

Frauke Rodewald¹
Ursula Gast²
Hinderk M. Emrich¹

Screening auf Komplexe Dissoziative Störungen mit dem Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS)

Screening for Major Dissociative Disorders with the FDS, the German Version of the Dissociative Experience Scale

Originalarbeit

Zusammenfassung

Komplexe Dissoziative Störungen treten mit einer Prävalenz von ca. 5% in klinischen Populationen häufig auf, werden jedoch oft lange übersehen. Zur Unterstützung der klinischen Diagnostik hat sich der Einsatz von Screeninginstrumenten bewährt. Mit der Untersuchung sollte geprüft werden, wie gut der Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS; deutsche Bearbeitung der Dissociative Experiences Scale, DES) bzw. die Kurzversion FDS-20 zwischen Patientinnen mit dissoziativen vs. nicht-dissoziativen Störungen bzw. nicht-klinischen Kontrollpersonen trennt. Außerdem sollten Cut-off-Werte ermittelt werden, ab denen eine weiterführende differenzialdiagnostische Untersuchung auf Dissoziative Störungen sinnvoll ist. 150 Teilnehmerinnen mit Dissoziativer Identitätsstörung (DIS, n = 44), Nicht Näher Bezeichneter Dissoziativer Störung (DIS-ähnliche Form; DDNOS, n = 22), mit posttraumatischen Störungen (TRAUMA, n = 20), anderen nicht-dissoziativen Störungen (non-TRAUMA, n = 34) bzw. nicht-klinische Kontrollpersonen (KG, n = 30) wurden mit dem FDS untersucht. Für die Auswertung wurden Gruppenwerte für FDS, DES und FDS-20 ermittelt und verglichen. Anschließend wurden mittels Receiver-Operating-Curves Cut-off-Werte identifiziert, die optimal zwischen Teilnehmerinnen mit vs. ohne komplexe Dissoziative Störung trennen. FDS, DES und FDS-20 trennen gut zwischen Patientinnen mit vs. ohne komplexe Dissoziative Störung. Für alle Skalen ließen sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nachweisen, wobei die Testwerte von der Gruppe DIS über die Gruppe DDNOS bis zur Gruppe TRAUMA kontinuierlich abnahmen. Zwischen den Gruppen TRAUMA, non-TRAUMA

Abstract

The prevalence of major dissociative disorders (dissociative identity disorder, DID and similar forms of dissociative disorder not otherwise specified, DDNOS) in clinical samples is about 5%. Despite their frequency, major dissociative disorders are often overseen for a long time. Screening-scales have proved to be effective to support clinical diagnosis. The aim of this study was to test, whether the Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS), the German version of the Dissociative Experiences Scale (DES), differentiates between patients with dissociative disorders, non-dissociative disorders and non-clinical controls. Additionally, an optimal FDS-cutoff for a more detailed differential-diagnostic evaluation of the dissociative symptomatology should be identified. 150 participants with DID (group DID: n = 44), DDNOS (DDNOS: n = 22), posttraumatic disorders (TRAUMA: n = 20), other non-dissociative disorders (non-TRAUMA: n = 34) and non-clinical controls (KG: n = 30) completed the FDS. In the five diagnostic groups, mean values were calculated and compared for the FDS, DES and FDS-20. Via receiver-operating-curves the cut-off-scores, which differentiated best between participants with and without major dissociative disorders, were identified. FDS, DES and FDS-20 differentiate significantly between patients with and without major dissociative disorders. For all scales, there were significant differences between the diagnostic groups, with mean-scores decreasing continuously from the groups DID to DDNOS and TRAUMA. Between the groups non-TRAUMA and KG tendencies were found in the predicted direction. The optimal cutoff-scores to differentiate between partici-

249

Heruntergeladen von: Thieme Verlagsgruppe. Urheberrechtlich geschützt.

Institutsangaben

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie

² Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Psych. Frauke Rodewald · Medizinische Hochschule Hannover · Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover · E-mail: Rodewald.Frauke@MH-Hannover.de

Eingegangen: 26. Mai 2005 · Angenommen: 19. Januar 2006

Bibliografie

Psychother Psych Med 2006; 56: 249–258 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-932590
ISSN 0937-2032

und KG zeigten sich Tendenzen in die vorhergesagte Richtung. Mit ROC-Analysen wurden optimale Cut-off-Werte von 13 Punkten (FDS, FDS-20) bzw. von 15 Punkten (DES) ermittelt. Bei diesen Cut-off-Werten konnten mindestens 90% der hochdissoziativen Patientinnen in der Stichprobe richtig identifiziert werden (Sensitivität), während die Spezifität der Skalen bei spez. = 0,89 – 0,90 lag. **Fazit:** FDS, DES und FDS-20 ermöglichen ein sicheres Screening auf komplexe Dissoziative Störungen und sollten daher in die Routinediagnostik von psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Kliniken und Praxen integriert werden. Ein solches Vorgehen kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der heute oft noch mangelhaften diagnostischen und therapeutischen Versorgung hoch-dissoziativer PatientInnen leisten.

pants with and without major dissociative disorders were 13 (FDS/FDS-20) and 15 (DES). Using these cutoff-scores, at least 90% of the patients with major dissociative disorders could be identified correctly (sensitivity). The specificity of the scales was 0.89 to 0.90. **Conclusion:** Screening for major dissociative disorders with the FDS, DES and FDS-20 allows to identify patients with or without major dissociative disorders correctly in about 90% of the cases. Therefore, the FDS should be used routinely in psychiatric and psychotherapeutic clinics and practices to identify high risk patients. Such a procedure would be an important step towards an improvement of the diagnostic and therapeutic care of patients with major dissociative disorders, which is still often unsatisfactory at present.

Key words

Major dissociative disorders · dissociative identity disorder · screening · Dissociative Experiences Scale (DES) · Fragebogen für dissoziative Störungen (FDS) · cutoff-scores

Einleitung

Dissoziative Störungen sind durch eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins gekennzeichnet, wovon das Gedächtnis, die Wahrnehmung und das Identitätserleben betroffen sein können [1]. Hauptmerkmale der so genannten „Komplexen Dissoziativen Störungen“, der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und DIS-ähnlicher Formen der Nicht Näher Bezeichneten Dissoziativen Störung (engl. „dissociative disorder, not otherwise specified“, DDNOS) sind eine tief gehende Fragmentierung des Identitätserlebens und das Vorliegen dissoziierter, autonom agierender Persönlichkeits- bzw. Selbstzustände (self-states) [2,3]. Bei den Selbstzuständen handelt es sich um dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit, die sich subjektiv in Alter, Geschlecht, Sprache, speziellen Fähigkeiten, Wissen oder im vorherrschenden Affekt unterscheiden können. Die alternierenden Selbstzustände werden von den Betroffenen vor allem bei der DIS als nicht zur eigenen Persönlichkeit gehörend wahrgenommen und übernehmen auf innere oder äußere Auslösereize (so genannte „Trigger“) hin die Kontrolle über das Erleben und Verhalten der Person. Häufig besteht eine teilweise oder vollständige Amnesie für das Vorhandensein bzw. die Handlungen der anderen Zustände. Darüber hinaus leiden PatientInnen mit DIS/DDNOS Typ I in den meisten Fällen unter einer vielgestaltigen schweren nicht-dissoziativen Begleitsymptomatik, die zu erheblichen Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen (z.B. Alltagsbewältigung, soziale Beziehungen, Arbeitsfähigkeit etc.) führen kann.

