

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation: Eine kritische Betrachtung

The Connection Between Trauma and Dissociation: A Critical Evaluation

M. Cima^{1,2,3}
H. Merckelbach^{2,4}
S. Hollnack³
E. Knauer³

Zusammenfassung

Dissoziation wird häufig konzeptualisiert als ein Abwehrmechanismus für traumatische Erfahrungen (z. B. sexuellen oder körperlichen Missbrauch) sowie emotionale und elterliche Vernachlässigung. Diese Überzeugung resultiert aus Studien, in denen ein Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung traumatischer Erfahrungen und dissoziativen Symptomen festgestellt wurde. Die kausale Interpretation dieses Zusammenhanges ist jedoch problematisch. In diesem Beitrag wird diskutiert, dass der Zusammenhang zwischen Trauma-Selbsteinschätzung und dissoziativen Symptomen nicht direkt und unikausal ist. Zunächst erfolgt eine zusammenfassende Darstellung einiger Studien, in denen dieser Zusammenhang untersucht wurde. Dann wird auf Untersuchungen eingegangen, die weitere, diesen Zusammenhang beeinflussende Faktoren, identifiziert haben. Im Folgenden werden unterschiedliche Korrelate von Dissoziation herausgearbeitet. Einige dieser Korrelate (z. B. Phantasieeigung, Suggestibilität und Dysfunktionen des Frontalhirns) sind besonders relevant, da sie die Genauigkeit retrospektiver Selbsteinschätzung traumatischer Erfahrungen infrage stellen. Letztlich erscheint die Verbindung zwischen Trauma und Dissoziation wesentlich komplexer als oft behauptet. Die Möglichkeit, dass dissoziative Symptome zu erhöhter Selbsteinschätzung traumatischer Erfahrungen führen, verdient besondere Aufmerksamkeit.

Abstract

Dissociation is often considered to be a psychological defense mechanism used by victims of traumatic events (e.g., sexual abuse, physical punishment, or emotional abuse). Evidence for this view comes from studies that found a connection between self-reported traumatic childhood experiences and high levels of dissociation. However, there are some problems with this causal interpretation. The aim of this review is to summarize evidence that casts doubts on the commonly voiced view that the connection between self-reported trauma and dissociation is a simple and robust one. First, we briefly summarize studies that looked at the link between trauma and dissociation as well as studies that identified factors that may modulate this link. Second, we review studies that explored the psychological correlates of dissociation. Over the past few years, our knowledge of these correlates has increased considerably. Some of these correlates (e.g., fantasy proneness, suggestibility, and frontal lobe dysfunction) are especially relevant because they may undermine the accuracy of retrospective self-reports of trauma. Finally, we conclude that the link between trauma and dissociation is more complex than many clinicians seem to assume. In particular, the possibility that dissociation acts as an antecedent of self-reported trauma warrants serious attention.

Institutsangaben

¹Fernuniversität, Heerlen, Niederlande

²Abteilung für Experimentelle Psychologie, Universität Maastricht, Niederlande

³Rheinische Kliniken, Düren, Deutschland

⁴Fakultät Rechtswissenschaft, Universität Maastricht, Niederlande

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Maaïke Cima · Abteilung für Psychologie · Fernuniversität Heerlen · Postbus 2960, 6401 DL · Heerlen · Niederlande · E-mail: Maaïke.cima@ou.nl

Bibliografie

Fortschr Neurol Psychiatr 2003; 71: 600–608 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0720-4299

Gemäß DSM-IV [1] sind Dissoziative Störungen definiert als Störungen der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Ein häufig benutztes Inventar zur Erfassung dissoziativer Symptome ist die „Dissociative Experiences Scale“ [2]. Dieser Selbsteinschätzungs-Fragebogen beinhaltet 28 Items. Es handelt sich um die Variante einer Analogskala, bei der angegeben werden soll, in welchem Ausmaß die in den Items beschriebenen dissoziativen Erfahrungen im Verlauf des Lebens aufgetreten sind. Die Einschätzung reicht von 0% (nie) bis 100% (immer). Illustrative Beispiele der DES-Items sind: „Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Markieren Sie die Prozentzahl, die anzeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert“ oder „Einige Menschen stellen zeitweise fest, dass sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzt haben, dass sie meinen, diese geschähe wirklich. Markieren Sie die Prozentzahl, die anzeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert“. Auch in Deutschland wird der DES-Fragebogen angewendet [3]. Häufig wird er als Screening-Methode zur Erfassung dissoziativer Störungen traumatischer Ätiologie empfohlen (z.B. Dissoziative Identitätsstörung, Dissoziative Amnesie) [4]. Die Test-Retest-Stabilität und die Split-half-Reliabilität zeigen, dass der Fragebogen reliabel ist, während die Item-Skalen-Korrelation gute interne Konsistenz und Skalen-Konstruktvalidität angibt [2]. In Übereinstimmung damit zeigt die umfassende Studie von Van IJzendoorn und Schuengel [5], dass die psychometrische Qualität des DES sehr gut ist (Cronbach's $\alpha = .93$). Genauer gesagt zeigte der DES eine vorzügliche konvergente Validität mit anderen Dissoziationsfragebogen und -interviews ($r = .67$; $n = 5196$).

In der Literatur wird immer wieder dargestellt, dass traumatische Erfahrungen Ursache dissoziativer Symptome sind. Classen, Koopman und Spiegel [6] stellten z.B. die These auf, dass traumatisierte Opfer ihre Erinnerungen durch Dissoziation abspalten, um sich dem vollen Ausmaß des Traumas zu entziehen. Später könnten Dissoziationen die notwendige Durcharbeitung der traumatischen Erfahrung verzögern. Gemäß dieser Autoren ist die Entwicklung dissoziativer Symptome eine direkte Folge des Traumas. Ebenso stellten Putnam u. Mitarb. [7] fest, dass ein erhöhtes Dissoziationsniveau signifikant mit einer Vorgeschichte traumatischer Erfahrungen zusammenhängt. Auch nach diesen Autoren führen traumatische Erfahrungen auf direktem Wege zu dissoziativen Symptomen. Diese Auffassung wird nicht nur von amerikanischen Autoren vertreten. Auch von deutschsprachlichen Klinikern wird häufig behauptet, dass dissoziative Symptome einen traumatischen Hintergrund haben. So schreiben Brunner u. Mitarb. [8]: „Während beim akuten Stress durch eine situationsspezifische Krise die Dissoziation als Abwehr- bzw. Bewältigungsstil in Erscheinung treten kann, kann sich auf der Symptomebene eine dissoziative Episode entwickeln, die vor allem Amnesien, Depersonalisationen und Derealisationen beinhalten kann. Hingegen kann eine chronische Stressbelastung auf dem Hintergrund prä- und posttraumatischer Einflüsse zur Entstehung einer vulnerablen Persönlichkeit führen, die sich weiter zu einer chronisch dissoziativen Störung bzw. Identitätsstörung entwickeln kann“ (S. 313). Während dieses Zitat noch ziemlich zurückhaltend ist über die kausale Kette zwischen Trauma und

Dissoziation, sind sich Resch u. Mitarb. [9] ihrer Sache anscheinend sicherer, wenn sie schreiben: „Bei anhaltender Traumatisierung entwickelt sich schließlich ein dissoziatives Muster mit Amnesien, tranceartigen Zuständen, schnellem Wechsel von Stimmungen und Verhaltensweisen, Störungen der Affektregulation, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisbeeinträchtigungen, als ein Abwehr- und Bewältigungsstil“ (S. 129).

