

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Carsten Spitzer

PATHOLOGISCHE DISSOZIATION IN DER STATIONÄREN PSYCHOTHERAPIE

PSYCHOMETRISCHE DIAGNOSTIK, KLINISCHE KORRELATE UND PRÄDIKTIVE BEDEUTUNG

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

der Universitätsmedizin Rostock

Eingereicht von:

Franziska Kluge | geb. am 23.12.1997 in Zschopau

aus Großolbersdorf

Rostock | 20.07.2025

Gutachter:

Prof. Dr. med. Carsten Spitzer, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock

Prof. Dr. med. habil. Michael Kölch, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock

Prof. Dr. med. Matthias Michal, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Jahr der Einreichung: 2025

Jahr der Verteidigung: 2026

Hinweis zur Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit, soweit nicht anders differenziert, das generische Maskulinum verwendet. Personenbezogene Bezeichnungen schließen dabei ausdrücklich alle Geschlechter mit ein.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Stand der Forschung	1
1.1	Pathologische Dissoziation.....	1
1.1.1	Definition und Phänomenologie	1
1.1.2	Ideengeschichtlicher Hintergrund.....	5
1.2	Psychometrische Diagnostik von Dissoziation und ihrer pathologischen Form	9
1.2.1	Übersicht über Selbstbeurteilungsverfahren	10
1.2.2	Diagnostik pathologischer Dissoziation.....	12
1.3	Klinische Bedeutung der pathologischen Dissoziation	14
1.3.1	Diagnostische Relevanz und Prävalenz pathologischer Dissoziation ...	14
1.3.2	Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen	17
1.3.3	Assoziation mit Psychopathologie, interpersonalen Problemen, Bindung und Persönlichkeitsstruktur	19
1.3.4	Dissoziation als Negativprädiktor für das Behandlungsergebnis.....	21
1.4	Schlussfolgerungen für diese Studie und Hypothesen	22
2	Methodik	25
2.1	Studiendesign und Durchführung	25
2.2	Erhebungsinstrumente	26
2.2.1	Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T)	26
2.2.2	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D).....	29
2.2.3	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Kurzform (IIP-32) ...	31
2.2.4	Experiences in Close Relationship-Revised, deutsche Kurzform (ECR- RD12).....	32
2.2.5	OPD-Strukturfragebogen, Kurzversion (OPD-SFK)	34
2.3	Statistische Analysen	35
3	Ergebnisse	39
3.1	Soziodemographische und klinische Charakteristika der Stichprobe	39

3.2	Psychometrische Kennwerte der DES-Taxon	43
3.3	Prävalenz pathologischer Dissoziation und Vergleich ihrer Indizes	44
3.4	Soziodemographische und klinische Korrelate	45
3.5	Verlauf	55
3.6	Pathologische Dissoziation und Behandlungsergebnis	57
4	Diskussion.....	61
4.1	Die psychometrische Güte der DES-Taxon.....	61
4.2	Häufigkeit pathologischer Dissoziation in der stationären Psychotherapie ..	63
4.3	Assoziationen mit soziodemographischen und klinischen Merkmalen	64
4.3.1	Soziodemographische Merkmale	64
4.3.2	Klinische Parameter	66
4.4	Pathologische Dissoziation im Behandlungsverlauf	68
4.5	Relevanz pathologischer Dissoziation für das Behandlungsergebnis.....	70
4.6	Methodenkritische Überlegungen	71
4.7	Klinische Implikationen und weiterführende Forschungsansätze	73
5	Zusammenfassung.....	75
6	Thesen	77
7	Literaturverzeichnis	79
8	Verzeichnisse.....	101
8.1	Abkürzungsverzeichnis.....	101
8.2	Abbildungsverzeichnis	104
8.3	Tabellenverzeichnis	104
9	Anhang.....	107
9.1	Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T)	107
9.2	Ergänzende Tabellen	108
10	Danksagung.....	112
11	Curriculum Vitae.....	113
12	Eidesstaatliche Erklärung.....	114

1 Einleitung und Stand der Forschung

1.1 Pathologische Dissoziation

1.1.1 Definition und Phänomenologie

Das Konstrukt der Dissoziation und die korrespondierenden dissoziativen Symptome und Störungen gehören klinisch und konzeptuell zu den wohl schillerndsten Phänomenen in der Psychiatrie, Psychosomatik, klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychotraumatologie (Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017; Mentzos, 2012; Spitzer & Freyberger, 2020).

In Anbetracht dessen überrascht es nicht, dass sich der Dissoziationsbegriff noch immer einer einheitlichen Definition bzw. einem allgemeingültigem Verständnis entzieht (Spitzer & Freyberger, 2019). Dissoziation kann einerseits als veränderter Bewusstseinszustand aufgefasst werden, andererseits auch als dispositionelle Neigung, in traumatischen oder belastenden Situationen mit einer Abspaltung bestimmter psychischer Inhalte zu reagieren (Spiegel et al., 2011). Daneben fungiert der Begriff der Dissoziation als eine Art Sammelbezeichnung für ein breites Spektrum psychopathologischer Phänomene, die in engem Zusammenhang mit traumatischen Erfahrung stehen können. In psychodynamischen und traumaspezifischen Ansätzen wird Dissoziation auch als intrapsychischer Abwehrmechanismus verstanden, welcher dem Schutz vor affektiver Überwältigung oder dem Erhalt des psychischen Gleichgewichts dient (Spitzer, 2016; Spitzer & Freyberger, 2019; Eckhardt-Henn, 2017).

Angesichts dieser Komplexität scheint es sinnvoll, zunächst die Definitionen von Dissoziation in den offiziellen diagnostischen Klassifikationssystemen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization; WHO) und der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association; APA) darzustellen.

Die in Deutschland aktuell gültige 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM (German Modification), Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025) führt im Kapitel V die psychischen und Verhaltensstörungen auf. Im Kapitel F4 mit der Überschrift ‚Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen‘ werden die dissoziativen Störungen unter dem Kode F44 klassifiziert und folgendermaßen definiert:

„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“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025).

In der 11. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11), die im Januar 2022 in Kraft getreten, aber in Deutschland noch nicht angewandt wird und daher bisher auch lediglich als Entwurfsfassung vorliegt, findet sich die nachfolgende Definition:

„Dissoziative Störungen sind gekennzeichnet durch eine unwillkürliche Unterbrechung oder Diskontinuität der normalen Integration eines oder mehrerer der folgenden Bereiche: Identität, Empfindungen, Wahrnehmungen, Affekte, Gedanken, Erinnerungen, Kontrolle über Körperbewegungen oder Verhalten“ (*ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung (2022)*, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022).

Die APA formuliert in der 5. Auflage ihres diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5, 2013) als Kernmerkmal der dissoziativen Störungen

„eine Störung und/oder Unterbrechung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten“ (Falkai et al., 2018, S. 397).

Durch diese konvergierenden, gleichwohl nicht deckungsgleichen Definitionen von Dissoziation wird deutlich, dass Beeinträchtigungen der integrativen Funktionen sowohl auf psychischer Ebene (z. B. Identitätsempfinden oder Wahrnehmung) als auch auf körperlicher Ebene vorkommen können; zudem ist den Klassifikationssysteme gemeinsam, dass sie die dissoziativen Symptome und Störungen in einem sehr weiten Sinn als psychisch verursacht verstehen, d. h., dass keine ausreichende körperliche Ursache für die Symptomatik besteht.

Wie beschrieben, ist ein weites Feld psychischer Funktionen betroffen erklärt, was wiederum die phänomenologische Heterogenität dissoziativer Symptome und Syndrome erklärt. Ihr klinisches Erscheinungsbild ist dementsprechend vielfältig. Die dazu folgende Übersicht beruht auf den weiterführenden Ausführungen und diagnostischen

Kriterien der ICD-10 (Kapitel V, F44 sowie F48.1, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025) und des DSM-5 (Falkai et al., 2018, S. 397–420) sowie Spitzer (2016, S. 352–353):

- Amnesien, wobei hauptsächlich das autobiografische Gedächtnis betroffen ist und relevante persönliche Informationen nicht vollständig abgerufen werden können – dies tritt in der Regel selektiv auf
- Verändertes Identitätsgefühl und Bewusstsein, bspw. (ungewolltes) Gefühl wie in Trance oder der Entfremdung, Loslösung von Emotionen, Änderungen in der räumlich-zeitlichen Wahrnehmung
- Depersonalisation und Derealisation mit einem Gefühl der Unwirklichkeit der Umwelt oder des eigenen Körpers
- Sensorische und motorische Störungen wie Analgesie, Par- oder Anästhesie, Bewegungsstörungen/Lähmungserscheinungen eines oder mehrerer Körperteile, Krampfanfälle sowie Funktionsverluste verschiedener Sinnesmodalitäten (z. B. Seh- oder Hörverlust).

Da dieser Differenzierungsgrad für die klinische Praxis wenig alltagstauglich ist, werden auf der Ebene der Störungen zwei Gruppen unterschieden (Spitzer, 2016, S. 353):

- Dissoziative Bewusstseinsstörungen (Dissoziation rein auf psychischer Ebene; Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017) und
- Konversionsstörungen (Dissoziation ausschließlich auf Körperebene; Fricke-Neef & Spitzer, 2013).

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Klassifikation dissoziativer Störungen in ICD-10 und DSM-5.

Tabelle 1.1.1.1 Klassifikation dissoziativer Störungen in ICD-10 und DSM-5

ICD-10		DSM-5	
F44.0	Dissoziative Amnesie	300.12	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue	300.13	... mit Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor		
F44.3	Dissoziative Trance- und Be- sessenheitszustände		
F44.4	Dissoziative Bewegungsstö- rungen	[300.11	Konversionsstörungen]
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle		
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen		
F44.7	Dissoziative Störungen, ge- mischt		
F44.8 *	Sonstige dissoziative Störun- gen	300.14	Dissoziative Identitätsstörung
F44.9	Dissoziative Störung, nicht nä- her bezeichnet	300.15	Nicht näher bezeichnete disso- ziative Störungen
F48.1	Depersonalisations-/Derealisa- tionssyndrom	300.6	Depersonalisations-/Derealisa- tionsstörung

* zu F44.8 gehören: F44.80 Ganser-Syndrom, F44.81 Multiple Persönlichkeitsstörung, F44.82 Transitorische dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend sowie F44.88 Sonstige dissoziative Störungen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025).

Tabelle orientiert an Spitzer & Freyberger, 2017; Klassifikatorische Ansätze und Epidemiologie. In Eckhardt-Henn & Spitzer (Hrsg.), Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Grundlagen, Klinik, Therapie (2. Auflage, S. 222).

Die Konversionsstörungen (in der Tabelle hellgrau unterlegt) zählen in der ICD-10 zu den dissoziativen Störungen, werden jedoch im DSM-5 nicht darunter, sondern unter dem Terminus ‚Konversionsstörungen (Störungen mit funktionellen neurologischen Symptomen)‘ in der Kategorie der somatischen Belastungsstörung und verwandter Störungen verschlüsselt (American Psychiatric Association, 2013) und daher in der Tabelle in eckigen Klammern erwähnt.

1.1.2 Ideengeschichtlicher Hintergrund

Die Unterschiede in den sich ähnelnden, zunächst klaren, aber letztendlich doch vagen Definitionen von Dissoziation in den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10, ICD-11 und DSM-5 sowie die uneinheitlichen Herangehensweisen in der Verschlüsselung und Zuordnung von dissoziativen Störungen müssen vor dem ideengeschichtlichen Hintergrund des Dissoziationsbegriffs verstanden werden. Der folgende historische Rückblick fokussiert dabei auf die für diese Arbeit relevanten Aspekte; für detaillierte Darstellungen sei auf weiterführende Literatur verwiesen (Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017; Ellenberger, 1985; Mentzos, 2012; Spitzer & Freyberger, 2019).

Historisch und inhaltlich besteht eine enge Verbindung zwischen dem Konstrukt der Dissoziation und dem Konzept der Hysterie (Ellenberger, 2005; Mentzos, 2012). Dieser Krankheitsbegriff umfasste eine Vielzahl psychischer und körperlicher Funktionsstörungen, für die keine hinreichende somatische Erklärung festgestellt werden konnte. Die Darstellung der Symptome war typischerweise sehr emotional und dramatisch, sodass diese aus objektiver Sicht leicht als ‚unecht‘ oder ‚inszeniert‘ empfunden werden konnten (Oberlerchner, 2014). Derartige klinische Bilder wurden bereits in der Hochkultur des alten Ägyptens beobachtet, in der angenommen wurde, dass eine im Körper umherwandernde Gebärmutter für die vielfältige Symptomatik verantwortlich sei (Ronel et al., 2008). Die griechische Antike übernahm diese Vorstellung und prägte den Terminus der Hysterie, welcher sich von dem griechischen Begriff ‚hystera‘ (für Gebärmutter) ableitet (Ellenberger, 2005; Mentzos, 2012).

Erste wissenschaftliche Annäherungen an diese Störungsbilder gehen in die Zeit der Neurologie des 19. Jahrhunderts zurück: Paul Briquet (1796–1881) legte mit einer Systematisierungsarbeit eine erste phänomenologische Übersicht über die Hysterie vor (Briquet, 1859; Ellenberger, 2005; Mentzos, 2012). Jean-Martin Charcot (1825–1893), Arzt und Leiter der Salpêtrière in Paris, entdeckte, dass sich hysterische Symptome unter Hypnose auflösen und induzieren lassen (Ellenberger, 2005; Mentzos, 2012). Er stellte Theorien über eine psychische Genese mit „alterierten Bewusstseinsanteilen“ (Fricke-Neef & Spitzer, 2013, S. 397) als zugrundeliegenden Pathomechanismus auf.

Die fundamentalen und bis heute relevanten Grundlagen zur Dissoziation wurden jedoch von Charcots Schüler Pierre Janet (1859–1947), vornehmlich während seiner

Beschäftigung mit und Beobachtung von hysterischen Patienten zunächst im Krankenhaus von Le Havre, später in Charcots Salpêtrière und im eigens für ihn eingerichteten Experimentallabor, herausgearbeitet (Hantke, 1999; Spitzer, 2016).

Seine Annahmen stützten sich hierbei auf über 5000 Fälle; er verstand Dissoziation letztlich als eine pathologische Trennung oder Abspaltung von Gedanken, Handlungen und dem Bewusstsein (Putnam, 1989). Er kam zu dem Schluss, dass dissoziative Pathologie nur bei schon vorher psychisch Erkrankten, insbesondere Menschen mit Hysterie, vorkommen könne.

Janet befasste sich allerdings nicht nur mit der Hysterie, sondern entwickelte allgemeine Theorien über die Funktionsweise der menschlichen Psyche (Janet, 1889; Craparo et al., 2022; van der Hart & Horst, 1989; Spitzer, 2016). Er prägte den Terminus der ‚psychologischen Automatismen‘ – Automatismen verstand er als durch Gedanken hervorgerufene und von Gefühlen und Emotionen begleitete Handlungstendenzen (van der Kolk & van der Hart, 1989; Spitzer, 2016). Er postulierte, dass sich die Psyche aus vielen dieser Automatismen zusammensetze, welche aus der automatischen Integration von Informationen und Eindrücken aus der Umwelt und dem Körper entstehen (Spitzer, 2016). Im Normalzustand ist eine ständige Ver- und Überarbeitung alter und neuer Informationen und Automatismen erforderlich, was Janets Auffassung nach bei Gesunden gelingt, sodass alle Automatismen zusammenhängend synthetisiert sind und wenigstens teilweise bewusst kontrolliert werden können (Janet, 1889; Spitzer, 2016). Fehlt es einem Menschen aber an psychischer Energie, kommt es zu einer Schwächung dieser Syntheseleistung, was wiederum darin resultieren kann, dass einzelne Elemente oder psychische Funktionen nicht adäquat integriert werden, sich dann verselbstständigen, autonom weiterentwickeln und damit auch nicht mehr bewusst kontrolliert oder wahrgenommen werden können (Putnam, 1989; Spitzer, 2016). Die Einheit des Bewusstseins ist gestört. Diese Abspaltung ist nach Janet das Kennzeichen der Dissoziation. Die abgespaltenen, nicht angemessen integrierten Inhalte bezeichnete er als ‚idées fixes‘ (Janet, 1889).

Eine geschwächte Syntheseleistung lässt sich gemäß Janet auf ausgeprägte emotionale Reaktionen im Rahmen von Traumata oder Belastungen zurückführen, wobei nicht ausschließlich das Ausmaß und die Dauer der Belastung oder des Traumas relevant sind, sondern auch, wie stark die Betroffenen auf diese reagieren (Spitzer,

2016). Die Intensität der emotionalen Reaktion ist wiederum abhängig von unterschiedlichen Faktoren, wie beispielsweise der bisherigen individuellen Biographie, dem Persönlichkeitstyp oder den Lebensumständen (Hantke, 1999; van der Hart & Horst, 1989).

Somit wird nachvollziehbar, dass zur Entstehung von Dissoziation nicht immer zwangsläufig ein intensives äußeres Trauma notwendig ist, sondern dass sich diese auch auf Grundlage individueller Risikofaktoren, wie mangelnder Emotionsregulation oder erhöhter Affektlabilität, entwickeln kann (Craparo et al., 2022; van der Hart & Horst, 1989; van der Hart et al., 2008).

Auch Sigmund Freud (1856–1939), der sich etwa zur selben Zeit mit der Hysterie auseinandersetzte, stellte erste Theorien und Fälle vor, in denen traumatische Ereignisse und Erinnerungen nicht bewusst verarbeitet, sondern vom Bewusstsein abgespalten wurden (Freud, 1896; Spitzer, 2016). Im Verlauf seiner Forschungen verließ er diese Theorien dann zunehmend und verstand Dissoziation als Folge eines innerpsychischen Konflikts zwischen Triebimpulsen einerseits (meist sexueller Art) und moralischen/sozialen Anforderungen andererseits. Demnach komme es zu einer Konversion, wobei der Triebimpuls verdrängt wird, ins Unterbewusstsein gelangt und dann über Umwege als ein symbolisches Körpersymptom wiederkehrt (Breuer & Freud, 1895; Mentzos, 2015; Ellenberger, 2005; Spitzer, 2016).

Wenngleich Dissoziation und Konversion durchaus als komplementäre Konzepte interpretiert werden können, vollzog sich ihre Entwicklung relativ unabhängig voneinander (Spitzer & Freyberger, 2012). In der Psychoanalyse stand im Verständnis hysterischer Phänomene das Konversionsmodell an erster Stelle (Mentzos, 2015), während der Dissoziationsbegriff zunehmend in Vergessenheit geriet. Dies lässt sich unter anderem durch den vorherrschenden Behaviorismus im frühen und mittleren 20. Jahrhundert und den Vorschlag des Begriffes der Schizophrenie durch den Psychiater Eugen Bleuler erklären (Ellenberger, 2005; Kihlstrom, 1994; Spitzer, 2016). Einen erneuten Aufwind erlebt die Dissoziation seit etwa 50 Jahren, was nicht zuletzt in der Anerkennung der Relevanz der Traumatisierung der Kriegsveteranen des Vietnamkrieges

sowie misshandelter Kinder und den intensiveren Forschungen und der Popularisierung hinsichtlich der multiplen Persönlichkeitsstörung begründet ist (Spitzer & Freyberger, 2019).

Die verschiedenen ideengeschichtlichen Strömungen, aus denen sich aktuelle Modellvorstellungen zu Dissoziation speisen, können in dieser Arbeit nicht detailliert nachgezeichnet werden; diesbezüglich sei auf andere Literatur hingewiesen (Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017; Ellenberger, 1985; Mentzos, 2012; Spitzer & Freyberger, 2019). Gleichwohl erklärt sich darüber, dass inzwischen eine Vielzahl von Dissoziationstheorien und Weiterentwicklungen vorgeschlagen und ausgearbeitet worden ist, z. B. das Modell der strukturellen Dissoziation (van der Hart & Steele, 2022), das 4-D Modell (Frewen et al., 2022), das Modell der Autohypnose (Dell, 2019) oder die Differenzierung in ‚detachment‘ und ‚compartmentalization‘ (Holmes et al., 2005), die den Fokus jeweils auf unterschiedliche Aspekte legen.

In diesem Kontext ist die einflussreiche und für diese Arbeit zentrale Auseinandersetzung darüber wichtig, ob Dissoziation per se eine Pathologie darstellt oder nicht vielmehr ein dimensionales und damit normalpsychologisches Phänomen ist, das von alltäglichen Erfahrungen und Erlebnissen, wie etwa dem Versinken in Tagträumen oder Alltagsaktivitäten (Butler, 2006), bis zu schwersten und für die klinische Praxis relevanten Formen reicht (Cardeña, 1994).

Wie bereits beschrieben, ging Janet davon aus, dass Dissoziation als diskontinuierlicher Prozess nur bei schon psychisch vorerkrankten Menschen, speziell bei an Hysterie Leidenden, vorkomme (Putnam, 1989; Spitzer & Freyberger, 2019). Andere zeitgenössische Wissenschaftler wie Morton Prince und William James erachteten Dissoziation als ein dimensionales Vorkommnis, also auftretend entlang eines Kontinuums hin von leichten zu den pathologischsten Formen (Spitzer & Freyberger, 2017).

Diese sogenannte ‚Kontinuumshypothese‘ ist bis heute ein relevanter Bestandteil wissenschaftlicher Forschung und klinischer Fragestellungen (Fiedler, 2008; Spitzer et al., 2007a).

Die folgenden drei wesentlichen Aspekte sind aus klinischer Sicht herausgearbeitet worden, um dissoziative Symptome als pathologisch einordnen zu können:

- Es kommt zu einer Veränderung im Gefühl der eigenen Identität,
- in der Regel liegen Erinnerungslücken vor und
- es können objektivierbare Einschränkungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit bzw. subjektiver Leidensdruck beobachtet werden.

(vgl. Spitzer & Freyberger, 2017, S. 224)

Die dargestellte Kontroverse ist nicht nur theoretisch erörtert, sondern auch von diversen empirischen Ansätzen aufgegriffen worden. Für deren Verständnis ist eine Darstellung der psychometrischen Diagnostik notwendig, weil die empirischen Lösungsversuche darauf aufbauen.

1.2 Psychometrische Diagnostik von Dissoziation und ihrer pathologischen Form

Die Frage, ob und in welcher Weise Dissoziation eine distinkte Pathologie darstellt oder als ein normalpsychologisches Phänomen verstanden werden kann, ist insbesondere für die Testpsychologie von entscheidender Bedeutung, deren zentrale Aufgabe darin besteht, den Prozess der Diagnostik nicht nur zu unterstützen, sondern so präzise wie möglich zu machen (Moosbrugger & Kelava, 2020). Das Ziel ist es, krankheitswertige (und damit behandlungsbedürftige) Symptome von (noch) normalen Phänomenen zu differenzieren. Dies gilt für das Screening, die Differenzial- und Statusdiagnostik sowie die Verlaufsmessung gleichermaßen (Spitzer & Wirtz, 2017).

Da dissoziative Phänomene vor allem im eigenen Erleben und dem subjektivem Erfahrungsraum vorkommen, sind diese von außen oft nur schwer direkt zu registrieren. Daher sind es meist begleitende Probleme, wie Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen oder der eigenen Lebensführung, die dazu führen, dass medizinischer Rat eingeholt wird. Das spontane Berichten ihres Beschwerdebildes gelingt Betroffenen jedoch meist nur unzureichend, sodass hier Fragebögen oder Interviews zur Unterstützung und Erleichterung des oft schwierigen Beschreibens der Symptomatik beitragen können (Spitzer & Wirtz, 2017, S. 232).

In Anbetracht dessen ist es sehr erfreulich, dass mittlerweile vielfältige diagnostische Verfahren vorliegen, wobei diese Vielfalt die unscharfe Definition von Dissoziation nicht nur widerspiegelt, sondern auch aufrechterhält und perpetuiert.

Die nachfolgende Übersicht fokussiert auf Testinstrumente, die sich ausschließlich auf das Konstrukt der Dissoziation beziehen. Nicht explizit erwähnt werden testpsychologische Ansätze, die dissoziative Symptome im Kontext anderer Erkrankungen, wie z. B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) erfassen, sowie Verfahren, die im deutschsprachigen Raum bisher nur vereinzelt angewendet wurden. Bei Interesse kann diesbezüglich auf weiterführende Literatur zurückgegriffen werden (Geue et al., 2016; Priebe et al., 2013; Stieglitz & Freyberger, 2017).

1.2.1 Übersicht über Selbstbeurteilungsverfahren

Für die psychometrische Erfassung von Dissoziation stehen hauptsächlich Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zur Verfügung (Priebe et al., 2013; Spitzer & Wirtz, 2017). Während die diagnostischen Interviews zusammenfassend im nächsten Abschnitt erörtert werden, konzentriert sich dieses Kapitel auf eine synoptische Darstellung der deutschsprachig verfügbaren Fragebögen. Alle Verfahren, die auf einer Selbsteinschätzung beruhen, orientieren sich implizit oder explizit an der Kontinuums-hypothese und erfassen Dissoziation dimensional (Spitzer & Wirtz, 2017).

Eine Übersicht über die verschiedenen Instrumente einschließlich des zugrundeliegenden Ansatzes findet sich in Tabelle 1.2.1.1. Grundsätzlich können drei Ansätze unterschieden werden: Die meisten Fragebögen messen eine allgemeine Neigung zur Dissoziation im Sinne einer Persönlichkeitsdisposition (trait; in der nachfolgenden Tabelle mit „T“ gekennzeichnet); deswegen wird auch kein Zeitraum vorgegeben, auf den sich die Testperson bei der Bearbeitung beziehen soll. Instrumente, welche die Symptomatik innerhalb eines bestimmten Zeitfensters abbilden (z. B. die letzten sieben Tage), eignen sich hingegen für die Verlaufsmessung (nachfolgend mit „V“ gekennzeichnet). Die letzte Gruppe von Verfahren konzentriert sich auf den aktuellen Zustand (state; nachfolgend mit „S“ gekennzeichnet), d. h., die Probanden werden nach ihren dissoziativen Symptomen unmittelbar zum Zeitpunkt der Untersuchung befragt; derartige Fragebögen werden in der Regel in der Forschung eingesetzt (Spitzer & Wirtz, 2017).

Tabelle 1.2.1.1 Übersicht über testpsychologische Selbstbeurteilungsverfahren zur Abbildung von Dissoziation

Testinstrument	Autor	Ansatz	Itemanzahl
Dissociative Experiences Scale (DES)/Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	Bernstein u. Putnam (1986); Spitzer et al. (2015b)	T	28/44
Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, Kurzform (FDS-20)	Spitzer et al. (2004a)	V	20
Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T)	Waller et al. (1996); Spitzer et al. (2015a)	T	8
Cambridge Depersonalisation Scale (CDS)	Sierra & Berrios (2000); Michal et al. (2004)	T/S	30
Dissoziations-Spannungsskala (DSS)	Stiglmayr et al. (2010)	V	21
Dissoziations-Spannungsskala akut (DSS-akut)	Stiglmayr et al. (2003)	S	21
Dissoziations-Spannungsskala, Kurzfassung (DSS-4)	Stiglmayr et al. (2009)	S	4
Dissociation Questionnaire (DIS-Q)	Vanderlinden et al. (1993)	T	63
Heidelberger Dissoziations-Inventar: Fragebögen für Jugendliche und Erwachsene (HDI)	Brunner et al. (1999)	T	28 (Erwachsene)/30 (Jugendliche)
Multidimensional Inventory of Dissociation (MID)	Dell (2006); Gast et al. (2006)	T/S	218
Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ)	Nijenhuis et al. (1996); Müller-Pfeiffer et al. (2010)	T	20
Somatoform Dissociation Questionnaire, Kurzfassung (SDQ-5)	Nijenhuis et al. (1997)	T	5
Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED)	Riley (1988); Wolfradt & Kretzschmar (1997)	T	26

Orientiert an Spitzer & Wirtz, 2017; Testpsychologische Diagnostik. In Eckhardt-Henn & Spitzer (Hrsg.), Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Grundlagen, Klinik, Therapie (2. Auflage, S. 232–246).

Der international etablierteste und in der Forschung verbreitetste Fragebogen ist die 1986 von Bernstein und Putnam entwickelte Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986; Spitzer & Wirtz, 2017), die auch in deutscher Sprache als Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS; Spitzer et al., 2015b) vorliegt. Da die DES bzw. ihre Taxonversion zentraler Gegenstand dieser Untersuchung ist, wird das Verfahren ausführlich im 2. Kapitel zur Methodik vorgestellt und hier nicht weiter erörtert.

