

Wilma Weiß | Esther Kamala Friedrich |
Eva Picard | Ulrike Ding

»Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut«

Dissoziation und Traumapädagogik

Wilma Weiß | Esther Kamala Friedrich | Eva Picard | Ulrike Ding
„Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“

Edition Sozial

Wilma Weiß | Esther Kamala Friedrich |
Eva Picard | Ulrike Ding

**»Als wär ich ein Geist,
der auf mich runter schaut«**

Dissoziation und Traumapädagogik

Die Autorinnen

Wilma Weiß, Jg. 1951, Diplom-Pädagogin, Diplomsozialpädagogin, seit 1973 in unterschiedlichen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe tätig, seit 2008 Leitung des Zentrums für Traumapädagogik Welle gGmbH in Hanau, Mitbegründerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik; Fachbuchautorin.

Anschrift: wweiss@ztp.welle-ev.de

Esther Kamala Friedrich, Jg. 1982, Diplom-Psychologin, Doktorandin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Thema: *Stress, Emotionsregulation, Dissoziation und der Einfluss von Musizieren bei Grundschulern*, Weiterbildung in Systemischer Beratung und Ego-State-Therapie.

Anschrift: kamala_friedrich@web.de

Eva Picard, Jg. 1964, Diplomsozialarbeiter, seit 20 Jahren Malleiterin für Kinder- und Jugendgruppen, für Menschen in besonderen Schwierigkeiten, für Menschen in Trauerprozessen und für Menschen mit Behinderungen, seit 1997 Leiterin des Familienzentrums Regenbogeninsel mit integrativer Kindertagesstätte.

Anschrift: eva.picard@gmx.net

Ulrike Ding, Jg. 1961, Dipl. Sonder- und Heilpädagogin, Förderschulrektorin, Schwerpunkte Erziehungshilfe und Lernhilfe, zurzeit Leiterin einer Förderschule mit Beratungs- und Förderzentrum im Main-Kinzig-Kreis, Referentin im Zentrum für Traumapädagogik Hanau.

Anschrift: ufding@gmx.de

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.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2014 Beltz Juventa · Weinheim und Basel

www.beltz.de · www.juventa.de

Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISBN 978-3-7799-5177-3

Den Mädchen und Jungen

Inhalt

Einleitung	9
Kapitel 1 Dissoziation und Multiplizität <i>Esther Kamala Friedrich</i>	13
Kapitel 2 Wege und Möglichkeit der Diagnostik der Dissoziation in der Traumapädagogik <i>Esther Kamala Friedrich, Wilma Weiß</i>	60
Kapitel 3 „Es ist dann wie so ein Kurzzeitkoma für mich.“ Über das Leben von Menschen mit störungswertigen dissoziativen Zuständen <i>Eva Picard</i>	77
Kapitel 4 Möglichkeiten der Traumapädagogik zur Regulation und Selbstregulation störungswertiger dissoziativer Zustände <i>Wilma Weiß</i>	97
Kapitel 5 „Ich kann mir sowieso nichts merken, also brauche ich auch nicht hin!“ Wie kann Schule dissoziierende Kinder verstehen und im Lernen unterstützen? <i>Ulrike Ding</i>	166
Schlussbemerkungen	223
Literatur	227
Glossar	237

Einleitung

„Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“, so beschreibt die zwölfjährige Johanna, die in einer Wohngruppe lebt, ihr dissoziatives Erleben. In Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben viele Mädchen und Jungen, die mithilfe dissoziativer Strategien chronische traumatische Erfahrungen überlebt haben. Heute trennen sie diese Strategien von ihrem Selbst und von anderen Menschen. Johanna braucht Unterstützung, um diese Trennung langfristig überwinden zu können. Die PädagogInnen und psychosozialen Fachkräfte brauchen das Wissen über die Dynamik und die Wirkweisen von Dissoziation, um Kinder und Jugendliche in ihrer Selbstregulation unterstützen zu können. Das gilt auch für Bildungseinrichtungen, in denen über Chancen zur sozialen Teilhabe entschieden wird. Dissoziative Überlebensstrategien behindern eine erfolgreiche Schulkarriere erheblich. Auch in Einrichtungen der frühen Bildung führen diese Verhaltensweisen zu erheblichen Verwirrungen und Störungen. Umso erstaunlicher ist es, dass dieses Thema in der Pädagogik weitgehend „dissoziiert“ ist. Das Nichterkennen störungswertiger Strategien der Dissoziation behindert die Handlungswirksamkeit der PädagogInnen, psychosozialen Fachkräfte und der Lehrerinnen und Lehrer und wird immer wieder zu einer Spirale der dissoziativen Nichtreaktion führen. Der Umgang mit Dissoziation kann Verwirrung und Lähmung auslösen. Die Etablierung eines „soweit als möglichen sicheren Ortes“ für die PädagogInnen, TherapeutInnen, BeraterInnen, KöchInnen, HausmeisterInnen etc. ist eine wichtige Leitungsaufgabe. Traumapädagogik bezieht das Wissen um das Phänomen Dissoziation ein und entwickelt Methoden, um die Mädchen und Jungen in ihrer Selbstbemächtigung zu unterstützen.

