



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Handbuch der

Psychotraumatologie

Herausgegeben
von Günter H. Seidler,
Harald J. Freyberger und
Andreas Maercker

2., überarbeitete und
erweiterte Auflage

Klett-Cotta

Weiterführende Informationen zum Buch finden Sie unter
www.handbuch-psychotraumatologie.de



Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2011/2015 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Fotomechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlags

Printed in Germany

Umschlaggestaltung: Roland Sazinger, Stuttgart

Fotos: »© marcopalladino, © Gina Sanders, © Rajko Trostorf, © Nastya Tepikina«

Gesetzt aus der Candida von Kösel Media, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-94825-7

2., überarbeitete und erweiterte Auflage, 2015

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet
über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Ulrich Venzlaff – Nestor und Wegbereiter
der Psychotraumatologie 11
Hellmuth Freyberger (†) und
Harald J. Freyberger

A Psychologische und biologische Grundlagen der Psychotraumatologie

1. Trauma und Gedächtnis 15
Anke Kirsch, Tanja Michael und
Johanna Lass-Hennemann
2. Theorien zum Verständnis von
Dissoziation 22
Carsten Spitzer, Dennis Wibisono und
Harald J. Freyberger
3. Psychologische Theorien zum
Verständnis der Posttraumatischen
Belastungsstörung 38
Andrea B. Horn und Andreas Maercker
4. Psychoneuroendokrinologische
Befunde zum Verständnis der Post-
traumatischen Belastungsstörung 50
Nicole Schlosser, Katja Wingenfeld,
Carsten Spitzer und Martin Driessen
5. Bildgebende Verfahren und funktionelle
Neuroanatomie der Posttrauma-
tischen Belastungsstörung 61
Peter Klaver

6. Risikofaktoren, Resilienz und
posttraumatische Reifung 74
Laura Pielmaier und Andreas Maercker

7. Genetik der Posttraumatischen
Belastungsstörung 84
Hans J. Grabe

8. Transgenerationale Traumatisierung
(am Beispiel der Überlebenden
des Holocaust) 93
Hellmuth Freyberger (†), Heide Glaesmer,
Philipp Kuwert und Harald J. Freyberger

9. Geschlechtsspezifische Aspekte der
Posttraumatischen Belastungsstörung 108
Carsten Spitzer, Katja Wingenfeld und
Harald J. Freyberger

B Die Traumatheorie in den Hauptschulen der Psychotherapie – historische Entwicklung

1. Die Traumatheorie in der
Psychoanalyse 123
Werner Bohleber
2. Posttraumatische Belastungsstörung
und Verhaltenstherapie 134
Anke Weidmann

3. Die Traumatheorie in der Gesprächs- psychotherapie nach Carl R. Rogers ...	143
Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann- Ratjen	
4. Trauma und Systemische Therapie ...	150
Reinert Hanswille	
5. Die Posttraumatische Belastungs- störung und die Anpassungsstörungen in der ICD-10 und im DSM-IV bzw. DSM-5	160
Harald J. Freyberger und Rolf-Dieter Stieglitz	

C Krankheitsbilder und Komorbiditäten

1. Diagnostik von Traumafolgestörungen und komorbiden Erkrankungen	171
Naser Morina und Julia Müller	
2. Die Posttraumatische Belastungs- störung	182
Frank Wagner	
3. Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	196
Ulrich Sachsse und Martin Sack	
4. Verbitterungsemotionen und Post- traumatische Verbitterungsstörung ...	207
Kai Baumann und Michael Linden	
5. Der erlebnisbedingte Persönlichkeits- wandel	220
Ulrich Venzlaff (†)	
6. Komplizierte Trauer	238
Rita Rosner und Birgit Wagner	
7. Dissoziative Störungen	249
Carsten Spitzer und Harald J. Freyberger	
8. Traumatisierung und Sucht	263
Ingo Schäfer	
9. Traumatisierung und Psychose	273
Ingo Schäfer	

10. Trauma und Depression	282
Jessie Mahler und Hans J. Grabe	
11. Die traumatisierte Patientin in der Gynäkologie	293
Silke Schermann und Anette Kersting	
12. Trauma und Demenz	305
Andreas Maercker und Matthias Vonmoos	
13. Persönlichkeitsstörungen und Trauma	310
Birger Dulz und Johanna Rönfeldt	

D Spezifische Ereignisfolgen

1. Traumafolgen nach anhaltender sexueller und anderer krimineller Gewalt	335
Manuela Dudeck und Dorothee Bernheim	
2. Traumafolgen nach Arbeitsunfällen und Gewalt am Arbeitsplatz	347
Rolf Manz	
3. Erwerbslosigkeit als psychisches Trauma	366
Rosmarie Barwinski	
4. Traumatisierungen nach militärischen Einsätzen	378
Peter L. Zimmermann	
5. Traumafolgestörungen nach Verkehrs- unfällen	388
Laura Pielmaier und Ulrich Frommberger	
6. Traumafolgestörungen bei gefährdeten Berufsgruppen	398
Rebecca Brönnimann und Ulrike Ehlert	
7. Traumatische Nebenwirkungen der Psychotherapie	411
7.a Folgen von narzisstischem und sexuellem Missbrauch in der Psycho- therapie	411
Bernhard Strauß, Sophie Kaczmarek und Harald J. Freyberger	

- 7.b Risiken und Nebenwirkungen der Traumatherapie 424
Frank Neuner
8. Sexualdelikte – eine kriminologische, juristische und psychotraumatologische Sicht 433
Ursula C. Gasch und
Christopher P. Kress

E Traumata in der Lebensspanne

1. Belastende Kindheitserfahrungen und körperliche Erkrankungen 455
Harald Schickedanz und
Reinhard Plassmann
2. Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen 470
Annette Streeck-Fischer
3. Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe ... 489
Marc Schmid und Jörg M. Fegert
4. Trauma und Alter 516
Philipp Kuwert, Heide Glaesmer und
Christine Knaevelsrud

F Traumatisierungen in gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten

1. Wer ist ein Opfer? Über Täter- und Opferstereotypen am Beispiel des Geschlechterstereotyps 529
Angelika Treibel und Günter H. Seidler
2. Gehör für Betroffene: Die gesellschaftliche Aufarbeitung traumatischer Kindheitserfahrungen am Beispiel der Begleitforschung für die Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs 539
Jörg M. Fegert, Nina Spröber, Thekla Schneider und Miriam Rassenhofer

3. Großschadenslagen als potentiell traumatisierende Ereignisse 555
Robert Bering, Claudia Schedlich und
Gisela Zurek
4. Sexualisierte Gewalt gegen Frauen im Krieg: Hintergründe, Folgen und Unterstützungsansätze 570
Monika Hauser und Karin Griese
5. Psychotraumatologische Folgen von Folter 581
Alexandra Liedl und
Christine Knaevelsrud
6. Migration und Posttraumatische Belastungsstörung 590
Hans-Jörg Assion, Ahmad Bransi und
José-Marie Kousssemou
7. Holocaust 598
Hellmuth Freyberger (†) und
Harald J. Freyberger
8. Traumatische Folgen der DDR-Zeit 613
Harald J. Freyberger, Andreas Maercker
und Carsten Spitzer
9. Traumatische Ereignisse und Erfahrungen im Kriegsroman, 1914–1938 627
Wolfgang U. Eckart

G Therapeutische Möglichkeiten

1. Stabilisierung 639
Luise Reddemann, Peter Liebermann,
Wolfgang Söllner und Astrid Lampe
2. Die kognitive Verhaltenstherapie 656
Frank Wagner
3. EMDR 662
Oliver Schubbe und
Thomas Gruyters
4. Psychodynamische Verfahren 673
Luise Reddemann und
Wolfgang Wöller

5. Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung	684	13. Internet-Therapie	781
Eva-Maria Biermann-Ratjen und Jochen Eckert		Christine Knaevelsrud und Philipp Kuwert	
6. Der systemische Ansatz	697	14. Pharmakotherapie der frühen post- traumatischen Krise, der Akuten und der Posttraumatischen Belastungs- störung	790
Reinert Hanswille		Hans-Peter Kapfhammer	
7. Ego-State-Therapie	707		
Jochen Peichl			
8. Gruppentherapie	718		
Alexandra Liedl und Christine Knaevelsrud			
9. Körpertherapie	728		
Felicitas Michels-Lucht und Harald J. Freyberger			
10. Spiritualität und traumatherapeutische Ansätze	739		
Julia C. Seidler			
11. Situationstypologien der Psycho- sozialen Notfallversorgung	749		
Robert Bering, Claudia Schedlich und Gisela Zurek			
12. Akute Krisenintervention in der Psychoonkologie, Paraplegiologie und Verbrennungsmedizin	764		
Robert E. Feldmann, Jr.			
		H Schnittstellen von Psychotraumatologie und Justiz	
		1. Trauma und Justiz	815
		Manuela Dudeck und Kirstin Drenkhahn	
		2. Die Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes	827
		Ferdinand Haenel, Doris Denis und Harald J. Freyberger	
		3. Traumafolgestörungen bei Patienten und Patientinnen in Forensischen Kliniken	838
		Manuela Dudeck	
		Register	845
		Herausgeber, Autorinnen und Autoren	861



Ulrich Venzlaff – Nestor und Wegbereiter der Psychotraumatologie

Ulrich Venzlaff, geb. 1921 in Luckenwalde (Brandenburg), gestorben am 6. September 2013, begann 1948 seine wissenschaftliche Laufbahn an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen, die damals unter dem Direktorat des Professors Gottfried Ewald stand. Ewald zeichnete sich dadurch aus, dass er im Dritten Reich als praktisch einziger deutscher Universitätspsychiater in dieser Position gegen die Euthanasie Stellung bezogen hatte. Infolgedessen unterstützte Ewald später auch weitestgehend Venzlaffs unorthodoxe Gutachteraktivitäten angesichts von ehemaligen Nazi-Verfolgten. In diesem Kontext »ereignete sich 1952 ein Fall, der Geschichte machte« (Pross, 1988): Nachdem Venzlaff bei einem ehemaligen Nazi-Verfolgten eine »verfolgungsbedingte Neurose« erkannt hatte, geriet das zuständige Entschädigungsamt in Aufruhr wegen der »Gefahr einer nachfolgenden Lawine von Rentenansprüchen«. Der daraufhin vom Entschädigungsamt für ein Gegengutachten bemühte Tübinger Psychiater Professor Ernst Kretschmer begründete in seitenlangen, rein theoretischen Ausführungen – ohne den betroffenen ehemaligen Verfolgten persönlich gesehen zu haben –, dass es eine »verfolgungsbedingte Neurose« nicht

geben könne, da die Ausgleichsfähigkeit des Organismus bei schweren psychischen Traumen unbegrenzt sei. Nunmehr sorgte die Entschädigungskammer des zuständigen Gerichtes insofern für eine große Überraschung, als sie das Gutachten des damaligen Assistenzarztes Venzlaff bejahte und jenes von Kretschmer als nicht überzeugend zurückwies. Im Jahre 1956 habilitierte Venzlaff mit einer wissenschaftlich bahnbrechenden Schrift zu den psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen. Der von ihm in diesem Kontext geprägte Begriff »erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel« war eine der ersten Konzeptualisierungen für anhaltende Folgen schwerer Traumatisierungen, die wesentliche strukturelle Aspekte der Persönlichkeit betreffen und die u. a. in der ICD-10 unter der diagnostischen Kategorie einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung wieder aufgegriffen wurden.

