Eckhardt-Henn ▪ Spitzer

2. Auflage

Dissoziative Bewusstseinsstörungen

Grundlagen, Klinik, Therapie

Schattauer

Eckhardt-Henn ■ Spitzer

Dissoziative Bewusstseinsstörungen

2. Auflage

Unter Mitarbeit von

Ulrike Anderssen-Reuster
Werner Bohleber
Romuald Brunner
Gerhard Dammann
Judith K. Daniels
Franz Ebner
Bernet Elzinga
Harald J. Freyberger
Eckhard Frick
Ursula Gast
Caroline Gebauer
Sven Olaf Hoffmann
Annegret Krause-Utz
Petra Ludäscher
Christel Lüdecke
Antje Manthey
Hans J. Markowitsch
Helga Mattheß
Harald Merckelbach
Heinrich Merkt
Matthias Michal
Sina Niermann
Björn Nolting
Wiebke Pape
Diana Pesy
Kathlen Priebe
Eva Rass
Thomas Reuster
Vedat Şar
Christian Schmahl
Karla Schmidt-Riese
Allan N. Schore
Anika Sierk
Martin Schöndienst
Angelica Staniloiu
Christian Stiglmayr
Onno van der Hart
Heinz Weiß
Dorina Winter
Gustav Wirtz
Wolfgang Wöller

Dissoziative Bewusstseinsstörungen

Grundlagen, Klinik, Therapie

2. Auflage

Herausgegeben von
Annegret Eckhardt-Henn
Carsten Spitzer

Mit 26 Abbildungen und 28 Tabellen

Schattauer

Prof. Dr. med. Annegret Eckhardt-Henn
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum Stuttgart –
Krankenhaus Bad Cannstatt
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart
A.Eckhardt@klinikum-stuttgart.de

Prof. Dr. med. Carsten Spitzer
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
37124 Rosdorf
c.spitzer@asklepios.com

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!
Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über QR-Code.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besonderer Hinweis:
Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.
In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Lektorat: Barbara Buchter, Freiburg
Mit einer Übersetzung von Dieter Fuchs, Stuttgart
Umschlagabbildung: © Laurin Rinder - fotolia.com
Satz: abavo GmbH, Buchloe
Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:
ISBN 978-3-7945-9027-8

ISBN 978-3-7945-3201-8

Vorwort

Die dissoziativen Bewusstseinsstörungen waren seit jeher ein klinisches und wissenschaftliches Faszinosum und werden das sicherlich auch weiterhin bleiben. Daher verwundert es auch keineswegs, dass das komplexe Konstrukt der Dissoziation immer wieder und bis heute sehr konträre Reaktionen hervorruft, die von uninformierter und offener Ablehnung über neugierige Skepsis sowie erkenntnisreiche Kritik bis zu naiv-idealisierender Zustimmung reichen.

Begriffe wie Spaltung, Teilung, Zerstörung und Abspaltung psychischer Funktionen waren – in einem wie auch immer gedachten Gesamtzusammenhang – spätestens seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zentrale Paradigmen zur Erklärung psychischer Krankheiten.

Zwischen 1890 und 1910 kam es zu einer ersten Hochphase des Dissoziationsmodells. Schon damals wurde die Dissoziation mehrheitlich u. a. von berühmten Psychiatern und Neurologen wie Paul Briquet, Jean-Martin Charcot, Pierre Janet und Sigmund Freud im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen gesehen. Die grundlegenden seelischen Mechanismen wurden allerdings damals sehr kontrovers diskutiert und unterschiedlich konzipiert. Am bekanntesten ist die Kontroverse zwischen Pierre Janet und Sigmund Freud: Während Janet konstitutionelle Faktoren im Sinne eines angeborenen Defizits psychischer Energie (»la misère psychologique«), die durch ein psychisches Trauma übermäßig beansprucht werde und somit für die Synthese der verschiedenen psychischen Funktionen nicht mehr verfügbar sei, als Ursache von Dissoziation verstand, grenzte sich Freud von dieser Auffassung ab und entwickelte eine Konflikttheorie im Sinne eines psychoanalytischen Abwehrmodells der Dissoziation.

In den folgenden Jahren führten jedoch die sich zunehmend etablierende psychoanalytische Theorie, v. a. die Einführung von Freuds Konversionsbegriff als zentralem Pathomechanismus der Hysterie, sowie die Einführung des Schizophreniekonzepts durch Eugen Bleuler und der aufkommende Behaviorismus mit seiner Vernachlässigung intrapsychischer Vorgänge zu einem raschen Interessenverlust an dissoziativen Symptomen und Störungen.

Spätestens seit Anfang der 1970er-Jahre erfuhren die dissoziativen Bewusstseinsstörungen und das Konstrukt der Dissoziation jedoch eine klinische und wissenschaftliche Renaissance. Dazu haben verschiedene Entwicklungen beigetragen, in deren Rahmen die pathogenetische Relevanz von traumatischem Stress für dissoziative Phänomene zunehmend anerkannt wurde:

- die Betonung der epidemiologischen und klinischen Bedeutung von Kindesmisshandlung, v. a intrafamiliärem Inzest, durch die zweite Welle der Frauenbewegung,
- die Konfrontation mit den Veteranen des Vietnamkrieges und die diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen angesichts ihrer Psychopathologie,
- die Veröffentlichung und Rezeption des epochalen Werkes »Die Entdeckung des Unbewussten« von Henry F. Ellenberger im Jahre 1970, in dem die zentrale Rolle von Pierre Janet bei der Entwicklung der dynamischen Psychiatrie detailliert herausgearbeitet und sein Dissoziationskonzept in Erinnerung gerufen wird,
- die Einführung der sogenannten Neodissoziationstheorie durch Ernest R. Hilgard

(1974) im Kontext experimenteller Psychopathologie mittels Hypnose,
- die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit experimentellen und therapeutischen Ansätzen zur multiplen Persönlichkeitsstörung und
- die Popularisierung der multiplen Persönlichkeit über die Medien, z. B. durch das Buch und dessen Verfilmung »The three faces of Eve« oder das Buch »Sybil. Persönlichkeitsspaltung einer Frau«.

Folgerichtig und für die Etablierung des Dissoziationskonstrukts immens wichtig, wurden die dissoziativen Störungen ebenso wie die Posttraumatische Belastungsstörung 1980 als eigenständige diagnostische Kategorie in das DSM-III aufgenommen. Dies wurde initial von akademischer Seite vergleichsweise randständig zur Kenntnis genommen. Mittlerweile gehören die dissoziativen Bewusstseinsstörungen zum Mainstream in Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und klinischer Psychologie. Seit einigen Jahren wird die Dissoziation als ein wichtiger psychischer Mechanismus auch von den benachbarten Neurowissenschaften, der Entwicklungs- und Kognitionspsychologie sowie der Psychoanalyse respektiert und sogar intensiv beforscht.

Dies spiegelt sich nicht zuletzt in einer Vielzahl von Publikationen und Bücher zu diesem Thema, v. a. aus dem anglo-amerikanischen Raum wider. Besonders erwähnenswert sind das von Michelson und Ray 1996 herausgegebene »Handbook of Dissociation« und das von Dell und O'Neil 2009 herausgegebene Buch »Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-5 and Beyond«. Im deutschsprachigen Raum veröffentlichten Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004 die Monografie »Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie«. Weitere Bücher zum Thema aus kognitiv-behavioraler Sicht und zur kognitiv-behavioralen Therapie stammen von Fiedler (»Dissoziative Störungen und Konversion«; 1999) sowie Priebe, Schmahl und Stieglmayr (»Dissoziation: Theorie und Therapie«; 2013) und von Brunner (»Dissoziative und Konversionsstörungen im Kindes- und Jugendalter«; 2012). In den letzten zehn Jahren sind schließlich viele neue Forschungsergebnisse zu den Ursachen und ätiopathogenetischen Mechanismen, zu den Grundlagen von Dissoziation aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven sowie zur Klassifikation, Diagnostik, Differenzialdiagnostik und zur Therapie dissoziativer Bewusstseinsstörungen publiziert worden.

Uns Herausgebern und den Autoren geht es in dem vorliegenden Buch darum, die Komplexität der Thematik, die Vielfältigkeit der Perspektiven und den aktuellen Wissensstand darzustellen. Dabei ist es uns wichtig, auch Widersprüchliches kritisch zu diskutieren und zuzulassen und damit zu einer Weiterentwicklung des Konzeptes und der klinischen Forschung beizutragen.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist ein großer Bogen mit drei größeren Abschnitten gespannt worden: Der erste Teil zu »Theorie und Grundlagen« beschäftigt sich mit der schillernden Begriffs- und Ideengeschichte, entwicklungspsychologischen Aspekten, der facettenreichen Neurobiologie sowie gleichermaßen kritischen wie erkenntnisreichen Ergänzungen aus Sicht der Psychoanalyse und der Kognitionspsychologie. Im zweiten Teil geht es zunächst um Grundlagen wie Klassifikation und Diagnostik, dann um die klinischen Bilder der dissoziativen Bewusstseinsstörungen und schließlich um die Bedeutung dissoziativer Phänomene bei anderen psychischen Erkrankungen respektive im forensischen Kontext. Der abschließende dritte Teil stellt ausführlich und differenziert aktuelle Be-

handlungsansätze aus den verschiedensten therapeutischen Richtungen in ihrer großen Vielfalt dar. Es versteht sich von selbst, dass wir diesen weiten Bogen nicht alleine und ohne die tatkräftige Unterstützung vieler namhafter Kolleginnen und Kollegen hätten spannen können. Dabei sind wir als Herausgeber gleichermaßen stolz wie dankbar, dass dieser Bogen nicht nur weit, sondern auch rund geworden ist.

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich um keine »Neuauflage« des Buches von Eckhardt-Henn und Hoffmann von 2004, sondern um eine neu konzipierte, sehr stark veränderte Monografie. Sven Olaf Hoffmann ist aus Altersgründen als Herausgeber ausgeschieden; diesen Part hat nun Carsten Spitzer übernommen, der seit Jahren als Kliniker und Wissenschaftler auf diesem Gebiet tätig ist. Einige Arbeiten, die bereits bei Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004 erschienen sind, wurden von den Autoren des früheren Buches – Romuald Brunner, Annegret Eckhardt-Henn, Gerhard Dammann, Ursula Gast, Sven Olaf Hoffmann, Martin Schöndienst, Carsten Spitzer und Onno van der Hart – weitgehend überarbeitet oder ganz neu konzipiert. Viele neue Autorinnen und Autoren sind hinzugekommen: Ulrike Anderssen-Reuster, Werner Bohleber, Judith Daniels, Franz Ebner, Bernet Elzinga, Harald J. Freyberger, Eckardt Frick, Caroline Gebauer, Annegret Krause-Utz, Petra Ludäscher, Christel Lüdecke, Antje Manthey, Hans J. Markowitsch, Helga Mattheß, Harald Merckelbach, Heinrich Merkt, Mathias Michal, Sina Niermann, Bernd Nolting, Wiebke Pape, Diana Pesy, Kathlen Priebe, Eva Rass, Thomas Reuster, Vedat Sar, Karla Schmidt-Riese, Christian Schmahl, Allen Schore, Anika Sierk, Angelica Staniloiu, Christian Stiglmayr, Heinz Weiß, Dorina Winter, Gustav Wirtz, Wolfgang Wöller. Damit widmen sich 43 Autoren der Theorie, den Grundlagen, der Klinik und der Therapie der Dissoziation und der Dissoziativen Bewusstseinsstörungen.

Trotz des sehr guten, detaillierten und aktuellen Überblicks darf jedoch nicht übersehen werden, dass es nach wie vor viel Ungeklärtes und Widersprüchliches gibt, was das Phänomen der Dissoziation betrifft. Vor allem sollte man nicht der Versuchung erliegen, den Begriff nun ähnlich inflationär zu gebrauchen wie vordem andere Begriffe, allen voran »Hysterie«, aber auch »Spaltung« oder »Borderline-Niveau«. Damit bestünde die große Gefahr, ihn zu verwässern und für die Forschung und die klinische Auseinandersetzung unbrauchbar zu machen.

Daher möchten wir unser Buch auch nicht ausschließlich als profunde Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Kenntnisstandes verstanden wissen, sondern ebenso als Ansporn, sich weiterhin intensiv mit Dissoziation und den Dissoziativen Bewusstseinsstörungen klinisch und wissenschaftlich auseinanderzusetzen. In diesem Sinne haben wir auch das Titelbild gewählt. In seinem Gemälde »Le Pèlerin« (der Pilger) von 1966 hat René Magritte den Kern von Dissoziation illustriert: Der Kopf als Sitz des Ich- und Selbstbewusstseins ist »verrückt«; Identität und Bewusstsein haben ihren gesunden Bezug zu dem übrigen Selbstsystem und dem Körper ebenso verloren wie zu der unmittelbaren Umgebung und der Welt im Allgemeinen. Gleichzeitig fordert die Diskontinuität in der Person bzw. der Persönlichkeit geradezu dazu auf, diese Lücke zu schließen. Diese Aufforderung, Kontinuität und Einheit wieder herzustellen, lässt sich dabei sowohl klinisch-therapeutisch für den je einzelnen Patienten verstehen als auch generell dazu, durch weitere Forschungsbemühungen unsere Wissenslücken zu schließen.

An dieser Stelle soll noch angemerkt werden, dass aufgrund der besseren Lesbar-

keit im Buch bei Personennennungen das generische Maskulinum verwendet wird. Selbstverständlich sind damit immer beide Geschlechter, also Patientin und Patient, Therapeutin und Therapeut usw., gemeint.

Wir möchten uns bei allen Autoren für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken, ebenso für ihre Bereitschaft, an dem Buch durch interessante Beiträge mitzuwirken. Des Weiteren bedanken wir uns beim Schattauer Verlag und hier besonders bei Herrn Dipl.-Psych. Dr. med. Wulf Bertram, Frau Ruth Becker und Frau Dr. Nadja Urbani für die Unterstützung und die hervorragende Zusammenarbeit. Frau Barbara Buchter sei für ihr gründliches und umsichtiges Lektorat gedankt. Schließlich möchten wir uns bei unseren Sekretärinnen Frau Sabine Hammer und Frau Marion Haase herzlich bedanken, die mit großer Sorgfalt Korrekturen und Anpassungen vorgenommen und auf die vielfältigste Weise dieses Buchprojekt unterstützt haben.

Stuttgart und Tiefenbrunn, im Frühjahr 2017

Annegret Eckhardt-Henn
und Carsten Spitzer

Anschriften der Autoren

Dr. Ulrike Anderssen-Reuster
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Cotta-Str. 12
01324 Dresden
Ulrike.Anderssen-Reuster@khdn.de

Dr. Dipl.-Psych. Werner Bohleber
Kettenhofweg 62
60325 Frankfurt/Main
wbohleber@gmx.de

Prof. Dr. Romuald Brunner
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstr. 8
69115 Heidelberg
Romuald.Brunner@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Gerhard Dammann, MBA
Psychiatrische Dienste Thurgau
Akademisches Lehrkrankenhaus der PMU Salzburg
Psychiatrische Klinik Münsterlingen
Seeblickstraße 3
CH – 8596 Münsterlingen
gerhard.dammann@stgag.ch

Prof. Dr. Judith K. Daniels
Clinical Psychology and Experimental Psychopathology
University of Groningen
Grote Kruisstraat 2
NL – 9712 TS Groningen
J.K.Daniels@rug.nl

Dr. Franz Ebner
Friedländer Str. 19
61440 Oberursel
praxis.ebner@gmx.de

Prof. Bernet Elzinga, PhD
Universiteit Leiden
Faculteit der Sociale Wetenschappen,
Institut Psychologie, Klinische Psychologie
Pieter de la Court gebouw
Wassenaarseweg 52
NL – 2333 AK Leiden
elzinga@fsw.leidenuniv.nl

Prof. Dr. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstr. 1–2
17475 Greifswald
freyberg@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Eckhard Frick SJ
Hochschule für Philosophie München und Forschungsstelle Spiritual Care
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Langerstr. 3
81675 München
Eckhard.frick@tum.de

PD Dr. Ursula Gast
Dammholm-Havetoftloit
Heidelücker Weg 4
24986 Mittelangeln
Ursula_Gast@web.de

Caroline Gebauer
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann
Sierichstr. 175
22299 Hamburg
s.o.hoffmann@hamburg.de

Annegret Krause-Utz, PhD
Clinical Psychology
Institute of Psychology
Faculty of Social and Behavioral Science
Leiden University
Wassenaarseweg 52, PO Box 9555
NL – 2300 RB Leiden

Research group Stress and Cognition
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
68159 Mannheim
annegret.krause-utz@zi-mannheim.de

Dr. Petra Ludäscher
Hochschule Fresenius
Im Mediapark 4c
50670 Köln
Petra.Ludaescher@hs-fresenius.de

Christel Lüdecke
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
c.luedecke@asklepios.com

Antje Manthey
Universitätsmedizin Charité Berlin

Prof. Dr. Hans J. Markowitsch
Zum Keltenring 8a
76530 Baden-Baden
hans.markowitsch@uni-bielefeld.de

Dipl.-Phys. Helga Mattheß
PIE – Psychotraumatology Institute Europe
Großenbaumer Allee 35 a
47269 Duisburg
info@psychotraumatology-institute-europe.com

Prof. Dr. Harald Merckelbach
Maastricht University
Department of Cognitive Neuroscience
Faculty of Psychology (Fdp/UM)
P.O. Box 616
NL – 6200 MD Maastricht
h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl

Heinrich Merkt
Abteilung für Psychosomatische Medizin
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Auerbachstr. 110
70376 Stuttgart
Heinrich.Merkt@rbk.de

Prof. Dr. Matthias Michal
Universitätsmedizin Mainz
Psychokardiologie und Stressverarbeitung
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz
Matthias.Michal@unimedizin-mainz.de

Sina Niermann
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Klinikum Stuttgart, Krankenhaus Bad
Cannstatt
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart
S.Niermann@klinikum-stuttgart.de

Dr. Björn Nolting
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Klinikum Esslingen
Hirschlandstr. 97
73730 Esslingen
b.nolting@klinikum-esslingen.de

Dr. Wiebke Pape
Rhein-Klinik
Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Luisenstr. 3
53604 Bad Honnef
wiebke.pape@johanneswerk.de

Dipl.-Psych. Diana Pesy
Klinik für Neurologie
Krankenhaus St. Franziskus
Viersener Str. 450
41063 Mönchengladbach
diana.pesy@mariahilf.de

Kathlen Priebe
Humboldt-Universität zu Berlin
Lebenswissenschaftliche Fakultät
Lehrstuhl für Psychotherapie und Somatopsychologie
Unter den Linden 6
10099 Berlin
kathlen.priebe@hu-berlin.de

Prof. Dr. Eva Rass
Hochstadtstraße 36
74722 Buchen
drevarass@aol.com

PD Dr. Thomas Reuster
Zentrum für Seelische Gesundheit
Städtisches Klinikum Görlitz
Girbigsdorfer Straße 1–3
02828 Görlitz
reuster.thomas@klinikum-goerlitz.de

Prof. Dr. Vedat Şar
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi
(Medizinische Fakultät)
Rumelifeneri Yolu, Sarıyer TR-34450
TR – Istanbul
vsar@ku.edu.tr

Prof. Dr. Christian Schmahl
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
68159 Mannheim
Christian.Schmahl@zi-mannheim.de

Dr. Karla Schmidt-Riese
Kaiserstr. 61
63065 Offenbach
k-schmidt-riese@gmx.de

Allan N. Schore PhD
David Geffen School of Medicine
10833 Le Conte Ave.
USA – Los Angeles, CA 90096
aschore@ucla.edu

Dr. Martin Schöndienst
Lange Straße 73
33790 Halle
martin.schoendienst@gmail.com

Anika Sierk
Universitätsmedizin Charité Berlin

PD Dr. Angelica Staniloiu
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
Oberbergkliniken GmbH
Oberberg 1
78132 Hornberg
angelica.staniloiu@uni-bielefeld.de

PD Dr. Christian Stiglmayr
AWP Berlin
Tempelhofer Damm 227
12099 Berlin
christian.stiglmayr@awp-berlin.de

Prof. Dr. Onno van der Hart
Universiteit Utrecht
Heidelberglaan 8
NL – 3584 CS Utrecht
o.vanderhart@uu.nl

Prof. Dr. Heinz Weiß
Abteilung für Psychosomatische Medizin
Robert-Bosch-Krankenhaus
Auerbachstr. 110
70376 Stuttgart
heinz.weiss@rbk.de

Dr. Dorina Winter
Weiterbildungsstudiengang in Psychologischer Psychotherapie
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
68159 Mannheim
dorina.winter@zi-mannheim.de

Dr. Gustav Wirtz
SRH RPK Karlsbad GmbH
Guttmannstr. 4
76307 Karlsbad
gustav.wirtz@rpk.srh.de

PD Dr. Wolfgang Wöller
Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rhein-Klinik
Luisenstr. 3
53604 Bad Honnef
wolfgang.woeller@johanneswerk.de

