O [1] ja
O [2] nein

→ Falls *ja*, Datum Follow-Up Fragebogen Untersuchung T2:
(Aktuelles Datum + 6 Monate) (nur für internen Gebrauch, Patient lediglich informieren, dass er in 6 Monaten wieder kontaktiert wird)
.....

→ Falls *nein*, darf der Patient für Follow-Up Interview T3 in einem Jahr wieder kontaktiert werden?
O [1] ja
O [2] nein

→ Falls *ja*, Datum Follow-Up Interview T3
(Aktuelles Datum + 6 Monate) (nur für internen Gebrauch, Patient lediglich informieren, dass er in 6 Monaten wieder kontaktiert wird)
.....

→ Falls *nein*, darf der Patient für zukünftige andere Studien allenfalls wieder kontaktiert werden?
O [1] ja
O [2] nein

Falls Patient einverstanden ist mit Kontaktaufnahme für Teilnahme an Follow-Up Untersuchungen T2 oder T3 oder zukünftigen Studien, Personalien einer Kontaktperson erfragen
(Nicht nötig, falls diese bereits in Assessment T1a angegeben wurde)

Personalien Kontaktperson mit möglichst gleichbleibender Adresse, z. B. Eltern
(Wird benötigt, falls Patient infolge Wegzug nicht mehr kontaktierbar ist)

Name und Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ: .....

Wohnort: .....

Tel. Nr. Festnetz: .....

Tel. Nr. Mobile: .....

Art der Beziehung: .....

Patienten verabschieden ☐

Bei vorhandenem Einverständnis Rückmeldung an Therapeut ☐

Ist Rückmeldung an Therapeut erfolgt?
O [1] ja
O [2] nein

Abschliessende Angaben des Untersuchungsleiters

Gibt es Gründe dafür, dass die Daten nicht verwertet werden können?	O [1] ja O [2] nein
Falls ja, bitte begründen:	
Gibt es Gründe dafür, den Patienten von den weiteren Untersuchungen auszuschliessen?	O [1] ja O [2] nein
Falls ja, bitte begründen:	
Wie schwierig ist Beurteilung im SKID-I?	O [1] leicht O [2] mässig O [3] schwer
Eignet sich die Videoaufnahme des SKID-I für Schulungszwecke?	O [1] ja O [2] nein O [3] eventuell O [4] es wurde keine Aufnahme gemacht
Wie schwierig ist Beurteilung im SKID-II?	O [1] leicht O [2] mässig O [3] schwer
Eignet sich die Videoaufnahme des SKID-II für Schulungszwecke?	O [1] ja O [2] nein O [3] eventuell O [4] es wurde keine Aufnahme gemacht
Ist Rückmeldung an Therapeut erfolgt?	O [1] ja O [2] nein
Zeit	.....

Digitalisierung der erhobenen Daten

Online-Eingabe 1. Link *http://www.psychiatrie-studien.ch/cgi/rws4.pl?FORM=ProtokollAssessmentDISStudieII_T1b* in Internet-Browser öffnen 2. Passwort des Patienten als Kennwort eingeben	☐
Eingabe der Angaben der Nachbesprechung in blauen Bereich der Datei Stammdaten DIS-Studie II.xls	☐
Datei Stammdaten DIS-Studie II.xls an CMP weiterleiten	☐
Protokoll Assessment T1a und T1b an CMP weiterleiten	☐

