

## FORUM

## Willentliche Testverfälschung bei Verfahren zur Erfassung von Dissoziation: Ergebnisse einer Begutachtungsstudie

*Peter Giger<sup>1</sup>, Thomas Merten<sup>2</sup>,  
Harald Merckelbach<sup>3</sup> & Margit Oswald<sup>4</sup>*

### Zusammenfassung

Wenn Straftäter in der Begutachtung tatbezogene Erinnerungsprobleme geltend machen, wird differenzialdiagnostisch die Möglichkeit einer dissoziativen Amnesie diskutiert. Es wurde die Frage untersucht, ob und in welchem Ausmaß Dissoziationsfragebögen eine Symptomatik anzeigen, wenn Personen eine in Wahrheit nicht vorhandene Erinnerungsstörung fingieren. In einer experimentellen Analogstudie wurden 60 männliche Probanden instruiert, ein inszeniertes Gewaltdelikt zu begehen. 40 davon sollten im Rahmen einer anschließenden testdiagnostischen Untersuchung eine tatbezogene Amnesie vortäuschen. Die experimentellen Simulanten produzierten im Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) und im Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire deutlich höhere Ergebnisse als ehrlich antwortende Probanden. Wenn eine Warnung ausgesprochen wurde, zum Erhalt der Glaubhaftigkeit nicht zu sehr zu übertreiben, konnten die Probanden im FDS ihr auffälliges Antwortverhalten signifikant reduzieren. Folglich dürfen Beschwerdenschilderungen, die mittels Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben werden, ohne gleichzeitig mögliche negative Antwortverzerrungen zu erfassen, nicht als Symptommachweis gewertet werden. Individuelle Gutachten und empirische Studien im Kontext tatbezogener Amnesien, die der Gefahr der Testverfälschungen nicht Rechnung tragen, müssen als unzureichend beurteilt und ihre Aussagekraft kritisch hinterfragt werden.

### Abstract

In cases of crime-related memory loss, the hypothesis of dissociative amnesia is often discussed by the defence and forensic experts alike. The study tackled

---

<sup>1</sup> Universität Bern, Institut für Psychologie, Bern, Schweiz

<sup>2</sup> Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Neurologie, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup> Universität Maastricht, Fakultät für Psychologie, Maastricht, Niederlande

<sup>4</sup> Universität Bern, Institut für Psychologie, Bern, Schweiz

the problem of how far questionnaires which are usually applied to measure dissociation in patients and offenders are prone to negative response bias. In an experimental analogue study, 60 male participants were instructed to commit a violent mock crime. 40 of them were instructed to claim crime-related amnesia during the subsequent forensic evaluation. The simulators scored higher both in the Dissociative Experiences Scales (DES) and the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Half of the simulators were warned not to exaggerate, or else their symptom report might become implausible; they were able to promptly reduce their DES scores. It is concluded that claims of crime-related amnesia have to be carefully checked for negative response bias, and questionnaire measures are prone to response distortion. Forensic evaluations as well as scientific studies on crime-related amnesia that fail to include symptom validity measures are incomplete and unable to answer the question of symptom authenticity.

### Einleitung

Das Phänomen, dass Straftäter angeben, sich nicht oder nicht vollständig an die begangene Tat erinnern zu können, ist im forensischen Kontext weit verbreitet (Kopelman, 1995). Obwohl Studien über die Auftretenshäufigkeit solcher geltend gemachten tatbezogenen Amnesien spärlich sind, muss bei Tötungsdelikten von einer Prävalenz von bis zu 50 Prozent ausgegangen werden (Pujol & Kopelman, 2003). Mit Schacter (1986) kann durch den Nachweis einer tatbezogenen Erinnerungsstörung die Verhandlungsfähigkeit eines Beschuldigten in Frage gestellt und Zweifel an der Schuldfähigkeit eines Täters begründet werden. Entsprechend befand der Bundesgerichtshof in einem Urteil vom 11.06.1987 (Az: 4 StR 207/87): „*Eine nachgewiesene Erinnerungslosigkeit an die Tat – allein oder zusammen mit anderen Merkmalen – [ist] ein Anzeichen für eine auf einem Affekt beruhende Bewusstseinsstörung*“ (vgl. auch Barbey, 1990).

Im Zusammenhang mit geltend gemachten tatbezogenen Erinnerungsproblemen können grundsätzlich drei verschiedene Formen in Betracht gezogen werden. Neben der organischen Amnesie, die vergleichsweise geringe Probleme in der Diagnosestellung bietet, ist im forensischen Kontext an eine dissoziative Amnesie zu denken. Differenzialdiagnostisch ist in Abgrenzung zu diesen beiden meist als genuine Amnesien bezeichneten psychischen Störungen zwingend eine vorgetäuschte Gedächtnisstörung in Betracht zu ziehen.

In der vorliegenden Arbeit steht die dissoziative Amnesie im Mittelpunkt des Interesses. Nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1995) wird sie mit dem Code 300.12 (siehe Tabelle 1) definiert. Nach den allgemeinen Kriterien für dissoziative Störungen ist jedoch differenzialdiagnostisch eine Simulation zu berücksichtigen. Für den forensischen Fall, in dem es aus Fragebogendaten Hinweise auf eine Tendenz zur Dissoziation gibt, gleichzeitig aber ein sekundärer Krankheitsgewinn offenbar ist, bietet das DSM-IV ein tief greifendes Dilemma:

*There are no tests or set of procedures that invariably distinguish Dissociative Amnesia from Malingering, but individuals with Dissociative Amnesia usually score high on standard measures of hypnotizability and dissociative capacity. Malingered amnesia is more common in individuals presenting with acute, florid symptoms in a context in which potential secondary gain is evident – for example, financial or legal problems ..., although true amnesia may also be associated with such stressors (American Psychiatric Association, 1995, S. 492).*

