

Senf-Beckenbach

THERAPIE-TOOLS



Dissoziation



 Online-Material auf
psychotherapie.tools

Prof. Dr. med. habil. Philine Senf-Beckenbach
Professur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
MSB Medical School Berlin • Hochschule für Gesundheit und Medizin
Rüdesheimer Straße 50, 14197 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29121-7 Print
ISBN 978-3-621-29122-4 E-Book (PDF)

1. Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Oberdorfer
Herstellung: Sonja Droste
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Übersicht über die Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	8
1 Einführung	10
1.1 Eine traditionsreiche Krankheit: Historisches zum Krankheitskonzept dissoziativer Störungen	10
1.2 Neurobiologische Grundlagen der Dissoziation: aktueller Kenntnisstand und Forschungsbereiche	13
1.3 Ist Dissoziation immer reaktiv? Akut- und Komplextrauma in Zusammenhang mit Dissoziation	15
1.4 Bindung: fehlende Bindungskompetenz als zentrales Element bei der Entstehung von Dissoziation	17
1.5 Emotion: Schwierigkeiten in der Emotionswahrnehmung und -regulation bei dissoziativen Störungen	18
1.6 Psychodynamik der Dissoziation: die unbewusste Inszenierung	19
1.7 Klassifikation der Dissoziation und Leitlinien der Behandlung	21
1.8 Klinisches Bild und ätiologisches Modell	22
1.9 Einsatz der Übungen	24
2 Einteilung von Dissoziation: Erläuterung	26
2.1 Klinisch-phänomenologisch: Dissoziation auf körperlicher und psychischer Ebene	26
2.2 Klinisch-phänomenologisch: paroxysmale und chronische Dissoziation	26
2.3 Ätiologisch: Akuttrauma	28
2.4 Ätiologisch: Strukturniveau (integriert und desintegriert)	28
3 Dissoziation auf körperlicher Ebene	37
4 Dissoziation auf psychischer Ebene	112
Literatur	142

Übersicht über die Arbeits- und Informationsblätter

2	Einteilung von Dissoziation: Erläuterung	26
INFO 1	Desintegriertes / gering integriertes Strukturniveau	32
INFO 2	Integriertes Strukturniveau	34
INFO 3	Sonderform Akuttrauma	36
3	Dissoziation auf körperlicher Ebene	37
INFO 4	Dissoziation auf körperlicher Ebene, paroxysmale Form, bei Akuttrauma	45
INFO 5	Dissoziation auf körperlicher Ebene, paroxysmale Form, integriertes Strukturniveau	47
INFO 6	Dissoziation auf körperlicher Ebene, paroxysmale Form, desintegriertes Strukturniveau	49
INFO 7	Dissoziation auf körperlicher Ebene, chronische Form, bei Akuttrauma	51
INFO 8	Dissoziation auf körperlicher Ebene, chronische Form, integriertes Strukturniveau	52
INFO 9	Dissoziation auf körperlicher Ebene, chronische Form, desintegriertes Strukturniveau	54
AB 1	5-4-3-2-1-Übung	56
AB 2	Die »Versorge-einen-geliebten-Menschen«-Übung	58
AB 3	Entkatastrophisierung	59
INFO 10	Allgemeines zum Umgang mit Gefühlen bei dissoziativen Störungen	63
AB 4	Gefühle sammeln und Gefühle halten	67
AB 5	Bewegung und Gegenbewegung	69
AB 6	In Balance bleiben	70
AB 7	Schlappohren und Spitzohren	73
AB 8	Augenübung	75
AB 9	Storytelling	78
AB 10	Entkatastrophisierung für das Umfeld	81
AB 11	Dissoziation malen	85
AB 12	Spiel der Emotionen	86
AB 13	Arbeit mit Triggern	88
AB 14	Arbeit mit Skills	89
AB 15	Lautstärke regulieren	90
AB 16	Reiz und Gegenreiz	91
AB 17	Dekonditionierung	93
AB 18	Was will mir mein Symptom sagen?	95
AB 19	Realselbst und Idealselbst	98
AB 20	Mit Scham arbeiten	100
AB 21	Arbeit mit kognitiver Kontrolle: Imagination Bergsee	102
AB 22	Etwas gleichzeitig wissen und nicht wissen	104
AB 23	Entkatastrophisierung und Annahme	107
AB 24	Symptomtagebuch	110

4	Dissoziation auf psychischer Ebene	112
INFO 11	Dissoziation auf psychischer Ebene, paroxysmale Form, bei Akuttrauma	119
INFO 12	Dissoziation auf psychischer Ebene, paroxysmale Form, integriertes Strukturniveau	120
INFO 13	Dissoziation auf psychischer Ebene, paroxysmale Form, desintegriertes Strukturniveau	122
INFO 14	Dissoziation auf psychischer Ebene, chronische Form, mit Akuttrauma	124
INFO 15	Dissoziation auf psychischer Ebene, chronische Form, integriertes Strukturniveau	125
INFO 16	Dissoziation auf psychischer Ebene, chronische Form, desintegriertes Strukturniveau	127
AB 25	Konzentrieren auf den Zwischenraum	129
AB 26	Bewusstes Atmen	130
AB 27	Angst vor der eigenen Fantasie	131
AB 28	Das Schneckenhaus	133
AB 29	Reiz und Gegenreiz 2.0	134
AB 30	Der »gute Ort«: Wo möchte ich sein?	135
AB 31	Körper und Geist	136
AB 32	Ball-Übung	137
AB 33	Symptomtagebuch	138
AB 34	Schaukel-Übung	140
AB 35	Blütenblätter-Übung	141

Vorwort

Dissoziative Störungen sind in den letzten Jahren stark in das Bewusstsein sowohl auf wissenschaftlicher als auch auf klinischer Ebene gerückt. Vor allem innerhalb der Neurologie, aber auch im Kontext von Traumafolge-Erkrankungen, wurde das Thema dissoziativer Störungen zu einem »Trendthema«. Allerdings ist das Krankheitsbild alles andere als neuartig, im Gegenteil: Es handelt sich wohl um eine der Krankheiten, von der einer der ältesten dokumentierten Befunde existieren (Zaudig, 2016).

Ich persönlich kam zum ersten Mal in Kontakt mit dissoziativen Störungen in Form von dissoziativen Anfällen, einer körperlichen Unterform dissoziativer Störungen. Ich habe in meiner Facharztausbildung für Neurologie in einem Berliner Krankenhaus gearbeitet, welches ein integriertes Epilepsiezentrum mit spezieller Ausstattung (Langzeit-Video-Elektroenzephalografie-Station) enthielt. Im Rahmen meiner täglichen klinischen Arbeit kam ich hier ungeahnt häufig in Berührung mit Menschen, welche zwar an Anfällen litten, die den epileptischen Anfällen sehr ähnlich sahen, welche aber keine die Beschwerden erklärenden körperlichen Befunde aufwiesen. In allen Untersuchungen, die wir anstellten, zeigten sich unauffällige Befunde, was der regen Anfallstätigkeit der Betroffenen keinen Abbruch tat. Im Gegenteil, häufig waren es genau diese Patienten, die intensive, langanhaltende Anfälle hatten. Als Neurologin fühlte ich mich damals in meinen ersten Ausbildungsjahren oft hilflos, denn die »Waffen«, welche ich zur Verfügung hatte, um Menschen in der Not zu helfen (z. B. Medikamente), halfen bei diesen Patienten nicht.