1.2.2 Diagnostik pathologischer Dissoziation

Schon definitionsgemäß deutet das Vorliegen einer dissoziativen Störung auf eine krankhafte Ausprägung hin. Daher können diagnostische Interviews, die sowohl zur Diagnosesicherung, als auch zur Differentialdiagnostik genutzt werden können, als prototypische Verfahren zur Erfassung pathologischer Dissoziation aufgefasst werden (Spitzer & Wirtz, 2017).

Die bekanntesten und sowohl in Klinik und Forschung etabliertesten Instrumente sind

- das Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative Disorders (SCID-D; Steinberg, 1993), das als Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D; Gast et al., 2000) auf Deutsch verfügbar ist und
- das Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS; Ross et al., 1989), das als Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS; Overkamp, 2005) ins Deutsche übertragen wurde.

Eine ausführliche Darstellung dieser beiden Verfahren findet sich nicht nur in den Originalquellen, sondern auch bei Priebe et al., 2013 sowie Spitzer & Wirtz, 2017.

Neben den genannten Interviews liegen weitere auf deutscher Sprache verfügbare Fremdbeurteilungsverfahren vor, die sich durch Besonderheiten auszeichnen:

- die Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS; Bremner et al., 1998), die von Mertens & Daniels (2022) ins Deutsche übersetzt wurde und
- das AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) - Modul zu Dissoziation und Konversion (AMDP-DK; Spitzer et al., 2004b).

Die Besonderheiten der CADSS bestehen darin, dass dissoziative Symptome in der jeweiligen Interviewsituation erfasst werden (d. h. als state), die einzelne Therapiesitzung den Referenzrahmen der Beurteilung bildet und neben Fragen, welche die Probanden zu beantworten haben, auch vom Interviewer noch weitere Items zu beurteilen sind, die das Verhalten der Probanden und die Eindrücke der interviewenden Person abbilden. Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Skala von ‚überhaupt nicht‘ bis ‚sehr stark‘ eingeordnet (Bremner et al., 1998). Damit wird erkennbar, dass bei diesem Verfahren das Urteil des Interviewers eine zentrale Rolle spielt und dieser entscheidet, ob und ab wann ein Merkmal oder Verhalten als pathologisch einzuschätzen ist.

Das AMDP-DK ist ein Zusatzmodul innerhalb des AMDP-Systems und als Checkliste konzipiert (Spitzer et al., 2004b). Es enthält 30 Items mit Definitionen, Erläuterungen, Beispielen sowie Hinweisen zur Graduierung. Die Schweregradbeurteilung erfolgt in mehreren Stufen, d. h., das jeweilige Merkmal kann entweder ‚nicht beurteilbar‘, ‚nicht vorhanden‘ (= 0) oder aber ‚leicht‘ (= 1), ‚mittel‘ (= 2) oder ‚schwer‘ (= 3) ausgeprägt sein. Diese Schweregrade implizieren einen klaren Bezug zur Kontinuumshypothese von Dissoziation, da weder eine kategoriale Unterscheidung noch eine Grenze definiert wird, ob und ab wann eine pathologische Ausprägung vorliegt. Vielmehr hat der Untersucher auch hier einen deutlichen Ermessensspielraum.

Nicht nur aus anwendungs- und auswertungsökonomischer Sicht, sondern auch, um das Ermessen im Rahmen der Fremdbeurteilung zu umgehen, wurde versucht, der Frage nach einer pathologischen Kategorie im Gegensatz zu einem kontinuierlich verteilten Merkmal mit Hilfe von Selbsteinschätzungsverfahren, also Fragebögen, zu begegnen. Dazu haben Waller, Putnam und Carlson (1996) DES-Daten aufwändig taxometrisch analysiert. Mit taxometrischen Ansätzen wird geprüft, ob sich das untersuchte Konstrukt (hier Dissoziation) in latente, distinkte Klassen (Taxa) auffächern lässt (Spitzer et al., 2015a). Ein wesentliches Ergebnis bestand darin, aus der DES eine sogenannte Taxonversion mit acht Items auszukoppeln (DES-T), die ausschließlich der Erfassung pathologischer Dissoziation dient (Waller et al., 1996). Weitere Details dazu finden sich im Abschnitt 2.2.1, so dass hier auf zusätzliche Ausführungen verzichtet

wird, um Redundanzen zu vermeiden. Hervorgehoben sei jedoch, dass die DES-T bisher ausschließlich in einer größeren und repräsentativen Allgemeinbevölkerungsstichprobe psychometrisch evaluiert worden ist (Spitzer et al., 2015a).

1.3 Klinische Bedeutung der pathologischen Dissoziation

1.3.1 Diagnostische Relevanz und Prävalenz pathologischer Dissoziation

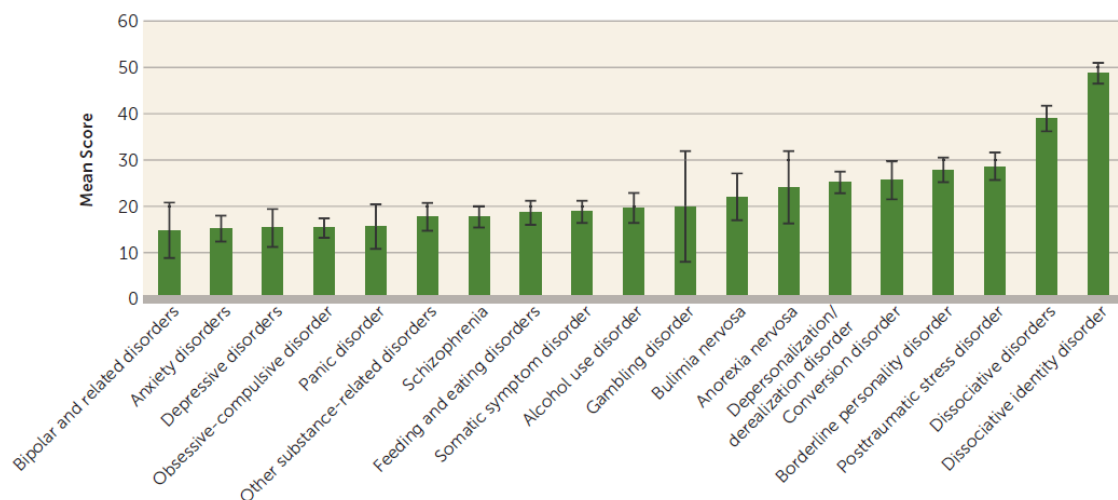
Dissoziation gilt, unabhängig von einer dimensional oder kategorialen Betrachtungsweise, als diagnoseübergreifendes Phänomen, das auch in der Allgemeinbevölkerung, aber insbesondere bei diversen psychischen Störungen in unterschiedlicher Ausprägung vorkommt (Lyssenko et al., 2018; Wallis et al., 2023). Dissoziative Symptome sind das wesentliche Kennzeichen der dissoziativen Störungen, gehören aber auch zu den diagnostischen Kriterien der akuten Belastungsreaktion, der ‚einfachen‘ und komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ([k]PTBS) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. ICD-10; DSM-5; Spitzer & Freyberger, 2019). In einer systematischen Übersichtsarbeit ist vor einigen Jahren die Relevanz pathologischer Dissoziation bei der PTBS herausgearbeitet worden (Atchley & Bedford, 2021). Dies resultierte darin, dass im DSM-5 ein dissoziativer Subtyp der PTSD (Post-traumatic stress disorder) eingeführt wurde (American Psychiatric Association, 2013; Lanius et al., 2012). Auf eine PTBS und ihren dissoziativen Subtyp konnten über 25 000 Teilnehmer in einer von vielen Studien im Rahmen der ‘World Mental Health Survey’ der WHO untersucht werden, wobei ermittelt wurde, dass 14,4 % aller PTBS-Fälle die Kriterien für den dissoziativen Subtyp erfüllen (Stein et al., 2013). Der Dissoziation kommt auch mit der in der ICD-11 neu etablierten diagnostischen Kategorie der kPTBS (Maercker, 2019) eine wesentliche Rolle zu; in einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit wird über moderate bis enge Zusammenhänge berichtet (Hamer et al., 2024).

Im DSM-5 stellen dissoziative Symptome eines der neun diagnostischen Kriterien der BPS dar (American Psychiatric Association, 2013). In einer Langzeitstudie von Zanarini und Kollegen bestand bei 42 % von insgesamt 290 Patienten mit einer BPS moderate dissoziative Symptomatik und bei 26 % lag eine schwere Ausprägung vor, welche über DES-Werte > 30 operationalisiert wurde (Zanarini et al., 2008). Eine weitere Übersichtsarbeit (Al-Shamali et al., 2022) kommt zu dem vorläufigen Ergebnis, dass Erkrankte mit BPS mit ausgeprägter Dissoziation möglicherweise stärker psychosozial

beeinträchtigt sind als jene ohne diese Symptomatik. Abhängig vom Indikator für pathologische Dissoziation ergab sich in einer Studie mit 487 BPS-Patienten in stationärer Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) ein Anteil von 37,6 % mit DES-T-Werten ≥ 20 und zur Taxongruppe gehörten 26,1 % (Spitzer et al., 2021b).

Darüber hinaus finden sich dissoziative Symptome bei einer Vielzahl weiterer psychischer Störungen, wie die Meta-Analyse von Lyssenko und Mitarbeitern im Jahr 2018 festgestellt hat. Die nachfolgende Abbildung ist der Publikation entnommen und wird hier mit Genehmigung der Erstautorin widergegeben.

FIGURE 2. Mean Dissociative Experiences Scale Score for Each Diagnostic Group in a Meta-Analysis of Dissociation in Psychiatric Disorders^a



^a Error bars indicate 95% confidence interval.

Abbildung 1.3.1.1 Dissoziation in psychiatrischen Erkrankungen

(entnommen aus: Lyssenko et al., 2018, S. 40)

Die höchsten DES-Werte fanden sich bei der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) mit einem Mittelwert von 48,7 vor den dissoziativen Störungen mit einem mittleren DES-Wert von 38,9. In absteigender Reihenfolge folgen die PTBS (mittlerer Wert 28,6), die BPS (mittlerer Wert 27,9) und Konversionsstörungen (mittlerer Wert 25,6). Weiter schließen sich Anorexie und Bulimie, Impulskontrollstörungen (Pathologisches Spielen), Alkohol- und andere Abhängigkeitsstörungen, Somatisierungsstörungen, Schizophrenie, Panik-, Zwangs-, depressive, Angst- und bipolare Störungen mit mittleren DES-Werten zwischen 24,1 und 14,8 an (Lyssenko et al., 2018).

Die Prävalenz pathologischer Dissoziation (operationalisiert über die Taxonversion der DES) in der Allgemeinbevölkerung wurde weltweit in einigen Studien untersucht.

In einer Studie aus Finnland (Maaranen et al., 2005) wurden Daten von 2001 Einwohnern des Distrikts Kuopio im Alter zwischen 25 und 64 Jahren erhoben, wobei die finnische Version der DES genutzt wurde. Dabei überschritten 68 Studienteilnehmer (3,6 %) den Schwellenwert von 20 in der DES-T. Waller & Ross (1997) ermittelten mittels der DES-Daten von 1055 erwachsenen Bewohnern aus Winnipeg/Kanada, dass 3,3 % dieser Einwohner der Kategorie der pathologischen Dissoziation zugeordnet werden können. Die bislang einzige deutsche Allgemeinbevölkerungsstudie (Spitzer et al., 2015a) umfasste Daten von 2359 Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 95 Jahren. Dabei fielen 38 Personen (1,6 %) in die Kategorie der pathologischen Dissoziation, 53 (2,3 %) erzielten Werte ≥ 20 . Der Schwellenwert ≥ 30 wurde von 34 Personen überschritten (1,5 %).

Die Prävalenz pathologischer Dissoziation ist in klinischen Populationen erwartungsgemäß deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Demnach berichtet eine Studie, dass 5,4 % der 521 stationären Patienten in einer diagnostisch heterogenen Stichprobe einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik in die Taxongruppe fielen, bei Essstörungen (105 Patienten) waren es 4,8 % und bei 669 Patienten einer psychosomatischen Ambulanz 2,2 % (Spitzer et al., 2006a). Eine andere Arbeitsgruppe ermittelte bei 207 Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik, welche konsekutiv stationär aufgenommen wurden, eine Prävalenz pathologischer Dissoziation von 12,7 % (Taxongruppe), der Schwellenwert von 20 in der DES-T wurde von 17,9 % der Patienten überschritten (Modestin & Erni, 2004). Weitere Untersuchungen widmeten sich spezifischen diagnostischen Gruppen: Von 235 Frauen mit Traumafolgestörungen in spezialisierter stationärer Behandlung wurden 38,3 % in die Taxongruppe eingeordnet (Allen et al., 2002). In einer anderen Studie konnten 200 Patienten mit einer bipolaren Störung mit der DES untersucht werden, wobei 19,5 % dieser Patienten den Schwellenwert von 30 in der DES-T überschritten (Hariri et al., 2015). Von 100 Patienten mit einer Depersonalisationsstörung wurden 44,0 % der Taxonkategorie zugewiesen (Simeon et al., 2003). In einer weiteren Untersuchung fielen von 95 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 15,8 % in die Taxongruppe (Goodman et al., 2003). Eine Stichprobe von essgestörten Patienten zeigte eine schwankende Prävalenz pathologischer Dissoziation (operationalisiert über die Zugehörigkeit zur Taxongruppe)

zwischen 23,5 % (bei der restriktiven Anorexia nervosa) und 48,6 % (bei der Anorexie vom Purging-Typ) (Waller et al., 2003).

Auffällig bei den vorher genannten Untersuchungen ist, dass unterschiedliche Indikatoren für pathologische Dissoziation genutzt wurden: Die Zugehörigkeit zur Taxonkategorie oder Schwellenwerte von 20 bzw. 30. Die Übereinstimmung zwischen diesen Indikatoren ist bisher nur vereinzelt untersucht worden (Spitzer et al., 2015a; 2021b) und als gut bewertet worden. In der Allgemeinbevölkerung lag sie zwischen Taxon und dem Schwellenwert ≥ 20 bei 71,7 % mit einem κ -Wert nach Cohen von 0,83; bei dem Schwellenwert ≥ 30 betrug die Übereinstimmung mit dem Taxon 94,1 % ($\kappa = 0,89$) (Spitzer et al., 2015a). In einer klinischen Stichprobe mit BPS-Patienten stimmten die Taxonzugehörigkeit und der Schwellenwert ≥ 20 ebenfalls gut überein ($\kappa = 0,73$) (Spitzer et al., 2021b). Darüber hinaus finden sich in der Literatur keine weiterführenden Angaben zur Übereinstimmung der drei Indikatoren für pathologische Dissoziation.

Durch Waller et al. (2001) wurde der Schwellenwert der DES-T von 20 im Vergleich zu dem Schwellenwert der DES von 30 in einer Stichprobe von Erkrankten mit verschiedenen Essstörungen und einer Kontrollgruppe Gesunder analysiert. Sie kamen dabei zu dem Schluss, dass der Einsatz der DES-T und ihre kategoriale Auswertung anhand des Schwellenwertes der DES überlegen sind, weil die Unterscheidung zwischen den Gruppen besser gelingt und dadurch auch viele andere Symptome besser vorhergesagt werden können (Waller et al., 2001). Zu einem ähnlichen Fazit gelangten Spitzer und Kollegen 2021 für die Anwendung der DES-T bei der BPS – die DES-T ist empfohlen, weil diese leichter anzuwenden und auszuwerten ist als die DES, dabei aber mindestens das gleiche Maß an Informationen liefert (Spitzer et al., 2021b).

1.3.2 Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen

Als soziodemographische Korrelate von pathologischer Dissoziation sind hauptsächlich Alter und Geschlecht untersucht worden; allenfalls vereinzelt sind Zusammenhänge mit dem Familienstand, Partnerschaftsstatus, der schulischen Ausbildung und dem beruflichen Status berichtet worden. Nachfolgend werden die bisherigen Befunde kursorisch dargestellt.

In Studien an der Allgemeinbevölkerung konnten, unabhängig von der Art der Auswertung der DES-T, keine Unterschiede in der Geschlechterverteilung hinsichtlich pathologischer Dissoziation ermittelt werden (Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2015a; Waller & Ross, 1997). Im Gegensatz dazu sind die Befunde in klinischen Populationen uneinheitlich: Einige Studien berichten über einen Zusammenhang zwischen pathologischer Dissoziation und dem weiblichen Geschlecht (Goodman et al., 2003; Spitzer et al., 2006a), während andere Untersuchungen (Hariri et al., 2015; Simeon et al., 2003) eventuelle Geschlechtsunterschiede nicht replizieren können.

Die Befunde zum Zusammenhang zwischen dem Alter und pathologischer Dissoziation sind ebenfalls nicht ganz einheitlich: In der Stichprobe der kanadischen Allgemeinbevölkerung waren die Probanden in der Taxongruppe durchschnittlich zehn Jahre jünger als diejenigen ohne Taxonzugehörigkeit (Waller & Ross, 1997), was weder in der finnischen noch in der deutschen Allgemeinbevölkerung repliziert werden konnte (Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2015a). Auch in anderen Studien mit klinischen Populationen konnten keine relevanten Assoziationen zwischen Alter und pathologischer Dissoziation berichtet werden (Goodman et al., 2003; Hariri et al., 2015; Simeon et al., 2003).

Die Ergebnisse der wenigen Untersuchungen, die Angaben zu weiteren soziodemographischen Merkmalen und deren Zusammenhang mit pathologischer Dissoziation machen, können folgendermaßen zusammengefasst werden: Indikatoren für einen niedrigeren soziökonomischen Status (geringere Schulbildung, niedrigeres Einkommen bzw. schlechtere finanzielle Situation) korrelierten in der Allgemeinbevölkerung sowie in Gruppen psychiatrisch-psychotherapeutischer Patienten mit pathologischer Dissoziation (Goodman et al., 2003; Hariri et al., 2015; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2015a). Bezüglich des Familienstandes zeigt sich die Tendenz, dass Probanden mit pathologischer Dissoziation (sowohl klinische als auch nicht-klinische) eher ledig oder geschieden sind als jene ohne die entsprechende Symptomatik (Hariri et al., 2015; Levin & Spei, 2003; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al. 2006a; 2015a).

1.3.3 Assoziation mit Psychopathologie, interpersonalen Problemen, Bindung und Persönlichkeitsstruktur

Ungeachtet dessen, ob pathologische Dissoziation kategorial betrachtet oder dimensional anhand der DES-T-Werte erfasst wird, zeigen sowohl Studien an der Allgemeinbevölkerung als auch klinische Stichproben konsistent moderate bis starke Zusammenhänge mit Psychopathologie (Goodman et al., 2003; Hariri et al., 2015; Jepsen et al., 2013; Levin & Spei, 2003; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2006a; 2014; 2021b; Waller et al., 2001). Insbesondere scheint dies für Depressivität und Ängstlichkeit zu gelten (Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2006a; 2014; 2021a).

Dissoziative Symptome können zwischenmenschliche Beziehungen erschweren bis gänzlich zerstören, was aus der klinischen Beobachtung und therapeutischen Arbeit, vor allem mit (biographisch früh) traumatisierten Patienten, bekannt ist (Herman, 1992; Dorahy et al., 2013). Daneben sind interpersonale Probleme charakteristisch oder sogar ein diagnostisches Kriterium bei psychischen Störungen mit ausgeprägten dissoziativen Phänomenen, wozu neben den dissoziativen Störungen auch die einfache und komplexe PTBS (American Psychiatric Association, 2013; Cloitre et al., 1997; Kern et al., 2019; Lazarus et al., 2014; Maercker, 2019) und die BPS zählen (American Psychiatric Association, 2013; Lazarus et al., 2014).

Empirische Ansätze zu dieser Thematik sind vergleichsweise überschaubar. Eine Studie mit 65 stationär behandelten traumatisierten Erwachsenen, in der die DES zur Erfassung von Dissoziation genutzt wurde und somit kein spezifischer Fokus auf der pathologischen Variante lag, konnte signifikante Assoziationen von Dissoziation mit zwischenmenschlichen Problemen zeigen (Dorahy et al., 2013). In einer Untersuchung mit 48 Patienten mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit und unterschiedlichen Traumafolgestörungen korrelierte die DES-T mit interpersonalen Problemen (gemessen mit dem Inventar interpersonaler Probleme [IIP; Horowitz et al., 1988]) bei Aufnahme mit $r = 0,28$ und bei Entlassung mit $r = 0,55$ (Jepsen et al., 2013).

Zusammenhänge zwischen Bindung und Dissoziation sind sowohl in nicht-klinischen als auch in klinischen Stichproben umfangreich theoretisch beleuchtet und empirisch untersucht worden (Übersichten bei Lyons-Ruth et al., 2006; Liotti, 2006; Rass et al.,

2017; Schore, 2009). Die Grundlagen der Bindungstheorie und die extensiven Befunde der klinischen Bindungsforschung können hier aus Platzgründen nicht dargestellt werden, so dass auf weiterführende Literatur verwiesen sei (Bowlby, 1969; Cassidy & Shaver, 2018; Spangler & Zimmermann, 2009). Für den hier interessierenden Kontext sei herausgehoben, dass das Bindungssystem neurobiologisch verankert ist, über die Ontogenese reift, von äußeren Faktoren geprägt wird und das Beziehungsverhalten nachhaltig beeinflusst. Von der frühen Kindheit bis in das Erwachsenenalter können vier Bindungstypen bzw. -muster unterschieden werden: (i) die sichere Bindung; (ii) zwei unsichere Bindungsmuster, die im Wesentlichen von den Dimensionen Bindungsangst und Bindungsvermeidung charakterisiert sind sowie (iii) die desorganisierte Bindung (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1990).

In den meisten wissenschaftlichen Untersuchungen zum Zusammenhang von Bindung und Dissoziation wurde die DES eingesetzt und die pathologische Form nicht ausgewertet. Unabhängig davon berichtet der überwiegende Teil der Arbeiten über Assoziationen zwischen Bindungsunsicherheit bzw. -desorganisation und dissoziativen Symptomen (Marcusson-Clavertz et al., 2017; Schimmenti, 2016; Strachan et al., 2023). Hingegen gibt es auch eine Studie, die keine Zusammenhänge zwischen Bindungsunsicherheit und Dissoziation belegen konnte (Huang et al., 2020). Spezifisch pathologische Dissoziation wurde in einer japanischen Studie der Allgemeinbevölkerung mit über 1000 Teilnehmern untersucht, wobei Korrelationen mit Bindungsvermeidung, jedoch nicht mit Bindungsangst nachgewiesen werden konnten (Wang & Kuroki, 2024).

Der Begriff der (Persönlichkeits-)Struktur nimmt in der psychodynamischen Theorie eine zentrale Rolle ein, wobei Struktur als Gesamtheit der zeitlich stabilen psychischen Funktionen interpretiert werden kann, die einem Menschen zur Selbst- und Beziehungsregulation zur Verfügung stehen (Arbeitskreis OPD, 2023). Das psychodynamische Strukturkonzept hat große Überschneidungen mit dem Konstrukt der Persönlichkeitsfunktion, welches wiederum wesentliche Beiträge zum aktuellen Verständnis von Persönlichkeitsstörungen liefert (Herpertz, 2018; Zimmermann et al., 2015). Als prototypische Störungen mit Defiziten in der Struktur bzw. Persönlichkeitsfunktion können die kPTBS sowie die BPS angesehen werden (Arbeitskreis OPD, 2023; Brewin, 2020;

Kernberg, 1967). Bei beiden Störungen haben dissoziative Symptome eine große Bedeutung (vgl. Abschnitt 1.3.1), sodass die Vermutung naheliegt, dass störungsunabhängig eine Assoziation zwischen Dissoziation und Struktur besteht. Diesbezüglich konnte eine Studie mit 156 diagnostisch heterogenen Psychiatriepatienten einen Zusammenhang zwischen geringem Strukturniveau und ausgeprägter Dissoziation zeigen (Spitzer et al., 2002), was als erster Hinweis für die Richtigkeit dieser Annahme gewertet werden kann.

1.3.4 Dissoziation als Negativprädiktor für das Behandlungsergebnis

Dissoziative Symptome generell sind schon vor über zwei Jahrzehnten als Faktoren ausgemacht worden, welche einen nachteiligen Einfluss auf das Behandlungsergebnis, speziell von Psychotherapie, haben können (Hoeboer et al., 2020; Michelson et al., 1998). Bis heute haben einige Studien bei verschiedenen psychischen Störungen sowie für unterschiedliche Behandlungsrahmen und Therapieansätze belegen können, dass Dissoziation als transdiagnostisches Phänomen den Erfolg einer Behandlung beeinträchtigen kann (Wilfer et al., 2021).

Bei 89 Patienten mit einer Agoraphobie, die ambulant kognitiv-behavioral behandelt worden, zeigte sich, dass bei hochdissoziativen Studienteilnehmern schlechtere Therapieergebnisse und höhere Rückfallquoten bestanden als bei niedrigdissoziativen (Michelson et al., 1998). Bei 52 Zwangserkrankten, die sich in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie befanden, kam eine Studie zu dem Ergebnis, dass die Patienten ohne Therapieerfolg zu Behandlungsbeginn signifikant höhere Dissoziationswerte aufwiesen als die Patienten mit erfolgreicher Therapie (Rufer et al., 2006). Diese Beobachtung konnte in einer weiteren Studie mit 120 zwangsgestörten Patienten repliziert werden (Semiz et al., 2014). Auch bei 57 Patienten mit Essstörungen, die ebenfalls ambulant kognitiv verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, war dissoziative Psychopathologie zu Beginn der Therapie mit einem schlechteren Behandlungsergebnis assoziiert (La Mela et al., 2013). Bei Studienteilnehmerinnen mit einer BPS, bei welchen zu Beginn der Therapie hochdissoziative Werte bestanden, zeigte sich am Ende einer dreimonatigen stationären DBT ein schlechteres Behandlungsergebnis als bei Patientinnen mit niedrigen Dissoziationswerten (Kleindienst et al., 2011). Dieses

Ergebnis wurde von einer unabhängigen Arbeitsgruppe nachgebildet und dahingehend erweitert, dass Dissoziation die Veränderungen der allgemeinen und der BPS-spezifischen Symptomatik negativ prädizierte, insbesondere bei den Frauen (Wilfer et al., 2021). Neuere Befunde legen nahe, dass nicht nur die allgemeine Dissoziationsneigung als Persönlichkeitsmerkmal, sondern vielmehr akute dissoziative Symptome während einzelner Therapiesitzungen das Behandlungsergebnis nachteilig beeinflussen können (Kleindienst et al., 2016). Widersprüchliche Ergebnisse finden sich im Hinblick auf die prognostische Relevanz von Dissoziation für die Psychotherapie der PTBS, wobei eine Meta-Analyse, die 21 Behandlungsstudien mit insgesamt 1714 Patienten umfasste, keinen Beleg dafür fand, dass dissoziative Symptome das Therapieergebnis negativ beeinflussen (Hoeboer et al., 2020).

In Untersuchungen, in denen diagnostisch heterogene Patientengruppen betrachtet wurden, konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Dissoziation ein Negativprädiktor ist. Berichtet wurde dies für 133 Patienten in stationärer psychodynamischer Psychotherapie ebenso wie für 48 Patienten mit diversen Traumafolgestörungen nach frühkindlichem sexuellem Missbrauch (Spitzer et al., 2007b; Jepsen et al., 2013).

Experimentell konnte zudem belegt werden, dass durch Dissoziation das emotionale Lernen als ein zentraler Veränderungsmechanismus in der Psychotherapie eingeschränkt wird (Ebner-Priemer et al., 2009), was eine mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen ausgeprägter Dissoziation und schlechterem Behandlungsergebnis darstellt.

