

Hans-Bernd Rothenhäusler, Sigrid Ehrentraut, Hans-Peter Kapfhammer

DISSOZIATION UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

DISSOCIATIVE PHENOMENA AND PERSONALITY DISORDERS

Zusammenfassung

Seit kurzem setzt sich die psychiatrische Fachöffentlichkeit wieder zunehmend mit dem Auftreten dissoziativer Phänomene bei Persönlichkeitsstörungen auseinander. Diese Arbeit soll einen relativ umfassenden Überblick geben über die Persönlichkeitsstörungen der Hauptgruppen A, B und C nach der 4. Auflage des Diagnostischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM-IV) und deren Korrelationen zu dissoziativen Symptomclustern referieren. Ferner wird die psychobiologische Persönlichkeitstheorie nach Cloninger skizziert und der Zusammenhang von Dissoziation und den verschiedenen Temperaments- und Charakterdimensionen dargestellt. Neueste Ergebnisse aus Untersuchungen über den Einfluss biologischer und Umgebungsfaktoren auf dissoziative Erfahrungen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wurden berücksichtigt und diskutiert.

Schlüsselwörter

Dissoziation - Persönlichkeitsstörungen - Temperaments- und Charakterdimensionen nach Cloninger

Summary

Recently, there has been a resurgence of interest in relations among dissociative phenomena and personality disorders. This paper provides a relatively comprehensive review of the Cluster A, B, and C personality disorders according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) and their association with the dissociative symptomatology. Further, we addressed Cloninger's theoretical concept of personality, and the relationship of dissociation to the various temperament and character dimensions was summarized. Recent findings of the relative influence of genetic and environmental factors on dissociative experience in patients with personality disorders were considered and discussed.

Key Words

Dissociation - personality disorders - Cloninger's temperament and character dimensions

Einleitung

In den vergangenen 20 Jahren findet eine bemerkenswerte Reaktualisierung des Dissoziationsmodells statt, das vorerst seinen Höhepunkt in dem gleichsam "epidemisch" anmutenden Ausmaß von Berichten über Patienten mit "Multipler Persönlichkeitsstörung" Anfang der 90er Jahre in den USA erreicht hat (Merskey 1999). Die "Multiple Persönlichkeitsstörung" oder sprachlich besser die "Störung mit multipler Persönlichkeit", weil nicht die Störung, sondern die Persönlichkeit multipel ist (Erkwoh und Saß 1993), gilt als besonders schweres Krankheitsbild in der Gruppe der dissoziativen Störungen (Spiegel 1991, Kapfhammer 1999c). Seit der 4. Auflage des Diagnostischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA 1994) wird sie als "dissoziative Identitätsstörung" bezeichnet, womit deutlich zum Ausdruck gebracht werden soll, dass es sich bei ihr *nicht* um eine Persönlichkeitsstörung, sondern um eine dissoziative Störung handelt (Fiedler 1999).

Als bedeutsamer Kollateraleffekt des intensiven Bemühens, die dissoziative Identitätsstörung differentialdiagnostisch von den Persönlichkeitsstörungen prägnanter abzugrenzen (Coons 1984, Fink 1991, Dell 1998), kann die jüngst verstärkt wahr-

zunehmende wissenschaftliche Beschäftigung mit ätiopathogenetischen Erklärungsmodellen auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der extrovertierten Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung), bezeichnet werden (Katschnig 1999; Saß und Herpertz 1999). Dabei geht es in erster Linie um die Bedeutung ätiotheatoretischer Überlegungen im Bereich seelischer Traumata während früher Kindheit für die spätere Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter. In diesem Zusammenhang wird das biopsychosoziale "Diathe-se-Stress-Modell" diskutiert, das von einer auf hereditäre und psychosoziale Faktoren zurückzuführende Vulnerabilität bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ausgeht. Unter psychosozialer Prädisposition werden beispielsweise chronische Belastungen in der frühen Kindheit verstanden (Fiedler 1995). In der Tat werden traumatisierende Erfahrungen in Gestalt von sexuellem, physischem, psychologischem und verbalem Missbrauch in der Kindheit in Verbindung gebracht mit dem Entstehen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der dissoziativen Identitätsstörung, aber auch assoziiert mit der ubiquitären Bildung dissoziativer Phänomene (z.B. Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätskonfusion,

Identitätsalteration), bei einer Vielzahl von psychischen Störungen (z.B. Schizophrenien, Depressionen, Suchterkrankungen, somatoforme Störungen, Bulimie) (Ellason et al. 1996; Gershuny und Thayer 1999; Draijer und Langeland 1999). In diesem Kontext erscheint die Rückbesinnung und erneute Rezeption der Schriften von *Pierre Janet* zur Dissoziation respektive *désagrégation* plausibel (Putnam 1989), da sein Dissoziationsmodell "tatsächlich eine Theorie von Diathese-Stress" darstellt (Kapfhammer 1999c).

Diese Arbeit gibt einen Überblick über das Auftreten dissoziativer Phänomene bei den spezifischen Persönlichkeitsstörungen. Dabei werden Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt, die im DSM-IV mit seiner multiaxialen Struktur unter den Achse-II-Störungen aufgelistet sind (APA 1994). Neben der kategorialen Erfassung dieser zehn Persönlichkeitsstörungen erlaubt das amerikanische psychiatrische Diagnosemanual mit seinem Clusterkonzept aus den drei Hauptgruppen A, B und C auch eine dimensionale Betrachtungsweise mit den Dimensionen "sonderbar-exzentrisch", "dramatisch-emotional" und "ängstlich-furchtsam", die verschiedene Spektren der Persönlichkeit auf einem Kontinuum mit psychischen Störungen der Achse I beschreiben (Bronisch 1999). Auch erörtert werden publizierte Untersuchungen zum Auftreten dissoziativer Phänomene bei den vier "genetisch" prädisponierten Temperamentsdimensionen und den drei "epigenetischen", stärker entwicklungspsychologisch und sozial beeinflussten Persönlichkeitsdimensionen, die die sieben Faktoren der von Cloninger et al. (1993) begründeten psychobiologischen Persönlichkeitstheorie zur dimensional Erfassung von Persönlichkeitsstörungen darstellen (siehe auch Cloninger und Svrakic 2000).