Das Besondere dieser in den 1960er Jahren von ihm vertretenen Position stellt sich für einen jüngeren Leser angesichts der heute unbestrittenen Relevanz der Psychotraumatologie kaum mehr dar. Aber tatsächlich stand einer kleinen Gruppe von wissenschaftlich arbeitenden Psychiatern und

Psychotherapeuten, zu denen neben Venzlaff u.a. von Baeyer, Häfner, Kisker und Matussek gehörten, eine Mehrheit deutscher Universitätspsychiater gegenüber, die die Relevanz von Traumatisierungen nahezu vollständig verleugneten und die Karrieren ihrer inhaltlichen Gegner zu behindern versuchten (Freyberger & Freyberger, 2007). Kurt Eissler führte dies 1963 zu der dieses besondere affektive Klima kommentierenden Bemerkung, dass die betroffenen traumatisierten Menschen eigentlich eine Entschädigung für die Aufregungen und Erniedrigungen erhalten müssten, die sie im Zuge der entsprechenden Wiedergutmachungserfahrungen erlitten.

Von 1969 bis 1986 leitete Venzlaff das Niedersächsische Landeskrankenhaus Rosdorf bei Göttingen. Nach seiner Pensionierung gab er gemeinsam mit Klaus Foerster das umfassende Handbuch *Psychiatrische Begutachtung* heraus, das mehrere Auflagen erlebte und noch heute als Standardwerk gilt. Der Name Ulrich Venzlaff ist bis heute mit der thematischen Auseinandersetzung mit den Folgen von Realtraumati-

sierungen verbunden, so dass er als einer der Nestoren der Psychotraumatologie in Deutschland gelten kann.

Hellmuth Freyberger (†),

Harald J. Freyberger, Stralsund/Greifswald

Literatur

- Eissler K.R. (1963). Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche*, 17, 279–291.
- Freyberger H.J. & Freyberger H. (2007). Zur Geschichte der Begutachtungspraxis bei Holocaust-Überlebenden. *Trauma & Gewalt*, 1, 286–292.
- Pross C. (1988). *Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer*. Frankfurt a.M.: Athenäum.
- Venzlaff U. (1958). *Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sog. Unfallneurosen)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Venzlaff U. & Foerster K. (2009). *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. Hrsg. von Foerster K. & Dreßing H. 5., neu bearb. u. erw. Aufl. München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer.



A

Psychologische und biologische Grundlagen der Psychotraumatologie

1. Trauma und Gedächtnis

In der Traumaforschung wird untersucht, unter welchen Umständen und auf welche Weise ein überwältigendes psychisches Ereignis sich auf das Gedächtnis und die Erinnerung auswirkt. In kognitiven Theorien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird davon ausgegangen, dass aufgrund der Art der Enkodierung, Organisation und des Abrufs der traumatischen Erinnerung intrusive Erinnerungen, ein Kernsymptom der Störung, zustande kommen (Maercker & Michael, 2009; Ehlers & Clark, 2000). Die traumatische Erfahrung wird aufgrund eines physiologischen Hyperarousals als eine sensomotorische, visuelle und affektive Erinnerung und nicht als symbolisch-linguistischer Kode in Form eines Narrativs gespeichert (Person & Klar, 1997). Dies führt dazu, dass die Erfahrungen nicht in die bestehenden Bedeutungsstrukturen des Individuums integriert werden können und daher auch der bewusste Zugang über die Erinnerung erschwert wird. An der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS ist daher eine schlechte Verknüpfung mit anderen Gedächtnisinhalten und eine leichte Auslösung von Intrusionen durch perzeptuell ähnliche Stimuli beteiligt (z.B. nach einem Autounfall Intrusionen durch Schein-

werferlicht bzw. ähnliche Lichtereignisse) (Michael et al., 2005).

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird ein Überblick über die Spezifika des Traumagedächtnisses gegeben, die sich aufgrund der Informationsverarbeitung von sogenannten normalen Gedächtnisprozessen unterscheiden. Die Dissoziation und spezielle Gedächtniskonzepte im Hinblick auf dissoziative Störungen werden kurz vorgestellt. Weiterhin wird ein Überblick über kognitive Traumatheorien gegeben, welche die zugrunde liegenden Emotionen beim Prozess der Informationsverarbeitung zur Zeit des traumatischen Ereignisses mit einbeziehen.

1.1 Funktionsmechanismen des Gedächtnisses unter traumatischen Bedingungen

Die Definition für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-IV; Wittchen et al., 1996) erkennt an, dass eine traumatische Erfahrung zu extremen Formen von Merkfähigkeit wie auch des Vergessens führen kann: Die traumatischen Erfahrungen können mit starker

»Vividness« erinnert werden oder völlig resistent gegenüber einer Integration ins autobiografische Gedächtnis sein. In vielen Fällen berichten Personen von Kombinationen dieser Formen der Erinnerung. Im Allgemeinen scheinen Personen vertraute und den Erwartungen entsprechende Erfahrungen leicht zu assimilieren, wobei diese gewöhnlichen Ereignisse ihre Genauigkeit über die Zeit verlieren. Im Gegensatz dazu scheinen bestimmte Aspekte traumatischer Ereignisse mental fixiert zu sein, unveränderbar durch die Zeit oder nachfolgende Erfahrungen.

1.1.1 Dissoziation

Die Dissoziation wird als eine Möglichkeit diskutiert, Informationen, die in Verbindung mit traumatischer Erfahrung stehen, zu organisieren. Die Dissoziation erscheint sowohl während des traumatischen Ereignisses (Bremner et al., 1992) als auch posttraumatisch als Langzeit-Konsequenz etwa bei einer Mehrfachtraumatisierung (Bremner et al., 1993).

Dissoziation meint eine spezifische *Aufteilung* der Erfahrung. Elemente des Traumas sind nicht in ein einheitliches Ganzes oder ein einheitliches Selbst integriert. Zudem wird der Begriff Dissoziation mit Hinweis auf drei unterschiedliche, aber miteinander in Beziehung stehende mentale Phänomene betrachtet (van der Hart et al., 1996).

Bei der *primären Dissoziation* ist die Person, die mit einer überwältigenden Bedrohung konfrontiert wird, nicht in der Lage, die Ganzheit dessen, was sich ereignet hat, in ihr Bewusstsein zu integrieren. Sensorische und emotionale Elemente des Ereignisses können nicht in das persönliche Ge-

dächtnis und die Identität integriert werden und verbleiben isoliert von den normalen Bewusstseinsinhalten; die Erfahrung ist in isolierte, somatosensorische Elemente gesplittet, ohne Integration in ein persönliches Narrativ.

Bei der *sekundären Dissoziation* kann eine weitere Beeinträchtigung der Integration von Elementen der persönlichen Erfahrung auftreten, wenn sich die Person in einem durch die Traumatisierung hervorgerufenen, dissoziierten Bewusstseinszustand befindet. Eine »dissociation between observing ego and experiencing ego« (siehe van der Kolk et al., 1996) wird von traumatisierten Personen, etwa Inzestopfern, Unfall- opfern oder Kriegsveteranen, berichtet. Sie geben an, im Moment der Traumatisierung ihren Körper mental zu verlassen und aus der Distanz das Geschehen zu beobachten. Diese Distanzierung erlaubt es den Personen, die traumatische Erfahrung als Beobachter zu betrachten und somit den Schmerz oder die Angst zu begrenzen. Die »sekundäre Dissoziation« löst also die Personen aus dem Kontext der Affekte und Emotionen des Traumas und fungiert vergleichbar einem Anästhetikum.

Unter *tertiärer Dissoziation* ist die Entwicklung unterschiedlicher Ich-Zustände, die traumatische Erinnerungen beinhalten, zu verstehen. Diese Ich-Zustände bestehen aus komplexen Identitäten mit unterschiedlichen kognitiven, affektiven und behavioralen Mustern (van der Kolk et al., 1996). Einige dieser Ich-Zustände können die Angst, den Schmerz oder die Aggression, die mit spezifischen traumatischen Erfahrungen in Verbindung stehen, repräsentieren, während in anderen Ich-Zuständen das Trauma und die begleitenden Affekte unbewusst bleiben. Beispiele hierfür sind die

multiplen, dissoziierten Identitätsfragmente der Dissoziativen Identitätsstörung (DID).

1.1.2 Gedächtniskonzepte in der kognitiven Psychologie

Im Bereich der kognitiven Psychologie werden Gedächtniskonzepte im Hinblick auf dissoziative Störungen diskutiert. Besonders der Ansatz des impliziten und expliziten Gedächtnisses und der des zustandsspezifischen Gedächtnisses werden in Bezug auf traumatische Gedächtnisprozesse immer wieder in der Literatur herangezogen.

In konnektionistischen Netzwerkmodellen (McClelland, 1997) wird davon ausgegangen, dass das Gehirn eine allgemeine Tendenz hat, seine Aktivierungszustände kohärent zu halten, das Trauma ist inkongruent und deshalb nicht integrierbar. Die Anteile des Systems, die nicht kohärent sind, werden gehemmt, d. h. sie werden von einer bewussten Repräsentation ausgeschlossen bzw. dissoziiert. Nach McClelland ist die Dissoziation eine Trennung zwischen Aktivierungszuständen.