1.4 Schlussfolgerungen für diese Studie und Hypothesen

Die Ausführungen zum Forschungsstand verdeutlichen, dass Dissoziation sowohl in der klinischen Praxis als auch im wissenschaftlichen Diskurs ein bedeutendes Konstrukt darstellt. Trotz ihrer hohen Relevanz ist die Dissoziation, nicht zuletzt aufgrund der ideengeschichtlichen Wurzeln, nach wie vor unscharf definiert und operationalisiert. Eine besondere Herausforderung besteht in der Frage, ob Dissoziation per se eine Pathologie darstellt oder als Teil eines Kontinuums von normalpsychologischer bis krankhafter Ausprägung zu verstehen ist. Neben theoretischen Auseinandersetzungen wurde dieser Frage auch durch empirische Studien und testpsychologische Verfahren nachgegangen. Im Zuge dieser Entwicklung wurde mit der Taxonversion

der DES (DES-T) ein Fragebogen herausgearbeitet, welcher mit acht Items gezielt auf die Erfassung pathologischer Dissoziation ausgerichtet ist. Die deutschsprachige Version der DES-T kam zwar bereits mehrfach in Studien zur Anwendung, jedoch liegen psychometrische Validierungsdaten bislang ausschließlich aus einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe vor (Spitzer et al., 2015a).

Pathologischer Dissoziation kommt neben ihrer diagnostischen Relevanz auch epidemiologische Bedeutung zu. Dies ist bis dato insbesondere in anglo-amerikanischen, jedoch nur in wenigen europäischen bzw. deutschen Studien herausgearbeitet worden, meist mit Bezug zu diagnostisch homogenen Stichproben in spezifischen Settings. Auch Zusammenhänge zwischen pathologischer Dissoziation einerseits und soziodemographischen Merkmalen, allgemeiner Psychopathologie, interpersonalen Problemen, Bindungscharakteristika und Persönlichkeitsstruktur andererseits sind bislang unzureichend und mit teilweise inkonsistenten Befunden untersucht worden. Ebenfalls ist wenig geklärt, wie häufig pathologische Dissoziation am Ende einer stationären Psychotherapie ist. Es gibt Hinweise, dass (pathologische) Dissoziation den Erfolg einer stationären Psychotherapie (definiert als Symptomreduktion am Ende der Behandlung) negativ beeinflusst. Ob das im Weiteren auch für persönlichkeitsstrukturelle Merkmale und interpersonale Probleme gilt, ist bisher nicht Gegenstand der Forschung gewesen.

Vor diesem Hintergrund verfolgt diese Arbeit das Ziel, das Konstrukt der pathologischen Dissoziation bei stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten genauer zu analysieren und dabei insbesondere ihre Häufigkeit, die soziodemographischen und klinischen Korrelate sowie ihren Verlauf und ihre Relevanz für das Behandlungsergebnis detailliert zu untersuchen. Dabei wurden konkret folgende Fragestellungen verfolgt bzw. Hypothesen getestet:

- Die Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T) zeigt in einer großen Stichprobe stationär behandelter Psychotherapiepatienten ähnlich gute psychometrische Kennwerte für die einzelnen Items und die Gesamtskala wie in der Allgemeinbevölkerung. Dabei finden sich vergleichbare Werte für die Schiefe, die Kurtosis, die interne Konsistenz für die Gesamtskala und den Beitrag einzelner Items zur Reliabilität, die Itemtrennschärfe und die Item-Interkorrelationen; es wird angenommen, dass weder die Items der DES-T noch der Gesamtwert normalverteilt sind.

- Pathologische Dissoziation – unabhängig von den möglichen Operationalisierungen – ist auch in einer diagnostisch heterogenen Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten ein häufiges Phänomen, wobei die tatsächliche Prävalenz unbekannt ist. Zu klären ist auch, wie gut die verschiedenen Definitionen von pathologischer Dissoziation sowohl bei Aufnahme in die stationäre Behandlung als auch bei Entlassung übereinstimmen.
- Können die in der Literatur berichteten Assoziationen von pathologischer Dissoziation mit soziodemographischen Charakteristika, allgemeiner Psychopathologie, interpersonalen Problemen, Bindungsstrategien und strukturellen Merkmalen in einer großen Stichprobe stationär behandelter Psychotherapiepatienten repliziert werden?
- Wie stellen sich die Prävalenzen der verschiedenen Indikatoren pathologischer Dissoziation im Verlauf der stationären Behandlung dar?
- Pathologische Dissoziation bei Aufnahme beeinflusst das Behandlungsergebnis von stationärer Psychotherapie nachteilig. Dies gilt sowohl für die selbsteingeschätzte Psychopathologie als auch für die Veränderung struktureller Fähigkeiten und interpersonaler Probleme.

2 Methodik

2.1 Studiendesign und Durchführung

Diese Studie basiert auf Routinedaten von erwachsenen Patienten, die zwischen dem 01. Januar 2014 und dem 29. Februar 2020 in der Akut- und Rehabilitationsklinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach vollstationär behandelt wurden. Zwischen dieser Klinik und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Rostock besteht eine langjährige wissenschaftliche Kooperation.

Das therapeutische Konzept dieser Klinik folgt einem integrativen psychotherapeutischen Behandlungsansatz, der unterschiedliche Verfahren, insbesondere verhaltenstherapeutische, erlebnisorientierte, psychodynamische und ressourcenaktivierende Methoden, miteinander verbindet. Auf Grundlage dessen werden unter angepasster Auswahl und Gewichtung der Verfahren individualisierte Behandlungspläne entwickelt, welche die Symptome und Bedürfnisse des einzelnen Patienten berücksichtigen. Besondere Beachtung finden dabei Patienten mit strukturellen psychischen Störungen, wie Traumafolge- oder Persönlichkeitsstörungen, aber auch jene mit komplexen beruflichen Problemen. In diesen Fällen werden spezielle Konzepte, wie spezialisierte psychotraumatologische Ansätze oder eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) angewendet. Im Zentrum des klinischen Vorgehens steht die nachhaltige Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere bei bereits eingeschränkter oder gefährdeter Teilhabe am Berufsleben. Die Behandlung ist darauf ausgerichtet, betroffene Patienten langfristig auf die Herausforderungen eines beruflichen Alltags vorzubereiten (VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach, 2025).

Allen Patienten, die seit Beginn bzw. bis zum Ende des oben genannten Zeitraums stationär aufgenommen oder entlassen wurden, wurde in den ersten drei Tage nach Aufnahme sowie zwei Tage vor Entlassung im Rahmen der Routinediagnostik und zur Qualitätssicherung ein umfangreiches Fragebogenpaket vorgelegt, welches u. a. die unten dargestellten Verfahren beinhaltet. Weiterhin wurden gängige demographische Kennwerte (Alter, Geschlecht, Partnersituation, Familienstand, Schulbildung und Berufsabschluss) erfasst. Zur Charakterisierung der Stichprobe wurden zusätzlich die ärztlicherseits nach ICD-10 dokumentierten Entlassungsdiagnosen genutzt.

Als generelle Ein- und Ausschlusskriterien wurden gefordert:

- Alter ≥ 18 Jahre
- Keine hirnorganische Störung, unzureichende Sprachkenntnisse, geringe Intelligenz oder schwere formale Denkstörungen, die ein Bearbeiten der Fragebögen verunmöglichten
- Auswertbare Daten zu den interessierenden Ergebnismaßen, insbesondere Daten in dem Fragebogen DES-Taxon (siehe unten; Abschnitt 2.2.1).

Die Studie stellt somit eine naturalistische Kohortenstudie mit sekundärer, retrospektiver Datenauswertung dar, die von der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock genehmigt wurde (Registriernummer: A 2020-0139).

2.2 Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der Routinediagnostik in der Akut- und Rehabilitationsklinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach werden eine Vielzahl behandlungsrelevanter soziodemografischer und klinischer Merkmale durch Selbstbericht erhoben, was eine sehr differenzierte Status-, Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik ermöglicht. Um ein angemessenes Verhältnis zwischen Aufwand bzw. Belastung durch die Beantwortung der Fragen und Differenziertheit der Informationen zu gewährleisten, wird mit Filter-/Screeningfragen gearbeitet: Wenn diese bejaht werden, erfolgt eine weitere Diagnostik; werden diese verneint, wird nicht weiter exploriert.

Im Hinblick auf dissoziative Psychopathologie erfolgt das Screening über folgende Frage: „Erleben Sie sich immer wieder von Ihrem Körper oder der Umwelt abgespalten oder erleben Sie sich selbst oder die Umwelt unwirklich?“ Nur wenn diese Frage bejaht wurde, wurde anschließend die Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T) vorgelegt (vgl. nächster Abschnitt für eine ausführliche Darstellung).

2.2.1 Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T)

Die Dissociative Experiences Scale (DES) ist ein international anerkanntes und gut evaluiertes Instrument zur Selbstbeurteilung von dissoziativen Symptomen, welches 1986 von Bernstein und Putnam entwickelt wurde (Bernstein & Putnam, 1986; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996; Spitzer & Wirtz, 2017).

Sie soll dabei nicht der kategorialen Diagnostik, sondern zum Screening für dissoziative Erkrankungen dienen (Bernstein & Putnam, 1986). Der Fragebogen besteht aus 28 Items, zu deren Erstellung die DSM-III Kriterien für dissoziative Störungen (American Psychiatric Association, 1980) als Grundlage herangezogen wurden. Somit liegt der Fokus vor allem auf Störungen von Gedächtnis, Bewusstsein, Identität und Kognition. Weiterhin wurden Derealisation, Depersonalisation und Phänomene wie Absorption oder Déjà vu inkludiert, während Items, die Impuls- und Stimmungsschwankungen darstellen, ausgeschlossen wurden, um Überlappungen mit affektiven Störungen zu verhindern.

Die Items wurden in einfacher Sprache formuliert und enthalten allgemein gehaltene Aussagen zu möglichen dissoziativen Erlebnissen, wie beispielsweise, dass einige Menschen manchmal das Gefühl haben, sich selbst von außen zu beobachten oder die Umwelt als unwirklich empfinden (Bernstein & Putnam, 1986). Zur Beantwortung der Items existierte ursprünglich eine 100 mm lange visuelle Analogskala ohne Unterteilungen, mit jeweils einer Markierung am Anfang (0 %) und Ende (100 %). Auf dieser sollten die Untersuchten mittels eines Striches vermerken, in welchem Ausmaß sie die jeweilige Aussage bei sich selbst feststellen können. In einer überarbeiteten Version, der Dissociative Experiences Scales II (DES II) (Carlson & Putnam, 1993), wurde diese Skala durch eine Likert-ähnliche Skala von 0 % bis 100 % in 10er-Schritten ersetzt.

In der Instruktion wird darauf hingewiesen, Episoden, die unter Alkohol- oder Medikamenten- bzw. Drogeneinfluss stattgefunden haben, bei der Beantwortung unberücksichtigt zu lassen (Bernstein & Putnam, 1986).

Die psychometrischen Gütekriterien der DES, insbesondere hinsichtlich Reliabilität und Validität, sind befriedigend bis gut (Carlson & Putnam, 1993).

Als deutsche Version der DES wurde der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, kurz FDS, im Jahr 1998 etabliert (Freyberger et al., 1999; Spitzer et al., 1998; Spitzer et al., 2021a). Zu den 28 bereits bestehenden Items der DES wurden weitere 16 ergänzt, welche zusätzliche nach ICD-10 als dissoziativ klassifizierte Phänomene abbilden. Dabei handelt es sich vor allem um pseudoneurologische Symptome, Trance- und Besessenheitszustände sowie die dissoziative Fugue. Die Erfassung dieser Symptome erfolgt mittels 13 Items. Darüber hinaus wurden drei Items, angelehnt an das Dissociative Disorder Interview Schedule (Ross et al., 1989) und das Structured

Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (Steinberg, 1993) inkludiert, welche es ermöglichen, Depersonalisation sowie Identitätswechsel und Identitätskonfusion als dissoziative Symptome zu erkennen. Zusammengefasst ergeben sich die Subskalen Amnesie, Absorption und Derealisation sowie eine Konversionsskala. Der somit aus insgesamt 44 Items bestehende FDS dient ebenfalls als Screeninginstrument. Ungeeignet ist er, gleichermaßen wie die DES, dissoziative Störungen kategorial zu diagnostizieren. Analog zur DES findet sich auch beim FDS der Hinweis bezüglich des Außerachtlassens von Episoden unter Alkohol-, Drogen- und Medikamenteneinfluss. Die allgemeine einleitende Formulierung der Items und die Skalierung wurden beibehalten (Freyberger et al., 1999). Der FDS ist reliabel, valide und weist eine gute interne Konsistenz auf (Spitzer et al., 1998).

Als Kurzform mit 20 Items liegt der FDS-20 vor (Spitzer et al., 2004a), welcher zur Verlaufsmessung genutzt werden kann – zur Beantwortung ist das Zeitfenster der letzten zwei Wochen zu beachten.

Das Kontinuumsmodell von Dissoziation aufgreifend, das eine Ergänzungsreihe von alltäglichen dissoziativen Erfahrungen bis zu schwersten und pathologischen Formen wie der DIS annimmt, haben Waller, Putnam und Carlson im Jahr 1996 durch verschiedene taxometrische Ansätze gezeigt, dass eine grundsätzliche Differenzierung in zwei distinkte Formen von Dissoziation sinnvoll ist: Der ‚dimensionale, nicht-pathologische Typus‘ steht dem ‚diskontinuierlichen, pathologischen Typus‘ dissoziativer Phänomene gegenüber (Waller et al., 1996). Die Taxonversion der DES (DES-T) dient speziell der Erfassung pathologischer Dissoziation und wurde durch aufwändige statistische Analysen als Acht-Item-Verfahren aus der DES herausgelöst. Diese Items bilden pathologische dissoziative Symptome wie Depersonalisation und Derealisation, Amnesie und Zustände von Identitätsverwirrung ab. Symptome wie Absorption, die eher dem nichtpathologischen Bereich der Dissoziation zuzuordnen sind, wurden exkludiert (Waller et al., 1996).

Die Items werden auf einer Skala von 0 % (‚nie‘) bis 100 % (‚immer‘) in 10er-Schritten beantwortet. Zur Auswertung stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung:

- Die ursprünglich vorgeschlagene Variante sieht vor, auf Grundlage der acht Itemrohwerte die Wahrscheinlichkeit zu berechnen, mit der die Untersuchten in die distinkte Kategorie der pathologischen Dissoziation (d. h. in das Taxon) fallen;

standardmäßig wird eine Wahrscheinlichkeit von 90 % gefordert, um eine Testperson dem Taxon zuzuordnen (Waller et al., 1996; Waller & Ross, 1997).

- Alternativ kann der Mittelwert der acht Items gebildet werden, wobei Schwellenwerte ≥ 20 sowie ≥ 30 als Indikatoren für pathologische Dissoziation vorgeschlagen wurden (Waller & Ross, 1997; Waller et al., 2001).

Die deutsche Version der DES-T wurde an verschiedenen klinischen Stichproben psychometrisch mit befriedigenden bis guten Ergebnissen evaluiert (Spitzer et al., 2006a). 2015 wurde sie durch Spitzer und Kollegen in einer großen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung ($n = 2359$) überprüft. Hierbei zeigten sich ebenfalls gute psychometrische Kennwerte, z. B. bezüglich der internen Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0,92$) und Eindimensionalität der Skala (Spitzer et al., 2015a).

Eine vollständige Version der DES-T ist im Anhang auf Seite 107 zu finden (entnommen aus: Anmeldebogen zur stationären Therapie – Erwachsenenbereich (Fachklinikum Tiefenbrunn, 2024/2025))

2.2.2 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieses Verfahren, dessen Abkürzung PHQ-D für die deutsche Version des Patient Health Questionnaire (PHQ) steht, ist ein modular aufgebautes Selbstbeurteilungsinstrument zur Diagnostik psychopathologischer Syndrome bzw. psychischer Störungen (Löwe et al., 2002). Er ist als Weiterentwicklung aus der PRIME-MD-Studie (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, Spitzer et al., 1999) entstanden.

Die Komplettversion setzt sich aus 78 Items zusammen und umfasst Module zu somatoformen, depressiven, Angst- und Essstörungen sowie Alkoholabusus. Daneben beleuchtet sie kritische Lebensereignisse, Stressoren und die Funktionsfähigkeit im psychosozialen Bereich (Löwe et al., 2002). Die Fragen zu den jeweiligen Störungen sind aus den diagnostischen Kriterien der vierten Auflage des DSM (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) abgeleitet. Es besteht aber auch eine hohe Passung zum DSM-5. Die APA empfiehlt im DSM-5 zur Schweregradmessung von Depression, Angst und Somatisierung die jeweiligen PHQ-Module, weil die drei störungsspezifischen Skalen eine dimensionale Abbildung erlauben (American Psychiatric Association, 2013).

Das Modul für Depressivität umfasst neun Fragen (daher PHQ-9), welche an die neun DSM-IV-Kriterien für die Diagnose der Major Depression angelehnt sind (Kroenke et al., 2001). Die Items sind auf einer vierstufigen Likert-Skala zu beantworten, die von 0 (‘überhaupt nicht’) bis 3 (‘beinahe jeden Tag’) reicht, wobei die letzten beiden Wochen bei der Beantwortung berücksichtigt werden sollen. Als Maß für die aktuelle Depressivität kann der Skalensummenwert somit zwischen 0 und 27 liegen. Die psychometrischen Eigenschaften des PHQ-9 können als sehr gut beurteilt werden (Gräfe et al., 2004; Kroenke et al., 2001; Löwe et al., 2004).

Ängstlichkeit bzw. die generalisierte Angststörung kann mit der Skala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7) gemessen werden; die sieben Items beinhalten die wichtigsten diagnostischen Kriterien für die Generalisierte Angststörung (GAD) nach DSM-IV (Spitzer et al., 2006b). Es wird erfasst, wie oft die Testperson in den letzten zwei Wochen unter den sieben Kernsymptomen der GAD gelitten hat. Die Antwortskala umfasst als Optionen ‘überhaupt nicht’ (= 0) bis zu ‘fast jeden Tag’ (= 3). Der GAD-7 erwies sich in verschiedenen Studien als reliabel und valide (Kroenke et al., 2007; Löwe et al., 2008; Spitzer et al., 2006b).

Somatisierung wird mit einem Modul aus 15 Items (PHQ-15) erfasst (Kroenke et al., 2002). Die Items erfragen die 15 häufigsten körperlichen Beschwerden ambulant Behandler als auch die wichtigsten Kriterien des DSM-IV für die Somatisierungsstörung. Das Verfahren bildet das Ausmaß der Beeinträchtigung durch diese körperlichen Symptome in den letzten vier Wochen ab. Ermittelt wird der Summenwert aus den 13 Items des somatoformen Moduls sowie zwei Items des PHQ-9, die deshalb einbezogen werden, weil sie die relevanten Symptome Schlafstörung und Müdigkeit/Energielosigkeit einschließen. Die Bewertung der 13 Items des somatoformen Moduls kann zwischen 0 (= ‘nicht beeinträchtigt’) und 2 (= ‘stark beeinträchtigt’) erfolgen. Den beiden Items aus der Depressionssektion werden die Werte 0 (= ‘überhaupt nicht’) bis 2 (= ‘an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe jeden Tag’) zugewiesen. Der Skalensummenwert kann somit zwischen 0 und 30 liegen. Auch für den PHQ-15 wurden gute teststatistische Eigenschaften berichtet (Kocalevent et al., 2013; Kroenke et al., 2002; van Ravesteijn et al., 2009).

2.2.3 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Kurzform (IIP-32)

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP; Horowitz et al., 1988) ist ein international anerkannter und als Standardinstrument verwendeter Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung zwischenmenschlicher Beschwerden (Becker & Mohr, 2005). Die aktuelle deutsche Version des IIP (IIP-D; Horowitz et al., 2016) beinhaltet eine von Thomas et al. (2011) entwickelte Kurzform, die 32 Items umfasst. Das IIP-32 wurde in dieser Studie sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung aus der stationären Behandlung vorgelegt.

Zwischenmenschliche Schwierigkeiten können sowohl als Ursache als auch als Folge von Psychopathologie verstanden werden und sind daher im Kontext psychischer Erkrankungen sehr bedeutsam (Horowitz et al., 1988). Theoretisch basiert das IIP auf dem von Leary beschriebenen Konzept interpersonaler Probleme (Leary, 1957), welches zwischenmenschliches Verhalten auf zwei Achsen eines zweidimensionalen Raumes beschreibt: Dabei wird die horizontale Achse als ‚Affiliation‘ (Bezogenheit, Zuneigung, Gemeinschaft), die senkrechte als ‚Dominanz‘ (Kontrolle, Interdependenz, Durchsetzung) bezeichnet. Dieses Modell ist durch Alden und Phillips (Alden & Phillips, 1990; Alden et al., 1990) zum Circumplexmodell Interpersonaler Probleme um vier weitere Pole innerhalb dieses Raumes erweitert worden. Ähnliche Ausprägungen liegen auf dem Kreismodell nebeneinander, gegensätzliche gegenüber und unabhängige im rechten Winkel zueinander. Ausgehend davon besteht das IIP aus den folgenden acht Skalen:

Tabelle 2.2.3.1 Übersicht über die Skalen des Circumplexmodells

Skalen bzw. Oktanten des Circumplexmodells	
▪ zu autokratisch/dominant (PA)	▪ zu streitsüchtig/konkurrierend (BC)
▪ zu abweisend/kalt (DE)	▪ zu introvertiert/sozial vermeidend (FG)
▪ zu selbstunsicher/unterwürfig (HI)	▪ zu ausnutzbar/nachgiebig (JK)
▪ zu fürsorglich/freundlich (LM)	▪ zu expressiv/aufdringlich (NO)

(vgl. Alden et al., 1990)

In der hier eingesetzten Kurzform mit 32 Items sind jeder der acht Circumplexskalen jeweils vier Items zugeordnet. Diese beschreiben interaktionale Situationen und sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala einzuschätzen (von 0 = ‚nicht‘ bis 4 = ‚sehr stark‘). Die meisten Items werden mit der Formulierung eingeleitet: „Es fällt mir schwer, ...“ (z. B. „Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen.“); die übrigen sind in der Art formuliert: „Ich tue ... zu sehr“ (z. B. „Ich streite mich zu viel mit anderen.“) (Thomas et al., 2011). Durch Aufsummierung und Zuordnung der Itemrohwerte zu einer der acht Circumplexskalen ergibt sich für jede Skala ein Skalenrohwert. Außerdem wird ein Gesamtwert als Mittelwert aller Skalenrohwerte berechnet, der die Ausprägung der inter-personalen Probleme im Allgemeinen darstellt.

Das IIP-32 wurde in klinischen und nicht-klinischen Stichproben überprüft, wobei eine zufriedenstellende Reliabilität mit einem skalenbezogenen Cronbachs α zwischen $\alpha = 0,59$ und $\alpha = 0,83$ nachgewiesen wurde (Thomas et al., 2011). Darüber hinaus konnten Thomas et al. sowohl die konvergente Validität zum IIP-C und die diskriminante Validität zu verschiedenen Symptomskalen als auch die zugrundeliegende Kreisstruktur des IIP-32 belegen.

2.2.4 Experiences in Close Relationship-Revised, deutsche Kurzform (ECR-RD12)

Der Fragebogen Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) wurde von Fraley und Mitarbeitern (Fraley et al., 2000) als Selbstbeurteilungsinstrument zur Bindungsdiagnostik für das Erwachsenenalter konzipiert und 2009 von Ehrenthal und Kollegen als ECR-RD ins Deutsche übersetzt (Ehrenthal et al., 2009).

Der ECR-R ist eine messgenauere Weiterentwicklung des Experiences in Close Relationships (ECR; Brennan et al., 1998). Beiden Verfahren liegt die empirisch bestätigte Theorie zugrunde, dass sich Bindungen im Erwachsenenalter durch die übergeordneten Dimensionen bindungsbezogene Angst (BANG) und bindungsbezogene Vermeidung (BVER) abbilden lassen (Mikulincer & Shaver, 2007; Brennan et al., 1998). Die Grundlage der Skalenentwicklung war eine faktoranalytische Untersuchung von über 300 Items aus 60 Bindungsfragebögen (Brennan et al., 1998). Die finale Version umfasste letztlich 36 Items. Der ECR wurde 2000 von Fraley, Waller und Brennan nochmals mit Hilfe der Item-Response-Theorie einer umfassenden Prüfung unterzogen.

Hintergrund hierfür waren u. a. Messungenauigkeiten im Bereich der Bindungssicherheit und sprachliche Schwächen einzelner Items. Nach Re-Analyse der ursprünglichen Itempools wurden die 36 Items (je 18 Items pro Bindungsdimension) mit der höchsten Messgenauigkeiten und Diskriminationsfähigkeit ausgewählt und so eine revidierte Version des Fragebogens als ECR-R entwickelt (Fraley et al., 2000). Bei der Beantwortung der Items besteht die Anweisung, sich nicht ausschließlich auf aktuelle Beziehungen, sondern auf das generelle Empfinden in Partnerschaften zu beziehen. Dazu steht eine siebenstufige Likert-Skala zur Verfügung, die von 1 = ‚stimme gar nicht zu‘ bis 7 = ‚stimme völlig zu‘ reicht.

Die deutsche Version wurde 2009 von Ehrenthal und Kollegen als ECR-RD publiziert. Zur psychometrischen Evaluation der ECR-RD wurde eine Stichprobe aus 1006 nicht-klinischen Probanden und 225 Patienten mit psychischen Störungen herangezogen. Für die Dimensionen bindungsbezogene Angst (BANG) und bindungsbezogene Vermeidung (BVER) konnten hohe Werte für Cronbachs α als Maß der internen Konsistenz gefunden werden: $\alpha = 0,91$ für BANG und $\alpha = 0,92$ für BVER. Eine Faktorenanalyse bestätigte die zweifaktorielle Struktur des ECR-RD (Ehrenthal et al., 2009). Zur Überprüfung der konvergenten Validität wurde der ECR-RD mit dem Relationship Questionnaire (RQ-2; Bartholomew & Horowitz, 1991) in Beziehung gesetzt. Hierbei ergaben sich theoriekonforme Zusammenhänge, z. B. korrelierte die Subskala „sicher“ des RQ-2 negativ mit BANG ($r = -0,47$) und BVER ($r = -0,52$). Darüber hinaus fanden sich gute bis sehr gute Itemkennwerte (z. B. für die Itemtrennschärfe) und weitere Belege für die zufriedenstellende bis gute Konstrukt- und Kriteriumsvalidität (Ehrenthal et al., 2009).

Der ECR-RD12 ist die Kurzform des ECR-RD mit zwölf Items, mit der Bindungsstrategien in Partnerschaften erfasst werden können (Brenk-Franz et al., 2018). Die Skalierung entspricht derjenigen des ECR-RD, so dass höhere Werte für höhere Ausprägungen auf den beiden Skalen sprechen. Jeweils sechs Items bilden bindungsbezogene Angst und Vermeidung ab. In einer klinischen Stichprobe konnte mittels Faktorenanalyse die zweifaktorielle Struktur und zum anderen eine gute Reliabilität von $\alpha = 0,88$ für Bindungsangst und $\alpha = 0,87$ für Bindungsvermeidung nachgewiesen werden (Brenk-Franz et al., 2018).

2.2.5 OPD-Strukturfragebogen, Kurzversion (OPD-SFK)

Die Kurzversion des OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) - Strukturfragebogens (OPD-SFK) basiert auf der ursprünglich entwickelten Langversion (OPD-SF), die 95 Items umfasst (Ehrenthal et al., 2012). Der OPD-SF ist ein mehrdimensionales Verfahren zur Selbsteinschätzung, das Persönlichkeitsdysfunktion bzw. strukturelle Einschränkungen der Persönlichkeit im Sinne der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2; Arbeitskreis OPD, 2006) abbildet. Struktur wird dabei als die „Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten“ definiert (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 225). Bei strukturellen Störungen bestehen grundlegende Defizite in den psychischen Basisfunktionen, die sich im Kontext aversiver interaktioneller Erfahrungen herausbilden können (Ehrenthal & Grande, 2014). Strukturelle Einschränkungen der Persönlichkeit sind in der Psychotherapie von entscheidender Bedeutung, weil sie negative Auswirkungen auf das Therapieergebnis haben können (Grilo et al., 2010; Koelen et al., 2012) und daher eine Anpassung der Behandlungstechniken erforderlich wird (Dammann, 2014; Rudolf, 2014). Somit unterstützt die dimensionale Abbildung von Persönlichkeitsdysfunktion bei der Therapieplanung und Evaluation (Ehrenthal, 2014; Schauenburg et al., 2012).