Doch die Beschäftigung mit dem Phänomenbereich der Dissoziation ist nicht einfach. Selbst die Forschung ist bis heute zu keiner übergreifenden Einigung gekommen, was genau als dissoziativ und was als nicht dissoziativ zu bezeichnen ist. Die Experten diskutieren, welche Phänomene als dissoziativ oder eher als Symptome „häufiger auftretenden Gewahrseins- und Bewusstseinsveränderungen“ zu betrachten sind, und die in gewissem Umfang jeder Mensch kennt (Boon/Steele/van der Hart 2013). Diese Unterscheidung soll auch dazu dienen, der Schwere und Komplexität dissoziativer Strategien gerecht zu werden. Immer wieder haben wir die Erfahrung gemacht, dass Menschen, die sich mit diesem Symptombereich beschäftigen möchten, es

schwer haben, diese komplexen Phänomene zu verstehen. Wir hoffen, durch dieses Buch verständlich beschreiben zu können, was wir nach unserer Erfahrung und unserem Wissen unter Dissoziation verstehen. Sollten Sie bei weiterer Literaturrecherche auf Definitionen oder Beschreibungen stoßen, die abweichend sind, so muss dies nicht zwangsläufig falsch sein. Der Themenbereich der Dissoziation wird immer noch erforscht, neue Erkenntnisse ergeben sich daher automatisch. Dieses Buch möchte einen ersten, praxisorientierten Einblick, nicht die endgültige Antwort auf die Frage geben: „Was ist Dissoziation und wie gehe ich in meinem Alltag damit um?“ Psychische Störungen werden erst durch das Erleben dieser Störungen in der Praxis verständlich. Einiges werden Sie vielleicht schnell einordnen können, aufgrund Ihres Vorwissens und Ihrer Erfahrungen. Anderes wird sich Ihnen vielleicht erst in einiger Zeit erschließen. Das Verständnis von Dissoziation und den psychischen Auswirkungen von Traumatisierung ist ein Weg, der uns wahrscheinlich die gesamte Laufbahn über begleiten wird.

Das nötige Fachwissen, um dissoziative Symptomatiken benennen und erkennen zu können, wird in Kapitel 1 von Esther Kamala Friedrich zur Verfügung gestellt. Erweiternd stellt sie drei Modelle der menschlichen Multiplizität vor.

Im zweiten Kapitel stellt Friedrich klassifikatorisches Material zum Phänomen Dissoziation vor und beschreibt ihre Erfahrungen. Einführend skizziert Wilma Weiß die wieder aufgenommene Diskussion um Diagnostik im pädagogischen/traumapädagogischen Kontext. Klassifikatorische Diagnostik bietet die Möglichkeit, komplexe Sachbestände zu beschreiben. Traumapädagogisches Fallverstehen leistet mit Hilfe alltäglicher Beobachtungen einen wertvollen Beitrag zu den Interventionsplanungen. Es geht darum, einen Weg des Miteinanders zu finden, der im traumapädagogischen Kontext aktuell diskutiert wird.

Mit Kapitel 3 kommen wir von der Theorie zu den Menschen. Wie überleben Betroffene traumatische Erfahrungen? Wann nutzen dissoziative Zustände, wann stören sie und welches Verhalten von professionellen Bezugspersonen hat geholfen? In Interviews lässt Eva Picard Betroffene zu Wort kommen. Eindrücklich schildern sie, wie und mit welcher Anstrengung sie das Leben mit Dissoziation meistern.