*Table 1: Diagnostische Kriterien für die Diagnose einer dissoziativen Amnesie (American Psychiatric Association, 1995).*

Kriterium A	Mangelnde Fähigkeit, sich an meist traumatische oder belastende, bedeutsame Informationen zu erinnern. Gewöhnliche Vergessensprozesse erklären die Gedächtnisstörung nicht hinreichend.
Kriterium B	Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung, z. B. Dissoziativen Identitätsstörung oder Posttraumatischen Belastungsstörung, auf. Sie ist nicht auf die Wirkung einer Substanz zurückzuführen und nicht durch eine körperliche Erkrankung zu erklären.
Kriterium C	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Dabei ist die Bezeichnung *dissoziative Amnesie* sicherlich nicht optimal, da sie einen Pathomechanismus impliziert, der nicht zweifelsfrei unterstellt werden kann (vgl. Kopelman, 1995; Pope, Hudson, Bodkin & Oliva, 1998). Entsprechend stellten Cima, Merckelbach, Nijman, Knauer und Hollnack (2002) fest: „*It not only suggests that the cause of the memory loss is a dissociation between consciousness and memory, it also assumes that memory loss for emotional trauma does exist*“ (S. 27).

Zur Diagnostik dissoziativer Symptome wird heute in der Regel auf Fragebögen zurückgegriffen, insbesondere auf die *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986). Es handelt sich um Selbstbeurteilungsfragebögen, bei denen der Proband Auskunft über gegenwärtiges oder vergangenes Erleben erteilt. Diese Selbstauskunft wird ohne kritische Prüfung mittels Kontrollskalen, die mögliche Antworttendenzen erfassen würden, als Symptommachweis gewertet. Dennoch stellt die DES das am weitesten verbreitete Screening-Instrument für die Erfassung von Dissoziation dar, das in Hunderten von Studien über einen Zeitraum von nunmehr 20 Jahren Verwendung fand (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld & Merckelbach, 2008; Moskowitz, 2004).

Unter Verwendung der DES konnte in einer Reihe von Studien gezeigt werden, dass im forensischen Kontext gehäuft dissoziative Symptome geschildert werden. So fanden Spitzer et al. (2003) bei einer Stichprobe von 53 forensischen Patienten, dass 9,4 Prozent der Straftäter in der deutschen Adaptation

der DES einen Wert erreichten, der nach dem vorgeschlagenen Cutoff von 30 oder darüber (Carlson & Putnam, 1993) für eine dissoziative Störung sprach. Demgegenüber wurden nach einem diagnostischen Interview (SKID-I) bei 24.5 Prozent, also einer deutlich höheren Zahl, eine dissoziative Störung ermittelt, darunter bei drei Patienten eine dissoziative Amnesie. Die Autoren folgerten aus ihren Ergebnissen, dass forensische Patienten einer Hochrisikogruppe für die Entwicklung dissoziativer Störungen glichen. Andere Untersuchungen kamen unter Verwendung dieses Instruments sowie des *Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire* (PDEQ: Marmar, Weiss & Meltzer, 1997) zu vergleichbaren Ergebnissen bei Straftätern (Becker-Blease & Freyd, 2007; Cima, Merckelbach, Klein, Schellbach-Matties & Kremer, 2001; Cooper, Cuttler, Dell & Yuille, 2006; Ellason & Ross, 1999; McLeod, Byrne & Aitken, 2004). Die neueste Studie auf diesem Gebiet belegte ebenfalls, dass die PDEQ-Werte von Tatbeschuldigten mit einer geltend gemachten Amnesie korrelierten, woraus geschlossen wurde, dass gestörte kognitive Prozesse während der Tat dazu beitrugen, dass die Täter eine Amnesie für die Straftat berichteten (Evans, Mezey & Ehlers, 2009).

Der PDEQ wurde konzipiert, um peritraumatische Dissoziation zu erfassen. Im Kontext von Straftätern würde es sich um eine perideliktische Dissoziation handeln, die in verschiedenen Publikationen als plausible Ursache für tatbezogene Erinnerungsprobleme postuliert wurde. „*Dissociative amnesia can originate from the defendant's mental state at the time of the offense, in particular, from a dissociative state*“ (Porter, Birt, Yuille & Hervé, 2001, S. 26). Während diese Feststellung prima vista eine gewisse Plausibilität aufweist, muss doch betont werden, dass der Begriff *peritraumatisch* bzw. *perideliktisch* irreführend sein kann. In den oben genannten Studien füllten die Beschuldigten den PDEQ aus, *nachdem* sie die Tat begangen hatten. Zwar soll in den einzelnen Fragen retrospektiv beurteilt werden, wie der Proband das belastende Ereignis (in diesem Falle: die Straftat) verarbeitet hat, doch handelt es sich eben um eine Retrospektion, die genau aus dem Grunde, dass sie ist, was sie ist, gegenüber allen möglichen Verzerrungen anfällig ist (e. g., Candel & Merckelbach, 2004).

Tatsächlich wird bei einem näheren Blick auf die Forschungsliteratur deutlich, dass Untersuchungen zur Dissoziation und zu tatbezogenen Amnesien an zwei fundamentalen Interpretationsproblemen kranken (vgl. auch Evans, 2006). Das erste betrifft die Kausalitätsfrage. Man könnte beispielsweise in Fällen tatbezogener Amnesien argumentieren, dass der traumatische Charakter der in der Straftat ausbrechenden Gewalt beim Täter selbst einen dissoziativen Zustand induzierte, der wiederum eine Amnesie hervorrief. Es ist aber natürlich auch möglich, dass sich der Beschuldigte bereits in einem Zustand der Dissoziation befand und dies erst die Ausführung einer Gewalttat bewirkte. Ebenso möglich ist es jedoch, dass die Tatsache der Verhaftung und Untersuchungshaft erst die dissoziativen Symptome hervorrief oder begünstigte (Moskowitz, 2004). Bislang hat die Forschung es nicht vermocht, die formulierten Hypothesen zu Kausalmechanismen, die einer Amnesie für Gewaltverbrechen zugrunde liegen, in wissenschaftlich strikter Weise zu testen. Das zweite Grund-

problem, das mit dem ersten verknüpft ist, liegt darin, dass eine bestimmte Kausalerklärung zunächst ausgeschlossen werden sollte, bevor es überhaupt Sinn macht, weitere zu prüfen. Täter, die eine Amnesie geltend machen, können diese Amnesie vortäuschen und dies dadurch zu untermauern suchen, dass sie in Fragebögen wie dem PDEQ und der DES hohe Werte angeben. Diese Hypothese wäre zunächst rigoros zu testen, bevor weitere, nachgeordnete Erklärungsansätze verfolgt werden.