Der OPD-SF umfasst als Langversion acht übergeordnete Skalen mit jeweils acht bis 17 Items. In direkter Entsprechung zur Strukturachse der OPD spiegeln diese acht Skalen die vier zentralen Funktionsbereiche Bindung, Wahrnehmung, Regulation und Kommunikation, jeweils in Bezug auf sich selbst und andere Personen, wider (Ehrenthal et al., 2012). Die Screeningversion OPD-SFK (Ehrenthal et al., 2015) ist mit ihren zwölf Items deutlich anwendungsökonomischer. Die Items sind auf einer Skala von 0 = ‚trifft gar nicht zu‘ bis 4 = ‚trifft völlig zu‘ einzuschätzen. Jeweils vier Items des OPD-SFK können den Subskalen Selbstwahrnehmung, Kontaktgestaltung und Beziehungsmodell zugeordnet werden. Die generelle strukturelle Belastung ergibt sich aus den Gesamtwerten. Der OPD-SFK wurde mittels Faktorenanalysen in einem Teil der Originalstichprobe der Langversion entwickelt und im anderen Teil der Originalstichprobe sowie einer unabhängigen klinischen Stichprobe mit 210 Patienten überprüft. Er gilt als reliables und valides Verfahren zur orientierenden Diagnostik sowohl in klinischen als auch in nicht-klinischen Stichproben. Demnach findet sich beispielsweise eine gute

interne Konsistenz mit einem Cronbachs $\alpha = 0,88$ in nicht-klinischen Stichproben und $\alpha = 0,89$ in klinischen Stichproben (Ehrenthal et al., 2015).

2.3 Statistische Analysen

Der für diese Arbeit verwendete Datensatz wurde mit Hilfe des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics Version 27 analysiert.

Im ersten Schritt wurde die Grundgesamtheit auf fehlende Daten in dem zentralen Ergebnisparameter DES-T untersucht. Patienten, für die keine Daten vorlagen, wurden für die unten dargestellten Analysen ausgeschlossen; zuvor wurden jedoch die Fälle ohne DES-T-Daten mit jenen mit vollständigen DES-T-Daten hinsichtlich soziodemographischer Merkmale verglichen.

Sowohl für die Gesamt- als auch für die Analyse- und die Verlaufsstichprobe wurde die deskriptive Statistik berechnet und je nach Datenstruktur die Anzahl (n) und der korrespondierende Prozentwert (%) bzw. der Mittelwert (M) und die dazu gehörige Standardabweichung (SD) dargestellt; in einzelnen Fällen wurde zudem der minimale und der maximale Wert (Minimum – Maximum) angegeben.

Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale zwischen den verschiedenen Teilstichproben wurden je nach Datenstruktur mittels des χ^2 -Tests oder der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) berechnet.

Folgende psychometrische Item- und Skalenkennwerte der DES-T wurden analysiert:

- Die Schiefe: Sie gilt als Maß für die Art und Stärke der Verteilungsasymmetrie. Eine Schiefe > 0 (positive Schiefe), bedeutet, dass die Werte rechtsschief bzw. linkssteil verteilt sind, hier kommen häufiger Werte vor, die kleiner als der Mittelwert sind (Kelava & Moosbrugger, 2020, S. 162). Genau umgekehrt ist es bei einer Schiefe < 0 , auch negative Schiefe, linksschief oder rechtssteil genannt (Kelava & Moosbrugger, 2020, S. 162).
- Die Kurtosis: Sie ist ein Maß für die Wölbung der Verteilungskurve. Eine Kurtosis $= 0$ ist bei einer Normalverteilung zu finden, was auch als mesokurtisch bezeichnet wird. Ist die Kurtosis > 0 , so ist die Verteilungskurve schmäler und steiler (leptokurtisch). Werte < 0 zeigen eine flachere, breitere Verteilung an (platykurtisch) (Kelava & Moosbrugger, 2020, S. 163).

- Die Normalverteilung: Mittels des Kolmogorow-Smirnov-Tests wurde für jedes Item geprüft, ob die Werte einer Normalverteilung folgen (Bortz & Lienert, 2008, S. 240–255).
- Die interne Konsistenz für die Gesamtskala: Als Indikator für die Reliabilität wurde Cronbachs α bestimmt. Es werden zum einen die interne Konsistenz der Gesamtskala der DES-T angegeben und zum anderen die interne Konsistenz, wenn das entsprechende Item entfernt würde (α_{it}). Von einer guten internen Konsistenz spricht man bei einem $\alpha > 0,8$ (Bühner, 2011).
- Die Itemtrennschärfe (r_{it}): Sie entspricht der Korrelation (r) eines Items (it) mit dem gesamten Testergebnis und zeigt an, wie gut das einzelne Item in der Lage ist, das Gesamtergebnis zu repräsentieren. Je höher die Trennschärfe eines Items, desto besser kann das Item Untersuchte mit hoher und niedriger Merkmalsausprägung differenzieren (Döring, 2023, S. 472–473). Zur Ermittlung der Trennschärfe der Items wurde eine „part-whole-Korrektur“ vorgenommen, was bedeutet, dass das Item mit dem Wert der übrigen Items in Beziehung gesetzt wird und letztlich die Eigenkorrelation des Items herausgerechnet wird (Fisseni, 2004, S. 37). Für die Itemtrennschärfe sind Werte im Bereich von - 1 bis + 1 möglich. Eine Trennschärfe von bzw. nahe 0 bedeutet demnach, dass das einzelne Item einen geringen Zusammenhang mit dem Gesamttest hat. Als akzeptabel gelten Werte zwischen 0,3 bis 0,5; Werte $> 0,5$ werden als hoch gewertet (Döring, 2023, S. 473).
- Die Item-Interkorrelationen: Das Ausmaß, in welchem die Items eines Instrumentes untereinander korrelieren, wird als Hinweis auf die Homogenität verstanden; die durchschnittliche Item-Interkorrelation sollte in der Regel zwischen 0,2 und 0,4 liegen (Döring, 2023, S. 475).

Als Indikatoren für pathologische Dissoziation wurden drei Maße genutzt (vgl. Abschnitt 2.2.1):

- Taxon-Kriterium
- DES-T ≥ 20
- DES-T ≥ 30

Neben der Darstellung ihrer absoluten und relativen Häufigkeit wurde ihre Übereinstimmung berechnet. Dazu wurden je zwei Indikatoren mittels des χ^2 -Tests zueinander in Beziehung gesetzt und Cohens κ als Maß der Übereinstimmungsgüte bestimmt. Die Interpretation von Cohens κ wurde anhand der Empfehlung von Landis und Koch (1977) vorgenommen (vgl. Tabelle 2.3.1).

Tabelle 2.3.1 Übereinstimmung nach Landis und Koch

κ	Übereinstimmung	κ	Übereinstimmung
< 0	Keine	0,61-0,80	Starke
0,10-0,40	Schwache	0,81-1	Fast vollständige
0,41-0,60	Deutliche		

Um soziodemographische und klinische Korrelate pathologischer Dissoziation zu bestimmen, wurde die Analysestichprobe anhand der Indikatoren in eine hoch- bzw. niedrigdissoziative Teilstichprobe geteilt. Diese beiden Gruppen wurden bei nominaler Datenstruktur mittels des χ^2 -Tests auf signifikante Unterschiede verglichen. Bei metrischer Datenstruktur wurden univariate Varianzanalysen (analysis of variance; ANOVA) durchgeführt; im Falle signifikanter Unterschiede bei soziodemographischen Variablen wurden diese als Kontrollvariablen berücksichtigt, so dass mehrfaktorielle Kovarianzanalysen gerechnet wurden. Neben dem Signifikanzniveau wurde zudem die korrespondierende Effektstärke (partielles η^2) ermittelt.

Zur Analyse des Verlaufs von pathologischer Dissoziation von Beginn zum Abschluss der stationären Behandlung, wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten der drei Indikatoren für pathologische Dissoziation zwischen Aufnahme und Entlassung verglichen.

Als letzte Frage wurde untersucht, ob pathologische Dissoziation einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat. Dazu wurden zunächst die Aufnahme- und Entlassungswerte der relevanten Ergebnismaße wie Symptomatik (PHQ), strukturelle Einschränkungen (OPD-SFK) und interpersonale Probleme (IIP) mittels univariater Varianzanalyse mit Messwiederholung (rmANOVA) verglichen und die korrespondieren-

den Effektstärken (partiell η^2 und Cohens d) berechnet. Um den Einfluss von dissoziativen Symptomen bei Aufnahme auf das symptombezogene Behandlungsergebnis zu bestimmen, wurden verschiedene hierarchische lineare Regressionen mit dem jeweils interessierenden Ergebnismaß als abhängige Variable berechnet. Als unabhängige Variable wurden in einem ersten Block die korrespondierenden Aufnahmewerte der Ergebnismaße sowie Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Berufsausbildung und Behandlungsdauer aufgenommen. In einem zweiten Block wurden die verschiedenen Indikatoren für Dissoziation als weitere Prädiktoren aufgenommen. Es werden die standardisierten Regressionskoeffizienten β und die zusätzliche Varianzaufklärung (ΔR^2) dargestellt.

Für alle Analysen wurde als Signifikanzniveau ein $p \leq 0,05$ gefordert.

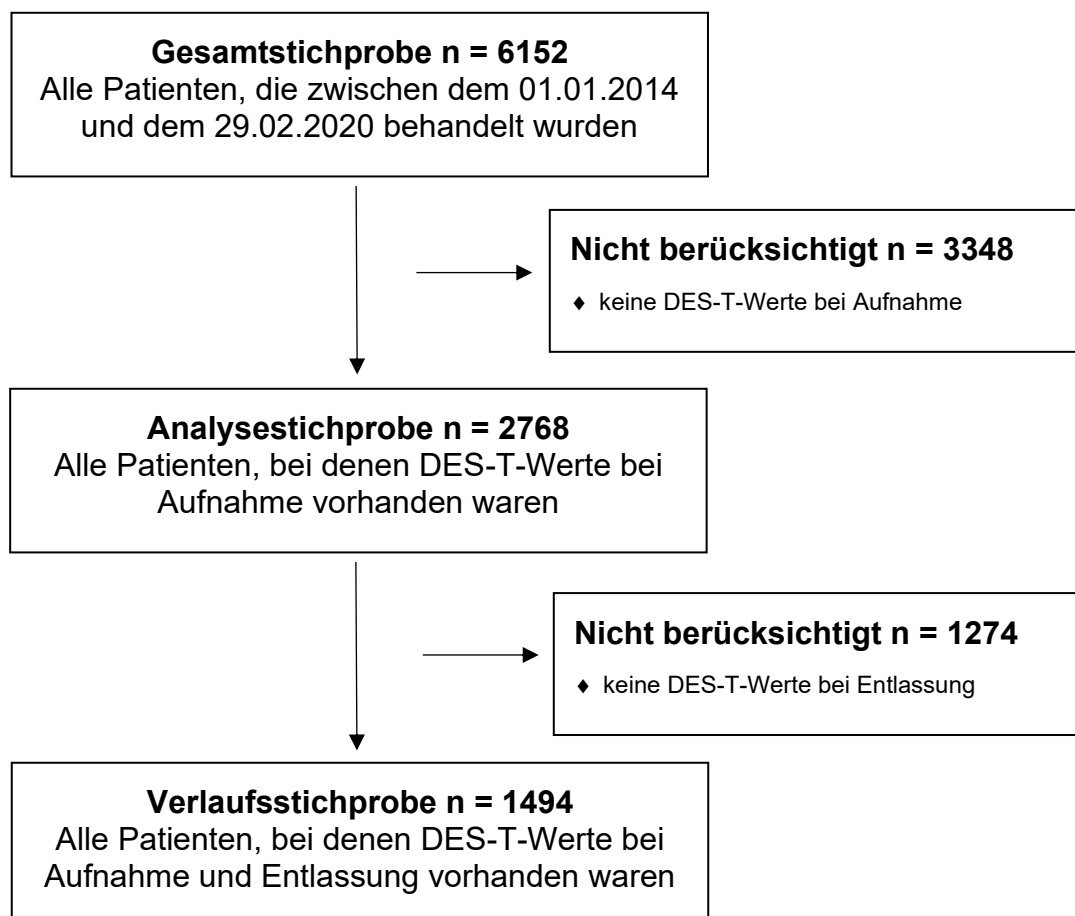
3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische und klinische Charakteristika der Stichprobe

Im Zeitraum der Datenerhebung (01.01.2014 bis 29.02.2020) wurden insgesamt 6152 Erwachsene stationär aufgenommen (Gesamtstichprobe). Für die DES-T als zentrales Ergebnismaß dieser Untersuchung lagen vollständige Aufnahmewerte von 2768 Patienten (45,0 %) vor, d. h., diese Personen hatten zuvor die Screeningfrage bejaht. Diese Teilstichprobe wird im Folgenden als Analysestichprobe bezeichnet. Innerhalb dieser Gruppe lagen DES-T-Werte bei Entlassung von 1494 Patienten (54,0 %) vor (Verlaufsstichprobe).

Das folgende Flussdiagramm veranschaulicht den Rekrutierungsprozess und die Generierung der Analyse- und Verlaufsstichprobe.

Abbildung 3.1.1 Gewinnung der Analyse- und Verlaufsstichprobe



In der Gesamtstichprobe lag das durchschnittliche Alter bei 47,8 Jahren ($SD = 11,3$) und der Frauenanteil bei 64,0 % ($n = 3936$). In der Analysestichprobe waren die Patienten im Durchschnitt 46,1 Jahre alt ($SD = 11,7$), 1894 der zur Analysestichprobe gehörigen Personen (68,4 %) waren weiblich. In der Verlaufsstichprobe betrug das Durchschnittsalter 45,7 Jahre ($SD = 11,9$) mit einem Frauenanteil von 69,7 % ($n = 1041$). Eine Gegenüberstellung und Vergleiche dieser und anderer soziodemographischer Merkmale (Partnersituation, Familienstand, Schulbildung und Berufsabschluss) findet sich im Anhang in Tabelle A 1. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die drei Gruppen in allen beschriebenen soziodemographischen Merkmalen signifikant voneinander unterschieden.

Signifikante Unterschiede in allen überprüften soziodemographischen Merkmalen gibt es auch in der Patientengruppe, bei welcher DES-T-Werte vorhanden waren (Analysestichprobe) und der Gruppe, in der diese Werte fehlten (3326 Patienten) (vgl. Tabelle A 2 im Anhang).

Diese beiden Gruppen zeigen zudem ausnahmslos signifikante Unterschiede in den Werten für PHQ, IIP, ECR und OPD. Dabei liegen jeweils signifikant höhere Mittelwerte in der Analysestichprobe vor (vgl. Tabellen A 3–A 6 im Anhang).

Die psychiatrischen Haupt- und Nebendiagnosen sowie die somatischen Nebendiagnosen wurden zur standardisierten Erfassung gemäß der ICD-10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015) verschlüsselt und sind in den nachfolgenden Tabellen 3.1.1 und 3.1.2 zusammenfassend dargestellt. Die häufigste Hauptdiagnose der Patienten der Analysestichprobe war die rezidivierende depressive Störung (F33) (46,7 %), gefolgt von der Diagnose einer depressiven Episode (F32) (21,4 %), einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F6x) (15,2 %) und von Belastungsreaktionen bzw. Anpassungsstörungen (F43) (7,5 %).

Die Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x) bilden mit insgesamt 16,8 % den größten Anteil der psychiatrischen Nebendiagnosen, gefolgt von rezidivierenden depressiven Störungen (F33) mit 14,0 % und den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) mit 13,9 %.

Tabelle 3.1.1 Psychiatrische Diagnosen in der Analysestichprobe

ICD-10	Diagnose	Haupt~		Neben~	
		n	%	n	%
F0	Organische Störungen	2	0,1	6	0,20
F1x	Störungen durch psychotrope Substanzen	2	0,1	538	16,8
F2x	Schizophrenie	7	0,3	2	0,1
F30	Manische Episode	1	< 0,1	0	0,0
F31	Bipolare affektive Störung	55	2,0	7	0,2
F32	Depressive Episode	592	21,4	138	4,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	1293	46,7	447	14,0
F34	Anhaltende affektive Störungen	11	0,4	96	3,0
F40	Phobische Störungen	35	1,3	276	8,6
F41	Andere Angststörungen	70	2,5	164	5,1
F42	Zwangsstörungen	16	0,6	101	3,2
F43	Anpassungsstörungen	208	7,5	444	13,9
F44	Dissoziative Störungen	2	< 0,1	35	1,1
F45	Somatoforme Störungen	24	0,9	245	7,7
F48	Andere neurotische Störungen	2	< 0,1	5	0,2
F50	Essstörungen	21	0,8	266	8,3
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	1	< 0,1	46	1,4
F52	Sexuelle Funktionsstörungen	0	0,0	2	0,1
F54	Psychologische Faktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	4	0,1	161	5,0
F55	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängig- keitserzeugenden Substanzen	0	0,0	3	0,1
F6x	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	420	15,2	185	5,8
F8x	Entwicklungsstörungen	0	0	4	0,1
F9x	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	1	< 0,1	33	1,0

Bei einem Patienten der Analysestichprobe lag als Hauptdiagnose eine somatische Diagnose (K29.5, Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet) vor.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M) bildeten mit 26,8 % die häufigste somatische Nebendiagnose in der Analysestichprobe. Als zweit-

und dritthäufigste Nebendiagnosen sind die endokrinen Krankheiten, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E) mit 16,3 % und Krankheiten des Kreislaufsystems (I) mit 12,2 % zu nennen (vgl. Tabelle 3.1.2).

Tabelle 3.1.2 Somatische Nebendiagnosen in der Analysestichprobe

ICD-10	Diagnose	Nebendiagnose	
		n	%
A/B	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	24	0,6
C	Bösartige Neubildungen	62	1,4
D	In-situ-Neubildungen, gutartige Neubildungen, Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens	59	1,4
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	711	16,3
G	Krankheiten des Nervensystems	332	7,6
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, Ohres und des Warzenfortsatzes	424	9,7
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	532	12,2
J	Krankheiten des Atmungssystems	195	4,5
K	Krankheiten des Verdauungssystems	207	4,8
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	65	1,5
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1165	26,8
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	53	1,2
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4	0,1
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	30	0,7
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	176	4,0
S/T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Ursachen äußeren Ursprungs	99	2,2
Z	Faktoren, die den Gesundheitszust. beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	216	5,0

3.2 Psychometrische Kennwerte der DES-Taxon

Die psychometrischen Kennwerte der einzelnen Items der DES-T sind in Tabelle 3.2.1 dargestellt. Ersichtlich ist, dass die Mittelwerte der Items zwischen 3,94 (Item 5) und 23,39 (Item 3) schwankten; die Standardabweichung der einzelnen Items lag zwischen 13,51 (Item 5) und 28,81 (Item 3). Alle Items waren rechtsschief verteilt und wiesen, mit Ausnahme des dritten Items, eine positive Kurtosis auf. Eine Normalverteilung konnte bei keinem der Items gezeigt werden. Ähnlich wie bei den Einzelitems zeigte sich auch für den Gesamtwert der Skala (DES-T), dass die Standardabweichung höher war als der Mittelwert; auch hier fand sich eine rechtsschiefe, nicht-parametrische Verteilung und eine positive Kurtosis.

Tabelle 3.2.1 Teststatistische Kennwerte der 8 Items der DES-Taxon

Item	M	SD	Min-Max	Schiefe	Kurtosis	Z _{KST}
1	11,53	21,14	0-100	2,07	3,50	0,35***
2	19,45	27,48	0-100	1,30	0,47	0,28***
3	23,39	28,81	0-100	1,01	-0,23	0,24***
4	8,18	19,96	0-100	2,83	7,48	0,43***
5	3,94	13,51	0-100	4,41	20,99	0,48***
6	5,03	14,95	0-100	3,78	15,10	0,46***
7	11,36	22,34	0-100	2,22	4,15	0,37***
8	14,07	24,43	0-100	1,85	2,55	0,35***
DES-T	12,22	14,66	0-98	1,81	3,78	0,20***

Z_{KST} = Kolmogorow-Smirnov-Test *** = p < 0,001

Die interne Konsistenz der DES-T (operationalisiert über Cronbachs α) lag bei $\alpha = 0,82$. Tabelle 3.2.2 zeigt für jedes Item die interne Konsistenz der Skala, wenn dieses Item ausgeschlossen würde, die Trennschärfe-Indizes der einzelnen Items sowie deren Interkorrelation. Deutlich wird, dass alle Items zur internen Konsistenz beitrugen, da sich diese bei Ausschluss einzelner Items reduzierte. Die Trennschärfe-Koeffizienten lagen zwischen 0,44 (Item 5) und 0,62 (Item 2), im Mittel bei 0,54. Die Item-Interkorrelation wies ein Minimum von 0,25 und ein Maximum von 0,56 auf; der Mittelwert betrug 0,37.

Tabelle 3.2.2 Item-Inter-Korrelation der 8 Items der DES-Taxon

Item	α_{-i}	r_{it}	1	2	3	4	5	6	7
1	0,80	0,51	-						
2	0,78	0,62	0,38	-					
3	0,79	0,58	0,35	0,56	-				
4	0,80	0,50	0,33	0,36	0,37	-			
5	0,81	0,44	0,34	0,25	0,25	0,32	-		
6	0,80	0,49	0,40	0,28	0,28	0,29	0,47	-	
7	0,78	0,60	0,34	0,48	0,41	0,35	0,32	0,39	-
8	0,79	0,59	0,33	0,43	0,42	0,38	0,29	0,36	0,50

α_{-i} = Cronbachs α bei Ausschluss des Items; r_{it} = Trennschärfe-Index

3.3 Prävalenz pathologischer Dissoziation und Vergleich ihrer Indizes

Wurde als Schwellenwert für pathologische Dissoziation ein DES-T-Wert ≥ 20 zugrunde gelegt, wurde dieser von 22,5 % der Patienten in der Analytestichprobe überschritten, bei 15,3 % war das Taxon-Kriterium erfüllt und 12,3 % überschritten den Wert von 30 (vgl. Tabelle 3.3.1).

Die Übereinstimmung der drei Indizes für pathologische Dissoziation, gemessen an Cohens κ , lag in der Analytestichprobe zwischen $\kappa = 0,65$ (DES-T ≥ 20 und DES-T ≥ 30) und $\kappa = 0,79$ (DES-T ≥ 30 und Taxon) und somit im substanziellen Bereich.

Tabelle 3.3.1 Häufigkeit der Indizes für pathologische Dissoziation und deren Übereinstimmung (Cohens κ) in der Analytestichprobe

	n	%	DES-T ≥ 30	Taxon
DES-T ≥ 20	624	22,5	,65***	,73***
DES-T ≥ 30	341	12,3	-	,79***
Taxon	424	15,3		-

*** = $p < 0,001$

In der Verlaufsstichprobe ($n = 1494$) war der Anteil derjenigen, die bei Aufnahme in der DES-T Werte über 20 hatten, mit 36,9 % deutlich höher als in der Analytestichprobe. Auch für die beiden anderen Indizes für pathologische Dissoziation fanden sich

höhere Prävalenzraten bei Aufnahme. Bei Entlassung erfüllten weniger Patienten die Kriterien, die für die drei Indizes gefordert wurden.

Die Übereinstimmung der Indizes schwankte zwischen $\kappa = 0,60$ (Aufnahme, $\text{DES-T}_{\text{Aufnahme}} \geq 20$ und $\text{DES-T}_{\text{Entlassung}} \geq 30$) und $\kappa = 0,80$ ($\text{DES-T}_{\text{Entlassung}} \geq 30$ und $\text{Taxon}_{\text{Entlassung}}$) und lag somit im moderaten bis substantziellen Bereich (vgl. Tabelle 3.3.2)

Tabelle 3.3.2 Häufigkeit der Indizes für pathologische Dissoziation und deren Übereinstimmung (Cohens κ) in der Verlaufsstichprobe

	n	%	DES-T ≥ 30	Taxon
Aufnahme				
DES-T ≥ 20	552	36,9	,60***	,69***
DES-T ≥ 30	300	20,1	-	,76***
Taxon	381	25,5		-
Entlassung				
DES-T ≥ 20	463	31,0	,68***	,72***
DES-T ≥ 30	278	18,6	-	,80***
Taxon	318	21,3		-

*** = $p < 0,001$

3.4 Soziodemographische und klinische Korrelate

In diesem Unterkapitel wird untersucht, ob sich Zusammenhänge zwischen pathologischer Dissoziation und soziodemographischen sowie klinischen Korrelaten finden lassen. Dazu wurden – wie zuvor – die drei Indizes für pathologische Dissoziation genutzt, um die Analysestichprobe in hoch- und niedrigdissoziative Gruppen einzuteilen und diese beiden Gruppen hinsichtlich der interessierenden Variablen zu vergleichen.

Unter Verwendung des Index $\text{DES-T} \geq 20$ zeigte sich, dass die hochdissoziativen Patienten signifikant jünger waren als niedrigdissoziative; auch in der Verteilung der Schul- und Berufsabschlüsse unterschieden sich beide Gruppen signifikant (vgl. Tabelle 3.4.1). In den anderen Merkmalen fanden sich keine Unterschiede.

Tabelle 3.4.1 Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)

	DES-T $\geq$ 20		DES-T < 20		Statistik	
	(n = 624)		(n = 2144)		F/ χ^2	p
	n	%	n	%		
Alter (M, SD)	43,9	12,5	46,7	11,3	29,270	< 0,001
Anteil Frauen	442	70,8	1452	67,7	2,163	0,141
Familienstand					6,463	0,091
Ledig	268	42,9	805	37,5		
Verheiratet	214	34,3	828	38,6		
Getrennt/geschieden	124	19,9	453	21,1		
Verwitwet	18	2,9	58	2,7		
Partnerschaft					2,187	0,139
Kein Partner	278	44,6	884	41,2		
Fester Partner	346	55,4	1260	58,8		
Schulabschluss					8,573	0,036
Hauptschule	161	25,8	476	22,2		
Mittlere Reife	226	36,2	803	37,5		
(Fach-)Abitur	216	34,6	822	38,3		
Sonstiges	21	3,4	43	2,0		
Berufsabschluss					16,345	0,001
Lehre/Fachschule	356	57,1	1272	59,3		
Meister	36	5,8	89	4,2		
Universität	125	20,0	523	24,4		
Sonstiges	107	17,1	260	12,1		

Wurde als Schwellenwert ein DES-T-Wert von 30 oder höher als Indikator für pathologische Dissoziation gewählt, ergab sich das gleiche Befundmuster (vgl. Tabelle 3.4.2).

Tabelle 3.4.2 Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)

	DES-T $\geq$ 30 (n = 341)		DES-T < 30 (n = 2427)		Statistik	
	n	%	n	%	F/ χ^2	p
Alter (M, SD)	42,8	12,7	46,6	11,5	31,996	< 0,001
Anteil Frauen	237	69,5	1657	68,3	0,209	0,648
Familienstand					3,167	0,367
Ledig	147	43,1	926	38,2		
Verheiratet	119	34,9	923	38,0		
Getrennt/geschieden	67	19,6	510	21,0		
Verwitwet	8	2,3	68	2,8		
Partnerschaft					0,047	0,828
Kein fester Partner	145	42,5	1017	41,9		
Fester Partner	196	57,5	1410	58,1		
Schulabschluss					15,552	0,001
Hauptschule	94	27,6	543	22,4		
Mittlere Reife	116	34,0	913	37,6		
(Fach-)Abitur	115	33,7	923	38,0		
Sonstiges	16	4,7	48	2,0		
Berufsabschluss					18,286	< 0,001
Lehre/Fachschule	181	53,1	1447	59,6		
Meister	19	5,6	106	4,4		
Universität	72	21,1	576	23,7		
Sonstiges	69	20,2	298	12,3		

Fast deckungsgleiche Ergebnisse ergaben sich, wenn die Zugehörigkeit zum Taxon als Indikator für pathologische Dissoziation gewählt wurde: In der hochdissoziativen Gruppe war das Alter signifikant niedriger, ebenso zeigten sich signifikant differierende Verteilungsmuster bezüglich Schul- und Berufsabschluss (vgl. Tabelle 3.4.3). Abweichend zu den zuvor erläuterten Befunden waren in der hochdissoziativen Gruppe signifikant mehr Frauen.