In diesem Artikel wird die These vertreten, dass eine direkte kausale Verbindung zwischen Trauma und Dissoziation nicht nachgewiesen ist. Das Konzept der Dissoziativen Identitätsstörung wirft, wie bereits bei Erkwow und Saß [10] diskutiert, eine Reihe von Fragen u. a. bezüglich der Ätiologie auf. Unsere Kritik richtet sich hauptsächlich gegen die empirische Basis der Untersuchungen. Das Trauma-Dissoziations-Modell basiert meistens auf Ergebnissen von Studien, in denen DES-Werte mit Fragebogen bezüglich Traumata in der Kindheit oder Jugend korreliert werden. In dieser Arbeit wird die Interpretation dieser Korrelation diskutiert.

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation

Das Trauma-Dissoziations-Modell impliziert zum ersten, dass es einen bedeutenden Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und dissoziativen Symptomen gibt. Mit diesem Thema befassen sich zahlreiche Untersuchungen. In einer Studie von Stübner u. Mitarb. [11] wird aufgrund eines Fallberichts gefolgert: „Aus den gesamten Informationen aus Lebens- und Krankheitsgeschichte der Patientin könnte die Annahme einer frühen dissoziativen Entwicklung als Überlebensstrategie nach schweren psychosozialen Belastungsfaktoren mit andauerndem Missbrauch durchaus plausibel erscheinen“ (S. 443). Die Autoren gehen sogar noch weiter und stellen aufgrund des Persönlichkeitsprofils der Patientin (d.h. hohe Intelligenz, ungewöhnlich differenzierte affektive Schwingungsfähigkeit, aber auch unberechenbares und aggressives Verhalten) fest, es dürfe vermutet werden, dass eine Dissoziative Störung im Sinne einer Dissoziativen Identitätsstörung vorliegt.

In manchen Untersuchungen wurde tatsächlich eine erhebliche Korrelation zwischen der Selbsteinschätzung traumatischer Erfahrungen und dissoziativen Symptomen festgestellt (z.B. $r = .72$ [12]; $r = .47$ [13]; $r = .40$ [14]). Korrelationen dieser Größe wurden jedoch nicht einheitlich gefunden. In einer Untersuchung von DiTomasso und Routh [15], die sich auf eine große Stichprobe von Studenten ($n = 312$) bezieht, füllten diese eine Selbsteinschätzungs-Skala bezüglich sexuellen Missbrauchs, eine bez. körperlicher Misshandlung und den DES-Fragebogen aus. Die Korrelation zwischen sexuellem Missbrauch und dissoziativen Symptomen betrug 0,21, die zwischen körperlicher Misshandlung und dissoziativen Symptomen 0,18. Wegen der Größe der Stichprobe erreichten diese Korrelationen zwar statistische Signifikanz, sie waren jedoch sehr gering.

Ein zweiter Punkt bezieht sich auf die zugrunde liegende Annahme des Trauma-Dissoziations-Modells, dass der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation ein direkter ist. Die Studie von Nash u. Mitarb. [16] zeigt, dass eine solche Annahme zweifelhaft ist. Die Autoren haben in einer gemischten Stichprobe

von Frauen mit und ohne psychiatrische Beschwerden ($n = 105$) festgestellt, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von sexuellem Missbrauch signifikant höhere Werte auf einem Dissoziations-Fragebogen erreichten als Frauen ohne eine solche Vorgeschichte. Diese Ergebnisse fügen sich problemlos in das Trauma-Dissoziations-Modell ein. Die Autoren zeigten jedoch auch, dass der Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung von sexuellem Missbrauch und Dissoziation verschwindet, wenn in der Analyse die Familienpathologie (z. B. im Hinblick auf Erziehungsstil oder soziales Umfeld) als Kovariable eingeführt wird. Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation wird also möglicherweise von der Familienpathologie beeinflusst und ist daher komplizierter als zunächst angenommen wurde. Ein ähnliches Ergebnis wurde in einer neueren Studie von Mulder, Beautrais, Joyce, und Fergusson [17] erzielt. Diese Studie stützte sich auf eine zufällig aus der Allgemeinbevölkerung zusammengestellte Stichprobe von über 1000 Individuen. Es wurde sowohl der DES-Fragebogen erhoben als auch Daten über psychiatrische Symptome und eventuell vorhandenen Missbrauch während der Kindheit gesammelt. Die Daten wurden einer logistischen Regressionsanalyse unterworfen. Die Autoren fanden, dass „any causal influence of childhood sexual abuse on dissociation is likely to be indirect and mediated by more general linkage between childhood sexual abuse and risk of mental disorder“ (S. 809) [17]. Beide Studien [16,17] stellen somit den einfachen Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation, wie in der Literatur so häufig angegeben, infrage.

Widersprüchlichkeiten

Ein dritter Kritikpunkt hinsichtlich des Trauma-Dissoziations-Modells bezieht sich auf die Unfähigkeit, manche Widersprüche hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Trauma und Dissoziation zu erklären. So wurde in einer Studie von Yehuda u. Mitarb. [18], die sich mit dissoziativen Symptomen von Überlebenden des Holocaust befasst, eine niedrige (und dieses Mal nicht signifikante) Korrelation zwischen traumatischen Erfahrungen und Dissoziation beobachtet. Übereinstimmend folgern die Autoren, dass: „in contrast to current dogma, dissociation in Holocaust survivors is not simply a consequence of having experienced severe trauma“ (S. 938) [18]. In einer Studie von Merckelbach, Dekkers, Wessel und Roefs [19], die sich auf Befunde von Opfern japanischer Konzentrationslager bezieht, wurde kein Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und dissoziativen Symptomen gefunden. Diese Autoren schließen: „our results show that PTSD related symptoms and dissociative experiences do not necessarily overlap with each other“.

Ein weiteres Beispiel ist die Untersuchung von Sanders und Giolas [20]. Sie ließen eine Gruppe jugendlicher Psychiatriepatienten ($n = 47$) den DES-Fragebogen und ein retrospektives Selbsteinschätzungsinstrument für Missbrauch und Familienatmosphäre ausfüllen. Ebenso wie in der Studie von DiTomasso und Routh [15] war die Korrelation von sexuellem Missbrauch und erhöhten Werten auf dem DES-Fragebogen signifikant, jedoch nur mittelmäßig ($r = .26$). Die Korrelation zwischen negativer Familienatmosphäre und erhöhten DES-Werten war wesentlich höher ($r = .50$). Diese Ergebnisse stimmen gut mit denen von Nash u. Mitarb. [16] überein. Sanders and Giolas [20] werteten

auch die Krankenakten der Patienten aus (Aufzeichnungen über Therapiestunden sowie Angaben zur Eigen- und Familienanamnese). Ein bezüglich der Ergebnisse des DES-Fragebogens und der Selbsteinschätzungsskala blinder Untersucher wertete die Krankenakten auf Anzeichen für traumatische Erfahrungen aus. Erstaunlicherweise zeigte sich eine negative Korrelation von sexuellen Missbrauchserfahrungen, die anhand der Krankenakten eingeschätzt wurden, und erhöhten Werten im DES-Fragebogen ($r = -.21$, $p = .10$). Je weniger Hinweise auf sexuellen Missbrauch also in der Krankenakte gefunden wurden, umso mehr dissoziative Symptome wurden von den Patienten im DES-Fragebogen geschildert. Offensichtlich zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation, wenn Selbsteinschätzungsinstrumente für die Untersuchung verwendet werden, aber eine negative Korrelation bei der Auswertung objektiverer Daten.