Inhalt

I. Theorie und Grundlagen

Ideengeschichte

1 Die Geschichte der traumabedingten Dissoziation unter besonderer Berücksichtigung der Dissoziativen Identitätsstörung 3
Onno Van der Hart

1.1 Das 19. Jahrhundert 5
1.2 Das 20. Jahrhundert 8
1.3 Die 1980er-Jahre 11
1.4 Die 1990er-Jahre 12
1.5 Das 21. Jahrhundert 14
1.6 Zusammenfassung 17

2 Konversion, Dissoziation und Somatisierung – Abgrenzbare dynamische Modelle mit Schnittmenge 23
Sven Olaf Hoffmann und Annegret Eckhardt-Henn

2.1 Die phänomenologische Überschneidung des Hysteriekonzepts mit dem der Dissoziation 25
2.2 Die Dissoziation und der »hysterische Modus« 26
2.3 Dissoziation und Konversion 27
2.4 Das Konzept der Somatisierung . . . 30
2.5 Dissoziative Störung, Dissoziative Identitätsstörung, Histrionische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung und chronische Posttraumatische Belastungsstörung – ein Topf oder viele Störungen? 34
2.6 Konvergierende Modellvorstellungen zu den Konzepten von Dissoziation, Konversion und Somatisierung 38

3 Dissoziation aus Sicht der anthropologischen Psychiatrie 45
Eckhard Frick

3.1 Was ist »anthropologische Psychiatrie«? 45
3.2 Assoziation – Dissoziation 46
3.3 C. G. Jung 49
3.4 Dissoziation: metaphorische Rede auf zwei Ebenen. 51
3.5 Das Nominalismus-Problem 53
3.6 Normative Dissoziation in der Postmoderne. 55
3.7 Dissoziation als anthropologische Konstante. 56

Entwicklungspsychologische Perspektiven

4 Bindung, Bindungstrauma und Dissoziation 61
Eva Rass, Carsten Spitzer und Allan N. Schore

4.1 Einleitung. 61
4.2 Die Bindungstheorie. 61
4.3 Bindungstrauma, desorganisierte Bindung und Dissoziation 63
4.4 Empirische Befunde und Langzeitstudien 69

4.5 Neurobiologie von Bindung und Bindungstrauma 70
4.6 Prävention und therapeutische Implikationen 72

5 Allgemeines zur pathologischen Dissoziation – strukturelle Dissoziation 78
Annegret Eckhardt-Henn
5.1 Einleitung 78
5.2 Pathogenetische Modelle 84
5.3 Fazit 89

Neurobiologie

6 Strukturelle und funktionelle Veränderungen des zentralen Nervensystems bei Dissoziation 95
Dorina Winter und Christian Schmahl
6.1 Einführung 95
6.2 Strukturelle Veränderungen 95
6.3 Funktionelle Veränderungen der Hirnaktivität unter Ruhe 97
6.4 Symptomprovokation 100
6.5 Emotionsverarbeitung 103
6.6 Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis 104
6.7 Zusammenfassung und Ausblick . . 106

7 Stressinduzierte Analgesie – Dissoziation – Selbstverletzung 110
Petra Ludäscher
7.1 Dissoziation, Stress und selbstverletzende Verhaltensweisen 110
7.2 Neurobiologie von Dissoziation und Selbstverletzungen: stressinduzierte Analgesie 111
7.3 Zusammenfassung 113

8 Neurochemie und neuroendokrinologische Befunde 116
Caroline Gebauer und Judith K. Daniels
8.1 Glutamatsystem 116
8.2 Serotonerges System 117
8.3 Adrenerges System und vegetatives Nervensystem 118
8.4 Endogenes Opioid-System 119
8.5 Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde 119
8.6 Neuropeptid Y 120
8.7 Zusammenfassung 121

Psychoanalytische Perspektiven

9 Dissoziation als spezifische Abwehrfunktion schwerer traumatischer Erlebnisse – eine psychoanalytische Perspektive 127
Annegret Eckhardt-Henn
9.1 Einleitung 127
9.2 Störungen der Affektregulation . . . 131
9.3 Entwicklungs- und selbstpsychologische Perspektiven 132
9.4 Die Zerstörung der Wirklichkeit: das Trauma in der Objektbeziehung 132
9.5 Dissoziation und Bindungsstörungen 135

9.6 Traumatische Introjektion – Trauma in der Objektbeziehung . . . 138
9.7 Mentalisierungsfähigkeit 139

10 Dissoziation – Abwehr – Spaltung: Psychoanalytische Konzeptionen 144
Werner Bohleber
10.1 Einleitung 144
10.2 Dissoziation als blinder Fleck der Psychoanalyse 145
10.3 Grundzüge moderner psychoanalytischer Konzeptionen dissoziativer Prozesse 149
10.4 Fazit 154

11 Dissoziation und Spaltung aus Sicht der kleinianischen Psychoanalyse 156
Heinrich Merkt und Heinz Weiß
11.1 Einleitung 156
11.2 Dissoziation und Spaltung bei Freud 156
11.3 Spaltung und projektive Identifizierung bei Klein 157
11.4 Rosenfelds Theorie psychotischer Verwirrtheitszustände 160
11.5 Bions Theorie pathologischer kleinteiliger Spaltung 161
11.6 Meltzers Unterscheidung aktiver und passiver Spaltung 163
11.7 Spaltung und das Konzept der pathologischen Persönlichkeitsorganisationen 163
11.8 Steiners Konzept der Orte seelischen Rückzugs 164
11.9 Neuere Entwicklungen 165
11.10 Zusammenfassung 166

Kognitionspsychologische Aspekte

12 Dissoziation und Gedächtnis . . . 173
Hans J. Markowitsch und Angelica Staniloiu
12.1 Zeitliche Unterteilung des Gedächtnisses 173
12.2 Inhaltliche Unterteilung des Gedächtnisses 174
12.3 Die Hirnebene 177
12.4 Dissoziative Amnesien – umweltinduzierte Gedächtnisstörungen 178
12.5 Traumamodell der dissoziativen Amnesie und Hirnbildgebung 179
12.6 Fazit und Ausblick 181

13 Peritraumatische Dissoziation und Informationsverarbeitung 186
Annegret Krause-Utz und Bernet Elzinga
13.1 Einleitung 186
13.2 Trauma und Dissoziation 186
13.3 Peritraumatische Dissoziation als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS 189
13.4 Mögliche zugrunde liegende Mechanismen 191
13.5 Zusammenfassung und klinische Implikationen 196

14 Kritisches zum Dissoziationskonzept aus neuropsychologischer Perspektive 205
Diana Pesy und Harald Merckelbach
14.1 Herkunft übermäßiger Symptomdarstellung 205
14.2 Beschwerdenvalidierungstests 208

14.3 Interpretation des Zusammenhangs zwischen Dissoziation und übermäßiger Symptomdarstellung 210
14.4 Schlussfolgerung 212

II. Klinik
Grundlagen

15 Klassifikatorische Ansätze und Epidemiologie 219
Carsten Spitzer und Harald J. Freyberger
15.1 Einleitung 219
15.2 Klassifikation in ICD und DSM 220
15.3 Alternative Systematiken 223
15.4 Epidemiologie 226
15.5 Fazit und Ausblick 228

16 Testpsychologische Diagnostik 232
Carsten Spitzer und Gustav Wirtz
16.1 Einleitung 232
16.2 Relevanz psychometrischer Diagnostik 232
16.3 Selbstbeurteilungsskalen 234
16.4 Interviewverfahren 238
16.5 Methodische Probleme bei der Erfassung von Dissoziation 241
16.6 Fazit und Perspektiven 242

Dissoziative Störungen

17 Dissoziative Amnesie und dissoziative Fugue 247
Annegret Eckhardt-Henn
17.1 Einleitung 247
17.2 Klassifikation 247
17.3 Klinische Symptomatik und Diagnostik 247
17.4 Komorbidität mit anderen dissoziativen Bewusstseinsstörungen 251
17.5 Verlauf und Prognose 251
17.6 Ätiopathogenese 252
17.7 Behandlung 253

18 Dissoziativer Stupor und Trance- und Besessenheitszustände 256
Carsten Spitzer und Gerhard Dammann
18.1 Einleitung 256
18.2 Klinik, Diagnostik und Differenzialdiagnosen 256
18.3 Epidemiologie, Verlauf und Prognose 259
18.4 Ätiopathogenese 260
18.5 Kulturelle Aspekte 261
18.6 Behandlung 263

19 Dissoziative Phänomene und spirituelle Praxis 267
Ulrike Anderssen-Reuster und Thomas Reuster
19.1 Einleitung 267
19.2 Spirituelle Aspekte in der Psychotherapie 268
19.3 Religiosität und Spiritualität bei Dissoziativen Störungen 270

19.4 Alltagstrance und Erwachen 273
19.5 Ich und Selbst im spirituellen Kontext 274
19.6 Zusammenfassung 276

20 Dissoziative Anfälle 279
Annegret Eckhardt-Henn und Carsten Spitzer
20.1 Einleitung 279
20.2 Klinisches Bild und diagnostische Kriterien 279
20.3 Klassifikation 283
20.4 Differenzialdiagnose 284
20.5 Epidemiologie, Verlauf und Prognose 286
20.6 Ätiopathogenese 287
20.7 Behandlung 289

21 Zur differenzialdiagnostischen und -therapeutischen Bedeutung diskursiver Stile bei dissoziativen versus epileptischen Patienten 293
Martin Schöndienst
21.1 Einleitung 293
21.2 Risiken des Verwechselns und Möglichkeiten der Unterscheidung epileptischer und dissoziativer Anfälle 294
21.3 Linguistische Gesprächsanalyse als differenzial-diagnostisches Verfahren 295
21.4 Besonderheiten des Beschreibens psychopathologischer Veränderungen durch Epilepsie- bzw. Dissoziationspatienten 301
21.5 Aspekte hirnfunktioneller Substrate epileptischer bzw. dissoziativer Störungen 303
21.6 Konstellationsmuster epileptischer Störungen mit dissoziativen Störungen 305
21.7 Abschließende differenzial-diagnostische und -therapeutische Überlegungen 306
21.8 Anhang: Transkriptions-konventionen 309

22 Die Dissoziative Identitäts-störung 310
Ursula Gast
22.1 Einleitung 310
22.2 Beschreibung des Krankheits-bilds 311
22.3 Geschichtlicher Rückblick 314
22.4 Entwicklung der Definitionskriterien 317
22.5 Theorien zum Entstehen der DIS 321
22.6 Prävalenz Dissoziativer Identitäts-störungen 325
22.7 Dissoziierte Persönlichkeits-anteile 325
22.8 Diagnosestellung 327
22.9 Das Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen 330
22.10 Durchführung und Anwendung des SKID-D 331
22.11 Zusammenfassung 335

23 Depersonalisation und Derealisation 342
Matthias Michal
23.1 Abgrenzung Depersonalisation/ Derealisation von dissoziativen Symptomen 342

23.2 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 344
23.3 Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom/ die Depersonalisations-Derealisationsstörung 345

24 Atypische Formen (Ganser-Syndrom und Pseudologia phantastica) 357
Gerhard Dammann
24.1 Einleitung 357
24.2 Klinik, Diagnostik und Differenzialdiagnosen 358
24.3 Epidemiologie, Verlauf und Prognose 360
24.4 Ätiopathogenese 361
24.5 Behandlung 364

25 Dissoziative Bewusstseinsstörungen im Kindes- und Jugendalter 368
Romuald Brunner
25.1 Einleitung 368
25.2 Prävalenz 369
25.3 Dissoziative Phänomene im Kindesalter 370
25.4 Ätiologie und Pathogenese 372
25.5 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 373
25.6 Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen 374
25.7 Psychiatrische Differenzialdiagnosen der dissoziativen Bewusstseinsstörungen 375
25.8 Therapie dissoziativer Bewusstseinsstörungen 377

Dissoziation bei anderen psychischen Erkrankungen

26 Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung 385
Anika Sierk, Antje Manthey und Judith K. Daniels
26.1 Einführung 385
26.2 Akute Belastungsreaktion 386
26.3 Dissoziation bei der Posttraumatischen Belastungsstörung 390
26.4 Dissoziation bei PTBS in der klinischen Praxis 395

27 Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung 401
Wolfgang Wöller und Helga Mattheß
27.1 Einleitung 401
27.2 Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung 402
27.3 Prävalenz dissoziativer Symptome bei der Borderline-Störung 403
27.4 Neurobiologische Aspekte der Dissoziation bei der Borderline-Störung 404
27.5 Dissoziation als Abwehrmechanismus und neurobiologischer Regulationsmechanismus 405
27.6 Identitätsstörung, dissoziierte Selbstzustände und Bindungsdesorganisation 406
27.7 Schluss 409

28 Suchterkrankungen 413
Christel Lüdecke
28.1 Einleitung 413
28.2 Dissoziation und Sucht 414

28.3 Traumatisierung und Sucht 415
28.4 Dissoziation versus Intoxikation. . . 417
28.5 Behandlung 418

29 Psychotische Störungen und komplexe Dissoziative Störungen: Klinik und Differenzialdiagnose 425
Vedat Şar
29.1 Einleitung. 425
29.2 Klinisches Bild und diagnostische Kriterien 426
29.3 Dissoziative Symptome bei psychotischen Störungen 431
29.4 Ein Interaktives Dualitätsmodell . . 433
29.5 Akute dissoziative Störung mit psychotischen Eigenschaften 434
29.6 Forensische Aspekte. 435

30 Delinquenz und forensische Aspekte 440
Carsten Spitzer
30.1 Einleitung. 440
30.2 Dissoziation, Aggression und Delinquenz. 440
30.3 Psychopathie 441
30.4 Der Gewaltzirkel. 443
30.5 Perideliktische Dissoziation 444
30.6 Tatbezogene Amnesien 446
30.7 Therapeutische Aspekte 447

III. Therapie

31 Akuttherapie und Stabilisierung – Krisenintervention traumatherapeutischer Ansätze. 453
Björn Nolting
31.1 Akuttherapie: Wie akut ist akut? . . 454

32 Verhaltenstherapeutische Ansätze bei Dissoziation 465
Kathlen Priebe und Christian Stiglmayr
32.1 Verstehen der dissoziativen Symptomatik 465
32.2 Erkennen und Beenden dissoziativer Zustände 468
32.3 Verbesserung der Emotionsregulation 470
32.4 Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung 472

33 Der psychodynamische Ansatz zur Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung und anderer schwerer dissoziativer Störungen 476
Ursula Gast
33.1 Einleitung. 476
33.2 Die Expertenempfehlungen der ISSTD im Überblick. 476
33.3 Zur wissenschaftlichen Evidenz der Richtlinien 479
33.4 Der Rahmen für psychodynamische Psychotherapie – und seine Grenzen 481
33.5 Der psychodynamische Ansatz und seine Erweiterung 482
33.6 Phasenorientiertes Vorgehen 485
33.7 Allgemeingültige psychodynamische Techniken 486

33.8 Störungsspezifische Techniken 493
33.9 Grenzen der psychodynamischen Techniken 499
33.10 Zusammenfassung und Ausblick . . 501

34 Körperpsychotherapie 505
Sina Niermann
34.1 Körperpsychotherapie – Körpertherapie 505
34.2 Mototherapie als entwicklungsfördernde Körperpsychotherapie. 506
34.3 Mototherapie als körperpsychotherapeutisches Verfahren bei dissoziativen Störungen 507

35 EMDR und Dissoziation 518
Franz Ebner und Karla Schmidt-Riese
35.1 EMDR und Dissoziation – eine besondere Verflechtung 518
35.2 Mögliche Erklärungen dieser Auswirkungen von EMDR 519
35.3 Anwendung von EMDR bei Patienten mit dissoziativer Störung 519
35.4 Unterscheidung zwischen peritraumatischer Dissoziation und bleibender dissoziativer Störung 519
35.5 Anwendung von EMDR in Phase 1: Stabilisierung 520
35.6 Anwendung von EMDR in der Phase 2: Traumasynthese 522
35.7 Anwendung von EMDR in der Phase 3: Persönlichkeitsintegration und adaptive Alltagsbewältigung 524

36 Pharmakotherapie 526
Wiebke Pape
36.1 Beeinflussung dissoziativer Mechanismen. 526
36.2 Behandlung komorbider Störungen 528
36.3 Substanzbedingte Induktion von Dissoziationen 531
36.4 Ausblick 532

Sachverzeichnis 535

I. Theorie und Grundlagen

Ideengeschichte

This page intentionally left blank

1 Die Geschichte der traumabedingten Dissoziation unter besonderer Berücksichtigung der Dissoziativen Identitätsstörung

Onno Van der Hart[1]

Jeanne Fery war eine 25-jährige Dominikanernonne, von der man glaubte, sie sei von Teufeln und Dämonen besessen. Ihre Exorzisten erstellten einen umfassenden Bericht über die Manifestationen dieser »Besessenheit«. Neben der Erwähnung eines Kindheitstraumas machten sie genaue Angaben zu ihrer Behandlung in Form eines Exorzismus, der in der französischen Stadt Mons in den Jahren 1584 und 1585 durchgeführt wurde. Auch Jeanne Fery selbst berichtete über ihre Heimsuchung und die entsprechende Behandlung. Die Beschreibung ihrer Behandlung erschien in Frankreich erstmals im Jahr 1585 und wurde dann Ende des 19. Jahrhunderts von Désiré Bourneville (1886) wiederveröffentlicht, der Arzt an der Pariser Salpêtrière war und Jeannes Störung nicht als Besessenheit, sondern als die schwerste Form von Hysterie diagnostizierte. Diese war charakterisiert durch ein »*dédoublement de la personnalité* [Verdoppelung der Persönlichkeit] … in seiner ausgeprägtesten Form« (S. iii). Neben anderen im Originaltext beschrieben Symptomen nannte Bourneville konvulsive Attacken (pseudo-epileptische Anfälle), visuelle, akustische sowie olfaktorische Halluzinationen, Mutismus, dissoziative Blindheit, Nahrungsverweigerung, Anästhesie, lang anhaltende Ekstasezustände, körperliche Schmerzen sowie viszerale Sensationen, die nach Angaben der Patientin von einer in sie eingedrungenen Schlange herrührten.

Was verstand man nun zu Bournevilles Zeit unter der ausgeprägtesten Form einer doppelten Persönlichkeit? Nichts anderes als die damals unter verschiedenen Bezeichnungen bekannte multiple Persönlichkeitsstörung (MPS). Er stellte Gemeinsamkeiten zwischen Jeanne Ferys Krankheit und den seinerzeit berühmten Fällen von MPS fest, etwa Félida X (Azam 1876) und Louis Vivet (Bourru u. Burot 1885; Faure et al. 1997). Bournevilles MPS-Diagnose basierte vor allem darauf, dass Jeanne Fery in Zustände verfiel, die wir heute auf Kind-Anteile zurückführen würden, wohingegen er ihre Erlebnisse mit Teufeln und Dämonen, die auch durch ihre Kehle und ihren Mund sprechen konnten, einer hysterischen Psychose zuordnete, die heute als dissoziative Psychose bezeichnet wird. Dementsprechend würden wir sie als dissoziative Erfahrungen der Verfolgeranteile oder Täter-ähnlicher Anteile bezeichnen, ihre Halluzinationen der Maria Magdalena hingegen als »inneren Selbsthelfer«. Jeanne Fery gab selbst Hinweise darauf, dass diese dissoziierten Anteile bestimmte Organe bewohnten und behinderten, etwa ihre gotteslästerliche Zunge, ihr blindes Auge und ihre

1 Aus dem Englischen von Dieter Fuchs. Original in: A. P. Van der Merwe & V. Sinason (Hrsg.) (2016). Shattered but unbroken: Voices of triumph and testimony. London: Karnac

schmerzende Kehle. Wenngleich Bourneville eine eindeutige MPS feststellte, erkannte er auch, dass bestimmte Aspekte ihrer dissoziativen Psychose von soziokulturellen Faktoren beeinflusst waren, zum Beispiel der katholischen Kirche mit der Messe, den Geboten und ihrer geheiligten Hierarchie. Ohne dass Bourneville es erwähnt hätte, scheinen bei Jeanne Fery jedoch frühe körperliche Misshandlungen, vielleicht sogar ein sexueller Missbrauch vorgelegen zu haben (Van der Hart et al. 1996).

In gewisser Weise war die im späten 19. Jahrhundert herrschende Betrachtungsweise von Jeanne Ferys MPS, die wir heute als Dissoziative Identitätsstörung (DIS; APA 1994, 2013) bezeichnen würden, ein Vorläufer des wichtigsten Diagnosekriteriums im DSM-5. Dissoziations- und Besessenheitsphänomene vereinend heißt es hier:

Störung der Identität, die durch zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände gekennzeichnet ist und die in einigen Kulturen auch als das Erleben von Besessenheit beschrieben wird. Die Störung der Identität umfasst eine deutliche Diskontinuität des Bewusstseins des eigenen Selbst und des Bewusstseins des eigenen Handelns, begleitet von damit verbundenen Veränderungen des Affekts, des Verhaltens, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, des Denkens und/oder sensorisch-motorischer Funktionen.