Weiß stellt in Kapitel 4 traumapädagogische Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dissoziativen störungswertigen Strategien vor. Welche Methoden nutzen, um die Dissoziationsneigung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu minimieren und wie können die Mädchen und Jungen ein Stück mehr an Selbstbemächtigung erreichen? Elternarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe und die traumapädagogische Familienhilfe brauchen das Wissen um dissoziative Zustände, um wirkliche Elternpartnerschaft zu

erreichen. Schlussendlich sollte in den Einrichtungen ein Konzept entstehen, das die psychosozialen Fachkräfte in der Berücksichtigung dissoziativer Strategien in ihrer alltäglichen Arbeit unterstützt.

Ulrike Ding beschreibt in Kapitel 5 einen förderlichen Umgang mit störungswertiger Dissoziation in der Schule. Sie schildert, wie dissoziative störungswertige Zustände das Lernen der Mädchen und Jungen erschweren. Bindungsorientierte, aufmerksame Wahrnehmung und Unterstützung lindert ihre Anstrengung. Dies hat eine hohe Relevanz, da in der Schule soziale Teilhabechancen mit entschieden werden. Wie können die aus der Pädagogik entwickelten traumapädagogischen Inhalte und Methoden in der Schule verankert werden?

Neben den Möglichkeiten der Unterstützung sehen wir auch die Grenzen der Hilfestellung: die strukturellen Bedingungen in der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule, das geringe Wissen über Dissoziation, die Gruppengröße in Einrichtungen und vieles andere mehr. Der Umgang mit störungswertigen dissoziativen Zuständen wurde bislang zu wenig reflektiert, so ist z. B. wenig bekannt, wie Mädchen und Jungen mit dissoziativen Identitätsstörungen unterstützt werden können und welche Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen. Aufgrund unserer Erfahrungen in der Umsetzung der Traumapädagogik sind wir davon überzeugt, dass, wenn die psychosozialen und pädagogischen Fachkräfte Erfahrungen mit dem Phänomen Dissoziation bewusster wahrnehmen, diese Erfahrungen neuen Aufschluss über wirkmächtige Unterstützung geben können.

Dieses Buch ist interdisziplinär entstanden. Wir sind vier Frauen, die in vier unterschiedlichen Berufs- und Interessensfeldern arbeiten und leben. Wir kommen aus verschiedenen Generationen mit unterschiedlicher gesellschaftspolitischer und berufspolitischer Sozialisation und haben lebhaft über Fragen diskutiert wie: Können wissenschaftlich-psychologische Texte politische Aussagen beinhalten? Gibt es ideologiefreie Wissenschaft? Muss Traumapädagogik gesellschaftspolitisch wirksam werden? Welche Rolle spielt das Geschlecht? Berücksichtigen wir die Unterschiedlichkeit der Geschlechter in der Wahl der Worte? Den Umgang mit der männlichen und weiblichen Form handhaben wir unterschiedlich. Immer aber sind Frauen und Männer gemeint. Unsere Unterschiedlichkeit hat die Diskussionen sehr belebt. Uns verbindet die Überzeugung, dass störungswertige Dissoziation Leben sehr belasten kann und wir im Rahmen unserer Möglichkeiten dazu beitragen, diese Belastungen zu minimieren. Die Lebensleistungen traumatisierter Menschen machen immer wieder Mut, die Wege gemeinsam weiter zu gehen.

Dieses Buch ist vor allem ein Buch für PädagogInnen, Pflegeeltern, Lehrerinnen und Lehrer und psychosoziale Fachkräfte. Mit PädagogInnen sind

auch ErzieherInnen und andere erzieherische Berufsgruppen gemeint. Wir hoffen im Sinne einer interdisziplinären Vernetzung, dass wir auch andere Fachdisziplinen wie Medizin, Psychiatrie, Psychologie etc. erreichen. Ohne die Expertenschaft der Betroffenen wäre dieses Buch nicht entstanden.

Dieses Zeichen → verweist auf eine Begriffsbezeichnung im Glossar. Bezüge auf andere Kapitel werden durch Nennung der Autorin (Friedrich) hergestellt.

Wir hoffen, dass sich viele wiederfinden können und danken für all das, was wir gemeinsam lernen konnten.

Kapitel 1

Dissoziation und Multiplizität

Esther Kamala Friedrich

1.1 Dissoziation – die Grundlagen	15
1.1.1 Dissoziative Symptomatik	15
1.1.2 Störungswertige und nicht-störungswertige Dissoziation	29
1.1.3 Trauma und Dissoziation	35
1.1.4 Dissoziation und der Einfluss des Geschlechts	37
1.2 Dissoziative Phänomene bei Kindern und Jugendlichen	38
1.2.1 Die Unterscheidung normaler und pathologischer Phänomene	38
1.2.2 Die Häufigkeit Dissoziativer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	42
1.3 Modelle der Multiplizität	47
1.3.1 Das Ego-State Modell	49
1.3.2 Das Modell der inneren Familie	53
1.3.3 Das Modell des inneren Teams	56

Ein kurzes Wort vorab:

Dissoziation wird in der Regel als ein Prozess verstanden, der die Psyche vor überwältigendem Stress und Traumata schützt. Dissoziation wird in diesem Buch daher als ein Schutzmechanismus betrachtet, eine eigentlich gesunde und normale Reaktion der Psyche auf ungesunde, unnormale und lebensbedrohliche Zustände. Dieses Buch möchte dazu auffordern, dissoziative Phänomene bei Kindern und Jugendlichen auf der einen Seite ernst zu nehmen, gleichzeitig aber auch ausdrücken, dass die Fähigkeit zur Dissoziation diesen Kindern das Überleben gesichert hat. Auch wenn der Begriff „Störung“ in diesem Kapitel häufig fallen wird, so liegt der Hauptgedanke darauf, dass die Fähigkeit zur Dissoziation eine wichtige psychische Ressource für die Kinder war oder vielleicht noch ist, auch wenn sie heute belastend sein mag und das Leben erschwert. Die psychische Stärke der Kinder sollte demnach immer mehr ins Gewicht fallen als die Probleme, die ihr Überlebensmechanismus heute mit sich bringen mag.

Zeitgeschichtlich gesehen ist der Begriff *Dissoziation* noch nicht sehr alt, er wurde Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts von Pierre Janet geprägt (Gast et al. 2001). Janet untersuchte und beschrieb dissoziative Phänomene differenziert und umfangreich und verschaffte ihnen damit einen gewissen

Bekanntheitsgrad. Er betonte den Einfluss von traumatischen Ereignissen auf die Entstehung von dissoziativen Phänomenen und sah dissoziative Prozesse als abgespaltene Teile der Persönlichkeit (Putnam 1989, zit. nach Sandberg/Lynn 1992). An diese Überlegungen schlossen sich die frühen Untersuchungen Sigmund Freuds und Josef Breuers an (Gast et al. 2001). Freud entfernte sich jedoch bald von dem Konzept der Traumatisierung sowie von dem Begriff der Dissoziation und beschränkte seine Forschung in erster Linie auf → Konversion und → Hysterie (Fiedler 2008). Freuds psychoanalytische Position konnte sich bis in die 80er Jahre durchsetzen, das Interesse an dem Konzept der Dissoziation verschwand in der Folge fast vollständig (Fiedler 2008). Bis 1980 wurden die meisten, wenn auch nicht alle, dissoziativen Symptome und Störungen als unterschiedliche Formen der Konversionsneurose oder als verschiedene (→ neurotische) Hysterie-symptome klassifiziert (Fiedler 2008).

Während des Vietnamkrieges berichtete eine Vielzahl der heimgekehrten Soldaten von den gleichen, belastenden Symptomen. Zweifel an den Theorien Freuds und die unterschiedliche Nutzung des Hysteriebegriffes führten dazu, dass die Kategorien „hysterische Neurose“ und „hysterische Persönlichkeitsstörung“ in den Klassifikationssystemen → DSM-III (American Psychiatric Association, APA 1980) und → ICD-10 (Dilling/Mombour/Schmidt 1991) durch neue Diagnosekriterien ersetzt wurden. Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurde entwickelt, um die psychischen Reaktionen der Soldaten diagnostisch einordnen zu können (Gast et al. 2001). Ein Teil der PTBS ist das Erleben von dissoziativen Zuständen. Damit erwachte in den 80er Jahren auch das Interesse an dem lange vergessenen Konzept der Dissoziation.

Mit der offiziellen Klassifizierung wiederum entstanden → Screening-Fragebögen und → strukturierte Interviews. Das Interesse an → empirischen Studien über die Häufigkeit dissoziativer Phänomene wuchs und rückte sie wieder ins Blickfeld der psychologischen Forschung (Gast et al. 2001). Dennoch hinkt das Wissen über Dissoziation und die Beachtung Dissoziativer Störungen aufgrund der relativ späten psychologischen Erforschung dieser Symptome weit hinter dem Wissen und der Anerkennung anderer psychischer Störungen hinterher. Entsprechend lange dauert es auch noch heute, bis Menschen mit störungswertiger Dissoziation die korrekte Diagnose gestellt und adäquate Hilfe vermittelt bekommen. Da Dissoziative Störungen meist bereits in der Kindheit beginnen, ist eine entsprechende Aufklärung durch Pädagogen, Erziehungsberechtigte oder Lehrer eine Möglichkeit, jenen Kindern bereits früh Hilfsangebote und Möglichkeiten der sozialen Teilhabe zu eröffnen.

1.1 Dissoziation – die Grundlagen

1.1.1 Dissoziative Symptomatik

Personen, die beginnen, sich mit dem Thema Dissoziation auseinander zu setzen, sind häufig irritiert und verunsichert über dessen genaue Bedeutung. Dissoziation umfasst eine Vielzahl von verschiedenen Symptomen, ist begrifflich bis heute nicht klar abgegrenzt und noch immer kommen neue Symptome hinzu. Eine eindeutige Antwort auf die Frage, was Dissoziation eigentlich sei, gibt es entsprechend nicht. Dieses Kapitel möchte als eine Einführung in den Themenbereich versuchen, all die unterschiedlichen Antworten zusammenzufassen und verständlich zu machen. Denn letztlich lässt sich Dissoziation auf einen Kernprozess zurückführen, der allen dissoziativen Phänomenen unterliegt: auf den Prozess der Trennung bzw. Abspaltung. Dies soll im Folgenden näher erklärt werden.

Nähert man sich auf sprachlicher Ebene, so ist Dissoziation das begriffliche Gegenteil von Assoziation. Dissoziation wird in den Bereichen der Physik, Biologie und eben auch der Psychologie verwendet, um Prozesse der Trennung, des Zerfalls, der Unterbrechung, oder der Abspaltung zu beschreiben. Dem psychologischen Terminus Dissoziation fehlt zwar eine eindeutige und einheitliche Definition, die einvernehmlich verwendet wird. Alle Definitionen enthalten jedoch im Kern die Aussage, dass Dissoziation eine Störung der normalen Integration und Assoziation von Informationen und Erlebnissen ist (Putnam 1997). Jene werden, um es einfach auszudrücken, im Gehirn nicht miteinander verknüpft, sondern getrennt. Die am weitesten greifende Beschreibung der Dissoziation stammt von Hypnose-Forschern (Putnam 1997):

Während einer Dissoziation sind zwei oder mehrere mentale (gedankliche oder geistige) Prozesse oder Inhalte offensichtlich nicht miteinander assoziiert, obwohl dies eigentlich der Fall sein sollte.

Ein psychisch gesunder Mensch erlebt seine Persönlichkeit im Alltag als eine Einheit, unabhängig von seinen Stimmungsschwankungen und unabhängig von seinem – in verschiedenen Situationen – unterschiedlich gezeigten Verhalten. Nach dem Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling/Mombour/Schmidt 2005) sind drei der wichtigsten Instanzen, die diese Einheit sicherstellen: Gedächtnis, Identität und Wahrnehmung. Um psychische Konstanz zu gewährleisten, müssen diese drei Bereiche miteinander assoziiert und verbunden sein. Bei Dissoziativen Störungen sind genau diese integrierenden, as-

soziativen Funktionen des Bewusstseins nachhaltig und ohne organische Ursache gestört. Dissoziation ist „ein komplexer psychophysiologischer Prozess“ (Egle/Hoffmann/Joraschky 2005, S. 393), der

1. die Erinnerung an die Vergangenheit verhindert oder verändert,
2. das Identitätsbewusstsein stört,
3. das Erleben von Kontrolle über Körperempfindungen und Körperbewegungen stört sowie
4. aktuelle Wahrnehmungen und Emotionen von anderen psychischen Prozessen abspaltet.