Zunächst setzen wir uns mit dem Vorliegen dissoziativer Phänomene bei den Cluster-C- und -B-Persönlichkeitsstörungen auseinander, bei denen entwicklungspsychologische und umweltbedingte Einflüsse eine Rolle spielen sollen. Dann gehen wir auf den Zusammenhang von dissoziativen Phänomenen und Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen ein, die eher mit einer diathetischen oder konstitutionellen Prädisposition assoziiert sein sollen (Fink 1991). Schließlich wird die Beziehung zwischen Dissoziation und der psychobiologischen 7-Faktoren-Persönlichkeitstheorie nach Cloninger skizziert, in der sowohl hereditäre als auch psychosoziale Aspekte explizit berücksichtigt werden.

Dissoziative Phänomene bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen

Die *vermeidend-selbstunsichere, dependente* und *zwanghafte* Persönlichkeitsstörung gruppieren sich zum C-Cluster der Persönlichkeitsstörungen gemäß DSM-IV (APA 1994). Die bisher im DSM-III-R (APA 1987) aufgelistete *passiv-aggressive* Persönlichkeitsstörung wird neu als *passiv-aggressive* bzw. *negativistische* Persönlichkeitsstörung konzipiert und konsequenterweise in den Anhang B des DSM-IV zur weiteren Erforschung zurückgesetzt.

Angst, Ängstlichkeit, Gefahrenvermeidung und Verhaltenshemmung definieren die für das Cluster C typischen Kernmerkmale. Eine implizite entwicklungspsychopathologische Dimension dieser Hauptgruppe hebt bei heranwachsenden Kindern eine angeborene niedrige Angschwelle hervor mit einer deutlichen Tendenz zum scheuen Rückzug und einer sich daraus ergebenden verstärkten Abhängigkeit von engen Bezugspersonen. Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen des Clusters C zeigen jeweils besondere Ausformungen dieser Grundängstlichkeit. So imponieren bei der dependenten Persönlichkeitsstörung insbesondere Trennungsängste und eine Scheu vor Autonomie, eigener Leistung und Selbstvertrauen. Bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung stehen wiederum Ängste vor Nachlässigkeit, verfehlter Normerfüllung, Kontrollverlust und unkalkulierbarem Risiko im Vordergrund, während bei der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung typischerweise Ängste vor Kritik, vor Zurückweisung und beschämender Bloßstellung festzustellen sind (siehe Übersicht bei Kapfhammer und Rothenhäusler 1999a). Epidemiologischen Studien ergeben Prävalenzziffern in der Allgemeinbevölkerung für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung von 0,5 bis 1% und für zwanghafte Persönlichkeitsstörung von 1%. Die dependente Persönlichkeitsstörung gilt als die am häufigsten auftretende Persönlichkeitsstörung überhaupt (Cloninger und Svrakic 2000).

In einer dimensional Perspektive ist festzustellen, dass das C-Cluster der Persönlichkeitsstörungen eine enge Relation zu einzelnen Achse-I-Störungen aufweist. So bestehen enge Verbindungen zwischen der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und der sozialen Phobie sowie der generalisierten Angststörung, zwischen der dependenten Persönlichkeitsstörung und der Panikstörung respektive der Agoraphobie und schließlich zwischen der zwanghaften Persönlichkeitsstörung und der depressiven Störung (siehe Übersicht bei Kapfhammer und Rothenhäusler 1999a).

Im Gegensatz zu den extrovertierten Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung, sind in der Literatur kaum Untersuchungen erwähnt, die sich gezielt mit der Häufigkeit dissoziativer Phänomene beim C-Cluster der Persönlichkeitsstörungen befassen. Indirekte Erkenntnisse über das Auftreten dissoziativer Symptome bei der Hauptgruppe C können aber von Studien abgeleitet werden, die sich mit der dissoziativen Phänomenologie bei mit den Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen häufig vergesellschafteten Achse-I-Störungen auseinander setzen (z.B. Panikstörung).

Zuallererst möchten wir aber unter der Rubrik der Persönlichkeitsstörungen aus der Hauptgruppe C über die Ergebnisse von Modestin et al. (1996) berichten, die u.a. die Häufigkeit und Intensität dissoziativer Erfahrungen bei 207 akut stationär-psychiatrisch aufgenommenen Patienten in der Schweiz bestimmt haben. Als Erhebungsinstrumente dienten u.a. die "Dissociative Experiences Scale" (DES; Bernstein, Putnam 1986), die die Häufigkeit dissoziativer Erfahrungen (z.B. Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsstörungen, Absorptions-/Suggestibilitätsneigung) erfasst, so-