Anhang II

Soziodemographie:
Ergebnisse: Tabellen und Graphiken

Variable	Levels	n_{NoDS}	$\%_{NoDS}$	$\sum\%_{NoDS}$	n_{DS}	$\%_{DS}$	$\sum\%_{DS}$	n_{all}	$\%_{all}$	$\sum\%_{all}$
Sex	Male	13	50.0	50.0	28	39.4	39.4	41	42.3	42.3
	Female	13	50.0	100.0	43	60.6	100.0	56	57.7	100.0
p = 0.365	all	26	100.0		71	100.0		97	100.0	
Nationality	Swiss	17	65.4	65.4	55	77.5	77.5	72	74.2	74.2
	Swiss Naturalized	2	7.7	73.1	7	9.9	87.3	9	9.3	83.5
	Non-Swiss	7	26.9	100.0	9	12.7	100.0	16	16.5	100.0
p = 0.271	all	26	100.0		71	100.0		97	100.0	
MaritalStatus	Single	11	42.3	42.3	46	64.8	64.8	57	58.8	58.8
	Married, Together	7	26.9	69.2	7	9.9	74.7	14	14.4	73.2
	Married, Separated	2	7.7	76.9	3	4.2	78.9	5	5.2	78.3
	Divorced	6	23.1	100.0	14	19.7	98.6	20	20.6	99.0
	Widowed	0	0.0	100.0	1	1.4	100.0	1	1.0	100.0
p = 0.146	all	26	100.0		71	100.0		97	100.0	
HighestEducationLevel	No Obligatory School	1	3.8	3.8	3	4.2	4.2	4	4.1	4.1
	Obligatory School	3	11.5	15.4	20	28.2	32.4	23	23.7	27.8
	Apprenticeship, College	19	73.1	88.5	41	57.8	90.2	60	61.9	89.7
	Technical or Commercial College/University	3	11.5	100.0	7	9.9	100.0	10	10.3	100.0
p = 0.351	all	26	100.0		71	100.0		97	100.0	
Employment	Employed Full-Time	6	23.1	23.1	8	11.3	11.3	14	14.4	14.4
	Employed Part-Time	6	23.1	46.2	21	29.6	40.8	27	27.8	42.3
	Unemployed, Placeable	3	11.5	57.7	16	22.5	63.4	19	19.6	61.9
	Unemployed, Unplaceable	11	42.3	100.0	26	36.6	100.0	37	38.1	100.0
p = 0.375	all	26	100.0		71	100.0		97	100.0	
MeansOfSubsistence	Own Earnings	9	34.6	34.6	16	22.5	22.5	25	25.8	25.8
	Earnings Partner, Parents, Relatives	5	19.2	53.8	5	7.0	29.6	10	10.3	36.1
	Retirement Payments	0	0.0	53.8	2	2.8	32.4	2	2.1	38.1
	Disability Payments (Mental Disorder)	3	11.5	65.4	15	21.1	53.5	18	18.6	56.7
	Disability Payments (Physical Disorder)	2	7.7	73.1	1	1.4	54.9	3	3.1	59.8
	Public Welfare	4	15.4	88.5	18	25.4	80.3	22	22.7	82.5
	Unemployment Benefit	1	3.8	92.3	5	7.0	87.3	6	6.2	88.7
	Other, e.g. Apprenticeship	2	7.7	100.0	9	12.7	100.0	11	11.3	100.0
p = 0.249	all	26	100.0		71	100.0		97	100.0	

Table 4: Descriptive Statistics of Nominal Sociodemographical Variables, by Diagnostic Group

Chi-Quadrat –Tests und T-Tests

Geschlecht:

Kreuztabelle

Anzahl

		Diagnostischer Gesamteindruck		
		Kein Hinweis für eine dissoziative Störung	Erfüllt die Kriterien einer dissoziativen Störung	Gesamt
Geschlecht	Mann	41	2	43
	Frau	56	20	76
Gesamt		97	22	119

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8,553a	1	,003		
Kontinuitätskorrekturb	7,176	1	,007		
Likelihood-Quotient	10,151	1	,001		
Exakter Test nach Fisher				,003	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	8,481	1	,004		
Anzahl der gültigen Fälle	119				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,95.

Alter:

Gruppenstatistiken

	Diagnostischer Gesamteindruck	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Alter	Kein Hinweis für eine dissoziative Störung	97	37,29	12,135	1,232
	Erfüllt die Kriterien einer dissoziativen Störung	22	33,27	10,480	2,234

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Alter	Varianzen sind gleich	1,069	,303	1,435	117	,154	4,016
	Varianzen sind nicht gleich			1,574	35,005	,124	4,016

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
Alter	Varianzen sind gleich	2,799	-1,528	9,560
	Varianzen sind nicht gleich	2,552	-1,164	9,196

Zivilstand:

		Diagnostischer Gesamteindruck		Gesamt
		Kein Hinweis für eine dissoziative Störung	Erfüllt die Kriterien einer dissoziativen Störung	
Zivilstand	ledig	57	15	72
	verheiratet zusammenlebend	14	3	17
	verheiratet getrennt lebend	5	0	5
	geschieden	20	4	24
	verwitwet	1	0	1
Gesamt		97	22	119

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,685a	4	,794
Likelihood-Quotient	2,770	4	,597
Zusammenhang linear-mit-linear	,598	1	,439
Anzahl der gültigen Fälle	119		

a. 6 Zellen (60,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,18.

Anzahl Ausbildungsjahre:

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	20,334a	17	,257
Likelihood-Quotient	19,717	17	,289
Zusammenhang linear-mit-linear	,415	1	,519
Anzahl der gültigen Fälle	119		

a. 29 Zellen (80,6%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,18.

Höchste abgeschlossene Schul-und Berufsausbildung:

Kreuztabelle

Anzahl

		Diagnostischer Gesamteindruck		
		Kein Hinweis für eine dissoziative Störung	Erfüllt die Kriterien einer dissoziativen Störung	Gesamt
Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung	keine abgeschlossene Schulbildung	4	0	4
	obligatorische Volksschule	23	5	28
	Lehre oder Maturität	60	12	72
	Universität oder Hochschule	10	5	15
Gesamt		97	22	119

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,267a	3	,352
Likelihood-Quotient	3,679	3	,298
Zusammenhang linear-mit-linear	1,794	1	,180
Anzahl der gültigen Fälle	119		

a. 3 Zellen (37,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,74.