(DIS; APA 1994, 2013, S. 399)

In diesem Kapitel stellen wir einen kurzen und deshalb nur selektiven Abriss der Dissoziationsgeschichte vor, wie sie sich in den verschiedenen dissoziativen Störungen widerspiegelt, insbesondere in der MPS respektive DIS. Dabei stehen die relevanten Entwicklungen in Europa, v. a. in Frankreich, sowie später in Nordamerika im Vordergrund. Für ausführlichere Darstellungen der Ideengeschichte wird auf andere Publikationen verwiesen (Dorahy u. Van der Hart 2007; Van der Hart u. Dorahy 2009). In beiden Arbeiten wird zwischen zwei konzeptuellen Zugängen zu Dissoziation unterschieden: einem engeren und einem breiteren Konzept. Dem Verständnis von DIS eher entsprechend bezieht sich das engere Konzept auf eine traumabedingte Aufspaltung der Persönlichkeit in dissoziierten (Persönlichkeits-)Anteile (mit etlichen Alternativbezeichnungen), die sich in einer ganzen Reihe von dissoziativen Symptomen äußern. Wurden diese Symptome schon im 19. Jahrhundert entweder dem körperlichen oder dem mentalen Bereich zugeschrieben, bezeichnet man sie heute als somatoforme dissoziative (z. B. Empfindungslosigkeit, Tics) oder psychoforme dissoziative Symptome (z. B. Gedächtnisverlust, das Hören von Stimmen). Diese werden weiter unterteilt in positive (Intrusion) und negative (Funktionsverlust) Symptome (Janet 1894, 1889, 1907; Nijenhuis 2006; Van der Hart et al. 2008). Bourneville (1986a) stellte etliche dieser Symptome bei Jeanne Fery fest. Grundsätzlich kann auch durch Hypnose eine Teilung der Persönlichkeit erreicht werden, wobei fraglich ist, ob oder wie diese temporäre Teilung mit einer traumabezogenen Dissoziation der Persönlichkeit zusammenhängt.

Im Gegensatz dazu umfasst das breite Dissoziationskonzept eine Vielzahl unterschiedlicher und mehr oder weniger als dissoziativ zu klassifizierender Phänomene, ganz unabhängig davon, ob sie aus einer Dissoziation der Persönlichkeit resultieren oder nicht. Beispiele dafür könnten etwa eine Absorption (das »Aufgehen« in einer Tätigkeit) oder ähnliche Veränderungen des Bewusstseins sein. Gemäß der Auffassung des 19. Jahrhunderts bezieht sich dieses Kapitel auf

das enge Konzept, das eine Dissoziation der Persönlichkeit voraussetzt.

1.1 Das 19. Jahrhundert

Fast über das gesamte 19. Jahrhundert beschäftigte man sich nicht mit dem Phänomen einer multiplen Persönlichkeit, sondern dem der doppelten Persönlichkeit, auch bekannt als *double conscience* (doppeltes Bewusstsein). Wenngleich erste Berichte über die doppelte Persönlichkeit in Deutschland und den USA bereits Ende des 18. Jahrhunderts erschienen, erlebte die Erforschung von Dissoziation, doppelter Persönlichkeit und DIS ihren maßgeblichen Schub erst im Frankreich des 19. Jahrhunderts. Den Anfang machte allem Anschein nach der Marquis de Puységur, der 1784 bei einem seiner Patienten die Existenz eines *luziden Zustands* oder auch *künstlichen Somnambulismus'* entdeckte, welcher von einer Dissoziation oder Teilung respektive Spaltung des Bewusstseins begleitet war. Er stellte fest, dass ein Mensch, der einen somnambulen Zustand erreichen kann, über zwei separate Ströme des Denkens und des Gedächtnisses verfügt, von denen einer außerhalb des Bewusstseins funktioniert. Wenngleich die Meinungen durchaus auseinandergingen, hielten die meisten Forscher diesen künstlichen Somnambulismus für einen abnormalen, krankhaften Zustand, der ganz klar mit der Hysterie in Verbindung zu bringen war. Ob dieser vermeintlich abnormale Zustand eine Folge traumatischer Erlebnisse war, wurde aber in der Regel nicht erforscht.

Die meisten dissoziativen Fälle wurden gemäß der Auffassung einer gedoppelten Persönlichkeit dargestellt. Selbst wenn bei Patienten Anzeichen für mehr als nur zwei dissoziative Teile erkennbar waren, beschrieb man die Dissoziation der Persönlichkeit mit der Begrifflichkeit dieses Prokrustesbetts. So etwa im weithin bekannten Fall der Nordamerikanerin Mary Reynolds, der ein Doppelbewusstsein zugeschrieben wurde (Mitchell 1816). Ein hervorragendes Beispiel dafür war auch Azams berühmter Fall der Félida X (Azam 1876; vgl. Carlson 1986), wohingegen Breuer und Freud (1893/1987) am Konzept der *double conscience* festhielten.

Durch die Manifestationen der verschiedenen dissoziativen Teile war die Diagnose MPS/DIS allerdings manchmal unumgänglich. Wie bereits erwähnt, war das bei Bournevilles Einschätzung von Jeanne Fery der Fall. Der wohl berühmteste Fall von DIS war Antoine Despines junge Patientin Estelle, die etliche dissoziative Teile und sowohl somatoforme als auch psychoforme dissoziative Symptome aufwies. Sie hatte in der Kindheit einige traumatische Erlebnisse gehabt, die Despine allerdings nicht als ätiologische Faktoren betrachtete. Dennoch konnte er sie heilen, wie sein Buch über diesen Fall belegt (Despine 1840; Ellenberger 1973; Janet 1889; McKeown u. Fine 2008).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erregte der Fall Louis Vivet nicht nur in seiner Heimat Frankreich, sondern auch im Ausland große Aufmerksamkeit. Neben anderen somato- und psychoformen dissoziativen Symptomen besaß dieser einen krankhaften Wandertrieb, im Zuge dessen er immer wieder aus psychiatrischen Einrichtungen verschwand, in anderen Teilen des Landes wieder auftauchte und deshalb von ganz unterschiedlichen Ärzten behandelt wurde. Camuset, sein erster Psychiater, diagnostizierte bei ihm eine doppelte Persönlichkeit (Camuset 1882), wohingegen nachfolgende Ärzte Manifestationen einer Multiplizität feststellten (z. B. Bourru u. Burot 1885). Insgesamt entdeckte man bei diesem Patienten zehn verschiedene dissoziative Teile. Da mit und an ihm sehr viele

Experimente durchgeführt wurden, wurde auch der Verdacht geäußert, Louis Vivet sei ein Fall von iatrogen-induzierter DIS (Mersky 1992). Eine sorgfältige Betrachtung der Original-Unterlagen und -Publikationen entkräftet diese Vermutung eindeutig (Faure et al. 1997). Zeitgenössische Berichte und Gutachten deuten darauf hin, dass er als Kind umfassende Traumatisierungen erfuhr, darunter körperliche Misshandlungen, schwerwiegende Vernachlässigung sowie, im Alter von etwa sieben Jahren, Vertreibung aus dem Elternhaus und unstete Wanderschaft, mit dadurch erzwungenem Diebstahl von Essen sowie anschließender Verhaftung und Gefängnisaufenthalt.

Ende des 19. Jahrhunderts fasste Alfred Binet (1891/2000) die Situation im Hinblick auf die doppelte und multiple Persönlichkeit wie folgt zusammen:

Im Allgemeinen haben Forscher bei ihren Beobachtungsobjekten nur zwei verschiedene Daseinszustände festgestellt; wobei diese Zahl zwei weder festgelegt noch prophetisch ist. Es ist vielleicht nicht einmal so unüblich wie weitgehend vermutet; bei genauerem Hinsehen erkennen wir drei Persönlichkeiten im Fall Félida sowie eine noch größere Anzahl bei Louis V… Das genügt, um die Bezeichnung Verdoppelung der Persönlichkeit für diese Phänomene als unzutreffend zu erachten. Es kann eine Verdoppelung geben, genau wie eine Teilung in drei, vier, etc. Persönlichkeiten.

(Alfred Binet 1891/2000, S. 48)

1.1.1 Pierre Janet

Pierre Janet (1859–1947) war zweifelsohne der wichtigste Erforscher der Dissoziation bei Patienten mit Hysterie, worunter man eine ganze Reihe psychischer Störungen versteht, die sich durch eine mehr (wie bei MPS bzw. DIS) oder weniger komplexe Teilung der Persönlichkeit auszeichnen. In seiner frühen klinischen Tätigkeit und Forschung, mit der als Meilenstein zu betrachtenden Dissertation *L'Automatisme Psychologique: Essay de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l´Activité Humaine* (Janet 1889), untersuchte er systematisch die grundlegenden Eigenschaften der Hysterie. Außer der Dissoziation der Persönlichkeit und entsprechenden negativen dissoziativen (mentale Stigmata) bzw. positiven dissoziativen (mentale Akzidenzien) Symptomen gehört dazu auch eine Verengung des persönlichen Bewusstseinsfeldes, also eine Abnahme der psychologischen Phänomene, die die betroffene Person gleichzeitig wahrnehmen kann (Janet 1894, 1907).

Janet betrachtete sowohl die Dissoziation der Persönlichkeit als auch die Verengung des persönlichen Bewusstseinsfeldes als Folgen eines Integrationsversagens. Die Hysterie war demzufolge eine »Erkrankung der persönlichen Synthese« (Janet 1907, S. 332). Eine konstitutionelle Schwäche konnte eine Rolle spielen, des Weiteren auch körperliche Erkrankungen und Erschöpfungszustände. Die Hauptursache des Integrationsversagens waren für ihn aber heftige Gefühle, die durch traumatische Erlebnisse ausgelöst werden. Je intensiver diese Gefühle sind, je länger sie dauern und je öfter sie wiederholt werden, desto stärker ist ihre desintegrative Wirkung (Janet 1909). Dies bringt je nachdem eine noch komplexere Dissoziation der Persönlichkeit mit sich, also eine zunehmende Anzahl dissoziierter Teile – mit der DIS als komplexester Form von Dissoziation. Janet stellte fest, dass sogenannte hysterische Anfälle auf einer Reaktivierung dieser dissoziierten Anteile – er nannte sie »Systeme von Ideen und Funktionen« oder »Existenzen« – und der damit verbundenen traumatischen Erinne-

rungen basieren. In diesen Wiederbelebungen tun Patienten, genauer gesagt ihre jeweiligen dissoziierten Anteile, nichts anderes, als »die Handlung fortzusetzen, oder besser, den Handlungsversuch fortzusetzen, der begann, als das Trauma passierte, wobei sie sich bei diesen endlosen Wiederholungen komplett ermüden« (Janet 1919, S. 663).

Janet entwickelte einen phasenorientierten Ansatz und kreierte dabei eine Vielzahl von Methoden für die Behandlung dieser Patienten (Van der Hart et al. 1989), welche sich bis zum heutigen Tag in den gängigen Therapieformen wiederfinden (Brown et al. 1998; ISSTD 2011). Ausschlaggebend für die zunehmende Beachtung von Janets Erkenntnissen bezüglich Trauma und Dissoziation war das Erscheinen von Henri Ellenbergers Meisterwerk *Die Entdeckung des Unbewußten* im Jahr 1970, das auch ein äußerst beeindruckendes Kapitel über Janets Persönlichkeit und Werk enthält.

1.1.2 Sigmund Freud and Joseph Breuer

Freud und Breuer folgten Janet und anderen französischen Zeitgenossen in ihrem Verständnis der Hysterie als Form der Dissoziation, die für sie eine Spaltung des Bewusstseins darstellte. Dementsprechend schrieben sie 1893 in ihrer vorläufigen Mitteilung »Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene«:

Die längere Beschäftigung mit diesen Phänomenen machte es uns wahrscheinlich, daß es sich bei jeder Hysterie um ein Rudiment der sogenannten double conscience, des doppelten Bewußtseins handle und daß die Neigung zu dieser Dissoziation und damit zum Auftreten abnormer Bewußtseinszustände, die wir als »hypnoide« bezeichnen wollen, das Grundphänomen der Hysterie sei.

(Breuer u. Freud 1893/1987, S. 195)

Dieses Zitat belegt, dass Breuer und Freud nach wie vor versuchten, dissoziative Fälle in das Prokrustesbett von doppeltem Bewusstsein oder doppelter Persönlichkeit zu zwängen. Obwohl sie davon ausgingen, dass jeder Fall von Hysterie, und damit einer Dissoziation der Persönlichkeit, in einem frühen Trauma wurzelt, wollte Freud Janets Ansicht, das Integrationsversagen sei Ausgangspunkt einer traumainduzierten Dissoziation, nicht teilen. Stattdessen schrieb er ihm die Rolle eines Abwehrmechanismus zu. Bald verabschiedete sich Freud dann nicht nur von der Vorstellung, die Hysterie wurzele im Trauma, sondern auch von der Dissoziationstheorie insgesamt. Bei einer der ganz seltenen Thematisierungen des doppelten Bewusstseins behandelte er es dann »wie eine heiße Kartoffel, streng darauf bedacht, es loszuwerden und so schnell wie möglich komplett zu vergessen« (Zemach 1986, S. 132):

Von der Depersonalisation führt der Weg zu der höchst merkwürdigen »Double Conscience«, die man richtiger »Persönlichkeitsspaltung« benennt. Das ist alles noch so dunkel, so wenig wissenschaftlich bezwungen, daß ich mir verbieten muß, es vor Ihnen weiter zu erörtern.

(Freud 1936/1950, S. 255; Hervorhebung im Original)

Über lange Zeit trug die Psychoanalyse den Stempel dieses unglücklichen und irritierenden Perspektivwechsels. Beispielsweise äußerte sich der englische Arzt William Rivers (1864–1922), der die Psychoanalyse kannte und sehr erfahren in der Behandlung traumatisierter Weltkriegssoldaten war, folgendermaßen zur Hysterie (Rivers 1920):

»Ohne den Beweis eines alternierenden Bewusstseins ist zu bezweifeln, ob durch die Einführung der Hysterie in die Kategorie der Dissoziation etwas gewonnen ist« (S. 134). Ein schockierendes Beispiel dafür, wie ein Befürworter der Dissoziation mit traumatischem Ursprung vorsätzlich zum Schweigen gebracht wurde – und zwar in medizinischer, politischer und persönlicher Hinsicht –, stellte dann ein Jahrzehnt später der Fall Sándor Ferenczi (1873–1933) dar.

Er war ursprünglich einer von Freuds Lieblingsschülern gewesen und hatte Patienten mit Kindheitstraumata behandelt, bevor er wieder den Standpunkt einnahm, Dissoziation und Kindheitstraumata würden zusammenhängen (Ferenczi 1933/2004). In seinem Vortrag auf dem 12. Internationalen Psychoanalytischen Kongress, der 1932 in Wiesbaden stattfand, behauptete er: »Häufen sich im Leben des heranwachsenden Menschen die Erschütterungen, so wächst die Zahl und die Varietät der Abspaltungen« (Ferenczi 1933/2004, S. 311). Damit stellte er einen klaren Zusammenhang her zwischen komplexen Kindheitstraumata und dissoziativen Störungen, darunter auch die DIS. Wegen dieser Rückkehr zum ursprünglichen Konzept und einer Betonung der pathogenen Einflüsse eines Kindesmissbrauchs wurde er in der Folge aus der psychoanalytischen Bewegung verbannt. Glücklicherweise beginnt man sich derzeit wieder für ihn und seine Arbeit zu interessieren (Howell u. Itzkowitz 2016).

1.1.3 William James

In den USA verfolgte der Philosoph und Psychologe William James (1842–1910), Professor an der Harvard University, die in Europa und insbesondere in Frankreich unternommene Forschung zu Hysterie und Dissoziation. Sein präzises Verständnis der Dissoziation ist in seinem Hauptwerk *Principles of Psychology* (James 1890/1950) sowie den 1898 gehaltenen klinischen Vorlesungen über ungewöhnliche geistige Zustände dargelegt (Taylor 1984). Die beste Zusammenfassung seines Ansatzes findet sich wohl in der folgenden Aussage:

Man muss zugeben … dass zumindest bei bestimmten Personen das Gesamtbewusstsein in verschiedene Teile gespalten sein kann, welche zwar nebeneinander existieren, sich aber gegenseitig ignorieren und dabei doch die Gegenstände ihres Wissens teilen. Noch bemerkenswerter ist, dass sie in einem komplementären Verhältnis zueinander stehen.

James 1890/1950, S. 206

James bewunderte Janets Pionierleistung und ging in seinen eigenen Schriften immer wieder auf dessen Fallstudien ein (James 1890/1950; Taylor 1984). Für ihn stellte die oben erwähnte »vorläufige Mitteilung« Breuers und Freuds eine »unabhängige Bestätigung der Ansichten Janets« dar (James 1894, S. 199). Im Verbund mit seinen eigenen Studien zu Hypnose, automatischem Schreiben und doppelter Persönlichkeit – etwa an dem berühmten Fall Ansel Bourne – brachte James das Wissen um die Dissoziation ein ganzes Stück voran.

1.2 Das 20. Jahrhundert

Um die Jahrhundertwende publizierte eine ganze Reihe bekannter Autoren wichtige Studien zur Dissoziation. Der Engländer Frederic Myers (1843–1901) erforschte parapsychologische Phänomene und war Mitbegründer der Society for Psychical Research. Seiner Ansicht nach ist das normale Wachbewusstsein oder das supraliminale Selbst nur ein kleines Segment des unterbewussten

oder subliminalen Selbst, was nichts anderes heißt, als dass die Quelle all unserer Fähigkeiten in Sekundärpersönlichkeiten aufgeteilt werden kann. Sein posthum veröffentlichtes Werk *Human personality and its survival of bodily death* (Myers 1903) gibt einen guten Überblick über seine Forschungen. Es stellt eine richtiggehende Schatzkammer all dessen dar, was man zum damaligen Zeitpunkt über dissoziative Phänomene wusste. Boris Sidis (1867–1923) und Morton Prince (1854–1929), beide in den USA ansässig, waren mit die bedeutendsten DIS-Forscher des frühen 20. Jahrhunderts. Sidis beschäftigte sich ursprünglich mit Hypnose und hypnoiden Zuständen und gelangte zu der Erkenntnis, dass jeder Mensch zwei Bewusstseinsströme mit einem jeweils entsprechenden Selbst besitzt: dem wachenden Selbst und einem Selbst außerhalb des Wachbewusstseins[2] (Crabtree 1986; Sidis 1902; Sidis u. Goodhart 1905). Er stellte fest, dass bei bestimmten Personen diese Dissoziation im Bereich des unterbewussten Selbst immer stärker und komplexer wurde. Wenngleich dabei auch andere Faktoren beteiligt waren, spielten traumatische Erlebnisse doch die wichtigste Rolle. Diese Erlebnisse konnten auf unterbewusster Ebene oder auch im Wachzustand stattfinden. Deshalb meinte Sidis (1902) in Bezug auf Letzteres:

Das dissoziierte System sinkt in den obskuren, traumartigen, nicht-wachen Bereich des Unterbewusstseins und verursacht von dort aus psychomotorische Störungen im normalen Wachzustand.

Sidis 1902, S. 273

Jedes derart »dissoziierte« oder unterbewusste Selbst kann eine verstärkte Selbstbewusstheit entwickeln und so zu einer sich selbst bewussten Persönlichkeit werden (Crabtree 1986). Sein wichtigstes Beispiel dafür war die multiple Persönlichkeit, wobei er die »funktionelle Psychose« genauso erklärte. Prince verstand die Dissoziation im Gegensatz zu seinen französischen Kollegen nicht ausschließlich als ein pathologisches Phänomen (Prince 1906). An die Stelle von Janets Konzept des Unterbewussten, das er fast so verwirrend fand wie Freuds Unbewusstes, setzte er das Co-Bewusste. Für Prince bildete die gleichzeitige und bewusste Aktivität von zwei oder mehr Bewusstseinssystemen den zentralen Bestandteil einer Dissoziation (Crabtree 1986).