Dies ließ mich oft in einem emotional schwierigen Zustand gegenüber diesen Patienten verharren: zum einen voller Bedauern bei der Schwere der Symptomatik, zum anderen aber auch in einem seltsam gekränkten Zustand, denn die Patienten schienen sich meinen Heilungsversuchen zu widersetzen und »wollten einfach nicht gesund werden«, so schien es mir. In Gesprächen fielen häufig Sätze wie: »Wir haben gute Nachrichten, wir haben nichts gefunden! Sie sind gesund!«, was die Betroffenen jedoch überhaupt nicht freute, sondern – im Gegenteil – die Symptomatik häufig verstärkte oder ihr eine andere Qualität verlieh.

Mit meinem heutigen Wissen, welches ich in meinem zweiten Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erwarb, kann ich besser einschätzen, dass ebendiese Dynamik typisch für das Krankheitsbild ist, und dass es ganz sicher damals auch meiner kommunikativen Naivität und Unerfahrenheit geschuldet war, dass ich den Patienten nicht helfen konnte, sondern im Gegenteil den Heilungsprozess sogar eher verkomplizierte, in dem ich ihnen ihr Leid absprach.

Ich habe mich auf meinem weiteren beruflichen Weg intensiv wissenschaftlich sowie klinisch mit dem Krankheitsbild der dissoziativen Störungen auseinandergesetzt. Über 10 Jahre leitete ich eine Spezialambulanz für Menschen mit dissoziativen Störungen in Berlin. Hier hatte ich die Gelegenheit, mich intensiv mit den klinischen Herausforderungen dieses Krankheitsbildes zu beschäftigen. In einem strukturierten Gruppenbehandlungsprogramm für Menschen mit dissoziativen Anfällen publizierte meine Arbeitsgruppe bereits einen Teil dieser Arbeit (Senf-Beckenbach et al., 2022).

Im vorliegenden Buch möchte ich nun noch weitergehen und hoffe, dass ich sowohl neurologisch wie auch psychosomatisch-psychotherapeutisch arbeitende Kolleginnen und Kollegen erreichen und ihnen für die Arbeit mit Menschen, die an dissoziativen Störungen leiden, hilfreiche Werkzeuge mitgeben kann. Leider ist die Versorgungsrealität für Menschen mit dissoziativen Störungen nicht gut. Ich hoffe, dass das vorliegende Buch mit seinen Materialien dazu beiträgt, die Therapieangebote für Menschen mit dissoziativen Störungen zu verbessern.

An wen richtet sich das Buch?

Das Buch richtet sich zunächst an alle Fachgruppen, die in Berührung mit Menschen kommen, die an dissoziativen Störungen leiden. In erster Linie sind hier Psychotherapeuten angesprochen, die in ihrer therapeutischen Arbeit Bereicherung und Material zum Umgang mit dissoziativen Störungen suchen.

Weiterhin kann das Buch auch Ärzten Impulse geben, die in der somatischen Medizin mit Menschen mit dissoziativen Störungen arbeiten. Dies betrifft vor allem die körperliche Dissoziation (z. B. Anfälle oder Bewegungsstörungen), da Menschen mit diesen Störungen primär in der somatischen Medizin (vor allem der Neurologie) behandelt werden. Inzwischen wurden bereits einige therapeutische Konzepte für diese Störungsbilder etabliert, die direkt innerhalb der Neurologie entstanden sind und auch hier durchgeführt werden. Für Berufsgruppen, die in diesen Zusammenhängen arbeiten, kann das Buch ebenfalls eine Bereicherung sein, und die innerhalb der Neurologie entwickelten Therapiekonzepte sind integraler Bestandteil des vorliegenden Buches.

Weiterhin sind alle Berufsgruppen im medizinischen Bereich angesprochen, die in den körpertherapeutischen Methoden arbeiten (Physiotherapie, manuelle Medizin, Heilpraktiker, Logo- und Ergotherapeuten u. a.) und die sporadisch oder regelmäßig mit Menschen zu tun haben, die an dissoziativen Störungen leiden.

Wichtig: Eine rein selbstgesteuerte Durchführung der Übungen, ohne dass eine psychotherapeutische Begleitbehandlung besteht, birgt Risiken und kann Nebenwirkungen auslösen. Weiterhin ersetzt dieses Buch keine psychotherapeutische Behandlung oder anderweitige medizinische Therapie. Es kann eine solche lediglich ergänzen. Eingesetzt als eine Ergänzung ist nicht ausgeschlossen, dass Betroffene in laufender Psychotherapie und / oder mit Therapievorerfahrung das Buch nutzen können, um psychoedukativ damit zu arbeiten.

Zusammenfassend sind dissoziative Störungen gleichzeitig eine große klinisch-therapeutische Herausforderung und auch ein faszinierendes, abwechslungsreiches Krankheitsbild. Die Heterogenität der Symptomatik und die unterschiedliche Ätiologie bedingen, dass die Dissoziation seit Jahrhunderten intensiver Gegenstand der Forschung ist. Bis heute sind viele Mechanismen unverstanden.

Das vorliegende Buch soll motivieren, Menschen mit dissoziativen Störungen in Behandlung zu nehmen, und damit die Hürden, die immer noch viele im Umgang mit diesem Krankheitsbild haben, mehr und mehr zu überwinden.

Berlin, im Herbst 2024

Philine Senf-Beckenbach

1 Einführung

1.1 Eine traditionsreiche Krankheit: Historisches zum Krankheitskonzept dissoziativer Störungen

Die historische Entwicklung dissoziativer Störungen ist eng mit dem Begriff und Krankheitsbild der »Hysterie« verwoben, und die Kulturgeschichte des Krankheitsbildes der Hysterie geht sehr weit zurück: Es gibt bereits aus der altägyptischen Zeit Dokumente, welche das Auftreten unklarer Körperbeschwerden im Kontext einer Erkrankung, welche damals schon als »Hysterie« bezeichnet wurde, beschreiben, und allgemein gilt die Hysterie als eine der ältesten beobachtbaren psychischen Störungen (Zaudig, 2016).

In der Antike: Der Befall des Körpers durch »böse Mächte«

Bei Platon liest man das berühmt gewordene Zitat aus »Timaios«, welches eine damals verbreitete und akzeptierte Krankheitsätiologie für die »hysterischen« Symptome darstellte, welche vorrangig Frauen zu befallen schienen: »Die Gebärmutter ist ein Tier, das glühend nach Kindern verlangt. Bleibt dasselbe nach der Pubertät lange unfruchtbar, so erzürnt es sich, durchzieht den ganzen Körper, verstopft die Luftwege, hemmt die Atmung und drängt auf diese Weise den Körper in die größten Gefahren und erzeugt allerlei Krankheiten« (www.opera-platonis.de). Die »hysterischen Symptome« (Hystera = Gebärmutter) wurde hier – frei interpretiert – im Kontext der abdominellen Beschwerden menstruierender Frauen verstanden, und hier besonders als Ausdruck schmerzhafter, verkörperter Wünsche nach einer Schwangerschaft.

Galenus von Pergamon war dann der Erste, der schriftlich die damals vorherrschende Idee der wandernden Gebärmutter verwarf (Zaudig, 2016). Im Mittelalter nahm die Geschichte eine weitere dramatische Wendung: Dissoziative Körperbeschwerden wurden damals zunehmend in einem religiös-ideologisierten Kontext als ein Befall des Körpers durch böse Mächte verstanden (Engel, 1977).

Bis heute halten sich Ideen vom »Befall« des Körpers mit einer bösen, von außen kommenden Macht. Dieses Narrativ wurde zum Beispiel vielfach im Fantasy-Genre aufgegriffen, z. B. in der erfolgreichen Netflix-Serie »Stranger Things«, in der der Protagonist von einer geheimnisvollen, bösen Macht befallen ist und bei Ausbruch der Macht unter unheimlichen Symptomen, die sehr stark an epileptische Anfälle erinnern, leidet. Aber auch erfolgreiche Geschichten wie »Harry Potter« von J. K. Rowling arbeiten mit dem Medium des »Befalls von außen«. Diese Fantasien liegen insofern nahe, als die Dissoziation phänomenologisch oft »wie von außen« über einen Menschen hereinbricht, wenn dieser unter Stress steht.