Lange Zeit ging man davon aus, dass die DIS selten ist. Zahlreiche Prävalenzstudien (vgl. z.B. [4–9]) zeigen jedoch, dass die Störung häufiger auftritt, als ursprünglich vermutet. Heute geht man davon aus, dass die Prävalenzrate für die DIS in allgemeinpsychiatrischen Populationen bei bis zu 5% liegt (für einen Überblick über Studienergebnisse vgl. [5,10]). In Risikopopulationen (z.B. PatientInnen mit traumatischen Kindheitserfahrungen, mit Suchterkrankungen, Angststörungen, posttraumatischen Störungen, Essstörungen und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung)

können die Prävalenzraten sogar noch deutlich darüber liegen (für eine Übersicht vgl. z.B. [11]).

Trotz ihrer Häufigkeit und der Schwere der Beeinträchtigungen werden komplexe Dissoziative Störungen häufig übersehen. Boon u. Draijer [12], Putnam et al. [13], Ross u. Dua [14] und Ross, Norton u. Wozney [15] berichten übereinstimmend, dass die von ihnen untersuchten DIS-PatientInnen durchschnittlich sechs bis acht Jahre Kontakt zu psychosozialen bzw. psychiatrischen Einrichtungen hatten, bevor die DIS diagnostiziert wurde. Diese Ergebnisse konnten für den deutschen Raum weitgehend bestätigt werden [16].

Ein Grund hierfür dürfte sein, dass viele betroffene PatientInnen zunächst nicht wegen der dissoziativen Kernsymptomatik therapeutische Hilfe suchen, sondern wegen nicht-dissoziativen Begleitsymptomen wie Ängsten, Depressionen, Essstörungen oder Beziehungsproblemen [10,17]. Dementsprechend berichten viele PatientInnen nicht spontan von dissoziativen Symptomen. Ein Teil der PatientInnen ist sich zu Beginn der Behandlung der vorliegenden dissoziativen Symptome auch nicht oder nicht in vollem Umfang bewusst („Amnesie für die Amnesie“). Viele Betroffene versuchen außerdem, ihre Symptome zu verstecken oder zu bagatellisieren. Fast alle PatientInnen mit komplexen Dissoziativen Störungen haben schließlich schwere Beziehungstraumatisierungen erlebt und haben dadurch große Probleme, sich anderen Menschen anzuvertrauen [10,18–20]. Dissoziative Symptome müssen daher aktiv erfragt werden.

In der klinischen Praxis hat sich der routinemäßige Einsatz von Screeninginstrumenten bewährt. Diese identifizieren PatientInnen mit einem erhöhten Ausmaß an dissoziativen Symptomen, bei denen eine weiterreichende Differenzialdiagnostik mit spezifischen Diagnoseinstrumenten durchgeführt werden sollte.

Das international am häufigsten eingesetzte und am besten validierte Screeninginstrument für dissoziative Störungen ist die *Dissociative Experiences Scale (DES)* [21]. Die DES erfasst dissozia-

tive Alltagserfahrungen und pathologisch-dissoziative Symptome und liefert ein Gesamtmaß für den Schweregrad der dissoziativen Symptomatik. Ab einem bestimmten Gesamtwert (Cut-off) wird eine weiterführende Differenzialdiagnostik empfohlen. Allerdings gibt es keine allgemein akzeptierte Vorgabe. In der Literatur werden vielmehr unterschiedliche Cut-off-Werte von 15–30 Punkten für die DES genannt (vgl. z. B. [23–25]).

Mit dem *Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS)* [26] liegt eine deutsche Bearbeitung der DES vor, die gegenüber dem Originalbogen um eine Subskala zu Konversionssymptomen erweitert wurde, um den Fragebogen auch an die ICD-10-Klassifikation anzupassen. Darüber hinaus veröffentlichten Spitzer et al. [27] eine 20 Items umfassende Kurzversion des FDS, den FDS-20. Dieser wurde anhand der Itemanalyseergebnisse aus der 44 Item-Version des FDS extrahiert. Hauptkriterium für die Aufnahme eines Items in die Kurzversion des Fragebogens waren optimale Trennschärfeindices.

PatientInnen mit Dissoziativen Störungen weisen nach den Ergebnissen von Validierungsstudien signifikant höhere FDS-Werte auf als PatientInnen mit nicht-dissoziativen Störungen bzw. nicht-klinische Kontrollpersonen. Im internationalen Vergleich fällt jedoch auf, dass die von Freyberger et al. [26,28] bzw. von Spitzer et al. [27] veröffentlichten Gruppenmittelwerte deutlich niedriger liegen als die in einer umfassenden Metaanalyse zur psychometrischen Qualität der DES [22] beschriebenen mittleren Ergebnisse aus internationalen Studien. Aus der Stichprobenbeschreibung von Freyberger et al. [26,28] ist ersichtlich, dass die Eichstichprobe für den FDS zwar neurologische und psychiatrische PatientInnen mit dissoziativen Störungen umfasste, nicht jedoch PatientInnen mit einer DIS oder DDNOS Typ I. Es blieb daher zunächst unklar, ob die auffallend niedrigen FDS- bzw. DES-Werte in der deutschen Studie [28] auf kulturelle Unterschiede und mögliche Übersetzungseffekte hindeuten oder ob sie eher auf die Stichprobenzusammensetzung zurückzuführen sind. Auch die Frage, ab welchem Cut-off-Wert eine weiterführende differenzialdiagnostische Abklärung der dissoziativen Symptomatik erfolgen sollte, kann auf der Basis der Studie von Freyberger et al. [26,28] nicht beantwortet werden.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Diagnostik komplexer Dissoziativer Störungen an der Medizinischen Hochschule Hannover wurden daher FDS-Daten ausgewertet, die für eine Studie zu Diagnosetechniken und -instrumenten für Dissoziative Störungen erhoben worden waren, um die Forschungsergebnisse von Freyberger et al. [26,28] bzw. von Spitzer et al. [27] zu replizieren und zu erweitern. Dabei wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Welche FDS- und DES-Werte weisen PatientInnen mit schweren Dissoziativen Störungen (DIS/DDNOS Typ I) im Vergleich zu PatientInnen mit nicht-dissoziativen Störungen bzw. nicht-klinischen Kontrollpersonen auf?
2. Welcher Cut-off-Wert trennt am besten zwischen PatientInnen mit schweren Dissoziativen Störungen und klinischen bzw. nicht-klinischen Kontrollpersonen?
3. Wie gut trennt der FDS 20 zwischen hoch-dissoziativen PatientInnen und anderen StudienteilnehmerInnen und bei welchem Cut-off-Wert wird eine optimale Vorhersagegüte erreicht?

Methodik

Die Daten wurden im Rahmen eines größeren, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projektes zur Diagnostik Dissoziativer Störungen erhoben. Untersucht wurden PatientInnen mit einer klinisch diagnostizierten DIS (*Gruppe DIS*, $n = 44$) und PatientInnen mit klinisch diagnostizierter DDNOS vom Typ I (DIS-ähnliche Formen; *Gruppe DDNOS*, $n = 22$).

Darüber hinaus wurden zwei Vergleichsgruppen von PatientInnen mit nicht-dissoziativen Störungen in die Studie aufgenommen. In der *Gruppe TRAUMA* ($n = 20$) wurden PatientInnen mit verschiedenen posttraumatischen Störungsbildern (Anpassungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörungen bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung) zusammengefasst. Die *Gruppe non-TRAUMA* ($n = 34$) wurde aus PatientInnen gebildet, die unter traumaunspezifischen Störungen litten (v.a. Angststörungen und affektive Störungen). Die Diagnose einer solchen traumaunspezifischen Störung schließt traumatische Erfahrungen in der Vorgeschichte nicht aus. Der entscheidende Unterschied zur Gruppe TRAUMA besteht darin, dass bei den non-TRAUMA-Störungen Traumata vorliegen können, aber nicht müssen. Bei den in der Gruppe TRAUMA zusammengefassten Störungsbildern hingegen werden traumatische Erfahrungen als notwendige Voraussetzung für die Ausbildung der Störungsbilder angesehen.