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, zu überprüfen, ob und inwieweit die genannten Instrumente Dissoziation anzeigen, wenn Personen im Rahmen eines experimentellen Szenarios eine Symptomatik vortäuschen, die in Wahrheit nicht vorliegt. Zu diesem Zwecke wurden die DES und der PDEQ in eine breiter angelegte Untersuchung integriert, die sich dem Thema vorgetäuschter tatbezogener Amnesien widmete (Giger, Merten, Merckelbach & Oswald, in press).

## Methoden

### *Untersuchungsteilnehmer*

Dreiundsechzig gesunde männliche Versuchspersonen (Vpn) nahmen an der Studie teil, wobei drei aufgrund mangelnder Rollenkonformität ( $n=2$ ) oder ethischer Bedenken ( $n=1$ ) ausgeschlossen wurden. Die Stichprobe setzte sich letztlich aus insgesamt 60 erwachsenen Schweizern mit deutscher Muttersprache zusammen, von denen 24 aus dem weiteren sozialen Umfeld des Erstautors und 36 aus einem Stützpunkt der Schweizer Armee rekrutiert wurden. Die Vpn waren zwischen 18 und 42 Jahre alt ( $M=27.4$ ,  $SD=5.3$ ) und wurden jeweils in Einzelsitzungen untersucht. Sie nahmen freiwillig sowie ohne Anspruch auf eine finanzielle Entschädigung an der Studie teil. Jeder Teilnehmer erhielt die Möglichkeit, einen Gutschein im Wert von CHF 100,- (ca. €70,-) zu gewinnen. Post-hoc-Analysen zeigten, dass sich die Vpn der drei Untersuchungsbedingungen (siehe unten) nicht signifikant hinsichtlich Bildungshintergrund und Alter unterschieden.

### *Design und Prozedere*

In einer Analogstudie wurden die Vpn aufgefordert, einem Szenario zu folgen und eine experimentell nachgestellte Straftat zu begehen. Sie sollten streng geheime Informationen über einen bevorstehenden terroristischen Anschlag stehlen, um diese gewinnbringend zu veräußern. Die Vpn sollten Schritt für Schritt entsprechend einer schriftlichen Anleitung handeln. Der beabsichtigte Diebstahl wurde unerwartet durch die Anwesenheit eines Zeugen bedroht. Die Vpn wurden instruiert, die anwesende Person (in Wahrheit handelte es sich um eine lebensgroße Puppe; Abbildung 1) mit einem wuchtigen Schlag ins Gesicht außer Gefecht zu setzen, dann die besagten Dokumente an sich zu reißen. Die erhoffte Beute befand sich jedoch nicht wie von den Vpn erwartet vor Ort. Stattdessen fanden sie Geld vor, das sie an sich nahmen.

Abbildung 1: Im Experiment nachgestellter Tatort mit Opfer.



Nach begangenen Delikt wurde den Vpn mitgeteilt, dass sie von einer unabhängigen Person am Tatort gesehen und anschließend bei der Polizei angezeigt wurden. Das Opfer habe als Folge des Angriffs schwere Kopfverletzungen erlitten und sei noch am Tatort verstorben.

Die Vpn wurden in der Folge drei experimentellen Bedingungen randomisiert zugeteilt: Den ehrlichen Probanden (Kontrollgruppe;  $n=20$ ) wurden zwei Gruppen von experimentellen Simulanten gegenübergestellt. Während die eine Experimentalgruppe lediglich die Aufforderung erhielt, eine tatbezogene Amnesie vorzutauschen (naive Simulanten;  $n=20$ ), wurde die andere Gruppe (gewarnte Simulanten;  $n=20$ ) ausdrücklich gewarnt, die geltend gemachten Gedächtnisstörungen nicht zu übertreiben, da sie sonst unglaublich seien und spezielle Verfahren zur Erkennung von Simulationsversuchen ihre Übertreibung anzeigen würden.

In der sich anschließenden forensisch-psychologischen Untersuchung wurde eine Reihe von Beschwerdenuvalidierungstests (BVT) durchgeführt. Diese und weitere Einzelheiten der experimentellen Bedingungen sind in einem gesonderten Forschungsartikel dargestellt worden (Giger et al., in press). Entsprechend der Fragestellung geht die vorliegende Arbeit ausschließlich auf die Methodik und die Ergebnisse der beiden Fragebögen zur Dissoziationserfassung ein.