■ Wichtig

Diese Idee des unwillkürlichen »Befalls« Betroffener durch die Dissoziation ist manchmal auch Bestandteil der Selbstkonzepte betroffener Patienten und Patientinnen (Befall/Kontamination mit etwas »Bösem« von außen) und betont das Gefühl der Hilflosigkeit bzw. des Ausgeliefertseins gegenüber einem nicht kontrollierbaren Phänomen.

Um die Jahrhundertwende: Dissoziation und »Hysterie«

Der Psychiater Pierre Janet (1859–1947) prägte als einer der ersten den Begriff der »Dissoziation«. Er beschrieb die klinischen Vorgänge als einen Abwehrmechanismus des psychischen Apparates, der sich durch »Abspaltung / Abtrennung« (dissociare = abspalten / abtrennen) psychischer Informationen darstellt. Dieser psychische Mechanismus setzt seiner Theorie zufolge dann ein, wenn die strukturelle Belastungsgrenze des psychischen Apparats erreicht ist. Bis heute ist Janets Definition von Dissoziation gültig und wurde vor allem durch die traumaassoziierte Forschung weiter ausgebaut.

Um 1900 herum erlebte die »Hysterie« eine Phase starker Popularität und Präsenz in der damaligen Gesellschaft, vor allem in Europa mit Zentrum Paris. Aufgrund multikausaler Gründe erkrankten damals in kurzer Zeit sehr viele Menschen, vor allem junge Frauen, an dem Krankheitsbild (im Sinne einer »Modekrankheit«). Der Neurologe Jean-Martin Charcot beschäftigte sich zu dieser Zeit mit der Erkrankung und versuchte, eine Systematik dahinter zu finden, die auf eine neurologische Ursache schließen ließ. Da ihm dies jedoch nicht gelang, konstatierte er selbst, dass es sich um eine Störung der »Befindlichkeit« handeln müsse.

Sigmund Freud, selbst Schüler bei Charcot, entwickelte anhand seiner Fallstudien an »Hysterie«-Patientinnen seine »Studien über Hysterie«, welche u. a. die Grundlage für die westliche Psychologie gelegt haben, so wie wir sie heute kennen und anwenden. Wohingegen Freud eher die endogenen Ursachen für pathologische psychische Abwehrmechanismen im Blick hatte (erfolgreiche Integration der angeborenen Triebimpulse), so betonte Janet schon früh vor allem die psychosozialen Umwelteinflüsse (exogene Faktoren wie traumatische Erlebnisse). Auch in Bezug auf die Rolle des Sexuellen argumentierte Janet bereits gegenüber Freud, dass vor allem die traumatisch erlebte Sexualität im Kontext von Gewalt und Missbrauch entscheidend sei, weniger die verdrängten sexuellen Wünsche, wie Freud annahm (Britten, 2023).

20. Jahrhundert: ein neues Krankheitsverständnis

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Medizin rasant. Vor allem im Bereich der Stressforschung entstand ein neues Verständnis von *Erkrankung*, in welches sowohl psychische als auch körperliche Symptome und Veränderungen mit einbezogen wurden.

Der Arzt und Forscher Hans Selye (1907–1982) gilt als »Pionier der Stressforschung« und prägte mit seinen Experimenten zu adaptiven Mechanismen des Körpersystems unter emotionalen Belastungen im Tiermodell eine ganze Generation von Forschenden, die sich mit dem Thema der Psychoneuroendokrinologie / Psychoneuroimmunologie auseinandersetzten. Er beschrieb den Begriff »Stress« als Erster in einem medizinisch-wissenschaftlichen Kontext und definierte die inzwischen gebräuchlichen Begriffe »Eustress« und »Distress«. Weiterhin beschrieb er die Rolle der »Hypothalamus-Pituitary-Adrenalin-Achse« (HPA-Achse) als Erster im Zusammenhang mit psychovegetativen Reaktionen auf externe Stressreize. Seit den 1960er-Jahren wurde sein Konzept in der akademischen Psychologie weiter ausgebaut, innerhalb der Populärwissenschaft wurden die von ihm geprägten Begriffe weitreichend bekannt und ubiquitär eingesetzt (Romer, 2013). U.a. durch die Arbeit von Harold G. Wolff (1898–1962) wurde zunehmend der soziale Einfluss, d. h. die erlebten Erfahrungen des Individuums innerhalb sozialer Strukturen und Gesellschaften, auf die Entstehung von Krankheit mit in die Überlegungen einbezogen. Wolff äußerte in seinen Arbeiten bereits grundlegende Gedanken zum »Leib-Seele«-Thema, indem er konstatierte, dass die Trennung von Körper und Seele nicht mehr haltbar sei, da psychische Belastungen direkte Auswirkungen auf körperliche Funktionen haben (Romer, 2013). Damit war er ein wichtiger Vordenker der psychosomatischen Medizin. Die folgenden Jahrzehnte brachten vor allem fortschreitende Forschungstätigkeiten im Bereich der Traumafolgestörungen mit einem zunehmenden Interesse an sogenannten »live events«, aber auch an chronischen traumatischen Belastungen. In diesem Zusammenhang wurde auch der Begriff der »strukturellen Dissoziation« geprägt, u. a. von der Arbeitsgruppe um Ruth Lanius (2010).

Das biopsychosoziale Modell, welches im Kontext dieser Forschung 1977 von Engel entworfen wurde, ist bis heute die wichtigste theoretische Grundlage der psychosomatischen Medizin (Engel, 1977, s. Abb. 1.1).

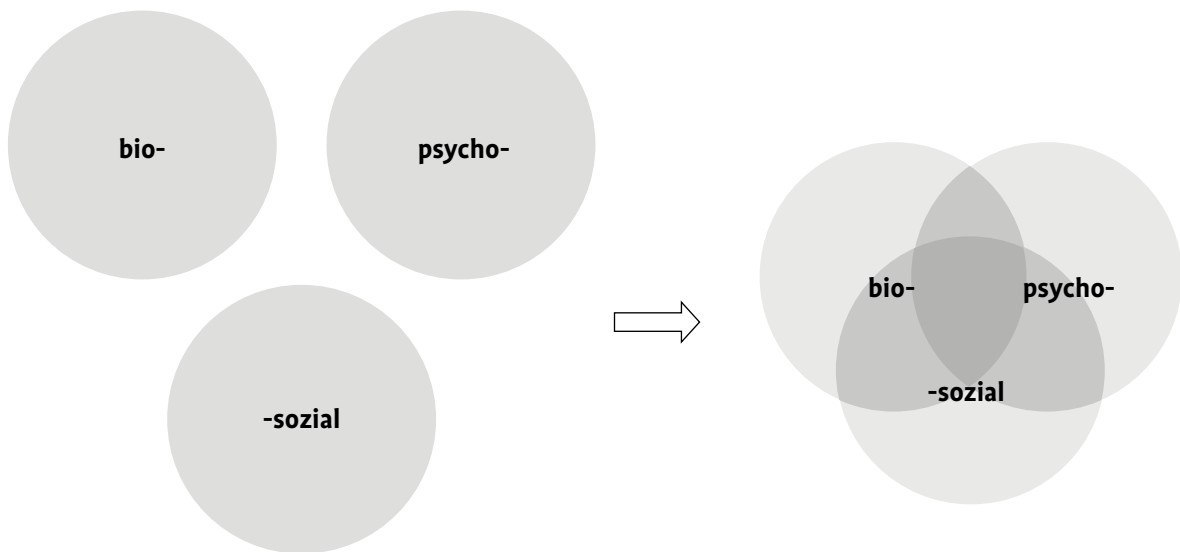


Abbildung 1.1 Adaption des biopsychosozialen Modells von Henningsen (2024), nach Engel (1977)