wie die von Spitzer et al. (1987) entwickelte Selbstbeurteilungsskala zu Persönlichkeitsstörungen. Interessanterweise wiesen Patienten mit dependenter Persönlichkeitsstörung den dritthöchsten Korrelationskoeffizienten in Bezug auf die DES-Scores auf (am höchsten bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, am zweithöchsten bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung), und reziprok erhielten Patienten mit DES-Werten > 20 entsprechend häufiger die Diagnose einer dependenten Persönlichkeitsstörung. Die Korrelationen zwischen DES-Scores und zwanghafter Persönlichkeitsstörung bzw. vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung waren mittel bzw. gering. Wichtig zu erwähnen ist, dass zwar 20% der untersuchten Patienten DES-Scores > 20 erzielten, allerdings nur 27% aus dieser Subgruppe die Kriterien für eine dissoziative Störung erfüllten. Dieses Ergebnis stützt die von Kihlstrom et al. (1994) formulierte Hypothese, dass dissoziative Tendenzen im Alltagsleben häufig vorkommen, andererseits dissoziative Störungen relativ selten auftreten. Inwieweit die gefundene positive Korrelation zwischen den hohen DES-Scores und der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen insgesamt respektive dem hohen Anteil an Patienten mit dependenter Persönlichkeitsstörung innerhalb der Gruppe der "DES-High-Scorer" in der beschriebenen Studie vor dem Hintergrund der Theorie eines dissoziativen Kontinuums zwischen Normalität und pathologischer Abweichung zu interpretieren ist, muss offen bleiben. Allerdings scheint die positive Diagnosestellung einer dependenten Persönlichkeitsstörung (neben einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung) mit einer erhöhten, womöglich pathologischen Dissoziationsneigung einherzugehen. Leider sagten die Autoren nichts aus über den Anteil der Patienten mit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen an der Gesamtgruppe der Patienten mit berichteten sexuellen und/oder physischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Es bleibt aber festzuhalten, dass insgesamt 35% der Patienten mit DES-Scores > 20 durch Missbrauchserfahrungen in der Kindheit traumatisiert wurden und immerhin 60% der Patienten mit dissoziativen Störungen physischen und/oder sexuellen Missbrauch erlitten, was letzten Endes die Risikorelevanz traumatischer Erfahrung für die Entwicklung einer erhöhten Dissoziationsneigung unterstreicht. In diesem Kontext sind auch die Ergebnisse von Studien zur Komorbidität der dissoziativen Identitätsstörung mit Achse-II-Störungen zu werten: Die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung sowie ausgeprägt dependente Persönlichkeitszüge wurden häufig als mit der dissoziativen Identitätsstörung vergesellschaftet vorgefunden (z.B. Dell 1998). Offensichtlich scheinen die für das Cluster C immanenten Verhaltensweisen (vermeintlichen) Schutz gegen die Täter zu implizieren (Fink 1991). Die dissoziative Identitätsstörung als Extremfall einer dissoziativen Störung wird ätiopathogenetisch mit gravierenden psychologischen Traumata in der Kindheit in Verbindung gebracht.

Auch wenn das dissoziative Phänomen in Gestalt von Depersonalisations- bzw. Derealisationserfahrungen in den letzten Jahren öfters als dritthäufigste psychische Reaktionsform nach Depression und Angst genannt wurde (Simeon et al.

1997, Guralnik et al. 2000), erscheint es doch bemerkenswert, dass Depersonalisation und Derealisation in älteren Studien in einem hohen Maße an Patienten mit zwanghaften Persönlichkeitszügen beobachtet wurden. So fanden beispielsweise Shorvon (1946) in 88% und Roth (1959) bei 66% der Patienten mit Depersonalisation ausgeprägt zwanghafte Lebensstrategien. Wiederholt wurde die Hypothese formuliert, dass Patienten mit zwanghaften Persönlichkeitszügen eine besondere Vulnerabilität zu eigen ist, die sie bei Konfrontation mit psychologischen Stressoren zu Depersonalisationserleben prädisponiert (z.B. Sedman und Reed 1963). In einer neueren, von Goff et al. (1992) durchgeführten Untersuchung an 100 Patienten mit Zwangsstörung zur Klärung des Zusammenhangs zwischen dissoziativem Symptomcluster und Zwangssyndrom, der u.a. von Ross und Anderson (1988) als eng gemutmaßt wird, wurden auch komorbide Persönlichkeitsstörungen bei den Studienpatienten mit Hilfe eines strukturierten klinischen Interviews für DSM-III-Persönlichkeitsstörungen (SIDP-R; Stangl et al. 1985) erfasst. Zur Bestimmung dissoziativer Phänomene bei der Patientenpopulation wurde die DES (Bernstein und Putnam 1986) verwendet. Auch wenn die erzielten Resultate der Studie keine enge Assoziation zwischen Zwangsstörung und dissoziativen Störungen nahe legten, konnte doch gezeigt werden, dass 85% der Zwangspatienten mit erhöhten DES-Werten (> 20) gleichzeitig die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllten. Interessanterweise wurden Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen bei den "DES-High-Scorer" am häufigsten diagnostiziert (25% vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, 25% zwanghafte Persönlichkeitsstörung, 20% dependente Persönlichkeitsstörung), während Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 10% nur am vierthäufigsten und schizotypische Persönlichkeitsstörung mit 5% nur am achthäufigsten vorkamen. Folglich scheinen – allgemein betrachtet – Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine Tendenz zur gesteigerten, vielleicht auch pathologischen Dissoziation aufzuweisen und – im Speziellen – Patienten mit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen, zumindest wenn sie gleichzeitig auf Achse I die Kriterien für eine Zwangsstörung erfüllen, besonders für das Erleben dissoziativer Phänomene gefährdet zu sein.

Auch bei der vor wenigen Jahren veröffentlichten Studie von Ball et al. (1997) zur Prävalenz dissoziativer Symptome bei 56 Patienten mit Panikstörung und anderen Angsterkrankungen korrelierten komorbid vorhandene Persönlichkeitsstörungen mit dem Auftreten dissoziativer Erfahrungen gemäß DES (Bernstein und Putnam 1986). Ein Screening-Fragebogen für Cluster-A-, -B- und -C-Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R diente zur Diagnostik der Achse-II-Störungen (First et al. 1991). Im Gegensatz zu den Patienten mit Zwangsstörung (siehe oben) waren bei den Patienten mit Angsterkrankungen komorbid nachzuweisende Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen weniger eng mit der Häufigkeit dissoziativer Erfahrungen korreliert als mit ihnen assoziierte Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen. Allerdings bestand eine hohe Korrelation zwischen der psychischen Störung einer sozialen Phobie und der Intensität dissoziativer Phänomenologie. Die soziale Phobie steht in enger Relation zur ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung.