In einer deutschen Studie von Brunner, Parzer, Schuld und Resch [21], die sich auf eine Stichprobe von 198 adolescenten Patienten stützt, die die DES-Skala und einen Fragebogen hinsichtlich Traumata in der Kindheit oder Jugend ausfüllten, zeigte sich, dass milde, nicht jedoch schwerwiegende Formen körperlichen Missbrauchs und von Vernachlässigung mit erhöhten DES-Werten einher gingen. Auch diese Ergebnisse sind bedenkenswert.

In einer anderen deutschen Studie von Gast u. Mitarb. [13] wurden von 115 stationären psychiatrischen Patienten der DES-Fragebogen und ein Selbsteinschätzungsfragebogen zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und Dissoziation ausgefüllt. Von den 115 Patienten erreichten 25 erhöhte Werte auf der DES-Skala. Anhand des SCID-D-Interviews [22] wurde das Vorliegen einer Dissoziativen Störung erfasst. Weil einige Patienten ($n = 9$) bereits entlassen waren bevor das SCID-D-Interview durchgeführt wurde und andere ($n = 2$) die Teilnahme verweigerten, konnte das Interview letztlich nur bei 14 Patienten erfolgen. Ein Patient, der zwar keine erhöhten Werte im DES-Fragebogen aufwies, jedoch klinisch schwere Depersonalisationssymptome zeigte, wurde zusätzlich in die Gruppe weiter zu untersuchender Patienten aufgenommen. Nur ein Drittel der 15 Patienten erfüllte die Kriterien für eine Dissoziative Störung; d. h. 10 Patienten (67%) mit erhöhten DES-Werten hatten nach genauer Untersuchung keine Dissoziative Störung. Über traumatische Kindheitserlebnisse berichteten 84% der 115 Patienten. Es gaben also nur 18 Patienten an, keine traumatischen Erfahrungen zu haben. Das heißt lediglich 25 von 97 Patienten berichteten sowohl über traumatische Erfahrungen und wiesen auch erhöhte DES-Werte auf. Die übrigen 72 Patienten, die ebenso über traumatische Erfahrungen berichteten, zeigten keine erhöhten DES-Werte. Übrigens erfüllten die Patienten, die zunächst mit dem SCID-D Interview die Diagnose einer Dissoziativen Störung NNB erhielten, nach einjähriger Therapie die Kriterien für eine „Dissoziative Identitätsstörung“. Nach McHugh [23] ist in diesen Fällen nicht auszuschließen, dass eine Dissoziative Störung durch Suggestionen gefördert und durch klinische Aufmerksamkeit aufrecht erhalten wird (siehe auch [24,25]).

Diese Untersuchungen demonstrieren, dass der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation nicht so bedeutend und vor allem nicht so simpel ist, wie es in der klinischen Literatur häufig postuliert wird.

Korrelationen des DES-Fragebogens

In mehreren Studien wurde versucht, die psychologische Bedeutung der einzelnen DES-Faktoren zu erfassen. Ein anerkanntes Korrelat der Dissoziation ist die ausgeprägte Phantasieneigung (z.B. [26–29]), d.h. eine ausgeprägte Vorliebe für Phantasie und Imagination (z.B. [30]). Es muss jedoch angemerkt werden, dass die meisten Menschen mit einer ausgeprägten Phantasieneigung gut angepasst sind und keine deutliche Psychopathologie aufweisen [30]. Merckelbach u. Mitarb. [27] sowie Merckelbach, Muris, Horselenberg und Stougie [31] fanden in einer Stichprobe von Studenten Korrelationen zwischen DES-Werten und Phantasieneigung (CEQ) [32] im Bereich von 0,43 bis 0,63. Weiterhin zeigten diese Autoren, dass der signifikante Zusammenhang zwischen Phantasieneigung und DES-Werten nicht nur für diesen speziellen Faktor des DES, von dem man annimmt, dass er relativ gutartige Erfahrungen von Selbstversunkenheit und Imagination misst, deutlich war, sondern auch für die DES-Faktoren, die als Prädiktoren für dissoziative Psychopathologie angesehen werden (d.h. Depersonalisation und Derealisation) [33]. Die enge Verknüpfung von Dissoziation und Phantasieneigung wurde nicht nur in Stichproben von Studenten gefunden, sondern auch in klinischen Stichproben (z.B. $r = .41$ [34]) und Stichproben von jugendlichen Schülern ($r = .65$ [35]). Dies alles deutet darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Phantasieneigung und Dissoziation ein sehr fundamentaler ist.

Die Bedeutung dieser engen Verbindung von Dissoziation und Phantasieneigung liegt auf der Hand: Phantasieneigung kann den Wahrheitsgehalt retrospektiver Berichte von traumatischen Erfahrungen beeinträchtigen (z.B. [26,36]). Genauer gesagt könnte eine ausgeprägte Phantasieneigung dazu führen, dass entweder reale Erinnerungen mit Phantasieerinnerungen vermischt werden oder eine übertriebene Schilderung vergangener Ereignisse vorliegt. Die erste Möglichkeit bezieht sich auf so genannte Source Monitoring Probleme wie bei Johnson u. Mitarb. [37] beschrieben. Die zweite Möglichkeit drückt eine Neigung zur Konfabulation, oder anders gesagt zu einer falsch positiven Antworttendenz aus, wie bei Roediger u. Mitarb. [38] dargestellt.

Um diese beiden Möglichkeiten differenzieren zu können, führten Merckelbach u. Mitarb. [31] Studenten eine Serie von Dias vor. Manche dieser Dias zeigten Aufnahmen gewöhnlicher Gegenstände, andere Bilder zeigten wörtliche Beschreibungen von Gegenständen. In einer postexperimentellen Wiedererkennungsaufgabe sollten die Studenten entscheiden, ob ihnen ein bestimmter Gegenstand vorgeführt worden war, und wenn ja, ob der Gegenstand als Bild oder als wörtliche Beschreibung dargestellt war. Im Rahmen der Wiedererkennungsaufgabe konnten also zwei Arten von Fehlern auftreten: Zum einen Source-Monitoring-Fehler (d.h. Bilder mit wörtlichen Beschreibungen verwechseln oder anders herum) und falsch positive Antwortfehler (d.h. einen Gegenstand, der nicht gezeigt wurde, als Teil der Diaserie identifizieren). Sowohl für die Werte im DES als auch für die Phantasieneigung wurde kein Zusammenhang mit Source-Monitoring-Fehlern gefunden. Dieser Befund bestätigt die negativen Ergebnisse von Koppenhaver, Kumar und Pekala [39] sowie von Van den Hout u. Mitarb. [40]. Auch diese Autoren fanden keinen wesentlichen Zusammenhang zwischen erhöhter Dissoziation und mangelndem Source-Monitoring. In der Studie von Merckel-

bach u. Mitarb. [31] zeigten jedoch sowohl DES-Werte als auch Phantasieneigung eine signifikante Korrelation mit falsch positiven Antwortfehlern ($r = 0,40$ beziehungsweise $r = 0,26$). Die Korrelation zwischen DES-Werten und falsch positiven Antwortfehlern wurde abgeschwächt, wenn der Einfluss ausgeprägter Phantasieneigung berücksichtigt wurde.

