

Peter Dobmeier und Hans-Peter Kapfhammer

KONZEPT UND GESCHICHTE DER DISSOZIATION

CONCEPT AND HISTORY OF DISSOCIATION

Zusammenfassung

Mit dem Dissoziationskonzept wurde in den letzten Jahrzehnten ein einflussreiches pathogenetisches Modell entwickelt. In seiner gegenwärtigen Gestalt steht es, ausgehend von Pierre Janet, in einer historischen Entwicklungslinie, die nach dem Rückgang des Einflusses psychoanalytischer Theorien in der Gruppe der dissoziativen Störungen der modernen Klassifikationssystemen ICD und DSM vorläufig endet. Zur Erklärung einer Vielzahl von Phänomenen aus der Alltagserfahrung und den Bereichen der Hypnose-, Trauma- und Gedächtnisforschung wird Dissoziation als Modell herangezogen und gleichzeitig unterstützen die Ergebnisse dieses Störungskonzept. Aufgrund einer konzeptuellen wie semantischen Offenheit in der Verwendung des Dissoziations-Modells erscheint es geboten, begriffliche, historische und konzeptuelle Aspekte dieses Modells darzustellen. Nur eine kritische und restriktive Verwendung, die sich iatrogenen wie soziokultureller pathoplastischer Einflüsse bewusst ist, kann den heuristischen Wert dieses Modells erhalten.

Schlüsselwörter Dissoziation - historische Entwicklung - Hypnose - Trauma - Gedächtnis

Summary

Dissociation as a pathogenetic model has been influential in the last decades. Beginning with Pierre Janet there is a line of thought associated with the partial retreat of psychoanalytic theories which leads to the concept of dissociative disorders in ICD-10 and DSM-IV. A multitude of phenomena known from everyday-life, hypnosis and investigations in trauma and memory are explained within this model and the results add to our knowledge of dissociation. Since there exists a kind of conceptual and semantic openness concerning dissociation it seems important to clear certain historical and conceptual aspects. A critical and narrow usage of this model accounting for iatrogenic and cultural influences can preserve its heuristic value for further research.

Keywords Dissociation - historical background - hypnosis - trauma - memory

Einleitung

Wenige Konzepte bzw. heuristische Interpretationsmodelle aus dem Bereich der Neurowissenschaften haben in den letzten drei Dekaden ein vergleichbares Interesse hervorgerufen wie das der Dissoziation (Scharfetter 1999). Insbesondere deren angenommene ätiologische Bedeutung für die Pathogenese der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und der Dissoziativen Identitätsstörung (DID) aus der Gruppe der Dissoziativen Störungen (ICD-10, DSM-IV) standen dabei zu Beginn im Vordergrund dieses Interesses.

In der neueren Entwicklung operationaler Klassifikationssysteme wird seit der Einführung von DSM-III und ICD-10 dem pathogenetischen Modell Dissoziation, vermutlich motiviert durch den Versuch eines *atheoretischen Ansatzes* (DSM-III), ein eigener Störungsbereich zugeordnet. Psychopathologische Phänomene, die bisher in den Bereich der Hysterie gehörten und vormals psychoanalytisch orientierten ätiologischen Modellen verpflichtet waren, wurden somit rekonzeptualisiert. Dies könnte in einer wissenschafts-

strategischen Sichtweise als der Versuch eines Paradigmen-Wechsels zu verstehen sein mit dem Ziel, den Einfluss der Psychoanalyse innerhalb der psychiatrischen Wissenschaft zu relativieren (Bowers 1994).

Besonders einflussreich erwies sich das von Janet begründete Dissoziations-Modell in der Traumaforschung bei der Konzeptualisierung der Posttraumatischen Belastungsstörung als Paradigma. Die Kompatibilität des Dissoziationsmodells mit Ergebnissen der Hypnose- und Gedächtnisforschung stellt eine weitere wichtige Bedingung für die Renaissance des Dissoziationskonzeptes dar.

Dissoziation wird gegenwärtig als ein Vorgang verstanden, der zu einer vorübergehenden oder anhaltenden Desintegration in den Bereichen des Bewusstseins, des Gedächtnisses oder der Identität einer Person führt (DSM-IV). In einem differenzierteren und zugleich hinsichtlich der Symptomatologie umfangreicheren konzeptuellen Ansatz nennen Butler *et al.* (1996)

vier psychische Bereiche, deren reguläre Funktionen durch dissoziative Vorgänge gestört werden können:

1. Wahrnehmung/Bewusstsein
2. Verhalten und Wille
3. Affekt und
4. Gedächtnis/Identität.

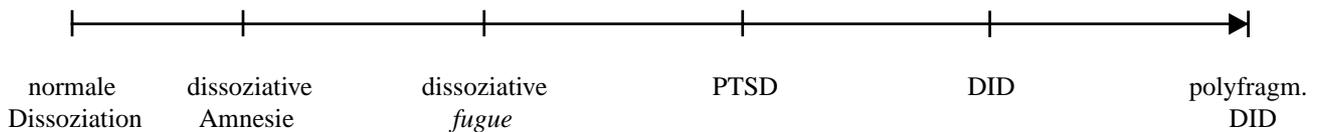
Um dissoziative Phänomene in einer validen und reliablen Form zu erfassen, wurden verschiedene psychometrische Skalen entwickelt. Die *Dissociative Experiences Scale* (DES) von Bernstein und Putnam (1986), die auch in einer deutschen Version vorliegt (Freyberger 1998), stellt ein valides Instrument zur Erfassung dissoziativer Ereignisse dar (Carlson 1993). Weitere Instrumente die untereinander und mit der DES faktoriell stark korrelieren, sind z.B. der *Dissociation Questionnaire* DIS-Q (Vanderlinden *et al.* 1991) oder der *Questionnaire on Experiences and Dissociation* (Riley 1988).

Über die oben genannten Störungsbilder hinaus werden dissoziative Vorgänge als wesentlich für eine Reihe weiterer normaler wie pathologischer psychischer Phänomene angesehen (Cardena 1994, Butler 1996, Kihlstrom 1994, Hilgard 1986). Es existieren dabei unterschiedliche Auffassungen zum Spektrum dissoziativer Symptome und Störungen. Gemäß der Konzeption der DES gibt es ein quantitatives Kontinuum von als normal verstandenen hin zu pathologischen Dissoziationen. Innerhalb des Spektrums dissoziativer Störungen wird z.B. ein Kontinuum mit einer Zunahme des Schweregrades der Pathologie angenommen (siehe Abb. 1).

Einer erweiterten Fassung dieses Spektrums zufolge gehören die Konversionsstörungen, welche im ICD-10 bereits dem Bereich dissoziativer Störungen zugerechnet werden, ebenfalls dazu. Einige Autoren plädieren darüber hinaus für eine enge Assoziation von Dissoziation und Somatisierung und schließen die somatoformen Störungen ebenfalls mit ein (Kihlstrom 1994, Saxe *et al.* 1994, Butler 1996, Nemiah 1991).

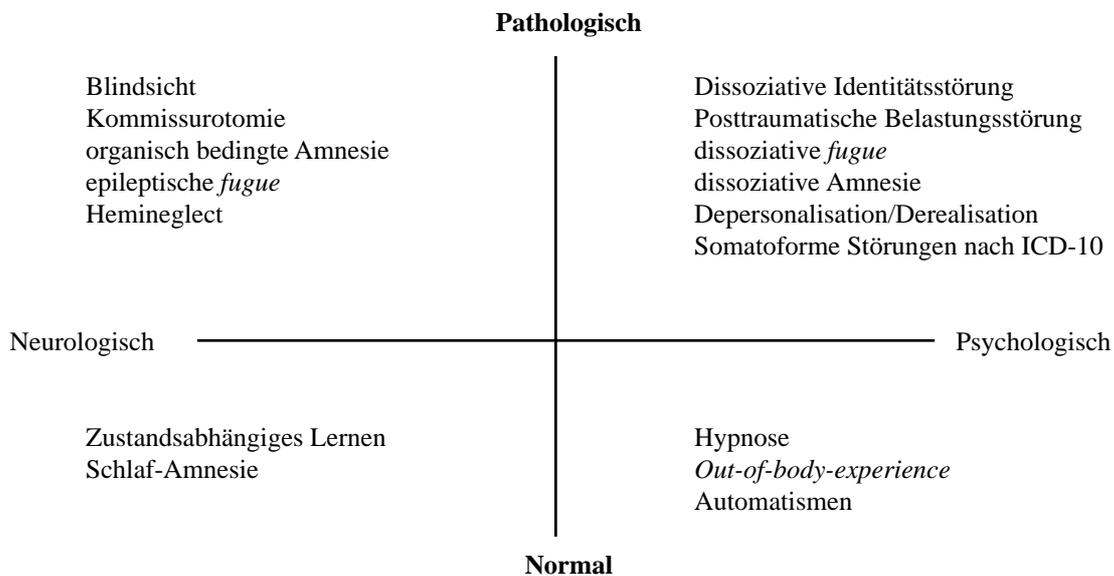
Abbildung 1

Das dissoziative Spektrum



PTSD=Posttraumatische Belastungsstörung, DID=Dissoziative Identitätsstörung, polyfragmentierte DID= DID mit > 100 Alter-Persönlichkeiten

In Abbildung 2 sind diese dimensional Aspekte nach Cardena (1994) modifiziert dargestellt.



Scharfetter (1998, 1999) verfolgt den Kontinuumsgedanken noch einen Schritt weiter und siedelt am äußersten Rand zusätzlich noch die schizophrenen Störungen an. Somit konnten aufgrund einer konzeptuellen wie semantischen Offenheit in der Verwendung des Dissoziationsmodell dissoziative Vorgänge mehr und mehr als ubiquitäre, nicht ausschließlich auf psychopathologische Phänomene beschränkte Funktionsweisen und Adaptationsleistungen der Psyche aufgefasst werden. Es erscheint geboten, begriffliche, historische und konzeptuelle Aspekte dieses Modells darzustellen.

Wurzeln des Dissoziationskonzeptes

Die Realität psychischer Phänomene ist nicht an Theorie oder Terminologie gebunden. Theoretische und terminologische Übereinkünfte bestimmen aber sehr wohl die Selektion von und kausale Hypothesen zu den beschriebenen Phänomenen. Was heute als symptomatischer Ausdruck dissoziativer Vorgänge verstanden wird, findet sich in der psychiatrischen Literatur, dem Bereich der Hysterie zugeordnet, schon lange vor P. Janet und seinem Konzept der *désagrégation* (Carlson 1986, Decker 1986). Das Interesse an hypnotischen Phänomenen, dem animalischen Magnetismus, dem Somnambulismus, dem *dédoublement* und den später so benannten multiplen Persönlichkeiten Ende des 18. und während des 19. Jahrhunderts war groß (Ellenberger 1996, Shorter 1993). Die Assoziationspsychologie von Herbart und verwandte psychologische Theorien als Modelle für die normale psychische Funktion, die bereits unbewusste und bewusste Funktionsbereiche der Psyche annahmen, gehören mit zu den Bedingungen der Möglichkeit, Dissoziation als Modell und als Ursache der genannten Phänomene zu denken (Scharfetter 1999). In systematischer Weise geschah dies erstmals durch Pierre Janet.

Pierre Janet (1859-1947) und die *désagrégation*

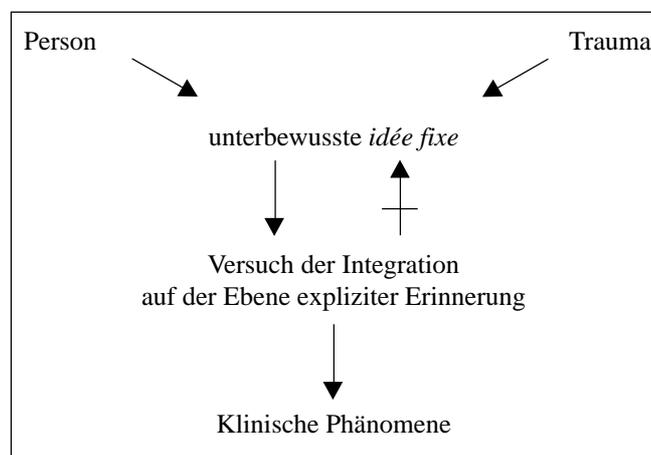
Janets Untersuchungen an Patient(inn)en, welche gemäß den nosologischen Konventionen am Ende des 19. Jahrhunderts an Hysterie litten, und seine sich daran anschließenden pathogenetischen Überlegungen zu diesen klinisch eindrücklichen Störungsbildern (z.B. Bronfen 1998) legte er in seiner Arbeit *L'automatisme psychologique* von 1889 dar. Die Janet'schen Erkenntnisse gerieten jedoch, u.a. verdrängt durch den zunehmenden Einfluss psychoanalytischen Denkens, nach einer kurzen Phase intensiver Rezeption wieder zunehmend in Vergessenheit. Erst Henri Ellenbergers Werk (1996) zur Geschichte des Unbewussten war es zu verdanken, dass Pierre Janet in seiner Bedeutung als Vorläufer moderner Dissoziationskonzepte erneut ins Bewusstsein gerufen wurde. Eine Renaissance erlebten seine Konzepte schließlich auf dem Gebiet der psychiatrischen Wissenschaft im Zuge der intensiven Beschäftigung mit der PTSD, der DID und der Bedeutung psychischer Traumata allgemein (van der Kolk 1989, Nemiah 1995).

Mit dem zentralen Vorgang der *désagrégation* beschreibt Janet die Auswirkungen psychischer Traumata auf die Struktur der Psyche seiner Patient(inn)en. *Désagrégation* ist eine pathologische psychische Reaktion auf ein psychisches Trauma, welche zur Ausbildung sog. unterbewusster *idées fixes* führt.

Diese beinhalten in einer bildlich-räumlich verstandenen Vorstellung der psychischen Struktur, die Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis, die kognitive, affektive und viszerale Elemente aufweisen. Da eine Integration in den normalen kognitiv-mnestischen Erfahrungsrahmen der Person aufgrund des überwältigenden, intensiven emotionalen Charakters des Traumas bzw. anderer Faktoren scheitert, dissoziieren die Erinnerungen im Sinne einer dysfunktionalen Coping-Strategie weg vom Bewusstsein. Andere Faktoren, die diesen Vorgang begünstigen, sind Häufigkeit und Dauer einzelner traumatischer Situationen, die Geschwindigkeit der traumatischen Sequenz und das Maß ihres Abweichens vom herkömmlichen Erfahrungshorizont. Auf Seiten des Individuums wird die Vulnerabilität bestimmt durch die Prädisposition im Sinne der Lehre von der *dégénérescence*, biografischen Faktoren sowie dem emotionalen und physiologischen Zustand der Person zum Zeitpunkt des Traumas (Janet 1887, Hoffmann 1998).

Durch traumatische Re-Exposition und den letztlich vergeblichen Versuch, diese Erinnerungsfragmente in den Gesamtkontext der Person zu integrieren, kommt es zur Symptomentstehung mit Störungen der Erinnerung, des Bewusstseins, des Affektes und des Willens sowie psychosomatischer Beschwerden. In der Folge führt diese Fixierung zu einer abnehmenden Fähigkeit mit neu auftretenden Stressoren fertig zu werden, begleitet von einer Einengung des Bewusstseins, Erschöpfung, emotionalem Rückzug und Vermeidungsverhalten.

