

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
Bernert 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 Wöllner

Dissoziative Bewusstseinsstörungen

Grundlagen, Klinik, Therapie

2. Auflage

Herausgegeben von
Annegret Eckhardt-Henn
Carsten Spitzer

Mit 26 Abbildungen und 28 Tabellen

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 uninformativer und offener Ablehnung über neugierige Skepsis sowie erkenntnisreiche Kritik bis zu naiv-idealischer 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 Büchern 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 »Neuaufgabe« 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 Merkelbach, 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 Grund-

lagen, 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-Havetoftloft
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 Psychothera-
peutische 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 Psycho-
logischer Psychotherapie
Klinik für Psychosomatik und Psychothera-
peutische Medizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
68159 Mannheim
dorina.winter@zi-mannheim.de

Dr. Gustav Wirtz

SRH RPK Karlsbad GmbH
Guttmanstr. 4
76307 Karlsbad
gustav.wirtz@rpk.srh.de

PD Dr. Wolfgang Wöller

Krankenhaus für Psychosomatische Medi-
zin 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
	<i>Onno Van der Hart</i>	
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
	<i>Sven Olaf Hoffmann und Annegret Eckhardt-Henn</i>	
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
	<i>Eckhard Frick</i>	
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
	<i>Eva Rass, Carsten Spitzer und Allan N. Schore</i>	
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 Verwirrheitszustände 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 Beschwerdvalidierungstests 208

14.3 Interpretation des Zusammenhanges 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	21.6	Konstellationsmuster epileptischer Störungen mit dissoziativen Störungen	305
19.5	Ich und Selbst im spirituellen Kontext	274	21.7	Abschließende differenzialdiagnostische und -therapeutische Überlegungen	306
19.6	Zusammenfassung	276	21.8	Anhang: Transkriptionskonventionen	309
20	Dissoziative Anfälle	279	22	Die Dissoziative Identitätsstörung	310
	<i>Annegret Eckhardt-Henn und Carsten Spitzer</i>			<i>Ursula Gast</i>	
20.1	Einleitung	279	22.1	Einleitung	310
20.2	Klinisches Bild und diagnostische Kriterien	279	22.2	Beschreibung des Krankheitsbilds	311
20.3	Klassifikation	283	22.3	Geschichtlicher Rückblick	314
20.4	Differenzialdiagnose	284	22.4	Entwicklung der Definitionskriterien	317
20.5	Epidemiologie, Verlauf und Prognose	286	22.5	Theorien zum Entstehen der DIS	321
20.6	Ätiopathogenese	287	22.6	Prävalenz Dissoziativer Identitätsstörungen	325
20.7	Behandlung	289	22.7	Dissoziierte Persönlichkeitsanteile	325
21	Zur differenzialdiagnostischen und -therapeutischen Bedeutung diskursiver Stile bei dissoziativen versus epileptischen Patienten	293	22.8	Diagnosestellung	327
	<i>Martin Schöndienst</i>		22.9	Das Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen	330
21.1	Einleitung	293	22.10	Durchführung und Anwendung des SKID-D	331
21.2	Risiken des Verwechslens und Möglichkeiten der Unterscheidung epileptischer und dissoziativer Anfälle	294	22.11	Zusammenfassung	335
21.3	Linguistische Gesprächsanalyse als differenzial-diagnostisches Verfahren	295	23	Depersonalisation und Derealisation	342
21.4	Besonderheiten des Beschreibens psychopathologischer Veränderungen durch Epilepsie- bzw. Dissoziationspatienten	301		<i>Matthias Michal</i>	
21.5	Aspekte hirnfunktioneller Substrate epileptischer bzw. dissoziativer Störungen	303	23.1	Abgrenzung Depersonalisation/ Derealisation von dissoziativen Symptomen	342

23.2	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	344
23.3	Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom/ die Depersonalisations-Derealisationstörung	345
24	Atypische Formen (Ganser-Syndrom und Pseudologia phantastica)	357
	<i>Gerhard Dammann</i>	
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
	<i>Romuald Brunner</i>	
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
	<i>Anika Sierk, Antje Manthey und Judith K. Daniels</i>	
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
	<i>Wolfgang Wöller und Helga Mattheß</i>	
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
	<i>Christel Lüdecke</i>	
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 Perideliktsche Dissoziation 444

30.6 Tatbezogene Amnesien 446

30.7 Therapeutische Aspekte 447

III. Therapie

31 Akuttherapie und Stabilisierung – Krisenintervention traumatheapeutischer 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	35.4	Unterscheidung zwischen peritraumatischer Dissoziation und bleibender dissoziativer Störung	519
33.9	Grenzen der psychodynamischen Techniken	499	35.5	Anwendung von EMDR in Phase 1: Stabilisierung	520
33.10	Zusammenfassung und Ausblick . .	501	35.6	Anwendung von EMDR in der Phase 2: Traumasynthese	522
34	Körperpsychotherapie	505	35.7	Anwendung von EMDR in der Phase 3: Persönlichkeitsintegration und adaptive Alltagsbewältigung	524
	<i>Sina Niermann</i>		36	Pharmakotherapie	526
34.1	Körperpsychotherapie – Körpertherapie	505		<i>Wiebke Pape</i>	
34.2	Mototherapie als entwicklungsfördernde Körperpsychotherapie.	506	36.1	Beeinflussung dissoziativer Mechanismen.	526
34.3	Mototherapie als körperpsychotherapeutisches Verfahren bei dissoziativen Störungen	507	36.2	Behandlung komorbider Störungen	528
35	EMDR und Dissoziation	518	36.3	Substanzbedingte Induktion von Dissoziationen	531
	<i>Franz Ebner und Karla Schmidt-Riese</i>		36.4	Ausblick	532
35.1	EMDR und Dissoziation – eine besondere Verflechtung	518	Sachverzeichnis		535
35.2	Mögliche Erklärungen dieser Auswirkungen von EMDR	519			
35.3	Anwendung von EMDR bei Patienten mit dissoziativer Störung	519			

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 Hart¹

Jeanne Fery war eine 25-jährige Dominikaner Nonne, 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 beschriebenen 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 Félicité 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 vereint 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 Puysegur, 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 (Merksy 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 Férida 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 ver-

steht, 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 »Persönlichkeitspaltung« 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 dargestellt (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 Janet's 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 Janet's« 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 Wachbewusstseins² (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

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

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 Bewusstseinsystemen 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