In einem zweiten Experiment versuchten Merckelbach u. Mitarb. [31] festzustellen, ob die für Probanden mit hohen DES-Werten typische positive Antworttendenz sich auch auf autobiographische Erinnerungen erstreckte. Die Studenten füllten ein so genanntes „Life Events Inventory“ (LEI) [41] aus. Dieses Inventar umfasst eine große Anzahl relativ neutraler, aber sehr spezifischer Ereignisse (z.B. „Ich ging mit meiner Schule ins Disneyland“). Die Teilnehmer sollten angeben, wie sicher sie sich waren, dass sie diese Ereignisse vor dem 10. Lebensjahr erlebt hatten. Sowohl für den DES als auch für die Phantasieneigung wurde ein Zusammenhang mit einer positiven Antworttendenz im LEI ($r = 0,39$ beziehungsweise $r = 0,53$) gefunden. Die Kontrolle für Phantasieneigung verminderte die Korrelation zwischen DES und positiver Antworttendenz im LEI praktisch auf null. Insgesamt legen diese Ergebnisse nahe, dass Probanden, die hohe DES-Werte erreichen, eine positive Antworttendenz zeigen, die eng mit ihrer ausgeprägten Phantasieneigung zusammenhängt. Zwei jüngere Studien belegen die mit der Phantasieneigung verknüpfte positive Antworttendenz. So fanden Merckelbach und van de Ven [42], dass diejenigen Versuchspersonen, die ein Lied zu hören glaubten, während sie „white noise“ angeboten bekamen, erhöhte Werte auf einer Skala zur Messung von Phantasieneigung erhielten. Merckelbach und Smith [43] zeigten, dass es einen signifikanten Zusammenhang gibt zwischen Dissoziation, Phantasieneigung und dem Beschreiben von atypischen, seltsamen, oder nicht existierenden Symptomen (z.B. „Manchmal sind meine Muskeln plötzlich von einer Lähmung betroffen“).

Ein ähnlicher Schluss lässt sich aus der Arbeit von Johnson u. Mitarb. [44] ziehen. Diese Autoren haben die so genannte „Bad Thing Scale“ verwendet, auf der leicht unangenehme Ereignisse wie „Mir wurde in Geschäften zuwenig Wechselgeld heraus gegeben“ oder „Ich habe Freunden geholfen, aber umgekehrt ist mir nicht geholfen worden“ beschrieben werden. Es wurde eine positive Korrelation von DES-Werten und Werten auf der „Bad Thing Scale“ gefunden ($r = 0,43$). Auch hier zeigt sich also ein Zusammenhang von Dissoziation mit einer positiven Antworttendenz.

Ein zweites Korrelat der Dissoziation ist die Suggestibilität. Verschiedene Studien [45–47] basieren auf der Gudjonsson Suggestibility Scale (GSS) [48], einem Instrument zur Messung von Suggestibilität. Die GSS basiert auf einer kleinen Geschichte, die den Teilnehmern vorgelesen wird. Die Teilnehmer sollen dann eine Reihe von Fragen zu dieser Geschichte beantworten. Manche Fragen sind irreführend und beinhalten Fehlinformation. Die Tendenz, sich von irreführenden Fragen beeinflussen zu lassen, wird Yield-Wert genannt und ist ein Maß für Suggestibilität. Zwischen DES-Werten und Yield-Subskala zeigte sich eine Korrelation im Bereich von 0,29 bis 0,53 [46,49]. Ein Zusammenhang zwischen Dissoziation und Suggestibilität wurde schon früher von Ost u. Mitarb. [45] und Wolfradt und Meyer [47] berichtet.

Eine dritte Forschungsrichtung, die zu beachten ist, beschäftigt sich mit Studien über den Zusammenhang von Dysfunktionen des Frontalhirns mit gewalttätigem Verhalten und dissoziativen Zuständen (z. B. [50]). Manche Autoren haben argumentiert, dass dissoziative Symptome häufiger bei weiblichen als bei männlichen psychiatrischen Patienten auftreten (z. B. [4, 51]). Ihrer Ansicht nach zeigen Männer mit dissoziativen Symptomen auch eher antisoziales Verhalten und sind daher zu einem höheren Anteil in Besserungsanstalten untergebracht als in allgemeinpsychiatrischen Behandlungseinrichtungen. Snow u. Mitarb. [52] berichteten, dass in ihrer Stichprobe von männlichen Gefangenen höhere DES-Mittelwerte erzielt wurden als in einer Stichprobe innerhalb der Allgemeinbevölkerung. Die Forschung in diesem Bereich geht häufig von der mehr oder weniger impliziten Annahme aus, dass dissoziative Symptome bei Delinquenten die gleiche Ätiologie haben wie bei nicht kriminellen psychiatrischen Patienten. Es wird also oft angenommen, dass in beiden Gruppen dissoziative Symptome als Folge traumatischer Kindheitserfahrungen (z. B. sexueller Missbrauch) entstehen. In einer Studie von Cima u. Mitarb. [53] wurde neben der DES auch eine neuropsychologische Testbatterie (d. h. Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome; BADS) [54] mit 30 männlichen forensisch-psychiatrischen Patienten durchgeführt. Hier zeigte sich ebenfalls ein erhöhtes Niveau dissoziativer Symptome, was die Ergebnisse von Ross [4] unterstützt. Selbsteinschätzungen traumatischer Kindheitserfahrungen anhand des „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) [55] fanden sich bei Delinquenten recht häufig. Die einfache Version des Trauma-Dissoziations-Modells, wonach dissoziative Symptome direkt aus traumatischen Kindheitserfahrungen entstehen (z. B. [52]), konnte jedoch nicht unterstützt werden ($r = -.07$). Es zeigte sich, dass Dysfunktionen des Frontalhirns, gemessen mittels BADS, signifikant mit dissoziativen Symptomen korrelierten ($r = -.39$, $p < .05$). Nach Bernstein und Putnam [2] zeigt Dissoziation die Unfähigkeit an, verschiedene psychologische Funktionen (i. b. Gedächtnis, Emotionen, Bewusstsein) zu integrieren. In Übereinstimmung mit den Untersuchungen von Cima u. Mitarb. [53] könnte es gut möglich sein, dass nicht nur ein traumatischer Hintergrund, sondern auch Defizite der frontalen Hirnfunktionen zu dieser Unfähigkeit beitragen.

Zusammenfassend sind die in diesem Abschnitt zitierten Studien über den Zusammenhang von Dissoziation mit Phantasieneigung, Suggestibilität und Frontalhirnfunktionen deshalb besonders relevant, da sie die Validität retrospektiver Trauma-Selbsteinschätzungen von Personen mit erhöhten DES-Werten infrage stellen.

Der kausale Zusammenhang

Beweisquellen für das Trauma-Dissoziations-Modell entstammen meist Querschnittsstudien. Genauer gesagt wurden in diesen Studien sowohl die Selbsteinschätzung traumatischer Erlebnisse als auch die DES-Werte in klinischen sowie nicht-klinischen Stichproben untersucht. Beide Arten von Information werden dann miteinander in Verbindung gebracht und die resultierende Korrelation als kausaler Zusammenhang von vorangehendem Trauma und Dissoziation interpretiert. Pope und Hudson [56] haben argumentiert, dass diese Interpretation eines kausa-

len Zusammenhanges gefährlich ist. Häufig ist es jedoch nicht möglich, eine andere Strategie (z. B. Längsschnittstudien) zu verfolgen. Es stellt sich die Frage, wie plausibel gegensätzliche Interpretationen ein und derselben Korrelation sind. Hinsichtlich der Korrelation zwischen Kindheitstrauma und Dissoziation erscheint es fast logisch, so zu argumentieren, dass Kindheitstraumata den Reifeprozess beeinträchtigen und Vorläufer für die Entwicklung dissoziativer Symptome sind (siehe z. B. [8, 9, 21]). Eine andere, auf den ersten Blick weniger einleuchtende Interpretation wäre, dass dissoziative Symptome wesentlich dazu beitragen, Kindheitstraumata auf einem Selbsteinschätzungsinstrument zu bejahen. Diese Interpretation gewinnt bei genauerer Betrachtung an Plausibilität, denn es handelt sich bei diesen Korrelationen ja nicht um Kindheitstraumata als solche, sondern eben um die Selbsteinschätzung traumatischer Erlebnisse. Die Validität solcher Selbsteinschätzungen könnte durch bestimmte, mit Dissoziation verbundene Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Phantasieneigung oder Suggestibilität) beeinträchtigt sein. Wenn man die Möglichkeit in Betracht zieht, dass dissoziative Symptome selbstberichtete traumatische Erfahrungen fördern, so ist der in der Literatur häufig angenommene kausale Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation fragwürdig [57, 58]. In diesem Rahmen ergibt auch die Studie von Sanders und Giolas [20] Sinn. Wenn Dissoziation die Selbsteinschätzung beeinflussen kann, so ist zu verstehen, dass dissoziative Symptome positiv mit der Selbsteinschätzung traumatischer Kindheitserfahrungen korrelieren, jedoch nicht oder sogar negativ mit objektiven Hinweisen für ein traumatisches Ereignis.