### Instrumente

Beim *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (FDS) von Spitzer et al. (2005) handelt es sich um die ins Deutsche übersetzte und erweiterte Version der *Dissociative Experiences Scale* (DES: Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993)<sup>5</sup>. Als Screening-Instrument wird er in der klinischen Forschung und Praxis zur Erfassung verschiedener dissoziativer Phänomene eingesetzt. Dissoziation wird dabei als *Trait*-Dimension im Sinne einer „*Dissoziationsfähigkeit oder Bereitschaft zur Dissoziation*“ (Brunner et al., 2008, S. 21) verstanden und mittels 44 Items erhoben. Den Probanden werden diverse Erlebnisse geschildert, bei denen sie jeweils anhand eines Prozentwertes zwischen 0 (*nie*) und 100 (*immer*) bestimmten sollen, wie häufig ihnen diese in ihrem Leben widerfahren sind (10-stufige Skala). In der Instruktion wird explizit darauf hingewiesen, dass Momente, in denen der Proband unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss stand, nicht in die Beurteilung einfließen dürfen. Die Item-Werte werden zu einem Summenwert addiert und dieser wiederum durch die Anzahl der Items dividiert. Folglich kann eine maximale Punktzahl (durchschnittlicher Mittelwert) von 100 und ein Minimalwert von 0 Prozent erreicht werden. Die Gesamtpunktzahl ist nach den Autoren als allgemeines (dimensionales) Dissoziationsmaß zu werten: Je höher der durchschnittliche Mittelwert ausfällt, desto höher ist die dissoziative Neigung eines Individuums einzuschätzen. Zusätzlich lassen sich die Items zu vier verschiedenen Subskalen zusammenfassen: *Absorption und imaginative Erlebnisweisen, Depersonalisation und Derealisation, Konversion* sowie – für die vorliegende Studie besonders interessant – *Amnesie*.

Der *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ) von Marmar et al. (1997) wurde von Maercker (1994) ins Deutsche adaptiert. Er fokussiert die retrospektive Messung des dissoziativen Zustandes während eines spezifischen Ereignisses. Erfasst werden soll demzufolge *auf der Ebene des Selbstberichts* die Dissoziation als *State*-Merkmal, also die peritraumatische (oder auf eine Tat bezogen: perideliktische) Dissoziation. Der PDEQ ist in einer Rater- und einer Selbstbeurteilungsversion verfügbar, wobei in der vorliegenden Studie letztere zum Einsatz kam. Diese besteht aus insgesamt zehn Fragen, die explizit dissoziative Phänomene (u. a. Depersonalisation, Derealisation, Bewusstseinsveränderungen sowie Schmerzunempfindlichkeit) während und kurz nach der Traumatisierung zu erfassen versuchen. Auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 (*trifft überhaupt nicht zu*) bis 4 (*trifft ganz genau zu*) soll der Proband angeben, in welchem Ausmaß er die aufgeführte Erfahrung machte. Die einzelnen Item-Werte werden addiert und die Gesamtsumme durch die Anzahl Items dividiert. Somit kann ein maximaler Mittelwert von 4 erzielt werden. Je höher die erreichte Punktezahl, desto höher wird auch die peritraumatische Dissoziation eingeschätzt.

---

<sup>5</sup> Neben dieser deutschen Adaptation der DES wurde eine andere Fragebogen-Version übrigens auch in das Heidelberger Dissoziations-Inventar HDI von Brunner, Resch, Parzer und Koch (2008) integriert.

Als Kovariable wurde zusätzlich der Punktwert im *Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome* (SFSS; Cima et al., 2003) herangezogen. Dabei handelt es sich um die deutschsprachige Version des *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* von Widows und Smith (2005). Der Fragebogen dient als Siebttest zur Erfassung von Simulation. Neben einem Gesamtwert können Einzelskalen ermittelt werden, die auf bereichsspezifische Verfälschungstendenzen hinweisen können, insbesondere auf eine Vortäuschung der folgenden Störungsbilder: (1) Psychose, (2) Affektive Störung, (3) Neurologische Beeinträchtigungen, (4) Amnestische Störung und (5) Niedrige Intelligenz. Die Items haben einen bizarren Inhalt oder beziehen sich auf wenig plausible Beschwerden tatsächlicher Störungsbilder. Manche Items zielen zwar auf eine authentische Störung ab, doch in einer Manifestation, die Experten als atypisch betrachten. Die Ergebnisse, die im SFSS für die einzelnen Gruppen erhalten wurden, sind im Detail bei Giger et al. (in press) dargestellt. Bei der jetzigen Analyse wird spezifisch die Frage untersucht, inwieweit durch das Ausmaß mutmaßlicher simulativer Tendenzen der Probanden die Fragebogenergebnisse in den Dissoziationsskalen erklärt werden können. Eine weitergehende ausführliche Darstellung und Analyse des SFSS anhand einer deutschen Gutachtenpopulation findet sich im Übrigen bei Merten, Friedel und Stevens (2007).

## Ergebnisse

Die erreichten Werte in den einzelnen Fragebögen finden sich in Tabelle 2. Zum Vergleich wurden die Ergebnisse, die die Autoren der deutschen Version der DES (Spitzer et al., 2005) für zwei Stichproben mitteilen, in die Tabelle aufgenommen. Ausgewählt wurden hier die Werte einer Gruppe von 53 forensischen Patienten sowie 72 Psychiatrie-Patienten mit der klinisch-psychiatrischen Diagnose einer dissoziativen Störung. Im FDS erzielte die Gruppe der naiven Simulanten im Durchschnitt einen Wert von 41.6 Prozent, der selbst gegenüber den oben erwähnten einschlägigen Vergleichsgruppen als extreme Erhöhung zu bewerten ist. Demgegenüber führte eine einfache Warnung, die Symptome nicht zu übertreiben, zu einer substanziellen Reduktion des Punktwerts auf 24.3 Prozent. Jedoch sind trotz dieser signifikanten Einschränkung der Symptomschilderung die geltend gemachten Beschwerden noch als exzessiv zu beurteilen. Die mutmaßlich ehrlich antwortende Kontrollgruppe lag mit einem Mittelwert von 7.8 Prozent immer noch über den Werten, die die Testautoren für die Normalpopulation angeben.

Auf dem Niveau der Subskalen zeigten sich diese differentiellen Ergebnisse in gleicher Weise. Alle Gruppenunterschiede, *post hoc* geprüft mit Scheffé-Tests, waren statistisch signifikant, mit Ausnahme der Subskala *Konversion*, die nicht zwischen gewarnten Simulanten und Kontrollgruppe unterschied. Bei einer näheren Betrachtung zeigten sich, in Korrespondenz zum experimentellen Design, besondere Erhöhungen in der Skala *Amnesie*, gleichermaßen aber auch in der Skala *Konversion*.



