

Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

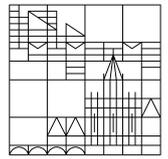
Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYNDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <https://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team



Shutdown Dissoziationsskala (Shut-D)

Maggie Schauer, Inga Schalinski and Thomas Elbert, Klin Psych, Universität Konstanz

„Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu körperlichen Erfahrungen und Körperempfindungen stellen, die Sie seit dem(n) traumatischen Ereignis(sen) möglicherweise in Ihrem Alltag erleben oder erlebt haben. Ich möchte gerne wissen, ob sich solche Beschwerden entwickelt haben und wie häufig Sie unter diesen körperlichen Erfahrungen und Empfindungen leiden.“

Nur für den Interviewer/in: Menschen, die unter Traumafolgestörungen leiden, können körperliche Reaktionen zeigen, wenn Erinnerungen an die Ereignisse getriggert werden. Schon sehr subtile Erinnerungsreize, die vom Betroffenen oft nicht bewusst wahrgenommen werden, können zu einer Reihe starker körperlicher Reaktion führen. Einige Überlebende erleben solche Zustände oder Verhaltensweisen immer dann wenn sie aufgeregt oder nervös sind, wenn Sie (auch ohne Grund) erschrecken, oder auf andere Weise an die Bedrohungssituation(en) erinnert werden. Nachfolgend sind typische Reaktionen aufgelistet. Fragen Sie „In den vergangenen 6 Monaten“; falls weniger als 6 Monate seit dem traumatischen Ereignis vergangen sind, fragen Sie „Seit dem(n) traumatischen Ereignis(sen)“. Fragen Sie in Bezug auf alle positiven Antworten nach den Häufigkeiten (z.B. „Wie oft ist dies bereits geschehen?“).

Fragen	nie	1x/Monat seltener	mehrmals/ Monat manchmal	mehrmals/ Woche häufig
1. Haben Sie das Bewusstsein verloren?/Sind Sie in Ohnmacht gefallen?/ Ist Ihr „Kreislauf“ vollständig kollabiert?	[0]	[1]	[2]	[3]
2. Haben Sie erlebt, dass Ihnen schwindelig war und Ihnen schwarz vor Augen wurde?	[0]	[1]	[2]	[3]
3. Haben Sie erlebt, dass Sie nicht mehr hören konnten als ob Sie taub gewesen sind? Oder haben Sie erlebt, dass Sie Stimmen von Personen, die direkt neben Ihnen standen und sich mit Ihnen unterhielten, so angehört haben als ob die Stimmen weit weg waren?	[0]	[1]	[2]	[3]
4. Haben Sie erlebt, dass Sie nicht mehr deutlich sehen konnten (zum Beispiel verschwommen oder wie durch eine Nebelwand)?	[0]	[1]	[2]	[3]
5. Haben Sie erlebt, dass Ihr Körper oder ein Teil Ihres Körpers taub war oder sich angefühlt hat, als ob er nicht zu Ihnen gehören würde?	[0]	[1]	[2]	[3]
6. Haben Sie erlebt, dass Sie sich nicht mehr bewegen konnten als ob Sie gelähmt wären?/als ob ihr Körper Ihnen nicht gehorcht?	[0]	[1]	[2]	[3]
7. Haben Sie erlebt, dass Ihr Körper oder ein Teil Ihres Körpers schmerz- unempfindlich war? (Analgesie)	[0]	[1]	[2]	[3]
8. Haben Sie eine plötzlich einsetzende Müdigkeit und Schwere in ihren Gliedmaßen empfunden?	[0]	[1]	[2]	[3]
9. Haben Sie erlebt, dass Ihr Körper für eine Weile erstarrte/ganz steif war?	[0]	[1]	[2]	[3]
10. War Ihnen übel? Hatten Sie das Gefühl sich übergeben zu müssen? Haben Sie kalte Schweißausbrüche erlebt?	[0]	[1]	[2]	[3]
11. Haben Sie sich gefühlt, als ob Sie außerhalb Ihres Körpers waren? (Out-of-body)	[0]	[1]	[2]	[3]
12. Haben Sie erlebt, dass Sie nicht mehr sprechen konnten, obwohl Sie etwas sagen wollten?/Konnten Sie nur unter großer Anstrengung sprechen?/Konnten Sie nur Flüstern?	[0]	[1]	[2]	[3]
13. Haben Sie erlebt, dass Ihr Körper ohne offensichtlichen Grund schlaff und warm gewesen ist?	[0]	[1]	[2]	[3]