Eine groß angelegte longitudinale Studie wäre erforderlich, um erfassen zu können, in welchen Konstellationen Traumata zu dissoziativen Tendenzen führen bzw. wann das Umgekehrte zutrifft. Aufgrund des hohen Zeitaufwandes und der entstehenden Kosten existieren solche Untersuchungen bisher nicht. Stehen keine Längsschnittuntersuchungen zur Verfügung, ist die nächstbeste Alternative zur Klärung des Kausalitätszusammenhanges, das Datenmaterial aus den Querschnittsuntersuchungen einem Strukturgleichungsmodell zu unterziehen (z. B. [59]). Im Grunde kombiniert diese Herangehensweise verschiedene statistische Berechnungen (z. B. Path-Analysis), um zu untersuchen, wie gut eine empirisch erhobene Korrelationsmatrix zu einem bestimmten Kausalitätsmodell passt. In einer neueren Studie von Merckelbach u. Mitarb. [60] wurden anhand dieser Methode zwei Modelle hinsichtlich des Zusammenhanges von Trauma und Dissoziation getestet. Die Stichprobe bestand aus 109 Studenten, die den DES-Fragebogen sowie andere Selbsteinschätzungsinstrumente für Phantasieneigung und traumatische Kindheitserlebnisse ausfüllten. Mithilfe des Strukturgleichungsmodells wurden die beiden Kausalitätsmodelle getestet. Das erste Modell war das weit akzeptierte Trauma-Dissoziations-Modell, in dem davon ausgegangen wird, dass traumatische Erfahrungen dissoziativen Symptomen vorausgehen. Das zweite Modell war ein Dissoziations-Trauma-Modell, in dem angenommen wird, dass erhöhte DES-Werte mit Phantasieneigung und Suggestibilität einhergehen und damit zu einer überhöhten Einschätzung von traumatischen Kindheitserfahrungen führen. Die Analyse zeigte, dass beide Modelle mit den erhobenen Daten vereinbar waren. Trotz der Begrenzungen dieser Studie, wie Querschnitts-Design, Abhängigkeit von Selbsteinschätzungsinstrumenten und nicht-klinische Stichprobe, wird doch eines deutlich: Die Mög-

lichkeit, dass die Kausalitätsrichtung eher von dissoziativen Symptomen zur überhöhten Selbsteinschätzung traumatischer Erfahrungen geht als anders herum, sollte nicht außer Betracht gelassen werden.

Trauma-Selbsteinschätzung

Es liegt nicht in unserer Absicht, Personen mit dissoziativen Symptomen eine ausgeprägte Neigung zu irreführenden Antworten bei Trauma-Selbsteinschätzungs-Fragebogen zuzuschreiben. Die zugrunde liegenden Abläufe im Dissoziations-Trauma-Modell sind wahrscheinlich wesentlich komplexer. In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, darauf hinzuweisen, dass der auch in Deutschland häufig angewendete [13] Selbsteinschätzungsfragebogen für traumatische Kindheitserlebnisse (Childhood Trauma Questionnaire: CTQ) [55] einige ziemlich spezifische Items (z. B. „Als ich aufgewachsen bin, wurde ich so heftig geschlagen, dass es von jemandem wie einem Lehrer, Nachbarn oder Arzt bemerkt wurde“) beinhaltet, aber auch sehr weit formulierte Items (z. B. „Als ich aufgewachsen bin, wurde ich von jemandem belästigt“). Beide Arten von Items werden auf einer Häufigkeitsskala, die einen Bereich von „nie wahr“ bis „sehr oft wahr“ aufweist, gewertet. Nach den Autoren ist das CTQ eine valide Screening-Methode für traumatische Kindheitserlebnisse [55]. Mit „valide“ meinen diese Autoren eine spezifische Art von Validität, nämlich konkurrente Validität. Sie fanden heraus, dass erhöhte Werte im CTQ mit der Beurteilung der Therapeuten bezüglich einer traumatischen Vorgeschichte ihrer Patienten einhergingen. Skeptiker haben auf die Grenzen dieser Art von Validität hingewiesen (z. B. [61]). Ihre Kritik wurde durch Untersuchungen, die das CTQ mit anderen Trauma-Fragebogen, bei denen die Items anhand dichotomer Skalen ausgewertet werden, bestätigt. Bei ca. 25% der Fälle zeigten sich Widersprüche hinsichtlich der Frage, ob die Probanden eine Vorgeschichte von sexuellem Missbrauch hatten oder nicht (z. B. [62]). Gemäß dem CTQ lag Missbrauch häufiger vor als bei den auf dichotomen Skalen messenden Instrumenten.

Schwartz [63] wies darauf hin, dass vage und weit formulierte Items vom Beantworter ein „Eindeutigmachen“ (disambiguation) erfordern. Eine Art dies zu erfüllen, liegt in der Nutzung von Quantifikatoren (wie z. B. „sehr häufig“). In seinen Worten: „the same expression denotes different frequencies in different domains. Thus, frequently suffering from headaches reflects higher absolute frequencies than frequently suffering from heart attacks“ (S. 99) [63]. Möglicherweise führen Persönlichkeitsmerkmale wie Phantasieneigung zu einer lockereren Interpretation ungenauer Trauma-Items. Dies könnte erklären, warum dissoziative Symptome zu einer erhöhten Selbsteinschätzung traumatischer Erfahrungen führen.

Nicht immer werden in diesem Forschungsbereich Trauma-Fragebogen angewendet. So unterzogen Draijer und Langeland [64] ihre Patienten einem Interview, dessen kritische Frage lautete: „Nowadays it is clear that many women, but men as well, have had negative sexual experiences in their childhood. Do you know if something like this happened to you?“ Noch abgesehen vom suggestiven Beginn („many women“), ist natürlich auch diese Frage sehr vage formuliert („something like this“). Man könnte

sich vorstellen, dass Patienten mit dissoziativen Symptomen aufgrund ihrer erhöhten Phantasieneigung und/oder ihrer erhöhten Suggestibilität diese Frage mit „Ja“ beantworten.

Pseudo-Erinnerungen

Ist es möglich, lang vergessene Erinnerungen von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit unter dem Einfluss einer Psychotherapie wieder zu entdecken? Und wenn ja, wie reliabel sind solche Erinnerungen? Fragen wie diese waren Thema einer intensiven Auseinandersetzung zwischen klinisch orientierten Autoren und Experimentalpsychologen (z. B. [25]). Im Gebiet der Pseudo-Erinnerungen führten so genannte recovered memories zu weitreichenden Untersuchungen. Im Wesentlichen wurden zwei Formen von Pseudo-Erinnerungen unterschieden.