Derek Bolton diskutiert 2022 die vor uns liegende »Dekade des biopsychosozialen Modells« (Bolton, 2022) und bringt damit die weitreichende Bedeutung dieses Modells zum Ausdruck, indem er konstatiert, dass die »eigentliche« Forschung zum multiätiologischen Krankheitsverständnis erst jetzt losgeht, unter Einbezug aller nun vorhandenen methodischen und technischen Möglichkeiten. Hier sind vor allem die jüngeren Wissenschaftszweige der Bildgebungsstudien, der epigenetischen Forschung sowie der erweiterten psychovegetativen Stressforschung im Kontext von Psychoneuroendokrinologie und Psychoneuroimmunologie zu nennen, welche sich alle u. a. mit der Entstehung und Symptomatik dissoziativer Störungen auseinandersetzen. Hier ist die Arbeitsgruppe um Selma Aybek (Aybek et al., 2024) hervorzuheben.

Aktuell befindet sich das von Engel in den 1970er-Jahren begründete biopsychosoziale Modell innerhalb der psychosomatischen Medizin wiederum zunehmend in einer Neuausrichtung, welche die Verschmelzung der Einflussfaktoren und das Zusammenwachsen der körperlichen und psychischen Aspekte weiterdenkt (Williamson, 2022).

■ Fazit

Es kann somit festgehalten werden, dass dissoziative Störungen bereits seit über 100 Jahren eine wesentliche Rolle innerhalb der psychologisch-neurowissenschaftlich orientierten Forschungsaktivitäten darstellen und darüber hinaus bis heute wissenschaftliche Fragestellungen prägen.

1.2 Neurobiologische Grundlagen der Dissoziation: aktueller Kenntnisstand und Forschungsbereiche

Nach der ursprünglichen Theorie zum Verständnis dissoziativer Phänomene, welche auf Janet zurückgeht (Britten, 2023), ist Dissoziation ein Abwehrmechanismus, der von der menschlichen Psyche zur Bewältigung von Überforderung und/ oder Systemstress eingesetzt wird. Dabei läuft die Anwendung meist unbewusst ab, d. h., das System »schaltet« die Abwehr als eine Art Notprogramm ein, wenn es sich überfordert fühlt. In den letzten Jahrzehnten wurden die Kenntnisse in Bezug auf dieses »Notprogramm« der Dissoziation differenzierter: Es wurde deutlich, dass die von Janet erstmalig postulierten traumatischen Erfahrungen zentral in der Entstehung dissoziativer Störungen sind. Dieser Zusammenhang zwischen dissoziativen Störungen und traumatischen Erfahrungen wurde in vielen Studien untersucht, wobei hier verschiedene Bereiche im Fokus standen:

- ▶ Evolutionsbiologie
- ▶ Gehirnmorphologie
- ▶ Stressphysiologie
- ▶ Genetik
- ▶ Mikrobiom

Diese werden im Folgenden kurz zusammengefasst, um einen Überblick zu vermitteln.

■ Wichtig

Dissoziation ist ein Abwehrmechanismus, der von der menschlichen Psyche zur Bewältigung von Überforderung oder Systemstress eingesetzt wird.

Allgemeine Evolutionsbiologie: Was wir über die Gehirnentwicklung und die Entstehung dissoziativer Störungen wissen

Wir erfahren bereits aus der neurowissenschaftlichen und evolutionsbiologischen Forschung, dass das menschliche Gehirn sich zum Zeitpunkt der Geburt in einem unvollständig ausgereiften Zustand befindet. Vor allem das Präfrontalhirn ist zum Geburtszeitpunkt noch nicht entwickelt, seine Ausreifung hält mindestens bis zum 21. Lebensjahr an, ist aber wahrscheinlich über die gesamte Lebensspanne nie ganz abgeschlossen (von Cramon, 2007). Bei Geburt enthält das menschliche Gehirn zwar bereits 100 Milliarden Nervenzellen, diese sind aber noch nicht ummantelt und gebündelt. Man kann es sich also wie »lose Kabel« vorstellen, die zwar Strom leiten und das auch schon tun, aber noch in einer chaotischen, unsystematischen Art und Weise. Auch die sogenannten Synapsen, also die Verbindungen zwischen den Nervenzellen, sind noch nicht vorhanden. Aber gerade die Synapsen sind entscheidend für die Entstehung sogenannter funktionaler Netzwerke. Und diese Netzwerke sind es dann letztendlich, die uns die Welt so erlebbar machen, wie es für uns als »ausgereifte« Menschen der Fall ist.

Es gibt eine Vielzahl anderer neurowissenschaftlicher Forschungsfelder, die auf spannende Weise die psychodynamische Theorie widerspiegeln, etwa die Bindungstheorie für die frühen Entwicklungsphasen sowie die Entstehung der »Theory of Mind« als Basis für die Empathiefähigkeit, welche sich mit der triadischen/ triangulatorischen Entwicklung in der sogenannten »ödipalen Phase« (nach Sigmund Freud) inhaltlich sehr stark widerspiegelt. Die nachfolgenden Überlegungen zur Entstehung dissoziativer Störungen im Hinblick auf den Einfluss kindlicher Erfahrungen können besser verstanden und eingeordnet werden, wenn man sich die zentrale Bedeutung kindlicher Prägung auch auf neurobiologischer Ebene vor Augen führt. Im Folgenden werden die Erkenntnisse der Bildgebungsstudien, der psychophysiologischen Stressforschung, der Bindungsforschung sowie der Emotionsforschung grob zusammengefasst und in Zusammenhang mit der Entstehung dissoziativer Störungen gebracht.

Gehirnmorphologie: Bildgebungsstudien

Inzwischen gibt es eine Vielzahl an Studien, welche auf morphologischer Ebene mithilfe von Bildgebungsverfahren die zentralnervösen Vorgänge bei dissoziativen Symptomen darstellen. Hier sind vor allem die Arbeiten der Psychiaterin Ruth Lanius hervorzuheben, die in Zusammenarbeit mit anderen Forschenden den Begriff der »strukturellen Dissoziation« prägte (Lanius et al., 2010). In diesen Studien zeigte sich, dass es beim Zustand der akuten Dissoziation im Gehirn der Betroffenen zu einer Down-Regulation der Hirnareale im limbischen System kommt, die für affektive Reaktionen / Emotionen zuständig sind (Amygdala). Im Gegensatz dazu kommt es zeitgleich zu einer Up-Regulation (höherer Blutfluss) der Areale, die für die kognitive Steuerung und die Exekutive / Kontrolle (»Vernunft«) zuständig sind, vor allem lokalisiert im Frontalhirn. Hieraus schlussfolgerte man eine Überregulation kontrollierender, hemmender Funktionen gegenüber den traumatisch besetzten und damit bedrohlichen Gefühlen, welche im Moment einer dissoziativen Reaktion abgespalten werden. Hier ergänzt sich das neurobiologische Modell wieder mit dem historischen Modell von Janet (Strukturmodell: Bedrohliches Gefühl überfordert das System und wird abgespalten).

Weiterhin ist die Arbeitsgruppe um Selma Aybek (Aybek et al., 2014) zu nennen, welche durch die Untersuchung von Probanden mit Traumafolgestörungen und dissoziativen Symptomen unter bestimmten Paradigmen wichtige Erkenntnisse erlangen konnte, indem der Nachweis einer Unterdrückung emotionaler Inhalte (im limbischen System) durch eine erhöhte Aktivierung frontaler (kognitibewusster) Funktionen (kognitive Kontrolle) bei Menschen mit traumatisch besetzten Erinnerungen nachweisbar war (im Gegensatz zu gesunden Probanden). Dieser Vorgang war verknüpft mit einer erhöhten Aktivität in Arealen für motorische Bewegungsplanung. Die Betroffenen zeigten symptomatisch dissoziative Symptome auf körperlicher Ebene. Hier wurde somit bildmorphologisch dargestellt, dass die Unterdrückung einer Emotion durch eine gesteigerte kognitive Anstrengung zu einer »Ersatzbewegung« führt. Dieser Vorgang entspricht im Wesentlichen der Konversionstheorie von Sigmund Freud (Konversion eines verdrängten, bedrohlichen Inhalts in ein Körpersymptom).

Stressphysiologie: Psychoneuroendokrinologie

Das Stress-System spielt in der gesamten Forschung zur Ätiologie psychischer Erkrankungen eine große Rolle. In Bezug auf dissoziative Störungen gibt es ebenfalls eine steigende Anzahl an Forschungsergebnissen zu diesem Thema. In einer neueren Studie, die den Stand der Forschung zusammenfasst, wurde ein erhöhter Cortisolspiegel in Zusammenhang mit einer höheren Symptombelastung (Dissoziation auf körperlicher Ebene) gebracht (Weber et al., 2024).

Im Kontext der Traumaforschung rund um das neurobiologische Stresssystem sind auch einzelne Forschungsfragen zur Rolle des Opioidsystems im Kontext von Traumafolgestress und dissoziativen Symptomen gestellt worden. Leconte et al. (2022) fassen diese Forschungsfragen zusammen und erläutern, inwieweit das Opioidsystem mit seinen Rezeptoren Einfluss auf die Entstehung Posttraumatischer Belastungsstörungen und assoziierten dissoziativen Symptomen nimmt: Das Opioid-Neuropeptid Dynorphin (DYN) zum Beispiel gilt als einer der stärksten negativen Modulatoren der Dopamin-Signalübertragung, insbesondere in Gehirnstrukturen, die sowohl an Belohnungs- als auch an Angstschaltkreisen beteiligt sind. Der Kappa-Opioidrezeptor (KOR) wirkt als inhibitorischer Heterorezeptor auf Serotonin-Neuronen. Darüber hinaus erfolgt eine Kreuzregulierung des DYN / KOR-Systems mit dem Corticotropin-Releasing-Faktor im Gehirn. Nach traumatischen, stressinduzierenden Erlebnissen nimmt die Funktion dieses spezifischen Opioidsystems und ihren Liganden zu, was mit erhöhter Wahrscheinlichkeit des Auftretens dissoziativer Symptome korreliert (Leconte et al., 2022).

Fazit

Die pharmakologische Beeinflussung des DYN / KOR-Systems ist ein vielversprechendes potenzielles Feld zur Behandlung posttraumatischer Störungen und assoziierter dissoziativer Symptome.

Genetik: Epigenetische Prägung im Kontext von dissoziativen Störungen

Es gibt inzwischen eine Vielzahl intensiver Forschungsbemühungen, welche die plastischen Anteile von Genen (sogenannte Epigenetik) im Hinblick auf pränatale und frühkindliche Prägungen und deren Auswirkungen auf die Entstehung späterer Psychopathologie untersuchen. Aus der Vielzahl untersuchter Gene wurde bisher vor allem das FK506-Bindungsprotein-5-Gen (FKBP5) in Bezug auf dissoziative Störungen untersucht (Yaylaci et al., 2017; Asadi-Pooya et al., 2023), wobei sich in den bisherigen Studien zeigte, dass die Entwicklung einer psychischen Erkrankung (einschließlich dissoziativer Symptome) in Folge eines Kindheitstraumas mit der Methylierung dieses Gens in Verbindung gebracht werden kann.

Insgesamt berührt das Forschungsthema der Epigenetik vor allem auch den Bereich der transgenerationalen Weitergabe von Trauma- und stressassoziierten Symptomen und stellt einen noch jungen, vielversprechenden und hochdynamischen Forschungsbereich dar.

Mikrobiom: Darm-Hirn-Achse und dissoziative Störungen

Es gibt darüber hinaus einige wenige Studien zur Verbindung der psychophysiologischen Stresssysteme und der »Darm-Hirn-Achse« (gastrointestinale Mikrobiomforschung). Leclercq et al. (2016) postulieren in einer Übersichtsarbeit den Zusammenhang zwischen frühbiografischen aversiven Erlebnissen und deren Einfluss auf die psychophysiologischen Systeme eines Individuums (Cortisolhaushalt, hypothalamic-pituitary axis [HPA-Achse], Oxytocin- / Bindungssystem, Gehirnmorphologie, z. B. Größe der Amygdala), und beleuchten den Zusammenhang mit der früh geprägten (und lebenslang einflussreichen) Zusammensetzung des humanen Darm-Mikrobioms, wobei eine breite Evidenz hier noch fehlt.

Fazit

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die neurobiologische Forschung die historischen Theorien zur Dissoziationsentstehung bisher eher untermauert, als dass vollkommen neue Erkenntnisse aus ihnen hervorgegangen sind. Bildgebungsstudien lassen vermuten, dass Menschen mit dissoziativen Störungen ihre Systeme unbewusst »herunterfahren«, womit eine Überflutung mit bedrohlichen emotionalen Inhalten (traumatische Erinnerungen) vermieden wird.

Die Frage, die sich daraus nun stellt, lautet: Ist Dissoziation *immer* eine Folge von traumatischen Erfahrungen? Was ist mit den zahlreichen Patientinnen und Patienten, die deutliche dissoziative Beschwerden zeigen, aber keine manifesten traumatischen Erlebnisse nach der ICD-Klassifikation aufweisen?

1.3 Ist Dissoziation immer reaktiv? Akut- und Komplextrauma in Zusammenhang mit Dissoziation

Wichtig

Die Ätiologie dissoziativer Störungen wird häufig im Kontext von traumatischen Erkrankungen vermutet, was auf die in den vorigen Abschnitten beschriebenen historischen Theorien zurückgeht und im Sinne einer strukturellen Überforderung des psychischen Apparats verstanden werden kann. Das psychische System spaltet demnach Informationen (Gefühle) ab, um sich vor der Bedrohlichkeit dieser Informationen zu schützen und eine intrusive Überflutung mit unkontrollierbaren psychovegetativen Zuständen zu vermeiden.

Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass traumatische Erlebnisse das Auftreten dissoziativer Symptome begünstigen. Hier ist allerdings zu unterscheiden zwischen

- ▶ akuttraumatischen Erlebnissen und
- ▶ chronischen Traumafolgestörungen bei chronischen (Mikro-)Traumatisierungen und/ oder kindlichen aversiven Erlebnissen in der Primärfamilie.

Im Kontext akuttraumatischer Ereignisse ist unbestritten, dass sowohl peritraumatisch als auch posttraumatisch auftretende dissoziative Symptome häufig sind und in direktem Zusammenhang mit den traumatischen Ereignissen stehen (Senf-Beckenbach et al., 2020a). Komplexer wird es bei der Frage, welche Einflussfaktoren bei chronischen traumatischen Erfahrungen eine Rolle spielen, und inwieweit diese das Auftreten dissoziativer Störungen bedingen. Eine Metaanalyse ergab, dass kindliche aversive Erlebnisse mit dem Auftreten dissoziativer Symptome im Erwachsenenalter korrelieren, ebenso die Länge und die Intensität der aversiven Erfahrung mit der Stärke dissoziativer Symptomatik (Rafiq et al., 2018).