In Abbildung 3 eine schematische Darstellung des Modells von Janet.



William James

Als Zeitgenosse und fasziniert von den Arbeiten Janets vertrat er die Auffassung, dass es - im von ihm in seinen *Principles of Psychology* (1890) so benannten *stream of consciousness* - als Normalverfassung der menschlichen Psyche mittels eines *split* zum Auftreten unverbundener, aber koexistierender Teile des Selbst kommen kann. Ursache hierfür können traumatische Erfahrungen oder heftige Gemütsbewegungen sein, ebenso ein aktiver Abwehrvorgang, wie W. James nicht ausschließt. Die in den *Principles* dargestellte Krankheitsgeschichte des Wanderpredigers Anselm Bourne gilt als be-

rühmtes kasuistisches Beispiel einer zweimonatigen dissoziativen *fugue*. Während dieser Episode verließ Mr. Bourne plötzlich seinen Heimatort und eröffnete in einem anderen Bundesstaat der USA unter seiner neuen Identität Albert Brown einen Kurzwarenladen. Nach dieser Zeit erwachte er eines Morgens wieder als seine alte Persönlichkeit und zeigte eine vollständige Amnesie für die vorangegangene Episode.

Morton Prince

Mit seinem Werk *The dissociation of a personality* legte Morton Prince 1906 eine der klassischen Kasuistiken zum Thema der Multiplen Persönlichkeit vor. Als Exponent der Konzepte Janets in den USA prägte er neben W. James den Begriff *dissociation* als englisches Pedant zur *désagrégation*. Unter anderem anhand der Darstellung und Therapie des Falles der Miss S. Beauchamp, einer Patientin mit drei Alter-Persönlichkeiten und hypnotischen Phänomenen entwickelte Prince sein Konzept der *co-consciousness*, das ähnlich dem *hidden observer* Hilgards ein psychisches Phänomen beschreibt, bei dem das personale Bewusstsein implizit von einer zusätzlichen beobachteten Bewusstseinsinstanz begleitet wird, ohne sich selbst dieser Tatsache bewusst zu sein. Auch hierbei handelt es sich um eine dissoziativen Vorgang.

Sigmund Freud

Den Überlegungen Janets zur traumatischen Verursachung hysterischer Phänomene nah verwandt sind diejenigen Sigmund Freuds in den *Vorläufigen Schriften* (1893), seiner Arbeit zu den Abwehrpsychoneurosen, und den 1895 zusammen mit Breuer veröffentlichten *Studien über Hysterie*. Der Begriff der Dissoziation erscheint aber nicht eindeutig bestimmt, weist Überschneidungen mit denen der Verdrängung und der Unterdrückung auf. Zudem nimmt Freud im Gegensatz zu Janet einen eher aktiven Charakter dissoziativer Vorgänge an. Neben der zentralen Rolle der Verdrängung als Abwehrmechanismus erscheinen dissoziative Mechanismen ohne wesentlichen Stellenwert. Später relativierte Freud das Konzept realer Traumatisierungen zugunsten des Einflusses kindlicher sexueller Phantasien und intrapsychischer Konflikte stark.

Hughling Jackson

Nach den Untersuchungen H. Jacksons zur hierarchisch-evolutionären Struktur des Gehirns erscheint es möglich, im Vorgang der *dissolution*, der Entkopplung höherer von niedrigeren cerebralen Funktionszentren durch physische Traumata oder andere physische Noxen, eine konzeptuelle Verwandtschaft zur *désagrégation* zu sehen. Erste Folge wäre der Verlust der integrativen Funktion des (Selbst-)Bewusstseins. Folgt man der Auffassung Jacksons von der parallelen *concomitance* des Geistes und des Gehirns, ist zu anzunehmen, dass auch psychologische Traumata zu einer Störung cerebraler Vorgänge führen können. Der *dreamy state* z.B., von Jackson im Gefolge von cerebralen Krampfanfällen beschrieben, wäre somit ein Modell für dissoziative Vorgänge aufgrund psychischer Ursachen mit Störungen des Bewusstseins und anderer kognitiv-mnestischer Funktionen (Meares 1999).

Hypnose und Dissoziation

Eine Position in der anhaltenden Debatte über den Zusammenhang hypnotischer Phänomene und den verschiedenen Vorgängen der Dissoziation betont mit der Auffassung, es handele sich bei ersterer um eine kontrollierte und strukturierte Form der letzteren, einen besonders engen Zusammenhang zwischen beiden (Nemiah 1991, Bowers 1994). Die Darstellung historischer Fallbeispiele von H. Ellenberger (1996) unterstreicht diesen Zusammenhang, indem er eine Fülle von Phänomenen bis hin zur "hypnotischen Produktion" von Multiplen Persönlichkeiten darstellt, die gegenwärtig dem klinisch relevanten Bereich dissoziativer Reaktionen zugerechnet werden.

Als besonders einflussreich erwiesen sich die Untersuchungen Hilgards in den 70er Jahren, die ihn zur Formulierung seiner *Neo-Dissoziationstheorie* führten. Anhand der Ergebnisse, unter anderem zum Schmerzempfinden im Zustand der Hypnose, gelangte er zum Konzept des *hidden observer* und somit zur Vorstellung parallel angelegter cerebraler Funktionssysteme, deren Kontrolle und Integration durch ein übergeordnetes System in dissoziativen Vorgängen, welche er teils mit hypnotischen Vorgängen gleichsetzt, aufgehoben werden können (Hilgard 1986).

Bliss (1986) etwa betrachtet die Dissoziation als missbräuchlichen autohypnotischen Prozess, als Reaktion auf Traumatisierungen, der fundamental für die Entstehung der verschiedenen Alter-Persönlichkeiten bei der Dissoziativen Identitätsstörung ist. Eine Reihe von Untersuchungen bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Hypnotisierbarkeit und der Dissoziationstendenz in klinischen wie in nicht klinischen Populationen, wobei aber gegenwärtig kein eindeutiger Konsens über diesen Zusammenhang besteht (*pro* z.B. Frischholz *et al.* 1992, *contra* Frankel 1990)

Trauma und Dissoziation

Als eine wesentliche Bedingung für das Auftreten dissoziativer Vorgänge werden, wie bereits mehrfach erwähnt, spätestens seit Janet schwer wiegende traumatische Erlebnisse angesehen. In diesen Zusammenhang sind Störungsbilder wie die *railway spine* von Reynolds (1869), der *shell shock* von Myers (1915) und andere einzuordnen. Weite Verbreitung in der Psychiatrie fand das Konzept des psychischen Traumas als Ursache für psychopathologische Phänomene mit der in den 70er Jahren anhand der Erfahrungen mit Vietnam-Veteranen konzeptualisierten Posttraumatischen Belastungsstörung. Gehört diese auch eigentlich nicht zur Gruppe der dissoziativen Störungen in den geltenden Klassifikationssystemen, so besteht doch Konsens darüber, dass bei ihrer Ätiopathogenese dissoziative Vorgänge eine wesentliche Rolle spielen. Einige Autoren betrachten die DID als besonders schwere Form einer PTSD nach wiederholten lang dauernden Traumatisierungen in der Kindheit. Im Kontext der DID fanden die Folgen von Kindesmissbrauch für die weitere psychische Entwicklung der Betroffenen in großem Maße das Interesse der psychiatrischen Fachwelt wie auch der Öffentlichkeit.

Die Traumaerfahrung kann sich in drei Formen manifestieren. Bei der *primären Dissoziation* kommt es zu einer Beeinträchtigung der normal integrativen Funktion des Gedächtnisses in Form eines sinnhaften Narrativs. Isolierte Engramme auf visueller, affektiver und somatosensorischer Ebene entstehen, die später als so genannte Intrusionen bei der traumatischen Situation ähnelnden Reizsituationen wieder auftreten können. Mit *sekundärer oder peritraumatischer Dissoziation* ist der Bewusstseinszustand der Depersonalisation bis hin zum Hinaustreten aus dem Körper gemeint, d.h. eine Aufspaltung zwischen dem beobachtenden und erlebenden Selbst, durch die die Person einen Schutz vor der vollen Wucht (*full impact*) des Traumas erfährt (Marmar 1994). Von Bedeutung ist hierbei auch, dass dissoziative Symptome einen positiven prädiktiven Wert für das spätere Auftreten einer PTSD haben (Shalev *et al.* 1996).

Der Prozess *tertiärer Dissoziationen* ist als Reaktion auf wiederholte Traumatisierungen zu verstehen, die im Verlauf zur Ausbildung von Alter-Persönlichkeiten oder Persönlichkeitsfragmenten führen. Diese repräsentieren, in mehr oder minder großem Ausmaß voneinander dissoziiert, verschiedene komplexere Muster kognitiver, affektiver und behavioraler Tendenzen, wie dies bei der Dissoziativen Identitätsstörung der Fall ist. Eine weitere Unterscheidung wäre die Trennung von *inhaltlicher* und *kontextueller Dissoziation* (Butler 1996).

Von Bedeutung für den Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation sind weitere Charakteristika, die das Trauma selbst und situative Variablen betreffen. Art, Häufigkeit und Intensität sind ebenso von Bedeutung wie etwa das Lebensalter, in dem die traumatische Erfahrung gemacht wird. So unterscheidet z.B. Terr (1991) die Auswirkungen eines einmaligen, unvorhersehbaren Traumas und die Folgen einer wiederkehrenden chronischen Traumatisierung (Trauma Typ I und II). Eine auf breiter Basis geteilte Annahme ist hierbei, dass der Schweregrad der psychopathologischen Beeinträchtigung etwa bei einer fortgesetzten sexuellen Traumatisierung in der frühen Kindheit größer ist als im höheren Lebensalter oder bei anderen Traumaformen (Chu 1990, Zlotnick *et al.* 1995, Weintraub und Ruskin 1999).

Bewusstsein, Gedächtnis und Dissoziation

My mind may not remember, but my body keeps the score
 Monistische Konzepte des Selbst, seines Bewusstseins und der Gedächtnisfunktionen im Allgemeinen wurden in der neueren Kognitionspsychologie und Gedächtnisforschung zunehmend zugunsten z.B. modularer Konzepte der Psyche aufgegeben. Das Modell von Hilgard wäre etwa als Beispiel für eine modulare Struktur der Psyche zu nennen. Gemeint ist damit ein Aufbau der Psyche aus hierarchisch oder parallel angeordneten, jedoch in ihrer Funktionsfähigkeit nicht unbedingt aufeinander bezogenen funktionellen mentalen Subsystemen. Zwar wird die Existenz einer übergeordneten integrativen Instanz mit der Aufgabe bewusster Kontroll- und Bewusstseinsfunktion angenommen, aber als Beispiel eines davon unabhängigen psychischen Automatismus wäre etwa die Ausübung komplexen motorischen Verhaltens nach vorgängiger Reizverarbeitung, wie z.B. Autofahren, zu nennen.

Es existieren mehrere Modelle, die strukturell einem solchen Konzept ähneln und teilweise mit funktionellen neuroanatomischen und neurobiologischen Befunden verknüpft werden (z.B. Friedmann *et al.* 1995).

Das Modell *impliziter* und *expliziter* Gedächtnisprozesse unterscheidet auf der einen Seite ein System bewusster, verbal encodierter Erinnerungen an Ereignisse und Fakten, auf der anderen Seite das bewusstseinsferner, nicht primär linguistischer Erinnerungen bestimmter motorischer Programme, emotionaler Engramme, die ohne reflexive Rückkopplung Einfluss auf das Verhalten der Person haben können. Charakter und Einfluss traumatischer Erinnerungen, wie sie von Janet beschrieben wurden, wären impliziten Gedächtnisprozessen zuzuordnen (Schacter 1996, Kihlstrom 1987). Angenommen wird hier eine Beeinträchtigung hippocampaler Funktionen, die zum Erwerb expliziter Erinnerungen notwendig sind.

Unter dem Einfluss psychotroper Substanzen oder unter dem Eindruck einer emotional stark besetzten traumatischen Situation kann es, so ein verwandtes Konzept der Gedächtnisforschung, zu *zustandsabhängigen Lernprozessen* kommen (Bower 1981, Weingartner *et al.* 1978). Die Fähigkeit, diese Engramme zu erinnern, ist abhängig von der Perzeption der ursprünglichen Situation ähnlichen Reizmustern auch von geringerer Intensität, so dass es z.B. wie bei der PTSD zum Auftreten von *flashbacks* kommen kann.

Bowers (1994) schlägt ein hierarchisches Modell für die Organisation der cerebralen Informationsverarbeitung vor. Externe Reize und Informationen durchlaufen in der Regel die Stufen des *Bewusstseins 1. bis 3. Ordnung*, d.h. von der Ebene reiner perzeptueller Wahrnehmung bis hin zu komplexen reflexiven Prozessen über das eigene Denken und Verhalten. Er nimmt eine Störbarkeit durch dissoziative Vorgänge oder auch hypnotische Einflüsse auf allen Ebenen an.

Somatosensorische, ikonische und *semantisch-narrative* Gedächtnisengramme (van der Kolk 1994) in ihrem Bezug zu hippocampalen, frontalen Strukturen sowie der Amygdala stellen ebenso wie *autonoetisches, noetisches* und *anoetisches* Gedächtnis (Tulving 1985), deren Erwerb der ontogenetischen Entwicklung des Individuums unterliegt (Piaget 1972), hierarchisch organisierte Teile von Gedächtnisspeicherung und -abruf dar.

Im Kontext dissoziativer Störungen ist die zugrunde liegende Annahme, dass es unter dem Einfluss verschiedener Faktoren zu einer Entkopplung bzw. selektiven (De-)Aktivierung eines oder aller Gedächtnissysteme kommen kann und so Amnesien, somatische Symptome oder ganze Teil-Persönlichkeiten entstehen können.

Kritik des Dissoziationskonzeptes

So heuristisch wertvoll sich das erneuerte Konzept der Dissoziation für die Diagnostik und verschiedene Bereiche der Neurowissenschaften in den letzten Jahren auch erwiesen hat, wurde es doch stets von zurückhaltenden bis kritischen Stimmen begleitet. Die Kritik bezieht sich dabei sowohl auf das

Modell Dissoziation selbst als auch auf einzelne diagnostische Kategorien, für die es als ätiologischer Faktor gilt.

Ein wesentlicher Einwand richtet sich gegen die so genannte *Überdeterminiertheit* des Modells. Damit ist zum einen gemeint, dass dissoziative Vorgänge in ihrer erklärenden Wertigkeit als monokausales Agens auf zu viele klinische Phänomene ausgeweitet wurde. Ursprünglich als heuristisches Konzept gedacht, sei es rasch zu einer *Reifikation* gekommen und somit eine weitere, z.B. experimentelle, Aufklärung der zugrunde liegende Mechanismen unterblieben. Mit anderen Worten, als eigentlich noch zu Klärendes gelte es bereits als gesicherter ätiologischer Faktor (Scharfetter 1999).

Durch eine zu weite Fassung wie in dimensional-quantitativen Modellen, die ein Kontinuum von normaler und pathologischer Dissoziation annehmen, werde übersehen, dass durchaus qualitative Unterschiede zwischen etwa motorischen Automatismen einerseits und amnestischen Phänomenen andererseits bestehe (Frankel 1990, Cardena 1994). Seien erstere durchaus bewusster Aufmerksamkeit zugänglich, so ließen letztere definitionsgemäß dies nicht zu. Es stellt sich also die Frage, ob hier nicht kategorial verschiedene Vorgänge vorliegen. Jedoch deutet die Kritik auch in Richtung des grundlegenden Charakters der Dissoziation, es bestehen Zweifel an deren rein passivem Charakter (Spiegel und Cardena 1991). Somit stelle sich das Problem, wie Dissoziation z.B. gegen die Verdrängung oder andere Abwehrmechanismen abzugrenzen sei. In dieser Hinsicht wurde auch auf das Problem hingewiesen, dass bei einer zu weiten Fassung des Dissoziationsbegriffes sich eher deskriptive Aspekte mit psychodynamischen, d.h. im Sinne einer adaptiven Abwehrfunktion, vermischen (Kapfhammer 1999)

Durch den seit Beginn angenommenen Zusammenhang zwischen Trauma, Dissoziation und Pathogenese - bei der Konzeption der PTSD und der DID besonders betont - wurden möglicherweise zwei Aspekte vernachlässigt. Erstens werden Traumata zunehmend keineswegs als spezifische Ursachen für dissoziative Vorgänge betrachtet (z.B. Brown *et al.* 2000), sondern sie können eine Reihe weiterer klinisch relevanter Störungen verursachen. Auch scheinen spezielle Teilphänomene nicht durch die Dissoziation erklärbar. Zweitens betonte bereits Janet mit dem Hinweis auf eine zugrunde liegende psychasthenische Konstitution und die damit verbundene verminderte Fähigkeit zur intrapsychischen Integration traumatischer Erlebnisse die Bedeutung der Disposition der Person als Bedingung der Symptomentstehung.

Die DID kann als im Erscheinungsbild ebenso spektakuläres wie in ihrer Validität kontrovers beurteiltes Störungsbild des dissoziativen Spektrums gelten (Sarbin 1997a). Angesichts der wachsenden Zahl beschriebener Fälle werden iatrogene wie kulturelle Pathoplastik als permissive Faktoren diskutiert (Kapfhammer und Möller 1995, Hacking 1996, Fahy 1988, Spanos 1996). Iatrogene Effekte auf *wiedergewonnene Erinnerung* an Missbrauchserlebnisse in der Kindheit, die im Verlauf therapeutischer Interventionen zutage kommen, fanden

im *false memory syndrome* ihren Niederschlag (z.B. Merskey 1995). Die enorme gesellschaftliche Aufmerksamkeit, welche das Problem körperlichen und sexuellen Missbrauchs von Kindern erfährt, wird als weiterer wichtiger Faktor für die in den letzten zwei Jahrzehnten sprunghaft angestiegenen Zahlen von Fällen der DID gewertet.

Auch die postmoderne Relativierung des starken Subjektbegriffes der Moderne erleichtert die Wahl einer soziokulturell verstandenen Form der DID als einer Identitätsstrategie (z.B. Sarbin 1997b).

In Rücksichtnahme der bisher genannten Einwände und Modifikationen am Dissoziationsmodell erscheint es ratsam, das Erklärungsmodell Dissoziation restriktiv zu verwenden. Eine zu weite Fassung könnte einen Verlust seiner heuristischen Wertigkeit zur Folge haben.

Literatur

- Bernstein EM, Putnam FW: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986 ; 174(12): 727-735.
- Bliss EL: Multiple personality, allied disorders and hypnosis. New York, Oxford University Press 1986.
- Bowers KS: Three levels of consciousness: implications for dissociation. In: Klein RM, Doane KD (eds.): *Psychological concepts and dissociative disorders*. Hillsdale, Hove, L. Erlbaum Ass. 1994.
- Bronfen E: Das verknotete Subjekt. *Hysterie in der Moderne*. Berlin, Volk & Welt 1998, Kap. 6.
- Brown ES, Fulton MK, Wilkeson A, Petty F: The psychiatric sequelae of physical trauma. *Compr Psychiatry* 2000; 41(1): 19-23.
- Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Koopman C, Spiegel D: Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *Am J Psychiatry* 1996; 153(7 Suppl.): 42-63.
- Cardena E: The Domain of Dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW (eds.): *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives*. New York, London, Guilford 1994, 15-31.
- Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Torem M, Coons P, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG: Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *Am J Psychiatry* 1993; 150(7): 1030-1036.
- Carlson T: The History of Dissociation Until 1880. In: Quen JM (ed): *Split Minds/Split Brains: Historical and current perspectives*. New York, London, New York University Press 1986.
- Chu JA, Dill DL: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147(7): 887-892.
- Decker H: The lure of nonmaterialism in materialist Europe: Investigations of dissociative phenomena, 1880-1915. In: Quen JM (ed): *Split Minds/Split Brains: Historical and current perspectives*. New York, London, New York University Press 1986.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der APA. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe Verlag 1996.
- Ellenberger H: *Die Entdeckung des Unbewussten*. Diogenes Taschenbuch, 2. Aufl., 1996.