Die Schweiz war Anfang des 20. Jahrhunderts Schauplatz einer wichtigen und im Hinblick auf die Psychiatrie weitreichenden Entwicklung, als Bleuler (1911) die Konstrukte Spaltung und Dissoziation benutzte, um das Wesen einer psychischen Störung zu beschreiben, die er Schizophrenie nannte. Diese diagnostische Kategorie schien zwei ältere Kategorien zu vereinen: Dementia praecox und Hysterie. Bleuler formulierte es so: »Die Spaltung ist die Vorbedingung der meisten komplizierten Erscheinung der Krankheit« (Bleuler 1911, S. 296). Für ihn bezeichneten Spaltung und Dissoziation mehr oder weniger die gleichen Phänomene (Moskowitz 2008; Ross 2004), wenngleich er dem letztgenannten Konzept eine zusätzliche Bedeutung hinzufügte, nämlich die einer Einschränkung des Bewusstseins. Gegen diesen Zusatz legte Janet in der Folge Widerspruch ein (Janet 1927/2007). Jung, der stark von Janet beeinflusst war, verglich die beiden Konzepte ebenfalls miteinander:

Wir haben aus der französischen Psychologie ein ähnliches Konzept übernommen, das

2 Sidis differenzierte zwischen dem »waking self« und dem »subwaking self«, wobei sich der Terminus »subwaking« nicht gut ins Deutsche übersetzen lässt.

anfänglich auch für die Hysterie galt – »die Dissoziation«. Heute bezeichnet sie eine »Spaltung« des Selbst … Die Hysterie ist vornehmlich durch Dissoziation charakterisiert, und weil Dementia praecox eine Spaltung zeigt, scheinen das Konzept der Dissoziation und das Konzept der Schizophrenie »aneinanderzustoßen«.[3]

Jung 1907/1985;
übersetzt nach Moskowitz 2008, S. 40

Eine nachteilige Folge dieser Auffassung war und ist bis heute, dass viele Patienten mit DIS fälschlicherweise die Diagnose Schizophrenie erhielten und deshalb nicht richtig behandelt wurden (Ross 2004). Mittlerweile wurde das Konzept der Dissoziation ganz offiziell von der Schizophrenie getrennt, sie wird also nicht mehr als dissoziative Störung angesehen.

Zwar gab es zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch ein paar weithin diskutierte Fälle von doppelter Persönlichkeit und DIS, aber was die Erforschung und Behandlung traumainduzierter Dissoziation dann ganz intensiv stimulierte, war aus naheliegenden Gründen der Erste Weltkrieg. (Man sollte sich in Erinnerung rufen, dass Ferenczi in diesem Krieg als Militärpsychiater gearbeitet und eine ganze Reihe dissoziativer Fälle beschrieben hatte.) Mit den größten Einfluss hatten während und im Nachgang des Ersten Weltkriegs Charles Myers (1873–1946) und William McDougall (1871–1938). Myers, der die diagnostische Kategorie »Shell shock« (Granatenschock, Kriegsneurose) einführte und das bald danach wieder bereute, schrieb traumainduzierten Störungen – wie etwa jenen, die man später akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung nannte – einen von Natur aus dissoziativen Charakter zu (Myers 1940). Er konnte bei akut traumatisierten Soldaten den Wechsel von einer sogenannten emotionalen Persönlichkeit (EP; mit dem Wiedererleben oder der Reinszenierung des Kriegstraumas beschäftigt) hin zu einer sogenannten anscheinend normalen Persönlichkeit beobachten (ANP; mehr oder weniger funktionstüchtig im Alltag). Myers empfahl eine Behandlung, die im Wesentlichen die beiden Teile der Persönlichkeit wieder zusammenführen sollte, mitsamt der ursprünglichen traumatischen Erinnerungen der emotionalen Persönlichkeit.

Während sich Myers auf Fälle einer »doppelten Persönlichkeit« konzentrierte, behandelte McDougall die ganze Bandbreite an dissoziativer Komplexität, darunter auch DIS. In seinem Buch *Psychopathologie funktioneller Störungen* (McDougall 1931) schrieb er, die DIS (»die schwereren Fälle«) würde sich besser zur Untersuchung eignen als die »leichteren Fälle« (wie etwa dissoziative Störungen der Bewegung oder Empfindung), wobei allen eine Dissoziation der Persönlichkeit gemein war:

In all solchen Fällen finden wir, daß die dissoziative Tätigkeit nicht etwas ist, was man als Vorstellung oder Gruppe von Vorstellungen bezeichnen könnte, sondern vielmehr das selbstbewußte zweckhafte Denken einer Persönlichkeit. Und wenn wir die leichten Fälle im Lichte der schwereren studieren, dann sehen wir, daß das gleiche von ihnen gilt.

(McDougall 1931, S. 237)

3 Dieses Zitat stammt aus einer Arbeit, die im Umfeld von Jungs Vortrag »Über Dementia präcox« anzusiedeln ist, den er bei dem 1. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Salzburg vom 26.–27. April 1908 gehalten hat; die Arbeit wurde aus unklaren Gründen nie veröffentlicht, aber von Moskowitz im Jung Archiv an der ETH Zürich eingesehen und ins Englische übersetzt und für dieses Kapitel ins Deutsche rückübersetzt.

Im Gegensatz zu der Aufmerksamkeit, die traumainduzierte Dissoziation im Ersten Weltkrieg und in der Folgezeit erfuhr, wurde sie während der 1930er-Jahre sowie schließlich im Zweiten Weltkrieg und in der Folgezeit ein weitgehend vernachlässigter Gegenstand.

Das starke Interesse, das zu Beginn des 20. Jahrhunderts an der Dissoziation bestanden hatte, flaute aus einer ganzen Reihe von Gründen immens ab (Hilgard 1977). Mit der wichtigste Grund war das Vorherrschen der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Während es in den 1950er-Jahren Publikationen zu dem berühmten DIS-Fall »Eve« gab (Thigpen u. Cleckley 1957), fand erst in den späten 1960ern ein Anstieg des generellen akademischen, nicht allein klinischen Interesses an der Dissoziation (oder zumindest an dissoziationsartigen Erlebnissen) statt (Van der Hart u. Dorahy 2009).

Möglicherweise war es das Erscheinen von Ellenbergers monumentalem Werk (vgl. Kap. 1.1.1), das das akademische (Hilgard 1977) und klinische Interesse auf Dissoziation und DIS gelenkt hat. Größtes Aufsehen erregte jedoch sowohl in Fachkreisen als auch in der Bevölkerung die Publikation von *Sybil* (Schreiber 1974). Dieser berühmte DIS-Fall war es dann aber auch, der vehement kritisiert wurde (Rieber 1999) und sogar dazu führte, dass man die Gültigkeit der diagnostischen Kategorie DIS infrage gestellt hat (Hacking 1996). Bowers und Kollegen (1971) veröffentlichten einen bemerkenswerten, leider jedoch nur selten zitierten Aufsatz über die Behandlung der multiplen Persönlichkeit. Greaves (1993) bemerkte dazu, dass dieser Aufsatz einen Regelkanon für die Therapie der MPS umreißt, »den jeder Experte auf diesem Gebiet bis zum heutigen Tag fast schon peinlich genau befolgt« (S. 363).

1.3 Die 1980er-Jahre

In den 1970er-Jahren durchgeführte klinische Studien zu MPS und verwandten Störungen kulminierten in der Aufnahme einer Gruppe dissoziativer Störungen in das DSM-III (APA 1980), wobei die MPS hiervon die komplexeste war. Seltsamerweise wurden die somatoformen Manifestationen von Dissoziation nicht als solche erkannt und stattdessen den somatoformen Störungen zugeordnet. Nach dem Erscheinen des DSM-III setzte eine regelrechte Welle klinischen und wissenschaftlichen Interesses ein, speziell bezüglich der DIS. Eine ganze Reihe von Büchern, geschrieben von den damaligen Pionieren, erschienen zur Diagnose und Behandlung der DIS (Bliss 1986; Braun 1986; Kluft 1985; Putnam 2003; Ross 1989). Ross (1989) entwickelte auch ein Diagnose-Instrument für die dissoziativen Störungen des DSM, und zwar in Form des »Dissociative Disorders Interview Schedule« (DDIS). Ab 1988 gab Richard Kluft als Schriftleiter die Zeitschrift *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* heraus, die dann bis ins Jahr 1997 als offizielles Organ der 1984 gegründeten *International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation* (ISSMP&D) fungierte. Diese Zeitschrift beschäftigte sich intensiv mit der DIS-Forschung. Mit seiner profunden Kenntnis von Hypnose, Psychoanalyse und einer Vielzahl anderer Behandlungsformen wurde Kluft zu einem Meister der Diagnose und Behandlung traumatisierter bzw. dissoziativer Patienten.

Wenngleich die Beschäftigung mit DIS immer noch im Rahmen eines eng gefassten Dissoziationsverständnisses stattfand, folgten andere Forschungen der Zeit einer breiteren Konzeptualisierung. Das wichtigste Beispiel dafür ist die Entwicklung der Dissociative Experiences Scale (DES: Bernstein

u. Putnam 1986; Carlson u. Putnam 1993), die nach wie vor das am meisten benutzte Instrument auf diesem Gebiet darstellt. Eine der hieran beteiligten Autorinnen, Eve Bernstein Carlson, sprach sich auch im Nachgang für dieses breiter gefasste Verständnis aus, dessen Phänomene von einer Dissoziation der Persönlichkeit herrühren können, es aber nicht ausschließlich müssen (Carlson 1994): »Die Definition der *Dissoziation*, wie innerhalb der DES verstanden, war absichtlich breit gefasst … Hier wird nach Dingen wie Gedächtnisverlust, Bewusstseinslücken, Depersonalisation, Derealisation, Absorption und imaginative Erlebnisweisen gefragt« (S. 42).

Wenngleich die DIS während der gesamten 1980er-Jahre weitgehend im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses stand, begann man doch zunehmend auch den Wert von Janets ursprünglicher Dissoziationstheorie für das Verständnis und die Behandlung traumatisierter Menschen zu erkennen. Dies zeigte sich nicht zuletzt an den diversen Publikationen zum einhundertsten Jubiläum seiner Dissertation *L'Automatisme Psychologique* (Nemiah 1989; Putnam 1989; Van der Hart u. Friedman 1989; Van der Kolk u. Van der Hart 1989).

1.4 Die 1990er-Jahre

In diesem Jahrzehnt kam es zu weiteren Fortschritten bei der Diagnostik der im DSM-IV aufgeführten dissoziativen Störungen. Marlene Steinberg entwickelte das *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D; Steinberg 1994), das seither in aller Welt gebräuchlich ist. Loewenstein (1991) veröffentlichte einen glänzenden Aufsatz über eine modifizierte Version der »Mental Status Examination« für komplexe dissoziative Symptome und MPS, an der kein Kliniker vorbeikommt. Höchst einflussreich war Spiegels und Cardeñas Aufsatz (1991) über Dissoziation und dissoziative Störungen. Obschon in Nordamerika kaum wahrgenommen, stellte die Veröffentlichung der *ICD-10* (WHO 1992) hinsichtlich der Klassifizierung dissoziativer Störungen einen echten Meilenstein dar. Zwar war die DIS hier eher schwammig gefasst, doch hat die ICD-10 den Vorteil gegenüber dem mittlerweile erschienenen DSM-III-R, dass der dissoziative Charakter der Konversionsstörung anerkannt wurde. Konversionsstörungen wurden im DSM-III-R und dem nachfolgenden DSM-IV nicht als dissoziativ erachtet und stattdessen den somatoformen Störungen zugeordnet. Auch Spiegel und Cardeña (1991) gingen nicht auf deren dissoziativen Charakter ein. In der ICD-10 erhielten sie die neue Bezeichnung dissoziative Bewegungsstörungen bzw. Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen. Weitere Forschungen zu somatoform dissoziativen Phänomenen, wie sie von Nijenhuis und Kollegen durchgeführt wurden, u. a. durch die Entwicklung des *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ; Nijenhuis 2006), stärkte das Dissoziationsfeld. Schließlich nahm das DSM-5 (APA 2013) Veränderungen der sensorisch-motorischen Funktionen als Diagnosekriterium für DIS auf – was zwar ein Schritt nach vorne, aber noch lange nicht ausreichend ist.

In der ersten Hälfte der 1990er-Jahre setzte ein sogenannter »Krieg um das Gedächtnis« ein. Mitausgelöst wurde er von Eltern, die sich vor Gericht wegen Missbrauchs zu verantworten hatten, und einige von ihnen entwickelten im Verbund mit Akademikern Strategien, mit denen die Gültigkeit verzögerter Erinnerung an sexuellen Missbrauch in der Kindheit bestritten werden sollte, speziell derjenigen von DIS-Patienten

(Übersicht bei Brown et al. 1998). Damals versuchte man auch, die diagnostische Kategorie DIS insgesamt zu diskreditieren. Die beschuldigten Eltern und ihre Verbündeten unternahmen bösartige rechtliche und persönliche Attacken gegen prominente amerikanische Klinikärzte, die DIS-Patienten behandelten, was dem gesamten Dissoziationsbereich erheblichen Schaden zufügte. Wenngleich der Diskurs zu diesem Thema in Wissenschaftskreisen irgendwann wieder normal geführt wurde, hatte die Reputation einzelner Personen und des Dissoziationskonzepts insgesamt schwer gelitten. Richard Kluft schrieb im Jahr 1996:

Die Tatsache, dass ein Aspekt der traumatischen Erinnerungen eines Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung widerlegt werden kann, darf nicht dazu führen, dass auch die restlichen Erinnerungen als falsch angesehen werden; ebenso darf auch anhand der Tatsache, dass ein Teil der Erinnerungen womöglich dokumentiert ist, nicht bedingungslos davon ausgegangen werden, dass der Rest des Gesagten stimmt.

Kluft 1996, S. 105

Ein gefundenes Fressen bei den Versuchen, DIS-Patienten und ihre Therapeuten zu diskreditieren, waren Patientenberichte über rituellen satanischen Missbrauch und Gedankenmanipulation. Nach Ansicht der Skeptiker handelte es sich dabei um Manifestationen einer Massenhysterie und iatrogene Beeinflussbarkeit, was für manche der Geschichten vielleicht zutreffen mochte. Aber auch weiterhin stießen Psychiater, die überall auf der Welt mit DIS-Patienten arbeiteten, auf solche, die von der Sache noch nie gehört hatten und trotzdem Derartiges berichteten. Bei diesen Fällen konnte es sich ja wohl kaum um Massenhysterie oder iatrogene Beeinflussbarkeit handeln (Fraser 1997; Sinason 1994). Was immer diese Berichte auch zu bedeuten haben – es gibt keinen Grund dafür, den Dissoziationsbereich in Misskredit zu bringen, weil er mit Patienten arbeitet, die derlei berichten.

In den 1990er-Jahren erschienen einige der wichtigsten Bücher in diesem Forschungsbereich, darunter *Clinical Perspectives on Multiple Personality* (Kluft u. Fine 1993) und das *Handbook of Dissociation* (Michelson u. Ray 1996). Das Handbuch von Michelson und Ray deckt die meisten Aspekte ab, nur nicht die Dissoziation bei Kindern. Dieses Defizit wurde im Jahr darauf durch das Erscheinen von *Dissociation in Children and Adolescents* (Putnam 1997) behoben. Ross veröffentlichte eine überarbeitete Version seines früheren Buchs zum Thema MPS und ersetzte den bisherigen Titel durch die neue Bezeichnung Dissoziative Identitätsstörung (Ross 1997).

Auch innerhalb der psychoanalytischen Bewegung griff in diesem Zeitraum vermehrt die Meinung um sich, der traumabedingten Dissoziation sei einige Bedeutung beizumessen. Dieses Wiedererwachen basierte auf der Erkenntnis, dass heimkehrende Vietnam-Veteranen stark traumatisiert waren und oft dissoziative Merkmale, also »hysterische« Probleme, aufwiesen. Mit dem Aufkommen der Frauenbewegung wurde auch festgestellt, dass viele Kinder und Frauen durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit oder auch in der Ehe traumatisiert worden waren. Inspiriert durch die Pioniere von Dissoziation und DIS, etwa Richard Kluft und David Spiegel, gelangten auch psychoanalytische Autoren zu der Erkenntnis, dass viele Traumaüberlebende dissoziative Züge aufwiesen (Davies u. Frawley 1994). Zu den psychoanalytischen Neuformulierungen gehörten nicht nur die Einsichten, die Breuer und Freud ursprüng-

lich in den Zusammenhang von Trauma und Dissoziation der Persönlichkeit gehabt hatten, sondern auch die ihrer französischen Zeitgenossen, allen voran Janet. Neuere Beispiele dafür sind die Publikationen von Bromberg (1998, 2006, 2011), Chefetz (2000) und Howell (2005, 2011) sowie ein Sammelband zu Psychoanalyse und Dissoziation, herausgegeben von Howell und Itzkowitz (2016).

Ein Aspekt des Aufeinandertreffens von Psychoanalyse und Dissoziationsbereich war eine Diskussion über die Ähnlichkeiten und Unterschiede, die zwischen dem psychoanalytischen Konzept der Verdrängung und dem Konstrukt der Dissoziation bestehen (Singer 1990). Hieraus entwickelte sich die Tendenz, an Stellen, an denen bisher von Verdrängung die Rede gewesen war, ab jetzt vermehrt den Begriff Dissoziation zu verwenden, gerade im Hinblick auf (traumatische) Erinnerungen, für die beim Betroffenen eine Amnesie besteht.

Im Jahr 1991 veröffentlichte Peter Barach einen bahnbrechenden Aufsatz, in dem er die DIS als Bindungsstörung beschrieb. In der Folge (und bis weit ins 21. Jahrhundert hinein) gab es eine ganze Reihe klinischer Studien und Forschungsberichte, die das Verhältnis einer sogenannten desorganisierten Bindung (D-Bindung) zu Dissoziation untersuchten. Giovanni Liotti vertrat die Ansicht, Kinder mit D-Bindungsmustern entwickelten im späteren Leben dissoziative Symptome. Er konnte Parallelen zwischen solchen Mustern und Dissoziation beobachten und ging sogar so weit, der D-Bindung als solcher einen dissoziativen Charakter zuzuschreiben (Liotti 2009). Wie Langzeitstudien tatsächlich ergaben, stellt eine D-Bindung beim Kind den Vorläufer dissoziativer Symptome in der späten Adoleszenz dar (Lyons-Ruth et al. 2006; Ogawa et al. 1997).

1.5 Das 21. Jahrhundert

Im Jahr 2000 erschien erstmals das *Journal of Trauma & Dissociation*, was nichts anderes als der Nachfolger von *Dissociation* und damit das offizielle Organ der *International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (ISSTD) ist. Die DIS ist auch in dieser Zeitschrift ein wichtiges Thema geblieben, wenngleich im Gegensatz zum Vorläufer *Dissociation* der Großteil der Beiträge doch den weiter gefassten Bereich von Trauma und Dissoziation repräsentiert, wozu etwa peritraumatische Dissoziation, Psychosen und Kriegstraumata gehören. Spiegel (2005) gab ein Buch heraus, in dem die verschiedenen Forschungsbereiche diskutiert werden, die der Dissoziation eine zentrale Rolle zuweisen. Ogden, Minton und Pain (2009) veröffentlichten ihr bahnbrechendes Buch *Trauma und Körper*, in dem sie unter anderem auf spektakuläre Art und Weise Janets Verständnis von Trauma und Dissoziation mit ihrem eigenen vereinten und für die Körperpsychotherapie fruchtbar machten. Im 21. Jahrhundert fanden auf klinischer wie auch theoretischer Ebene weitere wichtige Entwicklungen im Bereich der Dissoziation statt – einem Bereich, der ansonsten vielleicht weiterhin unter der Vielzahl von Meinungen gelitten hätte, gerade was ihre Definition und damit die Bandbreite ihrer Manifestationen betraf.

Zwei zentrale Konzeptualisierungen scheinen sich herausgeschält zu haben. Die erste, ganz im Einklang mit dem ursprünglichen Ansatz des 19. Jahrhunderts, ist die sogenannte enge Betrachtungsweise der traumabedingten Dissoziation als einer posttraumatischen Teilung der Persönlichkeit (Van der Hart u. Dorahy 2009). Die beste Zusammenfassung dafür bietet wohl die oben zitierte Aussage von McDougall (1931). Ein Buch jüngeren Datums, *Das verfolgte Selbst:*

Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung (Van der Hart et al. 2008), ist diesem Denkansatz verpflichtet und betont die Existenz dissoziierter Anteile, die entweder traumavermeidend oder traumafixiert sind: Diese Betrachtungsweise dürfte außerhalb Amerikas mehr Anklang finden als innerhalb. Das Buch stellt den Versuch dar, Pierre Janets Dissoziationstheorie und seine Psychologie des Handelns mit modernen Entwicklungen im Bereich von Trauma und Dissoziation zu vereinen. Eine wichtige, auf der engen Betrachtungsweise basierende Forschungsrichtung wurde von Ellert Nijenhuis zum Leben erweckt. Von der ersten publizierten Studie von Reinders et al. (2003) bis hin zur jüngsten von Schlumpf et al. (2013) wurden bei DIS-Patienten mittels funktioneller Bildgebung unterschiedliche Reaktionsmuster auf neutrale und traumaassoziierte Erinnerungen sowie auf neutrale und gefahrenbezogene Reize gefunden, abhängig davon, welche dissoziierte Anteile im Vordergrund waren: der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil (ANP; »apparently normal part of the personality«) oder der im Trauma verhaftete emotionale Persönlichkeitsanteil (EP; »emotional part of the personality«). Diese unterschiedlichen Muster konnten von anderen Versuchspersonen ohne Dissoziation nicht simuliert werden.