Tabelle 3.4.3 Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)

	Hochdissoziative Gruppe (n = 424)		Niedrigdissoziative Gruppe (n = 2344)		Statistik	
	n	%	n	%	F/ χ^2	P
Alter (M, SD)	43,6	12,7	46,5	11,4	22,647	< 0,001
Anteil Frauen	310	73,1	1584	67,6	5,094	0,024
Familienstand					0,579	0,901
Ledig	171	40,3	902	38,5		
Verheiratet	156	36,8	886	37,8		
Getrennt/geschieden	85	20,0	492	21,0		
Verwitwet	12	2,8	64	2,7		
Partnersituation					1,385	0,239
Kein fester Partner	189	44,6	973	41,5		
Fester Partner	235	55,4	1371	58,5		
Schulabschluss					9,938	0,019
Hauptschule	110	25,9	527	22,5		
Mittlere Reife	153	36,1	876	37,4		
(Fach-)Abitur	144	34,0	894	38,1		
Sonstiges	17	4,0	47	2,0		
Berufsabschluss					10,760	0,013
Lehre/Fachschule	233	55,0	1395	59,5		
Meister	24	5,7	101	4,3		
Universität	92	21,7	556	23,7		
Sonstiges	75	17,7	292	12,5		

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass – unabhängig von der Operationalisierung von pathologischer Dissoziation – die hochdissoziativen Patienten signifikant jünger und schlechter ausgebildet waren als die niedrigdissoziativen (gemessen an Schul- und Berufsabschluss). Die Befunde zu einer Häufung von Patientinnen innerhalb der Gruppe der hochdissoziativen Probanden waren uneinheitlich.

Aufgrund der signifikanten Unterschiede bezüglich Alter sowie Schul- und Berufsabschluss wurde in den folgenden Vergleichen der Psychopathologie, der interpersonellen Probleme, der Bindungsstrategien und der strukturellen Fähigkeiten dafür kontrolliert; neben dem Signifikanzniveau wird zudem die korrespondierende Effektstärke berichtet.

Hinsichtlich der psychopathologischen Syndrome Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit (gemessen mit dem PHQ) zeigte sich über alle Indizes für pathologische Dissoziation hinweg, dass in den hochdissoziativen Gruppen signifikant höhere Werte erzielt wurden als in den niedrigdissoziativen Patientengruppen (vgl. Tabellen 3.4.4 bis 3.4.6). Die Effektstärken der Vergleiche schwankten zwischen $\eta^2 = 0,031$ und $\eta^2 = 0,057$ und sind damit als klein zu bewerten.

Tabelle 3.4.4 Vergleich der Psychopathologie (PHQ) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)

	DES-T $\geq$ 20 (n = 624)		DES-T < 20 (n = 2144)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Somatisierung	15,80	5,09	13,39	5,09	109,650	< 0,001	0,038
Depressivität	19,16	4,70	16,22	5,06	165,484	< 0,001	0,057
Ängstlichkeit	15,55	4,04	13,20	4,41	146,521	< 0,001	0,050

Tabelle 3.4.5 Vergleich der Psychopathologie (PHQ) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)

	DES-T $\geq$ 30 (n = 341)		DES-T < 30 (n = 2427)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Somatisierung	16,32	5,10	13,60	5,11	89,050	< 0,001	0,031
Depressivität	19,82	4,44	16,48	5,08	131,741	< 0,001	0,046
Ängstlichkeit	16,30	3,69	13,37	4,42	142,301	< 0,001	0,049

Tabelle 3.4.6 Vergleich der Psychopathologie (PHQ) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)

	Hochdissozi- ative Gruppe (n = 424)		Niedrigdissozi- ative Gruppe (n = 2344)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Somatisierung	16,26	5,06	13,52	5,10	102,321	< 0,001	0,036
Depressivität	19,73	4,45	16,37	5,07	161,718	< 0,001	0,055
Ängstlichkeit	15,85	3,87	13,34	4,43	123,536	< 0,001	0,043

Auch für interpersonale Probleme (ermittelt über den IIP und seine Subskalen) fanden sich über alle Indizes für pathologische Dissoziation hinweg signifikant höhere Werte in den hochdissoziativen Patientengruppen (vgl. Tabellen 3.4.7 bis 3.4.9). Die Effektstärken dieser Vergleiche bewegten sich im sehr niedrigen bis niedrigen Bereich.

Tabelle 3.4.7 Vergleich der interpersonalen Probleme (IIP) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)

	DES-T $\geq$ 20 (n = 624)		DES-T < 20 (n = 2144)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
zu autokratisch	1,14	0,85	0,90	0,72	46,716	< 0,001	0,017
zu streitsüchtig	1,27	0,87	0,99	0,75	64,231	< 0,001	0,023
zu abweisend	2,04	1,02	1,50	0,95	138,213	< 0,001	0,048
zu introvertiert	2,54	0,88	2,09	0,94	103,088	< 0,001	0,036
zu unterwürfig	2,67	0,90	2,42	0,90	37,525	< 0,001	0,013
zu ausnutzbar	2,65	0,85	2,52	0,83	14,392	< 0,001	0,005
zu fürsorglich	2,55	0,82	2,43	0,79	12,044	0,001	0,004
zu expressiv	1,65	0,91	1,50	0,82	17,438	< 0,001	0,006
Summe	2,07	0,45	1,79	0,45	167,969	< 0,001	0,057

Tabelle 3.4.8 Vergleich der interpersonalen Probleme (IIP) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)

	DES-T $\geq$ 30 (n = 341)		DES-T < 30 (n = 2427)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
zu autokratisch	1,18	0,90	0,93	0,73	31,969	< 0,001	0,011
zu streitsüchtig	1,31	0,88	1,01	0,77	37,770	< 0,001	0,014
zu abweisend	2,15	1,05	1,54	0,96	102,275	< 0,001	0,036
zu introvertiert	2,59	0,92	2,14	0,93	63,599	< 0,001	0,023
zu unterwürfig	2,70	0,94	2,45	0,90	25,033	< 0,001	0,009
zu ausnutzbar	2,67	0,89	2,53	0,83	10,232	0,001	0,004
zu fürsorglich	2,56	0,86	2,45	0,79	8,969	0,003	0,003
zu expressiv	1,64	0,94	1,52	0,83	6,443	0,011	0,002
Summe	2,10	0,49	1,82	0,45	107,352	< 0,001	0,037

Tabelle 3.4.9 Vergleich der interpersonalen Probleme (IIP) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)

	Hochdissoziative Gruppe (n = 424)		Niedrigdissoziative Gruppe (n = 2344)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
zu autokratisch	1,13	0,88	0,93	0,73	27,204	< 0,001	0,010
zu streitsüchtig	1,27	0,89	1,01	0,76	42,138	< 0,001	0,015
zu abweisend	2,13	1,01	1,53	0,96	133,024	< 0,001	0,046
zu introvertiert	2,59	0,88	2,12	0,93	86,320	< 0,001	0,030
zu unterwürfig	2,70	0,90	2,44	0,90	30,707	< 0,001	0,011
zu ausnutzbar	2,69	0,85	2,52	0,83	15,963	< 0,001	0,006
zu fürsorglich	2,57	0,83	2,44	0,79	8,841	0,003	0,003
zu expressiv	1,62	0,93	1,52	0,82	5,104	0,024	0,002
Summe	2,09	0,46	1,81	0,45	128,051	< 0,001	0,044

In den Bindungsdimensionen der Bindungsangst und Bindungsvermeidung (erfasst mit dem ECR) zeigten die hochdissoziativen Patienten, unabhängig von der Operationalisierung der pathologischen Dissoziation, signifikant höhere Werte als diejenigen Patienten ohne ausgeprägte Dissoziation (vgl. Tabellen 3.4.10 bis 3.4.12). Die Effekte dieser Vergleiche waren gering, für Bindungsvermeidung jedoch höher als für Bindungsangst.

Tabelle 3.4.10 Vergleich der Bindungsdimensionen (ECR) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)

	DES-T $\geq$ 20 (n = 624)		DES-T < 20 (n = 2144)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Bindungsangst	4,16	1,70	3,65	1,64	35,049	< 0,001	0,013
Bindungsvermeidung	3,45	1,30	2,92	1,26	78,990	< 0,001	0,028

Tabelle 3.4.11 Vergleich der Bindungsdimensionen (ECR) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)

	DES-T $\geq$ 30 (n = 341)		DES-T < 30 (n = 2427)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Bindungsangst	4,23	1,71	3,70	1,66	20,996	< 0,001	0,008
Bindungsvermeidung	3,54	1,34	2,97	1,26	57,144	< 0,001	0,020

Tabelle 3.4.12 Vergleich der Bindungsdimensionen (ECR) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)

	Hochdissozi- ative Gruppe (n = 424)		Niedrigdisso- ziative Gruppe (n = 2344)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Bindungsangst	4,23	1,68	3,69	1,66	29,465	< 0,001	0,011
Bindungsvermeidung	3,59	1,29	2,94	1,26	89,028	< 0,001	0,031

Hinsichtlich des Strukturniveaus und seiner Facetten (gemessen mit dem OPD-SFK) erreichten hochdissoziative Patienten (ebenfalls unabhängig von der Art und Weise, wie pathologische Dissoziation bestimmt wurde) signifikant höhere Werte als niedrigdissoziative, wobei die Effekte niedrig ausfielen (vgl. Tabellen 3.4.13 bis 3.4.15). Sowohl für den Gesamtwert des OPD-SFK sowie die Subskala Selbstwahrnehmung fanden sich die höchsten Effekte.

Tabelle 3.4.13 Vergleich des Strukturniveaus (OPD-SFK) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)

	DES-T ≥ 20		DES-T < 20		Statistik		
	(n = 624)		(n = 2144)				
	M	SD	M	SD	F	p	η²
Selbstwahrnehmung	11,56	3,02	8,51	3,37	379,426	< 0,001	0,121
Kontaktaufnahme	10,54	2,97	8,90	3,18	115,205	< 0,001	0,040
Misstrauen	12,03	3,08	10,06	3,46	141,804	< 0,001	0,049
Gesamt	34,12	7,07	27,47	7,99	317,476	< 0,001	0,103

Tabelle 3.4.14 Vergleich des Strukturniveaus (OPD-SFK) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)

	DES-T ≥ 30		DES-T < 30		Statistik		
	(n = 341)		(n = 2427)				
	M	SD	M	SD	F	p	η²
Selbstwahrnehmung	12,14	2,83	8,78	3,42	270,550	< 0,001	0,089
Kontaktaufnahme	10,78	3,02	9,05	3,17	75,511	< 0,001	0,027
Misstrauen	12,19	3,07	10,27	3,46	79,633	< 0,001	0,028
Gesamt	35,11	6,95	28,11	8,08	205,252	< 0,001	0,069

Tabelle 3.4.15 Vergleich des Strukturniveaus (OPD-SFK) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)

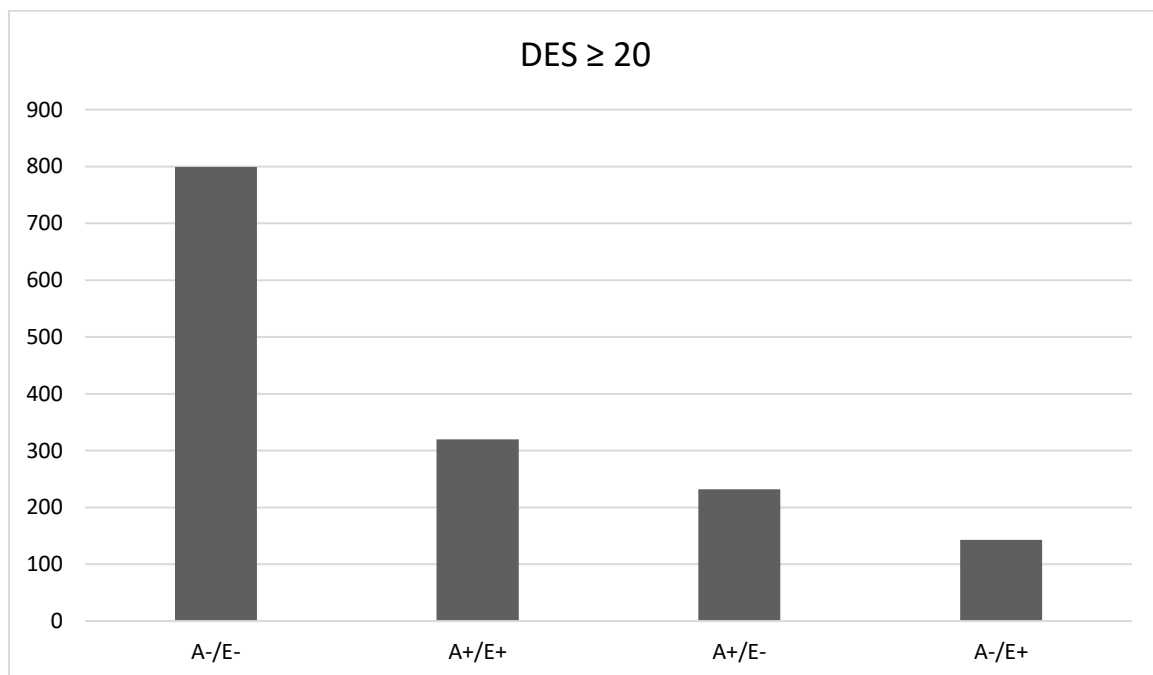
	Hochdissozi- ative Gruppe		Niedrigdisso- ziative Gruppe		Statistik		
	(n = 424)		(n = 2344)				
	M	SD	M	SD	F	p	η²
Selbstwahrnehmung	11,89	2,89	8,71	3,42	298,255	< 0,001	0,098
Kontaktaufnahme	10,82	2,92	8,98	3,18	109,460	< 0,001	0,038
Misstrauen	12,31	2,98	10,18	3,45	125,040	< 0,001	0,043
Gesamt	35,02	6,87	27,88	8,03	270,258	< 0,001	0,089

3.5 Verlauf

Dieser Abschnitt widmet sich dem Verlauf der drei Indizes für pathologische Dissoziation vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung, daher wurde die Verlaufsstichprobe (n = 1494) betrachtet.

Bei Nutzung des Schwellenwertes von DES-T ≥ 20 als Indikator für pathologische Dissoziation gelten 799 Patienten (53,5 %) als niedrigdissoziativ sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme als auch zur Entlassung (vgl. Abbildung 3.5.1, A-/E-). In 320 Fällen (21,4 %) lagen zu beiden Zeitpunkten hochdissoziative Werte ≥ 20 vor (A+/E+). 232 Patienten (15,5 %) konnten bei Aufnahme als hochdissoziativ, zur Entlassung hin dann als niedrigdissoziativ eingeordnet werden (A+/E-). Bei 143 Patienten (9,6 %) bestanden zur Aufnahme niedrigdissoziative Werte < 20 , zur Entlassung jedoch Werte oberhalb des Schwellenwertes ≥ 20 (hochdissoziativ; A-/E+).

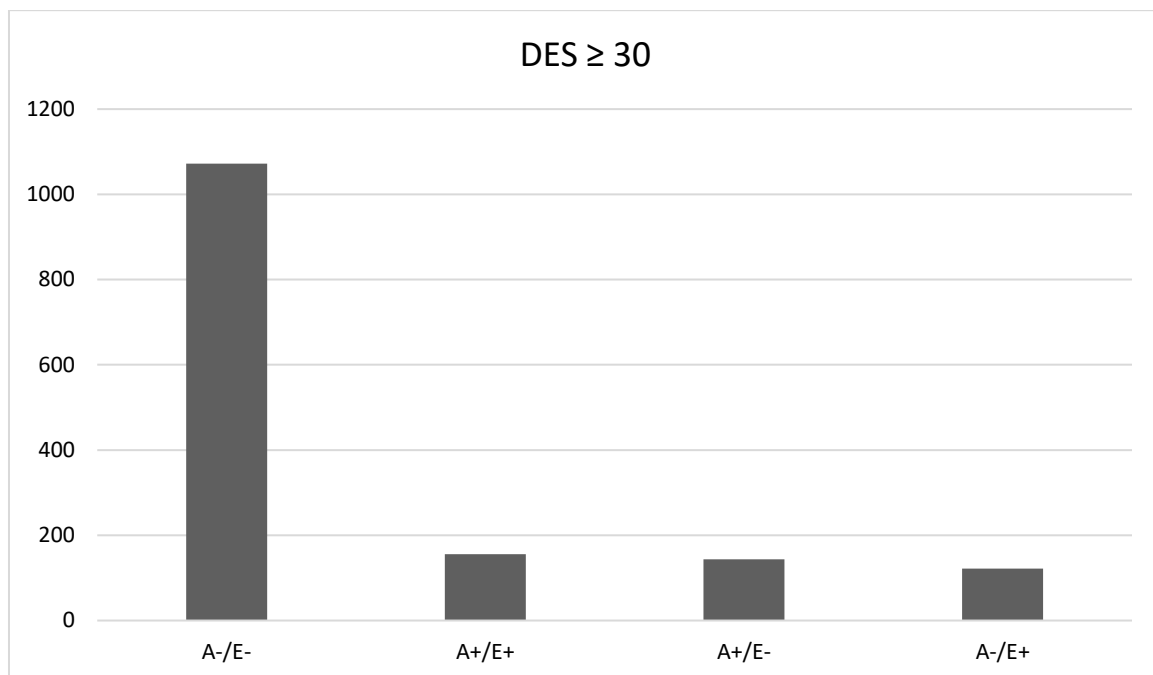
Abbildung 3.5.1 Verlauf von DES-T ≥ 20



In Abbildung 3.5.2 sind die Ergebnisse für den Indikator DES-T ≥ 30 dargestellt. Hierbei erreichten 1072 Patienten (71,8 %) weder zur Aufnahme noch zur Entlassung den

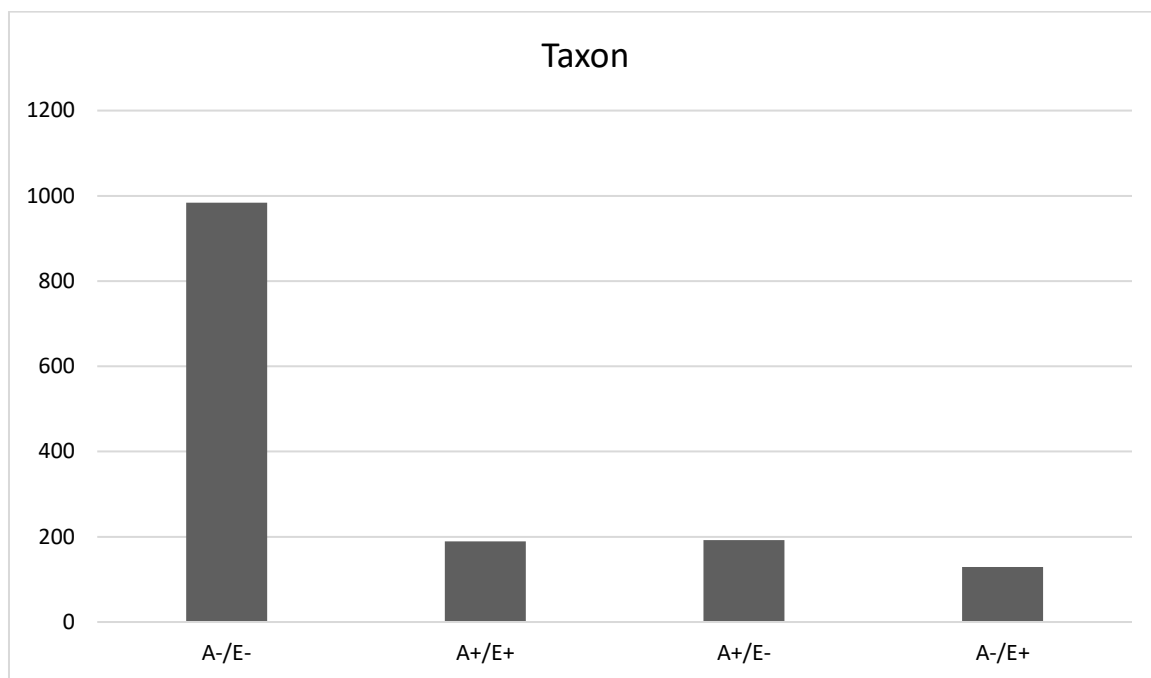
Schwellenwert ≥ 30 (A-/E-). Bei 156 Patienten (10,4 %) bestanden zu beiden Zeitpunkten Werte ≥ 30 (A+/E+). Ein Verlauf mit Klassifikation als hochdissoziativ bei Aufnahme mit Werten ≥ 30 hin zu niedrigdissoziativ bei Entlassung (Werte < 30) lag bei 144 Patienten (9,6 %) vor (A+/E-). 122 Patienten (8,2 %) unterschritten zum Aufnahmezeitpunkt den Schwellenwert von 30, erzielten zur Entlassung dann Werte ≥ 30 und somit eine gegenteilige Entwicklung (A-/E+).

Abbildung 3.5.2 Verlauf von DES-T ≥ 30



Bei Nutzung des Taxonalgorithmus mit Zuordnung zur Taxongruppe als Indikator für pathologische Dissoziation zeigt sich, dass 984 Patienten (65,9 %) sowohl zur Aufnahme als auch zur Entlassung als niedrigdissoziativ klassifiziert wurden (A-/E-), 189 Patienten (12,7 %) zu beiden Zeitpunkten als hochdissoziativ (A+/E+). Als hochdissoziativ bei Aufnahme, jedoch niedrigdissoziativ bei Entlassung, gelten 192 Patienten (12,9 %) (A+/E-). 129 Patienten (8,6 %), die bei Aufnahme in den niedrigdissoziativen Bereich einzuordnen sind, können bei Entlassung als hochdissoziativ eingeschätzt werden (A-/E+) (vgl. Abbildung 3.5.3).

Abbildung 3.5.3 Verlauf von DES-T-Taxon



3.6 Pathologische Dissoziation und Behandlungsergebnis

Abschließend wurde der Einfluss der pathologischen Dissoziation bei Aufnahme auf das Behandlungsergebnis untersucht. Dazu wurden zunächst die Aufnahme- und Entlassungswerte der relevanten Ergebnismaße wie Symptomatik (PHQ), strukturelle Einschränkungen (OPD-SFK) und interpersonale Probleme (IIP) mittels univariater Varianzanalyse mit Messwiederholung (rmANOVA) verglichen und die korrespondierenden Effektstärken (partiell η^2 und Cohens d) berechnet.

Bezüglich der symptombezogenen Behandlungsergebnisse zeigt Tabelle 3.6.1, dass die Werte in allen PHQ-Subskalen von Aufnahme zu Entlassung deutlich absanken. Unter statistischer Kontrolle von Alter, Geschlecht, höchstem Schulabschluss, Berufsausbildung und Behandlungsdauer sind diese Unterschiede für die PHQ-Subskalen Somatisierung und Depressivität hochsignifikant, die Differenzen in der Subskala Ängstlichkeit jedoch nicht. Die ‚einfache‘ Effektstärke Cohens d bewegt sich für die PHQ-Subskala Somatisierung im mittleren Bereich ($d = 0,77$), für Depressivität und Ängstlichkeit im hohen Bereich ($d > 1,0$). Die Effektstärken der rmANOVA liegen hingegen im niedrigen Bereich ($\eta^2 < 0,005$).

Tabelle 3.6.1 Vergleich Aufnahme- und Entlassungswerte im PHQ (n = 2558)

	Aufnahme		Entlassung		Statistik			
	M	SD	M	SD	F	p	η^2	d
Somatisierung	13,95	5,15	10,69	5,32	10,771	< 0,001	0,004	0,77
Depressivität	16,81	5,09	10,73	5,75	13,030	< 0,001	0,005	1,13
Ängstlichkeit	13,70	4,42	8,21	4,98	1,612	0,204	0,001	1,06

Um den Einfluss von dissoziativen Symptomen bei Aufnahme auf das symptombezogene Behandlungsergebnis zu bestimmen, wurden verschiedene lineare Regressionen mit dem jeweiligen symptombezogenen Entlassungswert im PHQ als abhängige Variable berechnet. Als unabhängige Variable wurden in einem ersten Block die korrespondierenden Aufnahmewerte im PHQ, Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Berufsausbildung und Behandlungsdauer aufgenommen. In einem zweiten Block wurden die verschiedenen Indikatoren für Dissoziation (DES-Taxon, DES-T $\geq$ 20, DES-T $\geq$ 30 und Taxon) als weitere Prädiktoren aufgenommen. In Tabelle 3.6.2 sind die Ergebnisse dieser Analysen unter Angabe des standardisierten Regressionskoeffizienten β und der zusätzlichen Varianzaufklärung (ΔR^2) zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 3.6.2 Einfluss von Dissoziation zu Therapiebeginn auf Symptomatik bei Behandlungsende, differenziert nach verschiedenen Dissoziationsindizes (n = 2558)

	DES-Taxon		DES-T $\geq$ 20		DES-T $\geq$ 30		Taxon	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2
PHQ								
Somatisierung	,101***	,009	,071***	,005	,069***	,005	,077***	,006
Depressivität	,117***	,013	,086***	,007	,084***	,007	,102***	,010
Ängstlichkeit	,156***	,022	,131***	,016	,124***	,004	,138***	,018

*** = $p < 0,001$

Der Einfluss der kontinuierlichen DES-Taxon-Werte bei Aufnahme auf die Subskalen des PHQ bei Entlassung kann aus Spalte 2 abgelesen werden, die Bedeutung der dichotomen Indizes DES-T $\geq$ 20, DES-T $\geq$ 30 und Zugehörigkeit zum Taxon ist in den

letzten drei Spalten dargestellt. Wie zu erwarten zeigt sich, dass das symptombezogene Therapieergebnis durch Dissoziation signifikant negativ beeinflusst wird, wobei die zusätzliche Varianzaufklärung zwischen 0,4 % und maximal 2,2 % schwankt.

Die Werte von OPD-SFK, den OPD Subskalen Selbstwahrnehmung, Kontaktaufnahme und Misstrauen sowie der IIP-Gesamtwert fielen allesamt vom Aufnahmezeitpunkt zur Entlassung hin ab (vgl. Tabelle 3.6.3). Dabei lag Signifikanz vor. Cohens d lag für die Subskalen Kontaktaufnahme und Misstrauen des OPD mit 0,46 bzw. 0,35 im niedrigen Bereich. OPD-SFK, die Subskala Selbstwahrnehmung und IIP-Gesamt wiesen ein Cohens d im mittleren Bereich auf ($d > 0,5$). Die Effektstärke η^2 lag im niedrigen Bereich zwischen 0,002 und 0,006.

Tabelle 3.6.3 Vergleich Aufnahme- und Entlassungswerte im OPD-SFK (n = 2556) und IIP (n = 2557)

	Aufnahme		Entlassung		Statistik			
	M	SD	M	SD	F	p	η^2	d
OPD-SFK	28,85	8,24	24,66	9,71	14,143	< 0,001	0,006	0,55
Selbstwahrnehmung	9,15	3,52	7,29	4,00	9,402	0,003	0,004	0,53
Kontaktaufnahme	9,23	3,20	7,93	3,44	13,968	< 0,001	0,005	0,46
Misstrauen	10,47	3,46	9,44	3,86	6,305	0,012	0,002	0,35
IIP-Gesamt	1,85	0,46	1,54	0,56	38,204	< 0,001	0,015	0,64

Der Einfluss dissoziativer Symptome zu Behandlungsbeginn auf Strukturdimensionen und interpersonale Probleme wurde über lineare Regressionen mit den Entlassungswerten für die OPD-SFK Subskalen Selbstwahrnehmung, Kontaktaufnahme und Misstrauen sowie IIP-Gesamt als abhängige Variablen berechnet. Ebenso wie bei der Bestimmung des Einflusses dissoziativer Symptome auf das symptombezogene Behandlungsergebnis wurden als unabhängige Variablen die jeweiligen Aufnahmewerte sowie

Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Berufsausbildung und Behandlungsdauer aufgenommen, in einem zweiten Block DES-Taxon, DES-T $\geq$ 20, DES-T $\geq$ 30 und Taxon.

Pathologische Dissoziation zu Therapiebeginn hatte signifikanten Einfluss auf alle Strukturdimensionen und den Gesamtwert interpersonaler Probleme zum Ende der Behandlung; die zusätzliche Varianzaufklärung (ΔR^2) durch die dissoziative Psychopathologie schwankte zwischen 0,1 % und 1,5 % (vgl. Tabelle 3.6.4).