Theorien zu impliziten und expliziten Gedächtnisprozessen (Kihlstrom & Schacter, 1995) beschreiben zwei unterschiedliche Gedächtnisformen. Unter *implizitem Gedächtnis* wird der nicht intentionale, unbewusste Gebrauch erworbener Information verstanden, wohingegen das *explizite Gedächtnis* den intentionalen, bewussten Abruf ermöglicht. Es wird davon ausgegangen, dass die Dissoziation bei der Enkodierung von Information einsetzt, woraus ein implizites Wahrnehmen ohne Selbstreferenz resultiert und die Information nicht mehr erinnert wird, d. h. der Zugang geht verloren. Bewusst bzw. explizit kann die Information erst dann werden, wenn eine Verbindung

zur mentalen Selbstrepräsentanz hergestellt wird. Der Prozess der Transformation von impliziten Gedächtnisinhalten zu expliziten Erinnerungen könnte die Möglichkeit einer Neukonstruktion der Vergangenheit eröffnen, bzw. es ist fraglich, inwieweit eine Erinnerung, die nur implizit vorhanden ist, überhaupt explizit werden kann.

Theorien zur Zustandsabhängigkeit der Erinnerung (Bower, 1994) gehen davon aus, dass die Dissoziation aus einem Zustandswechsel zwischen unterschiedlichen emotionalen Zuständen und den assoziierten Erinnerungen resultiert. Die Information ist leichter abrufbar, wenn Enkodierungs- und Retrievalzustand identisch sind. Die durch Traumatisierung ausgelösten emotionalen Zustände und die damit assoziierten Erinnerungsanteile werden erst dann wieder zugänglich, wenn sich die Erlebenszustände denen der traumatischen Situation annähern.

1.2 Kognitive Traumatheorien

Kognitive Traumatheorien versuchen einen kontextuellen Rahmen für das Verständnis traumatischer Erfahrung und Speicherung zu geben, besonders im Hinblick auf die der Person inhärenten Modelle des Selbst, der anderen und der Welt. Weiterhin wird versucht, die zugrunde liegenden Emotionen beim Prozess der traumabezogenen Informationsverarbeitung mit einzubeziehen.

1.2.1 »Stress-Reaktions-Syndrom« (Horowitz, 1986)

Mardi J. Horowitz formulierte ein »Stress-Reaktions-Syndrom«, das eines der weitreichendsten sozial-kognitiven Modelle der traumatischen Informationsverarbeitung dar-

stellt. Der für den Prozess der traumabezogenen Informationsverarbeitung innerhalb des kognitiven Systems wichtigste Faktor ist die »Vervollständigungstendenz« (completion tendency): das psychische Bedürfnis, neue Informationen in die existierenden kognitiven Modelle bzw. Schemata zu integrieren. Im Anschluss an die traumatische Erfahrung erfolgt eine Phase des »Aufschreis« (crying out) oder eine »Erstarrungsreaktion« (stunned reaction), daran schließt eine Periode der Informationsüberlastung an, in der Gedanken und Bilder des Traumas nicht in die bestehenden Bedeutungsstrukturen integriert werden können.

Dies führt dazu, dass eine Anzahl von Abwehrmechanismen eingesetzt wird, um die traumatische Erfahrung im Unbewussten zu halten, wodurch die Person eine Periode der Erstarrung im Wechsel mit Verleugnung erfährt. Aufgrund der »Vervollständigungstendenz« wird die traumabezogene Information in einem sogenannten »aktiven Gedächtnis« gehalten, was dazu führt, dass die Abwehrmechanismen schließlich zusammenbrechen und die Information dem Bewusstsein in Form von Intrusionen, Alpträumen und ungewollten Gedanken zugänglich wird. Die Person versucht die Information in ihre vorhandenen inneren Modelle zu integrieren.

Die Spannung zwischen Vervollständigungstendenz auf der einen Seite und Abwehrmechanismen auf der anderen führt dazu, dass die Person zwischen Phasen von Intrusionen und Verleugnung/Erstarrung oszilliert, wodurch es graduell zu einer Integration des traumatischen Materials in Langzeitbedeutungsrepräsentationen kommt. Ein Fehlschlagen dieses Prozesses kann bedeuten, dass die nur partiell bearbeitete Information im »aktiven Ge-

dächtnis« verbleibt, ohne jedoch je vollständig assimiliert zu werden, woraus dann das Bild einer PTBS resultieren kann.

1.2.2 Traumagedächtnis (Ehlers & Clark, 2000)

Nach Ehlers und Clark ist das Traumagedächtnis durch mehrere Eigenschaften gekennzeichnet; es gibt eine sogenannte Hier-und-jetzt-Qualität der Intrusionen sowie Emotionen ohne Erinnerung, d.h. körperliche Reaktionen oder Emotionen können erlebt werden, ohne dass dabei eine bewusste Erinnerung an das Trauma besteht. Dies geht einher mit einer ungenügenden Elaboration des autobiografischen Gedächtnisses. Die Personen leiden darunter, dass sie eine andauernde Bedrohung wahrnehmen, was zu kognitiven Veränderungen und Verhaltensweisen führt, um die wahrgenommene Bedrohung zu mindern. Ein Beispiel ist die dysfunktionale kognitive Strategie der Gedankenunterdrückung, die dazu führt, dass die Intrusionen noch stärker zunehmen.

1.2.3 Furchtstrukturmodell (Foa & Kozak, 1986)

Foa und Kozak gehen in ihrem Furchtstrukturmodell davon aus, dass die veränderten Gedächtnisstrukturen dadurch gekennzeichnet sind, dass die traumaassoziierte Aktivierung in Form intensiver Angst verschiedene Elemente miteinander verbindet. Das Trauma mit all seinen Merkmalen, den sogenannten kognitiven Fakten, den emotionalen Bedeutungen und den physiologischen Reaktionen bildet die posttraumatischen Furchtstrukturen. Diese Furchtstruktur kann viele Elemente umfassen und

durch Schlüsselreize (Fakten, Gefühle, Körperreaktionen) leicht aktiviert werden. Die sogenannten Intrusionssymptome werden durch die Aktivierung der entsprechenden Elemente hervorgerufen (vgl. Maercker & Michael, 2009).

1.2.4 Trauma und Emotionen (Power & Dalgleish, 1997)

Power und Dalgleish stellen ein Modell der Emotionen vor, das sich auf die traumabezogene Informationsverarbeitung zur Zeit des traumatischen Ereignisses bezieht und erläutert, wie diese Information und die individuelle Reaktion nachfolgend bearbeitet werden.

Während der traumatischen Erfahrung wird die Information über das Ereignis auf der Ebene des »schematischen Modells« (individuelles Modell des Selbst, der anderen und der Welt) als bedrohliche Erfahrung intensiver Furcht bewertet. Die traumabezogene Information wird ebenso auf der analogen und propositionalen Ebene der Bedeutung enkodiert und repräsentiert. Diese traumabezogene Information ist jedoch mit den individuellen Schemamodellen des Selbst, der Welt und der anderen inkompatibel. Diese Inkompatibilität führt nun dazu, dass das traumabezogene Material den persönlichen Sinnzusammenhang des Selbst und der Realität bedroht, was dazu führt, dass die Information nur geringfügig in die existierenden Repräsentationen integriert wird.

Die nicht integrierten Informationen führen auf den verschiedenen Ebenen des Modells zu Intrusionen. Auf der Ebene des »schematischen Modells« wird die Information aufgrund des Bewertungssystems als inkompatibel und als Bedrohung für die

existierenden Schemata betrachtet. Dieser Prozess bedingt, dass die Person eine konstante Aktivierung und Reaktivierung des »Angst-Moduls« erfährt. Die traumatisierte Person befindet sich in einem fortlaufenden Zustand von »in Gefahr sein«, auch wenn sie nicht permanent intrusive Gedanken oder Bilder erfährt.

Weiterhin werden aufgrund der nicht integrierten Informationen Hinweisreize aus der Umwelt, die mit der traumatischen Erfahrung in Verbindung stehen, selektiv bearbeitet und aktivieren selbst die Information im Gedächtnis, wobei es zu einer Zunahme von Intrusionen kommt. Aufgrund der Desintegration der Information behält diese eine hohe interne Kohärenz innerhalb des Gedächtnisses, d.h. die repräsentationalen Verbindungen zwischen den Aspekten der traumatischen Erinnerung sind viel stärker als die Verbindungen dieser Erfahrungen mit den existierenden Gedächtnisstrukturen.

Power und Dalgleish (1997) differenzieren weiterhin zwischen unterschiedlichen Modellen der Welt, des Selbst und der anderen auf der Ebene des Schemamodells. Personen mit Erfahrungen, die als sicher, vorhersehbar und konkordant bezeichnet werden können, und deren Modelle flexibel und durch Lernprozesse modifizierbar sind, können durch eine Traumatisierung eine anfängliche Phase posttraumatischer Reaktionen erfahren, sind jedoch in der Lage, diese Informationen mit der Zeit zu integrieren.

Personen mit rigiden und unflexiblen Modellen und einem repressiven Copingstil sind gegenüber extremen Stresssituationen vulnerabel. Die Autoren führen schwere dissoziative Störungen und psychogene Amnesien auf derartige Copingmechanismen zurück, aber auch die Entwicklung

einer PTBS. Weiterhin gibt es Personen mit prä-morbid gestörten Modellen, deren Repräsentationen der Welt als unsicher, verletzend, unvorhersehbar beschrieben werden können. Diese Personen sehen ihre Modelle durch weitere traumatische Erfahrungen bestätigt und erfahren eine Zunahme ihrer bestehenden Symptomatik (prä-morbide psychiatrische Geschichte).

1.3 Ausblick

Zusammenfassend gesagt, wurde in diesem Kapitel ein theoretischer Überblick zu Gedächtnistheorien aus der Traumaforschung gegeben. Unter traumatischen Bedingungen scheint das Gedächtnis in anderer Weise zu funktionieren, so dass die Erfahrungen vorwiegend als sensomotorische, visuelle und affektive Erinnerungen gespeichert werden.

Die traumatischen Erinnerungsfragmente besitzen eine hohe interne Kohärenz und können nur schwer in die bestehenden Modelle der Person integriert werden. Dies könnte eine Sensibilisierung der stressregulierenden Systeme widerspiegeln und/oder eine erniedrigte Fähigkeit, Stressreaktionen entgegenzuwirken, um eine Homöostase zu erlangen. Der Mangel an regulatorischen Effekten führt zu Prozessen, die einen Einfluss auf die Angstreaktionen und die Konsolidierung bzw. den Abruf von traumatischen Erinnerungen haben. Hier spielen u. a. Neurotransmitter eine wichtige Rolle; einige fördern die Enkodierung von angst-besetzten Erinnerungen, während andere den Abruf emotionaler Erinnerungen blockieren. Die Verbindung zwischen kognitiven Traumatheorien und neurobiologischen Erkenntnissen liefert daher weitreichende Erklärungen für Gedächtnisprozesse und

die intrusiven Erinnerungsphänomene der PTBS und hat zudem wichtige Implikationen für die Therapie, worauf in den folgenden Kapiteln des Handbuchs näher eingegangen wird.