Table 2: Deskriptive Parameter der Ergebnisse bei den Dissoziationsverfahren (Rohwerte). Als Prüfstatistik sind die Ergebnisse der univariaten ANOVA angegeben.

Skala	Kontrollgruppe <i>M (SD)</i>	Naive Simulanten <i>M (SD)</i>	Gewarnte Simulanten <i>M (SD)</i>	ANOVA <i>F</i> ( <i>df</i> =2)	Vergleichsdaten aus Testmanual		
					Forensik <i>M (SD)</i>	Dissoziative Patienten <i>M (SD)</i>	
FDS	Total	7.8 (4.9)	41.6 (17.1)	24.3 (13.9)	33.68*	10.9 (9.5)	16.2 (9.8)
	Amnesie	7.0 (6.3)	51.5 (21.0)	32.9 (18.8)	36.11*	9.8 (9.5)	9.1 (9.1)
	Depersonalisation und Derealisation	3.1 (3.9)	34.3 (23.1)	17.6 (18.0)	20.29*	6.7 (11.2)	15.7 (14.8)
	Absorption und imaginative Erlebensweisen	18.5 (10.7)	48.1 (17.0)	33.3 (15.6)	16.90*	18.4 (14.6)	23.5 (15.4)
	Konversion	3.1 (3.3)	28.8 (21.0)	10.2 (10.7)	18.54*	6.7 (8.0)	17.4 (15.1)
PDEQ	Total	1.2 (1.1)	2.2 (1.0)	1.9 (0.7)	6.10*	--	--

Anmerkungen: FDS = Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen; PDEQ = Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire

\*  $p < 0.05$

Für den PDEQ unterschied sich hingegen nur die Gruppe der Kontrollpersonen (1.2 Punkte) von den naiven Simulanten (2.2 Punkte). Die gewarteten Simulanten lagen in ihrem Punktwert zwischen den naiven und den Kontrollpersonen, unterschieden sich jedoch von beiden nicht signifikant.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit den SFSS-Werten als Kovariable sind in Tabelle 3 dargestellt. Wie zu erkennen ist, verschwinden sämtliche signifikanten Gruppeneffekte, sodass sich die Gruppen in keiner einzigen Fragebogenvariablen mehr unterscheiden, wenn eine Kontrolle durch die erhaltenen SFSS-Werte erfolgt.

*Tabelle 3:* Ergebnisse der separaten Kovarianzanalysen über die Fragebogenskala. Als Kovariable wurden die Gesamtwerte im Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome verwendet.

Skala		<i>Modell</i>	Gruppeneffekt	Effekt der Kovariablen
		<i>F</i> ( <i>df</i> = 3)		
FDS	Total	94.00*	0.45	98.93*
	Amnesie	54.29*	2.48	40.54*
	Depersonalisation und Derealisation	60.38*	1.32	93.03*
	Absorption und imagi- native Erlebnisweisen	32.72*	0.16	34.05*
	Konversion	41.12*	2.65	52.67*
PDEQ	Total	4.39*	1.21	0.97

Anmerkung: \*  $p < 0.05$ .

## Diskussion

Das wesentliche Ergebnis dieser Studie liegt darin, dass gezeigt werden konnte, dass Probanden in einer experimentellen Situation im Mittel extrem hohe Werte in einer Skala zur Erfassung von Dissoziation erhielten, ohne über besondere psychopathologische Kenntnisse zu verfügen und ohne eine Anleitung zum nicht authentischen Testverhalten erhalten zu haben. Dieses Ergebnis mag zunächst trivial erscheinen, berührt jedoch ein Problem von höchster Bedeutung in der forensischen Diagnostik.

So wie psychologische Leistungstests nur dann kognitive Funktionen eines Probanden zu messen in der Lage sind, wenn dieser Proband zu einer optimalen Leistungsanstrengung in der Testuntersuchung bereit ist (Merten, Stevens & Blaskewitz, 2007), so können auch Ergebnisse von Beschwerden- und Persönlichkeitsfragebögen nicht unhinterfragt als Symptom- oder Störungsnachweis gewertet werden. Sie stellen zunächst Selbstauskünfte von Men-

schen dar, die zwar aufrichtig sein können, die aber auch in die eine oder andere Richtung Verzerrungseinflüssen unterliegen. Diese Tatsache ist in weiten Kreisen gutachtlich arbeitender Psychologen heute so weit akzeptiert, dass Testverfahren ohne Überprüfung der Leistungsmotivation und Selbstbeurteilungsverfahren ohne eine sorgfältige Erfassung von Antworttendenzen nicht mehr akzeptiert werden (z. B. Bush et al., 2007; Larrabee, 2007; Littmann, 2005; Merten & Dettenborn, 2009; Rogers, 2008). Wie zahlreiche andere Autoren auch, konnten für den deutschen Sprachraum Merten, Friedel, Mehren und Stevens (2007) sowie Merten, Friedel und Stevens (2007) zeigen, dass in gutachtlichen Untersuchungen sowohl Beschwerdeschilderungen (etwa mit Hilfe der Symptom-Checkliste SCL-90-R: Franke, 2002) als auch Persönlichkeitsfragebögen (Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R: Fahrenberg, Hempel & Selg, 1994) erheblichen Antworttendenzen unterliegen und nur bei Einsatz von zusätzlichen Kontrollinstrumenten sinnvoll verwendbar sind.