Außerdem wurde eine *nicht-klinische Kontrollgruppe (KG)* mit Personen ohne psychiatrische Vorbehandlung, die sich aktuell nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden, in das Untersuchungsdesign aufgenommen.

Aus forschungstechnischen Gründen wurden ausschließlich Frauen mit einem Mindestalter von 18 Jahren in die Untersuchung einbezogen. Alle TeilnehmerInnen nahmen nach umfassender Information freiwillig an der Studie teil und gaben schriftlich ihr Einverständnis zur Nutzung der Daten für wissenschaftliche Zwecke. Als *Ausschlusskriterien* galten akute Psychoosen bzw. Intoxikationen und/oder akute Suizidalität. Die TeilnehmerInnen der nicht-klinischen Kontrollgruppe durften bislang nicht psychiatrisch behandelt worden sein und befanden sich aktuell nicht in Psychotherapie.

Die PatientInnen wurden den Untersuchungsgruppen entsprechend ihrer Hauptdiagnose zugeordnet. Die klinischen Diagnosen wurden nach ausführlicher Diagnostik von den behandelnden ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen gestellt und dem Forschungsteam mitgeteilt. Alle Diagnosen wurden in Bezug auf die dissoziative Symptomatik (Vorliegen und gegebenenfalls Art der dissoziativen Störung) über eine Untersuchung mit dem strukturierten klinischen Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D) [29] abgesichert.

An der Studie waren die Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld und die Klinik und Poliklinik der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover beteiligt. Die Datenerhebung erfolgte von Juni 2001 bis September 2003.

Messinstrumente

Im Rahmen der Studie wurde eine breite standardisierte Diagnostik auf dissoziative und nicht-dissoziative Symptome und Störungen durchgeführt. Alle Teilnehmerinnen wurden mit einem Fragebogen zur (klinischen) Vorgeschichte, mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) [30], der Symptomcheckliste nach Derogatis [31], dem Screeningmodul der International Personality Disorder Examination (IPDE) [32], dem Kurzinterview für psychische Störungen (Mini-DIPS) [33], einem für die Studie zusammengestellten Fragebogen zu Selbstverletzendem Verhalten sowie dem Strukturierten Klinischen Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D) [29], dem Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS) [26] und dem Multidimensionalen Inventar für dissoziative Symptome [34] untersucht.

Eine detaillierte Darstellung der Testbatterie findet sich bei Rodewald [16]. Für die hier vorgestellten Teilergebnisse sind die folgenden Instrumente von Interesse:

Fragebogen zur persönlichen und klinischen Vorgeschichte

Erfasst wurden Informationen zu soziodemografischen Daten sowie zur klinischen Vorgeschichte (Vordiagnosen, ambulante und stationäre psychiatrische bzw. psychotherapeutische Vorbehandlungen).

Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D)

Das Interview [29] ist die deutsche Übersetzung des Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D-R) von Steinberg [18]. Es handelt sich um ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung der fünf dissoziativen Hauptsymptome Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und -wechsel und ermöglicht die Diagnostik und Differenzialdiagnostik Dissoziativer Störungen auf der Basis der DSM-IV-Kriterien.

In fünf Kapiteln wird das Ausmaß der dissoziativen Hauptsymptome erfasst. Nach Abschluss des Interviews erfolgt anhand von operationalisierten Kriterien [29] für jedes der fünf Hauptsymptome eine Einschätzung des Schweregrades (1 = liegt nicht vor, 2 = leicht, 3 = mäßig, 4 = schwer). Außerdem wird überprüft, ob die DSM-IV-Diagnosekriterien für eine Dissoziative Störung erfüllt sind und wenn ja, um welche Störung es sich handelt.

Fragebogen für Dissoziative Symptome (FDS)

Der FDS [26] ist die deutsche Übersetzung der Dissociative Experiences Scale (DES) [21], die um eine 16 Items umfassende Subskala zu Konversionssymptomen erweitert wurde. Der Gesamtfragebogen umfasst 44 Items und liefert als Screeninginstrument ein allgemeines Maß für die Stärke der dissoziativen Symptomatik. Für die vor kurzem veröffentlichte Kurzform FDS-20 [27] wurden aus diesen 44 Items die 20 Items mit der höchsten Trennschärfe extrahiert und zu der Kurzversion FDS-20 zusammengefasst.

Die Befragten schätzen auf einer Ratingskala (0 = niemals, 100 = immer) ein, wie häufig die vorgegebenen dissoziativen Erfahrungen bei ihnen auftreten. Als Gesamtscore wird der Mittelwert aus den Häufigkeitseinschätzungen gebildet. Außerdem

können Subskalenwerte für Amnesie, Depersonalisation/Derealisation, Absorptionserleben und Konversion berechnet werden.

Die DES weist nach den Ergebnissen einer umfangreichen Metaanalyse [22] eine gute bis sehr gute Reliabilität und Validität auf. Auch für den FDS und den FDS-20 liegen sehr gute Werte für die Validität und Reliabilität vor [26,27]. Für die DES wurde darüber hinaus die Vorhersagegüte der Skala ermittelt. Je nach Untersuchung und verwendetem Cut-off-Wert wurden Sensitivitätskoeffizienten von 0,74–0,95 und Spezifitätswerte von 0,80–1,00 ermittelt [23–25].

Untersuchungsdurchführung und Auswertungstechnik

Die Studienteilnehmerinnen befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in der Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld oder in der Psychiatrischen Poliklinik I bzw. auf einer der Stationen der Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover in Behandlung. Die nicht-klinischen Kontrollpersonen wurden über Aushänge und über persönliche Kontaktaufnahme zu potenziellen Teilnehmerinnen rekrutiert. Die Teilnehmerinnen wurden den Untersuchungsgruppen anhand ihrer klinischen Diagnosen zugeordnet. Darüber hinaus wurden alle Teilnehmerinnen mit dem SKID-D untersucht, um die Vordiagnose einer schweren Dissoziativen Störung zu verifizieren bzw. um bei Teilnehmerinnen ohne entsprechende Vordiagnose eine Dissoziative Störung sicher auszuschließen. Die Teilnehmerinnen bearbeiteten die Fragebogen selbstständig zwischen dem Erstkontakt, bei dem eine allgemeinpsychiatrische Diagnostik durchgeführt wurde und dem zweiten Termin, bei dem das SKID-D-Interview durchgeführt wurde (für Details zum Untersuchungsablauf vgl. [16]).

Für die Auswertung wurden die FDS- und DES-Gesamtwerte ermittelt. Außerdem wurden die Gesamtwerte für den FDS-20 [27] aus den vorliegenden Daten berechnet. Zur Überprüfung der oben dargestellten Fragestellungen wurden zunächst deskriptive Statistiken für die FDS-44-, die DES- und die FDS-20-Werte berechnet und beschrieben. Anschließend wurden Gruppenunterschiede auf ihre Signifikanz überprüft. Da auf der Basis von Voruntersuchungen zu erwarten war, dass die Testwerte nicht normal verteilt sind [21,24,27], kamen Mann-Whitney-U-Tests zum Einsatz. Erwartet wurde ein kontinuierliches Abnehmen der Gruppenwerte von der Gruppe DIS über die Gruppen DDNOS, TRAUMA, non-TRAUMA bis hin zur KG. Um einer möglichen Fehlerkumulation bei der Durchführung von mehreren statistischen Tests zur Überprüfung einer inhaltlichen Gesamthypothese entgegenzuwirken, wurde der kritische Signifikanzwert von $\alpha = 0,05$ nach den Vorgaben von Hager [35] an der Anzahl der durchzuführenden Tests adjustiert (drei Testwerte und je vier Gruppenvergleiche = 12 Tests). Hieraus resultiert ein kritischer Wert von $\alpha = 0,004$ auf der Ebene der Einzeltests.