Die erste Form kann man als natürlich auftretende Pseudo-Erinnerungen bezeichnen. Ein gutes Beispiel hierfür sind Personen, die behaupten, detaillierte Erinnerungen an eine Entführung durch Außerirdische zu haben, ein traumatisches Ereignis, das ausgesprochen unwahrscheinlich ist. Systematische Untersuchungen dieser Form von Pseudo-Erinnerungen haben gezeigt, dass Individuen mit solchen Erinnerungen erhöhte Werte für Dissoziation und Phantasieneigung aufweisen (z. B. [65–67]). Andere natürlich auftretende Pseudo-Erinnerungen entstehen, wenn ein Traum als wirkliches Ereignis verkannt wird. Untersuchungen (z. B. [68]) zeigen, dass zwischen 10 und 25% der untersuchten Personen häufiger Traum und Realität durcheinander bringen. Wiederum haben diejenigen, die über solche Erfahrungen berichten, erhöhte Werte für Dissoziation und Phantasieneigung im Vergleich zu denen, die diese Erfahrungen nicht teilen. Eine geläufigere Form von Pseudo-Erinnerungen tritt auf, wenn Personen eine Gedächtnisillusion zu einem Alltagsereignis entwickeln. Porter und Birt [69] befragten 306 Probanden, ob sie sich jemals an ein Ereignis erinnern haben, von dem sie später herausgefunden haben, dass es definitiv nicht stattgefunden hat. Über 20% der Befragten gaben solche Gedächtnisillusionen an und diese Personen hatten erheblich höhere DES-Werte als die, die diese Gedächtnisillusionen nicht berichteten.

Eine zweite Form von Pseudo-Erinnerungen sind solche, die durch experimentelle Manipulation hervorgerufen werden. So konnte in experimentellen Untersuchungen gezeigt werden, dass bei annähernd 30% der studentischen Teilnehmer andauernde Pseudo-Erinnerungen hervorgerufen werden konnten, indem ihnen ein fiktives Ereignis präsentiert wurde, das angeblich von ihren Eltern berichtet wurde (z. B. [70, 57]). Es gibt keinen überzeugenden Hinweis dafür, dass die Teilnehmer, die schließlich eine solche Pseudo-Erinnerung über ein nicht stattgefundenes Ereignis entwickeln, höhere Werte im DES-Fragebogen haben als diejenigen, bei denen keine Pseudo-Erinnerung auftritt. Ein ähnlicher Schluss wurde von Autoren, die sich mit dem Phänomen der sog. imagination inflation beschäftigten, gezogen (z. B. [71]). Dieses Phänomen tritt auf, wenn Probanden gebeten werden, sich ein Ereignis, das sie zunächst als unwahrscheinlich, vor ihrem 10. Geburtstag aufgetreten, eingeordnet haben, Imaginieren sollen (z. B. ein Fenster mit der Hand zerbrochen zu haben, einen Silberring gefunden zu haben). Wenn den Probanden detaillierte Instruktionen gegeben werden, sich die-

ses Ereignis vorzustellen, erhöht sich in der Folge die Einschätzung der prozentualen Wahrscheinlichkeit, dass dieses Ereignis tatsächlich stattgefunden hat. Dieser imagination inflation-Effekt ist bei Probanden mit erhöhten DES-Werten ausgeprägter.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die in diesem Abschnitt zitierten Untersuchungen wenig Zweifel daran lassen, dass Personen, die über relativ viele dissoziative Symptome (im DES-Fragebogen) berichten, empfänglicher als andere dafür sind, Pseudo-Erinnerungen zu entwickeln. Von besonderer Relevanz ist dieser Punkt für Studien, die ihr Trauma-Dissoziationsmodell auf Daten von Psychotherapiepatienten stützen (z.B. [72]). Um es klar auszudrücken: Der gemeinsame Einfluss von erhöhter Dissoziation und Psychotherapie könnte Pseudo-Erinnerungen von Kindheitstraumata entstehen lassen.

Diskussion

Die immer wiederkehrende Behauptung in der klinischen Literatur, dass traumatische Erlebnisse zu dissoziativen Symptomen führen, ist so weit akzeptiert, dass oft geglaubt wird, sie sollte Teil des psychologischen und psychiatrischen Allgemeinwissens sein.

Wir haben versucht, die Problematik dieser Annahme zu erläutern. Als erstes wird in einfachen Trauma-Dissoziations-Modellen ein Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation unterstellt, obwohl nicht alle Untersuchungen solch eine solide Korrelation bestätigen (z.B. [15]). Zum Zweiten wird angenommen, dass ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen vorangehendem Trauma und konsekutiver Dissoziation vorliegt, wohingegen manche Studien gezeigt haben, dass eine dritte Variable (nämlich Familienpathologie) von Bedeutung sein kann [16].

Zudem stehen einige Untersuchungen in direktem Widerspruch mit dem Trauma-Dissoziations-Modell (z.B. [18,20]). Und schließlich beruhen Untersuchungen, die als Beweis für die These, dass Traumata zu dissoziativen Symptomen führen, zitiert werden, auf dem DES-Fragebogen. Dieses Messinstrument ist jedoch eng mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Phantasieneigung) verbunden, die die Genauigkeit retrospektiver Selbsteinschätzungen traumatischer Erfahrungen beeinträchtigen können [31].

Abschließend möchten wir zur kritischen Sicht in diesem Artikel vier Anmerkungen machen. Erstens haben manche Autoren (z.B. [3]) den DES-Fragebogen als Screening-Methode für ernsthafte dissoziative Pathologie (z.B. Dissoziative Identitätsstörung) empfohlen. Eine Studie von Sandberg und Lynn [72] zeigte jedoch, dass nur eine kleine Minderheit (6%) der Individuen, deren DES-Werte im obersten Bereich (15%) liegen, die Kriterien für eine Dissoziative Störung erfüllen. Die Autoren folgern: „the DES, when used with nonclinical samples, is likely to yield a large number of false positives for dissociative disorder“ (S. 722) [72]. Auf der Grundlage der oben beschriebenen Studien ist es einfach zu verstehen, warum dies der Fall ist: die Überschneidung von Items der DES und relativ normalen Persönlichkeitszügen wie Phantasieneigung ist beträchtlich. Neben der Verbindung zu

Phantasieneigung zeigte die DES einen Zusammenhang mit kognitiven Fehlern ($r = .53$) [27], Neurotizismus ($r = .66$) [47] und Angst ($r = .75$) [47]. Die Folgerung, dass die DES auf sehr unterschiedliche Merkmale zielt, die nicht unbedingt eine pathologische Qualität besitzen (z.B. [73 – 75]), ist also gerechtfertigt.

Zum Zweiten ist anzumerken, dass das Trauma-Dissoziations-Modell eine wichtige Rolle im forensischen Bereich spielt. Zu oft wird in Sachverständigenaussagen das „a fortiori“-Argument benutzt, dass ein hoher DES-Wert des Opfers einen guten Beweis für den Wahrheitsgehalt von Beschuldigungen des sexuellen Missbrauchs liefert. Eine solche Argumentation basiert auf einer radikaleren Variante des Trauma-Dissoziation-Modells. Es wird angenommen, dass ein erhöhtes Niveau dissoziativer Symptome nur dann auftreten kann, wenn ein vorhergehendes traumatisches Erlebnis vorliegt. Logisch ausgedrückt wird eine schwache Implikation in eine starke Implikation verwandelt. Diese radikale Variante des Trauma-Dissoziations-Modells ist der gleichen Kritik wie oben unterworfen.