Erwerbstätigkeit:

		Diagnostischer Gesamteindruck		
		Kein Hinweis für eine dissoziative Störung	Erfüllt die Kriterien einer dissoziativen Störung	Gesamt
Erwerbstätigkeit	voll erwerbstätig	14	3	17
	teilzeit erwerbstätig	27	3	30
	arbeitslos und vermittelbar	19	3	22
	sonst nicht erwerbstätig	37	13	50
Gesamt		97	22	119

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,658a	3	,301
Likelihood-Quotient	3,751	3	,290
Zusammenhang linear-mit-linear	1,952	1	,162
Anzahl der gültigen Fälle	119		

a. 2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,14.

Hauptfinanzierung Lebensunterhalt:

		Diagnostischer Gesamteindruck		
		Kein Hinweis für eine dissoziative Störung	Erfüllt die Kriterien einer dissoziativen Störung	Gesamt
Hauptfinanzierung Lebensunterhalt	eigener Verdienst	25	2	27
	Verdienst Partner/in oder Eltern oder Verwandte	10	3	13
	AHV	2	0	2
	IV-Rente aus psychischen Gründen	18	10	28
	IV-Rente aus körperlichen Gründen	3	1	4
	Sozial- oder Fürsorgegelder	22	4	26
	Arbeitslosengelder	6	2	8
	anderes z. B. Vermögen	11	0	11
Gesamt		97	22	119

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	11,348a	7	,124
Likelihood-Quotient	13,308	7	,065
Zusammenhang linear-mit-linear	,001	1	,982
Anzahl der gültigen Fälle	119		

a. 9 Zellen (56,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,37.

Komorbiditäten von dissoziativen Störungen mit Achse-I und II Störungen

Fisher`s Exact-Test

Variable	Levels	n_{NoDD}	$\%_{NoDD}$	$\sum\%_{NoDD}$	n_{DD}	$\%_{DD}$	$\sum\%_{DD}$	n_{all}	$\%_{all}$	$\sum\%_{all}$
Sex	Male	41	42.3	42.3	2	9.1	9.1	43	36.1	36.1
	Female	56	57.7	100.0	20	90.9	100.0	76	63.9	100.0
p = 0.003	all	97	100.0		22	100.0		119	100.0	
Nationality	Swiss	72	74.2	74.2	13	59.1	59.1	85	71.4	71.4
	Swiss Naturalized	9	9.3	83.5	5	22.7	81.8	14	11.8	83.2
	Non-Swiss	16	16.5	100.0	4	18.2	100.0	20	16.8	100.0
p = 0.167	all	97	100.0		22	100.0		119	100.0	
MaritalStatus	Single	57	58.8	58.8	15	68.2	68.2	72	60.5	60.5
	Married, Together	14	14.4	73.2	3	13.6	81.8	17	14.3	74.8
	Married, Separated	5	5.2	78.3	0	0.0	81.8	5	4.2	79.0
	Divorced	20	20.6	99.0	4	18.2	100.0	24	20.2	99.2
	Widowed	1	1.0	100.0	0	0.0	100.0	1	0.8	100.0
p = 0.903	all	97	100.0		22	100.0		119	100.0	
HighestEducationLevel	No Obligatory School	4	4.1	4.1	0	0.0	0.0	4	3.4	3.4
	Obligatory School	23	23.7	27.8	5	22.7	22.7	28	23.5	26.9
	Apprenticeship, College	60	61.9	89.7	12	54.5	77.3	72	60.5	87.4
	Technical or Commercial College/University	10	10.3	100.0	5	22.7	100.0	15	12.6	100.0
p = 0.413	all	97	100.0		22	100.0		119	100.0	
Employment	Employed Full-Time	14	14.4	14.4	3	13.6	13.6	17	14.3	14.3
	Employed Part-Time	27	27.8	42.3	3	13.6	27.3	30	25.2	39.5
	Unemployed, Placeable	19	19.6	61.9	3	13.6	40.9	22	18.5	58.0
	Unemployed, Unplaceable	37	38.1	100.0	13	59.1	100.0	50	42.0	100.0
p = 0.321	all	97	100.0		22	100.0		119	100.0	
MeansOfSubsistence	Own Earnings	25	25.8	25.8	2	9.1	9.1	27	22.7	22.7
	Earnings Partner, Parents, Relatives	10	10.3	36.1	3	13.6	22.7	13	10.9	33.6
	Retirement Payments	2	2.1	38.1	0	0.0	22.7	2	1.7	35.3
	Disability Payments (Mental Disorder)	18	18.6	56.7	10	45.5	68.2	28	23.5	58.8
	Disability Payments (Physical Disorder)	3	3.1	59.8	1	4.5	72.7	4	3.4	62.2
	Public Welfare	22	22.7	82.5	4	18.2	90.9	26	21.9	84.0
	Unemployment Benefit	6	6.2	88.7	2	9.1	100.0	8	6.7	90.8
	Other, e.g. Apprenticeship	11	11.3	100.0	0	0.0	100.0	11	9.2	100.0
p = 0.098	all	97	100.0		22	100.0		119	100.0	

Table 3: Descriptive Statistics of Nominal Sociodemographical Variables, by Diagnostic Group

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: