

Wolfgang Wöller
Dissoziation

Viele Begriffe, die wir aus der Psychoanalyse kennen, blicken auf eine lange Geschichte zurück und waren zum Teil schon vor Freuds Zeit ein Thema. Einige Begriffe haben längst den Weg aus der Fachwelt hinaus in die Umgangssprache gefunden. Alle diese Begriffe stellen heute nicht nur für die Psychoanalyse, sondern auch für andere Therapieschulen zentrale Bezugspunkte dar.

Die Reihe »Analyse der Psyche und Psychotherapie« greift grundlegende Konzepte und Begrifflichkeiten der Psychoanalyse auf und thematisiert deren jeweilige Bedeutung für und ihre Verwendung in der Therapie. Jeder Band vermittelt in knapper und kompetenter Form das Basiswissen zu einem zentralen Gegenstand, indem seine historische Entwicklung nachgezeichnet und er auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Diskussion erläutert wird.

Alle Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Fachleute auf ihrem Gebiet und können aus ihren langjährigen Erfahrungen in Klinik, Forschung und Lehre schöpfen. Die Reihe richtet sich in erster Linie an Psychotherapeutinnen und -therapeuten aller Schulen, aber auch an Studierende in Universität und Therapieausbildung.

Unter anderem sind bereits erschienen:

- BAND 3 Wolfgang Berner: Perversion. 2011.
- BAND 4 Hans Sohni: Geschwisterdynamik. 2011.
- BAND 5 Joachim Küchenhoff: Psychose. 2012.
- BAND 6 Benigna Gerisch: Suizidalität. 2012.
- BAND 7 Jens L. Tiedemann: Scham. 2013.
- BAND 8 Ilka Quindeau: Sexualität. 2014.
- BAND 9 Angelika Ebrecht-Laermann: Angst. 2014.
- BAND 10 Hans-Dieter König: Affekte. 2014.
- BAND 11 Bernhard Strauß: Bindung. 2014.
- BAND 12 Ludwig Janus: Geburt. 2015.
- BAND 13 Jürgen Grieser: Triangulierung. 2015.
- BAND 14 Bernd Nissen: Hypochondrie. 2015.
- BAND 15 Roland Voigtel: Sucht. 2015.
- BAND 16 Joachim Küchenhoff: Depression. 2017.
- BAND 17 Diana Pflichthofer: Trennungen. 2017.
- BAND 18 Gianluca Crepaldi: Containing. 2018.
- BAND 19 Thomas Auchter: Trauer. 2019.
- BAND 20 Mathias Hirsch: Schuldgefühl. 2020.

Wolfgang Wöller

Dissoziation

Unter Mitarbeit von Helga Mattheß

Psychosozial-Verlag

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.

Originalausgabe

© 2020 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen
von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin
www.me-ti.de

ISBN 978-3-8379-3006-1 (Print)

ISBN 978-3-8379-7693-9 (PDF-E-Book)

Inhalt

Einleitung	7
Frühe Beschäftigungen mit dissoziativen Phänomenen:	
Historische Vorläufer	12
Von den frühen Kulturen bis zum 19. Jahrhundert	12
Verminderte integrative Kapazität: Pierre Janet	14
Von der Dissoziation zur Verdrängung: Sigmund Freud	16
Sexueller Missbrauch und Traumafolgen: Sándor Ferenczi	25
Beiträge abseits des frühen Mainstreams der Psychoanalyse:	
Multiplizität der psychischen Zustände	30
Spaltung und projektive Identifikation:	
Die kleinianische Theorietradition	33
Persönlichkeit und Spaltung:	
Objektbeziehungstheorien der »Middle group«	35
Leere Kreise, schwarze Löcher, traumatische Introjekte:	
Dissoziative Phänomene bei Holocaust-Überlebenden	39
Wiederentdeckung des Begriffs der Dissoziation	
in der psychoanalytischen Diskussion	44
Psychodynamisch-integrative Konzepte und	
die Wiederentdeckung Pierre Janets	47
Psychoanalytische, bindungstheoretische und neurobiologische Perspektiven auf dissoziative Störungen	
Dissoziation und Verdrängung	51
Dissoziation als Organisator der Persönlichkeit und	
die Multiplizität der Selbstzustände	57
Körperbezogene Dissoziationen und Dissoziationen	
im Bereich der Körper-Selbst-Repräsentanz	62
Dissoziation und Bindungskontext	66
Neurobiologische Perspektiven	67
Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit	69
Die Metapher der Persönlichkeitsanteile	72
Klassifikation und Diagnostik	76

Therapeutische Praxis	85
Therapiekonzept und Behandlungsplanung	85
Sicherheit, Kontrolle und das therapeutische Arbeitsbündnis	89
Psychoedukation	94
Selbstschädigung und Suizidalität	95
Übertragungen	98
Gegenübertragung	103
Dissoziationsstopp und Reorientierung	107
Verbesserung der Emotionsregulierung und die Arbeit an Ich-Funktionen	109
Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen I: Destruktive Persönlichkeitsanteile	113
Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen II: Kindliche verletzte Persönlichkeitsanteile	119
Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen III: Kommunikation zwischen den Persönlichkeitsanteilen	121
Zugang zu dissoziativ abgewehrten oder vermiedenen Inhalten	125
Arbeit mit traumatischen Erinnerungen	127
Konfliktbearbeitung und Unterstützung weiterer Entwicklungsschritte	131
Schlussbemerkungen	133
Literatur	135

Einleitung

Wir verstehen heute unter einer Dissoziation einen komplexen psychophysiologischen Prozess, bei dem es zur Desintegration wichtiger psychischer Funktionen kommt. Grundlegend ist deren teilweise oder vollständige Unterbrechung auf unterschiedlichen psychologischen und psychophysiologischen Ebenen. Prinzipiell kann jeder neuropsychische Prozess und jede psychologische oder körperliche Funktion unterbrochen sein. Das kann die Wahrnehmung des Selbst, des eigenen Körpers und der Umgebung, die Erinnerung an Vergangenes, das Wiedererkennen des Bekannten, die Verfügbarkeit über vorhandenes Wissen und den Zugang zur Emotionalität betreffen. Auch körperliche Funktionen können disintegriert sein und sich in Störungen der Bewegungen oder der Sinneswahrnehmung manifestieren: Die Kontrolle über die Motorik kann verloren, Funktionen der Sinnesorgane wie das Sehen, Riechen, Schmecken oder Tasten können vermindert oder verändert sein (Dell & O'Neil, 2009).

Das Spektrum dissoziativer Phänomene ist außerordentlich vielfältig und reicht von leichten Dissoziationen im Alltagsleben über klinisch bedeutsame dissoziative Symptome bis hin zu schweren dissoziativen Pathologien:

- Dissoziationen können als *normalpsychologische Phänomene* prinzipiell bei jedem Menschen auftreten.
- Sie können sich als klinisch diagnostizierbare und in deskriptiven Klassifikationssystemen erfassbare *dissoziative Störungen* präsentieren, zum Beispiel
 - als dissoziative Amnesie, als Ausfall einer Sinnesqualität oder Körperfunktion, als dissoziatives Anfallsgeschehen,
 - in Phänomenen der Depersonalisation oder Derealisierung oder in der partiellen oder vollständigen Ausprägung einer Dissoziativen Identitätsstörung.

- Dissoziationen können sich aber auch als dissoziative Symptome im Rahmen anderer Störungsbilder zeigen, die nicht zu den dissoziativen Störungen im engeren Sinne zählen, etwa als Teil der Symptomatik der neu geschaffenen Kategorie einer *Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung* (ICD-11, siehe Maercker et al., 2013; Reed et al., 2018).
- Schließlich können dissoziative Mechanismen – unabhängig davon, ob eine dissoziative Störung im Sinne der ICD oder eine sonstige dissoziative Symptomatik besteht – eine klinisch relevante *Aufspaltung der Persönlichkeitsorganisation* bewirken. Dies kann bei unterschiedlichen Störungsbildern vorkommen: zum Beispiel bei schweren Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Die dissoziativen Mechanismen sind in diesem Falle dafür verantwortlich, dass – mitunter komplex ausgestaltete – Anteile der Persönlichkeit nicht ausreichend in die Gesamtpersönlichkeit integriert werden können.

Eine Vielzahl von Studien belegt Zusammenhänge zwischen klinisch relevanten dissoziativen Symptomen und psychischen Traumatisierungen, insbesondere durch sexuelle Gewalt, aber auch durch andere Formen der Misshandlung in der Kindheit (Vermetten et al., 2007). Auch fehlende elterliche Responsivität und eine gestörte Kommunikation vonseiten wichtiger Bezugspersonen konnten als Prädiktoren späterer dissoziativer Symptome identifiziert werden (Lyons-Ruth et al., 2006). Eine Dissoziation kann als eine unter traumatischen Bedingungen adaptive Schutzreaktion verstanden werden, die mit der Zeit maladaptiv geworden ist (Eckhardt-Henn & Spitzer, 2017; Mattheß & Sack, 2010).

Hat sich eine Neigung zum dissoziativen Reagieren einmal etabliert – wie typischerweise im Umfeld von Bindungstraumatisierungen –, kann sich ein charakterologischer Gebrauch der Dissoziation einstellen, in dessen Rahmen dieses Reaktionsmuster nicht nur bei einem drohenden Einbruch traumatischer Erinnerungen oder traumaassozierter Alltagsstimuli, sondern auch bei Stressoren jeder Art einsetzt und die Kontinuität des Erlebens immer weiter unterminiert. Folge einer solchen, in der Regel im Kindesalter beginnenden Entwicklung ist, dass Kinder, die aufgrund ihres Lebensalters schon über »reifere« Abwehrmögl

lichkeiten verfügen, diese nicht in einem altersentsprechenden Maße in Anspruch nehmen und einüben, sondern weiterhin bei Belastungen auf den weniger reifen Modus des Dissoziierens zurückgreifen.

Die Auswirkungen dissoziativer Phänomene sind sehr unterschiedlich. Während einige Patienten¹ die immer schon vorhandenen dissoziativen Amnesien als etwas weitgehend so Normales erleben, dass sie sie im Alltag kaum noch bemerken, sind andere, sobald sie den Verlust der Kontinuität der eigenen Erfahrung bemerken, auf das Äußerste beunruhigt und durch die funktionellen Ausfälle in ihren Alltagsvollzügen stark behindert.

In der Kindheit kommt es aufgrund des wiederholt auffälligen und unkontrollierbaren Verhaltens typischerweise zum Ausschluss aus Peergroups, was den Betroffenen zunächst unverständlich erscheint, bis sie schließlich realisieren, dass sie »anders« als ihre Mitmenschen sind. Die unerwartete Unterbrechung normaler Funktionsabläufe kann für Betroffene irritierend sein und auf Beobachter befremdlich wirken; nicht selten werden die Symptome als erschreckend erlebt, oder sie sind mit Ängsten verbunden, »verrückt« oder geisteskrank zu werden, und die betroffenen Patienten fühlen sich der Unberechenbarkeit ihrer Zustandsveränderungen in ähnlicher Weise ausgeliefert wie den Übergriffen schädigender Bezugspersonen in der Vergangenheit.

Dissoziative Mechanismen können nicht nur zu klinisch diagnostizierbaren dissoziativen Symptomen führen, sondern auch ohne eine manifeste dissoziative Symptomatik schwerwiegend in die Organisation einer Persönlichkeit eingreifen, indem sie eine Aufspaltung der Persönlichkeitsorganisation bewirken. Diese Vorgänge sind in der traditionellen psychoanalytischen Terminologie überwiegend unter dem Begriff der »Spaltung« behandelt worden. Wir finden sie bei schweren Persönlichkeitsstörungen, namentlich bei der mit einem »Borderline-Muster« einhergehenden Persön-

1 Aus Gründen besserer Lesbarkeit wird in diesem Buch auf eine gegendie Schreibweise verzichtet, auch wenn selbstverständlich immer alle Geschlechter angesprochen sind. Lediglich im Abschnitt zur »Therapeutischen Praxis« wird die weibliche Form verwendet und es ist von »der Patientin« und »der Therapeutin« die Rede, weil hier das weibliche Geschlecht stark überwiegt; natürlich sind auch hier immer alle Geschlechter impliziert.

lichkeitsstörung, bei der sich die wechselnde Aktualisierung nicht ausreichend integrierter Persönlichkeitsanteile als Identitätsstörung manifestiert, oder bei der Narzissstischen Persönlichkeitsstörung nach DSM-5, bei der Zustände kompensatorischer Selbsterhöhung mit Zuständen von Kleinheit und Nichtigkeit abwechseln (Wurmser, 2017).

Aber auch bei einem Teil der Essstörungen zeigen sich dissoziative Prozesse, vornehmlich bei der Anorexie, bei der destruktive Persönlichkeitsanteile, die für eine mitunter lebensgefährliche Gewichtsreduktion verantwortlich sind, unintegriert neben »erwachsenen« Anteilen stehen, die therapeutische Fortschritte erreichen wollen.

Bei einem Teil der Abhängigkeitserkrankungen, bei denen dissoziative Mechanismen nicht selten massive Wechsel der Persönlichkeitzzustände bewirken (Wurmser, 1997), treten sie ebenso auf wie bei Artefakterkrankungen, bei denen nicht integrierte Persönlichkeitsanteile eine heimliche Selbstschädigung betreiben, während die Alltagspersönlichkeit davon oft keine oder nur vage Kenntnis hat (Plassmann, 1989).

Es ist wichtig festzuhalten, dass das Vorhandensein einer dissoziativen Symptomatik im Sinne der ICD-11 nicht zwangsläufig bedeutet, dass dissoziative Mechanismen auch zu einer klinisch relevanten Aufspaltung der Persönlichkeitsorganisation geführt haben. Sie können sich auch auf Absorptionsphänomene wie Aufmerksamkeitseinschränkungen beschränken, ohne dass durch sie die Organisation der Persönlichkeit berührt wäre. Umgekehrt schließt das Fehlen offensichtlicher dissoziativer Symptome die Möglichkeit nicht aus, dass dissoziative Mechanismen zu einer Aufspaltung der Organisation der Persönlichkeit beigetragen haben. Entsprechend kann, unabhängig vom Vorhandensein deskriptiv fassbarer dissoziativer Symptome, eine weitere Einteilung der dissoziativen Phänomene im Hinblick darauf vorgenommen werden, ob eine traumabedingte Aufspaltung der Persönlichkeit in dissozierte Persönlichkeitsanteile vorliegt oder nicht. Tatsächlich ist es in therapiepraktischer Hinsicht wichtig zu unterscheiden, ob lediglich eine Minderung bestimmter Funktionen innerhalb ein und desselben zentralen Bewusstseinszustandes eingetreten oder ob es zur Aufspaltung des Bewusstseins in unterschiedliche Bewusstseinszustände gekommen ist.

Die Breite der dissoziativen Phänomene erfordert eine psychodynamisch informierte Diagnostik und eine detaillierte Auseinandersetzung mit den heutigen therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der genannten Störungsbilder. Darauf soll im zweiten und dritten Teil dieses Buches näher eingegangen werden.