Zur Ermittlung der Vorhersagewerte der drei Test-Formen (FDS, DES, FDS-20) wurden die Teilnehmerinnen auf der Basis der SKID-D-Diagnosen in zwei Gruppen unterteilt (komplexe Dissoziative Störung ja/nein). Anschließend wurden per Receiver-Operating-Curve(ROC)-Analysen für den FDS, die DES sowie für den FDS-20 ermittelt, wie hoch die Sensitivität und die Spezifität

des Fragebogens bei verschiedenen Gesamtwerten ist. Anschließend wurden die Cut-off-Werte bestimmt, die zu einem optimalen Verhältnis zwischen Sensitivität und Spezifität der Klassifikation führen. Angestrebt wurden eine Sensitivität von sens $\geq 0,90$ und eine Spezifität von spez $\geq 0,85$.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Für die Studie wurden insgesamt $n = 166$ Untersuchungen durchgeführt. Sechs Patientinnen (3,61%) brachen die Untersuchung vorzeitig ab bzw. wurden entlassen, bevor das zweite diagnostische Interview (SKID-D) durchgeführt werden konnte. Weitere $n = 10$ Fälle (6,02%) mussten (zumeist aufgrund von unvollständigen Daten) von der Auswertung ausgeschlossen werden.

Die Gesamtstichprobe umfasst somit $n = 150$ Teilnehmerinnen. Hiervon litten $n = 44$ Patientinnen unter einer DIS (29,33%). Die Diagnose einer DDNOS Typ I war in $n = 22$ Fällen gestellt worden (14,67%). In $n = 20$ Fällen lagen posttraumatische Störungen vor (Gruppe TRAUMA, 13,34%) und $n = 34$ Patientinnen litten unter anderen nicht-dissoziativen Störungen (Gruppe non-TRAUMA, 22,67%). Die verbleibenden $n = 30$ Teilnehmerinnen (20,00%) waren nicht-klinische Kontrollpersonen.

Das Alter der Studienteilnehmerinnen streute zwischen 18 und 65 Jahren. Der Mittelwert für die Gesamtstichprobe lag bei $M = 35,87$ Jahren ($SD = 10,86$). Eine einfaktorielle Varianzanalyse erbrachte keine Hinweise auf signifikante Altersunterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ($F = 0,633$; $p = 0,640$). 56 (37,58%) Teilnehmerinnen waren ledig, $n = 70$ Teilnehmerinnen (46,98%) lebten in einer festen Partnerschaft bzw. waren verheiratet, $n = 21$ (14,09%) waren geschieden und $n = 2$ Teilnehmerinnen (1,34%) waren verwitwet. Ein χ^2 -Test auf Häufigkeitsunterschiede zwischen den Gruppen erbrachten mit $\chi^2 = 18,48$ ($p = 0,297$) ein nicht signifikantes Ergebnis.

FDS-Werte in den Untersuchungsgruppen

Zunächst wurden deskriptive Statistiken für die drei Fragebogenversionen und die fünf Untersuchungsgruppen berechnet und verglichen. Die höchsten Mittelwerte fanden sich durchgehend für die DES-Skala (vgl. Tab. 1). Die Werte für den FDS liegen je nach Gesamtsymptombelastung um etwa drei bis fünf Punkte unter den DES-Werten. Die FDS-20-Werte liegen jeweils zwischen den DES- und den FDS-Werten.

Bei der Betrachtung der Mittelwerte für die einzelnen Untersuchungsgruppen fanden sich für alle drei Skalen die vorhergesagten Gruppenunterschiede. Patientinnen mit DIS und DDNOS weisen die mit Abstand schwersten dissoziativen Symptome auf, wobei sich auch zwischen den Gruppen DIS und DDNOS eine starke Abstufung im Schweregrad der Symptomatik nachweisen ließ (vgl. Tab. 1). Die Werte der DIS-Patientinnen schwankten je nach Skala zwischen $M = 40,12$ und $M = 45,37$ Punkten, während die Patientinnen mit einer DDNOS Werte von $M = 25,37$ bis zu $M = 29,28$ Punkten erreichten. Auffällig ist in der Gruppe DDNOS jedoch eine im Vergleich zur Gruppe DIS leicht erhöhte Standardabweichung ($SD = 16,29 - 19,96$ vs. $SD = 11,97 - 12,67$).

Tab. 1 FDS-, DES- und FDS-20-Werte: deskriptive Statistik

		MIN	MAX	M	SD
FDS	DIS	20,23	64,77	40,12	11,97
	DDNOS	5,45	71,28	25,37	16,29
	TRAUMA	0,68	32,27	10,38	8,33
	non-TRAUMA	0,45	15,68	5,71	4,37
	KG	0,00	8,86	2,90	2,35
FDS-20	DIS	20,00	67,50	43,06	12,67
	DDNOS	4,50	79,44	29,28	19,96
	TRAUMA	0,00	40,50	12,11	11,07
	non-TRAUMA	0,00	21,00	6,06	5,47
	KG	0,00	8,00	2,62	2,32
DES	DIS	26,07	72,86	45,37	12,31
	DDNOS	7,50	70,77	28,95	18,52
	TRAUMA	0,71	33,57	12,77	9,87
	non-TRAUMA	0,71	20,00	6,36	5,18
	KG	0,00	11,79	4,03	3,05

Auch bei den Patientinnen mit posttraumatischen Störungen fanden sich mit $M = 10,38$ bis $M = 12,77$ erwartungsgemäß erhöhte Werte, die Maximalwerte und die Standardabweichungen lagen mit $MAX = 32,27 - 40,50$ und $SD = 8,33 - 11,07$ jedoch deutlich niedriger als in der Gruppe DDNOS.

In den Gruppen non-Trauma und KG fanden sich mit $M = 5,71$ bis $M = 6,36$ sehr niedrige Mittelwerte, die darauf hindeuten, dass bei den Befragten zumeist nur leichte dissoziative Phänomene auftreten. Allerdings fanden sich in der Gruppe non-Trauma einzelne Teilnehmerinnen, die über eine ausgeprägtere dissoziative Symptomatik berichteten (Maximalwerte: 15,68 – 21,00).

In einer Zusatzauswertung wurde außerdem ermittelt, was für mittlere FDS- und DES-Werte resultieren, wenn die Gruppen TRAUMA und non-TRAUMA zu einer gemeinsamen Gruppe zusammengefasst werden. Diese Gruppe nicht-dissoziativer Patientinnen (non-DD) entspricht weitgehend psychiatrisch-psychotherapeutischen Stichproben und ist damit für einen Vergleich von Ergebnissen aus verschiedenen Studien besonders interessant. Es resultierten vergleichsweise niedrige Gruppenmittelwerte von $M = 7,42$ ($SD = 6,45$) für den FDS und von $M = 8,70$ ($SD = 7,89$) für die DES. Allerdings ist für beide Skalen eine erhebliche Streubreite der Ergebnisse zu verzeichnen (FDS: 0,45 – 32,27 Punkte, DES: 0,71 – 33,57 Punkte).