Im Falle der Dissoziation sind also psychische Verarbeitungsprozesse im Gehirn nicht miteinander in Verbindung, die normalerweise miteinander in Verbindung stehen und die die Wahrnehmung einer Konstanz der Umgebung und des Selbst garantieren. Entsprechend fällt es Betroffenen schwer oder es ist ihnen unmöglich, die eigene Person als Ganzes wahrzunehmen (Fiedler 2002).

Nach eigenen Erfahrungen wird in der Praxis vor allem ein „Wegdriften“ (Abspalten von der aktuellen Situation) und eine damit einhergehende Unansprechbarkeit des Betroffenen als dissoziativ interpretiert. Wie die bisherigen Beschreibungen jedoch vermuten lassen, ist das dissoziative Spektrum weitaus breiter aufgestellt. Es umfasst dabei völlig verschiedene Symptome, die jedoch alle das oben benannte Grundprinzip enthalten, und daher als dissoziativ (also als „getrennt“) beschrieben werden können.

Der Begriff Dissoziation umfasst somit die Gemeinsamkeit eines psychischen Prozesses als Grundlage für sehr verschiedene Symptome. Als das verbindende Element werden nicht die sich ähnelnden Symptome der Betroffenen betrachtet, sondern vielmehr der gemeinsame psychische Prozess an sich. Damit unterscheidet sich die Dissoziation von anderen klinischen, psychologischen Konstrukten. Beispielsweise zeigen Menschen mit Depressionen oder Angsterkrankungen – in der Regel – jeweils ein im Kern ähnliches Verhalten. Sie weisen jeweils auf irgendeine Art depressive oder ängstliche Symptome auf. Bei Menschen mit Dissoziativen Störungen lassen sich auf den ersten Blick keine wirklichen „Kernsymptome“ ausmachen. Im Gegenteil: Die Erscheinungsformen der Dissoziation sind oft von Person zu Person verwirrend unterschiedlich. Gemeinsam ist ihnen nur die Trennung bzw. Abspaltung von psychischen Funktionen.

Merke:

Dissoziation beschreibt unterschiedliche Symptome, die jedoch alle auf den Prozess der Abspaltung oder Trennung verschiedener psychischer Instanzen zurückzuführen sind.

Kategorien dissoziativer Symptomatik

Um diese Definition greifbarer zu machen, soll im Folgenden eine grobe Einteilung dissoziativer Phänomene vorgenommen werden. Da im traumapädagogischen Alltag das prinzipielle Verständnis dissoziativer Phänomene wichtiger ist als die exakte diagnostische Zuordnung, soll hier die Phänomenologie dissoziativer Symptome im Vordergrund stehen, unabhängig von der dahinter liegenden Diagnose.¹

Putnam definierte 1994 vier Kategorien von dissoziativen Phänomenen: Gedächtnisdysfunktionen, Störungen der Identität, passive Beeinflussung, und Absorption/Trance. Seine Kategorisierung soll im Folgenden dargestellt werden.

1. Gedächtnisdysfunktionen: Dysfunktionen des Gedächtnisses können sich äußern, indem Amnesien für bestimmte Geschehnisse, Informationen und ganze Lebensabschnitte auftreten. Amnesie ist nach Steinberg „das grundlegendste Symptom der Dissoziation und wichtiger Bestandteil aller anderen Symptomatiken“ (Steinberg 1995). Gedächtnisdysfunktionen sind hilfreich, um die Erinnerung an traumatische Ereignisse zu verhindern. Durch die Trennung von Gedächtnisinhalten vom aktuellen Bewusstsein bewahrt Dissoziation die betroffene Person (vorerst) vor einer überwältigenden psychischen Belastung. Die Amnesie kann sich dabei auf gesamte Lebensbereiche oder längere Zeiträume erstrecken oder auch nur ein einzelnes Ereignis betreffen (Fiedler 2002). Es können sowohl „alltäglichere“ Traumatisierungen (wie etwa ein Autounfall) als auch sehr schwere, lebensbedrohliche Erlebnisse von einer Dissoziativen Amnesie betroffen sein. Eine in einen Autounfall verwickelte Person mag sich zum Beispiel noch daran erinnern, wie sie in ihr Auto stieg und die erste halbe Stunde in Richtung Arbeit fuhr. Die zwanzig Minuten vor und nach dem Unfall sind jedoch nicht mehr abrufbar, ohne dass dieser Gedächtnisverlust auf eine Kopfverletzung zurückzuführen wäre. Dass ein in der Kindheit erlebter sexueller Missbrauch häufig erst später im Leben erinnert wird, ist ebenfalls auf eine Dissoziative Amnesie zurückzuführen.