Ein dritter Punkt ist, dass die radikale Variante des Trauma-Dissoziations-Modells zeigt, wie populär dieses Modell in der Fachliteratur geworden ist. Das zeigt auch die Tatsache, dass bei Querschnitts-Untersuchungen in diesem Bereich einseitige statistische Berechnungen übernommen werden. Die Ergebnisse solcher Studien werden in der Regel mit Hilfe von Regressionsanalysen erstellt, in denen Traumata als die Prädiktorvariablen und DES-Werte als abhängige Variablen fungieren (siehe [64]). Eine solche Art der Datenanalyse lässt jedoch vergessen, dass der Kausalitätszusammenhang ebenso gut anders herum bestehen kann. Ähnliche Einwände betreffen Untersuchungen, die sich unkritisch eines Vokabulars bedienen, welches Kausalität und objektive Messungen unterstellt, obwohl ein solcher Standard nicht erzielt wird. Zum Beispiel benutzen Lange, De Beurs, Doaln, Lachnit u. Mitarb. [76] den Satz: „objective characteristics of abuse“ (S. 150), wenn sie eigentlich die retrospektive Selbsteinschätzung hinsichtlich des Schweregrades, der Dauer und der Häufigkeit des Missbrauchs meinen. Ebenso schreiben Chu u. Mitarb. [77] über: „independent corroboration of recovered memories of abuse“ (S. 749), wenn sie sich auf Berichte von Patienten beziehen, die laut ihrer eigenen Angaben eine Art von Verifizierung für den Missbrauch finden konnten. Wenn die Selbsteinschätzung traumatischer Kindheitserfahrungen mit traumatischen Kindheitserfahrungen gleichgesetzt wird, gelangt man schnell zum Trauma-Dissoziations-Modell und vernachlässigt alternative Erklärungsansätze. Diese Kritik trifft nicht nur amerikanische Studien. In einer deutschen Studie von Resch u. Mitarb. [9] wurden bei 251 jugendlichen Patienten anhand einer unveröffentlichten, halbstrukturierten Checkliste [78] Traumata durch die behandelnden Therapeuten eingeschätzt. Die Ergebnisse waren irreführend, und zwar nicht nur, weil eine objektive Erhebung traumatischer Erfahrungen fehlte, sondern auch weil der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation anhand von Regressionsanalysen ermittelt wurde, in denen Traumata die Prädiktorvariable und DES-Werte abhängige Variablen darstellten.

Eine letzte Anmerkung bezieht sich auf andere Maße für Dissoziation. In den letzten Jahren sind alternative Methoden zur Erfassung von Dissoziation entwickelt und publiziert worden (z.B.

[79,80]). Nur schwer lässt sich sagen, ob diese Methoden in diagnostischer Hinsicht besser geeignet sind als die DES, bis in weiteren Untersuchungen deren Korrelation mit Phantasieneigung, kognitiver Beeinträchtigung, Neurotizismus und Angst untersucht wird. In dem Maß, in dem alternative Messinstrumente für Dissoziation mit diesen Merkmalen korrelieren, sind sie auch anfällig für die in diesem Artikel dargestellten Probleme. Wir stimmen mit Hacking (S. 112) [73] überein, der sagte: „The whole machinery of the DES has been constructed – quite literally constructed – in order to make it appear to be an objective fact that there is a continuum of one and the same kind of experience, the dissociative experience. Once one dismantles that construction, it is not so clear that there is one kind of experience there to study“.

Literatur

- ¹ American Psychiatric Association APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn (DSM-IV). Washington: APA, 1994
- ² Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociative scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174: 727–735
- ³ Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N, Bernstein-Carlson E. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 1998; 48: 223–229
- ⁴ Ross CA. *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. New York: Wiley, 1997
- ⁵ Ijzendoorn MH van, Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review* 1996; 16: 365–382
- ⁶ Classen C, Koopman C, Spiegel D. Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1993; 27: 178–194
- ⁷ Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson C, Clark P, Torem M, Bowman ES, Coons PH, Chu JA, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184: 673–679
- ⁸ Brunner R, Resch F, Parzer P, Koch E. Dissoziation und Trauma: Psychotherapeutische Gesichtspunkte. In: Hoffmann P, Lux M, Probst C, Steinbauer M, Tauchler J, Zapotoczky HG (Hrsg). *Klinische Psychotherapie*. Vienna: Springer, 1997: 312–318
- ⁹ Resch F, Brunner RM, Parzer P. Dissoziative Mechanismen und Persönlichkeitsentwicklung. In: Klosterkötter J (Hrsg). *Frühdiagnostik und Frühbehandlung*. Berlin: Springer, 1998: 125–141
- ¹⁰ Erkwoh R, Saß H. Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzeptionen in neuem Gewande. *Nervenarzt* 1993; 64: 169–174
- ¹¹ Stübner S, Völkl G, Soyka M. Zur Differentialdiagnose der dissoziativen Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung). *Nervenarzt* 1989; 69: 440–445
- ¹² Nijman H, Dautzenberg M, Merckelbach H, Jung P, Wessel I, a Campo J. Self-mutilating behavior of psychiatric inpatients. *European Psychiatry* 1999; 14: 4–10
- ¹³ Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorder among psychiatric inpatients in a german university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; 189: 249–257
- ¹⁴ Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relation between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry* 1996; 37: 12–16
- ¹⁵ DiTomasso MJ, Routh DK. Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation. *Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 477–485
- ¹⁶ Nash MR, Hulseley TL, Sexton MC, Harralson TL, Lambert W. Long-term sequela of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 276–283
- ¹⁷ Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, Fergusson DM. Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Journal of Psychiatry* 1998; 155: 806–811
- ¹⁸ Yehuda R, Elkin A, Binder-Brynes K, Kahana B, Southwick SM, Schmeidler J, Giller EL. Dissociation in aging Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 935–940
- ¹⁹ Merckelbach H, Dekkers T, Wessel I, Roefs A. Amnesia, flashbacks, nightmares, and dissociation in aging concentration camp survivors. *Behaviour Research and Therapy*. Im Druck
- ²⁰ Sanders B, Golas MH. Dissociation and childhood trauma in psychological disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 50–54
- ²¹ Brunner R, Parzer P, Schuld V, Resch F. Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188: 71–77
- ²² Gast U, Oswald T, Zündorf F. Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SCID-D). Deutsche Fassung. Göttingen: Hogrefe, 2000
- ²³ McHugh PR. *Multiple personality disorder*. New York: Harvard Mental Health Newsletter, 1993
- ²⁴ Merskey H. The manufacture of personalities: The production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 327–340
- ²⁵ Cronmabg HFM, Merckelbach H. Missbrauch vergisst man nicht. Erinnern und Verdrängen – Fehldiagnosen und Fehlurteile. Berlin: Ullstein, 1997
- ²⁶ Rauschenberg SL, Lynn SJ. Fantasy proneness, DSM-III-R axis I psychopathology, and dissociation. *Journal of Abnormal Psychology* 1995; 104: 373–380
- ²⁷ Merckelbach H, Muris P, Rassin E. Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences* 1999; 26: 961–967
- ²⁸ Merckelbach H, Devilly GJ, Rassin E. Alters in dissociative identity disorder: Metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review* 2002; 22: 481–497
- ²⁹ Merckelbach H, Rassin E, Muris P. Dissociation, schizotypy and fantasy proneness in undergraduate students. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188: 428–431
- ³⁰ Lynn SJ, Rhue JW. Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist* 1988; 43: 350–354
- ³¹ Merckelbach H, Muris P, Horselenberg R, Stougie S. Dissociation, reality monitoring, and response bias. *Personality and Individual Differences* 2000; 28: 49–58
- ³² Merckelbach H, Horselenberg R, Muris P. The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): A brief self-report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences* 2001; 31: 987–995
- ³³ Ross CA, Joshi S, Currie R. Dissociative experiences in the general population: A factor analyses. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42: 297–301
- ³⁴ Pekala RJ, Kumar VK, Ainslie G, Elliott NC, Mullen KJ, Salinger MM, Masten E. Dissociation as a function of child abuse and fantasy proneness in a substance abuse population. *Imagination, Cognition, and Personality* 1999/2000; 19: 105–129
- ³⁵ Muris P, Merckelbach H, Peeters E. The links between the adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), fantasy proneness, and anxiety symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Im Druck
- ³⁶ Bryant RA. Fantasy-proneness and recall of childhood abuse. In: Burrows GD, Stanley RO (Hrsg). *Contemporary International Hypnosis*. New York: Wiley, 1995: 109–117
- ³⁷ Johnson MK, Hashtroudi S, Lindsay DS. Source monitoring. *Psychological Bulletin* 1993; 114: 3–28
- ³⁸ Roediger HL III, Wheeler MA, Rajaram S. Remembering, knowing and reconstructing the past. In: Medin DL (Hrsg). *The psychology of learning and motivation: Advances in theory and research*. New York: Academic Press, 1993: 97–103
- ³⁹ Koppenhaver JM, Kumar VK, Pekala RJ. Dissociativity, imagery vividness, and reality monitoring. *Dissociation* 1997; 10: 21–28
- ⁴⁰ Hout MA van den, Merckelbach H, Pool K. Dissociation, reality monitoring, trauma, and thought suppression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1996; 24: 97–108
- ⁴¹ Garry M, Manning CG, Loftus EF, Sherman SJ. Imagination inflation: Imagining a childhood event inflates confidence that it occurs. *Psychonomic Bulletin & Review* 1996; 3: 208–214
- ⁴² Merckelbach H, Ven V van de. Another White Christmas: Fantasy proneness and reports of “hallucinatory experiences” in undergraduate