Trotz der aufgezeichneten Entwicklungen schließen selbst neuere Arbeiten zur tatbezogenen Amnesie keine simulationssensiblen Maße ein (Hakkanen, Weizman-Henelius, Putkonen & Lauerma, 2008). In einer neueren Überblicksarbeit zu diesem Thema gelangte Evans (2006) zu dem Schluss: „*Although amnesia for crime has attracted relatively more research attention, the methodological limitations of the scientific findings may be at odds with the degree of acceptance that some forensic clinicians appear to have for the phenomenon and its causation*“ (S. 514). Die Autoren stimmen zwar dieser Feststellung vollinhaltlich zu, doch nicht der daraus abgeleiteten Folgerung. Während Evans nämlich einen systematischen Einsatz von Dissoziationsskalen vorschlug, um zu zeigen, dass tatbezogene Amnesien von einer Dissoziation herrühren, so legen doch die Daten der vorliegenden Studie nahe, dass dies allenfalls die halbe Lösung sein kann.

In einer neueren Studie fanden Ardolf, Denney und Houston (2007), dass 54,3 Prozent von im strafrechtlichen Kontext Begutachteten in neuropsychologischen Untersuchungen wahrscheinlich oder sicher geltend gemachte Störungen vortäuschen. Ohne Zweifel unterliegen auch Verfahren zur Erfassung von Dissoziation solchen Verzerrungseinflüssen. Damit ist auch für ihre Anwendung zu fordern, dass die Ergebnisse nur dann als Symptom- oder Störungsnachweis gewertet werden können, wenn negative Antwortverzerrungen sorgfältig überprüft wurden. Bedauerlicherweise verfügen die uns bekannten Dissoziationsfragebögen nicht über eingebaute Kontroll- oder Validitätsskalen. Damit sind sie, wie die hier präsentierten Daten belegen, beliebig verfälschbar, ohne dass die Instrumente selbst diese Verfälschungen anzeigen. Die im Mittel gezeigte Tendenz zu *Extremantworten* in der Symptomschilderung entspricht der immer wieder in der Literatur dokumentierten Neigung von Personen, die psychische Störungen vortäuschen, in ihrer Beschwerdeschilderung ins Extreme zu gehen (Peters, Jellicic, Op Heij & Merckelbach, 2006; Tolin, Maltby, Weathers, Litz, Knight & Keane, 2004; Tsanadis, 2008; Wallis & Bogduk, 1996). Die Konsequenz aus dieser vielfach belegten Beobachtung liegt darin, extreme Beschwerdeschilderungen eher als Zeichen

von negativen Antwortverzerrungen, und nicht als Nachweis einer extremen Psychopathologie zu sehen.

Ein anderes Ergebnis verdient eine vertiefende Betrachtung. Obwohl nach dem Szenario durch die experimentellen Simulanten spezifisch Gedächtnisstörungen vorgetäuscht werden sollten, zeigten sie im FDS eine *Übergeneralisierung* geltend gemachter dissoziativer Symptome. In allen Subskalen wurden stark erhöhte Werte erhoben. Auch diese Übergeneralisierung geltend gemachter Psychopathologie ist im gutachtlichen Kontext immer wieder beobachtet worden.

Angesichts der Tatsache, dass die gefundenen FDS-Werte höher ausfielen als die von Spitzer et al. (2005) für forensische Patienten gefundenen, erscheinen zwei Anmerkungen angebracht. Erstens ist festzustellen, dass so hohe Dissoziationswerte, wie wir sie fanden, in der forensischen Praxis keineswegs selten sind. So berichteten beispielsweise Spitzer, Dudeck, Liss, Orlob, Gillner und Freyberger (2001) für eine Gruppe forensischer Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung einen Mittelwert von 24.6 ( $SD=15.2$ ), der dem nahe kommt, den wir für unsere Gruppe gewarnter experimenteller Simulanten erhielten. Zweitens sind Werte in solchen Verfahren wie der FDS/DES möglicherweise kontextabhängig. Damit ist Folgendes gemeint: Während Angeklagte, die eine Amnesie vortäuschen, in der Zeit *vor der Verurteilung* ihrer Behauptung durch übertriebene dissoziative Symptome Nachdruck zu verleihen meinen, können forensische Patienten *nach der Verurteilung* ihre Extremantworten abschwächen, um die Chancen zu erhöhen, für eine vorzeitige Haftentlassung oder Aussetzung auf Bewährung infrage zu kommen. Dies mag erklären, warum zum einen Spitzer et al. (2005) relative niedrige Dissoziationswerte für ihre Gruppen forensischer Patienten fanden, zum anderen der Anteil von Tätern, die eine tatbezogene Amnesie geltend machen, in der Zeit vor der Verhandlung bis nach der Verurteilung dramatisch abfällt (Pyszora, Barker & Kopelman, 2003).

Coaching oder die selbstständige Vorbereitung von Probanden auf eine gutachtliche Untersuchung stellt heute eine der größten Herausforderungen für die forensisch-psychologische Diagnostik dar und ist selbst Gegenstand einer Vielzahl von Studien geworden (Blaskewitz, Gorny, Merten & Kathmann, 2007; Gorny & Merten, 2005; Youngjohn, 1995; Überblick bei Suhr & Gunstad, 2007). Als niedrigste Stufe des Coaching gilt die Warnung, Symptompräsentation und/oder Beschwerdeschilderung nicht so zu übertreiben, dass diese für den forensischen Experten unglaubhaft würde. Zudem könnten durch den Gutachter spezifische Instrumente eingesetzt werden, um eine solche Übertreibung zu identifizieren. Es konnte wiederholt gezeigt werden, dass bereits nach einer solchen Warnung experimentelle Simulanten den Grad ihrer behaupteten, nicht authentischen Beschwerdendarstellung deutlich reduzieren. Exakt dies ist auch in der vorliegenden Studie gefunden worden. Die Konsequenz für die forensische Praxis kann nur darin liegen, auf Instrumente zurückzugreifen, die nicht nur simulationssensibel, sondern gleichzeitig coachingresistent sind (Hartman, 2002).