1.4 Literatur

- Bower G.H. (1994). Temporary emotional states act like multiple personalities. In: Klein R.M. & Doane B.K. (Hrsg.). *Psychological concepts and dissociative disorders*. Hillsdale, NY: Erlbaum, 207–234.
- Bremner J.D., Southwick S.M., Brett E., Fontana A., Rosenheck R. & Charney D.S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328–333.
- Bremner J.D., Steinberg M., Southwick S.M., Johnson D.R. & Charney D.S. (1993). Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 (7), 1011–1014.
- Ehlers A. & Clark D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Foa E.B. & Kozak M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to correcting information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Horowitz M.J. (1986). *Stress response syndromes*. 2. Aufl. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kihlstrom J.F. & Schacter D.L. (1995). Functional disorders of autobiographical memory. In: Baddeley A.D., Wilson B.A. & Watts F.N. (Hrsg.). *Handbook of memory disorders*. Chichester: Wiley, 337–364.
- Maercker A. & Michael T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In: Margraf J. & Schneider S. (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 2: *Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar*. Heidelberg: Springer, 105–124.
- McClelland J.L. (1997). The neural basis of consciousness and explicit memory: Reflections on Kihlstrom, Mandler, & Rumelhart. In:

- Cohen J.D. & Schooler J.W. (Hrsg). *Scientific approaches to consciousness*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 499–509.
- Michael T., Ehlers A., Halligan S.L. & Clark D.M. (2005). Unwanted memories of assault: What intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 613–628.
- Person E. S. & Klar H. (1997). Diagnose Trauma: Die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Erinnerung und Phantasie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 97–107.
- Power M. & Dalgleish T. (1997). *Cognition and emotion. From order to disorder*. Cambridge: Psychological press.
- van der Hart O., van der Kolk B.A. & Boon S. (1996). The treatment of dissociative disorders. In: Bremner J.D. & Marmar C.R. (Hrsg.). *Trauma, memory and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 216–225.
- van der Kolk B.A., McFarlane A. C. & Weisaeth L. (1996). *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- Wittchen H.U., Saß H. & Zaudig M. (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

2. Theorien zum Verständnis von Dissoziation

2.1 Einleitung

Als Hauptmerkmal der Dissoziation und der korrespondierenden dissoziativen Störungen beschreibt das DSM-IV-TR »eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedäch-

nisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt«. Die ICD-10 weitet die Desintegration auch auf die neurophysiologischen Systeme der Motorik, Sensibilität und Sensorik aus. Alternative Ansätze konzipieren Dissoziation als Gegenteil von Assoziation und damit als Trennung von Wahrneh-

Tab. 1: Übersicht zu den Bedeutungsfeldern der Dissoziation (nach Cardena, 1994)

I. Dissoziation als nicht bewusste oder nicht integrierte mentale Module oder Systeme
A. Dissoziation als fehlende bewusste Perzeption von Wahrnehmungsreizen oder von Verhalten <ul style="list-style-type: none">– Registrieren subliminaler Stimuli– automatisierte motorische Handlungen
B. Dissoziation als Koexistenz getrennter mentaler Systeme, die normalerweise im phänomenalen Bewusstsein integriert sind <ul style="list-style-type: none">– zustandsabhängige Amnesie– zustandsabhängiges Lernen– Existenz des versteckten Beobachters in Hypnoseexperimenten
C. Dissoziation als Inkonsistenz der Verhaltens- und Wahrnehmungsebene und der Körperkontrolle <ul style="list-style-type: none">– »repressiver« Copingstil mit mangelnder Übereinstimmung zwischen verbalem Bericht und objektivierbarer körperlicher Reaktionslage– Hypnose– Konversionssyndrome
II. Dissoziation als verändertes Bewusstsein mit einer Entfremdung von Selbst und Umwelt
<ul style="list-style-type: none">– Depersonalisation und Derealisation– Ekstaseerlebnisse, mystische Erfahrungen– autoskopische Phänomene
III. Dissoziation als Abwehrmechanismus
<ul style="list-style-type: none">– funktionale Abwehr oder grundlegender mentaler Rückzugsmodus vor einer überwältigenden physiologischen oder psychologischen Bedrohung

mungs- und Gedächtnisinhalten im Alltagsbewusstsein (Ross, 1997). Diese Aufzählung heterogener Definitionen – die problemlos zu erweitern wäre – verdeutlicht, dass sich das Konstrukt der Dissoziation »nach wie vor einer klaren begrifflichen Bestimmung« entzieht (Kapfhammer, 2008). Bereits 1994 machte Cardena auf die »semantische Offenheit« des Begriffs aufmerksam und arbeitete die vielfältigen Bedeutungsfelder des Dissoziationsbegriffs heraus, der einerseits deskriptiv, andererseits erklärend verwandt wird. Seine Systematik ist zusammenfassend in Tabelle 1 (S. 22) dargestellt.

Cardena (1994) plädiert dringend dafür, Phänomene, die aufgrund neurophysiologischer Voraussetzungen *per se* nicht bewusstseinsfähig sind (Punkt I.A), nicht unter

dem Terminus *Dissoziation* zu subsumieren. Mit Blick auf die Phänomenologie können auf der Grundlage der Operationalisierungen des Dissoziationsbegriffs des DSM-IV-TR und der ICD-10 dissoziative Funktionsauffälligkeiten klinisch systematisiert werden (Spitzer et al., 2004; vgl. Tab. 2).

Dabei deckt sich diese klinische Systematik nicht vollkommen mit den als dissoziativ klassifizierten Störungsbildern, wie sie in den aktuellen Diagnosemanualen definiert sind, zumal ICD-10 und DSM-IV-TR in ihrer Einteilung differieren (vgl. dazu auch Kap. C7: Dissoziative Störungen).

Gleichzeitig verdeutlicht diese Systematik, dass sich der beschreibende und erklärende Aspekt des Dissoziationsbegriffs nicht immer eindeutig voneinander trennen

Tab. 2: Klinische Systematik dissoziativer Phänomene

Dissoziative Funktionsstörungen*	
... des Bewusstseins	
– Bewusstseinsverminderung	– Bewusstseinsinengung
– Bewusstseinsrübung	– Bewusstseinsverschiebung
... des Gedächtnisses	
– dissoziative Amnesie	– Déja-vu-Erleben
– gesteigerte Erinnerung	
... der personalen Identität	
– Besessenheit	– Identitätswechsel
– Identitätsunsicherheit	– Fugue
... der Wahrnehmung von Selbst und Umwelt	
– Depersonalisation	– verändertes Zeiterleben
– Derealisation	– verändertes Raumerleben
... der Körpermotorik	
– Bewegungsstörungen	– Sprachstörungen
– Koordinationsstörungen	– Krampfanfälle
... der Sensibilität und Sensorik	
– Sensibilitätsstörungen	– Riechstörungen
– Sehstörungen	– Geschmacksstörungen
– Hörstörungen	

* Der Begriff (*Funktions-*) *Störung* bezieht sich in diesem Kontext nicht auf hypothetische Krankheitsentitäten, sondern kennzeichnet eine Auffälligkeit im Sinne einer gestörten Funktion auf Symptom- bzw. Syndromebene.

lassen. Vergleichsweise gut gelingt dies z. B. bei der dissoziativen Amnesie, denn hier finden sich genügend klinische Merkmale, die auf der phänomenologischen Ebene eine Differenzierung zu organisch begründeten Amnesien erlauben. Hingegen ist bei einer Bewusstseinsengung klinisch zunächst nicht eindeutig zu unterscheiden, ob diese als dissoziativ oder vor einem anderen ätiopathogenetischen Hintergrund zu werten ist. Kurzum: Die Klassifikation als dissoziativ rekuriert implizit auf ein ätiopathogenetisches Modell, welches in den meisten Fällen jedoch nicht explizit gemacht wird. Gemeinsam ist dabei allen Theorien, dass ihnen gemäß Dissoziation als Prozess bzw. klinisches Symptom respektive Syndrom von psychosozialen Belastungen im weiteren Sinne bzw. traumatischen Erlebnissen im engeren Sinne bedingt wird. Während jedoch das DSM-IV-TR in seinen diagnostischen Kriterien nur bei der dissoziativen Amnesie einen direkten Bezug zu traumatischen oder belastenden Erlebnissen herstellt, fordert die ICD-10 hingegen für alle dissoziativen Störungen einen zeitlichen Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung – auch wenn diese vom Patienten selbst geleugnet wird.

Insgesamt besteht Konsens darüber, dass die Dissoziation mit psychosozialen Belastungen bzw. traumatischem Stress assoziiert ist (Bremner & Marmar, 1998; Fiedler, 2008). Dies wird nicht zuletzt daran deutlich, dass dissoziative Symptome als wichtige diagnostische Kriterien bei der akuten und Posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die von manchen Autoren als Variante der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung verstanden wird (Lewis & Grenyer, 2009), aufgeführt werden. Wie der Zusam-

menhang im Einzelnen zu verstehen ist, wird jedoch in den diversen theoretischen Modellen sehr unterschiedlich konzipiert (Fiedler, 2008; Eckhardt-Henn, 2004). Vor einer genaueren Erläuterung dieser Theorien werden zunächst mit Hilfe eines historischen Rückblicks die Grundlagen des Dissoziationsbegriffs dargelegt.

2.2 Historischer Rückblick

Vermutlich war es der französische Psychiater Jacques Joseph Moreau de Tours, der den Begriff Dissoziation erstmals benutzte. Er verstand darunter eine Abspaltung oder Isolation mentaler Prozesse von einem ›Ich‹. Seine Untersuchungen standen im Zusammenhang mit dem damals weitverbreiteten Interesse an Mesmerismus und künstlichem Somnambulismus, also Momenten der dynamischen Psychiatrie, die letztendlich genauso zentral waren wie das Hysteriekonzept (Ellenberger, 2005; Van der Hart & Nijenhuis, 2009). Dabei beobachtete man bei den Patienten veränderte Bewusstseinszustände mit ihren eigenen Gedanken und Erinnerungen, die außerhalb des normalen Wachbewusstseins zu existieren schienen. Zur Beschreibung dieser Beobachtungen wurden dafür sowohl in der französischen als auch in der deutschen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Termini wie *Teilung* und *Spaltung* oder *Verdoppelung* eingeführt.

Die Grundlagen für unser heutiges Dissoziationsverständnis wurden jedoch von Pierre Janet geschaffen, der in seiner Dissertation *L'automatisme psychologique* von 1889 ein elaboriertes Modell vorlegte.

2.2.1 Janets Ausarbeitung des Dissoziationsbegriffs

Während seiner Lehrtätigkeit als Philosophieprofessor arbeitete Pierre Janet auch im Krankenhaus von Le Havre und unternahm selbständig psychiatrische Forschungsarbeiten über Patienten mit Hysterie und Neurasthenie, welche die Grundlage für seine Doktorarbeit bildeten. Später studierte er Medizin und arbeitete auf Jean-Martin Charcots Stationen am Hôpital Salpêtrière. Charcot ließ für Janet ein Forschungslabor für Experimentalpsychologie einrichten, wo er seine Forschungen zur Hysterie und Hypnose fortsetzte (Hantke, 1999).

Ähnlich wie wenig später Freud entwickelte Janet in seiner Auseinandersetzung mit hysterischen Patienten nicht nur ein Erklärungsmodell für diese Erkrankung, sondern vielmehr eine generelle Theorie zur Funktionsweise des psychischen Apparates. Dabei ging er davon aus, dass sich das mentale Leben aus psychischen Elementen, die er als »psychologische Automatismen« bezeichnete, zusammensetze. Jedes dieser Elemente bestehe aus einer komplexen Handlungstendenz, die auf eine definierte Reizsituation gerichtet sei und sowohl eine Vorstellung als auch eine Emotion umfasse. Diese Automatismen seien das Resultat der größtenteils automatischen Integration von Umwelt- und Körperinformation. Die Anpassung an eine sich ständig verändernde Umwelt macht es nach diesem Modell erforderlich, dass neue Informationen in Abgleich und ständiger Überarbeitung der alten Automatismen verarbeitet werden können. Bei gesunden Menschen gelingt diese Synthese, und die Automatismen sind miteinander verbunden, gewissermaßen in einem dominanten Bewusst-

seinszustand vereint und damit zumindest potentiell der Wahrnehmung und willentlichen Kontrolle zugänglich. Durch eine Einengung des Bewusstseinsfeldes kann es zu einer Schwächung der Syntheseleistung kommen und damit zu einer Emanzipation einzelner Elemente bzw. psychischer Funktionen. Genau diese Verselbständigung nennt Janet Dissoziation. Diese dissoziierten Elemente, in denen kognitive und affektive Informationen gespeichert seien, bezeichnet er als »idées fixes«. Weil sie eben nicht angemessen synthetisiert und damit in das Bewusstsein integriert werden können, wirken sie eigendynamisch und unterliegen nicht mehr oder nur noch partiell der willentlichen Kontrolle. Die Ursache für eine geschwächte Syntheseleistung sieht Janet in intensiven emotionalen Reaktionen auf belastende respektive traumatische Erlebnisse. Durch die überwältigenden Affekte kommt es also in Janets Modell zu einem Verlust der integrierenden Kapazität des Bewusstseins, der wiederum zu einer Verengung des Bewusstseinsfeldes als Grundlage für Dissoziation führt. Dabei hängen die Auswirkungen traumatischer Ereignisse jedoch nicht nur von ihrer Intensität und Dauer ab, sondern eben auch von der Intensität der emotionalen Reaktion der Betroffenen. Diese wird ihrerseits von lebens- und lerngeschichtlichen, persönlichkeitspsychologischen, genetischen und situativen Faktoren wesentlich determiniert (Hantke, 1999).

Damit formuliert Janet ein psychotraumatologisch orientiertes Dissoziationskonzept, das letztendlich jedoch auf einem Diathese-Stress-Modell fußt (Kapfhammer, 2008). Der prä-morbiden Vulnerabilität kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Keineswegs muss eine Dissoziation immer durch ein inten-

sives äußeres Trauma ausgelöst werden. Vielmehr ist es oft die persönlichkeitsinhärente Reagibilität einer Person zu überschießenden Emotionen, die traumatogen wirkt und zur psychopathologischen Störung führt.

Trotz seines Differenzierungsgrades und seiner hohen Erklärungskraft konnte sich Janets Dissoziationskonzept nicht durchsetzen. Obwohl um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert Frederic Myers in England und William James, Morton Prince und Boris Sidis in den USA dem Modell eine zentrale Stellung beimaßen, geriet es ab etwa 1910 zunehmend in Vergessenheit. Dazu haben vor allem die Einführung des Schizophreniebegriffs durch Eugen Bleuler, das Aufkommen des Behaviorismus mit seiner Vernachlässigung innerpsychischer Vorgänge und die Dominanz psychoanalytischer Erklärungen für die Hysterie beigetragen (Kihlstrom, 1994). Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass Sigmund Freud gerade zu Beginn seiner Auseinandersetzungen mit hysterischen Patienten durchaus Bezug auf Janets Dissoziationskonzept nahm, wobei er es allerdings vermied, dessen Überlegungen hervorzuheben. In Freuds weiterer Theoriebildung wurde dann die Bedeutung real-traumatischer Erfahrungen zugunsten triebbedingter, konflikthafter intrapsychischer Prozesse relativiert, und Janets Dissoziationsmodell wird in Freuds Metapsychologie durch das Konzept der Verdrängung ersetzt. Dabei handelt es sich jedoch keineswegs um eine bloße Veränderung in der Begrifflichkeit; vielmehr unterscheiden sich Janets und Freuds Vorstellungen über die Funktionsweise des psychischen Apparates fundamental (Nemiah, 1998; Hantke, 1999).

Während das Interesse am Dissoziationskonstrukt zwischen 1920 und Mitte der

1960er Jahre regelrecht abebbte, kam es spätestens seit Anfang der 1970er Jahre zu einer Renaissance. Dazu haben verschiedene Entwicklungen beigetragen:

- die Betonung der epidemiologischen und klinischen Bedeutung von Kindesmisshandlung, vor allem intrafamiliärem Inzest, durch die zweite Welle der Frauenbewegung;
- die zunehmende Anerkennung der klinischen Relevanz von traumatischem Stress für die Psychopathologie von Kriegsveteranen des Vietnamkrieges;
- 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 wissenschaftliche Auseinandersetzung mit experimentellen und therapeutischen Ansätzen zur multiplen Persönlichkeitsstörung (Van der Hart & Nijenhuis, 2009);
- die Popularisierung der multiplen Persönlichkeit über die Medien, beispielsweise durch das Buch *The three faces of Eve* von Corbett H. Thigpen und Hervey M. Cleckley (Dt.: *Die 3 Gesichter Evas*, 1957) oder das Buch *Sybil* (Dt.: *Sybil. Persönlichkeitsspaltung einer Frau*, 1974/77) und dessen Verfilmung;
- die Einführung der sogenannten Neodissoziationstheorie durch Ernest R. Hilgard (1974) im Kontext experimenteller Psychopathologie mittels Hypnose.

Diese verschiedenen Strömungen können an dieser Stelle nicht im Detail nachgezeichnet werden. Um aktuelle Modellvor-

stellungen zur Dissoziation angemessen zu verstehen und einzuordnen, erscheint ein kurzer Exkurs zu Hilgards Neodissoziationstheorie als sinnvoll.

2.2.2 Neodissoziationstheorie

Hilgard interessierte sich nicht nur für harte Daten, beobachtbares und messbares Verhalten, sondern auch für subjektives Erleben und damit für Bewusstsein, so dass sein Ansatz als subjektiver Behaviorismus bezeichnet wurde. Im Unterschied zu Janet ging er davon aus, dass Dissoziation ein normales kognitives Phänomen darstelle, das sich in Hypnose zeige. Als Arbeitshypothese diente die Annahme, dass unter Hypnose als einem veränderten Bewusstseinszustand eine Inkongruenz zwischen physiologischen Befunden und verbalen Berichten der Versuchspersonen bestehe. Diese konnte experimentell bestätigt werden. So berichteten beispielsweise hypnotisierte Probanden, dass sie keine Schmerzen hätten, obwohl physiologische Messungen das Gegenteil bewiesen. Die Tatsache, dass die Abspaltung der Schmerzempfindungen unter Hypnose besser gelingt als im Wachbewusstsein, wird mit einem bestimmten Kontrollmechanismus erklärt. Hilgard nahm dazu eine Hierarchie kognitiver und somatischer Subsysteme an und postulierte eine Exekutivkontrolle. Diese regle das Zusammenwirken der einzelnen Mechanismen und garantiere so Konsistenz, aber auch Übereinstimmung mit gewissen Kontextnormen und ermögliche letztendlich ein Identitätserleben der Persönlichkeit. Unter Hypnose werde nun diese oberste Kontrollinstanz zurückgedrängt und die einzelnen Subsysteme könnten größere Autonomie entfalten.

Hilgard hat das getrennte Nebeneinander unterschiedlicher autonomer Instanzen durch seine Experimente zu dem sogenannten »heimlichen Beobachter« (hidden observer) nachzuweisen versucht. Dabei wird der Hypnotisand instruiert, sich quasi in zwei Personen aufzuspalten, deren Trennung der Hypnotiseur durch eine Berührung signalisiert. Die beiden »Personen« können unterschiedliche Informationen aus der Hypnosesitzung wiedergeben. Der *hidden observer* kann dabei als der Teil verstanden werden, der die übergreifende beobachtbare Perspektive in der Hypnosesituation einnimmt. Hilgard nennt ihn deshalb »hidden«, weil diese Instanz nur durch die spezielle Instruktionstechnik evident wird. Bei hypnotischen Experimenten, in denen den Probanden durch die hypnotische Instruktion Analgesie suggeriert wurde, war es durch den *hidden observer* möglich, die volle subjektive Schmerzstärke, z.B. beim Eiswassertest, zu ermitteln. Ungeachtet der Frage, ob solche Experimente generalisierbar sind, scheint die Annahme einer hierarchischen Struktur von in sich relativ autonomen Subsystemen mit eigenen Kontrollmechanismen innerhalb des kognitiven, aber auch des somatischen Systems durchaus sinnvoll zu sein. Nach der Neodissoziationstheorie gibt es eine Exekutivkontrolle, die ganz oben in der Hierarchie angesiedelt ist und unter Hypnose ihren Einfluss zurücknimmt. Unter dieser Bedingung sind dann Informationen und prozedurale Programme ansprech- und abrufbar, die im normalen Wachbewusstsein nicht zugänglich sind. Dissoziative und hypnotische Zustände sind insofern ähnlich, als in ihnen die Exekutivkontrolle als oberste Stufe der hierarchischen Regulationssysteme weniger Einfluss nimmt als im Wachbewusstsein und

so die darunter stehenden Subsysteme in anderer Form zur Geltung kommen.