Bei der anderen Betrachtungsweise handelt es sich um die sogenannte breite Konzeptualisierung (Van der Hart u. Dorahy 2009). Bei diesem bereits in den 1980er-Jahren entstandenen Ansatz – etwa bei der Entwicklung der DES – fasst man eine Vielzahl unterschiedlicher Phänomene, ob auf einer gespaltenen Persönlichkeitsstruktur basierend oder nicht, unter der Bezeichnung Dissoziation zusammen. Deshalb werden auch Veränderungen des Bewusstseins wie Absorption oder imaginative Erlebnisweisen hinzugerechnet, auch wenn sie nicht per se mit einer strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit zusammenhängen. *Traumatic dissociation: Neurobiology and Treatment*, herausgegeben von Vermetten, Dorahy und Spiegel (2007), sowie der beeindruckende Sammelband *Dissociation and the Dissociative Disorders*, herausgegeben von Paul Dell und John O'Neil (2009), berücksichtigen beide Konzeptualisierungen und belegen gleichzeitig, dass in Nordamerika sowohl die Forschung als auch insbesondere die praktische Psychiatrie eher dem breiten Ansatz folgt.

Innerhalb der breiten Konzeptualisierung sind vor allem zwei Entwicklungen auszumachen. Bei der ersten geht es um die Erforschung der sogenannten peritraumatischen Dissoziation als einem Prädiktor der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS); sie begann bereits 1994 (Marmar et al. 1994). Obwohl viele, aber keineswegs alle Studien einen signifikanten Zusammenhang nachweisen konnten (Lensvelt-Mulders et al. 2008), bleibt die konzeptuelle Grundlage des peritraumatischen Dissoziationskonstrukts unklar.

Die zweite Entwicklung betrifft eine Forschungsrichtung, bei der ein sogenannter dissoziativer Subtyp der PTBS gesondert betrachtet wird. Dieser wurde schließlich als »PTBS mit dissoziativen Symptomen« ins DSM-5 aufgenommen (APA 2015, S. 371). Wie unterschiedliche Studien gezeigt haben (Lanius et al. 2010), ist dieser dissoziative Subtyp durch schwere Depersonalisation, Derealisation und Untererregung charakterisiert. Diese werden als dissoziative Symptome betrachtet, egal ob sie sich von einer zugrunde liegenden Dissoziation der Persönlichkeit ableiten oder nicht. Der nichtdissoziative Subtyp der PTBS ist jedoch ebenfalls durch (positive) dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks) charakterisiert, »bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignis-

se wiederholen würden« (APA 2015, S. 369), und die sich ganz klar von einer Dissoziation der Persönlichkeit ableiten. Die gesonderte Betrachtung eines dissoziativen Subtyps der PTBS scheint Ausdruck eines Missverständnisses des grundsätzlich dissoziativen Charakters der PTBS zu sein (Nijenhuis 2014).

Bezüglich der Diagnostik und Behandlung hat sich Dells *Multidimensionales Inventar dissoziativer Symptome* (Multidimensional Inventory of Dissociation = MID; Dell 2006) als willkommener Beitrag in diesem Bereich erwiesen. Einen Meilenstein stellte auch die Veröffentlichung der dritten Revision der ISSTD-Richtlinien für die Behandlung der DIS im *Journal of Trauma and Dissociation* dar (ISSTD 2011). Des Weiteren wurde eine umfassende naturalistische Langzeitstudie bezüglich der Behandlung von DIS-Patienten begonnen, was zu einer ganzen Reihe wichtiger Publikationen geführt hat (Brand et al. 2013; Brand et al. 2014). Eine zweite Generation dieser Studie ist derzeit im Gange. Kluft veröffentlichte eine Monografie über die Behandlung traumatischer Erinnerungen bei Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen (Kluft 2013). Zwischenzeitlich wurde auch bei der Behandlung von dissoziativen Patienten Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) angewandt (Fine u. Berkowitz 2001; Gonzalez u. Mosquera 2012; Twombly 2000). Vermehrte Aufmerksamkeit erfuhren Diagnostik und Therapie dissoziativer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Silberg 2013; Wieland 2014). Wie im DSM-5 (APA 2013) hervorgehoben, wurde auch kulturellen Aspekten der dissoziativen Störungen mehr Aufmerksamkeit zuteil (Van Duijl et al. 2010). Ein Schlaglicht auf die Rolle, die Trauma und Dissoziation im Zusammenhang mit Psychosen spielen, warf schließlich die Publikation von *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology* (Moskowitz et al. 2008). Speziell hingewiesen sei außerdem auf epidemologische Studien aus der Türkei (Şar 2011; Şar 2007; Şar 2007).

Was die Entwicklung internationaler Institutionen betrifft, so wurde 2006 als Schwester-Organisation der ISSTD die *European Society for Trauma and Dissociation* gegründet, die alle zwei Jahre tagt. Schon viel länger gibt es die *Deutsche Gesellschaft für Trauma und Dissoziation.* Wenngleich nicht alle internationalen Entwicklungen in den jeweiligen Ländern zur Gründung eines Verbands geführt haben, kommt es doch in vielen Teilen der Welt zu ganz unterschiedlichen Aktivitäten im klinischen sowie Forschungsbereich. Eine bedeutende internationale Entwicklung, die 1997 von Peter Barach initiiert wurde und seit 2003 von Richard Chefetz moderiert wird, stellt das stetig anwachsende *Dissociation Disorders Discussion Forum* für Fachleute im Internet dar (http://www.dissoc.icors.org). Auf dieser unschätzbaren, unabhängigen Plattform werden sämtliche Themen diskutiert, die mit Trauma und Dissoziation im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis zu tun haben, darunter auch anonyme Fallstudien, die typischerweise von therapeutischen Sackgassen oder Unklarheiten berichten. Im August 2014 verzeichnete das Forum 1180 Mitglieder.

1.5.1 Dissoziative Identitätsstörung und soziokulturelle Einflüsse

Einen Stachel im Fleisch des Dissoziationsfeldes stellen einige merkwürdige Versuche dar, die Gültigkeit der DIS-Diagnose infrage zu stellen. Auch wenn manche Psychiater (Merskey 1992) und Anhänger des sogenannten soziokognitiven DIS-Modells (Lilienfeld et al. 1999) dabei recht vollmundig argumentieren, wurde ihre Ansicht, DIS sei in Wahrheit gar keine psychische Störung, sondern vielmehr ein gesellschaftliches Kon-

strukt aus Therapeutenimpulsen, Medieneinflüssen und breit angelegten soziokulturellen Erwartungen, durch eine ganze Reihe empirischer Studien widerlegt (Dalenberg et al. 2012, 2014; Brand et al. 2014; Dorahy et al. 2014; Reinders et al. 2003; Schlumpf et al. 2013). Selbstverständlich sind in den Manifestationen der DIS genau wie bei jeder anderen psychischen Störung soziokulturelle Einflüsse feststellbar, was ja der zu Beginn des Kapitels angeführte Fall der Jeanne Fery aus dem 16. Jahrhundert sowie nicht zuletzt auch die Diagnosekriterien des DSM-5 belegen. Sie erklären aber nicht die zugrunde liegende, traumabedingte Dissoziation der Persönlichkeit. Die Behauptungen, so etwas wie DIS gebe es gar nicht, behindern einerseits die richtige Diagnose und Behandlung der Menschen mit komplexen dissoziativen Störungen. Andererseits haben diese fixen Ideen auch den Vorteil, dass sie Notwendigkeit wie Anreiz gleichermaßen liefern, dieses Gebiet noch genauer zu erforschen.

1.6 Zusammenfassung

Dieser kurze Überblick über die Geschichte der Dissoziation sowie insbesondere der DIS konnte notwendigerweise nur punktuell erfolgen. Dennoch zeigt sich, dass komplexe dissoziative Störungen quer durch die Epochen und Kulturen beobachtet worden sind, und zwar unabhängig vom Verständnis ihrer Ätiologie und der jeweils gewählten Bezeichnung. Außerdem hat sich gezeigt, dass in den letzten dreißig Jahren das Interesse an dem Konstrukt der Dissoziation und den dissoziativen Störungen überall auf der Welt rasant zugenommen hat. Man weiß immer mehr über die phänomenologischen und neurobiologischen Eigenschaften sowie außerdem über den Zusammenhang von Trauma und Dissoziation. Diagnoseverfahren und Behandlungsmöglichkeiten wurden verbessert, wobei zunehmend Anwendungsbeobachtungen einer phasenorientierten Behandlung aufgetaucht sind. Dennoch gibt es natürlich noch viel zu tun. Eine weltweite Verbreitung des angesammelten Wissens ist weiterhin unbedingt erforderlich, denn Misshandlung in der Kindheit und damit traumabedingte Dissoziation gibt es in allen Gesellschaften, Ländern und Kulturen. Forschung wie z. B. epidemiologische Studien sollte in viel mehr Ländern durchgeführt werden. Eine große Herausforderung stellt ein begrifflicher »Hausputz« bezüglich der Definition von Dissoziation dar. Dabei sieht es so aus, als würde das – wenn überhaupt jemals – nicht so bald der Fall sein, denn die meisten Wissenschaftler beharren auf ihrer persönlichen Sichtweise, die eben mal mehr, mal weniger mit dem ursprünglichen Verständnis von Dissoziation als Spaltung der Persönlichkeit zu tun hat. Ein besseres Verständnis der Begriffsgeschichte könnte dabei die Akzeptanz eines gemeinsamen konzeptuellen Nenners erleichtern.

Literatur

APA – American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III). Washington, DC. (Deutsch: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-III. Weinheim [u. a.]: Beltz, 1986).

APA – American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington, DC. (Deutsch: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen [u. a.]: Hogrefe, 1996).

APA – American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC (Deutsch: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen [u. a.]: Hogrefe, 2015).

Azam, E. (1876). Le dédoublement de la personnalité, suite de l'histoire de Félida X. Revue Scientifique, 18: 265–269.

Barach, P. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. Dissociation, 4: 117–123.

Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 174: 727–735.

Binet, A. (1891/2000). Les altérations de la personnalité. Paris: L'Harmattan.

Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig/Wien: Deuticke.

Bliss, E. L. (1986). Multiple personality, allied disorders, and hypnosis. New York: Oxford University Press.

Bourneville, D. (1886a). Préface. In: D. Bourneville (Hrsg.) (1886), La possession de Jeanne Fery (1584) (S. i–v). Paris: Progrès Medical/A. Delahaye et Lecrosnier.

Bourneville, D. (Hrsg.) (1886b). La possession de Jeanne Fery (1584). Paris: Progrès Médical/A. Delahaye et Lecrosnier.

Bourru, H., Burot, P. (1885). Un cas de la multiplicité des états de conscience chez un hystéro-épileptique. Revue Philosophique, 20: 411–416.

Bowers, M., Brecher-Marer, S., Newton, B. W., Piotrowski, Z., Taylor, W., Watkins, J. (1971). Therapy of multiple personality. International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, 22: 216–233.

Brand, B., McNary, S., Myrick, A., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., Pain, C., Putnam, F. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, 5: 301–308.

Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Spiegel, D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach. Psychiatry, 77: 169–189.

Braun, B. G. (Hrsg.) (1986). Treatment of multiple personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Breuer, J., Freud, S. (1893/1987). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. In: S. Freud, Gesammelte Werke, Nachtragsband, S. 181–195. Frankfurt a. M.: S. Fischer.

Bromberg, P. M. (1998). Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bromberg, P. (2006). Awakening the dreamer: Clinical journeys. Mahwah, NJ: Analytic Press.

Bromberg, P. M. (2011). In the shadow of the tsunami. New York: Routledge.

Brown, D., Scheflin, A. W., Hammond, D. C. (1998). Memory, trauma treatment, and the law. New York: Norton.

Camuset, L. (1882). Un cas de dédoublement de la personnalité: Période amnésique d'une année chez un jeune homme. Annales Medico-Psychologiques, 40: 75–86.

Carlson, E. B. (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences Scale. In: D. Spiegel (Hrsg.), Dissociation: Culture, mind, and body (S. 41–58). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Carlson, E. B., Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. Dissociation, 6: 16–27.

Carlson, E. T. (1986). The history of dissociation until 1880. In: J. Q. Quen (Hrsg.), Split minds/split brains: Historical and current perspectives (S. 7–30). New York: New York University Press.

Chefetz, R. A. (2000). Disorders in the therapist's view of the self: Working with the person with dissociative identity disorder. Psychoanalytic Inquiry, 20, 305–329.

Crabtree, A. (1986). Explanations of dissociation in the First half of the twentieth century. In: J. M. Quen (Hrsg.), Split minds, split brains: Historical and current perspectives (S. 85–107). New York: New York University Press.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Cardeña, E., Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. Psychological Bulletin, 138: 550–588.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Carlson, E. B. (2014). Reality versus fantasy: Reply to Lynn et al. (2012). Psychological Bulletin, 140: 911–920.

Davies, J. M., Frawley, M. G. (1994). Treating the adult survivor of childhood sexual abuse. New York: Basic Books.

Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. Journal of Trauma and Dissociation, 7(2): 77–106.

Dell, P. F., O'Neil, J. A. (Hrsg.) (2009). Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. New York: Routledge.

Despine, A. (1840). De l'emploi du magnétisme animal et des eaux minérals dans le traitement des maladies nerveuses, suivi d'une observation très curieuse de guérison de névropathie. Paris: Germer Ballière.

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulus, P., Martínez-Taboas, A., Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorders: An empirical overview. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48: 402–417.

Dorahy, M., Van der Hart, O. (2007). Relationship between trauma and dissociation. In: E. Vermetten, M. J. Dorahy, D. Spiegel (Hrsg.), Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment (S. 3–30). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ellenberger, H. F. (1973). Die Entdeckung des Unbewußten. Bern: Hans Huber (The discovery of the unconscious. New York: Basic Books, 1970).

Faure, H., Kersten, J., Koopman, D., Van der Hart, O. (1997). The 19th century case of Louis Vivet: New findings and re-evaluation. Dissociation, 10: 104–113.

Ferenczi, S. (1933/2004). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Vortrag 1932). In: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2, S. 303–313. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Fine, C. G., Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrications of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. American Journal of Clinical Hypnosis, 43: 275–290.

Fraser, G. A. (Hrsg.) (1997). The dilemma of ritual abuse: Cautions and guides for therapists. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Freud, S. (1936/1950). Brief an Romain Rolland. In: S. Freud, Gesammelte Werke, Bd. 16, S. 250–257. Frankfurt a. M.: S. Fischer.

Gonzalez, A., Mosquera, D. (2012). EMDR and dissociation: The progressive approach. Charleston, SC: Amazon Imprint.

Greaves, G. B. (1993). A history of multiple personality disorder. In: R. P. Kluft, C. G. Fine (Hrsg.) (1993), Clinical perspectives on multiple personality disorder (S. 355–380). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hacking, I. (1996). Multiple Persönlichkeit: Zur Geschichte der Seele in der Moderne. München: Hanser (Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory. Princeton: Princeton University Press, 1995).

Hilgard, E. R. (1977). Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley.

Howell, E. F. (2005). The dissociative mind. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Howell, E. F. (2011). Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach. New York: Routledge.

Howell, E. F., Itzkowitz, S. (Hrsg.) (2016). The dissociative mind in psychoanalysis. New York: Taylor & Francis.

ISSTD = International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). [Chu, J. A., Dell, P. F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P. M., Somer, E., Loewenstein, R. J. et al.] Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. Journal of Trauma & Dissociation, 12: 115–187.

James, W. (1894). Rezension von Breuer und Freud – Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Psychological Review, 1: 199.

James, W. (1950). Principles of psychology (2 Bde.). New York: Dover. (Originalpublikation 1890).

Janet, P. (1889). L'Automatisme psychologique: Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Alcan.

Janet, P. (1894). Der Geisteszustand der Hysterischen. Leipzig/Wien: Deuticke (État mental des hystériques. Paris: Rueff, 1894).

Janet, P. (1907). The major symptoms of hysteria. Fifteen lectures given in the Medical School of Harvard University. London/New York: Macmillan.

Janet, P. (1909). Problèmes psychologiques de l'émotion. Revue Neurologique, 17: 1551–1687.

Janet, P. (1919). Les Médications Psychologiques. Paris: Alcan.

Janet, P. (2007). La pensée intérieure et ses troubles. Paris: L'Harmattan. (Originalpublikation 1927).

Jung, C. G. (1907/1985). Über die Psychologie der Dementia praecox. Ein Versuch. In: C. G. Jung, Gesammelte Werke, Bd. 3: Psychogenie der Geisteskrankheiten. Olten: Walter.

Kluft, R. P. (Hrsg.) (1985). Childhood antecedents of multiple personality. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P. (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. American Journal of Psychiatry, 153 (Festschrift Supplement): 103–110.

Kluft, R. P. (2014). Pacing in der Traumatherapie. Lichtenau: Probst (Shelter from the storm: Processing the traumatic memories of DID/DDNOS patients with the Fractionated Abreaction Technique. North Charleston, NC: CreateSpace, 2013).

Kluft, R. P., Fine, C. G. (Hrsg.) (1993). Clinical perspectives on multiple personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence of a dissociative subtype. American Journal of Psychiatry, 167: 640–647.

Lensvelt-Mulders, G., Van der Hart, O., Van Ochten, J. M., Van Son, M. J. M., Steele, K., Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 28: 1138–1151.

Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Kirsch, I., Chaves, J. F., Sarbin, T. R., Ganaway, G. K. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. Psychological Bulletin, 125: 507–523.

Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. In: P. F. Dell, J. A. O'Neil, J. A. (Hrsg.), Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond (S. 53–65). New York: Routledge.

Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. Psychiatric Clinics of North America, 14: 567–604.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? Psychiatric Clinics of North America, 29: 63–86.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, K., Kulka, R. A. et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. American Journal of Psychiatry, 154: 173–177.

McDougall, W. (1931). Psychopathologie funktioneller Störungen. Leipzig: Barth (An outline of abnormal psychology. London: Methuen & Co, 1926).

McKeown, J. M., Fine, C. G. (Hrsg. u. Übers.) (2008). Despine and the evolution of psychology: Historical and medical perspectives on dissociative disorders. New York: Palgrave Macmillan. (Originalpublikation Despines, 1840)

Merskey, H. (1992). The manufacture of personalities: The production of multiple personality disorder. British Journal of Psychiatry, 160: 327–340.

Michelson, L. K., Ray, W. J. (Hrsg.) (1996). Handbook of dissociation. New York: Plenum.

Mitchell, S. L. (1816). A double case of double consciousness, or a duality of persons in the same individual. Medical Repository, 3: 185–186.

Moskowitz, A. (2008). Association and dissociation in the historical concept of schizophrenia. In: A. Moskowitz, I. Schäfer, M. Dorahy (Hrsg.), Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology (S. 35–49). London: Wiley.

Moskowitz, A., Schäfer, I., Dorahy, M. (Hrsg.) (2008). Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology. London: Wiley.

Myers, C. S. (1940). Shell shock in France 1914–1918. Cambridge: Cambridge University Press.

Myers, F. (1903). Human personality and its survival of bodily death (2 Bde.). London: Longmans, Green and Company.

Nemiah, J. C. (1989). Janet redivivus: The centenary of L'automatisme psychologique. American Journal of Psychiatry, 146: 1527–1529.

Nijenhuis, E. R. S. (2006). Somatoforme Dissoziation: Phänomene, Messung und theoretische Apekte. Paderborn: Junfermann (Originalpublikation: Van Gorcum, Assen, Niederlande, 1999)

Nijenhuis, E. R. S. (2014). Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. Psichiatria e Psicoterapia, 1: 74–106.

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. Development and Psychopathology, 9: 855–879.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2009). Trauma und Körper: Ein sensumotorisch orientierter psycho-

therapeutischer Ansatz. Paderborn: Junfermann (Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton, 2006).

Prince, M. (1906). The dissociation of a personality. New York: Longmans, Green.

Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. Journal of Traumatic Stress, 2: 413–429.

Putnam, F. W. (1997). Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective. New York: Guilford.

Putnam, F. W. (2003). Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann (Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York: Guilford, 1989).

Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Paans, A. M., Korf, J., Willemsen, A. T., Den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. Neuroimage, 20: 2119–2125.

Rieber, R. (1999). Hypnosis, false memory and multiple personality: A trinity of affinity. History of Psychiatry, 10: 3–11.

Rivers, W. H. R. (1920). Instinct and the unconscious: A contribution to a biological theory of the psychoneuroses. Cambridge: University Press.

Ross, C. A. (1989). Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment. Toronto: Wiley.

Ross, C. A. (1997). Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. New York: Wiley.

Ross, C. A. (2004). Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment. New York: Haworth Press.

Şar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. Epidemiology Research International. Article ID 404538; http://dx.doi.org/10.1155/2011/404538

Şar, V., Gamze, A., Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. Psychiatric Research, 149: 169–176.

Şar, V., Koyuncu, A., Öztürk, E. (2007). Dissociative disorders in the emergency psychiatric ward. General Hospital Psychiatry, 29: 45–50.

Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E., Chalavi c, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, L. et al. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. NeuroImage: Clinical, 3: 54–64.

Schreiber, F. R. (1974). Sybil. Eine Frau mit vielen Gesichtern. Bern/München: Scherz (Sybil. New York: Warner Paperbacks, 1974).

Sidis, B. (1902). Psychopathological researches: Studies in mental dissociation. New York: G. E. Strachert.

Sidis, B., Goodhart, S. P. (1905). Multiple personality: An experimental investigation into the nature of human individuality. New York: Appleton and Company.

Silberg, J. (2013). The child survivor: Healing developmental trauma and dissociation. New York/London: Routledge.

Sinason, V. (Hrsg.) (1994). Treating survivors of satanist abuse. London: Routledge.

Singer, J. (Hrsg.) (1990). Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health. Chicago: University of Chicago Press.

Spiegel, D. (Hrsg.) (1994). Dissociation: Culture, mind, and body. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spiegel, D., Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. Journal of Abnormal Psychology, 100: 366–378.

Steinberg, M. (1994). Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders, revised. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Taylor, E. (1984). William James on exceptional mental states: The 1896 Lowell lectures. Amherst: University of Massachusetts Press.

Thigpen, C. H., Cleckley, H. (1957). Die 3 Gesichter Evas. Hamburg: Rowohlt (The three faces of Eve. New York: Mc-Graw-Hill, 1957).

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. Journal of Trauma & Dissociation, 1(2): 61–80.

Van der Hart, O., Dorahy, M. (2009). Dissociation: History of a concept. In: P. F. Dell, J. A. O'Neil (Hrsg.), Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond (S. 2–26). New York: Routledge.

Van der Hart, O., Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. Dissociation, 2(1): 3–16.

Van der Hart, O., Brown, P., Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. Journal of Traumatic Stress, 2: 379–396.

Van der Hart, O. Lierens, R., Goodwin, J. (1996). Jeanne Fery: A sixteenth-century case of dissociative identity disorder. Journal of Psychohistory, 24(1): 18–35.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. (2008). Das verfolgte Selbst: strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann (The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York/London: W. W. Norton & Co, 2006).

Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. American Journal of Psychiatry, 146: 1530–1540.

Van Duijl, M., Nijenhuis, E., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. P. E., De Jong, J. T. (2010). Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls. Culture, Medicine & Psychiatry, 34: 380–400.

Vermetten, E., Dorahy, M., Spiegel, D. (Hrsg.) (2007). Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Wieland, S. (Hrsg.) (2014). Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta (Dissociation in children and adolescents: Clinical case studies. New York: Routledge, 2011).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: ICD-10; clinical descriptions and guidelines. Genf. (Deutsch: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Bern [u. a.]: Huber, 1992)

Zemach, E. (1986). Unconscious mind or conscious minds? Midwest Studies in Philosophy, 10: 121–149.

2 Konversion, Dissoziation und Somatisierung – Abgrenzbare dynamische Modelle mit Schnittmenge

Sven Olaf Hoffmann und Annegret Eckhardt-Henn

Die Hysterie und die Dissoziation sind Krankheits- bzw. Störungskonzepte, die eine zeitgleiche Entstehung in der französischen Psychiatrie am Ende des 19. Jahrhunderts gemein haben. Auch ihre »Blüte« und ihr Veralten im frühen 20. Jahrhundert lassen sich über die gleichen Zeiträume bestimmen. Unterschiede bestanden dahingehend, dass die Ausarbeitung des Dissoziationskonzepts vor allem mit der Person von Pierre Janet (1859–1947) und die des Hysteriekonzepts mehr mit Jean Martin Charcot (1825–1893) verbunden war (Hacking 1995; Van der Hart 1989). Als der aus heutiger Sicht entscheidende historische Unterschied ist allerdings die Renaissance der Dissoziation im DSM-III (1980) anzusehen, während der wohl irreversible Schiffbruch der Hysterie zu verschiedenen neuen und jetzt anders bezeichneten Krankheitsbildern führte (Hoffmann 1996b).

Pierre Janet legte etwa zeitgleich mit Freud eine Theorie der Hysterie vor, in der er den Begriff der *Dissoziation* (désagrégation) in den Mittelpunkt stellte. Dissoziation heißt wörtlich Spaltung, hier verstanden als Spaltung des Bewusstseins (Hoffmann 1994). Janet ging ebenso wie Freud von der Bedeutung nicht-bewusster psychischer Vorgänge für die Entstehung hysterischer Symptome aus, verstand diese nichtbewussten Prozesse jedoch nicht dynamisch – Unbewusstes als Resultat von Verdrängung –, sondern im Sinne seelischer »Automatismen«, die in der Folge von Traumatisierung abgespalten wurden. Er benutzte den Begriff »Dissoziation« beschreibend für »nichtintegrierte Erfahrung« (Cardena 1994).

Der Dissens zwischen Freud und Janet entzündete sich vor allem am Konzept der Verdrängung sowie an den mit dem dynamischen Unbewussten verbundenen Vorstellungen der epigenetischen Wurzeln von mit dem Bewusstsein unvereinbaren Triebimpulsen. In der Theorie Janets gingen die mit dem Bewusstsein unvereinbaren Erfahrungsinhalte vor allem auf traumatische Einwirkungen zurück.

Mit der Rezeption der Psychoanalyse und der Theorie des dynamischen Unbewussten geriet das Dissoziationskonzept dann vorübergehend in Vergessenheit. Hilgard (1987) berichtet, dass das Stichwort »Dissoziation« zwischen den 1930er- und 1960er-Jahren insgesamt nicht mehr als 13-mal in den Psychological Abstracts auftauchte. Dies änderte sich schlagartig ab dem Beginn der 1980er-Jahre. Das wachsende Interesse an der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Multiplen Persönlichkeit, aber auch die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen dissoziativen Störungen und frühkindlicher Traumatisierung führten ab diesem Zeitpunkt zu einer Renaissance des Dissoziationskonzeptes und seiner impliziten Aufnahme in das DSM-III. Neben den spezifischen klinischen Phänomenen, auf die sich

das Konzept bezieht, spielte wohl auch die Weichenstellung der psychiatrischen Klassifikation in Richtung auf eine atheoretische, beschreibende Klassifikation eine Rolle. Im Gegensatz zur Konversion, die eng mit dem psychoanalytischen Konzept der Abwehr und der Annahme unbewusster Prozesse verknüpft ist, erschien der Begriff der Dissoziation vielen Autoren beobachtungsnäher und theoretisch »neutraler« (z. B. Spiegel u. Cardena 1991).

Schwieriger abzugrenzen sind die konzeptuellen Überschneidungen von Hysterie und Dissoziation. Diese lassen sich am besten im für den Hysteriebegriff so folgenreichen Werk Sigmund Freuds (1856–1939) aufzeigen. In einem zusammen mit J. Breuer verfassten Fragment aus dem Jahre 1892 heißt es, dass die Autoren »die Annahme einer Dissoziation – einer Spaltung des Bewusstseinsinhaltes – für unentbehrlich zur Erklärung hysterischer Phänomene erachten« (Freud 1940, S. 9). In dieser zu Lebzeiten unpublizierten Mitteilung wird im frühen Konzept Freuds deutlich, dass die Dissoziation eine erklärerische Untereinheit im Verständnis der Hysterie darstellt. Später hat Freud klargestellt, dass er in diesem Verständnis Janet direkt gefolgt sei (Freud 1909). Letztmalig taucht bei Freud der Begriff – immer im Sinne von Bewusstseinsspaltung – in den »Studien zur Hysterie« (»wie es der Neigung der Hysterie zur Dissoziation des Bewusstseins entspricht« [Freud 1895, S. 10]) auf. Danach vermeidet Freud den Begriff der Dissoziation auf das peinlichste und spricht, wo es denn unvermeidlich ist, von »Aufsplitterung des Ich« (»indem sich die einzelnen Identifizierungen durch Widerstände gegeneinander abschließen« [Freud 1923, S. 258 f.]) oder von Bewusstseinsspaltung, was sich teilweise sehr gequält liest (»Auf diese Abwehr habe ich die Spaltung – oder wie man damals sagte: die Bewusstseinsspaltung – der Hysterie zurückgeführt« [Freud 1906, S. 155]).

Drei unterschiedliche Gründe sind für diese Unterdrückung des Dissoziationsbegriffs bei Freud wahrscheinlich:

- Inhaltlich passte das eher undynamische Spaltungsverständnis (was bei genauerer Rezeption so undynamisch dann gar nicht ist; Van der Hart u. Friedman 1989) im janetschen Begriff der Dissoziation nicht mehr zu seinem dynamischen Verständnis der Bewusstseinsspaltung bei der Hysterie, die nicht Folge einer primären Schwäche des Zusammenhalts (wie bei Janet), sondern das Ergebnis eines Konflikts konkurrierender Vorstellungen und Affekte war. Freud führt dies z. B. 1906 ausführlich aus.
- Darüber hinaus hatte Freud den Bewusstsein spaltenden Aspekt der Dissoziation stillschweigend in sein neues Konzept der Verdrängung integriert, das zum leitenden Abwehrmechanismus der Hysterie wurde. Nach der Einführung dieses Begriffs (Freud 1896; das Verb »verdrängen« und vor allem das Konzept der »Abwehr« treten schon früher auf) entfällt bei ihm die Dissoziation in der beschriebenen Weise. Verdrängung beinhaltet über die zwingende Amnesie immer ein Mitwirken dissoziativer, d. h. bewusstseinsspaltender Prozesse.
- Schließlich lag Freud erheblich am Primat von Konzepten. So meinte er z. B. die »Schizophrenie« Bleulers, für die ebenfalls die »Spaltung« (frz. dissociation) ein zentrales Konzept darstellte, in »Paraphrenie« umbenennen zu müssen. Freuds Rivalität mit Pierre Janet ist unübersehbar, und es spricht viel dafür, dass es nicht nur die inhaltlichen Gründe waren, die ihn, der sich immer als Schüler von Charcot verstand, von den Begriffen des schon seinerzeit bedeutendsten (und gleichaltrigen) Schülers

des fernen Pariser Meisters abrücken ließ (▸ Kap. 1 in diesem Band).

Neben den konzeptuellen Überschneidungen von Hysterie und Dissoziation gibt es auch zahlreiche phänomenologische, die im Anschluss ausgeführt werden sollen.

2.1 Die phänomenologische Überschneidung des Hysteriekonzepts mit dem der Dissoziation

Hoben die geschichtlichen Ausführungen im Wesentlichen auf die Unterscheidung eines dynamischen (Freud) und eines eher statischen (Janet) Hysteriekonzepts ab, so sind bereits auf der rein deskriptiven, der phänomenologischen Ebene zahlreiche Überschneidungen auszumachen.

Dissoziation, so wie der Begriff derzeit im Konzept der dissoziativen Störungen verwandt wird, beinhaltet bei näherer Analyse folgende Teilkonzepte:

- zentrale Definitionselemente
  - mnestische Störungen, vor allem in der Form von Amnesien
  - Bewusstseinsstörungen im engeren Sinne, vor allem in der Form von Bewusstseinsveränderungen, wie sie bei Trancen, Dämmerzuständen u. a. auftreten
  - Identitätsstörungen, die ein Spektrum vom gestörten, aber erhaltenen Personerleben bei der Depersonalisation bis hin zum Auftreten unterschiedlicher, wechselseitig für einander amnestischer Anteile der personalen Identität bei der Dissoziativen Identitätsstörung umfassen
- periphere Definitionselemente
  - dysfunktionale Affektzustände
  - Somatisierungsstörungen

Alle diese Phänomene (und weitere) sind auch in den letzten gründlichen Bearbeitungen des Hysteriekonzeptes (Hoffmann 1979; 1996c; Mentzos 1980) – die nicht zufällig bereits über 30 Jahre alt sind – für die *Hysterie* festgehalten worden:

- körperliche Störungen, vor allem als motorische Dysfunktionen und Ausfälle
- pseudoepileptische Anfälle verschiedenster Ausprägung, in der Mehrzahl entweder durch eine paroxysmale Hypermotorik (»Bewegungssturm«) oder durch stuporöse Ruhe (»Totstellreflex«) gekennzeichnet
- Störungen der Wahrnehmung und Sinnesempfindung, vor allem sensible/perzeptive Dysfunktionen und Ausfälle bis hin zu massiven Perzeptionsstörungen wie Pseudohalluzinationen
- Amnesien unterschiedlichen Ausmaßes
- Bewusstseinsstörungen, vor allem Dämmerzustände, Trancen, Ohnmachten
- Störungen der Identität und der Ich-Wahrnehmung im Sinne hysterischer Ich-Spaltungen, »falschem Selbst«, »Als-ob-Persönlichkeit«, profuser Suggestibilität u. a.
- emotionale Dysfunktionen, die als Hyper-Emotionalität, Emotionalisierung, Affektualisierung konzeptualisiert wurden und ihren Ausdruck in Dramatisierung, Theatralik, »hysterischen Szenen«, »Nervenzusammenbrüchen« u. Ä. finden

Jedem Unbefangenen können diese ins Auge springenden Überscheidungen nur auffallen. Sie sind natürlich nicht zufällig, und das traditionelle Hysteriekonzept vereinigte explizit die dissoziativen psychischen und die konversiven somatischen Symptome unter einem übergeordneten nosologischen Dach. Die ICD-10 folgt dieser Logik noch immanent, indem sie dissoziative und konversive Symptomatik unter dem neu definierten Oberbegriff »dissoziative Störung« zusammenfasst bzw. im Sinne der Tradition

zusammen belässt. Anders ist die Lösung des DSM-III bzw. DSM-IV, in dem den dissoziativen Bewusstseinsstörungen eine eigene und von den somatoformen Störungen abgegrenzte Gültigkeit zugewiesen wird. Gleiches gilt auch für das DSM-5 (2013), nur dass die somatoformen Störungen jetzt »Somatic Symptom Disorders« heißen (da die deutsche Übersetzung »Symptombelastungsstörungen« nicht unwidersprochen blieb, belassen wir den englischsprachigen Begriff). Im DSM-IV wird dazu als Begründung ausgeführt, dass man die pseudoneurologischen Konversionsstörungen von den dissoziativen Störungen abgrenzen müsse, um die Wichtigkeit der differenzial-diagnostischen Abgrenzung neurologischer Krankheitsbilder zu betonen. Dieses Argument erweist sich bei näherer Betrachtung als sehr schwach, da für die dissoziativen Bewusstseinsstörungen die neurologischen Krankheitsbilder ebenfalls das wichtigste Differenzialdiagnostikum darstellen. So stellte eigentlich nur für das DSM-IV die Überschneidung der Definitionen von dissoziativer und hysterischer Symptomatik ein Problem dar – wenn nicht gerade in diesem Manual das Hysteriekonzept noch konsequenter als in der ICD-10 unterdrückt worden wäre.

2.2 Die Dissoziation und der »hysterische Modus«

Der amerikanische Psychoanalytiker John Nemiah (1980) unterstellte in einer wenig beachteten exemplarischen Veröffentlichung bei allen hysterischen Abläufen und Konversionsabläufen eine basale Beteiligung von dissoziativen Vorgängen (wobei er noch gar nicht die Verwirrung ahnen konnte, die 17 Jahre später mit der ICD-10 durch die nomenklatorische Gleichsetzung konversiver und dissoziativer Phänomene ausgelöst wurde). Den Vorgang der Dissoziation verstand er als einen *integrierenden und basalen Mechanismus* bei allen hysterischen Erscheinungsbildern, einschließlich der Konversionsstörungen.

Van der Kolk et al. (1996) zitieren auch aus einer unveröffentlichten Arbeit von Nemiah, in der dieser die nachhaltige Sorge äußert, dass die oberflächliche und symptombezogene Klassifizierungsstruktur des DSM-III bzw. DSM-IV, die zudem noch vorgebe, atheoretisch zu sein, eine Unabhängigkeit klinischer Syndrome voneinander vortäusche, die tatsächlich dynamisch eng verbunden seien. Nemiah verdeutlicht dies an der Posttraumatischen Belastungsstörung, der dissoziativen Störung und der Konversionsstörung: Klinisch seien sie durch den zugrunde liegenden Prozess der Dissoziation eng verbunden, im DSM würden sie aus prinzipiellen Gründen als voneinander unabhängig klassifiziert, auch wenn aus psychodynamischer Sicht und aufgrund von Forschungsüberlegungen ausreichende Berechtigung bestünde, sie »unter einem gemeinsamen Schirm« zusammenzufassen. Mit dieser Auffassung liegt Nemiah auf einer ähnlichen Linie wie die referierte Arbeit von Van der Kolk et al. – allerdings mit dem Unterschied, dass diese Autoren die Dissoziation als ein Phänomen neben anderen in der Folge früher traumatischer Belastungen sehen, während Nemiah der Dissoziation eine integrierende und basale dynamische Rolle für die auch von Van der Kolk genannten Störungsbilder zuweist.

1980, zum Zeitpunkt von Nemiahs Veröffentlichung, war zwar schon erhebliche Kritik an einem einheitlichen Hysteriekonzept geäußert worden, das DSM-III, im gleichen Jahr erschienen, hatte aber noch nicht seine eigentliche Wirkung im Sinne der nosologischen Auflösung der Hysterie erreicht. In Deutschland hatte Mentzos (1980) nach früheren Vorarbeiten dafür plädiert, einen

dynamischen Modus der Lösung innerer Konflikte konkret zu beschreiben, der dann sekundär zu der als hysterisch charakterisierten Symptomatik führt. 1982 weitete Mentzos das Konzept der *neurotischen Modi* auch auf andere neurotische Störungen aus. Angesichts viel konzeptueller Verwirrung in der Psychoanalyse, in der seit Freud vergeblich versucht worden war, die hysterische Symptomatik direkt aus der Fehlverarbeitung des Ödipuskomplexes abzuleiten, stellte dieser Schritt eine erhebliche Verbesserung dar. Mentzos definiert den hysterischen Modus dahingehend, dass es über eine situative Inszenierung zu einer Veränderung des Selbstbildes kommt, die den Patienten nach außen anders erscheinen lässt, als er sich selbst wahrnimmt. Während er sich selbst als hilflos, schwach, unfähig zum Gehen, Stehen oder Arbeiten, als blind, taub, nichts fühlend, gelähmt usw. fühlt und darstellt, wird nicht diese körpersprachliche Botschaft von außen wahrgenommen, sondern eine Übertreibung, etwas »Aufgesetztes«, »Unechtes«, »Inszeniertes«, »Gespieltes« usw.

Der *Dissoziation* kommt in diesem Zusammenhang keine spezifische, sondern eine begünstigende Funktion zu (Mentzos 1982). Man kann die Auffassung vom dynamischen Modus bei Nemiah und Mentzos im Prinzip durchaus gleichsetzen, allerdings besteht über das eigentlich dynamische Agens eine unterschiedliche Auffassung; für Nemiah manifestiert es sich in der Dissoziation. Heute, zwei Jahrzehnte nach dieser Einführung und einer sehr viel besseren Kenntnis der dissoziativen Störungsbilder – ohne Frage eine Folge der Einführung des DSM-III – spricht zunehmend mehr dafür, dass Nemiah mit seiner Einschätzung richtig liegt. Der Zeitgeist ist für eine Rezeption dieses Verständnisses allerdings nicht besonders günstig.

2.3 Dissoziation und Konversion

Als *Konversion* wird nach Sigmund Freud die Umwandlung seelischer Energie (eines »Affektbetrages«) in eine somatische Innervation unter gleichzeitiger Verdrängung der zugehörigen konflikthaften unbewussten Vorstellungsinhalte bezeichnet. Freud führte den Begriff der Konversion in den »Studien über Hysterie« (1895) ein, in der Annahme, damit einen Modus der Symptombildung zu beschreiben, der spezifisch für die bei der Hysterie auftretenden psychogenen körperlichen Symptome sei. Zugleich war für Freud das Konzept der Konversion mit dem des dynamischen Unbewussten verbunden: Konversionssymptome sind ein Resultat der Verdrängung und der in der Körpersymptomatik zu bewältigen versuchten unbewussten Konflikte. Auf die Bearbeitung des Konversionskonzepts durch Kößler und Scheidt (1997) und einen Versuch der Operationalisierung von Hoffmann (1996a) wird hier nur verwiesen.

Mehrere Gründe sprechen dafür, Konversion und Dissoziation heute nicht mehr als alternative, sondern als *komplementäre Konzepte* anzusehen. (Wir kommen am Ende dieses Kapitels auf diesen für uns entscheidenden Punkt zurück.) Der wichtigste Grund ist ohne Zweifel der, dass Konversion und Dissoziation in der Entstehung einer Reihe von klinischen Phänomenen eng miteinander verwoben sind. Am deutlichsten erkennbar ist diese Verflechtung am Beispiel der psychogenen Anfälle: Die Verdrängung und körpersprachlich-szenische Erinnerung unbewusster Konflikte ist hier fast regelhaft auf das Engste mit dissoziativen Störungen des Bewusstseins und der Erinnerung verknüpft. Das wird am nachstehenden Fallbeispiel in charakteristischer Weise deutlich.

