

Dissoziation – das gespaltene Selbst

Eine Dissoziation bezeichnet die Störung des normalen, subjektiven Erlebens. Die schwerste Form der dissoziativen Störung ist die dissoziative Persönlichkeitsstörung, besser bekannt als multiple Identität. In der Psychologie kennzeichnet sich eine Dissoziation zunächst dadurch, dass erlebte Eindrücke in der Erinnerung nicht, oder anders im Gedächtnis gespeichert werden als sie stattgefunden haben. Was sehr abstrakt klingt, werden wir im folgenden Artikel genauer erklären.

„Ich lebe wie unter einer milchig-durchsichtigen Decke. Alles um mich herum ist fern und fremd.“

„Ich kann meine Beine nicht mehr bewegen, sie gehorchen nicht mehr. Ich beobachte sie nur, will sie kontrollieren, doch sie gehorchen mir nicht. Ich fühle mich leer. Wo sind meine Emotionen?“

„Ich erinnere mich an nichts. Nicht an meine Tätigkeiten in den letzten Stunden. Wie bin ich hier hin gekommen? Ich erinnere mich an mich selbst nicht mehr.“

Dies sind beispielhafte Aussagen von Menschen, die dauerhaft oder vorübergehend in dissoziative Zustände wechseln. Sie zeigen, wie vielfältig die Ausprägungen des psychologischen Phänomens der Dissoziation sind, die vereinfacht oft als Abspaltung eines Bestandteils des Selbst bezeichnet wird. Durch diese Abspaltung werden Raum und Zeit nicht mehr als zusammenhängend wahrgenommen. Der Betroffene befindet sich in seinem Gefühl nicht mehr im Hier und Jetzt. Damit ist ein sinnvoller psychologischer Schutzmechanismus gemeint, welcher besonders in traumatisch wahrgenommenen Situationen eingesetzt werden kann.

Erstmalig wurden Dissoziationen bzw. dissoziative Störungen, d.h. gehäufte dissoziative Zustände mit Krankheitswert, von dem französischen Psychiater Pierre Janet (1859-1947) beschrieben und meinte damit eine Desintegration von Bewusstseinsinhalten. Diese Umschreibungen wirken –insbesondere auf Nichtbetroffene- sehr abstrakt und uneinheitlich. Daher soll im Folgenden beantwortet werden, was Dissoziation ist und welche Kennzeichen sie charakterisieren.

Wie ist Dissoziation gekennzeichnet?

Die amerikanische psychologische Vereinigung (American Psychological Association) beschreibt Dissoziation als Störung des normalen subjektiven Erlebens. Was sonst wie selbstverständlich zusammen gehört, ist nicht mehr integriert und wird getrennt voneinander wahrgenommen. „Erleben“ meint in diesem Fall vieles Verschiedenes: Körperfunktionen können desintegriert sein, also nicht mehr unter gedanklicher Kontrolle liegen. Gedächtnisinhalte können nicht mehr abgerufen werden und sind völlig unbekannt. Bestimmte Emotionen sind in bestimmten Situationen nicht spürbar, es entsteht ein Gefühl von zeitweiser emotionaler Taubheit und Leere.

Als ein bekanntes dissoziatives Alltagsphänomen lässt sich der sogenannte Flow anführen: Wir verlieren uns derart in einer Tätigkeit, dass wir Raum und Zeit um uns ganz und gar an Bedeutung verlieren und nicht in die Erinnerung integriert werden. Folglich fällt es uns im Nachhinein schwer, zu sagen, ob wir jetzt zwei oder vier Stunden an dem Projekt saßen. Prominent sind auch Dissoziationen in der eigenen Identität.

Selten vertreten, aber sehr bekannt ist die **Dissoziative Identitätsstörung** (auch bekannt als Multiple Persönlichkeit), die landläufig häufig mit der Schizophrenie verwechselt wird, welche ähnlich schwer nachvollziehbar ist für Nichtbetroffene. Bei der Dissoziativen Identitätsstörung ist die Identität nicht mehr zusammengehalten und es liegen einzelne (teils internalisierte) Persönlichkeitsanteile vor, die zusammengesetzt die eigene Person bilden. So kann eine Dissoziierte Identität aus einer normalen funktionsfähigen Identität, einem männlichen Beschützer, einem kleinen Mädchen, einer strengen Mutter usw. bestehen.

Die Vielfalt der Symptome zeigt, dass prinzipiell jede psychologische Funktion desintegriert werden kann, also nicht mehr normal zugänglich ist. Genau diese fehlende Integration, diese fehlende Zugänglichkeit und Kontrollierbarkeit ist das Merkmal, was alle dissoziativen Phänomene verbindet. Ob jeder Mensch fähig ist, in traumatisch wahrgenommenen Situationen mit Dissoziation zu reagieren und welche Faktoren eine dissoziative Störung hervorrufen, ist zum großen Teil noch ungeklärt.