Zur Überprüfung der Hypothese, dass die mittleren FDS- bzw. DES-Werte von der Gruppe DIS über die Gruppen DDNOS, TRAUMA, non-TRAUMA bis hin zur KG kontinuierlich abnehmen, wurden Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt (siehe Tab. 2).

Die vorhergesagten Gruppenunterschiede konnten überwiegend nachgewiesen werden. Zwischen den Gruppen DIS und DDNOS sowie zwischen den Gruppen DDNOS und TRAUMA konnten bei allen drei Skalen jeweils Signifikanzen von $p \leq 0,001$ festgestellt werden. Damit wurde für diese Skalen der durch die Adjustierung mit $p = 0,004$ festgelegte kritische Signifikanzwert unterschritten.

Tab. 2 Signifikanztestergebnisse für die FDS-, DES- und FDS-20-Werte

	<i>Mann-Whitney-U-Test</i>		<i>DDNOS > TRAUMA</i>		<i>TRAUMA > non-TRAUMA</i>		<i>non-TRAUMA > KG</i>	
	<i>DIS > DDNOS</i>							
	<i>U</i>	<i>asympt. Sign. (1-seitig)*</i>	<i>U</i>	<i>asympt. Sign. (1-seitig)</i>	<i>U</i>	<i>asympt. Sign. (1-seitig)</i>	<i>U</i>	<i>asympt. Sign. (1-seitig)</i>
FDS-44	184,00	0,000	75,00	0,000	205,00	0,020	290,50	0,003
DES	196,00	0,000	82,00	0,001	191,00	0,010	387,00	0,069
FDS-20	228,50	0,001	92,00	0,001	211,50	0,026	283,50	0,003

* der p-Wert ist jeweils nach den üblichen mathematischen Konventionen auf die dritte Nachkomma-Stelle gerundet. Hierdurch entsteht bei Werten von $p < 0,0005$ fälschlicherweise der Eindruck, dass der p-Wert absolut Null beträgt, was mathematisch falsch ist. Die formal richtige Schreibweise wäre $p < 0,0005$. Kritischer Signifikanzwert: $\alpha_{krit} = 0,004$. Signifikante Testergebnisse sind fett gedruckt

Die Gruppenwerte der Gruppen TRAUMA, non-TRAUMA und KG lagen erheblich näher beisammen und es ließen sich nicht alle Gruppenunterschiede statistisch absichern. Beim Vergleich der Gruppen TRAUMA und non-TRAUMA ließen sich für alle drei Skalen deutliche Tendenzen in die vorhergesagte Richtung nachweisen ($p = 0,010 - 0,026$), jedoch konnte der durch die Adjustierung mit $p = 0,004$ sehr konservativ festgelegte Signifikanzwert nicht erreicht werden. Beim Vergleich der Gruppen non-TRAUMA und KG fanden sich für die beiden FDS-Formen mit jeweils $p = 0,003$ signifikante Gruppenunterschiede. Für die DES ließ sich hingegen nur eine Tendenz in die vorhergesagte Richtung nachweisen ($p = 0,069$).

Insgesamt betrachtet differenzieren die FDS- und DES-Werte also gut zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen. Patientinnen mit schweren Dissoziativen Störungen weisen die mit Abstand höchsten Testwerte auf, wobei sich Unterschiede im Schweregrad der Störung (DIS > DDNOS) auch in den Testwerten abbilden lassen. Auch Teilnehmerinnen mit posttraumatischen Störungen wiesen hypothesenkonform erhöhte Testwerte auf, während die anderen Studienteilnehmerinnen sehr niedrige Testwerte erreichten.

Bestimmung der Sensitivität und Spezifität der drei Fragebogenversionen

Zur Bestimmung der Sensitivität und Spezifität von FDS und DES wurde die Gesamtstichprobe in zwei Gruppen aufgeteilt: Patientinnen mit einer DIS bzw. DDNOS Typ I einerseits und (klinische und nicht-klinische) Teilnehmerinnen ohne schwere dissoziative Störung andererseits. Anschließend wurde für die verschiedenen Testwerte geprüft, wie viel Prozent der Teilnehmerinnen den beiden Gruppen richtig zugeordnet werden, wenn man den jeweiligen Wert als Cut-off-Wert verwendet. Die Ergebnisse der Analysen sind in Abb. 1 und in Tab. 3 dargestellt.

Es ließen sich nur geringfügige Unterschiede in der Güte der Klassifikationen von DES, FDS und FDS-20 nachweisen. Die ROC-Kurven verlaufen fast deckungsgleich und zeigen, dass mit den drei Skalen sehr gute Zuordnungen zu den Gruppen Komplexe Dissoziative Störung ja/nein erreicht werden können.

Mit dem FDS-44 kann mit Cut-off-Werten von 15 bis 24 Punkten jeweils ein Anteil von 90–94% der Teilnehmerinnen richtig zugeordnet werden. Eine optimale Gesamtklassifikation (94% Richtig-Zuordnungen) wird bei einem Cut-off-Wert von 20 Punkten

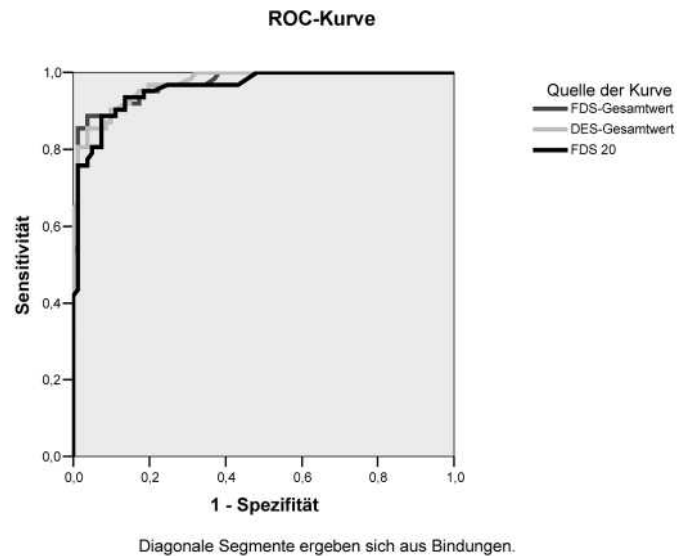


Abb. 1 ROC-Analyse der FDS-, DES- und FDS-20.

erreicht. Wie beschrieben, liegen die DES-Werte insgesamt etwas höher als die FDS-Werte. Dementsprechend liegen auch die optimalen Cut-off-Werte etwas oberhalb von denen für den FDS. Optimale Gesamtklassifikationsergebnisse konnten für DES-Werte von ca. 20–27 Punkten erreicht werden. Die Gesamtvorhersagewerte lagen bei jeweils 90 bzw. 91%.

Beim FDS-20 fällt in der Grafik auf, dass die Kurve im Bereich einer optimalen Klassifikation einen etwas spitzeren Verlauf aufweist als die beiden anderen Kurven. Im Vergleich mit der 44-Item-Gesamtskala bzw. dem DES führen beim FDS-20 schon vergleichsweise geringe Abweichungen vom optimalen Cut-off-Wert zu einer deutlicheren Verschlechterung der Klassifikation. Optimale Klassifikationsergebnisse (Gesamtvorhersagewerte von 90–91%) konnten bei FDS-20-Werten von 18–20 Punkten erreicht werden.