Fallbeispiel

Frau B. ist eine 23-jährige Studentin. Sie hat einen Freund, mit dem sie zusammenziehen möchte. Einige Tage vor dem geplanten Umzug wacht sie morgens aus Albträumen mit sich steigernder Angst auf. Sie wird immer unruhiger und fängt an, Arme und Beine wild zu bewegen, worauf sie von den Eltern sofort ins Krankenhaus gebracht wird. Bei der neurologischen Untersuchung ist sie psychomotorisch erregt und zeigt bizarr anmutende Bewegungen, vor allem der oberen Extremitäten, sowie heftige Bewegungen von Lippen und Zunge. Im EEG finden sich keine epilepsietypischen Potenziale. Nach einer Diazepam-Injektion klingt die gesamte Symptomatik rasch ab und sie kann am Folgetag in anscheinend gutem Allgemeinzustand wieder entlassen werden. Diagnostisch vermutet man einen psychomotorischen Erregungszustand im Rahmen einer akuten, bislang einmaligen Panikattacke. Therapeutische Empfehlungen werden nicht gegeben. Wiederum einen Tag später gerät Frau B. in einen Streit mit ihrem Vater, der wenig von ihren Zukunftsplänen gelten lässt. Sie will sich wehren, verspürt einen Kloß im Hals und kann nicht mehr sprechen. Sie wird immer unruhiger, beginnt rechtsbetont tonisch-klonisch zu zucken und macht Schmatzbewegungen. Der Anfall als solcher kann vom Vater beobachtet und beschrieben werden. Frau B. erinnert sich später, dass sie – kurz bevor sich ihr Bewusstsein einschränkte bzw. die Amnesie einsetzte – den Wunschgedanken hatte, der Vater möge sie doch wenigstens jetzt einmal in den Arm nehmen. Im weiteren Verlauf des Anfalls beschimpft sie den Vater, woran sie sich nicht mehr erinnern kann und was sie sich – ihren eigenen Worten nach – im Wachzustand nie erlauben würde. Die erneute Klinikaufnahme führt nach EEG-Ableitung im Anfall und vertiefter Anamnese zur Diagnose »psychogene Anfälle« und zur Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung.

Auch bei anderen schweren Konversionsstörungen sind dissoziative Phänomene nicht selten. Dies gilt dann umso mehr, wenn die Konversionsstörung in einem Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen steht (Scheidt u. Hoffmann 2000). Umgekehrt, wenn vielleicht bisher auch weniger beachtet, sind dissoziative Phänomene ein nicht seltenes Begleitsymptom der Histrionischen/Hysterischen Persönlichkeitsstörung. Versucht man diese Zusammenhänge auf die zugrunde liegenden psychischen Prozesse zurückzuführen, so kann man wohl beide Vorgänge, Konversion wie Dissoziation, als *Ausdruck einer Störung der integrierenden Funktion des Bewusstseins* verstehen. Jede Verdrängung enthält – so gesehen – ein Stück Dissoziation, so wie umgekehrt jede Dissoziation die Abfuhr und Umwandlung seelischer Prozesse in körperliche Innervationen bahnen kann. Zumindest in psychodynamischer Betrachtung, in der das Konzept der Konversion immer ein zentrales blieb, gibt es also einen eindeutigen *Überschneidungsbereich* zwischen den beiden Konstrukten. Es stellt sich die Frage, ob es auch Unterschiede gibt, die jenseits historischer Divergenzen heute noch eine Begründung haben.

In der Klassifikation des DSM-IV/DSM-5 ist vorgegeben, den Begriff der Dissoziation auf die psychogenen Störungen des Bewusstseins und des Gedächtnisses und – in Abgrenzung hierzu – das Konzept der Konversion (im Rahmen der »Somatic Symptom Disorders«) auf die psychogenen Störungen der Sensibilität und der Motorik anzuwenden. Diese Abgrenzung erscheint uns sinnvoll, und sie steht nicht im Widerspruch zu der Tatsache, dass die zugrunde liegenden Prozesse der Symptombildung einander überlappen können. Auch die Tatsache, dass dissoziative Störungen des Bewusstseins und konversive Störungen von Wahrnehmung und Motorik gehäuft zusammen vorkommen (worauf auch das DSM-5 hinweist), spricht aus unserer Sicht erst einmal nicht gegen die abgegrenzte Betrachtung beider Prozesse.

Darüber hinaus zeichnet sich die Tendenz ab, den Begriff der Dissoziation stärker mit Formen der Psychopathologie in Verbindung zu bringen, denen Ich-strukturelle Störungen und Störungen der Persönlichkeitsentwicklung zugrunde liegen, und den Begriff der Konversion eher für Symptombildungen zu reservieren, die im neurotischen Spektrum angesiedelt sind (z. B. Mentzos neigt zu dieser Ansicht). Dem liegt die Vorstellung der Konversion als eines hoch strukturierten Abwehrvorganges zugrunde, der entsprechend eher eine Symbolisierungsleistung als ein Defizit an Ich-Funktionen anzeigt. In der Geschichte des Konversionskonzeptes nach Freud ist zwar eine Tendenz erkennbar, die ursprüngliche Verbindung der Konversion mit der Abwehr ödipaler Konfliktinhalte zu erweitern. Abraham sprach bereits 1921 in seinem Beitrag über den Tic von einem »Konversionssymptom auf der analsadistischen Stufe« (Abraham 1921). Fenichel prägte wenig später – in dieselbe Richtung einer Ausweitung des Konversionskonzeptes argumentierend – den Begriff der »prägenitalen Konversion« (Fenichel 1945). Trotz dieser Ausweitungen des Konzeptes auf epigenetisch frühere Konfliktinhalte dürfte heute weitgehend Übereinstimmung darüber herrschen, dass es sich bei der *Konversion* um einen eher hoch strukturierten Abwehrprozess unbewusster Impulse handelt, an dem unterschiedliche, jedoch überwiegend »reife« Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung, Verschiebung und Identifizierung beteiligt sind. Wir verweisen hier auf die Abbildung 2-4 (▸ S. 40), bei der versucht wird, die hierarchische Beziehung der unterschiedlichen Konzepte anhand des Ausmaßes der Strukturiertheit darzustellen.

Bei der *Dissoziation* handelt es sich dagegen – unseren Erfahrungen nach – um einen Prozess, der oft mit schweren Ich-strukturellen Störungen verbunden ist. Diese Sichtweise der Dissoziation widerspricht zunächst scheinbar der *Kontinuum-Hypothese*, der zufolge sich dissoziative Phänomene interindividuell auf einem Kontinuum zwischen »Normalität« und »Störung« anordnen lassen (Fiedler 1999). Tatsächlich ist in Felduntersuchungen (Ross et al. 1990) eine hohe Häufigkeit dissoziativer Phänomene in der Bevölkerung ermittelt worden. Über 5 % der Bevölkerung erreichten in der Studie von Ross et al., in der über 1000 Probanden in Kanada befragt wurden, auf der Dissociative Experience Scale Werte, die eine klinisch relevante dissoziative Störung markieren. Dies belegt, dass es im Bereich des »normalen« Erlebens (d. h. bei nichtklinischen Stichproben) relativ häufig Wechsel der integrativen Funktionen des Bewusstseins gibt. Phänomene dieser Art können sich bei unterschiedlicher Wachheit, infolge eines Substanzgebrauches, durch gezielte Steuerung der Aufmerksamkeit etc. induzieren lassen oder aber unter bestimmten emotionalen Belastungen auftreten. Trotzdem scheint das Konzept der Dissoziation aufgrund der Häufigkeit dissoziativer Phänomene bei schweren Persönlichkeitsstörungen und wegen der Beziehungen der Dissoziation zu den Posttraumatischen Störungen heute (zumindest von psychodynamisch orientierten Autoren) eher als Ausdruck eines Ich-strukturellen Defizits bewertet zu werden. Inwieweit sich diese Zuordnung der Begriffe »Konversion« und »Dissoziation« zu unterschiedlichen Ebenen des psychischen Strukturniveaus durchsetzen wird, bleibt abzuwarten. Zum psychodynamischen Konzept des Strukturniveaus sei auf die exzellente Monografie von Rudolf et al. (2002) verwiesen.

Die Entstehungsbedingungen von Konversion und Dissoziation wurden angesichts der unterschiedlichen theoretischen Kontexte, aus denen die Konzepte stammen, ebenfalls unterschiedlich gesehen. In neue-

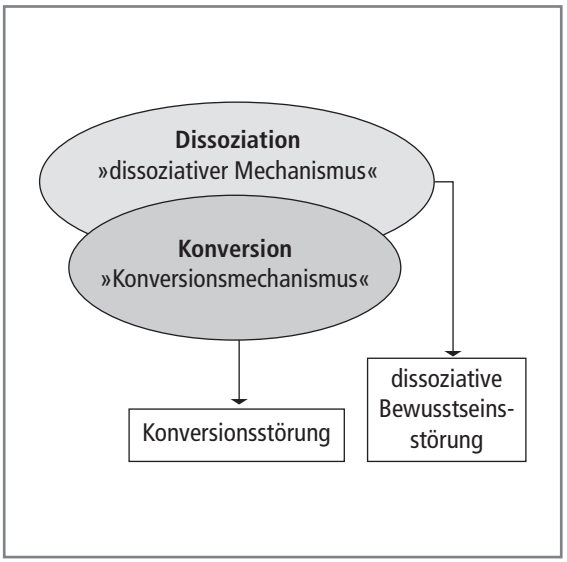

Abb. 2-1 Ein integratives Modell der Entstehung dissoziativer Bewusstseins- und Konversionsstörungen: Das Modell versucht den wahrscheinlichen Hintergrundmechanismus »Dissoziation« mit dem Vordergrundmechanismus »Konversion« zu verbinden. Das generellere Geschehen läge bei der Dissoziation, das speziellere bei der Konversion. So wäre eine pathogenetische Abgrenzung der »somatoformen dissoziativen Störung« (Nijenhuis) von der Konversionsstörung möglich, was uns erforderlich scheint, denn multiforme Somatisierungserscheinungen sind keine Konversionssymptome. Die Bewusstseinsstörungen hingegen, mit Konversionsphänomenen kombiniert oder allein auftretend, sind nach unserem Verständnis fast ausschließlich durch den »dissoziativen Mechanismus« bedingt.

rer Zeit wird die Dissoziation zunehmend in den Zusammenhang neurobiologischer Theorien (▸ Kap. 6-8 in diesem Band) und der Gedächtnistheorien eingeordnet: Unter extremen emotionalen Belastungen können implizite und explizite Gedächtnissysteme parallel, also unabhängig voneinander lernen. Die jeweils abgespeicherten Informationen bleiben in den beiden Gedächtnissystemen des impliziten und des expliziten Gedächtnisses unverbunden und können später auch getrennt voneinander reaktiviert werden (▸ Tab. 2-1). So kann beispielweise die Erinnerung an ein Trauma im episodischen Gedächtnis repräsentiert sein, ohne dass die zugehörigen Emotionen und physiologischen Reaktionen durch integrierte Bewusstseinsprozesse zugänglich (und steuerbar) sind. Umgekehrt können später einzelne Wahrnehmungsfragmente, die Ähnlichkeit mit der traumatischen Situation aufweisen, quasi automatisch (unbewusst) Prozesse des prozeduralen Gedächtnisses und der mit diesem verkoppelten physiologischen Reaktionen in Gang setzen. Diese Zusammenhänge wurden insbesondere am Beispiel der psychischen Reaktionen auf Traumatisierung untersucht. Sie weisen der Dissoziation eine spezifische Rolle bei der Speicherung von Gedächtnisinhalten traumatischer Erfahrungen zu (▸ Abb. 2-1).

2.4 Das Konzept der Somatisierung

Der Begriff der Somatisierung oder Somatisation entstammt ohne Frage dem psychodynamischen Umfeld. Erstmals und ohne weitergehenden Anspruch benutzt S. Kroll 1932 in der Zeitschrift »Psychoanalytische Praxis« den Begriff, wobei er einem körperlichen Symptom eine unbewusste Todesproblematik unterstellt. Diese Zeitschrift, das Organ der »aktiven Psychoanalyse«, erlebte nur zwei Jahrgänge, aber noch im gleichen Band veröffentlichte W. Stekel (1932) ebenfalls eine Kasuistik zur Somatisation, und fast erscheint dies wie eine Illustration der von Stekels Kollegen an ihm monierten Kritik-

Tab. 2-1 Determinanten der Konzepte von Konversion und Dissoziation abhängig vom gewählten Referenzsystem

Ebene der Betrachtung	Konversion	Dissoziation
Phänomenal (~ deskriptiv)	Körperlich nicht begründbare Dysfunktionen der Willkürmuskulatur und der Sinnesfunktionen (»pseudoneurologische Störungen«)	Körperlich nicht begründbare Dysfunktionen des Bewusstseins, der Mnestik und der Identität
kommunikativ	Körpersprachlicher Ausdrucksgehalt teilweise im Vordergrund (»Ausdruckserkrankungen«),	Averbaler Ausdrucksgehalt eher im Hintergrund
psychodynamisch	Funktionsstörungen als Versuche der Lösung eines unbewussten Konflikts (»Symbol- und Kompromissbildungen«)	Unbewusstes Fernhalten unerträglicher Spannungen (oft als Traumafolgen) aus dem Bewusstsein im Sinne einer archaischen Schutzfunktion

losigkeit und Neigung zur raschen »Nostrifizierung« der Entdeckungen anderer. Stekel (1908) hatte allerdings schon früher den Begriff der Organsprache eingeführt, womit er die Symbolik psychisch determinierter körperlicher Symptome meinte. Noch ein Jahr früher hatte A. Adler (1907) bereits von Organjargon geredet, und die beiden stritten sich fleißig um die Priorität. Auch die Verwendung des Begriffs durch W. C. Menninger (1947) in einer Arbeit über »somatization reactions« bleibt eindeutig dynamisch.

Von großem Einfluss für die weitere Verwendung des Somatisierungskonzepts war das Erscheinen des Lehrbuchs der Psychosomatischen Medizin von F. Alexander (1950). Auch wenn Alexander selbst auf die Verwendung dieses Begriffs verzichtete, bürgerte es sich in der Folge ein, die Fehlinnervation vegetativ versorgter Organe (bei Alexander werden die so entstehenden Krankheitsbilder »Vegetative Neurosen« genannt) als Somatisierung zu bezeichnen. Dies geschah sicher eher auf der Ebene des klinischen Jargons (»der Patient somatisiert«), als dass es sich um ein Ergebnis weitergehender Reflexion handelte. Die Grundidee Alexanders verstand die »Vegetativen Neurosen« als somatische Folgen einer chronischen sympathischen oder parasympathischen Fehlinnervation.

Die ausführlichste psychoanalytische Studie zur Somatisation stammt dann von M. Schur (1955) und versucht, die Somatisation metapsychologisch als einen komplexen Abwehrvorgang zu umreißen. (Die stringenten Konzepte der »Desomatisierung« und »Resomatisierung«, die viel zitiert wurden, haben wohl ihrerseits auch zur Popularisierung des Begriffs der Somatisierung selbst beigetragen.) Bewusste und unbewusste Affekte werden über den Weg der Resomatisierung zu vegetativen Spannungen und leiten in somatische Dysfunktionen über. Im gleichen Jahr verwendet der sonst nicht näher bekannte Bhaskaran (1955) den Begriff im Zusammenhang von »somatization patterns« reaktiver Depressionen. Unseres Wissens ist dies das erste Mal in der Literatur, dass der eigentlich dynamische Begriff auch und überwiegend deskriptiv verwandt wird, was der heute gängig gewordenen Praxis entspricht.

Diese Praxis ist so allgegenwärtig, dass man sie nicht weiter durch Beispiele aus der Literatur belegen muss. Stellvertretend genannt seien die bekannt gewordene Arbeit von Z. J. Lipowski (1988) über die Somatisierung, das entsprechende Konzept und seine klinische Anwendung. Gegenüber der Lipowski noch bekannten dynamischen Konzeption definiert er selbst die Somatisierung als »eine Tendenz, körperliche Beschwerden und Symptome, die nicht durch pathologische Befunde erklärt werden, zu erleben und auszudrücken, sie körperlichen Krankheiten zuzuschreiben und medizinische Hilfe für sie in Anspruch zu nehmen« (S. 1359, Übs.: S. O. Hoffmann). Reste eines dynamischen Verständnisses finden sich bei Lipowski und damit in der gegenwärtigen Verwendung des Somatisierungsbegriffs in der Betonung eines gesicherten Zusammenhangs zu den Affekten von Angst und Depression. Dabei entfällt natürlich die Vorstellung einer spezifischen Affektverdrängung. Die Variation der Somatisierungsphänomene beschreibt Lipowski in seiner weiterhin sehr lesenswerten Übersicht über vier Dimensionen:

- die Dauer
- das Ausmaß begleitender Hypochondrie
- das Ausmaß von Emotionalität in Bezug auf den körperlichen Befund
- das Ausmaß der Fähigkeit, Gefühle und Fantasien zu beschreiben

Sowohl der Ansatz von Alexander wie der von Schur, so sinnfällig sie auch prima vista erscheinen und für den Einzelfall Gültigkeit haben mögen, – als generelle Erklärung für Vorgänge der Somatisierung reichen sie nicht aus (Henningsen u. Martin 2016). Letztlich fehlt beiden Ansätzen wesentlich ein die Pathogenese erklärendes dynamisches Konzept. Es bleibt bei der – im Kern nicht eigentlich erklärenden – Aussage, dass psychische Konflikte als Abwehr zu körperlichen Symptomen führten. Gleiches gilt auch für das Konzept der Alexithymie. Dieses ursprünglich aus Frankreich stammende, dann aber vor allem durch Sifneos (1973; Übersicht: 1996) bekannt gemachte Modell unterstellt, dass es bei einer Untergruppe von Menschen eine primäre Persönlichkeitsstruktur gebe, die sich durch eine Unzugänglichkeit gegenüber den eigenen Emotionen und Empfindungen auszeichne. Diese Struktur repräsentiere die typischen somatisierenden Patienten. Kritisch hatte schon T. von Uexküll zu dieser Hypothese geäußert, dass sie aus psychosomatischen Patienten »Zombies« mache (mündl. Mitt., S. O. Hoffmann) und dadurch den therapeutischen Zugang zum Patienten erschwere.

Ein schlüssiges interpersonales Modell der Somatisierung, das neben kognitiven und behavioralen Elementen vor allem die dynamische Entwicklungsperspektive einbezieht, wird von Henningsen und Martin (2016) vorgestellt. Dieses Modell geht von biografisch frühen Störungen der Mutter-Kind-Beziehung aus, die sich als maladaptive Körperumgangserfahrungen niederschlagen. Aufgrund eines Nichtverstehens der basalen infantilen Bedürfnisse und körperlich-emotionalen Erfahrungen (Hunger, Müdigkeit, Schmerzen, Fieber etc.) kommt es zu einem Versagen der frühen Beelterung. Das Kind lernt vor allem nicht, eine Fähigkeit zur Selbstberuhigung zu verinnerlichen, da die Bezugspersonen selbst es nicht beruhigen können. Die sich entwickelnde Körperbeziehungsstörung, die aus der Beeinträchtigung der frühen Versorgungsstruktur resultiert, kann tiefe Spuren in der sich entwickelnden Persönlichkeit hinterlassen. Ähnliche Störungen können auch in der Folge schwerer oder lang dauernder Erkrankungen zu einer Störung der Entwicklung des emotionalen und körperlichen Selbstverständnisses führen. Es wird deutlich, dass die frühe emotio-

nale Reifung des Kindes mit der kognitiven Reifung seines Bildes vom eigenen Körper eng verbunden und somit für Störungen anfällig ist. Dieses Entwicklungsmodell wurde wesentlich von G. Rudolf im Zusammenhang der Entstehung psychischer Strukturen in der frühen Biografie erarbeitet (z. B. 2010, S. 168 ff.).