Einleitung

Die Shutdown-Dissoziationsskala wurde als strukturiertes Interview entwickelt, damit Wissenschaftler, klinisch arbeitende Psychologen, Psychotherapeuten oder auch Ärzte etwaige Dissoziationsneigung (= shutdown, d.h. Herunterfahren und/oder Ausschalten von Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten) erkennen können. Der dissoziative Shutdown (Schauer & Elbert, 2010) – in der Überlebenssituation zunächst adaptiv – umfasst unterschiedliche Grade von:

1. funktioneller, sensorischer Deafferenzierung und veränderten Efferenzen als Zustände zunehmender tonischer Immobilität (Stupor) und dann schlaffer Immobilität (vasovagale Prä-/Synkopen)
2. Einengung kognitiver Prozesse und Wahrnehmung, als auch Verarbeitung von Emotionen (beginnend mit einer Inhibition von Aggression später auch Ekel und Angst).

Infolge von traumatischen Lebenserfahrungen können Dissoziationen in unterschiedlichem Ausmaß als Traumafolgereaktionen vorliegen. Diese Information kann für die Behandlungsplanung essentiell sein, denn Shutdown-Vorgänge, also Dissoziationen, be- und verhindern kognitive und emotionale Verarbeitung der erlebten Traumata und unterbinden Kontrollerleben und Autonomie der Person. Im Rahmen von klinischen Therapiestudien dient das Instrument Shut-D der Erfassung der pathologischen Komplikation in der posttraumatischen Langzeitentwicklung von Patienten/Probanden. Bei gleichzeitig vorliegender Posttraumatischer Belastungsstörung kann der Summenwert zur Diagnostik des im DSM-5 beschriebenen dissoziativen Subtyps der Posttraumatischen Belastungsstörung herangezogen werden (American Psychiatric Association, 2013).

Shutdown Dissoziationen sind aufgrund der parasympathischen Dominanz im Zuge des fortschreitenden (peritraumatischen) Abwehrmodus des Organismus bei Traumata charakterisiert durch folgende Symptome aus der Verteidigungskaskade:

- zunehmende funktionelle sensorische Deafferenzierung (einschließlich kinästhetisch und Tiefensensibilität)
- zunehmende Reduktion der Schmerzwahrnehmung
- zunehmende emotionale Taubheit
- zunehmende motorische Bewegungsunfähigkeit (tonisch und schlaaffe Bewegungsunfähigkeit), als Einschränkung der Willkürmuskulatur
- Verlust oder vermindertes Sprachverständnis und Sprachproduktion
- Pseudoneurologische Symptome
- Symptome einer Präsynkope/Synkope (nicht: kreislaufbedingte (orthostatische), vom Herzen ausgehende (kardiogene) oder durch Hirndurchblutungsstörungen bedingte (cerebro-vasculäre) Synkopen)

Für eine detaillierte Beschreibung des Shutdown-Dissoziationskonzeptes verweisen wir auf die englischsprachige Publikation von Schauer & Elbert (2010).

Gütekriterien

Reliabilität

Interne Konsistenz: Die Faktoranalyse ergab Hinweise auf eine eindimensionale Faktorstruktur. Der erste Faktor (mit einem Eigenwert 5.65) erklärt 43.4 % der Varianz, während der zweite Faktor (mit einem Eigenwert 1.07) 8.2 % der Varianz aufklärt. Die Skala zeigt eine exzellente interne Konsistenz: Cronbach's alpha = .89.

Retest-Reliabilität: Der Retest-Reliabilitätsindex ist hoch ($r = .93$, $p < .001$, 95 % CI[0.88, 0.96]).

Validität

Konvergente Validität: Die konvergente Validität wurde mit dem Fragenbogen Dissociative Experience Scale (Bernstein & Putnam, 1986) und der Shutdown Dissoziationsskala erfasst. Die Korrelation der Gesamtwerte der Dissociative Experience Scale und der Shutdown Dissoziationsskala ist sehr hoch, $r = .86$, $p < .001$.

Kriteriumsbezogene Übereinstimmungsvalidität: Die Shutdown-Dissoziationsskala trennt Patienten mit unterschiedlicher Anzahl traumatischer Erlebnistypen und Psychopathologie von gesunden Probanden. Weiterhin differenziert die Skala Diagnosegruppen, die mit unterschiedlichem Traumabelastungsmaß assoziiert sind.