Tabelle 3.6.4 Einfluss von Dissoziation zu Therapiebeginn auf Strukturdimensionen und interpersonale Probleme bei Behandlungsende, differenziert nach verschiedenen Dissoziationsindizes

	DES-Taxon		DES-T $\geq$ 20		DES-T $\geq$ 30		Taxon	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2
OPD-SFK	,101***	,009	,069***	,004	,057**	,003	,076***	,005
Selbstwahrnehmung	,133***	,015	,093***	,008	,087***	,007	,100***	,009
Kontaktaufnahme	,077***	,006	,069***	,005	,027	,001	,063**	,004
Misstrauen	,095***	,009	,061**	,004	,072***	,005	,075***	,005
IIP-Gesamt	,102***	,009	,075***	,005	,063**	,004	,080***	,006

*** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$

4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die zuvor dargestellten Ergebnisse in die Forschungsliteratur eingebettet, sodass ein Vergleich mit Befunden aus anderen Studien möglich wird und eine generelle Einordnung gelingen kann. Dabei orientiert sich die Darstellung – ähnlich wie bei der Ergebnispräsentation – an den unter Punkt 1.4 aufgestellten Fragestellungen und Hypothesen. Abschließend werden methodenkritische Aspekte und weiterführende Forschungsansätze erörtert.

4.1 Die psychometrische Güte der DES-Taxon

Bisher wurden nur in zwei Studien explizit Angaben zur psychometrischen Güte der deutschen Version der DES-T gemacht (Spitzer et al., 2007a; 2015a). In der älteren Untersuchung wurden verschiedene Teilstichproben zusammengefasst: 297 nicht-klinische Probanden, 167 Studierende und 521 psychiatrische Patienten, die ihrerseits in niedrig- und hochdissoziative Gruppen unterteilt wurden (Spitzer et al., 2007a). Für die Gesamtstichprobe wurde für die DES-T ein Mittelwert von 5,0 mit einer Standardabweichung von 8,1 berichtet sowie ein minimaler Wert von 0 und ein Maximalwert von 72,5. Es bestand eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = 0,76$, eine Normalverteilung lag nicht vor (Spitzer et al., 2007a). Auch in dieser Untersuchung war der Mittelwert der DES-T kleiner als seine Standardabweichung, folgte keiner Normalverteilung und war intern ausreichend konsistent ($\alpha = 0,82$).

Während für die acht Items der DES-T keine differenzierte Information zu den Itemkennwerten zu finden sind, wurde die mittlere Itemtrennschärfe mit 0,46 (Minimum = 0,33; Maximum = 0,56) angegeben, die mittlere Item-Interkorrelation betrug 0,29 (Minimum = 0,17; Maximum = 0,42). In der hier vorgelegten Studie lagen die Trennschärfe-Koeffizienten zwischen 0,44 und 0,62, im Mittel bei 0,54 und die Item-Interkorrelationen zwischen 0,25 und 0,56 mit einem Mittelwert von 0,37. Die etwas besseren Werte in dieser Untersuchung sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass hier eine zwar diagnostisch heterogene Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten untersucht wurde, diese als Gesamtgruppe vermutlich jedoch homogener sind als die aus sehr unterschiedlichen Teilstichproben zusammengesetzte Population in der oben zitierten Studie (Spitzer et al., 2007a).

Detaillierte Angaben zu den Itemkennwerten der deutschen Fassung der DES-T wurden in einer Studie für die Allgemeinbevölkerung mit 2359 Teilnehmern angegeben (Spitzer et al., 2015a). Erwartungsgemäß lagen die Mittelwerte der einzelnen Items deutlich unter den hier gefundenen Werten; sowohl in der Allgemeinbevölkerungsstichprobe als auch in der hier untersuchten Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten imponierten hohe Standardabweichungen, die deutlich über den Mittelwerten lagen, sowie die weitgehende Übereinstimmung in den minimalen und maximalen Werten: Während bei Patienten immer ein Maximum von 100 erreicht wurde, traf dies in der Allgemeinbevölkerung nicht für das Item 7 (Maximum = 70) sowie die Items 1 und 5 (Maximum jeweils 90) zu (Spitzer et al., 2015a).

Übereinstimmend waren die Items in beiden Stichproben rechtsschief, spitzgipflig, breit gestreut und damit nicht normalverteilt. Ebenfalls konnte in beiden Populationen festgestellt werden, dass alle Items einen Beitrag zur internen Konsistenz leisteten, denn Cronbachs α würde bei Ausschluss des jeweiligen Items leicht abfallen. In der Allgemeinbevölkerung lagen die Trennschärfe-Koeffizienten der einzelnen Items sämtlich über 0,65 und damit höher als in der Patientenpopulation. Auch die Interkorrelationen der acht Items fielen in der Allgemeinbevölkerung höher aus als bei den hier untersuchten stationären Psychotherapiepatienten (Spitzer et al., 2015a).

Eine Erklärung für die besseren Kennwerte könnte darin bestehen, dass die Allgemeinbevölkerung eine homogenere Stichprobe darstellt als die diagnostisch heterogene Gruppe stationärer Psychotherapiepatienten. Für diese Überlegung sprechen auch die Befunde zur internen Konsistenz: Während in der Studie von Spitzer und Kollegen (2015a) das Cronbachs α der DES-T mit 0,92 ermittelt wurde, betrug es in dieser Untersuchung 0,82. Ist die Heterogenität der untersuchten Stichprobe noch ausgeprägter, sinkt die interne Konsistenz noch weiter auf $\alpha = 0,76$ (Spitzer et al., 2007a).

Gleichwohl sind alle genannten Werte für die interne Konsistenz angesichts der Kürze des Verfahrens mit acht Items als gut zu bewerten (Bühner, 2011; Döring, 2023; Fisseni, 2004). Auch hinsichtlich der Itemtrennschärfen schneidet die DES-T gut ab, da alle über dem kritischen Wert von 0,3 lagen (Bühner, 2011; Döring, 2023; Fisseni, 2004). Während also interne Konsistenz und Itemtrennschärfen als gut zu beurteilen sind, sind die in Relation zum Mittelwert hohen Standardabweichungen sowohl auf Ebene der einzelnen Items als auch des Mittelwertes kritisch zu betrachten, denn sie

deuten auf eine sehr hohe Streuung der Werte hin. Damit erscheint die DES-T für die Einzelfalldiagnostik kaum geeignet.

4.2 Häufigkeit pathologischer Dissoziation in der stationären Psychotherapie

Die hier vorgestellten Ergebnisse zur Prävalenz pathologischer Dissoziation in einer großen Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: 22,5 % der Studienteilnehmer hatten DES-T-Werte ≥ 20 , bei 15,3 % war das Taxon-Kriterium erfüllt und 12,3 % überschritten den Schwellenwert von 30 in der DES-T.

Demzufolge liegen diese Prävalenzen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, für die Werte je nach Operationalisierung von pathologischer Dissoziation zwischen 1,5 % und 3,3 % berichtet wurden (Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2015a; Waller & Ross, 1997).

Während die meisten Studien zu stationär behandelten Patienten mit psychischen Störungen auf bestimmte Diagnosen wie Traumafolgestörungen (Allen et al., 2002), bipolare Störungen (Hariri et al., 2015), Depersonalisationsstörung (Simeon et al., 2003), Persönlichkeitsstörungen (Goodman et al., 2003) oder Essstörungen (Waller et al., 2003) fokussierten, beschäftigen sich nur zwei Publikationen mit diagnostisch heterogenen Stichproben stationärer Psychotherapiepatienten (Modestin & Erni, 2004; Spitzer et al., 2006a), so dass hier ein Vergleich möglich ist: Bei 207 Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik betrug die Prävalenz für die Taxongruppe 12,7 % (Modestin & Erni, 2004), was annäherungsweise mit dem Wert von 15,3 % übereinstimmt, der in der hier untersuchten Stichprobe ermittelt wurde. In der anderen Studie (Spitzer et al., 2006a) lag diese Prävalenz mit 5,4 % deutlich niedriger. Wird der Schwellenwert von 20 in der DES-T als Indikator für pathologische Dissoziation genutzt, fanden Modestin und Erni (2004) in ihrer Stichprobe eine Prävalenz von 17,9 % (Modestin und Erni, 2004), was ein wenig niedriger als die hier erhobenen 22,5 % ist, aber in Hinblick auf die Größenordnung noch als eine gewisse Übereinstimmung gewertet werden kann.

Die Unterschiede in den Prävalenzen sind vermutlich am ehesten auf Effekte der diagnostischen Zusammensetzung der jeweiligen Stichproben zurückzuführen. Wäh-

rend in dieser Untersuchung 2768 stationär aufgenommene Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Akut- und Rehabilitationsklinik eingeschlossen wurden, waren es in der Studie von Modestin und Erni (2004) 207 Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik, von denen beispielsweise 36 % unter einer Störung aus dem Psychosespektrum litten, wohingegen diese Diagnose in der hier untersuchten Stichprobe weniger als 1 % ausmachte.

Diese Ausführungen machen abermals das bereits einleitend erwähnte Problem der unterschiedlichen Indikatoren für pathologische Dissoziation deutlich (vgl. Abschnitt 1.3.1): Wird nicht ausdrücklich erwähnt, wie pathologische Dissoziation operationalisiert wird, ist unklar, ob sich die Prävalenzen miteinander vergleichen lassen. Daher erscheint es wichtig, die Übereinstimmung der drei Indizes zu analysieren, was jedoch bisher selten erfolgt ist (Spitzer et al., 2015a; 2021b). In der Allgemeinbevölkerung wurden κ -Werte zwischen 0,83 und 0,89 für die Übereinstimmung zwischen Taxonzugehörigkeit und den beiden Schwellenwerten berichtet, was nach Landis und Koch (1977) als fast vollständige Kongruenz zu bewerten ist. Niedriger, aber nach der Definition von Landis und Koch (1977) immer noch stark übereinstimmend fiel der Wert in einer klinischen Stichprobe von BPS-Betroffenen aus ($\kappa = 0,73$ für die Übereinstimmung von Taxon und DES-T ≥ 20 ; Spitzer et al., 2021b). Zu vergleichbaren Befunden kam die hier vorgelegte Untersuchung, die für die Übereinstimmung von Taxon und Schwellenwerten bei Aufnahme und Entlassung κ -Werte zwischen 0,69 und 0,80 fand, was als stark bzw. hoch zu bewerten ist (Landis & Koch, 1977). Somit lässt sich schlussfolgern, dass die verschiedenen Indikatoren für pathologische Dissoziation zwar nicht deckungsgleich sind, aber doch ausreichend hoch übereinstimmen, so dass ein Vergleich zwischen ihnen möglich ist.

4.3 Assoziationen mit soziodemographischen und klinischen Merkmalen

4.3.1 Soziodemographische Merkmale

Wurden die Schwellenwerte (d. h. DES-T ≥ 20 bzw. ≥ 30) als Indikatoren für pathologische Dissoziation zugrunde gelegt, ergaben sich in der hier untersuchten Patientengruppe keine Unterschiede in der Geschlechtsverteilung. Hingegen waren in der Taxongruppe prozentual signifikant mehr Frauen als Männer vertreten. Diese Inkon-

sistenz spiegelt in gewisser Weise den Stand der Forschung wider: Während in Allgemeinbevölkerungsstudien keine Geschlechtsunterschiede bezüglich pathologischer Dissoziation belegt werden konnten (Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2015a; Waller & Ross, 1997), sind diesbezügliche Ergebnisse in klinischen Populationen uneinheitlich. Einige Studien fanden keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Ausmaß bzw. der Prävalenz pathologischer Dissoziation (Hariri et al., 2015; Simeon et al., 2003), hingegen bestand eine Assoziation zwischen (weiblichem) Geschlecht und (erhöhter) pathologischer Dissoziation in anderen Studien (Goodman et al., 2003; Spitzer et al., 2006a). Ausgehend davon können derzeit keine gesicherten Aussagen über mögliche Zusammenhänge zwischen Geschlecht und pathologischer Dissoziation getroffen werden.

In der hier vorgestellten Untersuchung zeigte sich, dass – unabhängig vom Indikator – pathologische Dissoziation invers mit dem Alter assoziiert war, d. h. je jünger die Patienten, desto wahrscheinlicher zeigten sie pathologische Dissoziation. Diese Ergebnisse stimmen nicht mit Studien an klinischen Populationen überein, die keine relevanten Zusammenhänge zwischen Alter und pathologischer Dissoziation fanden (Goodman et al., 2003; Hariri et al., 2015; Simeon et al., 2003), jedoch mit der kanadischen Allgemeinbevölkerungsstudie, gemäß der die Teilnehmer in der Taxongruppe durchschnittlich zehn Jahre jünger waren als diejenigen, die nicht dazu zählten (Waller & Ross, 1997). Auch bezüglich eventueller Assoziationen zwischen Alter und pathologischer Dissoziation erlauben die vorliegenden Befunde also keine konklusiven Aussagen.

In dieser Studie konnte kein Zusammenhang zwischen Familienstand bzw. Partnerschaft und pathologischer Dissoziation festgestellt werden. Dies kontrastiert mit bisherigen Publikationen, die in klinischen ebenso wie in nicht-klinischen Populationen zeigen konnten, dass Probanden mit pathologischer Dissoziation eher ledig oder geschieden waren als jene ohne pathologische Ausprägung (Hariri et al., 2015; Levin & Spei, 2003; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2006a; 2015a). Somit muss offenbleiben, ob der Familienstand bzw. der Partnerschaftsstatus Korrelate pathologischer Dissoziation darstellen.

Übereinstimmend mit dem Stand der Forschung zu einer Assoziation zwischen Schulbildung und pathologischer Dissoziation (Goodman et al., 2003; Hariri et al., 2015; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2015a), fand sich auch in der hier untersuchten

Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten, dass hochdissoziative Probanden eine signifikant niedrigere Schulbildung (gemessen an den Abschlüssen) aufwiesen als niedrigdissoziative. Hervorzuheben ist die korrelative Natur dieses Zusammenhangs. Damit ist gemeint, dass aus den Befunden nicht geschlossen werden kann, ob eine geringe Schulbildung zu pathologischer Dissoziation führt oder umgekehrt.

4.3.2 Klinische Parameter

Wie einleitend dargestellt (vgl. Abschnitt 1.3.3) bestehen moderate bis starke Assoziationen zwischen pathologischer Dissoziation und Psychopathologie sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in klinischen Stichproben (Goodman et al., 2003; Hariri et al., 2015; Jepsen et al., 2013; Levin & Spei, 2003; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2006a; 2014; 2021b; Waller et al., 2001). Die korrelativen Zusammenhänge zwischen Indikatoren für allgemeine Psychopathologie und pathologische Dissoziation werden dabei mit einer mittleren Effektstärke beziffert ($r \approx 0,40$; Levin & Spei, 2003; Spitzer et al., 2015a).

Für Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung wurden Befunde in ähnlicher Größenordnung berichtet, wobei Depressivität in der Regel die höchsten Korrelationskoeffizienten mit Indikatoren pathologischer Dissoziation aufwies, während Somatisierung die niedrigsten zeigte (Levin & Spei, 2003; Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2015a; 2021b). Die Ergebnisse in der hier vorgelegten Untersuchung weisen in die gleiche Richtung. Unabhängig davon, wie pathologische Dissoziation operationalisiert wurde, ergaben sich signifikante Zusammenhänge, die für Depressivität am höchsten und für Somatisierung am niedrigsten ausfielen. Die hier berichteten Effektstärken waren jedoch klein und nicht wie in den oben genannten Studien (Levin & Spei, 2003; Spitzer et al., 2015a) moderat. Dieser Unterschied ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in den hier durchgeführten Analysen soziodemographische Kovariaten als potentiell konfundierende Faktoren berücksichtigt wurden, was in der zitierten Literatur nicht in Rechnung gestellt wurde.

Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen pathologischer Dissoziation und interpersonellen Problemen ergaben die hier erhobenen Befunde, dass Patienten mit pathologischer Dissoziation (unabhängig von der gewählten Operationalisierung) in allen

Dimensionen des interpersonalen Circumplex stärker beeinträchtigt waren als Patienten ohne pathologische Dissoziation; dies galt in gleicher Weise auch für den Summenwert des IIP als globales Maß für interpersonale Probleme. Dieses Ergebnis stimmt mit einer Studie überein, die bei 48 Patienten mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit und verschiedenen Traumafolgestörungen relevante Korrelationen zwischen DES-T und IIP fand (Jepsen et al., 2013). Auch in einer anderen Untersuchung konnte ein Zusammenhang zwischen interpersonalen Problemen und pathologischer Dissoziation bestätigt werden, wobei Dissoziation jedoch breiter definiert und nicht nur die pathologische Variante ausgewertet wurde (Dorahy et al., 2013).

Die umfangreiche Literatur über das Verhältnis von (gestörter) Bindung und Dissoziation legt entsprechende Zusammenhänge nahe (vgl. dazu auch die Kapitel 1.3.1 und 1.3.3), die von empirischen Ansätzen dahingehend präziser herausgearbeitet worden sind, als dass dissoziative Symptome mit Bindungsunsicherheit bzw. -desorganisation assoziiert sind (Marcusson-Clavertz et al., 2017; Schimmenti, 2016; Strachan et al., 2023). Bisher hat sich nur eine Publikation mit pathologischer Dissoziation und Bindung beschäftigt (Wang & Kuroki, 2024): In der japanischen Allgemeinbevölkerung korrelierte pathologische Dissoziation mit Bindungsvermeidung, jedoch nicht mit Bindungsangst, gemessen mit dem ECR-R (Wang & Kuroki, 2024). Dazu passend zeigte die hier vorgelegte Studie, dass hochdissoziative Patienten in stationärer Psychotherapie signifikant höhere Werte in den beiden Bindungsdimensionen Angst und Vermeidung erreichten als diejenigen ohne ausgeprägte Dissoziation, wobei die Effektstärke für Bindungsvermeidung höher ausfiel als für Bindungsangst.

Obwohl es vielfältige direkte und indirekte Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Dissoziation und Defiziten in der Persönlichkeitsstruktur bzw. -funktion gibt (vgl. auch die einleitenden Kapitel 1.3.1 und 1.3.3), ist die empirische Literatur dazu sehr überschaubar. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass stationäre Psychotherapiepatienten mit pathologischer Dissoziation (über alle Operationalisierungen hinweg) strukturell stärker beeinträchtigt sind als jene ohne entsprechende Auffälligkeiten; die engsten Assoziationen bestanden zwischen pathologischer Dissoziation und dem Strukturmerkmal der Selbstwahrnehmung. Dieser Befund passt zu den Ergebnissen einer Studie, die bei 156 diagnostisch heterogenen stationär behandelten Psychiatriepatienten einen Zusammenhang zwischen geringem Strukturniveau und hoher Dissoziation (gemessen mit dem FDS-20) zeigen konnte (Spitzer et al., 2002).

Zusammenfassend können die hier diskutierten Befunde, die sich weitgehend mit der Literatur decken, folgendermaßen interpretiert werden: Weil pathologische Dissoziation mit Psychopathologie, interpersonalen Problemen, Bindungsunsicherheit (v. a. Bindungsvermeidung) und strukturellen Einschränkungen assoziiert ist, kann sie als ‚Gradmesser‘ für das generelle Ausmaß der Beeinträchtigung psychischer Gesundheit verstanden werden. Als klinische Implikation ergibt sich daraus, dass bei Vorliegen eines der genannten Merkmale unbedingt untersucht werden sollte, ob auch die anderen Merkmale vorliegen. Konkreter und beispielhaft formuliert: Bei Patienten mit ausgeprägten interpersonalen Problemen sollte bei der Diagnostik auch auf pathologische Dissoziation geachtet werden; umgekehrt sollte bei Patienten mit dissoziativer Psychopathologie neben Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung konkret nach zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, Bindungsunsicherheit und strukturellen Defiziten gefragt werden. Es ist davon auszugehen, dass die genannten klinischen Merkmale in komplexen Wechselwirkungen zueinander stehen und die Behandlung erschweren.

4.4 Pathologische Dissoziation im Behandlungsverlauf

Die Zahl der Studien, die Dissoziation längsschnittlich analysiert haben, ist begrenzt. In einer Allgemeinbevölkerungsstudie aus Finnland (Maaranen et al., 2008) wurden 1497 erwachsene Probanden mit der DES untersucht und anhand des Schwellenwertes von ≥ 20 bei Beginn und am Ende der Studie nach drei Jahren vier Gruppen zugeordnet: Niedrigdissoziative Probanden zu beiden Zeitpunkten (91,6 %), hochdissoziative Studienteilnehmer zu anfangs und am Ende (1,9 %), „gebesserte Fälle“, d. h. Probanden, die sich zu Beginn hochdissoziativ und bei der Nachuntersuchung niedrigdissoziativ einschätzten (4,7 %) und „neue Fälle“, also Teilnehmer, die initial niedrigdissoziativ und am Ende hochdissoziativ waren (1,9 %; Maaranen et al., 2008).

Eine Studie aus Hong Kong untersuchte eine Gelegenheitsstichprobe von 173 Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, die in den letzten drei Monaten das Gesundheitssystem in Anspruch genommen hatten, mit der chinesischen Selbstbeurteilungsversion des Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS; Ross et al., 1989) zu zwei verschiedenen Zeitpunkten mit einem durchschnittlichen Abstand von neun Monaten (Fung et al., 2023). Zu Beginn bestand bei 12,7 % der Studienteilnehmer relevante dissoziative Symptomatik, von diesen hatten zum Nachbeobachtungszeitpunkt 63,6 % weiterhin ausgeprägte Dissoziation. Von den 87,3 % der Probanden, die

anfänglich keine relevante dissoziative Psychopathologie zeigten, entwickelten 7,3 % substantielle Symptome (Fung et al., 2023).

Auch zwei klinische Populationen beschäftigten sich mit dem Verlauf pathologischer Dissoziation: Eine Studie mit BPS-Patienten, die initial stationär behandelt wurden (Zanarini et al., 2008) und eine Untersuchung von Patienten mit einer DIS bzw. einer nicht näher bezeichneten Dissoziativen Störung, die an der ‚Treatment Outcome of Patients with Dissociative Disorders‘ (TOP DD) Studie teilnahmen (Brand & Stadnik, 2013).

In der Studie von Zanarini und Kollegen (2008) wurden 290 BPS-Patienten über den bisher längsten Nachbeobachtungszeitraum von insgesamt zehn Jahren alle zwei Jahre mit der DES untersucht. Zu Beginn erreichten 26,2 % hohe Dissoziationswerte ($DES \geq 30$), 42,1 % der Patienten zeigten moderate Werte ($DES \geq 20$, aber < 30). In beiden Gruppen fielen die dissoziativen Symptome stetig und signifikant über die fünf Nachbeobachtungszeitpunkte ab; dennoch waren nach zehn Jahren noch 17,7 % in der Gruppe mit hohen Dissoziationswerten und 6,8 % in der Gruppe mit moderater Ausprägung auffällig (Zanarini et al., 2008). Während über 90 % der BPS-Patienten mit initial stark ausgeprägter Dissoziation im Verlauf eine Remission erreichten, kam es bei über einem Drittel zu einem Rückfall; bei 8 % der Patienten mit BPS, bei denen nur eine geringe oder moderate Symptomausprägung zu Studienanfang bestand, kam es im 10-Jahresverlauf zur Erstmanifestation hochdissoziativer Pathologie (Zanarini et al., 2008). Angesichts des Designs der Studie bleibt jedoch unklar, worauf sowohl der überwiegend beobachtete Rückgang der dissoziativen Symptome als auch das in wenigen Fällen konstatierte Neuauftreten von Dissoziation zurückzuführen sind (Zanarini et al., 2008).

In der TOP DD Studie wurden Daten von 110 Patienten bei Aufnahme und bei der Nachuntersuchung nach 30 Monaten ausgewertet (Brand & Stadnik, 2013). Dabei zeigte sich, dass initial 58,7 % und beim zweiten Zeitpunkt noch 40,4 % der Teilnehmer DES-Werte ≥ 30 hatten (Brand & Stadnik, 2013).

In der hier vorgelegten Studie wurden verschiedene Indikatoren für pathologische Dissoziation über den Behandlungsverlauf untersucht. Übereinstimmend wurde deutlich, dass die absolute Mehrheit der Patienten weder bei Aufnahme noch bei Entlassung Hinweise auf pathologische Dissoziation bot. Der Anteil derjenigen, die sowohl zu Beginn als auch am Ende hochdissoziativ waren, lag je nach Indikator zwischen 10,4 %

und 21,4 %. Der Teil der Patienten, bei denen eine Remission ihrer pathologischen dissoziativen Symptome beobachtet wurde, umfasste indikatorabhängig zwischen 9,6 % und 15,5 %. Neuauftretene dissoziative Pathologie wurde bei einem Anteil zwischen 8,2 % und 9,6 % registriert. Diese Befunde stimmen mit den zuvor berichteten Ergebnissen anderer Studien dahingehend überein, dass pathologische Dissoziation über eine gewisse zeitliche Stabilität verfügt, aber gleichzeitig auch durch Therapie veränderbar ist.

4.5 Relevanz pathologischer Dissoziation für das Behandlungsergebnis

Zunächst ist festzustellen, dass in der hier untersuchten Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten die Ausprägung sowohl der Psychopathologie, der strukturellen Defizite als auch der zwischenmenschlichen Schwierigkeiten zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant gesunken ist. Dies kann als Hinweis auf die Wirksamkeit der durchgeführten multimodalen stationären Psychotherapie verstanden werden und deckt sich mit Befunden anderer Studien bzw. Metaanalysen zur Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie (Doering et al., 2023; Liebherz & Rabung, 2013). Neben diesem Befund ist das Hauptergebnis, dass pathologische Dissoziation zu Behandlungsbeginn – unabhängig von ihrer Operationalisierung – das Therapieergebnis negativ prädiziert, d. h. je ausgeprägter die dissoziativen Symptome am Anfang der stationären Behandlung, desto mehr Psychopathologie, strukturelle Defizite und interpersonale Probleme bestehen noch am Ende der Therapie. Anders formuliert: Patienten mit initial hoher pathologischer Dissoziation profitieren im Hinblick auf die Reduktion der genannten Beschwerden weniger als jene, die über keine oder nur geringe pathologische Dissoziation berichten.

Dieses Ergebnis korrespondiert mit einer Vielzahl von Studien, die für verschiedene Psychotherapiemethoden, ambulante und stationäre Settings und bei diagnostisch homogenen und heterogenen Stichproben gezeigt haben, dass dissoziative Phänomene bei Behandlungsbeginn das Therapieergebnis nachteilig beeinflussen (La Mela et al., 2013; Kleindienst et al., 2011; 2016; Michelson et al., 1998; Rufer et al., 2006; Semiz et al., 2014; Wilfer et al., 2021). Während sich die zuvor zitierten Studien jedoch ganz überwiegend auf allgemeine oder störungsspezifische Psychopathologie konzentriert haben, konnte in dieser Untersuchung erstmalig gezeigt werden, dass sich die initiale dissoziative Symptomatik ebenfalls nachteilig auf die Veränderungen von strukturellen

Einschränkungen und interpersonalen Problemen auswirkt. Dies ist insofern eine relevante Erweiterung der bisherigen Befundlage, als dass das Ziel einer Psychotherapie nicht ausschließlich eine Symptomreduktion ist, sondern gerade auch eine Verbesserung von Persönlichkeitsstruktur und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten angestrebt wird (Kraus et al., 2021; Leichsenring et al., 2019).

Neu ist auch, dass in dieser Studie erstmals gezeigt werden konnte, dass pathologische Dissoziation zu Therapiebeginn auch bei einer diagnostisch heterogenen Stichprobe von Patienten in stationärer Psychotherapie das Behandlungsergebnis sowohl auf Symptomebene als auch auf Ebene der Struktur und interpersonaler Probleme negativ prädiziert. Dies ist bisher nur für Patienten mit einer BPS gezeigt worden (Spitzer et al., 2021b).

Während die hier dargestellten Ergebnisse in wesentlichen Punkten mit der Literatur übereinstimmen, bleibt festzuhalten, dass die Befundlage nicht eindeutig ist – in einer Meta-Analyse mit insgesamt 21 Studien und 1714 Patienten mit PTBS konnte nicht bestätigt werden, dass dissoziative Symptome das Therapieergebnis negativ beeinflussen (Hoeboer et al., 2020).