Anders als für den FDS zeigte sich im PDEQ keine extreme Übertreibung, auch wenn die Werte der naiven Simulanten statistisch signifikant über denen der Kontrollpersonen lagen. Die grundsätzliche Schwierigkeit besteht aber darin, dass das Instrument keinerlei Cutoff anbietet. Auf der konzeptionellen Ebene ist darüber hinaus festzustellen, was mehrere Vpn während der Untersuchung tatsächlich kritisch anmerkten: Wie sollen sie in der Lage sein, Aussagen über eine peritraumatische Dissoziation zu liefern, wenn sie doch das Ereignis gar nicht zu erinnern vorgeben? Unter Berücksichtigung all dessen mag es doch eher naiv erscheinen, Ursprung und Korrelate einer tatbezogenen Amnesie mit retrospektiven Maßen wie dem PDEQ erhellen zu wollen. Eine bessere Alternative würde darin liegen, die peritraumatische Dissoziation prospektiv zu erheben, wie dies beispielsweise in den Untersuchungen von Morgan und Mitarbeitern zu den Auswirkungen extremen militärischen Trainings auf das Gedächtnis der Rekruten an dieses Training getan wurde (Morgan et al., 2004). Ihre Untersuchungen unterstützten kaum eine Beziehung zwischen dissoziativen Reaktionen und Gedächtnislücken bzw. Gedächtnisverzerrungen.

Zurück zum Ausgangspunkt der Untersuchung, kann also aus dem oben diskutierten Hauptergebnis das Folgende abgeleitet werden: Instrumente wie der FDS sind anfällig gegenüber einer möglichen Simulation. Tatsächlich demonstriert die durchgeführte Kovarianzanalyse, dass alle gefundenen signifikanten Gruppeneffekte verschwinden, wenn eine Kontrolle simulativer Tendenzen erfolgt, wie sie mit Hilfe des SFSS erfasst werden. Dies legt noch einmal nachdrücklich den Schluss nahe, dass die hier betrachteten Fragebögen nicht nur für eine Vortäuschung anfällig sind, sondern ihr Einsatz nur sinnvoll erfolgen darf, wenn gleichzeitig eine adäquate Kontrolle negativer Antwortverzerrungen erfolgt.

Auf den Punkt gebracht, lässt sich zusammenfassend die Schlussfolgerung formulieren: Wenn die Diagnose einer dissoziativen Amnesie vorwiegend oder wesentlich auf den in Fragebögen gemachten Angaben beruht, ist die Validität sowohl der Diagnosestellung als auch der Verbindung zwischen der mutmaßlichen Amnesie und der vermuteten Dissoziation in Frage zu stellen. Äußerst skeptische Positionen zur dissoziativen Amnesie sind durchaus ernstzunehmend vorgebracht worden (z. B. Pope et al., 1998). In diesem Sinne schrieb Evans (2006): „*It may surprise forensic clinicians to know that no published research study has used measures of ‘dissociation’ in its design to support clinical claims that the mental mechanism underpinning psychogenic amnesia is, in fact, dissociation*“ (S. 514). Wenn diese Skepsis gerechtfertigt ist, so wären zwangsläufig auch die mitgeteilten Prävalenzraten dissoziativer Störungen und damit auch dissoziativer Amnesien im forensischen Kontext sehr kritisch zu hinterfragen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1995). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Forth Edition. DSM-IV. International version with ICD-10 codes. Washington, DC: Author.
- Ardolf, B. R., Denney, R. L. & Houston, C. M. (2007). Base rates of negative response bias and malingered neurocognitive dysfunction among criminal defendants referred for neuropsychological evaluation. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 899 – 916.
- Barbey, I. (1990). Postdeliktische Erinnerungsstörungen: Ergebnisse einer retrospektiven Erhebung. *Blutalkohol*, 27, 241 – 259.
- Becker-Blease, K. & Freyd, J. J. (2007). Dissociation and memory for perpetration among convicted sex offenders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8, 69 – 80.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727 – 735.
- Blaskowitz, N., Gorny, I., Merten, T. & Kathmann, N. (2007). Anleitung zum nicht-authentischen Testverhalten: Coaching-Praktiken und ihre Folgen. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17, 108 – 124.
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R. & Silver, C. H. (2007). Diagnostik der Beschwerdenvalidität: Praktische Gesichtspunkte und medizinische Erfordernisse. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17, 155 – 166.
- Brunner, R., Resch, F., Parzer, P. & Koch, E. (2008). *Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI): Manual* (2. Aufl.). Frankfurt/Main: Pearson.
- Candel, I. & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 44 – 50.
- Carlson, E. B. & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16 – 27.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B. & Merckelbach, H. (2003). „Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“. Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS“. *Nervenarzt*, 74, 977 – 986.
- Cima, M., Merckelbach, H., Klein, B., Schellbach-Matties, R. & Kremer, K. (2001). Frontal lobe dysfunction, dissociation, and trauma self-reports in forensic psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 188 – 190.
- Cima, M., Merckelbach, H., Nijman, H., Knauer, E. & Hollnack, S. (2002). I can't remember your honor: Offenders who claim amnesia. *German Journal of Psychiatry*, 5, 24 – 34.
- Cooper, B. S., Cuttler, C., Dell, P., & Yuille, J. C. (2006). Dissociation and amnesia: A study with male offenders. *International Journal of Forensic Psychology*, 1, 69 – 83.
- Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1999). Childhood trauma and dissociation in male sex offenders. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 6, 105 – 110.