Korrelative Zusammenhänge der Shutdown Dissoziationsskala (Ereignisbezogene und Anzahl verschiedener traumatischer Erlebnistypen und Symptomausprägungen): Die Konfrontation mit traumatischen Ereignistypen mit großer Nähe, verstärken das Auftreten und die Vielfalt von Shutdown Dissoziationen- eine Vorhersage des Shutdown Dissoziationsmodells. Weiter zeigt sich ein höheres Ausmaß der Shutdown Dissoziationen bei Patienten mit größeren Symptombelastungen (Posttraumatische Belastungsstörung und Depression).

Administration/Bewertungsregeln

1. Stellen sie die Eingangsfragen wörtlich; stellen sie zusätzliche Fragen um die Auftretenshäufigkeit des Symptoms genau zu erfassen.
2. Stellen Sie offene Fragen um die Häufigkeit des Symptomes genau zu erfassen: Wann haben sie das letzte Mal unter diesem

Symptom [EIGENER AUSDRUCK DES PROBANDEN] gelitten? Wie oft haben Sie darunter gelitten in den vergangenen 6 Monaten; selten, manchmal oder häufig? Welche Bedeutung hat dieses Symptom für Sie?

3. Informationen, die im Laufe des Interviews vom Probanden berichtet werden, dürfen genutzt werden um vorangegangene Symptomeinschätzungen zu verändern.
4. Zeitlich zusammenfallende Symptome dürfen doppelt gezählt werden. Beispielsweise wenn ein Proband berichtet, dass er jeden Tag ohnmächtig wird, können alle Symptome, die während der Ohnmacht erlebt werden gezählt werden (Shutdown der akustischen, visuellen, motorischen und nozizeptorischen Wahrnehmung).
5. Fragen, die angewendet werden dürfen um zu unterscheiden, ob es sich um ein Shutdown Dissoziationsmerkmal oder eine akut oder chronisch körperliche Grunderkrankung oder periphere Neuropathie handelt sind:
 - Seit wann leiden Sie unter diesem Symptom? Haben Sie oder ihr behandelnde Arzt eine Erklärung für dieses Symptom?
 - Shutdown Dissoziationen simulieren zentral systemische Neuropathien. Periphere Neuropathien beschreiben Schädigungen der peripheren Nerven. Diese Beschwerden richten sich an Dermatomen (Versorgungsgebiete) und betreffen streng umgrenzte Gebiete. Im Gegensatz dazu betreffen Shutdown Dissoziationen ganze Teile des Körpers (beispielsweise die ganze Hand, das ganze Bein oder den ganzen Körper).
6. Bitte berücksichtigen sie Nebenwirkungen von Medikamenten und schließen sie auch Symptome aus, wenn sie durch die Wirkung von Alkohol oder Drogen bedingt waren
7. Bitte berücksichtigen sie unerwünschte Symptome, die im Rahmen der Menopause in Erscheinung treten

Zeitraum

Bevor sie das Interview durchführen, klären sie den Probanden über den recht großen Zeitraum „vergangene 6 Monate“ auf. Versichern Sie sich, dass der Proband sich auf den relevanten Zeitraum insgesamt bezieht, wenn er Angaben zur Häufigkeit macht und nicht nur auf die letzte Woche etc. Es geht darum einen Überblick über die Belastung und Disposition zu Dissoziationen im Alltag des Patienten über einen längeren Zeitraum zu bekommen. Falls weniger als 6 Monate seit dem traumatischen Ereignis vergangen sind, fragen Sie „seit dem(n) traumatischen Ereignis(sen)“.

Ausmaß der Shutdown Dissoziation

Der Gesamtwert wird bestimmt, in dem die 13 Itemwerte aufsummiert werden. Die Werte liegen zwischen 0 und 39 und repräsentieren ein Maß für die Schwere der Shutdown Dissoziationen.