Eine differenzierte Betrachtung der Klassifikationsergebnisse zeigt jedoch, dass die in den genannten Wertebereichen sehr guten Gesamtklassifikationen bei allen drei Fragebogenformen vor allem auf eine sehr hohe Spezifität (FDS: 0,91–0,99, DES: 0,94–0,99; FDS-20: 0,91–0,93) zurückzuführen sind, während die Werte für die Sensitivität der Skalen deutlich niedriger liegen (0,78–0,88). Bei dem in der klinischen Praxis häufig verwend-

Tab. 3 Sensitivität, Spezifität und Gesamtvorhersagewerte (trueges)

FDS-44				DES				FDS-20			
Test-Wert	SENS	SPEZ	trueges (%)	Test-Wert	SENS	SPEZ	trueges (%)	Test-Wert	SENS	SPEZ	trueges (%)
10	0,93	0,81	0,87	10	0,97	0,75	0,85	10	0,93	0,81	0,87
11	0,92	0,84	0,87	11	0,97	0,77	0,85	11	0,93	0,83	0,87
12	0,92	0,86	0,89	12	0,95	0,83	0,88	12	0,93	0,84	0,88
13	0,90	0,89	0,89	13	0,93	0,84	0,88	13	0,93	0,86	0,89
14	0,88	0,89	0,89	14	0,90	0,89	0,89	14	0,90	0,89	0,89
15	0,88	0,91	0,90	15	0,90	0,90	0,90	16	0,88	0,89	0,89
16	0,88	0,93	0,91	16	0,87	0,90	0,89	17	0,88	0,90	0,89
18	0,88	0,95	0,92	18	0,87	0,91	0,89	18	0,88	0,91	0,90
19	0,87	0,96	0,92	19	0,85	0,91	0,89	19	0,88	0,93	0,91
20	0,87	0,99	0,94	20				20	0,87	0,93	0,90
21	0,83	0,99	0,92	21	0,85	0,94	0,90	21	0,82	0,93	0,88
22	0,82	0,99	0,91	22				22	0,82	0,94	0,89
23	0,80	0,99	0,91	23	0,85	0,95	0,91	23	0,82	0,95	0,89
24	0,78	0,99	0,90	24	0,85	0,96	0,91	24	0,80	0,95	0,89
25	0,77	0,99	0,89	25	0,83	0,96	0,91	25	0,77	0,96	0,88
26	0,73	0,99	0,88	26	0,82	0,96	0,90	26	0,77	0,98	0,89
27	0,68	0,99	0,86	27	0,80	0,99	0,91	27	0,75	0,99	0,89
28	0,67	0,99	0,85	28	0,77	0,99	0,89	28	0,73	0,99	0,88
29	0,62	0,99	0,83	29	0,75	0,99	0,89	29	0,72	0,99	0,87
30	0,58	0,99	0,81	30	0,73	0,99	0,88	30	0,68	0,99	0,86

ten Cut-off-Wert von 20 Punkten würden demnach 13 bis 15% der hoch dissoziativen Patientinnen anhand ihrer DES- bzw. FDS-Werte nicht als Personen mit einem erhöhten Risiko für das Vorliegen einer Dissoziativen Störung identifiziert. Bei einem Cut-off-Wert von 25 Punkten läge der Anteil von falsch negativen Zuordnungen bei 17–23% und bei einem Cut-off-Wert von 30 Punkten würden 27–42% der hoch dissoziativen Teilnehmerinnen nicht identifiziert. Um die angestrebten Sensitivitätswerte von $\text{sens} \geq 0,90$ zu erreichen, müssen die Cut-off-Werte mit maximal 13 (FDS, FDS-20) bzw. 15 Punkten (DES) deutlich niedriger angesetzt werden.

Diskussion

Das Ziel der Untersuchung war, die von Freyberger et al. [26,28] publizierten Studienergebnisse zur Kriteriumsvalidität (Gruppenmittelwerte in unterschiedlichen klinischen und nicht-klinischen Stichproben) des FDS zu replizieren und um empirische Ergebnisse zur Sensitivität und Spezifität des Fragebogens zu erweitern. Dabei interessierte vor allem die Frage nach geeigneten Cut-off-Werten zum Screening auf komplexe Dissoziative Störungen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass FDS und DES gut zwischen Patientinnen mit schweren Dissoziativen Störungen, posttraumatischen Störungen und nicht-dissoziativen klinischen bzw. nicht-klinischen Kontrollpersonen differenzieren. Das Gleiche gilt für die Kurzversion des FDS mit 20 Items. Die Gruppenmittelwerte der Patientinnen mit dissoziativen bzw. posttraumatischen Störungen lagen signifikant höher als die der anderen Studienteilnehmerinnen und auch zwischen den Gruppen DIS, DDNOS und TRAUMA ließen sich die vorhergesagten systemati-

Tab. 4 Mittlere FDS-/DES-Werte aus verschiedenen Studien

Stichprobe	Van Ijzen-doorn u. Schuengel (1996)		Freyberger et al. (1998)		vorliegende Studie	
	DES	FDS	DES	FDS	DES	FDS
DIS	45,63				40,12	45,37
DD	41,15	17,09	18,12			
DDNOS	35,29				25,37	28,95
PTB	32,58				10,38	12,77
Angststörungen	10,16				5,71	6,36
affektive Störungen	19,43					
Essstörungen	14,51					
Schizophrenie	19,10	13,64	14,72			
PsychiatriepatientInnen	16,39	7,29	8,06	7,42	8,70	
Allgemeinbevölkerung	11,05	4,84	6,53	2,90	4,03	
Studierende/Adoleszenten	14,40	7,23	9,84			

schon Unterschiede nachweisen. Die Einschätzung von Freyberger et al. [26,28], dass der FDS gut zwischen Personen mit und ohne schwerwiegender dissoziativer Symptomatik differenziert, konnte damit bestätigt werden.

Bei der Veröffentlichung der ersten Validierungsstudien für den FDS [26,28] waren im internationalen Vergleich sehr niedrige Gruppenwerte aufgefallen. Hier blieb unklar, ob dies auf kulturelle Unterschiede und Übersetzungseffekte oder aber auf die Zusammensetzung der Validierungsstichprobe zurückzuführen sei. Problematisch erschien vor allem die Tatsache, dass Freyberger und KollegInnen keine PatientInnen mit schweren Dissozia-

tiven Störungen im Sinne einer DIS oder DDNOS Typ I untersucht hatten.

Ein Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Studie mit denen der DES-Metaanalyse [22] und von Freyberger et al. [28] (vgl. Tab. 4) deutet darauf hin, dass sich die Frage der direkten Vergleichbarkeit von deutschen und internationalen Testergebnissen nicht mit einem einfachen „ja“ oder „nein“ beantworten lässt. Der in der vorliegenden Studie ermittelte mittlere DES-Wert der Patientinnen mit einer DIS ($M = 45,37$) ist mit dem in der Metaanalyse [22] ermittelten Wert von $M = 45,63$ praktisch identisch. Auch für DDNOS-Patientinnen fanden sich annähernd vergleichbare Ergebnisse. Der Gruppenmittelwert von $M = 28,95$ aus der vorliegenden Studie liegt etwas unter dem von $M = 35,29$ aus der Metaanalyse.