- Evans, C. (2006). What violent offenders remember of their crime: Empirical explorations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 508 – 518.
- Evans, C., Mezey, G. & Ehlers, A. (2009). Amnesia for violent crime among young offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 85 – 106.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1: Handanweisung*. (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. (2002). *SCL-90-R: Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O. & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617 – 647.
- Giger, P., Merten, T., Merckelbach, H. & Oswald, M. (in press). Detection of feigned crime-related amnesia: A multi-method approach. *Journal of Forensic Psychology Practice*.
- Gorny, I. & Merten, T. (2005) Symptom Information, Warning, Coching: How do they affect successful feigning in neuropsychological assessment? *Journal of Forensic Neuropsychology*, 4 (4), 71 – 97.
- Hakkanen, H., Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H. & Lauerma, H. (2008). The role of gender in claiming partial or complete homicide-related amnesia. *Personality and Individual Differences*, 45, 597 – 601.
- Hartman, D. E. (2002). The unexamined lie is a lie worth fibbing. Neuropsychological malingering and the Word Memory Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 709 – 714.
- Kopelman, M. D. (1995). The assessment of psychogenic amnesia. In A.D. Baddeley, B. A. Wilson & F. N. Watts (Eds.), *Handbook of memory disorder* (pp. 427 – 448). Chichester, England: Wiley.
- Larrabee, G. J. (2007). *Assessment of malingered neuropsychological deficits*. Oxford: Oxford University Press.
- Littmann, E. (2005). Forensische Neuropsychologie – Aufgaben, Anwendungsfelder und Methoden. In H.-L. Kröber & M. Steller (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung im Strafverfahren – Indikationen, Methoden und Qualitätsstandards* (2. Aufl.; S. 61 – 117). Darmstadt: Steinkopff.
- McLeod, H. J., Byrne, M. K. & Aitken, R. (2004). Automatism and dissociation: Disturbances of consciousness and volition from a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 471 – 487.
- Maercker, A. (1994). *Deutsche Übersetzung des Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire*. Unveröffentlichtes Manuskript, TU Dresden. <http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/ForschungTools/Fragebogen/PDEQdt.pdf>. Download vom 04.02.2010.
- Marmar, C.R., Weiss, D. S. & Metzler, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 197-217). New York: Guilford.

- Merckelbach, H., Muris, P., & Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 26, 961 – 967.
- Merten, T. & Dettenborn, H. (Hrsg.) (2009). *Diagnostik der Beschwerdenvalidität*. Berlin: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Merten, T., Friedel, E., Mehren, G. & Stevens, A. (2007). Über die Validität von Persönlichkeitsprofilen in der nervenärztlichen Begutachtung. *Nervenarzt*, 78, 511 – 520.
- Merten, T., Friedel, E. & Stevens, A. (2007). Die Authentizität der Beschwerdenschilderung in der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung. Eine Untersuchung mit dem Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17, 140 – 154.
- Merten, T., Stevens, A. & Blaskewitz, N. (2007). Beschwerdenvalidität und Begutachtung: Eine Einführung. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17, 7 – 28.
- Morgan, C. A., Hazlett, G., Doran, A., Garrett, S., Hoyt, G., Thomas, P., Baranoski, M. & Southwick, S.M. (2004). Accuracy of eyewitness memory for persons encountered during exposure to highly intense stress. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 265 – 279.
- Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence. A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5, 21 – 46.
- Peters, M. J. V., Jelicic, M., Op Heij, C. D. H. & Merckelbach, H. (2006). Detection of malingered burnout using standard clinical questionnaires. *German Journal of Psychiatry*, 9, 10 – 16.
- Porter, S., Birt, A. R., Yuille, J. C. & Hervé, H. F. (2001). Memory for murder: A psychological perspective on dissociative amnesia in legal contexts. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 23 – 42.
- Pope, H. G., Hudson, J. I., Bodkin, J. A. & Oliva, P. (1998). Questionable validity of 'dissociative amnesia' in trauma victims. *British Journal of Psychiatry*, 172, 210 – 215.
- Pujol, M. & Kopelman, D. (2003). Psychogenic amnesia. *Practical Neurology*, 3, 292 – 299.
- Pyszora, N. M., Barker, A. F. & Kopelman, M. D. (2003). Amnesia for criminal offences: A study of life sentence prisoners. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14, 475 – 490.
- Rogers, R. (Ed.) (2008). *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Schacter, D. L. (1986). Amnesia and crime: How much do we really know? *American Psychologist*, 41, 286 – 295.
- Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H., Orlob, S., Gillner, M. & Freyberger, H. J. (2001). Posttraumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 63 – 77.
- Spitzer, C., Freyberger, H. J., Stieglitz, R. D., Carlson, E. B., Kuhn, G., Magdeburg, N., et al. (1998). Adaption and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 799 – 809.



- Spitzer, C., Liss, H., Dudeck, M., Orlob, S., Gillner, M., Hamm, A., et al. (2003). Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 281 – 288.
- Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J. (2005). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen – Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS)*. Bern: Hans Huber.
- Suhr, J. A. & Gunstad, J. (2007). Coaching and malingering: A review. In G. J. Larrabee, *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 287 – 311). Oxford: University Press.
- Tolin, D. F., Maltby, N., Weathers, F. W., Litz, B. T., Knight, J. & Keane, T. M. (2004). The use of the MMPI-2 Infrequency–Psychopathology scale in the assessment of posttraumatic stress disorder in male veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 23 – 29.
- Tsanadis, J., Montoya, E., Hanks, R. A., Millis, S. R., Fichtenberg, N. L. & Axelrod, B. N. (2008). Brain injury severity, litigation status, and self-report of postconcussive symptoms. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 1080 – 1092.
- Wallis, B. J., & Bogduk, N. (1996). Faking a profile: Can naive subjects simulate whiplash responses? *Pain*, 66, 223 – 227.
- Widows, M.R. & Smith, G.P. (2005). *SIMS – Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Youngjohn, J. R. (1995). Confirmed attorney coaching prior to *neuropsychological* evaluation. *Assessment*, 2, 279 – 283.

*Korrespondenzadresse:*  
lic. phil. Peter Giger  
Wankdorffeldstrasse 101  
CH-3014 Bern  
Schweiz  
  
Tel.: 0041-31-3020977  
E-Mail: p.giger@gmx.net