- Fahy TA: The diagnosis of multiple personality disorder. A critical review. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 597-606.
- Frankel FH: Hypnotizability and dissociation. *Am J Psychiatry* 1990; 147(7): 823-829.
- Frankel FH: Dissociation: the clinical realities. *Am J Psychiatry* 1996; 153(7 Suppl): 64-70.
- Freud S: Gesammelte Werke. Frankfurt a. Main, Fischer Verlag 1999.
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N, Bernstein Carlson E: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998; 48(6): 223-229.
- Friedmann MJ, Charney DS, Deutch, AY: Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder. Philadelphia, Lippincott-Raven Pblsh. 1995.
- Frischholz EJ, Lipman LS, Braun BG, Sachs RG: Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *Am J Psychiatry* 1992; 149(11): 1521-1525.
- Hacking I: Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne. München, Wien, Carl Hanser Verlag 1996.
- Hilgard ER: Divided consciousness: multiple controls in human thought and action. New York, Wiley 1986.
- Hoffmann N: Zwänge und Depression. Pierre Janet und die Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, Springer Verlag 1998.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), WHO. Übers. und hrsg. von Dilling. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, H. Huber Verlag 1993.
- James W: Principles of Psychology. New York, Holt & Co 1890, chap.11.
- Janet P: L'automatisme psychologique. Paris, Alcan 1889.
- Kapfhammer HP: Dissoziative Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, Springer Verlag 1999.
- Kapfhammer HP, Möller HJ: Multiple Persönlichkeitsstörung: Klinische Entität oder soziokulturelles Phänomen? *Münch Med Wochenschr* 1995; 137: 323-335.
- Kihlstrom JF: The cognitive unconscious. *Science* 1987; 18 237: 1445-1452.
- Kihlstrom JF: One hundred years of hysteria. In: Lynn SJ, Rhue JW (eds.): Dissociation. Clinical and theoretical perspectives. New York, London, Guilford 1994, 365-394.
- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, Hough RL: Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994; 151(6): 902-907.
- Meares R: The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1850-1855.
- Merskey H: Multiple personality disorder and false memory syndrome. *Br J Psychiatry* 1995; 166(3): 281-283.
- Myers CS: A contribution to the study of shell-shock. *Lancet* 1915; 316-320.
- Nemiah JC: Dissociation, conversion and somatization. In: Tasman A, Goldfinger SM (eds.): American Psychiatric Press Review of Psychiatry, vol 10. Washington DC, American Psychiatric Press 1991, 248-260.
- Nemiah JC: Dissociative Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed. Baltimore MD, Williams & Wilkins 1995.
- Piaget J: Die Psychologie der Intelligenz. Freiburg i. Breisgau, Walter 1972.
- Prince M.: The dissociation of a personality. New York, Longmans 1906.
- Reynolds JR: Remarks on paralysis, and other disorders of motion and sensations, dependent on idea. *Br Med J* 1869; 2: 483-485.
- Riley KC: Measurement of dissociation. *J Nerv Ment Dis* 1988 ; 176(7): 449-450.
- Sarbin TR: Multiple Personality Disorder: Fact or artifact? *Curr Opin Psychiatry* 1997a; 10:136-140.
- Sarbin TR: The poetics of identity. *Theory and Psychology* 1997b; 7(1): 67-82.
- Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, van der Kolk BA: Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9): 1329-1334.
- Schacter DL Searching for memory: The brain, the mind, and the past. New York, Basicbooks, Inc. 1996.
- Scharfetter C: Dissoziation und Schizophrenie: Die Schizophrenien - ein dissoziiertes nosopoietisches Konstrukt? *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998; 66/11: 520-552
- Scharfetter C: Dissoziation-Split-Fragmentation. Nachdenken über ein Modell. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber 1999.
- Shalev AY, Bonne O, Eth S: Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosom Med* 1996; 58(2): 165-182.
- Shorter E: From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York, Free Press 1993, 129-165.
- Spanos NP: Multiple identities & false memories. A sociocognitive perspective. Washington, DC, American Psychological Association 1996.
- Spiegel D, Cardena E: Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol* 1991; 100(3): 366-378.
- Terr LC: Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148(1): 10-20.
- Tulving E: How many memory systems are there? *Am Psychol* 1985; 40: 385-398.
- Van der Kolk, BA: The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry* 1994; 1: 253-265.
- Van der Kolk BA, Fislser RE: Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin* 1994; 58(2): 145-168.
- Van der Kolk BA, van der Hart O: Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989; 146(12): 1530-1540.
- Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H: Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: a study with the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation* 1991; 4: 180-184.
- Weingartner H, Murphy D, Stillman RC: Drug and mood state-specific encoding and retrieval of experience. *NIDA Res Monogr* 1978 ; 19: 210-223.
- Weintraub D, Ruskin PE: Posttraumatic Stress Disorder in the elderly: A review. *Am J Psychiatry* 1999; 7:144, 144-152.
- Zlotnick C, Shea MT, Zakriski A, Costello E, Begin A, Pearlstein T, Simpson E: Stressors and close relationships during childhood and dissociative experiences in survivors of sexual abuse among inpatient psychiatric women. *Compr Psychiatry* 1995; 36(3): 207-212.

Dr.med Peter Dobmeier

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU München
Nußbaumstr. 7
80336 München

e-mail: Peter.Dobmeier@psy.med.uni-muenchen.de