Dissoziative Phänomene bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen

Die *antisoziale*, *Borderline*, *histrionische* und *narzisstische* Persönlichkeitsstörung werden zum B-Cluster der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (APA 1994) zusammengefasst. Die Hauptgruppe B ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch extrovertierte Lebensstrategien, bei denen dramatische, emotionale oder launische Verhaltensweisen dominieren. Zentral sind bei Persönlichkeitsstörungen des Clusters B Beeinträchtigungen in der Impuls-Aggressionsregulation und eine auffällige affektive Labilität mit rasch fluktuierender Stimmungslage einerseits, heftiger emotionaler Reagibilität andererseits. Daneben können aber auch Auffälligkeiten in der perceptiv-kognitiven Organisation und in der angstbestimmten Verhaltenshemmung auftreten. Pathologische Veränderungen, bevorzugt im serotonergen und im noradrenergen System, müssen für die psychopathologischen Kerndimensionen diskutiert werden (siehe Übersicht bei Kapfhammer 1999b). Epidemiologischen Untersuchungen zufolge tritt die Borderline-Persönlichkeitsstörung in 2% der Allgemeinbevölkerung auf, während für die antisoziale, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung Prävalenzziffern in der Allgemeinbevölkerung von 1 bis 3%, von 2 bis 3% und von weniger als 1% jeweils berichtet werden (Cloninger und Svrakic 2000).

In einer dimensional Perspektive ist zu konstatieren, dass vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung neben typischen situationsübergreifenden Persönlichkeitscharakteristika durch zahlreiche syndromale Auffälligkeiten imponieren kann, so dass sie im Verständnis des amerikanischen psychiatrischen Klassifikationssystems DSM-IV (APA 1994) an sich eine Zwitterstellung zwischen Achse-I- und Achse-II-Diagnosen einnimmt (Rothenhäusler und Kapfhammer 1999). Eine große Bedeutung kommt der differentialdiagnostischen Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von der dissoziativen Identitätsstörung zu (Marmor und Fink 1994). Eine enge Verbindung zu den Achse-I-Erkrankungen Impulskontrollstörung und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen weist die antisoziale Persönlichkeitsstörung auf, während die narzisstische und die histrionische Persönlichkeitsstörung hauptsächlich mit depressiven Störungen vergesellschaftet sein können (Cloninger und Svrakic 2000).

Entwicklungspsychologisch betrachtet wird in erster Linie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumagenese diskutiert, was sie besonders interessant in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung über die ätiologische Einordnung dissoziativer Phänomene erscheinen lässt (z.B. Gershuny und Thayer 1999). Sie ist auch die einzige Persönlichkeitsstörung im DSM-IV (APA 1994), bei der die diagnostischen Kriterien ausdrücklich "dissoziative Symptome" (neuntes Kriterium, seit DSM-IV) beinhalten. Manche Autoren gehen davon aus, dass die Dissoziation ein intrinsischer Aspekt der Borderline-Persönlichkeitsstörung repräsentiere (z.B. Zweig-Frank et al. 1994c); Andere wiederum betonen, dass gerade Borderline-Patienten (neben Patienten mit dissoziativer

Identitätsstörung) im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen über die häufigsten Missbrauchserfahrungen in der Kindheit berichten (z.B. Stone 1990), so dass die bei ihnen häufig zu beobachtenden schwergradigen dissoziativen Symptome als Folge dieser Traumaerfahrungen zu werten seien (Herman und van der Kolk 1986; Herman et al. 1989; Ogata et al. 1990; Perry und Herman 1993). In diesem Zusammenhang wird in den letzten Jahren kontrovers die Einführung einer neuen Kategorie in das DSM-IV mit der Bezeichnung "komplexe posttraumatische Belastungsstörung" (*complex posttraumatic stress disorder*) diskutiert: Sie sollte auf erwachsene Patienten mit somatoformen und dissoziativen Symptomen und mit Störungen der Affektregulation Anwendung finden, wenn bei ihnen dieses polysymptomatische Cluster auf gravierende sexuelle und/oder physische Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zurückgeführt werden kann (Herman 1992).

Zum Thema dissoziatives Erleben und dessen Assoziation zu Missbrauchserfahrungen in der Kindheit bei Borderline-Patienten wurden bislang *fünf* Studien publiziert, die wir nachfolgend kurz skizzieren wollen.

Shearer (1994) untersuchte bei 62 Patientinnen, die die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-III-R (APA 1987) erfüllten, den Zusammenhang zwischen dem Auftreten dissoziativer Phänomene und der positiven Anamnese für Traumaerfahrungen. Dabei benutzte er die DES zur psychometrischen Messung dissoziativer Erfahrungen. Es zeigte sich, dass die Subgruppe mit traumatisierenden Erfahrungen in der Anamnese (n = 41) deutlich mehr dissoziative Symptome nach DES aufwies als die Subgruppe ohne Hinweise für Traumata. Insbesondere körperliche und sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit erwiesen sich als signifikante Risikofaktoren für das Auftreten schwerer dissoziativer Symptome bei Borderline-Patientinnen.

In einer ganz ähnlich konzipierten Untersuchung an 60 Borderline-Patientinnen (nach DSM-III-R) wurde gleichfalls eine enge Relation zwischen der Intensität dissoziativer Erfahrungen (nach DES) und dem Erleiden von sexuellem und/oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung gefunden (Brodsky et al. 1995).