2.3 Aktuelle Weiterentwicklungen des Dissoziationsmodells

Obwohl Janet in seiner Ausarbeitung des Dissoziationsbegriffs wesentliche Grundlagen geschaffen hat, zeigt seine wechselvolle Geschichte doch auch, dass ganz heterogene Einflüsse der verschiedensten theoretischen Strömungen das Konzept beeinflusst haben. Nicht zuletzt dadurch erklärt sich die eingangs erwähnte »semantische Offenheit«. Der »scientific community« ist diese Problematik in den letzten Jahren zunehmend bewusst geworden, so dass es von diversen Seiten Bemühungen der Präzisierung gegeben hat. Die meistversprechenden Ansätze sind

- die Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Dissoziation;
- die Differenzierung zwischen »detachment« und »compartmentalization«;
- Entwicklungsreihen von Dissoziation und das Modell der peritraumatischen Dissoziation;
- die Theorie der strukturellen Dissoziation.

2.3.1 Normale versus pathologische Dissoziation

Während Janet davon ausging, Dissoziation stelle einen diskontinuierlichen Prozess dar, der nur bei Kranken, insbesondere bei Hysterikern, vorkomme, konzeptualisierten seine Zeitgenossen William James und Morton Prince Dissoziation als dimensional, d. h. dissoziative Phänomene lassen sich auf einem Kontinuum von alltäglichen Erfahrungen wie etwa Tagträumereien bis zu

schwersten und klinisch relevanten Formen wie der multiplen Persönlichkeitsstörung anordnen. Diese sogenannte »Kontinuums-hypothese« prägt bis heute den klinischen und wissenschaftlichen Diskurs (Fiedler, 2008; Spitzer et al., 2007). In jüngster Zeit ist erneut gefragt worden, ob es nicht doch einen qualitativen Unterschied zwischen »normaler« und »pathologischer« Dissoziation gebe. Aus klinischer Perspektive sind drei Momente hervorgehoben worden, um dissoziative Phänomene als pathologisch zu charakterisieren:

- Dissoziative Symptome von klinischer Relevanz gehen bei den Betroffenen mit einem veränderten Identitätsgefühl einher,
- bei pathologischen Formen der Dissoziation bestehen typischerweise Erinnerungslücken und
- subjektives Leiden bzw. objektivierbare psychosoziale Funktionseinschränkungen treten in der Regel nur bei pathologischer Dissoziation auf.

Auch die empirische Forschung ist dieser Frage nachgegangen, indem die Datensätze der Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986) von je 228 Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung und mit gesunder Kontrolle mit Hilfe taxometrischer Verfahren reanalysiert wurden (Waller et al., 1996). Die DES ist das international gebräuchlichste und am besten evaluierte Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung dissoziativer Phänomene, welches als *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (FDS) auch in einer deutschen Fassung vorliegt (Spitzer et al., 2005). Verschiedene taxometrische Ansätze kommen dabei übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine Unterscheidung zwischen einem

dimensionalen, nicht-pathologischen und einem diskontinuierlichen, pathologischen Typus dissoziativer Phänomene empirisch gerechtfertigt ist (Waller et al., 1996). Zudem konnten acht der ursprünglich 28 Items der DES extrahiert werden, die als Indikatoren für pathologische Dissoziation gelten und als DES-Taxon (DES-T) bezeichnet wurden. In einem weiteren Schritt konnte gezeigt werden, dass die DES-T deutlich besser zwischen verschiedenen diagnostischen Kategorien differenziert als die Originalfassung der DES; insbesondere fand sich pathologische Dissoziation fast ausschließlich bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder dissoziativen Störung. In einer unabhängigen Untersuchung konnte die Unterscheidung zwischen dimensionaler, nicht-pathologischer und diskontinuierlicher, pathologischer Dissoziation an einem DES-Datensatz aus der Allgemeinbevölkerung bestätigt werden (Waller & Ross, 1997).

Interessanterweise wurde in einer nicht-klinischen Stichprobe eine Assoziation zwischen pathologischer Dissoziation und Kindheitstraumata, vor allem körperliche Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, gefunden, die für eine nicht-pathologische Dissoziation nicht bestand (Irwin, 1999). Allerdings waren die berichteten Effektstärken eher niedrig, so dass auch anderen Faktoren eine wichtige Rolle bei der Genese pathologischer Dissoziation zugeschrieben wurde (Irwin, 1999). Der Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und pathologischer Dissoziation wurde auch in anderen Untersuchungen repliziert, so bei delinquenten Jugendlichen und bei Patienten mit einer Depersonalisationsstörung. Hingegen lässt sich kritisch einwenden, dass pathologische Dissoziation zeitlich wenig stabil ist und möglicherweise ein empirisch-statisti-

sches Artefakt darstellt (Übersicht bei Spitzer et al., 2007).

2.3.2 Detachment und compartmentalization

Auch von klinisch-therapeutischer Seite ist die Dissoziation in zwei qualitativ unterschiedliche Formen unterteilt worden. In einer sehr gelungenen Übersicht führen Holmes und Mitarbeiter (2005) die bisherigen Versuche der Differenzierung und Präzisierung sinnvoll und klinisch relevant zusammen. Dabei zeigen sie auf, dass die meisten Autoren sich – mit unterschiedlicher Begrifflichkeit – an der Einteilung der eingangs dargestellten Systematik von Cardena (1994) orientieren und Dissoziation entweder als Desintegration mentaler Subsysteme oder aber als verändertes Bewusstsein verstehen.

Bei der letztgenannten Form, dem sogenannten *detachment*, besteht das zentrale Merkmal in einem veränderten Bewusstseinszustand, der mit einem Gefühl der Entfremdung (oder des Losgelöstseins = *detachment*) einhergeht. Die Entfremdung kann sich dabei auf die eigene Person (Depersonalisation) oder die Umgebung (De-realisation) beziehen; oftmals findet sich in solchen Zuständen auch eine veränderte affektive Beteiligung oder diese fehlt gar völlig, so dass die Betroffenen kein Gefühl der »Meinhaftigkeit« des Erlebten haben. Ähnlichkeiten des *detachment* mit anderen Konzepten aus dem Bereich der Psychotraumatologie wie etwa dem *emotional numbing* oder der *peritraumatischen Dissoziation* sind offensichtlich.

Der zweite Typus der Dissoziation wird als *compartmentalization* bezeichnet; hier resultieren die dissoziativen Phänomene

aus einer Störung des Wechselspiels von normalerweise miteinander in übergeordneten Funktionseinheiten interagierenden Systemen und Modulen. Diese Modellvorstellung weist dabei eine große Nähe zu Hilgards Neodissoziationstheorie auf. *Compartmentalization* ist durch die Unfähigkeit charakterisiert, prinzipiell bewusst kontrollierbare oder bewusstseinsfähige mentale Prozesse angemessen zu steuern.

Der heuristische Wert und die klinische Relevanz dieser Zweiteilung lassen sich beispielhaft an der dissoziativen Amnesie aufzeigen. Amnestische Phänomene im Kontext des *detachment* sind – häufig durch traumatische Erlebnisse bedingt – als Störung der Encodierung zu verstehen. Hingegen sind Amnesien im Rahmen des *compartmentalization* als Abrufstörung zu werten. Auf der Ebene klinischer Diagnosen stellt die Depersonalisationsstörung den Prototyp des *detachment* dar, während Konversionsstörungen klassische Beispiele für *compartmentalization* sind; bei der Posttraumatischen Belastungsstörung treten beide Formen der Dissoziation auf (Holmes et al., 2005).

2.3.3 Entwicklungsreihen und peritraumatische Dissoziation

Diese Konzeption hebt weniger auf qualitative Unterschiede als auf den zeitlichen Bezug zur Traumatisierung und die Eigendynamik dissoziativer Prozesse ab. Aus dieser Perspektive lässt sich festhalten, dass eine Dissoziation sowohl unmittelbar während des traumatischen Ereignisses als auch posttraumatisch und gar als eine Langzeit-Konsequenz bei Mehrfachtraumatisierung vorkommen kann. Somit kann Dissoziation als drei unterschiedliche, aber in Beziehung

stehende mentale Phänomene verstanden werden (Van der Kolk et al., 2000).

Primäre Dissoziation

Abhängig von der Intensität des Traumas und den persönlichen Voraussetzungen kann angesichts einer überwältigenden Bedrohung die individuelle Reizverarbeitungskapazität überschritten werden. Dann sind die Betroffenen nicht in der Lage, die traumatischen Erfahrungen als Ganzes in ihr Bewusstsein zu integrieren. Sensorische und emotionale Elemente werden als Fragmente und isoliert von den normalen Bewusstseinsinhalten gespeichert und können nicht in ein persönliches Narrativ integriert werden. Diese Fragmentierung wird von Ich-Zuständen begleitet, die sich von normalen Bewusstseinszuständen unterscheiden.

Sekundäre Dissoziation

Befindet sich eine Person einmal in diesem veränderten Bewusstseinszustand, kann eine weitere Desintegration des persönlichen Erlebens auftreten. Eine »Dissoziation zwischen beobachtendem Ich und erlebendem Ich« (Fromm, 1965) wird von traumatisierten Personen vielfach geschildert. Diese Personen berichten beispielsweise, dass sie im Moment der Traumatisierung mental ihren Körper verlassen und das Geschehen aus einer Distanz beobachten. Dieses Distanzierungsmanöver der sekundären Dissoziation erlaubt es den Personen, die traumatische Erfahrung als ein Beobachter zu betrachten und somit den Schmerz oder die Angst zu begrenzen. Während die primäre Dissoziation eine Einschränkung des kognitiv-perzeptiven Bezugs hinsichtlich des Traumas mit sich bringt und somit die Betroffenen in die Lage versetzt, zunächst wei-

ter zu funktionieren, als ob nichts geschehen wäre, trennt die sekundäre Dissoziation die Betroffenen von den aversiven Affekten, die mit der Traumatisierung verknüpft sind, und fungiert quasi als Anästhetikum. Mittlerweile werden die Begriffe der sekundären und peritraumatischen Dissoziation synonym benutzt.

Neben Derealisation und Depersonalisation zählen Verwirrung, Desorientierung, Veränderungen in der Schmerzwahrnehmung und des Körperbildes, Einengung des Gesichtsfeldes und anderer Sinneskanäle sowie ein verändertes Zeitgefühl zu den typischen peritraumatischen dissoziativen Symptomen. Zur psychometrischen Erfassung genau dieser Merkmale wurde der *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ; Marmar et al., 1994) entwickelt, der auch in einer autorisierten deutschen Fassung als *Peritraumatische Dissoziative Erfahrungen – Fragebogen* vorliegt (Maercker, 1994).