Bei hoch dissoziativen PatientInnen scheint der von Freyberger et al. [28] beschriebene sehr niedrige Mittelwert von $M = 18,12$ Punkten (Vergleichswert aus der Metaanalyse: $M = 41,15$) somit stark durch die Auswahl der PatientInnen beeinflusst zu sein. Während in vielen internationalen Studien Gruppen von PatientInnen mit Dissoziativen Störungen einen hohen Anteil von PatientInnen mit DIS bzw. DDNOS Typ I umfassten, waren für die Studie von Freyberger et al. [28] vorwiegend PatientInnen mit eher umschriebener dissoziativer Symptomatik (vor allem Konversionsstörungen und gemischte dissoziative Störungen nach ICD-10-Klassifikation, keine DIS/DDNOS Typ I) untersucht worden. In ca. 80% der Fälle war die dissoziative Diagnose außerdem nur als Zweit- oder Drittdiagnose gestellt worden [26]. Es ist nahe liegend, dass hierdurch erheblich niedrigere Gruppenwerte resultieren als in den internationalen Studien. Diese Vermutung wird dadurch gestützt, dass für die Gruppen DIS und DDNOS in der vorliegenden Studie Gruppenwerte ermittelt wurden, die weitgehend denen der internationalen Studien entsprechen.

Die Untersuchungsergebnisse der nicht-dissoziativen Studienteilnehmerinnen dieser Untersuchung (Gruppen TRAUMA, non-TRAUMA, KG und non-DD) replizieren hingegen die Ergebnisse von Freyberger et al. [28]. In beiden Untersuchungen wurden in klinischen wie auch nicht-klinischen Kontrollgruppen vergleichbare, niedrige Gruppenwerte von durchgängig $M < 10$ gefunden, die deutlich unterhalb der Ergebnisse internationaler Vergleichsstudien liegen.

Allerdings fielen in der Metaanalyse von Van Ijzendoorn u. Schengel [22] bei den DES-Mittelwerten aus nicht-dissoziativen Stichproben regelmäßig sehr hohe Standardabweichungen auf. Die Autoren nehmen als eine mögliche Erklärung hierfür methodische Probleme an. Wenn in einer Risikopopulation wie z. B. bei PatientInnen mit Traumastörungen oder Suchterkrankungen keine sorgfältige Ausschlussdiagnostik auf Dissoziative Störungen durchgeführt wird, könnte es durch den unbeabsichtigten Einschluss von PatientInnen mit (bislang undiagnostizierten) komplexen Dissoziativen Störungen in die Stichprobe zu deutlich erhöhten Mittelwerten und Standardabweichungen kommen. Die deutlich niedrigeren Mittelwerte und Standardabweichungen in den beiden deutschen Studien ([28]; vorliegende Studie) könnten entsprechend dadurch bedingt sein, dass durch die sorgfältige Ausschlussdiagnostik sichergestellt wurde, dass in

den nicht-dissoziativen Gruppen keine Personen mit undiagnostizierten schweren Dissoziativen Störungen vertreten waren.

Ein weiterer möglicher Grund für die niedrigen Mittelwerte in den deutschen Studien könnten interkulturelle Unterschiede im Auftreten dissoziativer Alltagserfahrungen und gelegentlicher leichter dissoziativer Symptome sein. Ein anderer Erklärungsansatz wären Übersetzungseffekte. So wäre es denkbar, dass durch die Übersetzung Itemformulierungen entstanden sind, die zwar vom Vokabular her weitgehend den Originalitems entsprechen, dass die Beispielsituationen jedoch semantisch weiter vom normalen Alltagserleben entfernt sind als es bei der Originalformulierung der Fall gewesen war. Auch hier wäre vor allem bei Personen, die nur gelegentlich unter leichten dissoziativen Symptomen leiden, mit erniedrigten Werten zu rechnen, während Personen mit einer chronischen und schweren Symptomatik auf die Fragen u. U. ähnlich reagieren könnten, wie bei der Originalversion.

Eine zweite wichtige Forschungsfrage beschäftigte sich mit der Festlegung eines geeigneten Cut-off-Wertes für ein Screening auf komplexe Dissoziative Störungen. Es konnte gezeigt werden, dass FDS und DES als Screeninginstrumente für DIS und DDNOS Typ I insgesamt sehr gute Vorhersagewerte aufweisen. Für den FDS werden bei Gesamtwerten zwischen 15 und 25 Punkten optimale Gesamtvorhersagewerte von 0,90–0,94 erreicht. Für die DES werden bei Gesamtwerten zwischen 20 und 27 Punkten optimale Vorhersagen erreicht (Gesamtvorhersagewerte = 0,90–0,91). Für den FDS-20 ist der optimale Wertebereich erheblich enger und liegt bei 18–20 Punkten. Für alle drei Skalen ist jedoch zu berücksichtigen, dass innerhalb der genannten Wertebereiche zwar eine sehr hohe Spezifität der Skalen erreicht wird (spez = 0,91–0,99), dass die Sensitivität jedoch erheblich niedriger liegt. Bei einem FDS-Wert von 25 Punkten liegt die Sensitivität der Skala z. B. nur noch bei 0,77, das heißt, dass 23% der hoch dissoziativen Patientinnen der untersuchten Stichprobe „durch das Raster fallen“ und keiner weiterführenden Dissoziationsdiagnostik zugeführt würden.

Dies erscheint insofern besonders gravierend, als dass bei Dissoziativen Störungen das Risiko falsch negativer Diagnosen sehr hoch ist. Da die optimale Behandlung einer DIS jedoch eine *störungsspezifische* Psychotherapie ist, kann ohne die Diagnosestellung auch keine optimale Behandlung erfolgen. Basierend auf diesen Überlegungen erscheint es empfehlenswert, den Cut-off-Wert für FDS, DES bzw. FDS-20 niedriger anzusetzen, um mindestens 90% der hoch dissoziativen Patientinnen richtig identifizieren zu können. Dies wird bei Cut-off-Werten von 13 Punkten (FDS-44 und FDS-20) bzw. von 15 Punkten (DES) erreicht.

Hier ist die Gefahr falsch positiver Screeningergebnisse etwas höher (spez. = 0,89–0,90), d. h., dass das Risiko steigt, eine u. U. aufwändige Spezialdiagnostik auf dissoziative Symptome und Störungen durchzuführen, obwohl die PatientIn keine schwere Dissoziative Störung aufweist. Die Nachteile einiger zusätzlicher falsch positiver Screeningergebnisse (Zeit und Arbeitsaufwand für Untersuchungen) dürften jedoch von den Vorteilen eines möglichst hohen Anteils richtig klassifizierter hoch dissoziativer PatientInnen (frühzeitige Diagnosestellung ermöglicht schnelle

Einleitung einer adäquaten und Erfolg versprechenden Behandlung) aufgehoben und mit hoher Wahrscheinlichkeit übertroffen werden.

Dies setzt allerdings voraus, dass die grundsätzlichen Empfehlungen zum Umgang mit Screeninginstrumenten eingehalten werden. So sollte sich bei einem positiven Screeningergebnis immer eine spezifische differenzialdiagnostische Abklärung der Symptomatik anschließen, denn nur so kann sicher eingeschätzt werden, ob wirklich eine komplexe Dissoziative Störung vorliegt. Unterbleibt dies, können sowohl falsch negative als auch falsch positive Screeningergebnisse zu schwerwiegenden negativen Konsequenzen für die betroffenen PatientInnen führen.