Im Vergleich hierzu kamen Zweig-Frank et al. (1994a, 1994b, 1994c) zu ganz anderen Resultaten: Zum einen untersuchten sie 121 Männer mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R (APA 1987) im Vergleich zu 60 Männern mit Cluster-A-, -B- (ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung) und -C-Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Assoziation frühkindlicher Traumata mit dem Auftreten pathologischer Dissoziation (nach DES); zum anderen verglichen sie unter derselben Fragestellung 78 Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 72 Frauen mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung fanden sie keinen ätiologischen Zusammenhang zwischen dissoziativer Phänomenologie und dem Erleben sexueller und/oder physischer

Traumata in der Kindheit. Gleichwohl erzielten die beiden Studienpopulationen signifikant höhere Werte auf der DES im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen. Die kanadischen Forscher schlossen daraus, dass bei Borderline-Patienten – unabhängig vom Geschlecht – eine intrinsische, also spezifisch störungs- oder entitätsimmanente Vulnerabilität für pathologische Dissoziation existieren müsse.

Die jüngst erst im Januar dieses Jahres publizierte Untersuchung von Zanarini et al. (2000) fand beide unterschiedlichen Positionen durch ihre Ergebnisse letzten Endes bestätigt. Die Forschungsgruppe aus der Harvard-Universität untersuchte insgesamt 362 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (APA 1994), von denen 290 die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten. Als Messinstrumente dienten u.a. die DES und zwei semi-strukturierte Fragebögen zur differenzierten Erhebung von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter. Dabei wurden Variablen wie Inzest, sexueller Missbrauch durch außerfamiliäre Erwachsene, Vergewaltigung, Beobachtung sexueller Gewalttaten, physischer Missbrauch durch Erziehungsberechtigte, physischer Neglekt, psychologischer Neglekt in Gestalt von ambivalenten Erziehungsmustern und Paternalisierung durch die Eltern usw. berücksichtigt. Es kristallisierten sich vier Traumaerfahrungen heraus, die bei Borderline-Patienten hochsignifikant mit dem Grad der Dissoziation assoziiert waren: 1. Psychologischer Neglekt in Form ambivalenter Erziehungsmuster durch die Eltern, 2. Inzest, 3. Beobachtung sexueller Gewalttaten in der Kindheit, 4. Vergewaltigung im Erwachsenenalter. Die Studie zeigte aber auch, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Gegensatz zur Kontrollgruppe aus Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen deutlich höhere DES-Scores aufwiesen (21.8 versus 7.5). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung *sui generis* stellt folglich gleichfalls einen Risikofaktor für pathologisches dissoziatives Erleben dar.

Dissoziative Phänomene bei Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen

Zu den Cluster A-Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV (APA 1994) gehören die *paranoide*, *schizoide* und *schizotypische* Persönlichkeitsstörung. Die Hauptgruppe A ist durch sonderbare und exzentrische Verhaltensmuster charakterisiert. Als typische Kernsymptome gelten Reserviertheit, Distanziertheit und eingeschränkte oder inadäquate emotionale Ausdrucksfähigkeit in zwischenmenschlichen Kontakten. Bei den einzelnen Persönlichkeitsstörungen des Clusters A lassen sich jeweils bestimmte Ausgestaltungen der exzentrischen Lebensstrategien unterscheiden. So herrscht bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung Misstrauen und Überempfindlichkeit gegenüber Kritik anderer vor. Bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung imponieren magisches Denken, bizarre Wahrnehmungserfahrungen und eigentümliches Sprechen, während bei der schizoiden Persönlichkeitsstörung emotionale Kälte, Gleichgültigkeit gegenüber zwischenmenschlichen Kontakten und ausgeprägtes Bedürfnis nach einzelgängerischen Unternehmungen dominieren. In epidemiologischen

Untersuchungen werden Prävalenzziffern in der Allgemeinbevölkerung für die paranoide Persönlichkeitsstörung von 0,5 bis 2,5%, für die schizoide Persönlichkeitsstörung von bis zu 7,5% und für die schizotypische Persönlichkeitsstörung von 3% beschrieben (Cloninger und Svrakic 2000).

In einer dimensionalen Sichtweise ist zu berücksichtigen, dass die schizotypische Persönlichkeitsstörung eng mit schizophreniformen Störungen verbunden ist, so dass sie in der ICD-10 (WHO 1993) sogar in der Kategorie der Schizophrenie und wahnhaften Störungen aufgenommen wurde. Bei der paranoiden und der schizoiden Persönlichkeitsstörung ist gleichfalls die Nähe zu den psychotischen Symptomstörungen auf der Achse I zu beachten. Im besonderen Maße werden daher bei der Erklärung der potenziellen Verursachungsbedingungen von Persönlichkeitsstörungen der Hauptgruppe A hereditäre oder genetische Faktoren betont. Umgebungsfaktoren sollen nur peripher Implikationen für ätiopathogenetische Überlegungen bei diesem Cluster darstellen (Fink 1991).

In der Literatur fanden wir nur wenige Studien, die sich explizit mit dem Auftreten dissoziativer Phänomene bei den einzelnen Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen auseinander setzten. Die weiter oben dargestellte Studie von Modestin et al. (1996) ergab sehr hohe Dissoziationswerte bei Patienten mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung, während die paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörung kaum mit dem Auftreten dissoziativer Erfahrungen korreliert war. Die gleichfalls bereits skizzierten Untersuchungen von Goff et al. (1992) und Ball et al. (1997) fanden sogar keine der Persönlichkeitsstörungen des Clusters A in der Gruppe der "High Scorer" für dissoziative Erfahrungen vertreten. Eine interessante Studie in diesem Zusammenhang stammt von Jang et al. (1998); an 177 monozygoten und 152 dizygoten Zwillingspaaren wurden mit Hilfe der DES die Anzahl dissoziativer Erfahrungen erhoben. Des Weiteren erfassten die Autoren bei ihrer Studienpopulation pathologische Persönlichkeitszüge mit Hilfe des Fragebogens DAPP-BQ (Dimensional Assessment of Personality Pathologic-Basic Questionnaire; Livesley und Jackson 1999). Schizotypische, misstrauische und affektiv instabile Persönlichkeitszüge korrelierten deutlich mit dem Grad der Dissoziationstendenz, wobei hervorgehoben wurde, dass einer diathetischen oder genetischen Prädisposition bei diesen Persönlichkeitsmerkmalen eine große Bedeutung zukomme. Im Gegensatz hierzu stellten Goff et al. (1991) fest, dass Patienten mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung nur dann erhöhte DES-Werte erzielten, wenn bei ihnen auch körperliche und/oder sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit eruiert werden konnten.