Tabelle 1. Bestimmung der Sensitivität und Spezifität innerhalb einer Stichprobe mit (A) Posttraumatischer Belastungsstörung, (B) Patienten und gematchte, gesunde Kontrollpersonen und (C) Psychiatrische Patienten

Summenwert der Shutdown-Dissoziationsskala											
A. Patienten mit PTBS <i>n</i> = 52	6.5	7.5	10	11.5	12.5	13.5	15.5	17.5	18.5	19.5	21.5
Sensitivität	0.94	0.88	0.88	0.88	0.88	0.81	0.81	0.81	0.81	0.81	0.69
Spezifität	0.28	0.36	0.44	0.53	0.58	0.67	0.72	0.75	0.81	0.83	0.83
B. Gesamtstichprobe (A + 17 Kontrollpersonen) <i>N</i> = 69											
Sensitivität	0.94	0.88	0.88	0.88	0.88	0.81	0.81	0.81	0.81	0.81	0.69
Spezifität	0.51	0.57	0.62	0.68	0.72	0.77	0.81	0.83	0.87	0.89	0.89
C. Patienten und gesunde Kontrollpersonen <i>N</i> = 127											
Sensitivität	0.86	0.86	0.86	0.88	0.86	0.86	0.86	0.79	0.64	0.64	0.57
Spezifität	0.79	0.84	0.87	0.89	0.90	0.93	0.95	0.97	0.97	0.97	0.99

Anmerkungen. A = Patienten mit PTBS (*n* = 52), B = Gesamtstichprobe (*n* = 69: 52 PTBS-Patienten (= A) + 17 Kontrollpersonen), C = Psychiatrische Patienten (*n* = 63) und Kontrollpersonen (*n* = 64), Sens. = Sensitivität, Spez. = Spezifität.

Cut-off Werte

Die Klassifikation des dissoziativen Subtypes der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach dem DSM-5 wurde anhand der Begleitsymptome Derealisation und Depersonalisation der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1995) vorgenommen: Der dissoziative Subtyp wurde definiert als das Vorliegen eines Wertes > 4 für die Summe der Häufigkeit und Intensität entweder für das Symptom „Depersonalisation“ oder „Derealisation“ (Daniels, Frewen, Theberge & Lanius, 2016; Steuwe, Lanius & Frewen, 2012).

Die ROC-Analyse (Receiver Operating Characteristic) erbrachte eine exzellente Diskrimination zwischen Personen ohne und Personen mit dissoziativen Symptomen mit der Shutdown-Dissoziationsskala (AUC = 0.86. 95 % KI[0.77, 0.96]). Auch zeigte sich innerhalb der Patientengruppe eine akzeptable Trennung zwischen Dissoziativen und Nicht-Dissoziativen PTBS-Patienten mit der Shutdown-Dissoziationsskala (AUC = 0.80. 95 % KI[0.66, 0.93]).

Bei einem Wert von 18.5 auf der Shutdown-Dissoziationsskala zeigte sich eine hohe Sensitivität bei gleichzeitig hoher Spezifität für die Klassifikation des dissoziativen **Subtypes der PTBS** innerhalb einer Stichprobe von Patienten mit PTBS (vergleiche Tabelle 1). Unter der Berücksichtigung von gesunden Kontrollpersonen wird bereits bei einem Wert von 15.5 eine optimale Sensitivität und Spezifität erreicht, so dass insgesamt zu Gunsten der Sensitivität der **Schwellenwert von ≥ 16** herangezogen werden sollte, um den dissoziativen Subtypen zu diagnostizieren (bei gleichzeitigem Vorliegen einer PTBS).

In einer weiteren Stichprobe von psychiatrischen Patienten und Kontrollpersonen ($N = 127$) zeigten sich eine exzellente Trennung zwischen pathologischen und nicht-pathologischen Dissoziationen (≥ 30 auf der „Dissociative Experience Scale“; Bernstein & Putnam, 1986) mit der Shutdown-Dissoziationsskala ($AUC = 0.95$, 95 % KI[0.90; 1.00], siehe Tabelle 1). Daher schlussfolgern die Autoren, dass von **klinisch bedeutsamen Dissoziationen bereits ab einem Summenwert von 8 auf der Shutdown-Dissoziationsskala** gesprochen werden kann.

Bewertung

Die Shutdown-Dissoziationsskala ist ein kurzes, strukturiertes Interview, welches – streng ätiologisch hergeleitet – die Dissoziationsneigung als Folge traumatischer Erlebnisse abschätzen kann. Die psychometrischen Eigenschaften der Skala sind von hoher Qualität. Die Erfassung von Dissoziationen mit der Shutdown-Dissoziationsskala kann u.a. gewinnbringend in der Psychoedukation dissoziativer Traumaüberlebender eingesetzt werden. Anhand des zugrundeliegenden Modells kann die Biologie der Reaktionsdisposition erklärt werden und damit eine Normalisierung dieser Disposition erlangt werden. Ferner kann sie etwa in der psychotherapeutischen Planung eingesetzt werden, um das Risiko einer Dissoziationsneigung während zukünftigen Expositionsbehandlungen zu bestimmen und antidissoziative Strategien rechtzeitig vorzubereiten (Schauer & Elbert, 2010). Im Rahmen von Forschungsarbeiten dient sie zur Klassifikation der Stichprobe und zur Erfassung von Veränderungen dissoziativer Symptomatik. Eine erste Analyse zeigt, dass ab Summenwerten der Shutdown Dissoziationsskala von 8 von pathologischen Dissoziationen gesprochen werden kann. Der dissoziative Subtyp nach dem DSM-5 kann bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einem Summenwert auf der Shutdown-Dissoziationsskala ≥ 16 diagnostiziert werden.