Die Sicht auf Dissoziation als normalen Schutzmechanismus zeigt allerdings, dass Dissoziation selbst nichts Krankhaftes ist. Der Aufmerksamkeitsfokus wird deutlich verengt, um schützend gegenüber einer Gefahr auf die Person zu wirken. Durch diese Verengung sind bestimmte Inhalte nicht mehr abrufbar, d.h. sie sind abgespalten. Annähernd erleben auch manche Menschen im Alltag Dissoziationen, zum Beispiel beim Hineinversinken in Computerspiele oder bei starker Unterzuckerung. In beiden Fällen wird die Umwelt nicht mehr richtig wahrgenommen. Hier ist die Integration der eigenen Person in der Welt gestört, man fühlt sich von der Welt abgespalten. Es wird allerdings nicht von einer psychischen Störung gesprochen: Bei Computerspielen ist dieser Zustand durchaus erwünscht und bei Unterzuckerung liegt eine medizinische Ursache zugrunde.

So vielfältig wie die Kennzeichen von Dissoziation sind, so vielfältig sind auch die Dissoziativen Störungen, die diagnostiziert werden. Im Folgenden soll ein Überblick über die häufigsten Dissoziativen Störungen gegeben werden. Für alle Störungsbilder gilt, dass keine körperliche Ursache für die Symptome gefunden werden kann.

Zu erwähnen ist zudem, dass dissoziative Symptome nicht nur bei Menschen mit primär Dissoziativen Störungen auftreten. Insbesondere Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen gehäuft dissoziative Symptome auf. Daher sind dissoziative Zustände auch ein mögliches Diagnosekriterium für die Borderline-Persönlichkeitsstörung im amerikanischen Diagnosemanual DSM-5. Zudem besteht die Gefahr, dass Dissoziative Störungen nicht als solche erkannt werden.

Da keine organische Ursache für Lähmungen oder sichere Beweise für eine Amnesie erbracht werden können, kann es sein, dass Ärzte und Psychologen die Symptome nur als Simulation einstufen. Daher ist es wichtig, dass Ärzte und Psychologen über Dissoziative Störungen und deren Merkmale eingehend informiert sind. Zudem ist es immer wichtig, den Leidensdruck und die persönliche Wahrnehmung der Symptome durch den Betroffenen selbst zu berücksichtigen.

Welche Ursachen haben Dissoziationen?

Dissoziationen werden insbesondere beschrieben als Reaktion auf schwere Belastungen. Wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich nach der Ansicht vieler Psychologen um eine Traumafolgestörung. Im Gegensatz zu den Dissoziativen Störungen ist die klassische PTBS durch Flashbacks und Übererregung gekennzeichnet. Die Bezeichnung Dissoziativer Störungen als Traumafolgestörungen ist jedoch umstritten, da weder alle traumatisierten Personen dissoziative Symptome zeigen, noch bei allen Personen mit dissoziativer Symptomatik ein Trauma festgestellt werden kann.

Untersuchungen zeigen bisher, dass Dissoziationen insbesondere bei frühen und zwischenmenschlichen Traumatisierungen auftreten. Zudem geraten bei Traumatisierungsfolgen generell und besonders auch bei Dissoziativen Störungen emotionale Traumatisierungen in den Vordergrund. Dabei handelt es sich um solche Traumata, die weder physisch noch verbal wirksam sind, sondern vorrangig subjektiv emotional belastend wirken. Beispiele dafür sind schwere Verluste und überdauernde unpassende Rollenerwartungen (z.B. das Kind wird in eine Elternrolle gedrängt, kann daher seine Kindheit nicht als solche erleben und ist überdauernd überfordert mit der ungeeigneten Rolle).

Wer sich an dieser Stelle fragt, ob nicht prinzipiell jedes negative Ereignis ein Trauma sein könnte, der findet unterschiedliche Antworten dazu - je nach verwendeter Literatur. Das in Deutschland genutzte Diagnosemanual ICD-10 der WHO (Weltgesundheitsorganisation) beruft sich auf eine objektive Einschätzbarkeit von Traumata ("Jeder würde das Ereignis als sehr belastend empfinden."), während das amerikanische Diagnosemanual DSM-5 der APA (Amerikanischen Psychologischen Vereinigung) die subjektive Belastung ("Der Betroffene empfindet das Ereignis sehr belastend.") in den Vordergrund rückt. Durch diese uneinheitlichen Traumakonzeptionen ist es möglich, dass manche Traumata, die erlebt werden, nicht als „objektiv“ traumatisch aufgefasst und daher unzureichend berücksichtigt werden. Dies kann bewirken, dass Dissoziative Störungen nicht immer mit Traumata in Verbindung gesetzt werden können.