In der 2022 in Kraft getretenen ICD-11 wird die Unterscheidung zwischen einem Akuttrauma und einem chronischen Trauma vorgenommen, welche auch im Kontext von dissoziativen Störungen relevant ist. Im Folgenden sollen daher die ätiologischen Aspekte dissoziativer Symptome

- ▶ im Kontext von **akuttraumatischen** Störungen sowie
- ▶ im Kontext von **chronischen** Traumafolgestörungen behandelt werden.

Akuttrauma und Dissoziation

Unter der ICD-11-Diagnose »6B40« wird die akute Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) subsumiert, welcher ein einmaliges traumatisierendes Ereignis vorausgeht (z. B. ein Raubüberfall). Typisch für die akute PTBS ist die Trias aus Intrusionen, Vermeidung und dem Gefühl anhaltender Bedrohung. Bei Menschen, die an einer akuten PTBS leiden, verschwimmen oft die zeitlichen Grenzen zwischen der Erinnerung an das Ereignis und der aktuellen Realität. In intrusiven Erinnerungen erleben sie eine Dissoziation ihres Bewusstseins, bei welcher ein Teil die Erinnerung so erlebt, als würde sie wiederholt geschehen. Beispielsweise beschreiben Betroffene Dinge wie: »Ich höre die Rufe und die Schüsse immer wieder, ich schmecke den Blutgeschmack in meinem Mund, und auch wenn ich versuche, an etwas anderes zu denken, ich kann es nicht abstellen.«

■ Info

Bei der akuten Traumafolgestörung erleben Betroffene eine Dissoziation ihres Bewusstseins, bei welcher ein Teil die Erinnerung so erlebt, als würde sie wiederholt geschehen.

Durch die intrusiven Zustände entsteht sehr oft ein rigides Vermeidungsverhalten, bei dem alle potenziellen Trigger vermieden werden. Gleichzeitig entsteht oft ein dauerhafter psychovegetativer Erregungszustand, der von einem ständigen Gefühl der Bedrohung begleitet wird.

Komplexttrauma und Dissoziation

Die Aufnahme der komplexen PTBS (k-PTBS) als eigene Diagnose »6B41« ergänzt die Belastungsreaktionen durch eine eigene Diagnose für chronische, meist interpersonell verortete Traumatisierungen, wie sie vor allem bei chronischen Misshandlungen und Vernachlässigungen in Kindheit und Jugend oder als Folge chronischer belastender Umstände (Flucht, Kriege, Folter) auftreten. Zu den zentralen Symptomen der komplexen Traumafolgestörung kommt in der ICD-11-Klassifikation noch das Symptom »Störung der Selbstregulation« hinzu, welches die Aspekte »dysfunktionale Selbstregulation«, »konstant negatives Selbstbild« sowie »Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen« beinhaltet. Die Kombination der Schwierigkeit, Gefühle adäquat wahrzunehmen und zu regulieren, sowie

der Selbstwertproblematik und den interpersonellen Problemen, schafft eine diagnostische Nähe zur emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (6D10.1-5) (Stopyra et al., 2022).

Durch den neuen Blickwinkel auf die k-PTBS gerät auch das Thema der Bindungsstörungen in den Fokus der ätiologischen Konzepte, denn in der Regel hat man es bei k-PTBS auch mit einer Beeinträchtigung der sicheren inneren Bindungsrepräsentanzen zu tun. Vor allem Betroffene, die kein einzelnes, für sich stehendes Traumaerlebnis aufweisen, finden sich oft im Bereich der chronischen Bindungstraumata wieder. Dies lehnt sich auch an den Begriff der »Mikrotraumatisierung« an, also der unsichtbaren und oft auch unbewussten Traumatisierung.

■ Wichtig

Für die klinische Arbeit ist wichtig, dass sich die Behandlung dissoziativer Symptome stark unterscheidet, wenn

- ▶ ein Akuttrauma vorliegt, welches an ein einziges Ereignis gebunden ist, und bei dem man davon ausgehen kann, dass es bei rechtzeitiger und ausreichender Behandlung folgenlos abklingt. In diesem Sinne kann das Akuttrauma metaphorisch als eine »psychische Verletzung« bezeichnet werden.
- ▶ Im Gegensatz dazu stellt eine Komplextraumatisierung eine chronische Situation dar, die oft in Zusammenhang mit weiteren chronischen psychischen Problemen auftritt (wie Persönlichkeitsstörungen/-akzentuierungen) und die oft ein anderes therapeutisches Vorgehen notwendig macht.

In den Materialien dieses Buches wird zwischen Übungen für eine akute Traumareaktion nach einem einmaligen Ereignis bei psychisch Gesunden und Übungen für Menschen mit Komplextraumatisierungen unterschieden.

1.4 Bindung: fehlende Bindungskompetenz als zentrales Element bei der Entstehung von Dissoziation

Die Grundlage der Bindungsforschung geht auf die Theorie von John Bowlby zurück und beschreibt die Annahme, dass Individuen in der kindlichen Entwicklung in Interaktion mit ihren primären Bezugspersonen eine erfahrungsbasierte innere Repräsentanz von interpersoneller Bindung entwickeln, welche dann weitreichende Folgen für die Beziehungsgestaltung im späteren Leben hat (Buchheim et al., 2002). Die aktuelle Forschung suggeriert, dass eine innere Repräsentanz sicherer Bindung eine puffernde Funktion auf die physiologischen Reaktionen in potenziell stressbelasteten Situationen hat, z. B. über die Fähigkeit, sich an Bindungspersonen zu wenden oder durch eine offenere Kommunikation von Emotionen gegenüber anderen. Im Gegensatz dazu scheinen Individuen mit einer inneren Repräsentanz unsicherer (oder desorganisierter) Bindung maladaptiv auf exogene Stressoren zu reagieren, die das Bindungssystem aktivieren (Buchheim et al., 2002).

In den letzten Jahren gab es vermehrt Forschung zur Auswirkung dieser inneren Bindungsrepräsentanzen nicht nur auf die Beziehungsgestaltung, sondern auch auf die Entwicklung von psychischen und körperlichen Erkrankungen im späteren Leben. Hier muss auf die enge und komplexe Verzahnung verschiedener Bereiche, die sich plastisch im ersten Lebensabschnitt eines Menschen entwickeln, hingewiesen werden: hirmorphologischen Veränderungen, psychophysiologische Stress-Reaktivität, epigenetisches Risikoprofil (Rimington et al., 2024).

■ Wichtig

Das Auftreten dissoziativer Störungen korreliert mit dem Vorliegen eines unsicheren, vor allem aber auch eines desorganisierten Bindungsstils.

In einer Studie von 2021 wurden an dissoziativen Anfällen Erkrankte mit gesunden Kontrollen in Bezug auf den Bindungsstil verglichen: Es zeigte sich hier eine signifikant erhöhte Anzahl an desorganisierten Bindungsstilen, deren Vorliegen auch mit einer erhöhten Rate an kindlichen aversiven Erfahrungen verknüpft war (Gerhardt et al., 2021). Eine Längsschnittstudie ergab, dass Kinder mit einem desorganisierten Bindungsstil eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, in der Adoleszenz dissoziative Symptome zu entwickeln (Ogawa et al., 1997). Eine weitere Analyse derselben Studienpopulation ergab, dass ein desorganisierter Bindungsstil hochsignifikant mit dem Auftreten dissoziativer Symptome im Erwachsenenalter verknüpft ist (Carlson, 1998; Speranza et al., 2023).