In den letzten Jahren zeichnet sich gerade bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung (und auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, siehe oben) eine kontroverse Diskussion ab, die die psychopathologische Interpretation dissoziativer respektive quasipsychotischer oder transient auftretender psychotischer Phänomene zum Thema hat. Erhöhte DES-Werte bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung müssen nämlich nicht zwangsläufig auf Dissoziation

oder *désagrégation* im Janet'schen Sinne hinweisen, sondern können auch Ausdruck der dieser Persönlichkeitsstörung impliziten "ungewöhnlichen Wahrnehmungserfahrungen einschließlich körperbezogenen Illusionen" (Kriterium 3 nach DSM-IV) sein, die sich häufig als Derealisation, Depersonalisation und/oder "Detachment" (Losgelöstheitsgefühl von Erfahrungen) manifestieren (Allen et al. 1997; Dowson et al. 2000). In dieser Auseinandersetzung spiegelt sich nicht zuletzt das Spannungsfeld zweier konträrer Verständnisansätze von Dissoziation wider. Es konkurrieren das neurobiologische Paradigma (z.B. Psychopathologie genetisch "erklärt", Persönlichkeit von Genen und Gehirn gestaltet) und das psychodynamisch-soziodynamische Paradigma (z.B. Traumata bedingen eine Vulnerabilität, die unter Belastungen die Dissoziation psychischer Funktionen nach sich zieht) miteinander (Scharfetter 1999). In diesem Zusammenhang ist auch auf die differentialdiagnostische Überlappungsproblematik zwischen der schizophrenienahen und somit hereditär mitbedingten schizotypischen Persönlichkeitsstörung und der durch frühkindliche Traumaerfahrungen mitverursachten dissoziativen Persönlichkeitsstörung hinzuweisen (Fink 1991).

Dissoziative Phänomene bei Temperaments- und Persönlichkeitsdimensionen nach Cloninger

Die von Cloninger et al. (1993) entwickelte psychobiologische Persönlichkeitstheorie stellt ein dimensionales Modell von Persönlichkeitsstörungen dar. Es unterscheidet zwischen vier "genetisch" prädisponierten Temperamentsdimensionen und drei stärker entwicklungspsychologisch und sozial beeinflussten Persönlichkeitsdimensionen.

Die vier Temperamentsdimensionen "novelty seeking" (Suche nach neuen Erfahrungen), "harm avoidance" (Verletzungsvermeidung), "reward dependence" (Belohnungsabhängigkeit) und "persistence" (Beharrlichkeit) könnten aus einer modernen Betrachtungsweise heraus eine Neuinterpretation der altgriechischen Lehre von den vier Temperamenten "sanguinisch" (reward dependent), "melancholisch" (harm avoidant), "cholisch" (novelty seeking) und "phlegmatisch" (persistent) darstellen (Cloninger und Svrakic 2000). In einer biologischen Perspektive ist festzustellen, dass die vier Temperamente neurogene Mechanismen des Lernens repräsentieren und mit hereditär vorbestimmten zentralen Hirnfunktionssystemen assoziiert sind. So bezieht sich "novelty seeking" auf das Hirnfunktionssystem Verhaltensaktivierung, dessen wichtigster Neurotransmitter Dopamin ist. "Harm avoidance" wird im Zusammenhang mit dem zerebralen Funktionssystem der Verhaltensinhibition gesehen, das durch die gabaerge und die in den dorsalen Raphekernen aktive serotoninerge Erregungsübertragung moduliert wird. "Reward dependence" steht in Relation zum System der Belohnungsabhängigkeit, das durch noradrenerge und in den mittleren Raphekernen aktive serotoninerge Transmitter gesteuert wird. Schließlich ist "persistence" mit dem System der partialen Verstärkung verbunden, in dem Glutamat und das in den dorsalen Raphekernen aktive Serotonin als Neuromodulatoren fungieren (Cloninger und Svrakic 2000).

Die drei "epigenetischen" Persönlichkeitsdimensionen "self-directedness" (Selbstbezogenheit), "cooperativeness" (Kooperativität) und "self-transcendence" (Selbst-Transzendenz) vergegenwärtigen durch soziale Umweltbedingungen beeinflusste Faktoren, bei denen biografische Erfahrungen die Entwicklung eines individuellen Konzeptes von sich und den anderen terminieren. "Selbstbezogenheit" ist als interpersonelle Autonomie einer Person, "Selbst-Transzendenz" als Integration einer Person in die Gesellschaft und "Kooperativität" als Integration einer Person in zwischenmenschliche Beziehungen aufzufassen.

In der psychobiologischen Dimension werden Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen mit niedriger "Belohnungsabhängigkeit", Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen mit verstärkter "Suche nach neuen Erfahrungen" und Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen mit einem hohen Grad an "Verletzungsvermeidung" assoziiert. Kernmerkmale aller Persönlichkeitsstörungen sollen niedrige "Selbstbezogenheit" und geringe "Kooperativität" implizieren (Svrakic et al. 1993).

Zur Messung der Temperaments- und Persönlichkeitsdimensionen ist mittlerweile auch eine deutsche Version des von Cloninger et al. (1999) entwickelten TCI (*Temperament and Character Inventory; Temperament- und Charakter-Inventar*) verfügbar.