- students. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2001; 32: 137–144
- ⁴³ Merckelbach H, Smith GP. Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Im Druck
- ⁴⁴ Johnson RC, Edman JL, Danko GP. Self reported negative experiences and dissociation. *Personality and Individual Differences* 1995; 18: 793–795
- ⁴⁵ Ost J, Fellow B, Bull R. Individual differences and the suggestibility of human memory. *Contemporary Hypnosis* 1997; 14: 132–137
- ⁴⁶ Merckelbach H, Muris P, Wessel I, Koppen PJ van. The Gudjonsson Suggestibility Scale (GSS): Further data on its reliability, validity, and metacognition correlates. *Social Behavior and Personality* 1998; 26: 203–210
- ⁴⁷ Wolfardt U, Meyer T. Interrogative suggestibility, anxiety, and dissociation among anxious patients and normal controls. *Personality and Individual Differences* 1998; 25: 425–432
- ⁴⁸ Gudjonsson GH. The psychology of interrogations, confessions, and testimony. Chichester: Wiley, 1992
- ⁴⁹ Merckelbach H, Muris P, Rassin E, Horselenberg R. Dissociative experiences and interrogative suggestibility in college students. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 1133–1140
- ⁵⁰ Evans JR, Claycomb S. Abnormal EEG patterns associated with dissociation and violence. *Journal of Neurotherapy* 1999; 3: 21–27
- ⁵¹ Putnam FW. *Diagnoses and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford, 1989
- ⁵² Snow MS, Beckman D, Brack C. Results of the Dissociative Experiences Scale in a jail population. *Dissociation* 1996; 9: 98–103
- ⁵³ Cima M, Merckelbach H, Klein B, Schellbach-Matties R, Kremer K. Frontal lobe dysfunctions, dissociation, and trauma self-reports in forensic psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 4: 89–91
- ⁵⁴ Wilson BA, Alderman N, Burgess PW, Emslie HE, Evans JJ. *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome*. Bury St Edmunds, England: Thames Valley Test Company, 1996
- ⁵⁵ Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Fook J, Lovejoy M, Wenzel K, Saparito E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1132–1136
- ⁵⁶ Pope HG, Hudson JI. Does childhood sexual abuse cause adult psychiatric disorders? Essentials of methodology. *Journal of Psychiatry & Law* 1995; 23: 363–381
- ⁵⁷ Tillman JC, Nash MR, Lerner PM. Does trauma cause dissociative psychopathology? In: Lynn SJ, Rhue JW (Hrsg.). *Dissociation: clinical and theoretical perspective*. New York: Guilford, 1994: 395–413
- ⁵⁸ Merckelbach H, Muris P. The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39: 245–251
- ⁵⁹ Schumacker RE, Lomax RG. *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah NJ: Erlbaum, 1996
- ⁶⁰ Merckelbach H, Rassin E, Horselenberg R, Schmidt H. Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Personality and Individual Differences* 2002; 32: 695–705
- ⁶¹ Good MI. Validity of childhood abuse measurements. *American Journal of Psychiatry* 1995; 52: 1533–1534
- ⁶² Lipschitz D, Bernstein DP, Winegar RK, Southwick SM. Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: a comparison of two self-report measures. *Journal of Traumatic Stress* 1999; 12: 641–654
- ⁶³ Schwartz N. Self-reports: how the questions shape the answers. *American Psychologist* 1999; 54: 93–105
- ⁶⁴ Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 379–385
- ⁶⁵ Clancy SA, McNally RJ, Pitman RK, Lenzenweger MF. Memory distortion in people reporting abduction by aliens. *Journal of Abnormal Psychology* 2002; 111: 455–461
- ⁶⁶ Banaji MR, Kihlstrom JF. The ordinary nature of alien abduction memories. *Psychological Inquiry* 1997; 7: 132–135
- ⁶⁷ Persinger MA. Neuropsychological profiles of adults who report sudden remembering of early childhood memories: Implications for claims of sex abuse and alien visitation/abduction experiences. *Perceptual and Motor Skills* 1992; 75: 259–266
- ⁶⁸ Rassin E, Merckelbach H, Spaan V. When dreams become a royal road to confusion: realistic dreams, dissociation, and fantasy proneness. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2001; 189: 478–481
- ⁶⁹ Porter S, Birt AR. Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology* 2001; 15: 1–17
- ⁷⁰ Hyman IE, Billings FJ. Individual differences and the creation of false childhood memories. *Memory* 1998; 16: 313–318
- ⁷¹ Heaps C, Nash M. Individual differences in imagination inflation. *Psychonomic Bulletin & Review* 1999; 6: 313–318
- ⁷² Sandberg DA, Lynn SJ. Dissociative experiences, psychopathology and adjustment, and child and adolescent maltreatment in female college students. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101: 717–723
- ⁷³ Hacking I. *Rewriting the Soul: Multiple personality and the sciences of memory*. New Jersey: Princeton, 1995
- ⁷⁴ Frankel FH. Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147: 823–829
- ⁷⁵ Frankel FH. Dissociation: The clinical realities. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 64–70
- ⁷⁶ Lange A, Beurs E de, Doaln C, Lachnit T, Sjollem S, Hanewald G. Long-term effects of childhood sexual abuse: Objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187: 150–158
- ⁷⁷ Chu JA, Frey LM, Ganzel BL, Matthews JA. Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 749–755
- ⁷⁸ Brunner RM, Parzer P. *Checkliste zur Erhebung traumatischer Lebensereignisse in der Kindheit und Jugend*. University Heidelberg: Unpublished Instrument, 1994
- ⁷⁹ Vanderlinden J, Dyck R van, Vandereycken W, Vertommen H. Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium. *Dissociation* 1991; 4: 180–184
- ⁸⁰ Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Vanderlinden J, Dyck R van, Hart O van der. Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory imminence and injury. *Journal of Abnormal Psychology* 1998; 107: 63–73