■ Fazit

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die vorhandenen Studien auf die Wichtigkeit der internalisierten Bindungsrepräsentanzen bei dissoziativen Störungen hinweisen, dass aber eine Translation dieser Erkenntnisse in die klinische Praxis bei Fehlen einer breiten Evidenz bislang noch nicht erfolgt ist. Dennoch ist es klinisch hilfreich und wichtig, das Thema Bindungsstörung/ Bindungstrauma in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen.

1.5 Emotion: Schwierigkeiten in der Emotionswahrnehmung und -regulation bei dissoziativen Störungen

Erfahrungen von Kontrollverlust im Kontext akuter oder chronischer traumatischer Erlebnisse führen häufig zu chronischen körperlichen Beschwerden. Als Mechanismus hinter diesem Phänomen wird eine »verkörperte Angst« angenommen, die durch die extreme Hilflosigkeit und den Kontrollverlust mit Überforderung der Verarbeitungsgrenze des Individuums gekennzeichnet ist und sich vor allem körperlich zeigt (Aybek et al., 2014; Schmelzer-Schmied et al., 2006).

Bereits Janet (1889) beschrieb einen Zusammenhang zwischen kindlichen aversiven Erfahrungen (Traumatisierung) und der Entstehung dissoziativer Symptome als Ausdruck einer strukturellen Überforderung des Gehirns. Er ebnete den Weg in die Objektbeziehungstheorie sowie in die moderne Traumatheorie rund um das Thema der strukturellen Dissoziation (Janet, 1889; Gander et al., 2022).

In einer Vielzahl von experimentellen Studien konnte gezeigt werden, dass gerade traumatische (also desintegrierte) Erinnerungen meist in Form somatosensorischer (impliziter) Erinnerungsspuren im Sinne einer emotionalen Erinnerung (also einer Emotion, weniger eines Gedankens) internalisiert werden, und dass diese Erinnerungen meist persistenter sind als verbale, explizit kognitive Erinnerungen (Cretton et al., 2020; Aybek et al., 2014). Folglich stellt sich die Frage, ob in der Entstehung der Dissoziation ebenfalls desintegrierte (traumatisch besetzte) Erinnerungen / Emotionen eine Rolle spielen, und ob diese klinisch zu einer Beeinträchtigung in der Emotionsregulation führen.

Diese Frage wurde bereits in einer breiten Zahl an Studien adressiert, welche sich spezifisch mit der Frage emotionaler Verarbeitungsstörungen bei Menschen mit dissoziativen Störungen beschäftigen. Ein metaanalytischer Review von 2021 analysierte insgesamt 57 unabhängige Studien und 11.596 Individuen. In diesem Review zeigte sich ein moderater signifikanter Zusammenhang zwischen Störungen der Emotionsregulation und dem Auftreten dissoziativer Symptome (Cavicchioli et al., 2021).

Fazit

Klinisch finden sich dissoziative Symptome häufig als Begleitsymptom von komplextraumatisierten Menschen und/oder im Kontext von emotional instabilen Persönlichkeitsprofilen/-störungen. In diesem Zusammenhang ist die Nähe zu emotionalen Regulationsstörungen plausibel, und deren Existenz ist im Zusammenhang von Trauma-Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ hinreichend belegt. Insofern kann zusammengefasst werden, dass Störungen der emotionalen Verarbeitung, insbesondere Emotionsregulationsstörungen, aber auch Störungen im Erkennen von Emotionen, im Kontext von dissoziativen Störungen relevant sind. Dies hat Folgen für die therapeutische Praxis, weshalb ein Fokus der Übungen dieses Buches in der Arbeit mit Emotionen liegt.

1.6 Psychodynamik der Dissoziation: die unbewusste Inszenierung

Die psychodynamische Hypothesenbildung prägte das gesamte Krankheitsspektrum dissoziativer Störungen. Viele psychodynamische Theorien, wie z. B. die Theorie zur Hysterie von Sigmund Freud, sind bis heute noch fester Bestandteil im ätiologischen Verständnis dissoziativer Störungen und der Krankheitsdefinitionen (wie u. a. auch festgehalten in den Klassifikationssystemen, z. B. die »Konversionsstörungen« unter den somatoformen Störungen im DSM-5) (APA, 2013).

Allerdings ist der psychodynamisch geprägte Begriff der »Hysterie« aus Gründen der Diskriminierung weitgehend verschwunden aus den Klassifikationssystemen. Dies ist nachvollziehbar, da die Hysterie (Wortstamm *hystero* = Uterus) die Konnotation zum weiblichen Geschlecht nahelegt und damit das stereotype Bild der »hysterischen Frau« ungünstig geprägt hat. Gleichzeitig beinhaltet das Konzept der Hysterie jedoch inhaltlich viele Aspekte, die auch heute noch für das dynamische Verständnis der Erkrankung wertvoll sind.

Grundsätzlich ging die psychodynamische Theorie – damals noch ohne neurobiologische Grundlagen – davon aus, dass der Mensch neben den bewussten psychischen Prozessen auch unbewussten psychischen Prozessen unterliegt, die sein Handeln und seine Entscheidungen stark beeinflussen. Man setzte also voraus, dass jeder Mensch ein Unbewusstes in sich trägt, das für jeden von uns (hierbei klammert die psychodynamische Theorie die Behandelnden selbst nicht aus) durch die episodisch-deklarative Erinnerung und die kognitive Kontrolle nicht implizit und bewusst beherrschbar sind. Innerhalb dieser Prozesse finden sich in der Regel Inhalte, die gesellschaftlich tabuisiert sind und nicht toleriert werden würden, oder die bedrohliche Ängste bis hin zu Vernichtungsängsten (von uns selbst oder von anderen) beinhalten.

Diese Inhalte werden vom psychischen Apparat gemäß der psychodynamischen Theorie durch gezielte psychisch-systemische »Reinigungsprozesse« im Unbewussten gehalten, sodass sie die vordergründigen Abläufe nicht stören. Anna Freud bezeichnete diese Vorgänge als »Abwehrmechanismen« (Freud, 1984/1946). Auf neurowissenschaftlicher Ebene kann man von einem komplexen »Reinigungsprozess« ausgehen, der – ähnlich wie im Hintergrund reinigende Festplattenprogramme eines Computers – in prä- und unbewussten impliziten Vorgängen die bewussten und deklarativ-episodisch bespielten Gedankenräume des Gehirns von störenden Prozessen bereinigt. Diese Theorien wurden u. a. von Böker und Northoff (2005) ausführlicher beschrieben und sind in der Gesamtheit nach wie vor Gegenstand intensiver neurowissenschaftlicher Forschungsanstrengungen.

Bei dissoziativen Störungen finden sich in der klinisch-empirischen Beobachtung spezifische Formen von Abwehrmechanismen. Diese spezifischen Abwehrmechanismen werden auch im beziehungs-dynamischen Gefüge zwischen Behandelnden und Menschen mit dissoziativen Störungen sichtbar. Neben der direkten Belastung durch das Symptom, welche selbst natürlich auch Leidensdruck erzeugt, ist manchmal noch eine weitere Ebene des »Leidensdrucks« spürbar, die im direkten Kontakt mit dissoziativ Erkrankten deutlich wird.

Diese für die Dissoziation typische Abwehr fällt im klinischen Alltag häufig durch einen inszenatorischen Aspekt auf. Nicht selten verstärken sich Symptome in Anwesenheit anderer, treten sogar erst auf, wenn jemand das Zimmer betritt. Manchmal ist deutlich zu erkennen, dass die Symptome im direkten interpersonellen Kontakt und bei Andeuten von konflikthafter Themen stärker werden. Dies ist als Ausdruck einer Aktivierung des entfremdeten / abgespaltenen Anteils (mit bedrohlichen und / oder sozial inkompatiblen Gefühlen / Wünschen), dem der kognitiv bewusst kontrollierte Anteil als Beobachter (gemeinsam mit den Umstehenden) gegenübersteht. Der erlebende Anteil vertritt hier gemeinsam mit den Umstehenden das »ursprünglich ganzheitliche Selbst, das sich durch die Spaltung Distanz von der Bedrohung geschaffen hat« (Ermann, 2006, S. 282).