4.6 Methodenkritische Überlegungen

Trotz der Stärken der hier vorgelegten Untersuchung, wie etwa die Stichprobengröße, der Einsatz international etablierter, reliabler und valider diagnostischer Verfahren sowie die ökologische Validität des naturalistischen Ansatzes mit Daten aus der Routineversorgung, sind einige methodische Schwächen bei der Interpretation der Ergebnisse kritisch zu berücksichtigen.

Obwohl der Zeitraum der Datenerhebung eindeutig definiert wurde, konnten nicht alle Patienten, die in dieser Periode stationär aufgenommen wurden, in die Analyse inkludiert werden, weil nur bei 45 % dieser Gesamtstichprobe Daten bezüglich des zentralen Ergebnismaßes, d. h. der Taxonversion der DES, vorlagen. Dies ist hauptsächlich darüber zu erklären, dass aus Gründen der Verhältnismäßigkeit zwischen Aufwand, Belastung und Erkenntnisgewinn im Rahmen der Eingangsdiagnostik Filterfragen eingesetzt werden: Werden diese verneint, erfolgt keine weitere und vertiefende Untersuchung. Somit kann vermutet werden, dass die Filterfrage für Dissoziation („Erleben Sie sich immer wieder von Ihrem Körper oder der Umwelt abgespalten oder erleben Sie

sich selbst oder die Umwelt unwirklich?“) von der Mehrheit der im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patienten verneint wurde. Gleichwohl kann anhand der Daten nicht sicher entschieden werden, ob DES-T-Daten auch aus anderen Gründen nicht vorlagen, z. B., weil Patienten nicht damit einverstanden waren, dass ihre anonymisierten Daten für Forschungszwecke genutzt werden oder sie nicht bereit waren, die Aufnahmediagnostik zu bearbeiten. Somit kann nicht abschließend geklärt werden, warum von 55 % der Gesamtstichprobe keine Informationen zu dem zentralen Ergebnismaß dieser Studie vorlagen.

Ebenfalls kritisch hervorzuheben ist, dass die Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach, in der die hier vorgestellten Daten im Rahmen der Routinediagnostik erhoben wurden, sowohl einen Akut- als auch einen Rehabilitationsbereich hat. Bei der Analyse konnte jedoch nicht unterschieden werden, ob die Daten von Patienten aus dem Akutbereich oder der Rehabilitation stammten, weil diese Information nicht zur Verfügung stand. Daher konnte nicht ausgewertet werden, ob das Setting (d. h. Akut- vs. Rehabilitationsbehandlung) einen Effekt hat, z. B. hinsichtlich der Prävalenz pathologischer Dissoziation oder ihrer Bedeutung für das Behandlungsergebnis. Dies ist insofern relevant, als dass damit in Kombination mit dem zuvor diskutierten Aspekt die Übertragbarkeit der Befunde bzw. ihre Generalisierbarkeit (z. B. auf den Bereich der ambulanten Psychotherapie) in Frage steht.

Eine weitere Einschränkung resultiert daraus, dass die Verlaufsstichprobe nur 54 % der Patienten umfasste, für die auch Aufnahmewerte vorhanden waren. Die Gründe für diesen ‚Datenverlust‘ sind unbekannt; hier kann nur spekuliert werden, dass Patienten die Abschlusssdiagnostik beispielsweise vergessen oder verweigert haben. Möglicherweise spielen aber auch organisatorische Gründe seitens der Klinik eine Rolle.

Schließlich ist zu bemängeln, dass die hier präsentierten Daten ausschließlich auf Selbstauskunft durch die Patienten beruhen. Auch wenn dies in der Psychotherapie (sowohl in der Routineversorgung als auch der Forschung) eine gängige und wichtige Methode darstellt, wird immer wieder darauf hingewiesen, dass eine Ergänzung durch Fremdbeurteilung durch einen gut ausgebildeten Diagnostiker oder den Behandler wichtige Zusatzinformationen liefern kann (Barkham et al., 2021). Es wäre wünschenswert gewesen, die dissoziative Psychopathologie, aber auch die Symptombelastung, die strukturellen Fähigkeiten und die interpersonalen Probleme zusätzlich mittels diag-

nostischer Interviews zu erheben. Dies hätte die Datenbasis nicht nur deutlich vergrößert, sondern auch die Chance geboten, die Befunde aus der Expertenperspektive zu erweitern. Damit wäre es möglich gewesen, die Sicht der Patienten und die der Behandler miteinander abzugleichen.

4.7 Klinische Implikationen und weiterführende Forschungsansätze

Aus den Befunden dieser Untersuchung ergeben sich einige Schlussfolgerungen, die Relevanz für die klinische Tätigkeit haben:

- Die Taxonversion der DES erwies sich auch in einer großen klinischen Stichprobe – ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung (Spitzer et al., 2015a) – als reliables und valides Instrument zur Erfassung pathologischer Dissoziation. Angesichts ihrer Kürze mit acht Items kann sie daher als anwendungsökonomisches Screeninginstrument empfohlen werden.
- In Anbetracht der Auswertungsökonomie erscheint die Nutzung einfacher Schwellenwerte sinnvoller als die komplizierte Zuordnung zur Taxongruppe, zumal deren Übereinstimmung mindestens moderat ist und sie auch ein identisches Muster an soziodemographischen und klinischen Korrelaten aufweisen. Ob der Schwellenwert ≥ 20 oder ≥ 30 gewählt wird, hängt von der klinischen oder wissenschaftlichen Fragestellung und der Bedeutung falsch positiver bzw. falsch negativer Fälle des jeweiligen Kontextes ab.
- Dissoziative Psychopathologie ist mit einer Vielzahl klinisch relevanter Merkmale wie Symptomatik, zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, Bindungsvermeidung und strukturellen Defiziten assoziiert, die ihrerseits die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Allianz erschweren können. Dies ist gerade am Beginn einer Psychotherapie, aber auch in deren Verlauf zu berücksichtigen, um angemessen darauf reagieren zu können.
- Sowohl Dissoziation im Allgemeinen als auch ihre pathologische Variante sind wichtige Prädiktoren für den Behandlungserfolg und sollten daher frühzeitig identifiziert und behandelt werden.

Im Hinblick auf die in Abschnitt 4.6 formulierte Methodenkritik wäre für zukünftige Studien zu fordern, dass neben Selbstbeurteilungsverfahren auch Interviews und/oder Experteneinschätzungen zur Erfassung pathologischer Dissoziation eingesetzt werden.

Zudem wäre zu klären, ob die hier dargestellten Befunde auf das Setting der ambulanten Psychotherapie übertragbar sind, denn stationäre Psychotherapie stellt eine eigene Form mit spezifischen Settingmerkmalen dar, die für die Behandlung relevant sind (Hölzer et al., 2018; Spitzer et al., 2016) und so in der ambulanten Psychotherapie nicht vorkommen.

Auch die Relevanz möglicher geschlechtsabhängiger Unterschiede sollte untersucht werden, weil es bei BPS-Patienten Anzeichen dafür gibt, dass, im Gegensatz zu den Männern, bei Frauen dissoziative Phänomene zu Beginn einer Therapie einen Negativprädiktor für das Behandlungsergebnis darstellen (Wilfer et al., 2021). Ob pathologische Dissoziation nicht nur die Therapiergebnisse nachteilig beeinflusst, sondern darüber hinaus auch Therapieabbrüche prädisziplinieren könnte, wäre ebenfalls eine wichtige Fragestellung für weitere Analysen. Für die klinische Praxis besonders wichtig wären Empfehlungen zum therapeutischen Umgang mit dissoziativen Symptomen (Priebe et al., 2013).

5 Zusammenfassung

Dissoziation wird definiert als eine Desintegration bestimmter psychischer Funktionen, die sich als Störungen des autobiographischen Gedächtnisses, des Identitätsgefühls sowie der Wahrnehmung der Umwelt und der eigenen Person äußern können. Dieses transdiagnostische Konstrukt kann im Rahmen diverser psychischer Krankheitsbilder beobachtet werden, gehört zu den diagnostischen Kriterien einiger psychischer Störungen und hat erhebliche Relevanz für den (psychotherapeutischen) Behandlungserfolg. Angesichts dessen ist eine sorgfältige, aber auch anwendungsökonomische Diagnostik wichtig, für die eine Reihe von Selbstbeurteilungsverfahren genutzt werden können. Eines dieser Instrumente ist die aus acht Items bestehende Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T), die speziell auf pathologische Dissoziation fokussiert. Dieser Fragebogen erwies sich in einer großen Allgemeinbevölkerungsstichprobe als reliabel und valide. Vor diesem Hintergrund wurde in dieser Arbeit die psychometrische Güte der DES-T in einer großen Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten untersucht, ebenso ihre klinischen Korrelate und die prädiktive Bedeutung hinsichtlich des Therapieergebnisses am Ende der Behandlung.

Diese Studie basiert auf Routinedaten von erwachsenen Patienten, die zwischen dem 01. Januar 2014 und dem 29. Februar 2020 in der Akut- und Rehabilitationsklinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach vollstationär behandelt wurden. Mit dieser Klinik besteht eine langjährige wissenschaftliche Kooperation. In dem Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 6152 Patienten stationär aufgenommen, wobei für den DES-T als zentrales Ergebnismaß dieser Studie vollständige Aufnahmewerte von 2768 Patienten (45,0 %) vorlagen (Analysestichprobe); innerhalb dieser Gruppe lagen DES-T-Werte bei Entlassung von 1494 Patienten (54,0 %) vor (Verlaufsstichprobe). Zudem bearbeiteten die Studienteilnehmer weitere Fragebögen zur Erfassung von allgemeiner Psychopathologie, interpersonalen Problemen, Bindungsmustern und Persönlichkeitsstruktur.

Die Mittelwerte der einzelnen Items und der Gesamtwert der DES-T lagen in dieser klinischen Stichprobe deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, waren nicht normalverteilt und zeigten eine breite Streuung. Die Itemtrennschärfen und die Werte für die interne Konsistenz waren befriedigend bis gut. Die Prävalenz pathologischer Dissoziation schwankte je nach angewandtem Schwellenwert ($\text{DES-T} \geq 20$ oder ≥ 30)

zwischen 12,3 % und 22,5 %. Es fanden sich Assoziationen zwischen pathologischer Dissoziation und jüngerem Alter sowie niedrigerer Schulbildung; ihre Zusammenhänge mit dem (weiblichen) Geschlecht, der partnerschaftlichen Situation bzw. dem Familienstand waren uneinheitlich. Patienten mit pathologischer Dissoziation zeigten höhere Ausprägungen für allgemeine Psychopathologie, interpersonale Probleme, Bindungsangst und -vermeidung sowie persönlichkeitsstrukturelle Defizite, allerdings waren die Effektstärken für diese Unterschiede klein. Pathologische Dissoziation nahm im Verlauf der Behandlung ab und erwies sich als Negativprädiktor für das Therapieergebnis – sowohl bezogen auf die Symptomatik als auch die interpersonalen Probleme.

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass sich die DES-T auch bei stationären Psychotherapiepatienten als reliables, valides und anwendungsökonomisches Screeningverfahren für pathologische Dissoziation eignet. Das transdiagnostische Konstrukt erwies sich auch in dieser diagnostisch heterogenen Stichprobe als prävalent und klinisch relevant, insbesondere, weil hohe Ausprägungen zu Behandlungsbeginn mit einem schlechteren Therapieergebnis einhergehen. Die vorgestellten Befunde decken sich mit Befunden aus der Literatur und erweitern diese dahingehend, dass Dissoziation nicht nur einen Negativprädiktor für die Symptomatik, sondern auch für zwischenmenschliche Probleme darstellt. Insgesamt eignet sich die DES-T gut zum anwendungsökonomischen Screening, aufgrund der breitgestreuten Werte jedoch weniger gut für die Einzelfalldiagnostik. Methodenkritisch ist der ausschließliche Nutzen von Selbstbeurteilungsinstrumenten hervorzuheben. Offen bleibt, ob die hier erhobenen Befunde auf ein Psychotherapiesetting im ambulanten Bereich übertragbar sind. Dies könnte Gegenstand zukünftiger Studien sein.

6 Thesen

1. Dissoziation ist durch einen Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen charakterisiert.
2. Pathologische Dissoziation geht bei den Betroffenen mit einem veränderten Identitätsgefühl und Erinnerungslücken einher, wodurch subjektives Leiden bzw. objektivierbare psychosoziale Funktionseinschränkungen entstehen.
3. Ein anwendungsökonomisches Selbstbeurteilungsinstrument zu ihrer Erfassung ist die Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T).
4. Die DES-T hat ähnlich gute psychometrische Kennwerte wie die Langfassung der Dissociative Experiences Scale.
5. Mittels der DES-T kann pathologische Dissoziation unterschiedlich operationalisiert werden.
6. Pathologische Dissoziation ist unabhängig von ihrer Operationalisierung bei stationär behandelten Patienten mit psychischen Störungen häufig.
7. Sie hat eine hohe klinische Bedeutung, weil sie mit bestimmten soziodemografischen Merkmalen, allgemeiner Psychopathologie, interpersonalen Problemen, Bindungsunsicherheit und Persönlichkeitsstruktur assoziiert ist.
8. Die Kennwerte der einzelnen DES-T-Items und der Gesamtwert waren breit gestreut und nicht normalverteilt; es wurden befriedigende bis gute Werte für die Itemtrennschärfe und die interne Konsistenz der DES-T gefunden.
9. Pathologische Dissoziation zu Behandlungsbeginn beeinflusste das Therapieergebnis sowohl auf Symptomebene, als auch auf Ebene der Struktur und interpersonaler Probleme negativ. Daraus lässt sich ableiten, dass dieses Phänomen frühzeitig identifiziert und behandelt werden sollte.
10. Pathologische Dissoziation nahm im Verlauf der Behandlung, d. h. von stationärer Aufnahme bis zur Entlassung, ab.
11. Die DES-T eignet sich bei stationären Psychotherapiepatienten als reliables, valides und anwendungsökonomisches Screeninginstrument für pathologische Dissoziation, ist aber für die Einzelfalldiagnostik nicht geeignet.

12. Die Indikatoren für pathologische Dissoziation (Schwellenwert ≥ 20 bzw. ≥ 30 und Zuordnung zur Taxongruppe) stimmen stark überein. Aus anwendungsökonomischer Sicht erscheint die Nutzung der Schwellenwerte sinnvoller als die komplizierte Zuordnung zur Taxongruppe.

7 Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9781315802428>
- Alden, L. E. & Phillips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 499–512. <https://doi.org/10.1007/BF01172970>
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 521–536. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674088>
- Allen, J. G., Fultz, J., Huntoon, J. & Brethour, J. R. (2002). Pathological Dissociative Taxon Membership, Absorption, and Reported Childhood Trauma in Women with Trauma-Related Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 89–110. https://doi.org/10.1300/J229v03n01_07
- Al-Shamali, H. F., Winkler, O., Talarico, F., Greenshaw, A. J., Forner, C., Zhang, Y., Vermetten, E. & Burbach, L. (2022). A systematic scoping review of dissociation in borderline personality disorder and implications for research and clinical practice: Exploring the fog. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 56(10), 1252–1264. <https://doi.org/10.1177/00048674221077029>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arbeitskreis OPD. (2006). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2023). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - OPD-3: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (1. Auflage). Hogrefe.

- Atchley, R. & Bedford, C. (2021). Dissociative Symptoms In Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 69–88. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760410>
- Barkham, M., Lutz, W., Castonguay, L. G., Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Hrsg.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th edition, 50th anniversary edition). Wiley.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Becker, P. & Mohr, A. (2005). Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 205–214. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.3.205>
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben ; mit 13 Abbildungen und 97 Tabellen sowie zahlreichen Formeln* (3., aktualisierte und bearbeitete Auflage). *Springer-Lehrbuch Bachelor, Master*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-75738-2>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic books.
- Brand, B. L. & Stadnik, R. (2013). What contributes to predicting change in the treatment of dissociation: initial levels of dissociation, PTSD, or overall distress? *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(3), 328–341. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.736929>
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Putnam, F. W., Southwick, S. M., Marmar, C., Charney, D. S. & Mazure, C. M. (1998). Measurement of dissociative states with the Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 125–136. <https://doi.org/10.1023/A:1024465317902>

- Brenk-Franz, K., Ehrenthal, J. C., Freund, T., Schneider, N., Strauß, B., Tiesler, F., Schauenburg, H. & Gensichen, J. (2018). Evaluation of the short form of "Experience in Close Relationships" (Revised, German Version "ECR-RD12") - A tool to measure adult attachment in primary care. *PloS one*, 13(1), e0191254. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191254>
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. *Attachment Theory and Close Relationships*, 46–76.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* (1. Aufl.). Franz Deuticke.
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145–152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. J. B. Baillière et Fils.
- Brunner, R. M., Resch, F., Parzer, P. & Koch, E. (1999). *HDI | Heidelberger Dissoziations-Inventar* (2. Aufl.). Pearson.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3., aktualisierte und erw. Aufl (Online-Ausg.). *Psychologie*. Pearson Studium. <https://e-bookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5133497>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (Online-Abfrage: 01. Juni 2025)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2025). *ICD-10-GM Version 2025*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/block-f40-f48.htm> (Online-Abfrage: 01. Juni 2025)
- Butler, L. D. (2006). Normative dissociation. *The Psychiatric clinics of North America*, 29(1), 45-62. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.004>
- Cardeña, E [E.] (1994). The domain of dissociation. *SJ Lynn, y JW Rhue, Dissociation. Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford.

- Carlson, E. B. & Putnam, F. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6, 16–27.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Hrsg.). (2018). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (Third edition, Paperback edition). The Guilford Press.
- Cloitre, M., Scarvalone, P. & Difede, J. A. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 437–452.
<https://doi.org/10.1023/a:1024893305226>
- Craparo, G., Ortu, F. & van der Hart, O. (Hrsg.). (2022). *Forum Psychosozial. Pierre Janet wiederentdecken: Trauma, Dissoziation und ein Brückenschlag zur Psychoanalyse* (E. Vorspohl, Übers.) (Deutsche Erstausgabe). Psychosozial-Verlag.
- Dammann, G. (2014). Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht [Chances and problems of the recovery approach from a psychiatric viewpoint]. *Der Nervenarzt*, 85(9), 1156–1165.
<https://doi.org/10.1007/s00115-014-4007-9>
- Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 77–106. https://doi.org/10.1300/J229v07n02_06
- Dell, P. F. (2019). Reconsidering the autohypnotic model of the dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(1), 48–78.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1451806>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2015). *Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme : 10. Revision - German Modification* (Version 2015, Stand: 19. September 2014). *ICD-10-GM: Syst. Verz. 2015*. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Doering, S., Herpertz, S., Pape, M., Hofmann, T., Rose, M., Imbierowicz, K., Geiser, F., Bierling, A. L., Weidner, K., Rademacher, J., Michalek, S., Morawa, E.,

- Erim, Y., Teigelack, P., Teufel, M., Hartmann, A., Lahmann, C., Peters, E. M. J., Kruse, J., . . . Kessler, H. (2023). The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1155582. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1155582>
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M. & Dyer, K. F. W. (2013). Complex trauma and intimate relationships: the impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.010>
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). *Lehrbuch*. Springer. <http://www.springer.com/>
- Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, M. Z., Flor, H. & Bohus, M. (2009). Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 34(3), 214–222.
- Eckhardt-Henn, A. (2017). Dissoziation als spezifische Abwehrfunktion schwerer traumatischer Erlebnisse - eine psychoanalytische Perspektive. In A. Eckhardt-Henn & C. Spitzer (Hrsg.), *Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Grundlagen, Klinik, Therapie* (2. Auflage, S. 127–143). Schattauer.
- Eckhardt-Henn, A. & Spitzer, C. (Hrsg.). (2017). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Grundlagen, Klinik, Therapie* (2. Auflage). Schattauer.
- Ehrenthal, J. C. (2014). Strukturdiagnostik - Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. *Psychodynamische Psychotherapie*, 13, 103–114.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Grande, T. & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B. & Schauenburg, H. (2009). Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens "Experiences in Close Relationships--Revised" (ECR-RD) [Evaluation of the German version

- of the attachment questionnaire "Experiences in Close Relationships--Revised" (ECR-RD)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59(6), 215–223. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067425>
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W. & Gierk, B. (2015). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) [Development of a 12-item version of the OPD-Structure Questionnaire (OPD-SQS)]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61(3), 262–274. <https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.3.262>
- Ehrenthal, J. C. & Grande, T. (2014). Fokusorientierte Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 15(03), 80–85. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1388644>
- Ellenberger, H. F. (1985). *Die Entdeckung des Unbewussten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung* (Vom Autor durchges. u. rev. Taschenbuchausg.). Diogenes-Taschenbuch: Bd. 21343. Diogenes.
- Ellenberger, H. F. (2005). *Die Entdeckung des Unbewußten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung* (G. Theusner-Stampa, Übers.) (Unveränd. Ausg. der durchges. und verb. 2. Aufl. von 1996). Diogenes.
- Fachklinikum Tiefenbrunn. (2024/2025). *Anmeldebogen zur stationären Therapie - Erwachsenenbereich*. Fachklinikum Tiefenbrunn. https://www.as-klepios.com/dam/jcr:d6d41bfc-f639-4919-baae-b62f4966c86c/Anmeldebogen_zur_stationaeren_Therapie_Erwachsenenbereich.pdf (Online-Abfrage: 05. Juli 2025)
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®* (2. korrigierte Auflage). Hogrefe. <https://www.lehmanns.de/media/81729316>
- Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion: Trauma und Traumabehandlung* (3., vollst. überarb. Aufl.). Beltz PVU.

- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik: Mit Hinweisen zur Intervention* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Hogrefe.
- Fraley, R. C., Waller, N. G. & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Freud, S. (1896). Über die Ätiologie der Hysterie. *Wiener klinische Wochenschrift*(17/18), 733–735.
- Frewen, P., Wong, S. & Lanius, R. A. (2022). The Four-Dimensional (4-D) Model as a Framework for Understanding Trauma-Related Dissociation. In M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Hrsg.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. edition, S. 327–340). Routledge Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-24>
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS): Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene ; deutsche Adaption der Dissociative Experience Scale (DES) von E. Bernstein-Carlson u. F. W. Putnam* (1. Aufl.). Huber.
- Fricke-Neef, C. & Spitzer, C. (2013). Konversionsstörungen [Conversion disorders]. *Der Nervenarzt*, 84(3), 395–406. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3740-9>
- Fung, H. W., Lam, S. K. K., Chien, W. T., Ng, A. S. Y., Wong, E. N. M., Ross, C. A., Hung, S. L. & Lee, V. W. P. (2023). Dissociative symptoms among community health service users in Hong Kong: a longitudinal study of clinical course and consequences. *European journal of psychotraumatology*, 14(2), 2269695. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2269695>
- Gast, U., Zündorf, F. & Hofmann, A. (2000). *Strukturiertes klinisches interview für DSM-IV-dissoziative Störungen (SKID-D): Manual*. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann A., Matthess, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., Emrich, H.M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(57), 3193–3200.

- Geue, K., Strauß, B. & Brähler, E. (Hrsg.). (2016). *Diagnostik für Klinik und Praxis: Band 1. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Goodman, M., Weiss, D. S., Mitropoulou, V., New, A., Koenigsberg, H., Silberman, J. M. & Siever, L. (2003). The Relationship Between Pathological Dissociation, Self-Injury and Childhood Trauma in Patients with Personality Disorders Using Taxometric Analyses. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 65–88. https://doi.org/10.1300/J229v04n02_05
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50(4), 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Grilo, C. M., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., Skodol, A. E., Bender, D. S., Pinto, A., Shea, M. T., Yen, S., Gunderson, J. G., Morey, L. C., Hopwood, C. J. & McGlashan, T. H. (2010). Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(12), 1629–1635. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04200gre>
- Hamer, R., Bestel, N. & Mackelprang, J. L. (2024). Dissociative Symptoms in Complex Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(2), 232–247. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2293785>
- Hantke, L. (1999). *Trauma und Dissoziation: Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*. Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diplomarbeit, 1997 u.d.T.: Hantke, Lydia: Missing link - die historische Einordnung des Modells Dissoziation als Grundlage diagnostischer Kategorien und einer Konzeptualisierung der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Wiss. Verl. Berlin Gaudig und Veit.
- Hariri, A. G., Gulec, M. Y., Orenkul, F. F. C., Sumbul, E. A., Elbay, R. Y. & Gulec, H. (2015). Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 184, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.023>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery* (1. Aufl.). BasicBooks.

- Herpertz, S. C. (2018). Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11 [A new approach to classifying Personality Disorders]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 86(3), 150–155. <https://doi.org/10.1055/a-0576-7149>
- Hoeboer, C. M., Kleine, R. A. de, Molendijk, M. L., Schoorl, M., Oprel, D. A. C., Mout-
haan, J., van der Does, W. & van Minnen, A. (2020). Impact of dissociation on
the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: meta-
analysis. *BJPsych open*, 6(3), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.30>
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M.,
Frasquilho, F. & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms
of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology
Review*, 25(1), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Hölzer, M., Wöller, W. & Berberich, G. (Hrsg.). (2018). *Stationäre Psychotherapie:
Von der Anmeldung bis zur Entlassung*. Schattauer.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G. & Villaseñor, V. S. (1988).
Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical ap-
plications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 885–892.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Horowitz, L. M., Strauß, B., Thomas, A. & Kordy, H. (2016). *Inventar zur Erfassung
interpersonaler Probleme – Deutsche Version* (3. Aufl.). Hogrefe.
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R. & Nolte, T. (2020). Multi-
directional Pathways between Attachment, Mentalizing, and Posttraumatic
Stress Symptomatology in the Context of Childhood Trauma. *Psychopatho-
logy*, 53(1), 48–58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale
sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan.
- Jepsen, E. K. K., Langeland, W. & Heir, T. (2013). Impact of dissociation and inter-
personal functioning on inpatient treatment for early sexually abused adults.
European journal of psychotraumatology, 4.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22825>

- Kelava, A. & Moosbrugger, H. (2020). Testwertverteilung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Lehrbuch. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Auflage, S. 159–169). Springer.
- Kern, S. M., Stacy, S. E., Kozina, R. M., Ripley, A. J. & Clapp, J. D. (2019). Exploring the relation between posttraumatic stress disorder and interpersonal outcomes: The role of social acknowledgment and trauma type. *Journal of Clinical Psychology*, 75(1), 132–145. <https://doi.org/10.1002/jclp.22693>
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kihlstrom, J. F. (1994). One hundred years of hysteria. *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*, Guilford Press, New York, 365–394.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., Schmahl, C. & Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to Dialectical Behavioral Therapy in female patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 25(4), 432–447. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.432>
- Kleindienst, N., Priebe, K., Görg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., Winter, D., Schmahl, C. & Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European journal of psychotraumatology*, 7, 30375. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30375>
- Kocalevent, R.-D., Hinz, A. & Brähler, E. (2013). Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC psychiatry*, 13, 91. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-91>
- Koelen, M. A., Vaandrager, L. & Wagemakers, A. (2012). The Healthy ALLiances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family practice*, 29 Suppl 1, i132-i138. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr088>
- Kraus, B., Dammann, G., Rudaz, M., Sammet, I., Jeggle, D. & Grimmer, B. (2021). Changes in the level of personality functioning in inpatient psychotherapy.

- Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(1), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1763493>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O. & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- La Mela, C., Maglietta, M., Lucarelli, S., Mori, S. & Sassaroli, S. (2013). Pretreatment outcome indicators in an eating disorder outpatient group: the effects of self-esteem, personality disorders and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 933–942. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.024>
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A. & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and anxiety*, 29(8), 701–708. <https://doi.org/10.1002/da.21889>
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F. & Zachary Rosenthal, M. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: a systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 193–205. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. Resource Publications.