Die Funktionalität dissoziativer Symptome zum Zeitpunkt der akuten Traumatisierung scheint darin zu bestehen, dass über eine De-Kontextualisierung des Gesamtzusammenhangs basale und für das Überleben notwendige psychische Funktionen aufrechterhalten werden können. Trotz dieser initialen Funktionalität legen viele Arbeiten nahe, dass die peritraumatische Dissoziation einen hohen prädiktiven Wert in Bezug auf die spätere Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung hat. Eine jüngere Metaanalyse zu dieser Problematik kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass der kausale Zusammenhang zwischen peritraumatischer Dissoziation und Posttraumatischer Belastungsstörung nicht eindeutig positiv zu beurteilen ist (Lensvelt-Mulders et al., 2008).

Tertiäre Dissoziation

Unter *tertiäre Dissoziation* ist die Entwicklung unterschiedlicher Ich-Zustände, die traumatische Erinnerungen beinhalten, zu verstehen. Diese Ich-Zustände bestehen aus komplexen Identitäten mit unterschiedlichen kognitiven, affektiven und behavioralen Mustern. Einige dieser Ich-Zustände repräsentieren spezifische Aspekte der Traumatisierung, etwa Angst, Schmerz oder Aggression. Hingegen haben andere Ich-Zustände keinen Zugang zu den traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen Affekten; dadurch bleibt die Ausführung routinemäßiger Funktionen des täglichen Lebens unbeeinträchtigt.

2.3.4 Theorie der strukturellen Dissoziation

Eine für die Psychotraumatologie wichtige Konzeption des Dissoziationsbegriffs hat die Arbeitsgruppe um Onno van der Hart und Ellert Nijenhuis vorgelegt, wobei sie zum Teil direkt auf andere Theorien rekurriert (Van der Hart et al., 2008). Mit Bezug auf Janet und Charles Myers entwickeln sie folgendes Modell einer traumabezogenen strukturellen Dissoziation: Misslingt in der Folge akuter Traumatisierungen eine Bewältigung und Integration des Erlebten, kann es zu einer Teilung der Persönlichkeit in verschiedene Anteile mit jeweils eigener psychobiologischer Basis kommen. Diese Aufspaltung kann rudimentär ausgebildet oder deutlicher ausgeprägt sein; auch können die Persönlichkeitsanteile unterschiedlich stark miteinander interagieren, wobei klinisch ein Wechsel zwischen dem Wiedererleben der Traumatisierung und einer Abspaltung bzw. einem relativen Unbewusstsein des Traumas und der damit ver-

bundenen Affekte auffällt. *Dissoziation* beschreibt diesen Wechsel zwischen dem sogenannten *emotionalen Persönlichkeitsanteil (EP)* – fixiert in der traumatischen Erinnerung und den damit verbundenen Erfahrungen – und dem *anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil (ANP)*, welcher in einer phobischen Vermeidung der traumatischen Erinnerung fixiert ist und sich durch Abspaltung, emotionale Betäubung sowie in einer teilweisen oder kompletten Amnesie des traumatischen Erlebens äußert.

Die traumabezogene strukturelle Dissoziation hat sich im Laufe der Evolution als psychobiologisches Überlebens- oder Aktionssystem mit dem Ziel der Anpassungsregulation entwickelt. Einige Aktionssysteme sind defensiv und beziehen sich auf das Überleben des Einzelnen bei direkter Bedrohung, während andere für das Alltagsleben und für das Überleben der Spezies von Bedeutung sind. Der emotionale Persönlichkeitsanteil (EP) verkörpert das animalische Verteidigungssystem mit festgelegten Reaktionen angesichts tatsächlicher oder vermuteter Bedrohungen, mit korrespondierenden Subsystemen, die z. B. zu Hypervigilanz, Kampf, Flucht oder Unterwerfung führen. Der EP zeigt eine Bewusstseinsengung mit einem Aufmerksamkeitsfokus auf reale oder antizipierte Bedrohungen, die (wieder-)erlebt und als aktuelles Ereignis behandelt werden. Somit kann der EP sowohl einzelne wie kombinierte Reaktionsmuster aufzeigen, die dem Verteidigungsverhalten von Tieren ähneln, als auch komplexe und elaborierte Verhaltens- und Erlebnismuster entwickeln. Im Gegensatz dazu hat der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil (ANP) die Funktion, jene Alltagsaufgaben zu erfüllen, die für das (Über-) Leben der Art notwendig

sind, wie beispielsweise Bindung, Regulation des Energiehaushaltes und Fortpflanzung. Dies gelingt jedoch nur, wenn dem ANP die traumatischen Erinnerungen des EP nicht zugänglich sind bzw. diese streng vermieden werden. Dieses Vermeidungsverhalten ist insoweit angepasst, als dem Betroffenen eine Integration der traumabezogenen Erinnerungen nicht möglich ist. In diesem Fall wären die Alltagsfunktionen des ANP gefährdet, wenn die traumatischen Erinnerungen zugänglich würden.

Bei der ungenügenden Bewältigung eines akuten und einmaligen Traumas kann es zu einer *primären strukturellen Dissoziation* kommen, die durch eine Aufteilung der Persönlichkeit in einen einzelnen ANP und einen einzelnen EP charakterisiert ist. Als klinisches Beispiel sei die »einfache« Posttraumatische Belastungsstörung genannt. Wenn traumatische Ereignisse zunehmend als überwältigend erlebt werden und/oder über einen langen Zeitraum andauern, kann das eine weitere Aufspaltung des EP zur Folge haben, während ein einfacher ANP unverseht bleibt. Diese *sekundäre strukturelle Dissoziation* findet sich klinisch bei der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung oder vielen Fällen mit dissoziativen Störungen, vor allem den nicht näher bezeichneten dissoziativen Störungen. Schließlich kann eine Aufspaltung des ANP geschehen, wenn unvermeidbare Aspekte des Alltagslebens auf spezielle Weise mit dem traumatischen Ereignis verknüpft werden, wenn also beispielsweise Bindungsverhalten mit traumatischen Erinnerungen verbunden ist. Zusätzlich können sich neue ANPs entwickeln, wenn der ANP ein so schlechtes Funktionsniveau hat, dass der normale Alltag nicht bewältigt werden kann. Weitere Dissoziationen des ANP als

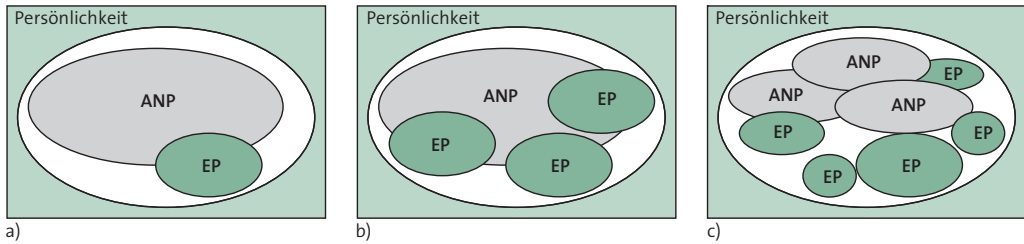


Abb. 1a)–1c): Illustration des Modells zur strukturellen Dissoziation
 a) primäre strukturelle Dissoziation (akute oder einfache posttraumatische Belastungssituation)
 b) sekundäre strukturelle Dissoziation (komplexe PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung)
 c) tertiäre strukturelle Dissoziation (multiple Persönlichkeitsstörung bzw. Dissoziative Identitätsstörung)

ANP: Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil – Funktionen des Alltagslebens
 EP: Emotionaler Persönlichkeitsanteil – trauma-assoziierte Verteidigungssysteme (z. B. Flucht)

Reaktion auf fortgesetzte Traumatisierungen können sich zur »normalen« Lebensweise entwickeln. Diese *tertiäre strukturelle Dissoziation* umfasst also neben der Aufspaltung des EP noch die des ANP und liefert so ein sinnvolles Modell zum Verständnis der multiplen Persönlichkeitsstörung respektive der Dissoziativen Identitätsstörung.

2.4 Neurobiologische Befunde

In vielfältigen Forschungsbemühungen ist den neurobiologischen Korrelaten von dissoziativen Symptomen nachgegangen worden. Dabei sind Auffälligkeiten der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, Alterationen im serotonergen, noradrenergen, glutamatergen und im endogenen Opioidsystem sowie strukturelle und funktionelle Auffälligkeiten in zentralnervösen Netzwerken gefunden worden (Kapfhammer, 2004). Diese mannigfaltigen, zum Teil inkonsistenten Ergebnisse können hier nicht im Detail referiert werden.

Die Befunde aus jüngsten funktionellen Bildgebungsstudien sollen kurz dargestellt werden, da diese aus neurobiologischer Per-

spektive zentrale Annahmen der oben dargestellten Theorien untermauern. Trotz vieler funktioneller MRT-Untersuchungen, in denen Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung einer Symptomprovokation unterzogen wurden, konnte kein einheitliches Bild der beteiligten Hirnareale gezeichnet werden. Erst mit einer an klinischen Merkmalen orientierten Unterteilung der PTBS-Patienten gelang es, zwei distinkte Verarbeitungsmodi in der Folge eines traumatischen Ereignisses neurobiologisch zu charakterisieren. Das klinisch führende Merkmal der einen Gruppe ist ausgeprägte Dissoziation, weshalb diese auch als dissoziativer Subtypus der PTBS bezeichnet wird (Lanius et al., 2010). Bei der anderen Form stehen Übererregung und Intrusionen im Vordergrund; allerdings können beide Verarbeitungsmodi bei ein und derselben Person gleichzeitig und/oder nacheinander vorkommen. Diese beiden Gruppen zeigen bei Konfrontation mit einem trauma-assoziierten Hinweisreiz genau gegenläufige Muster der Aktivierung in Hirnregionen, die für die Erregungsmodulation und Emotionsregulation verantwortlich sind. Dazu zählen der mediale präfrontale Kortex, das

vordere Cingulum und das limbische System.