Das psychische Strukturmodell und dissoziative Störungen

Erklärungsmodelle menschlicher Persönlichkeit als Strukturmodelle sind bereits in der gesamten Menschheitsgeschichte vorhanden gewesen. Neben einer Vielzahl an einflussreichen Strukturmodellen in außereuropäischen Kulturen, wie zum Beispiel dem Chakren-System in der indischen Philosophie, entwarf Sigmund Freud sein in der Psychologiegeschichte Europas sehr einflussreiches Strukturmodell, bestehend aus dem »Ich«, das zwischen dem »Es« und dem »Über-Ich« verhandeln muss. Dieses Strukturmodell prägte die europäische Denkweise stark und wurde u. a. von Heinz Kohut im Rahmen der Selbstpsychologie weiterentwickelt. Otto Kernberg prägte die Unterteilung in hohes, mittleres und niedriges Strukturniveau und beschrieb dadurch den Reifegrad anhand der vollständig ausgereiften kindlich-biografischen psychischen Entwicklungsstadien. Gerd Rudolf, der die Methoden strukturbezogener Psychotherapie weiterentwickelte, definierte die psychische Struktur so: »Struktur ist definiert als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind« (Rudolf, 2009, S. 182).

Strukturelle Störungen sind somit Störungen, die zu Verschiebungen und Fragmentierungen in Bezug auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung führen, und sich damit auch auf interpersonelle Beziehungen auswirken. Nach der zunächst eindeutig psychoanalytischen Tradition gab es in den letzten Jahren eine weltweite Verbreitung der Strukturtheorie, welche in unterschiedlichen Gewichtungen und Systemen Einzug erhalten hat. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), welche erstmals 1996 als OPD-1 erschien, trug wesentlich zur Verbreitung bei (Arbeitskreis OPD, 2023). Strukturstörungen bilden eine feste Achse in der OPD und sind in der psychodynamisch orientierten Psychotherapie anerkannt. In der aktuellen OPD-3 wird die psychische Struktur als »etwas wie den Rohbau oder das Grundgerüst der Persönlichkeit« dargestellt (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 183). Nach der OPD unterteilt sich die psychische Struktur in die Bereiche Wahrnehmung, Steuerung, Abwehr, Kommunikation und Bindung. Die OPD bietet für die strukturierte, systematische Erfassung dieser Teilbereiche eine Skala, in welcher die Facetten psychischer Struktur durchdekliniert werden können. Ähnliche Theoreme, die an die Strukturtheorie der Psychoanalyse angelehnt sind, finden sich in der »Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP, American Psychiatric Association) (Ermann, 2006), sowie auch mit den empirisch untermauerten Systemen des P-Faktors nach Caspi et al. (2014) oder des G-Faktors nach Sharp et al. (2015).

Wenn man diese psychodynamische Theoriebildung in Verbindung mit den neurowissenschaftlichen Ergebnissen nun auf das Krankheitsbild der dissoziativen Störungen bezieht, so ist zunächst festzuhalten, dass dissoziative Symptome auf jedem psychischen Strukturniveau auftreten können. Allerdings ist der Ansatz in der Therapie je nach Strukturniveau sehr unterschiedlich. Da dissoziative Symptome selbst in die psychische Struktur eingreifen, indem sie durch Abspaltungsmechanismen separierend auf vormals Zusammenhängendes einwirken, ist es besonders schwierig, diese Symptome zu behandeln, ohne nicht auch die allgemeine psychische Struktur im Blick zu haben.

Ermann (2006) beschreibt den pathogenetischen Mechanismus der für die Dissoziation typischen psychischen Abwehrvorgänge als ein Zusammenwirken von Spaltung und Verdrängung, wodurch dissoziierte Bewusstseins- und Selbstzustände entstehen. Er teilt die dissoziativen Phänomene gemäß pathogenetischer Mechanismen der zugrunde liegenden Psychodynamik in folgende Unterpunkte ein:

- (1) Dissoziative Symptome auf integriertem Strukturniveau.** Verdrängung/ Verleugnung als Abwehrmechanismus: Affekte und Repräsentanzen werden als »unverträgliche« und/oder unvereinbare Teile der Konfliktverarbeitung abgewehrt. Hier geschieht eine Verdrängung aus einem insgesamt stabilen, reifen Strukturapparat, der durch die Abwehrvorgänge nur temporär regrediert (Konfliktpathologie).
- (2) Dissoziative Symptome auf desintegriertem Strukturniveau.** Spaltung als Abwehrmechanismus: Gegensätzliche Affekte und Repräsentanzen werden getrennt voneinander gehalten. Hier besteht eine dauerhafte Spaltung eines insgesamt instabilen, unreifen Strukturapparats, der durch die Spaltungsabwehr dauerhaft unzureichend entwickelt ist (Entwicklungspathologie und/oder Strukturpathologie).

Relevanz des Strukturniveaus für den klinischen Umgang mit dissoziativen Symptomen

Es ist eine völlig andere Situation, ob man eine Person mit einem gering integrierten Strukturniveau im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur, gegebenenfalls mit verschiedenen Komorbiditäten (wie Polytoxikomanie oder Essstörungen), im Hinblick auf dissoziative Symptome behandelt, oder ob man eine gut integrierte, strukturierte Person ohne psychische Komorbiditäten vor sich hat, die im Zusammenhang mit einem Akuttrauma passagere dissoziative Symptome aufweist. Daher sind die Materialien dieses Buches nach einem System unterteilt, das die Therapie-Empfehlungen unterteilt in die Arbeit mit strukturschwachen und strukturstarken Menschen.

■ Wichtig

In Abschnitt 1.8 wird eine vereinfachte Testung als Screening-Instrument zur groben Erfassung des Strukturniveaus vorgestellt, welche nicht validiert ist und somit nur der individuellen, subjektiv gefärbten Anwendung in der Praxis dient. Grundsätzlich ist empfehlenswert, sich mit der systematischen Erhebung des Strukturniveaus durch gezielte Schulungen vertraut zu machen, wie zum Beispiel regelmäßig stattfindende Kurse in der OPD-Anwendung (Arbeitskreis OPD, 2023).

1.7 Klassifikation der Dissoziation und Leitlinien der Behandlung

■ Wichtig • Abgrenzung von Konversionsstörungen

Terminologisch besteht eine Unschärfe in der Abgrenzung dissoziativer Störungen zu den Konversionsstörungen, da die Konversionsstörungen sowie die dissoziativen Störungen in den Klassifikationssystemen ICD-11 und DSM-5 unterschiedlich kategorisiert werden: In der ICD-11 inkludieren die dissoziativen Störungen sowohl psychische als auch körperliche Störungen, in der DSM-5 hingegen fallen die körperlichen dissoziativen Symptome unter die Konversionsstörungen, welche den somatoformen Störungen zugeordnet werden (APA, 2013; WHO, 2019).

Depersonalisation und Derealisation. Weiterhin werden in der ICD-11 auch die sogenannten »Entfremdungsstörungen« der Depersonalisation sowie der Derealisation in die Gruppe der dissoziativen Störungen geordnet, in der DSM-5 fallen sie ebenfalls unter die somatoformen Störungen. Sie gelten als eigene Formen dissoziativer Störungen und treten auch in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen auf. In den Materialien dieses Buches werden die Entfremdungsstörungen unter der