Die einzige bislang publizierte Untersuchung zum Verhältnis der Dissoziation zu den Temperaments- und Persönlichkeitsdimensionen nach Cloninger stammt aus Deutschland und wurde erst im vergangenen Jahr veröffentlicht (Grabe et al. 1999). Bei 191 psychiatrisch behandelten Patienten und 41 gesunden Probanden als Kontrollgruppe wurden die DES zur Messung der Intensität dissoziativer Erfahrungen und das TCI zur Erhebung der Persönlichkeits- und Temperamentsdimensionen angewandt. Das Ausmaß der dissoziativen Tendenzen war eindeutig mit den entwicklungspsychologischen und sozial beeinflussten Persönlichkeitsdimensionen assoziiert. Die "genetisch" prädisponierten Temperamentsdimensionen spielten hierbei keine Rolle. Im Wesentlichen kristallisierten sich niedrige "Selbstbezogenheit" und hohe "Selbsttranszendenz" als Hauptprädiktoren für dissoziatives Erleben heraus. Zum einen stützen die Resultate die Theorie, dass dissoziatives Erleben als Korrelat von Traumata im Allgemeinen und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit im Speziellen gedeutet werden kann (z.B. Chu und Dill 1990; Zlotnick et al. 1996). Zum anderen weisen die Ergebnisse auf eine spezifische Vulnerabilität für gesteigertes dissoziatives Erleben bei Patienten mit pathologischen Persönlichkeitszügen hin. Gerade ein erniedrigter Skalenwert auf der "epigenetischen" Dimension "Selbstbezogenheit" wird als Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörungen beschrieben (Svrakic et al. 1993). Geringe "Selbstbezogenheit" manifestiert sich nämlich als wenig sozial integrationsfähiges, unverantwortliches, unreifes und unzuverlässiges Verhalten. Andererseits wollen wir an dieser Stelle nicht die Resultate der bereits weiter oben, in einem anderen Kontext skizzierten Studie von Jang et al. (1998) ignorieren, die in ihrer klassischen Zwillingstudie den

Einfluss hereditärer bzw. umweltbedingter Faktoren auf die Entwicklung dissoziativen Erlebens bestimmt haben. Die kanadische Arbeitsgruppe kam nämlich zu dem Ergebnis, dass genetische Faktoren erheblich zum Risiko einer pathologischen Dissoziation beitragen und infolgedessen keineswegs von einer ausschließlich sozial oder umweltbedingten Genese der Dissoziation ausgegangen werden kann.

Schlussbemerkung

Unsere Ausführungen zeigen, dass dissoziative Phänomene bei Persönlichkeitsstörungen häufig auftreten können. Dabei ist es unserer Einschätzung nach wichtig, dass bei der Bewertung dissoziativer Symptomcluster im Kontext von Persönlichkeitsstörungen Dissoziationen nicht nur unter den Abwehrvorgängen zur Bewältigung unerträglich leidvoller Traumata in der Kindheit oder im Erwachsenenalter subsumiert werden, sondern auch Dissoziationen akzeptiert werden, die "funktional-final nicht überzeugend als Abwehr interpretiert" (Scharfetter 1999) werden können. Durch die jüngst wahrzunehmende Reaktualisierung des Dissoziationsmodells in der psychiatrischen Fachöffentlichkeit scheint sich eine Wende hinsichtlich des vor Jahren noch beklagten nosologischen Niedergangs der Hysterie im Allgemeinen und des Bleuler'schen Schizophrenieverständnisses im Speziellen abzuzeichnen (Hoffmann 1994, Pfeifer et al. 1994). Die erneute Rezeption sowohl der Hysterielehre von *Pierre Janet* als auch der Schizophrenielehre von *Eugen Bleuler* mit ihrem zentralen Modell von Spaltungsvorgängen oder Fragmentation des Ichs ist unserer Ansicht nach unerlässlich, um bei den Persönlichkeitsstörungen häufig vorkommende dissoziative Phänomene wie Depersonalisation, Derealisation oder Identitätsveränderung psychopathologisch plausibel einordnen und integrative Therapieansätze anbieten zu können.

Literatur

- Allen JG, Coyne L, Console DA: Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry* 1997, 38: 327-334.
- APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-III-R (3rd ed.; revised). American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
- APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV (4th ed.). American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K: Dissociative symptoms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185: 755-760.
- Bernstein EM, Putnam FW: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986, 174: 727-735.
- Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA: Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995, 152: 1788-1792.
- Bronisch T: Persönlichkeitsstörungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1999, S. 1523-1558.
- Chu JA, Dill DL: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990, 147: 887-892.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50: 975-990.
- Cloninger R, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use (Das Temperament- und Charakter-Inventar [TCI])*, übersetzt von Richter J, Eisemann M, Richter G, Swets und Zeitlinger B.V., Swets Testservicees, Frankfurt 1999.
- Cloninger CR, Svrakic DM: Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed). Lippincott Williams & Williams, Philadelphia, 2000, S. 1723-1764.
- Coons PM: The differential diagnosis of multiple personality-a comprehensive review. *Psychiatr Clin North Am* 1984; 7:51-67
- Dell PF: Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186: 352-356.
- Dowson JH, Sussams P, Grounds AT, Taylor J: Associations of self-reported past "psychotic" phenomena with features of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000, 41: 42-48.
- Draijer N, Langeland W: Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1999, 156: 379-385.
- Ellason JW, Ross CA, Sainon K, Mayran LW: Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bull Menninger Clin* 1996, 60:39-51.
- Erkwoh R, Saß H: Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzeptionen in neuem Gewand. *Nervenarzt* 1993; 64: 169-174.
- Fiedler P: Persönlichkeitspsychologie und Klinische Psychologie: Die Perspektive bio-psycho-sozialer Erklärungsmodelle. In: Fiedler P: *Persönlichkeitsstörungen*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1995, S. 115-144.
- Fiedler P: Dissoziative Identitätsstörung vormals: Multiple Persönlichkeitsstörung. In: Fiedler P: *Dissoziative Störungen und Konversion*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1999, S. 136-210.
- Fink D: The comorbidity of multiple personality disorder and DSM-III-R axis II disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1991, 14: 547-566.
- First MB, Gibbon M, Williams JB, Spitzer RL: *Personality Screening Questionnaire for the DSM-III-R*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York, 1991.
- Gershuny BS, Thayer JF: Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clin Psychol Rev* 1999, 19: 631-657.
- Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E: The delusion of possession in chronically psychotic patients. *J Nerv Ment Dis* 1991: 567-571.
- Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML: Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992, 180: 332-337.
- Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ: Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *Am J Psychiatry* 1999, 156: 1811-1813.
- Guralnik O, Schmeidler J, Simeon D: Feeling unreal: cognitive processes in depersonalization. *Am J Psychiatry* 2000, 157: 103-109.
- Herman J, van der Kolk BA: Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: van der Kolk BA: *Psychological Trauma*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1986.
- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA: Childhood trauma and borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989, 146: 490-495.
- Herman JL: Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992, 5: 377-391.