In der Darstellung von Henningsen und Martin werden folgende Beobachtungen als Folgen der genannten frühen Entwicklungsstörungen aufgeführt:

- Körperlich-emotionale Abläufe können in der Wahrnehmung nicht daraufhin differenziert werden, was primär körperliche Missempfindung und was primär affektiver Spannungszustand ist.
- Sie können nicht durch eigenes adäquates Handeln beruhigt werden (Hilflosigkeit), sie können nicht durch Unterstützung anderer gebessert werden (fehlendes/inadäquates Hilfesuchverhalten).
- Sie veranlassen zu inadäquaten Denkanstrengungen (somatische Krankheitsüberzeugung), die ihrerseits Angst auslösen (katastrophisierende Bewertungen) und eine verstärkte Selbstaufmerksamkeit und Rückzug aus der Objektwelt beinhalten.
- Diese dysfunktionalen Entwicklungsfolgen werden durch eine Reihe von Verhaltensweisen im weiteren Ablauf verstärkt und führen zunehmend zu Störungsbildern in der Folge von Somatisierungsvorgängen. Es sind dies vor allem:
  - Der **Abzug des Interesses** von der Außenwelt und die Hinwendung zum eigenen Körper. Teilaspekte dieses Vorgangs hatte Freud (1919) schon als Narzissmus beschrieben, wobei damals der Begriff der Somatisierung noch nicht zur Verfügung und der Körper auch nicht im Vordergrund von Freuds Arbeit stand.
  - Verstärkung der **enterozeptiven Wahrnehmung** – der Patient wird »körperfühlig«. Der alte Begriff der Enterozeption (Sherrington 1906) beschreibt diesen sich selbst verstärkenden Vorgang präzise. Missempfindungen, die mehrheitlich normale Ereignisse sind, bleiben nicht mehr neutrale Signale aus dem Körper, sondern sie erfahren eine Bedeutung, die beunruhigend wirkt. Schilder formuliert dies so: »Missempfindungen sind für den Patienten ein Zeichen, dass er krank ist und eine Krankheit hat« (1950, S. 144).
  - Bei der **Hypochondrischen Störung** (DSM-5: Krankheitsangststörung) verbindet sich die Missempfindung mit dem Erleben von Angst und generiert mit zunehmendem Störungsverlauf die Gewissheit einer bedrohlichen Erkrankung. Das Wesen dieser Dynamik hatte Schilder schon Jahrzehnte früher stringent beschrieben: In der Hypochondrie werde »Empfindung zur Wahrnehmung gemacht« (1925, S. 34), aus dem Subjektiven wird etwas scheinbar Objektives. Es kommt zu einer kognitiv-emotionalen Fehlinterpretation des Körpers und seiner Äußerungen.
  - Ebenfalls auf Schilder geht die Annahme zurück, dass Störungen des Körperbildes für die **Somatisierung** eine entscheidende Rolle spielen. In seiner Monografie »The Image and Appearance oft the Human Body« (1950) finden sich zahlreiche Beispiele für die Bedeutung eines gestörten Körperbildes zur Entstehung von (ante terminum) Somatoformen Störungen.
  - Das neuere Konzept der **somatosensorischen Amplifikation** (Barsky u. Wyshak 1990; Barsky 1992) meint die Ausweitung der Bedeutungshaltigkeit

enterozeptiver Sensationen im Sinne des bisher Ausgeführten. Sie ist nicht nur bei der Hypochondrie, sondern auch bei der Somatisierungsstörung signifikant erhöht. Möglicherweise ist mit somatosensorischer Amplifikation die generellste Formel für die Folgen einer Entwicklungsstörung, wie sie Henningsen und Martin oben beschreiben, vorgegeben.
- **Identifizierung/Modell-Lernen** (vor allem Eltern und Familie), **Soziale Verstärkung** (z. B. symptomorientierte Schonung durch Partner, Ärzte oder Institutionen) spielen über die genannten Faktoren hinaus bei der Ausbildung der Somatisierungsstörung eine teilweise richtungsweisende Rolle.

Das Konzept der Somatisierung findet erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts im psychoanalytischen Umfeld eine weitergehende Beachtung. Es ist somit deutlich jünger, weniger ausgearbeitet und uneinheitlicher als die älteren Konstrukte von Konversion und Dissoziation. Dies ist bis heute sichtbar.

2.5 Dissoziative Störung, Dissoziative Identitätsstörung, Histrionische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung und chronische Posttraumatische Belastungsstörung – ein Topf oder viele Störungen?

Wenn biografische Traumatisierungen so etwas wie eine *intervenierende Variable* für verschiedene mit der Dissoziation mehr oder minder eng verbundene Störungsbilder darstellen, dann stellt sich die Frage, wo aus klinischer Sicht die zu unterstellenden Überschneidungen am ehesten zu erwarten sind. Dies scheint vor allem im Bereich der Persönlichkeitsstörungen der Fall zu sein.

Wahrscheinlich, um Überschneidungen gerade zu vermeiden, hat das DSM-IV die *Histrionische Persönlichkeitsstörung* (im DSM-5 ist diese Störung nicht mehr aufgenommen, was nach unserer Vermutung mehr mit gesellschaftspolitischer Rücksichtnahme als mit unzureichender Validität zu tun hat) auf einen einfachen Persönlichkeitstyp mit extravertiertem, egozentrischem und aufmerksamkeitsheischendem Verhalten reduziert. Das ist alles. Um die Abbildungsschärfe zu erhöhen, macht diese Strategie natürlich Sinn. Für eine bessere Konstruktvalidität hingegen spräche nachhaltig die Einbeziehung der »vergessenen Alternativen: kognitiver Stil, Emotionalität als Abwehr, Identitätsstörung, Dissoziation und das negative Selbst« (Hoffmann u. Eckhardt-Henn 2000). Insbesondere das Konzept der neurotischen Stile (Shapiro 1991) und die weiteren von Hoffmann und Eckhardt-Henn ausgeführten Punkte führten auch zu sozial weniger abwertenden Bestimmungskriterien, als dies im DSM-IV der Fall ist. Der Preis wäre die schlechtere Trennschärfe gegenüber den dissoziativen Störungen gewesen. Indem z. B. amnestische Störungen nurmehr ausschließlich als Symptom dissoziativer Störungen klassifiziert werden können – und nicht als Teilelement eines spezifischen Verarbeitungsstils im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung –, entfallen alle noch so sinnvollen Alternativen zur Erklärung eines motivierten Vergessens: ein später Sieg von Janet über Freud bzw. der klassifikatorischen Reliabilität über die konstruktgerechte Validität (s. dazu auch Nemiah 1989).

Die ICD-10, die hier dem DSM-IV folgt, hat immerhin zusätzlich die dysfunktionale Affektivität und die Suggestibilität aufgenommen. Des Weiteren drängt sich der Eindruck auf, dass die überzeugtesten Verfechter

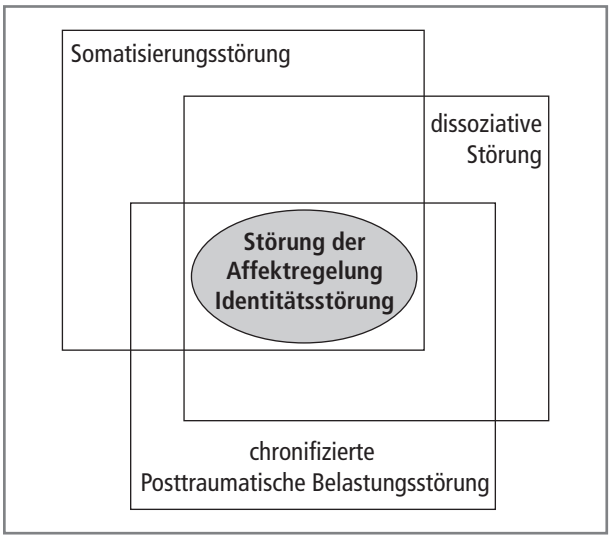

Abb. 2-2 Differente Endzustände übereinstimmender Trauma-Ätiologie: Affektstörungen und Identitätsprobleme werden in diesem Modell als »Generalnenner« verschiedener Störungsbilder angesehen, an deren Entstehung traumatische Erlebnisse in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt sind. Das Modell folgt einem Entwurf von Van der Kolk et al. (1996), auf den im Text näher eingegangen wird. Die nähere Bestimmung der Störungen über die Phänomene »Identitätsstörung« und »affektive Dysregulation« entstammt einem Diskussionsvorschlag von Paul Mullen (2001), der auch noch die Borderline-Persönlichkeitsstörung einbezog.

des Konzepts der Dissoziativen Identitätsstörung die möglicherweise sehr viel häufiger gleichzeitig erforderliche Diagnose einer Histrionischen Persönlichkeitsstörung als Komorbidität oder Achse-II-Störung nachhaltig vermeiden. Zu erinnern ist daran, dass ohnehin gute Argumente dafür sprechen, die Dissoziative Identitätsstörung als Persönlichkeitsstörung (früher »Multiple Persönlichkeit«) und nicht als Symptomstörung einzustufen.

Man kann das Problem auch von der Pathogenese her angehen. In einer wegweisenden Arbeit haben Van der Kolk et al. (1996) durch einen sorgfältigen Vergleich der die Diagnosen begründenden Symptom-Cluster versucht, Somatisierungsstörungen, chronische Belastungsstörungen und dissoziative Störungen über den Gesichtspunkt der Pathogenese neu zu ordnen. Aus ihrer Sicht stellen die genannten Störungen »ein Spektrum von Anpassungen an Traumen« dar, wobei die Dysregulation der Affekte (definiert als Probleme der Modulation, Ärger, Autodestruktivität, Suizidverhalten und unkontrolliertes Sexualverhalten) so etwas wie ein »genus proximum« darzustellen scheint. Das Konzept der Komorbidität könne der Komplexität der adaptiven Prozesse an traumatische Ereignisse in keiner Weise gerecht werden. Erst über die Einführung eines pathogenetischen Konzepts ergebe sich eine klinisch und wissenschaftlich befriedigende Alternativklassifikation. Bezieht man sich auf Begriffe, die in anderem Zusammenhang eingeführt wurden, dann schlagen die Autoren vor, die unterscheidbaren Störungsbilder (zumindest wird in den Glossaren behauptet, sie seien unterscheidbar) als *differente Endstrecken einer für alle geltenden biografischen Traumatisierung* anzusehen. Das neue Konzept der DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified), das bereits sehr weit ausgearbeitet ist (aber dennoch nicht in das DSM-5 aufgenommen wurde), würde diese sehr unterschiedlichen »Ausgänge« von komplexen Traumatisierungen endlich über die einheitliche Genese zusammenfassen (▸ Abb. 2-2).

Die *Somatisierungsstörung* hat ihrerseits eine enge Beziehung zur alten Hysterie. Die Vorgeschichte des Konzepts lässt sich ver-

gleichsweise gut aufzeigen, auch wenn die Begriffe wechselten. 1962 erschien im »New England Journal of Medicine« eine Arbeit von Perley und Guze, die einen Symptomkatalog für die polysymptomatische Hysterie vorlegte, der seinerseits wiederum auf den Arbeiten des Pariser Klinikers Briquet aus dem Jahre 1859, also 30 bis 40 Jahre vor Charcot, fußte. Der Symptomkatalog von Perley und Guze war in zehn Gruppen gegliedert und beschrieb ein weites Feld von Konversionssymptomen an zentralnervös und vegetativ versorgten Organen sowie Störungen des Allgemeinbefindens.

Auf der Linie dieser Definitionen folgten weitere Studien von Woodruff (1968) und Woodruff et al. (1971), in denen das Bild einer polysymptomatischen Störung, die »Hysteria« genannt wurde, Kontur annahm. Es handelte sich um ein Krankheitsbild, das ganz überwiegend junge Frauen vor dem 35. Lebensjahr und nur selten Männer betraf. In weiteren Beiträgen setzten sich dann Guze et al. (1972) und Guze (1975) energisch für das empirisch gut belegbare polysymptomatische Syndrom ein, welches weiter als »Hysterie« oder jetzt auch »Briquet-Syndrom« bezeichnet wurde. Die Autoren plädierten sogar für die Bezeichnung »Briquet-Syndrom«, um den Namen aus dem historischen Kontext der Hysterie und damit aus seinem Kontext von Abwertung und Nosologie herauszulösen. Es ist diese Beschreibungskategorie des Briquet-Syndroms bzw. der »Hysteria«, die ab 1980 im DSM-III mit der dann neuen Bezeichnung *Somatisierungsstörung* (somatization disorder) auftaucht. Die Somatisierungsstörung im Sinne Lipowskis entspricht der Definition des Krankheitsbildes im DSM-III, also des polysymptomatischen funktionellen Beschwerdebildes junger Frauen mit eher ungünstiger Prognose.

Die Somatisierungsstörung und auch die Definition von Hysterie, wie sie Guze fast 15 Jahre propagiert hatte, sind tatsächlich nur Teile des hysterischen Syndroms, nämlich der polysymptomatische Untertyp. Die ganze Masse hysterischer Phänomene, die den »Schiffbruch des Hysteriekonzepts« (Lipowski) überlebte, findet sich unter dem 1980 urplötzlich und ohne Vorläufer auftretenden neuen Begriff der *somatoformen Störungen* (s. auch Hyler u. Spitzer 1978). Gleichzeitig muss diese Aussage von der Restmasse der Hysterie aber auch eingeschränkt werden, weil im DSM-IV die dissoziativen Störungen, wie wiederholt ausgeführt, eine den somatoformen Störungen gleich gestellte Kategorie bilden – und diese gehörten ja nun ganz fraglos in den Bereich klassischer hysterischer Symptome.

Es gibt eine scharfsinnige Argumentation von Bass und Murphy (1995), die dafür plädieren, Somatisierungsstörungen, da sie dem in der ICD-10 für die Persönlichkeitsstörungen geforderten Kriterium »Entwicklungsbedingungen« entsprächen, konsequent auch als solche zu klassifizieren. Dieser Ansatz zur Äthiopathogenese wird u. a. von Henningsen und Martin (2016) aufgegriffen. Die Pathogenese der Somatoformen Störungen wird aktuell als eine multifaktorielle verstanden. Neben ursächlichen individuellen, genetischen, biografischen und psychobiologischen Faktoren wird die Ätiologie der somatoformen Störung als ein interpersonell angelegtes Modell verstanden (vgl. Henningsen u. Martin 2016).

Eine in der frühen Mutter-Kind-Beziehung entstandene Beziehungsstörung, die durch maladaptive Körperumgangserfahrungen entstanden ist, führt zu weiteren Störungen. Die Wahrnehmung körperlicher Abläufe ist gestört. Die Betroffenen können nicht differenzieren, was primäre körperliche Missempfindungen und was affektive Spannungen sind. Sie können sich in solchen Zuständen nicht durch ihr eigenes Handeln

oder durch die Suche nach der Unterstützung anderer Menschen selbst beruhigen. Sie gelangen immer mehr zu der Überzeugung, an einer schweren körperlichen Krankheit zu leiden, entwickeln eine ständig erhöhte Selbstaufmerksamkeit und geraten schließlich immer mehr in einen sozialen Rückzug. Henningsen und Martin (2016) sprechen von »Störungen des Körpers im Kopf«. Dabei handelt es sich um eine Störung der sensorischen Verbindung mit der affektiven und kognitiven Körperrepräsentanz. Solche Störungen können auch durch schwere körperliche Erkrankungen und invasive medizinische Eingriffe ausgelöst werden.

Für Van der Kolk et al. (1996) ist klar, dass die besondere und gesicherte Neigung des Körpers, traumatisierende Stresserlebnisse zu »speichern« (»The body keeps the score«), den Zusammenhang zwischen aversiven infantilen Erfahrungen und Somatisierung ausreichend belegt.

Die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* ist manchmal schwer von der Dissoziativen Identitätsstörung und der komplexen Dissoziativen Störung abzugrenzen. Zahlreiche dissoziative Phänomene, vor allem Depersonalisationsstörungen, Identitätsstörungen, Realitätsverlust u. a., treten auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Bei einem Drittel der Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung kann auch die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Sinne der Komorbidität gestellt werden. Eine neuere Studie von Ross et al. (2014) betont die häufige Komorbidität dieser Störungen. Borderline-Patienten nehmen in der Regel einzelne Persönlichkeitsanteile nicht so differenziert war wie Patienten mit einer DIS.

Howell und Blizard (2009) schlugen vor, die Borderline-Störung als eine Dissoziative Spektrumsstörung anzusehen. Es gibt viele Überschneidungen zwischen der Symptomatik der Borderline-Störung, der Posttraumatischen Belastungsstörung und der komplexen Dissoziativen Bewusstseinsstörung. Andere Autoren schlagen vor bei der Borderline-Störung und auch bei der Dissoziativen Identitätsstörung einen histrionischen Subtyp abzugrenzen (vgl. Eckhardt-Henn 2016). Zur genaueren Differenzialdiagnostik dieser Störungen sei auf ▸ Kap. 27 in diesem Band verwiesen.

Der Zusammenhang zwischen der Dissoziation als Prozess und der Dissoziation als Symptom, d. h. den dissoziativen Bewusstseinsstörungen und den *Posttraumatischen Belastungsstörungen* (nach ICD-10- und DSM-Nomenklatur), ist offensichtlich. Die Dissoziation als Prozess bzw. auch als Ausdruck spezifischer, durch schwere Traumatisierung bedingter Erinnerungsstörungen, welche ein neurobiologisches Korrelat haben, aber auch psychodynamisch verstanden werden können (▸ Kap. 4, 5, 9, 10, 11 in diesem Band), ist ein wesentlicher Mechanismus der spezifischen klinischen Symptomatik posttraumatischer Störungen.

Dissoziative Störungen, insbesondere dissoziative Amnesien, aber auch der dissoziative Stupor, sind zentrale Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Auch Flashbacks, intrusive Bilder und Albträume, wie sie für diese Störungsbilder pathognomonisch sind, haben dissoziativen Charakter. Bei leichteren posttraumatischen Störungen wie der *akuten Belastungsreaktion* (ICD-10: F43.0) treten häufig Depersonalisationszustände, Zustände von Detachment (▸ Kap. 26 in diesem Band) oder auch dissoziative stuporöse Zustände auf.

Für die dissoziativen Bewusstseinsstörungen ist mittlerweile empirisch vielfach belegt worden, dass wiederholte schwere traumatische Erlebnisse für die Pathogenese eine zentrale Bedeutung haben. Umgekehrt gibt es Hinweise dafür, dass das Ausmaß des

Auftretens dissoziativer Symptome während eines traumatischen Erlebnisses (peritraumatische Dissoziation) ein Prädiktor für das spätere Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung darstellt. Allerdings gibt es hier auch widersprüchliche Befunde (vgl. Eckhardt-Henn 2016; ▸Kap. 26 in diesem Band).

2.6 Konvergierende Modellvorstellungen zu den Konzepten von Dissoziation, Konversion und Somatisierung

In der vorangehenden Übersicht war vielfach von Überschneidungen sowohl hinsichtlich der *Modellvorstellungen* als auch hinsichtlich der *klinischen Phänomene* die Rede.

Beides macht wahrscheinlich, dass es sich bei den Konzepten von Dissoziation, Konversion und Somatisierung um mehr oder weniger dicht beieinanderliegende handelt. Auf der Basis des aktuell gesicherten Wissens und der gesicherten »Schnittmengen« zwischen den drei Konzepten soll der Versuch unternommen werden, ein übergeordnetes Modell zu entwickeln.

- Vergleicht man die drei Konzepte Dissoziation, Konversion und Somatisierung auf der Dimension psychischer (kognitiver) versus somatischer Prozesse, so ergibt sich eine Hierarchie, die von der Dissoziation als einer Störung der Bewusstseinsfunktionen über die Konversion (Störung von Bewusstseinsfunktionen und körperlichen Funktionen) bis zur Somatisierung als einer Störung ausschließlich körperlicher Funktionen reicht (▸Abb. 2-3). Nähe zum Bewusstsein und Nähe zum Körper sind hier als Endpunkte einer dimensional verstandenen Beziehung von Geist und Körper, Psyche und Soma gemeint.
- Legt man an die gleichen Vorgänge die Skala »Grad der psychischen Strukturiertheit« an, dann steht die Konversion als hoch strukturierter Abwehrprozess über der Dissoziation. Das Ende dieser Hierarchie bildete die Somatisierung (▸Abb. 2-4). Psychische Strukturiertheit wird dabei als Dimension verstanden, welche die Differenziertheit des psychischen Funktionsniveaus (einschließlich der Fähigkeit zur Symbolisierung) beschreibt.
- Der bisher bestbegründete Vorschlag geht vom Vorliegen eines dissoziativen Vorgangs sui generis aus. Diese Annahme wird z. T. durch neuroanatomische, neurophysiologische und (im weiteren Sinne) psychobiologische Befunde gedeckt (▸Kap. 6, 7, 8 in diesem Band), auch wenn die biologische Validierung des Konzepts noch erheblich weniger weit gediehen ist, als manche optimistischen Äußerungen nahezulegen scheinen.
- Von diesem dissoziativen Mechanismus abzugrenzen sind **dissoziative Zustände** – eben die dissoziativen Phänomene und Störungsbilder –, die als Folge des Wirksamwerdens eines dissoziativen Prozesses entstehen. Es ist also grundsätzlich zu unterscheiden zwischen Dissoziation als Zustand und Dissoziation als Prozess. Beides wird regelhaft vermengt.
- **Dissoziative Störungen des Bewusstseins** haben eine hohe Komorbidität mit den Konversionssymptomen (und den Symptomen der alten Hysterie). Störungen des Bewusstseins stellen somit einen integrierenden Faktor von in ihrer jeweiligen Symptomatik unterschiedlichen Störungsbildern dar.
- Die Pathodynamik dissoziativer Bewusstseinsstörungen ist am sparsamsten mit der Annahme des gleichen zugrunde liegenden Mechanismus zu erklären. Dieser stellt einen Hintergrundprozess für eine Reihe