Sprachen

Die Shutdown Dissoziationsskala ist in folgenden Sprachen verfügbar: Englisch, Deutsch, lateinamerikanisches Spanisch, Französisch und Swahili.

Korrespondenz:

Dr. Inga Schalinski, Dr. Maggie Schauer

Universität Konstanz

Klinische Psychologie, 78457 Konstanz, Deutschland

inga.schalinski@uni-konstanz.de, maggie.schauer@uni-konstanz.de

– vivo.org

– clinical-psychology.uni-konstanz.de



Literatur

Schalinski, I., Schauer, M., & Elbert, T. (2015). The Shutdown Dissociation Scale (Shut-D). *European Journal of Psychotraumatology*, 6.
Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *Journal of Psychology*, 218, 109–127. doi: 10.1027/0044-3409/a000018

Weitere Literatur

Baumann, M., Zwissler, B., Schalinski, I., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M., & Kissler, J. (2013). Directed forgetting in post-traumatic-stress-disorder: a study of refugee immigrants in Germany. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7. doi:10.3389/fnbeh.2013.00094
Fiess, J., Steffen, A., Pietrek, C., & Rockstroh, B. (2013). Belastungen in der Kindheit und dissoziative Symptomatik bei Patienten mit psychischen Störungen. [Childhood adversities and dissociative symptoms in patients with psychological disorders]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(1), 24-33. doi:10.1026/1616-3443/a000183
Isele, D., Teicher, M. H., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Kolassa, I. T., Schury, K., & Schauer, M. (2014). KERF – ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen. [KERF – An instrument for measuring adverse childhood experiences: Construction and psychometric evaluation of the German MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) scale]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43(2), 121-130. doi:10.1026/1616-3443/a000257
Schalinski, I., Elbert, T., & Schauer, M. (2011). Female dissociative responding to extreme sexual violence in a chronic crisis setting: the case of eastern Congo. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 235-238. doi:10.1002/jts
Schalinski, I., Elbert, T., & Schauer, M. (2013). Cardiac defense in response to imminent threat in women with multiple trauma and severe PTSD. *Psychophysiology*, 50, 691-700. doi:10.1111/psyp.12051
Schalinski, I., Moran, J., Schauer, M., & Elbert, T. (2014). Rapid emotional processing in relation to trauma-related symptoms as revealed by magnetic source imaging. *BMC Psychiatry*, 14(1), 193. doi:10.1186/1471-244X-14-193
Schalinski, I., Moran, J., Reindl, V., Elbert, T., & Wienbruch, C. (2017). Oscillatory Magnetic Brain Activity is Related to Dissociative Symptoms and Childhood Adversities – A Study in Women with Multiple Trauma. doi:10.1016/j.jad.2017.05.009
Schalinski, I., & Teicher, M. H. (2015). Type and Timing of Childhood Maltreatment and Severity of Shutdown Dissociation in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorder. *PLoS*, 10(5), e0127151. doi:10.1371/journal.pone.0127151
Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and Timing of Adverse Childhood Experiences Differentially Affect Severity of PTSD, Dissociative and Depressive Symptoms in Adult Inpatients. *BMC psychiatry*, 16(1), 295. doi: 10.1186/s12888-016-1004-5
Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2005/2011 2nd Edition) *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders*. Cambridge/Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers

Absender: _____

Adresse des/der Testautoren:

Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) an den/die Testautoren

Sehr geehrte/r Herr/Frau

ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich das unten näher bezeichnete Verfahren aus dem Elektronischen Testarchiv des ZPID in einer Forschungsarbeit eingesetzt habe. Im Folgenden finden Sie dazu nähere Erläuterungen.

Thema der Arbeit:
.....
eingesetztes Testverfahren:
.....
Publikation geplant in:
.....

Datum Unterschrift