Was passiert im Körper?

Die Untersuchung zu körperlichen dissoziativen Prozessen fokussieren durch Traumata hervorgerufene körperliche Prozesse. Dissoziative Zustände werden hier interpretiert als Überlebensstrategien, Abwehrmechanismen oder Störungen der Informationsverarbeitung. Tiefenpsychologische Ansätze konzeptionieren Dissoziation als Abwehrmechanismus, indem unerträgliche Denkinhalte neutralisiert werden und Angst infolgedessen reduziert. Ausführlicher sollen im Folgenden die Annahmen einer Überlebensstrategie und der Störung der Informationsverarbeitung erklärt werden.

Eine deutsche Forschergruppe untersuchte die Entstehung dissoziativer Phänomene aus der Perspektive von Dissoziation als Überlebensstrategie. Mithilfe von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die dissoziative Symptome zeigten, wurde die verteidigungsbezogene Reaktion gegenüber emotional unangenehmen Reizen erfasst. Die Untersuchungen zeigten, dass eine Reaktion auf belastende emotionale Reize zunächst zu einer erhöhten Aufmerksamkeit führt, die von körperlicher Unbeweglichkeit begleitet wird.

Wenn der Reiz als gefährlich eingestuft wird, dann wird der menschliche Sympathikus aktiviert, was mit einer Steigerung von Herzfrequenz, Blutdruck und Stoffwechsel einhergeht. Das bedeutet, dass sich der Körper auf Flucht einrichtet oder auf Kampf gegen die Gefahr, wenn eine Flucht nicht mehr möglich ist. Zu diesem Zeitpunkt steht der Körper sehr stark unter Stress. Ist der Kampf aussichtslos und die Gefahr wird als unkontrollierbar erlebt, so gelangt die Furcht bis zum Höhepunkt. Dieser wird von einer körperlich-muskulären Unbeweglichkeit begleitet. Man „erstarrt“ wortwörtlich vor Angst.

Zu dissoziativen Symptomen kommt es dann nur, wenn auf die Furchterstarrung während der Gefahr eine Erschlaffung des Körpers erfolgt. Diese geht einher mit einer Aktivierung des Parasympathikus, das heißt die Aktivitäten des Körpers werden

wieder heruntergefahren. Wenn das Herunterfahren des Körpers besonders weit geht, dann kann es am Schluss zu einer Ohnmacht kommen. Während dieses Herunterfahrens oder kurz danach kann es zu dissoziativen Symptomen kommen.

Es wird davon ausgegangen, dass insbesondere bei lang anhaltenden und schweren Traumata in der Kindheit bevorzugt dauerhaft Dissoziative Störungen auftreten, wenn der Körper anschließend an die starke Stressreaktion den Mechanismus des Herunterfahrens zeigt und dabei oder kurz danach dissoziative Symptome auftreten. Problematisch an diesem Experiment ist allerdings, dass keine Personen mit reinen Dissoziativen Störungen teilgenommen haben, sondern nur solche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und begleitenden dissoziativen Symptomen.



Schematische Darstellung der erweiterten defensiven Kaskade. (nach Schauer & Elbert, 2010)

Der obig dargestellte Prozess erklärte bislang die Bedingungen, unter denen Dissoziationen entstehen. Die Annahme, Dissoziationen seien Störungen der Informationsverarbeitung, kann darauf aufbauend erklärt werden. Wenn nun aufgrund eines emotional sehr belastenden Ereignisses der Erschlaffungszustand eintritt, dann wird die Situation als unkontrollierbar erlebt. Unkontrollierbare Informationen aus der Umwelt und unkontrollierbare Gefühle der Hilflosigkeit entstehen. Diese Menge an Informationen kann nicht mehr verarbeitet werden, sodass die wahrgenommenen Umweltreize und Emotionen nicht mehr integriert abgespeichert werden können. Manche Informationen werden nicht oder nicht mehr bewusst abgespeichert und sind dadurch später nicht mehr zugänglich. Dadurch erscheinen diese Informationen abgespalten. Das kann dazu führen, dass es zu Gedächtnisverlusten kommt. Es kann auch dazu führen, dass Personen in späteren Situationen, die sie an das Trauma erinnern, wieder mit Dissoziation reagieren.