Zu den vorgestellten Sensitivitäts- und Spezifitätswerten ist einschränkend anzumerken, dass diese aus den Testergebnissen einer größeren Gruppe von PatientInnen mit gut abgesicherten Diagnosen in Hinblick auf Dissoziative Störungen ermittelt wurden. Eine prospektive Erprobung und Verifizierung der Cut-off-Werte an einer unabhängigen Stichprobe steht derzeit noch aus, ist jedoch in Planung. Zu den vorgestellten Ergebnissen des FDS-20 ist außerdem zu berücksichtigen, dass die Studienteilnehmerinnen keine separaten FDS-20-Testformulare bearbeiteten, sondern den kompletten FDS mit 44 Items. Die FDS-20-Werte wurden im Anschluss aus dem Gesamttest berechnet. Hierdurch könnte es im Vergleich zu einer echten FDS-20-Erhebung u.U. zu leichten Verzerrungen der Ergebnisse gekommen sein. Ob und in welchem Maße dies der Fall gewesen ist, ist über entsprechende Folgeuntersuchungen mit separaten Testbogen für den FDS-44 und den FDS-20 zu klären.

Zusammenfassend lässt sich folgendes Fazit ziehen: FDS, DES und FDS-20 differenzieren gut zwischen PatientInnen mit komplexen Dissoziativen Störungen und klinischen und nicht-klinischen Kontrollpersonen. Die Skalen ermöglichen bei sinnvoll festgelegten Cut-off-Werten ein gutes Screening auf komplexe Dissoziative Störungen und sollten daher in die Routinediagnostik von psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Kliniken und Praxen integriert werden. Als Cut-off-Werte sollten Gesamtwerte von 13 (FDS) bzw. 15 Punkten (DES) gewählt werden. Bei höheren Grenzwerten kommt es zu einem deutlichen Anstieg des Anteils falsch negativer Screeningergebnisse.

Der Einsatz von Screeningskalen kann und soll jedoch immer nur ein erster Schritt in einem komplexen diagnostischen Prozess sein. Bei positiven Screeningergebnissen sollte sich immer eine differenzialdiagnostische Abklärung der Symptomatik anschließen, da erhöhte Screeningwerte auf pathologische dissoziative Symptome hindeuten können, aber nicht müssen. Umgekehrt kann durch ein negatives Screeningergebnis eine schwere Dissoziative Störung auch nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Sollten im weiteren klinischen Verlauf bei einer PatientIn mit niedrigem FDS-Wert dissoziative Symptome auffallen, sollten auch diese differenzialdiagnostisch untersucht werden.

Werden diese Grundsätze berücksichtigt, kann ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der heute oft noch mangelhaften diagnostischen und therapeutischen Versorgung hoch dissoziativer PatientInnen geleistet werden. Dies würde zu erheblichen Verbes-

serungen und Erleichterungen für betroffene PatientInnen und TherapeutInnen führen, Chronifizierungen des Krankheitsbildes vermeiden und sich somit auch günstig für die zuständigen Kostenträger auswirken.

Danksagung

Die Autoren danken Veronika Engl, FÄ f. psychotherapeutische Medizin, Dr. med. Cornelia Dehner-Rau, Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld; Dipl.-Psych. Evelyn Kowalewski, Cand. med. Bastian Claaßen und Cand. med. Greta Wehmeyer, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

Wir danken der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die finanzielle Förderung des Forschungsprojektes.

Fazit für die Praxis

FDS, DES und FDS-20 ermöglichen bei Cut-off-Werten von 13 (FDS) bzw. 15 Punkten (DES) ein sicheres Screening auf komplexe dissoziative Störungen und sollten daher in die Routinediagnostik von psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Kliniken und Praxen integriert werden.

Der Einsatz von Screeningskalen kann und soll jedoch immer nur ein erster Schritt in einem komplexen diagnostischen Prozess sein. Bei Verdacht auf eine dissoziative Störung sollte sich immer eine genauere differenzialdiagnostische Untersuchung anschließen.

Wird dieser Grundsatz berücksichtigt, kann ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Versorgung hoch-dissoziativer PatientInnen geleistet werden.

Literatur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA, 2000
- 2 Dell PF. Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *J Trauma Dissociation* 2001; 2: 7–37
- 3 Gast U. Komplexe Dissoziative Störungen. Konzeptionelle Untersuchung zur Diagnostik und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung und ähnlicher Erkrankungen. Habilitationsschrift. Hannover: Medizinische Hochschule, 2002
- 4 Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1012–1013
- 5 Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Dissociation in German psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 249–257
- 6 Horen SA, Lechner PP, Lawson JS. Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 185–191
- 7 Modestin J, Ebner G, Junghan M, Erni T. Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric in-patients. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 355–361

- ⁸ Saxe GN, Kolk BA van der, Berkowitz R et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1037 – 1042
- ⁹ Tutkun H, Sar V, Yargic LI et al. Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 800 – 805
- ¹⁰ Gast U, Rodewald F, Kersting A, Emrich HM. Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut* 2001; 46: 289 – 300
- ¹¹ Atchinson M, McFarlane AC. A review of dissociation and dissociative disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 28: 591 – 599
- ¹² Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 489 – 494
- ¹³ Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK et al. The clinical phenomenology of multiple personality disorder. A review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 285 – 293
- ¹⁴ Ross CA, Dua V. Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *Am J Psychother* 1993; 47: 103 – 112
- ¹⁵ Ross CA, Norton GR, Wozney K. Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 413 – 418
- ¹⁶ Rodewald F. Diagnostik Dissoziativer Störungen. Dissertationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover. 2004
- ¹⁷ Overkamp B, Hofmann A, Huber M, Dammann G. Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – eine Persönlichkeitsstörung? *Persönlichkeitsstörungen* 1997; 2: 74 – 84
- ¹⁸ Steinberg M. Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative Disorders – Revised (SCID-D-R). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994
- ¹⁹ Huber M. Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Junfermann, 2003
- ²⁰ Gleaves DH. The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychol Bull* 1996; 120: 42 – 59
- ²¹ Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 727 – 735
- ²² Ijzendoorn MH van, Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clin Psychol Rev* 1996; 16: 365 – 382
- ²³ Carlson EB, Putnam FW, Ross CA et al. Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1030 – 1036
- ²⁴ Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in the Netherlands. Amsterdam: Zwets & Zeitlinger, 1993
- ²⁵ Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti D. Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1050 – 1054
- ²⁶ Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen FDS. Bern: Huber, 1999
- ²⁷ Spitzer C, Mestel R, Klingelhofer J et al. Screening und Veränderungsmessung dissoziativer Psychopathologie: Psychometrische Charakteristika der Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20). *Psychother Psych Med* 2004; 54: 165 – 172
- ²⁸ Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD et al. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaption, Reliabilität und Validität der deutschen Dissociative Experiences Scale (DES). *Psychother Psych Med* 1998; 48: 223 – 229
- ²⁹ Gast U, Oswald P, Zündorf F, Hofmann A. Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV-Dissoziative Störungen. Interview und Manual. Göttingen: Hogrefe, 2000 (deutsche Übersetzung des SCID-D-R; vgl. [18])
- ³⁰ Bernstein DP, Fink LA. CTQ: Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. San Antonio: The Psychological Corporation, 1998
- ³¹ Franke G. SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Weinheim: Beltz, 1994
- ³² Mombour W, Zaudig M, Berger P et al. International Personality Disorder Examination (IPDE) ICD-10 Modul. Manual mit Interview. Bern: Verlag Hans Huber, 1996
- ³³ Margraf J. Mini-DIPS – Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer, 1994
- ³⁴ Dell PF. The Multidimensional Assessment of Dissociation (MAD): A new measurement of dissociation. Paper presented at the 17th annual fall conference of the International Society for the Study of Dissociation. San Antonio, Texas: November 12 – 14, 2000
- ³⁵ Hager W. Grundlagen einer Versuchsplanung zur Prüfung empirischer Hypothesen in der Psychologie. In: Lüer G (Hrsg): *Allgemeine Experimentelle Psychologie*. Stuttgart: Fischer, 1987: 43 – 126