- Leichsenring, F., Jaeger, U., Masuhr, O., Dally, A., Dümpelmann, M., Fricke-Neef, C., Steinert, C. & Spitzer, C. (2019). Changes in Personality Functioning After Inpatient Psychodynamic Therapy: A Dimensional Approach to Personality Disorders. *Psychodynamic psychiatry*, 47(2), 183–196.
<https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.2.183>
- Levin, R. & Spei, E. (2003). Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion. *Assessment*, 11(2), 160–168.
<https://doi.org/10.1177/1073191103256377>
- Liebherz, S. & Rabung, S. (2013). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse [Effectiveness of psychotherapeutic hospital treatment in German speaking countries: a meta-analysis]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 63(9-10), 355–364. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1337909>
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55–73.
https://doi.org/10.1300/J229v07n04_04
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W. & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61–66.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00198-8)
- Löwe, B., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog.*
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R. & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *The Psychiatric clinics of North America*, 29(1), 63-86, viii.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.011>

- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M. & Klein-dienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *The American journal of psychiatry*, 175(1), 37–46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H. & Viinamäki, H. (2008). The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 269–274. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.010>
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J. & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(5), 387–394. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01586.x>
- Maercker, A. (Hrsg.). (2019). *Traumafolgestörungen* (5. Auflage). Springer.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121–160.
- Marcusson-Clavertz, D., Gušić, S., Bengtsson, H., Jacobsen, H. & Cardeña, E [Etzel] (2017). The relation of dissociation and mind wandering to unresolved/disorganized attachment: an experience sampling study. *Attachment & human development*, 19(2), 170–190. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1261914>
- Mentzos, S. (2012). *Hysterie*. Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783647461991>
- Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. *Forum der Psychoanalyse*, 31(4), 341–352. <https://doi.org/10.1007/s00451-015-0216-5>
- Mertens, Y. L. & Daniels, J. K. (2022). The Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS): Validation of the German Version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(4), 366–384. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1989111>
- Michal, M., Sann, U., Niebecker, M., Lazanowsky, C., Kernhof, K., Aurich, S., Overbeck, G., Sierra, M [Mauricio] & Berrios, G. E. (2004). Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisations-Syndroms mit der deutschen Version der

- Cambridge Depersonalisation Scale (CDS) [The measurement of the depersonalisation-derealisation-syndrome with the German version of the Cambridge Depersonalisation Scale (CDS)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(9-10), 367–374. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828296>
- Michelson, L., June, K., Vives, A., Testa, S. & Marchione, N. (1998). The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 36(11), 1011–1050. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00073-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00073-4)
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/detail.action?docID=10201032>
- Modestin, J. & Erni, T. (2004). Testing the dissociative taxon. *Psychiatry research*, 126(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2001.12.001>
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.). (2020). *Lehrbuch. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Auflage). Springer.
- Mueller-Pfeiffer, C., Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Pazhenkottil, A. P., Wirtz, G., Fuhrhans, C., Hindermann, E., Assaloni, H., Briner, D. P. & Rufer, M. (2010). The validity and reliability of the German version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 337–357. <https://doi.org/10.1080/15299731003793450>
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of nervous and mental disease*, 184(11), 688–694. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 311–318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09922.x>

- Oberlerchner, H. (2014). Die Hysterie im neuen Gewand und im Wandel der Zeit. *psychopraxis. neuropraxis*, 17(2), 14–17. <https://doi.org/10.1007/s00739-014-0157-6>
- Overkamp, B. (2005). *Differentialdiagnostik der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) in Deutschland - Validierung der Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)*.
- Priebe, K., Schmahl, C. & Stiglmayr, C. (Hrsg.). (2013). *Dissoziation: Theorie und Therapie*. Springer Berlin Heidelberg.
- Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 413–429. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020406>
- Rass, E., Ornstein, A. & Ornstein, P. (2017). *Bindung und Sicherheit im Lebenslauf: Psychodynamische Entwicklungspsychologie* (3. Aufl. 2017). Klett-Cotta. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-2008959>
- Riley, K. C. (1988). Measurement of Dissociation. *The Journal of nervous and mental disease*, 176(7), 449–450. https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1988/07000/Measurement_of_Dissociation.8.aspx
- Ronel, J., Noll-Hussong, M. & Lahmann, C. (2008). Von der Hysterie zur F45.0. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 9(03), 207–216. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067473>
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G. & Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured Interview. *International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD)*, 2(3), 169–189.
- Rudolf, G. (2014). *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma* (2., aktualisierte Auflage). Schattauer.
- Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H. & Hand, I. (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(1), 40–46. <https://doi.org/10.1159/000089225>

- Schauenburg, H., Dinger, U., Komo-Lang, M., Klinkerfuss, M., Horsch, L., Grande, T. & Ehrenthal, J. C. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen. In S. Doering & S. Hörz (Hrsg.), *Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis* (1. Aufl., S. 284–307). Schattauer.
- Schimmenti, A. (2016). Dissociative experiences and dissociative minds: Exploring a nomological network of dissociative functioning. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 338–361. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1108948>
- Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Hrsg.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (S. 107–141). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Semiz, U. B., Inanc, L. & Bezgin, C. H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(8), 1287–1296. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0787-7>
- Sierra, M [M.] & Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry research*, 93(2), 153–164. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00100-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00100-1)
- Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D., Guralnik, O. & Schmeidler, J. (2003). Examination of the pathological dissociation taxon in depersonalization disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(11), 738–744. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000095126.21206.3e>
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.). (2009). *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5., durchges. Aufl.). Klett-Cotta. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-608-94628-4>
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E [Etzel], Brown, R. J. & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(12), E17-45. <https://doi.org/10.1002/da.20923>

- Spitzer, C. (2016). Dissoziative Syndrome. In H. Böker, P. Hartwich & G. Northoff (Hrsg.), *Neuropsychodynamische Psychiatrie* (S. 347–363). Springer Berlin Heidelberg.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2007a). »Pathologische Dissoziation« – ein sinnvolles Konzept? *Trauma & Gewalt*, 1(1), 34–44.
<https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120130/tg-1-1-34>
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2007b). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41(8), 682–687.
<https://doi.org/10.1080/00048670701449146>
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H. J., Klauer, T., Stieglitz, R.-D., Schneider, W. & Freyberger, H. J. (2006a). Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 51–62. https://doi.org/10.1300/J229v07n01_05
- Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (2012). Dissoziative Störungen. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 466–472). Georg Thieme Verlag.
<https://doi.org/10.1055/b-0033-1045>
- Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (2017). Klassifikatorische Ansätze und Epidemiologie. In A. Eckhardt-Henn & C. Spitzer (Hrsg.), *Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Grundlagen, Klinik, Therapie* (2. Auflage, S. 219–231). Schattauer.
- Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (2019). Theorien zum Verständnis von Dissoziation. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, H. Glaesmer & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 29–44). Klett-Cotta.
- Spitzer, C. & Freyberger, H. (2020). Dissoziative Störungen. In W. Senf, M. Broda, D. Voos & M. Neher (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 397–402). Georg Thieme Verlag.
- Spitzer, C., Freyberger, H., Brähler, E., Beutel, M. E. & Stieglitz, R.-D. (2015a). Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T) [Psychometric evaluation of the Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-

- T)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(3-4), 134–139. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395690>.
- Spitzer, C., Freyberger, H. J., Stieglitz, R.-D., Carlson, E. B., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Kessler, C. (1998). Adaptation and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 799–809. <https://doi.org/10.1023/A:1024457819547>
- Spitzer, C., Göbel, P., Wilfer, T., Dreyße, K., Armbrust, M. & Lischke, A. (2021b). Pathologische Dissoziation bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut*, 66(4), 299–305. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00512-7>
- Spitzer, C., Mestel, R., Klingelhöfer, J., Gänicke, M. & Freyberger, H. J. (2004a). Screening und Veränderungsmessung dissoziativer Psychopathologie: Psychometrische Charakteristika der Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20) [Screening and Measurement of Change of Dissociative Psychopathology: Psychometric Properties of the Short Version of the Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS-20)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(3-4), 165–172. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814783>
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U. & Freyberger, H. J. (2002). Die Strukturachse der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen [The axis "Structure" of the operationalized psychodynamic diagnostics (OPD): Its relationship with socio-demographic, clinical and psychopathological features as well as categorical diagnoses]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52(9-10), 392–397. <https://doi.org/10.1055/s-2002-34290>
- Spitzer, C., Rullkötter, N. & Dally, A. (2016). Stationäre Psychotherapie [Inpatient psychotherapy]. *Der Nervenarzt*, 87(1), 99-108; quiz 109-110. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0025-5>

- Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J. (2021a). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen: Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene - Deutsche Adaptation der Dissociative Experiences Scale (DES) von E. Bernstein-Carlson und F. W. Putnam* (4. Aufl.). Hogrefe.
- Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J. (2015b). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS)* (3. Aufl.). Huber.
- Spitzer, C. & Wirtz, G. (2017). Testpsychologische Diagnostik. In A. Eckhardt-Henn & C. Spitzer (Hrsg.), *Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Grundlagen, Klinik, Therapie* (2. Auflage, S. 232–246). Schattauer.
- Spitzer, C., Wrede, K. H. & Freyberger, H. J. (2004b). Das AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion (AMDP-DK): Entwicklung einer Checkliste und erste Befunde zu ihren psychometrischen Charakteristika [The "AMDP scale for dissociation and conversion (AMDP-DK)": development of an observer-rated scale and first psychometric properties]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 72(7), 404–410. <https://doi.org/10.1055/s-2004-818385>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006b). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Shahly, V., Spiegel, D., Borges, G., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Girolamo, G. de, Demyttenaere, K., Florescu, S., Haro, J. M., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., . . . Kessler, R. C. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological psychiatry*, 73(4), 302–312. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.08.022>
- Steinberg, M. (1993). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. American Psychiatric Press.

- Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2017). *Psychotherapie Kompakt. Diagnostik in der Psychotherapie: Ein Praxisleitfaden* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer. http://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav_product.php?product=978-3-17-028719-8
- Stiglmayr, C., Schimke, P., Wagner, T., Braakmann, D., Schweiger, U., Sipos, V., Fydrich, T., Schmahl, C., Ebner-Priemer, U., Kleindienst, N., Bischof, J., Auckenthaler, A. & Kienast, T. (2010). Development and psychometric characteristics of the Dissociation Tension Scale. *Journal of personality assessment*, 92(3), 269–277. <https://doi.org/10.1080/00223891003670232>
- Stiglmayr, C., Schmahl, C., Bremner, J. D., Bohus, M. & Ebner-Priemer, U. (2009). Development and psychometric characteristics of the DSS-4 as a short instrument to assess dissociative experience during neuropsychological experiments. *Psychopathology*, 42(6), 370–374. <https://doi.org/10.1159/000236908>
- Stiglmayr, C. E., Braakmann, D., Haaf, B., Stieglitz, R.-D. & Bohus, M. (2003). Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut) [Development and characteristics of Dissociation-Tension-Scale acute (DSS-Akute)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53(7), 287–294. <https://doi.org/10.1055/s-2003-40495>
- Strachan, L. P., Paulik, G., Preece, D. A. & McEvoy, P. M. (2023). Pathways from trauma to unusual perceptual experiences: Modelling the roles of insecure attachment, negative affect, emotion regulation and dissociation. *Psychology and psychotherapy*, 96(4), 934–951. <https://doi.org/10.1111/papt.12486>
- Thomas, A., Brähler, E. & Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*, 57(2), 68–83. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000034>
- VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach. (2025). *Unsere Konzepte*. <https://www.vamed-gesundheit.de/reha/bad-groenenbach/ihre-reha-bei-uns/psychosomatik/psychosomatik/konzepte/> (Online-Abfrage: 13. Juli 2025)
- van der Hart, O. & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397–412. <https://doi.org/10.1007/BF00974598>

- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung* (T. Kierdorf, Übers.). *Coaching fürs Leben*. Junfermann.
- van der Hart, O. & Steele, K. (2022). The Theory of Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. In M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Hrsg.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. edition, S. 263–280). Routledge Taylor & Francis.
<https://doi.org/10.4324/9781003057314-20>
- van der Kolk, B. A. & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American journal of psychiatry*, 146(12), 1530–1540. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1530>
- van Ijzendoorn, M. H. & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365–382.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(96\)00006-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(96)00006-2)
- van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., van de Lisdonk, E., van den Hoogen, H., van Weert, H., Huijser, J., Schene, A., van Weel, C. & Speckens, A. (2009). Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Annals of family medicine*, 7(3), 232–238.
<https://doi.org/10.1370/afm.985>
- Vanderlinden, J., van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H. & Jan Verkes, R. (1993). The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical psychology & psychotherapy*, 1(1), 21–27. <https://doi.org/10.1002/cpp.5640010105>
- Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C. & Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 619–627. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00019-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00019-6)
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J. & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *The British journal of clinical psychology*, 40(4), 387–397.
<https://doi.org/10.1348/014466501163878>

- Waller, N. G., Putnam, F. W. & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300–321. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Waller, N. G. & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 499–510. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.499>
- Wallis, H., Vogel, M., Junne, F. & Binneböse, M. (2023). Dissoziation: ein transdiagnostisches Phänomen. *Die Psychotherapie*, 68(2), 141–154. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00641-7>
- Wang, B. & Kuroki, T. (2024). Influence of posttraumatic stress reaction and posttraumatic cognition on dissociative experiences according to the nature of traumatic experiences: A survey on Japanese young adults. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 16(7), 1075–1082. <https://doi.org/10.1037/tra0001552>
- Wilfer, T., Armbrust, M., Aalderink, T. & Spitzer, C. (2021). Einfluss dissoziativer Phänomene auf das Behandlungsergebnis stationärer Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung [Impact of dissociative phenomena on treatment outcome of inpatient psychotherapy of patients with borderline personality disorder]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 67(4), 435–450. <https://doi.org/10.13109/zptm.2021.67.4.435>
- Wolfradt, U. & Kretschmar, K. (1997). Untersuchungen mit deutschsprachigen Versionen zweier Skalen zur Erfassung dissoziativer Erfahrungen. *Diagnostica*, 43, 370–376.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Jager-Hyman, S., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 291–296. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01247.x>
- Zimmermann, J., Brakemeier, E.-L. & Benecke, C. (2015). Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 60(4), 269–279. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0033-8>

8 Verzeichnisse

8.1 Abkürzungsverzeichnis

[k]PTBS	[komplexe] posttraumatische Belastungsstörung
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
AMDP-DK	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - Modul zu Dissoziation und Konversion
ANOVA	analysis of variance, <i>einfaktorische Varianzanalyse</i>
APA	American Psychiatric Association
BANG	Bindungsbezogene Angst
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BoBi	Bochumer Bindungsfragebogen
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BVER	Bindungsbezogene Vermeidung
CADSS	Clinician-Administered Dissociative States Scale
CDS	Cambridge Depersonalisation Scale
Cohens d	Maß für die Effektstärke bei Mittelwertsunterschieden
Cohens κ	Cohens Kappa, Maß für die Interrater-Reliabilität
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DDIS	Dissociative Disorder Interview Schedule
DES	Dissociative Experiences Scale
DES-T	Dissociative Experiences Scale-Taxon
DIS	Dissoziative Identitätsstörung
DIS-Q	Dissociation Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSS	Dissoziations-Spannungsskala
DSS-4	Dissoziations-Spannungsskala, Kurzfassung

DSS-akut	Dissoziations-Spannungsskala, akut
ECR	Experiences in Close Relationships
ECR-R	Experiences in Close Relationships-Revised
ECR-RD	Experiences in Close Relationships-Revised, deutsche Version
ECR-RD12	Experiences in Close Relationships-Revised, deutsche Version, Kurzform
F	Prüfgröße des F-Tests
FDS	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen
FDS-20	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, Kurzform
GAD	Generalized Anxiety Disorder
HDI	Heidelberger Dissoziations-Inventar
Hrsg	Herausgeber
ICD	International Classification of Diseases
IIP	Inventory of Interpersonal Problems
IIP-32	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Kurzform
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
it	Item
M	Mittelwert
Max	Maximum
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MID	Multidimensional Inventory of Dissociation
Min	Minimum
n	Anzahl der Fälle/Stichprobengröße
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
OPD-SF	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik -Strukturfragebogen
OPD-SFK	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - Strukturfragebogen, Kurzversion

p	Signifikanzwert
PHQ	Patient Health Questionnaire
PHQ-D	Patient Health Questionnaire, deutsche Version
PRIME MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PTSD	Post-traumatic stress disorder
QED	Questionnaire of Experiences of Dissociation
r	Korrelationskoeffizient
r_{it}	Itemtrennschärfe
rmANOVA	univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung
RQ	Relationship Questionnaire
SCID-D	Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative Disorders
SD	Standardabweichung
SDQ	Somatoform Dissociation Questionnaire
SDQ-5	Somatoform Dissociation Questionnaire, Kurzform
SIDDS	Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen
SKID-D	Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen
TOP DD	Treatment Outcome of Patients with Dissociative Disorders
WHO	World Health Organization
Z_{KST}	Kolmogorow-Smirnov-Test
α	Cronbachs Alpha
α_{-1}	Cronbachs α bei Ausschluss des Items
β	standardisierter Regressionskoeffizient
ΔR^2	zusätzliche Varianzaufklärung
η^2	Maß für die Effektstärke in der Varianzanalyse
χ^2	Prüfgröße des Chi-Quadrat Tests

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.3.1.1	Dissoziation in psychiatrischen Erkrankungen	15
Abbildung 3.1.1	Gewinnung der Analyse- und Verlaufsstichprobe	39
Abbildung 3.5.1	Verlauf von DES-T ≥ 20	55
Abbildung 3.5.2	Verlauf von DES-T ≥ 30	56
Abbildung 3.5.3	Verlauf von DES-T-Taxon	57

8.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1.1.1	Klassifikation dissoziativer Störungen in ICD-10 und DSM-5	4
Tabelle 1.2.1.1	Übersicht über testpsychologische Selbstbeurteilungsverfahren zur Abbildung von Dissoziation	11
Tabelle 2.2.3.1	Übersicht über die Skalen des Circumplexmodells	31
Tabelle 2.3.1	Übereinstimmung nach Landis und Koch	37
Tabelle 3.1.1	Psychiatrische Diagnosen in der Analysestichprobe	41
Tabelle 3.1.2	Somatische Nebendiagnosen in der Analysestichprobe	42
Tabelle 3.2.1	Teststatistische Kennwerte der 8 Items der DES-Taxon	43
Tabelle 3.2.2	Item-Inter-Korrelation der 8 Items der DES-Taxon	44
Tabelle 3.3.1	Häufigkeit der Indizes für pathologische Dissoziation und deren Übereinstimmung (Cohens κ) in der Analysestichprobe	44
Tabelle 3.3.2	Häufigkeit der Indizes für pathologische Dissoziation und deren Übereinstimmung (Cohens κ) in der Verlaufsstichprobe	45
Tabelle 3.4.1	Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T ≥ 20)	46
Tabelle 3.4.2	Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T ≥ 30)	47
Tabelle 3.4.3	Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)	48
Tabelle 3.4.4	Vergleich der Psychopathologie (PHQ) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T ≥ 20)	49
Tabelle 3.4.5	Vergleich der Psychopathologie (PHQ) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T ≥ 30)	50
Tabelle 3.4.6	Vergleich der Psychopathologie (PHQ) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)	50

Tabelle 3.4.7	Vergleich der interpersonalen Probleme (IIP) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)	51
Tabelle 3.4.8	Vergleich der interpersonalen Probleme (IIP) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)	51
Tabelle 3.4.9	Vergleich der interpersonalen Probleme (IIP) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)	52
Tabelle 3.4.10	Vergleich der Bindungsdimensionen (ECR) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)	53
Tabelle 3.4.11	Vergleich der Bindungsdimensionen (ECR) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)	53
Tabelle 3.4.12	Vergleich der Bindungsdimensionen (ECR) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)	53
Tabelle 3.4.13	Vergleich des Strukturniveaus (OPD-SFK) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 20)	54
Tabelle 3.4.14	Vergleich des Strukturniveaus (OPD-SFK) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (DES-T $\geq$ 30)	54
Tabelle 3.4.15	Vergleich des Strukturniveaus (OPD-SFK) zwischen der hoch- und niedrigdissoziativen Gruppe (Taxonalgorithmus)	54
Tabelle 3.6.1	Vergleich Aufnahme- und Entlassungswerte im PHQ (n = 2558) ...	58
Tabelle 3.6.2	Einfluss von Dissoziation zu Therapiebeginn auf Symptomatik bei Behandlungsende, differenziert nach verschiedenen Dissoziationsindizes (n = 2558).....	58
Tabelle 3.6.3	Vergleich Aufnahme- und Entlassungswerte im OPD-SFK (n = 2556) und IIP (n = 2557)	59
Tabelle 3.6.4	Einfluss von Dissoziation zu Therapiebeginn auf Strukturdimensionen und interpersonale Probleme bei Behandlungsende, differenziert nach verschiedenen Dissoziationsindizes	60

Tabellen im Anhang:

Tabelle A 1	Vergleich der soziodemographischen Charakteristika der Gesamt-, Analyse- und Verlaufsstichprobe	108
Tabelle A 2	Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen Analysestichprobe und der Teilstichprobe ohne DES-T Werte bei Aufnahme	109
Tabelle A 3	Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Werte für PHQ.....	110
Tabelle A 4	Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeit- punkt bezüglich der Werte für IIP	110
Tabelle A 5	Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Werte für ECR.....	111
Tabelle A 6	Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Werte für OPD.....	111

9 Anhang

9.1 Taxonversion der Dissociative Experiences Scale (DES-T)

Anleitung

Beschäftigen Sie sich bitte bei den folgenden 8 Fragen mit möglichen Erfahrungen und Erlebnissen aus Ihrem alltäglichen Leben. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben. Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer

Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

- | | |
|---|---|
| 1. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |
| 2. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |
| 3. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |
| 4. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |
| 5. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |
| 6. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |
| 7. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |
| 8. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, daß sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer) |

Quelle: Fachklinikum Tiefenbrunn (2024/2025), Anmeldebogen zur stationären Therapie - Erwachsenenbereich, S. 11

9.2 Ergänzende Tabellen

Tabelle A 1 Vergleich der soziodemographischen Charakteristika der Gesamt-, Analyse- und Verlaufsstichprobe

	Gesamtstichprobe (n = 6152)		Analysestichprobe (n = 2768)		Verlaufsstichprobe (n = 1494)		Statistik	
	n	%	n	%	n	%	F/ χ^2	p
Alter (M, SD)	47,8	11,3	46,1	11,7	45,7	11,9	32,851	< 0,001
Anteil Frauen	3936	64,0	1894	68,4	1041	69,7	28,448	< 0,001
Partnersituation							16,454	< 0,001
Kein fester Partner	2385	38,8	1162	42,0	653	43,7		
Fester Partner	3767	61,2	1606	58,0	841	56,3		
Familienstand							36,651	< 0,001
Ledig	2148	34,9	1073	38,8	594	39,8		
Verheiratet	2625	42,7	1042	37,6	535	35,8		
getrennt/geschieden	1207	19,6	577	20,8	325	21,8		
Verwitwet	172	2,8	76	2,7	40	2,7		
Schulbildung							14,141	0,028
Hauptschule	1292	21,0	637	23,0	323	21,6		
Mittlere Reife	2213	36,0	1029	37,2	572	38,3		
(Fach-)Abitur	2494	40,5	1038	37,5	554	37,1		
Sonstiges	153	2,5	64	2,3	45	3,0		
Berufsabschluss							37,432	< 0,001
Lehre/Fachschule	3353	54,5	1628	58,8	867	58,0		
Meister	327	5,3	125	4,5	76	5,1		
Universität	1733	28,2	648	23,4	344	23,0		
Sonstiges	739	12,0	367	13,3	207	13,9		

Tabelle A 2 Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen Analysestichprobe und der Teilstichprobe ohne DES-T Werte bei Aufnahme

	Mit DES-T (n = 2768)		Ohne DES-T (n = 3326)		Statistik	
	n	%	n	%	F/ χ^2	p
Alter (M, SD)	46,1	11,7	49,2	10,6	116,206	< 0,001
Familienstand					53,810	< 0,001
Ledig	1073	38,8	1059	31,8		
Verheiratet	1042	37,6	1554	46,7		
Getrennt/geschieden	577	20,8	619	18,6		
Verwitwet	76	2,7	94	2,8		
Partnerschaft					21,702	< 0,001
Kein Partner	1162	42,0	1202	36,1		
Fester Partner	1606	58,0	2124	63,9		
Schulabschluss					25,895	< 0,001
Hauptschule	637	23,0	634	19,1		
Mittlere Reife	1029	37,2	1168	35,1		
Abitur	1038	37,5	1441	43,3		
Sonstiges	64	2,3	83	2,5		
Berufsabschluss					74,414	< 0,001
Lehre/Fachschule	1628	58,8	1692	50,9		
Meister	125	4,5	201	6,0		
Fachhochschule/ Uni- versität	648	23,4	1075	32,3		
Sonstiges	367	13,3	358	10,8		

Tabelle A 3 Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Werte für PHQ

	Mit DES-T (n = 2768)		Ohne DES-T (n = 3326)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	P	η^2
Somatisierung	13,94	5,19	10,75	4,98	596,636	< 0,001	0,098
Depressivität	16,89	5,13	12,51	5,45	1026,047	< 0,001	0,144
Ängstlichkeit	13,73	4,44	10,21	5,02	823,905	< 0,001	0,135

Tabelle A 4 Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Werte für IIP

	Mit DES-T (n = 2768)		Ohne DES-T (n = 3326)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
zu autokratisch	0,96	0,76	0,82	0,68	58,724	< 0,001	0,010
zu streitsüchtig	1,05	0,79	0,81	0,70	152,937	< 0,001	0,024
zu abweisend	1,62	1,00	1,16	0,92	346,077	< 0,001	0,054
zu introvertiert	2,19	0,94	1,69	0,92	433,976	< 0,001	0,066
zu unterwürfig	2,48	0,91	2,09	0,94	271,698	< 0,001	0,043
zu ausnutzbar	2,55	0,83	2,24	0,89	195,561	< 0,001	0,031
zu fürsorglich	2,46	0,80	2,21	0,83	141,201	< 0,001	0,023
zu expressiv	1,53	0,84	1,38	0,79	49,733	< 0,001	0,008
Summe	1,86	0,46	1,55	0,50	599,540	< 0,001	0,090

Tabelle A 5 Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Werte für ECR

	Mit DES-T (n = 2768)		Ohne DES-T (n = 3326)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Bindungsangst	3,77	1,67	3,04	1,58	307,829	< 0,001	0,048
Bindungsvermeidung	3,04	1,29	2,55	1,18	244,276	< 0,001	0,039

Tabelle A 6 Vergleich der Gruppen mit und ohne DES-T zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Werte für OPD

	Mit DES-T (n = 2768)		Ohne DES-T (n = 3326)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	P	η^2
Selbstwahrnehmung	9,20	3,53	5,23	3,52	1914,424	< 0,001	0,239
Kontaktaufnahme	9,27	3,20	7,06	3,34	683,392	< 0,001	0,101
Misstrauen	10,51	3,47	8,01	3,69	727,140	< 0,001	0,107
Gesamt	28,97	8,27	20,30	8,77	1553,779	< 0,001	0,203

10 Danksagung

Hiermit bedanke ich mich bei all jenen, die zur Entstehung und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Carsten Spitzer für die Vergabe des Themas und die Bereitstellung der zugrundeliegenden Daten, die umfassende geduldige und wohlwollende Betreuung und Begleitung während des Entstehungsprozesses sowie die zahlreichen fundierten Hinweise und Hilfestellungen in Auswertung, Umsetzung und Gestaltung.

Von Herzen danken möchte ich auch meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, meinen Freunden und meinem Freund für die immerwährende Unterstützung, den Rückhalt, Zuspruch und das liebevolle Vertrauen nicht nur während der Zeit des Studiums und der Anfertigung dieser Doktorarbeit, sondern durch alle Lebensphasen hindurch.

11 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Franziska Kluge
Geburtsdatum/-ort	23.12.1997, Zschopau
Familienstand	ledig
Staatsangehörigkeit	deutsch

Beruflicher Werdegang

seit 02/2023	Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin
seit 02/2025	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Erzgebirgsklinikum Annaberg
11/24-01/25	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Erzgebirgsklinikum Zschopau
11/23-10/24	Klinik für Innere Medizin, Erzgebirgsklinikum Zschopau
02/23-10/23	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Erzgebirgsklinikum Zschopau
2020-2021	Studentische Hilfskraft Klinikum Südstadt Rostock

Akademischer Werdegang

2016-2022	Studium der Humanmedizin, Universität Rostock
12.12.2022	Approbation als Ärztin
11/2022	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
11/2021-10/2022	Praktisches Jahr
10/2021	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
09/2018	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2008-2016	Gymnasium Olbernhau
06/2016	Abitur, Gymnasium Olbernhau

12 Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich durch eigenhändige Unterschrift, die vorliegende Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben. Die aus den Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Dissertation ist noch nicht veröffentlicht und ist in gleicher oder ähnlicher Weise noch nicht als Studienleistung zur Anerkennung oder Bewertung vorgelegt worden.

Rostock, den 20.07.2025

Franziska Kluge