Diese Reaktion mit dissoziativen Symptomen liegt darin begründet, dass Dissoziation ihnen das Leben gerettet zu haben scheint. Schließlich haben sie die unkontrollierbare Situation mit gleichzeitiger oder nachfolgender Dissoziation überlebt. Nun werden neue, im späteren Leben ansatzweise traumatisch wirkende Ereignisse wiederum mit Dissoziation überlebt. Zudem steht bei frühkindlichen Traumata ein wichtiger Teil der Gehirnentwicklung noch bevor. Man kann davon ausgehen, dass Traumata das Gehirn des Kindes in seiner Entwicklung nachhaltig beeinflussen kann. Die im späteren Leben weiterhin gezeigten dissoziativen Symptome können sich dabei auch symbolisch mit Bezug zum Trauma äußern: Lähmung in den Beinen, da ein Davonlaufen nicht möglich war. Verlust des Augenlichts, da das Trauma so schrecklich anzusehen war.

Zusammenfassend lässt sich also sagen: Die bisherigen Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Dissoziation eine Überlebensstrategie ist. Überleben bezieht sich hierbei sowohl auf objektiv schwere Traumata als auch auf subjektiv schwere, hauptsächlich emotional gefärbte Traumata. Das Erleben absoluter Unkontrollierbarkeit führt zu einem Erschlaffen des Körpers und zu einer zerteilten Abspeicherung von Informationen aus der Umwelt und Emotionen im menschlichen Gehirn. Diese Informationen mit Blick auf die traumatischen Ursachen zu vereinen soll Ziel einer Psychotherapie sein.

Therapie Dissoziativer Störungen

Wie oben bereits beschreiben führen Dissoziationen zu fehlender Einordnung in Raum und Zeit, ins Hier und Jetzt. In der Therapie bedeutet dies natürlich ein Hindernis, da nur ein Patient, der sich im Hier und Jetzt wahrnimmt, auch im Hier und Jetzt in der Therapie arbeiten kann. Insbesondere, wenn die Dissoziation mit Trauma bezogenen Gedanken, Körperempfindungen etc. einhergeht, erlebt der Patient erneut Hilflosigkeit und sieht sich der Gefahr einer möglichen Retraumatisierung gegenüber: Denn das traumatische Ereignis kann dabei so stark wiedererlebt werden, dass es als reales (neues) Trauma wahrgenommen wird.

Um eine gemeinsame therapeutische Zusammenarbeit zu ermöglichen und gleichzeitig den Patienten vor möglichen Retraumatisierungen zu schützen, muss ein gemeinsamer und positiver Gegenwartsbezug hergestellt werden. Dies ermöglicht es dem Patienten zunehmend, eine distanziertere Betrachtung auf das Trauma zu gewinnen und über das Trauma als vergangenes Erlebnis reflektieren zu können. Im nächsten Schritt ist es dann möglich, das traumatische Geschehen in die eigene Vergangenheitsgeschichte korrekt einzuordnen. Nur so wird es gelingen, die Ängste und Hilflosigkeitserlebnisse korrekt in die Vergangenheit einzuordnen. Dadurch wird diesen unangenehmen Gefühlen der Bezug zur Gegenwart entzogen.

Mit Rückblick auf die Vielgestaltigkeit, in der sich Dissoziationen zeigen können, wird deutlich, dass die Behandlungsmethoden sowohl an die Dissoziationsart (d.h. diejenigen von Dissoziationen betroffenen psychischen und körperlichen Funktionen) als auch an den Patienten angepasst werden muss. Relevant hierbei sind neben der Dissoziationsart auch die Intensität der Dissoziation und die vom Klienten wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Dissoziation.

Grundsätzlich können allerdings die folgenden Therapieziele zur Behandlung dissoziativen Erlebens festgehalten werden:

- Erhöhung des Kontrollierens
- Erstellung zusätzlicher Gedanken und Wahrnehmungsverarbeitungen
- Verringerung von Angst und Hilflosigkeit
- Besserung der Selbstwahrnehmung
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Vorbereitung der Bereitschaft zur Integration Dissoziation auslösender Erinnerungen

Autor: Miriam Jähne (Impulsdialog)

Quellen:

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.*
- Bernstein, R. E., Delker, B. C., Knight, J. A. & Freyd, J. J. (2015). Hypervigilance in College Students: Associations With Betrayal and Dissociation and Psychometric Properties in a Brief Hypervigilance Scale [Elektronische Version]. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 7 (5), 448-455.*
- Dilling, H. & Freyberger, H.-J. (Hrsg.), (2012). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.*
- Fiedler, P. (2001). Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim: Beltz.*
- Hantke, L. (2006). Vom Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen. In: Zobel, M. (Hrsg.) Traumatherapie - eine Einführung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.*
- Jähne, M. F. (2014). Die konzeptuelle Unterscheidung der Dissoziativen Identitätsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre therapeutischen Implikationen. (Master-Arbeit, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)*
- Limberg, A., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Hamm, A. O. (2013). Defensive Reaktivität und Dissoziation bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Trauma & Gewalt, 7 (3), 192-209.*