In verschiedenen Studien zeigten Patienten mit dem dissoziativen Subtypus der PTBS eine außergewöhnliche starke Aktivität des dorsalen vorderen Cingulums und des medialen präfrontalen Kortex, die mit der klinischen Dissoziation eng korrelierte. Gleichzeitig bestand eine negative Korrelation mit der Aktivität der vorderen Inselregion und der Amygdala als wichtige Strukturen des limbischen Systems, insbesondere bei der bewussten Wahrnehmung und Verarbeitung von Angstreizen. Aufgrund dieser Befunde wurde ein Modell der emotionalen Dysregulation als Antwort auf traumabezogene Stimuli entwickelt, wobei der dissoziative Subtypus mit einer Überregulation, der übererregt-intrusive Typus mit einer affektiven Unterregulation einhergeht. Für die Dissoziation wird letztendlich von einer Top-down-Regulation im Sinne einer kortiko- limbischen Inhibition ausgegangen: Wird ein bestimmtes Maß an Angst erreicht bzw. überschritten, hemmt der mediale präfrontale Kortex limbische Strukturen, vor allem die Amygdala, und damit die weitere Emotionsverarbeitung. Klinisch manifestiert sich dies als veränderte bis fehlende affektive Beteiligung, die typischerweise mit Derealisation und Depersonalisation vergesellschaftet ist. Dieses neurobiologische Modell liefert zum einen überzeugende Hinweise auf die Mechanismen, die dissoziativen Symptomen zugrunde liegen, zum anderen verweist es auf die eminent wichtige Rolle intensiver aversiver Affekte als potentielle Auslöser für diese Mechanismen (Lanius et al., 2010).

2.5 Resümee und Versuch einer Integration

In der traditionsreichen Begriffsgeschichte hat es vielfältige Bemühungen hinsichtlich einer präziseren Ausdifferenzierung des Dissoziationskonstruktes gegeben. Dennoch werden weiterhin viele Aspekte kontrovers diskutiert und wird nicht zuletzt der kausale Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und traumatischen Erfahrungen in Frage gestellt (Giesbrecht & Merckelbach, 2005). Auch wenn alternative Erklärungsmodelle wichtige Erkenntnisse zu weiteren Determinanten geliefert haben, so kann aus psychotraumatologischer Perspektive kein Zweifel an dem Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation bestehen. Allerdings ist auch klar, dass dieser Zusammenhang keineswegs monokausal und insgesamt sehr komplex ist (Bremner & Marmar, 1998).

Weiterhin offen ist die Frage, ob Bewusstseinsveränderungen im Kontext von Dissoziation ein eigenständiges und von anderen dissoziativen Symptomen distinktes Syndrom darstellen oder ob diese Phänomene letztendlich eng assoziiert sind. Im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Trauma stellen Bewusstseinsveränderungen die typische Konstellation dar, so wie dies im Konzept der peritraumatischen Dissoziation ausformuliert ist.

Für ein Modell, das die verschiedenen Strömungen und Befunde weitestgehend zu integrieren versucht, erscheint zunächst die Unterscheidung zwischen dissoziativen Symptomen und Störungen als akute Zustände (*state*) im Gegensatz zu einer als Dissoziationsneigung zu bezeichnenden Prädisposition als sinnvoll. State- und Trait-Dissoziation interagieren dabei im Sinne

eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells: Während es bei einer hohen Dissoziationsneigung für die Symptomauslösung, also die Manifestation von dissoziativen Zuständen respektive Störungen, nur geringer psychosozialer Belastungen bedarf, können massive Traumatisierungen auch bei psychisch Gesunden ohne entsprechende Disposition dissoziative Phänomene hervorrufen. Zur Symptomauslösung kommt es immer dann, wenn die Belastung den individuellen Reizschutz überfordert bzw. die Reizverarbeitungskapazitäten übersteigt. Der bewusst weit gefasste Begriff der Belastung kann ein Realtrauma, aber eben auch einen interpersonellen oder intrapsychischen Konflikt betreffen. Die Dissoziation fungiert dabei – zumindest in der Akutsituation – als Möglichkeit, die mit der Belastung verbundenen aversiven Affekte nicht zu spüren bzw. über eine subjektive Dekontextualisierung die Belastung zu »bewältigen«. Gelingt diese Bewältigungsstrategie, kommt es zu einer kurzfristigen Entlastung. Qua operanter Konditionierung kann in der Fol-

ge die Schwelle für dissoziationsauslösende Hinweisreize sinken, also eine Generalisierung eintreten. Auf diese Weise beeinflusst die State-Dissoziation die Dissoziationsneigung.

Darüber hinaus wird diese Prädisposition von vielen anderen Faktoren wie genetischen Einflüssen, persönlichkeitspsychologischen Merkmalen, der individuellen Lebens- und Lerngeschichte inklusive früheren Realtraumatisierungen oder fortgesetzter emotionaler, psychischer und physischer Deprivation in vulnerablen Phasen der psychosexuellen Entwicklung sowie neurobiologischen Dysregulationen, etwa des Schlaf-Wach-Rhythmus, determiniert. Führen diese Determinanten in einem komplexen Wechselspiel zu einer hohen Dissoziationsneigung, können bereits alltägliche psychosoziale Belastungen, die eindeutig nicht als Trauma zu qualifizieren sind, dissoziative Phänomene oder gar Störungen auslösen. Abbildung 2 versucht, dieses Modell graphisch zu veranschaulichen.

Dieses Modell erlaubt es, die oben dar-

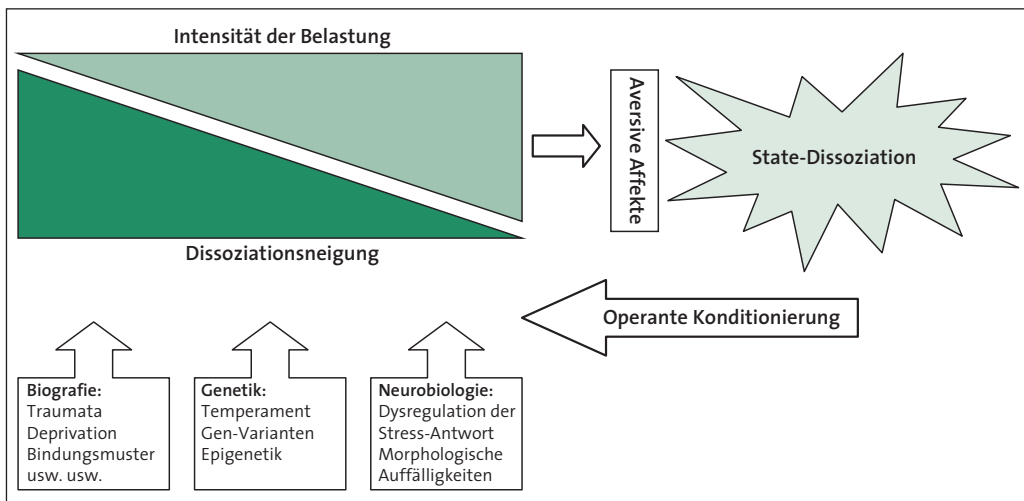


Abb. 2: Integratives Modell zur Erklärung von Trait- und State-Dissoziation

gestellten und partiell widersprüchlichen Befunde sinnvoll zu integrieren. Aus therapeutischer Sicht bietet es überdies den Vorzug, dass die Hauptschulen der Psychotherapie es mit ihrer Begrifflichkeit »füllen« und somit für den klinischen Alltag nutzbar machen können.

2.6 Literatur

- Bernstein E. M. & Putnam F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Bremner J.D. & Marmar C.R. (Hrsg.) (1998). *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cardena E. (1994). The domain of dissociation. In: Lynn S.J. & Rhue R.W. (Hrsg.). *Dissociation: Theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford Press, 15–31.
- Eckhardt-Henn A. (2004). Dissoziation als spezifische Abwehrfunktion schwerer traumatischer Erlebnisse – eine psychoanalytische Perspektive. In: Eckhardt-Henn A. & Hoffmann S.O. (2004). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. Stuttgart: Schattauer, 276–294.
- Ellenberger H.F. (2005). *Die Entdeckung des Unbewussten*. Zürich: Diogenes.
- Fiedler P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung*. 3. Aufl. Weinheim: PVU.
- Fromm E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2, 127–133.
- Giesbrecht T. & Merckelbach H. (2005). Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. Ein kritischer Überblick. *Nervenarzt*, 76, 20–27.
- Hantke L. (1999). *Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Hilgard E.R. (1974). Towards a neodissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*, 17, 301–316.
- Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W., Fearon R.P., Hunter E.C., Frasquilho F. & Oakley D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychological Review*, 25, 1–23.
- Irwin H.J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology*, 133, 157–164.
- Janet P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Kapfhammer H.P. (2004). Dissoziation und Gedächtnis als Ergebnis neurobiologisch beschreibbarer Prozesse. In: Eckhardt-Henn A. & Hoffmann S.O. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. Stuttgart: Schattauer, 9–36.
- Kapfhammer H.P. (2008). Dissoziative Störungen. In: Möller H.J., Laux G. & Kapfhammer H.P. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer, 1725–1767.
- Kihlstrom J.F. (1994). One hundred years of hysteria. In: Lynn S.J. & Rhue R.W. (Hrsg.). *Dissociation: Theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford Press, 365–394.
- 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 for 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., Steele K. & Breeman L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1138–1151.
- Lewis K.L. & Grenyer B.F. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 322–328.
- Maercker A. (1994). Peritraumatische dissoziative Erfahrungen – Fragebogen. Unveröffentlichtes Manuskript, TU Dresden.
- Marmar C.R., Weiss D.S., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Jordan K., Kulka R.A. & Hough R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and

- posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902–907.
- Nemiah J.C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation and the unconscious: Their history and current implications. In: Bremner J.D. & Marmar C.R. (Hrsg.). *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1–26.
- Ross C.A. (1997). *Multiple personality disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Spitzer C., Wrede K.H. & Freyberger H.J. (2004). Das AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion (AMDP-DK): Entwicklung einer Checkliste und erste Befunde zu ihren psychometrischen Charakteristika. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 72, 404–410.
- Spitzer C., Stieglitz R.D. & Freyberger H.J. (2005). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS)*. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Spitzer C., Barnow S., Freyberger H.J. & Grabe H.J. (2007). »Pathologische Dissoziation« – ein sinnvolles Konzept? *Trauma & Gewalt*, 1, 34–44.
- Van der Hart O. & Nijenhuis E.R.S. (2009). Dissociative disorders. In: Blaney P.H. & Millon T. (Hrsg.). *Oxford Textbook of Psychopathology*. 2. Aufl. Oxford: Oxford University Press, 452–481.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S. & Steele K. (2008). *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk B.A., Van der Hart O. & Marmar C.R. (2000). Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In: Van der Kolk B.A., McFarlane A.C. & Weisaeth L. (Hrsg.). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann, 241–261.
- Waller N.G., Putnam F.W. & Carlson E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types. A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300–321.
- Waller N.G. & Ross C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499–510.