- Hoffmann SO: Die Dissoziation – Neue Aktualität für ein altes klinisches Konzept. In: Kockott G, Möller HJ: Sichtweisen der Psychiatrie. Zuckschwert Verlag, München, 1994, S. 16-24.
- Jang KL, Paris J, Zweig-Frank H, Livesley J: Twin study of dissociative experience. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186: 345-351.
- Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB: Zur Psychopharmakotherapie von Persönlichkeitsstörungen des Clusters C. In: Saß H, Herpertz S: Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen. Thieme Verlag, Stuttgart, 1999a, S. 171-180.
- Kapfhammer HP: Integrative Therapieansätze bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Saß H, Herpertz S: Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen. Thieme Verlag, Stuttgart, 1999b, S. 98-115.
- Kapfhammer HP: Dissoziative Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1999c, S. 1273-1302.
- Katschnig H: Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Histrionische, Borderline, narzisstische und antisoziale Lebensstrategien. 7. State-of-the-Art-Symposium, Wien, 1999.
- Kihlstrom JF, Glisky-ML, Angiulo-MJ: Dissociative tendencies and dissociative disorders. *J Abnorm Psychol* 1994, 103: 117-124.
- Livesley WJ, Jackson DN: Manual for the dimensional assessment of personality problems: Basic questionnaire. Sigma, Port Huron, 1999.
- Marmer SS, Fink D: Rethinking the comparison of borderline personality disorder and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1994, 17: 743-771.
- Merskey H: Multiple personality disorder. In: Freeman H: A century of psychiatry. Harcourt Publishers, London, 1999, S. 334-336.
- Modestin J, Ebner G, Junghan M, Erni T: Dissociative Experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1996, 37: 355-361.
- Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Western D, Hill EM: Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990, 147: 1008-1013.
- Perry JC, Herman JL: Trauma and defense in borderline personality disorder. In: Paris J: Borderline personality: Etiology and treatment. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993, S. 123-140.
- Pfeifer S, Brenner L, Spengler W: Störung mit multipler Persönlichkeit – Darstellung von zwei Fällen und Entstehungsmodell. *Nervenarzt* 1994, 65: 623-627.
- Putnam FW: Pierre Janet and modern views of dissociation. *J Trauma Stress* 1989, 2: 413-429.
- Ross CA, Anderson G: Phenomenological overlap of multiple personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1988, 176: 295-299.
- Roth M: The phobic anxiety-depersonalization syndrome. *Proc R Soc Med* 1959, 52: 587-595.
- Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP: Der Verlauf von Borderline-Störungen – Eine Literaturübersicht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999, 67: 200-217.
- Saß H, Herpertz S: Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen - Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen. Thieme Verlag, Stuttgart, 1999.
- Scharfetter C: Dissoziation, Split, Fragmentation – Nachdenken über ein Modell. Hans Huber Verlag, Bern, 1999.
- Sedman G, Reed GF: Depersonalization phenomena in obsessional personalities and in depression. *Br J Psychiatry* 1963, 109: 376-379.
- Shearer SL: Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1324-1328.
- Shorvon HJ: The depersonalization syndrome. *Proc R Soc Med* 1946, 39: 779-792.
- Simeon D, Groß S, Guralnik O, Stein DJ, Schmeidler J, Hollander E: Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 1997, 154: 1107-1113.
- Spiegel D: Dissociative disorders. In: Tasman A, Goldfinger SM: American Psychiatric Press review of psychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC 1991, S. 143-276.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: SCID Personality Questionnaire. New York State Psychiatric Institute, New York, NY, 1987.
- Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal C: A structured interview for the DSM-III personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1985, 42: 591-596.
- Stone MH: Incest in the borderline patient. In: Kluft RP: Incest-related syndromes of adult psychopathology. American Psychiatric Press, Washington DC, 1990, S. 183-204.
- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50: 991-999.
- Weltgesundheitsorganisation – WHO: Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10 (2. überarbeitete und erweiterte Auflage; Hrsg.: Dilling H, Mombour W, Schmidt H). Huber Verlag, Bern, 1993.
- Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, Gunderson JG: Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 2000, 188: 26-30.
- Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E., Begin A: The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry* 1996, 37: 12-16.
- Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J: Dissociation in female patients with borderline and non-borderline personality disorders. *J Personal Disord* 1994a, 8: 203-209.
- Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J: Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorders. *J Personal Disord* 1994b, 8: 210-218.
- Zweig-Frank, Paris J, Guzder J: Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1994c, 39: 259-264.

Dr.med. Hans-Bernd Rothenhäusler
 Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU München
 Nußbaumstraße 7
 80336 München
 Tel. 089-7095-2718
 e-mail: rothenh@kons.med.uni-muenchen.de