2. Störungen der Identität: Dissoziative Störungen der Identität beschreiben verschiedene Phänomene: Identitätsalterationen, Depersonalisationen/Derealisationen und → Identitätskonfusionen.

1 Dissoziative Störungen nach den Diagnosekriterien DSM-IV und ICD-10 siehe Kapitel 2.

Identitätsalteration beschreibt das eigene Gefühl oder die Beobachtung anderer, dass der Betroffene mehr als eine Persönlichkeit besitzt (Steinberg 1995). Betroffene Personen wechseln von außen beobachtbar ihre Rolle oder Identität, wobei sie ein für die „Kernpersönlichkeit“ untypisches Verhalten an den Tag legen (ebd.). Der Volksmund bezeichnet solche Verhaltenswechsel als → schizophran. Da → Schizophrenie jedoch eine gänzlich andere Störung bezeichnet, ist dies aus psychologischer Sicht kein passender Begriff. Die teilweise oder vollständige Abspaltung (d.h. Dissoziation) eines Persönlichkeitsanteils ist in der Regel durch eine starke Traumatisierung hervorgerufen. Die Gesamtpersönlichkeit wurde durch die Abspaltung nicht mit dem Trauma konfrontiert und konnte weiter funktionieren. Bei starker Dissoziation der Persönlichkeitsanteile kann den Teilpersönlichkeiten das Wissen über die anderen Anteile fehlen. Dadurch wiederum werden Handlungen, Erlebnisse, neu gelernte Fähigkeiten usw. nicht von allen Persönlichkeiten erinnert. So können sich durchaus verschiedene Fähigkeiten, Gewohnheiten, unterschiedliches Wissen, Erinnerungen oder Charaktereigenschaften einzelner Persönlichkeitsanteile entwickeln (Fiedler 2002). Im schwersten Ausprägungsgrad kann eine → *Dissoziative Identitätsstörung* vorliegen, bei der unterschiedliche Persönlichkeitsanteile völlig voneinander abgespalten sind (Fiedler 2002).

Die dissoziative Identitätsalteration ist dabei von der normalen psychischen → *Multiplizität* (siehe Kapitel 1.3) abzugrenzen. Modelle menschlicher Multiplizität beschreiben das allgemeine Phänomen, dass jede Person, bei der Arbeit oder mit der Familie, unterschiedliche Persönlichkeitsanteile zeigt. Der Wechsel von einem zum anderen Persönlichkeitsanteil ist willentlich steuerbar, jedoch ebenso oft unbemerkt und automatisch und geschieht, um sich einer Situation anzupassen (Peichl 2002). So wechselt die privat eher scheue Schauspielerin mit Leichtigkeit in einen extrovertierten Anteil, um ihren Auftritt gut bewältigen zu können. Der strenge und erfolgsorientierte Chef wird zum verständnisvollen, geduldigen Vater, wenn er seinen Kindern die Hausaufgaben erklärt.

Identitätsalterationen, die in der klinischen oder traumapädagogischen Praxis anzutreffen sind, sind wahrscheinlich selten völlig unbedenklich, noch hochgradig dissoziativ. Sie bewegen sich auf einem Kontinuum irgendwo zwischen den extremen Endpunkten der alltagsadaptiven Multiplizität und der Dissoziativen Identitätsstörung.

Störungen der Wahrnehmung der eigenen Person oder der Umwelt (*Depersonalisations-* oder *Derealisationssymptome*) zählen ebenso zu den Dissoziativen Störungen der Identität. Bei einer *Depersonalisation* sind eigene Emotionen, das Erleben des eigenen Körpers und des eigenen Handelns vom aktuellen Bewusstsein abgespalten (Putnam 1997). Betroffene haben das Gefühl, sich selbst entfremdet oder unreal zu sein: Sie fühlen sich abge-

rückt von sich selbst, Gefühle und Gedanken werden nicht als die eigenen erlebt. Wenn sie sprechen und handeln, fühlen sie sich nicht an ihren Handlungen beteiligt. Dies kann so weit gehen, dass Betroffene den Eindruck haben, sich selbst von außen zu betrachten, als wären sie aus dem eigenen Körper ausgetreten und betrachteten sich von oben. Oder wie ein Mädchen es einmal ausdrückte: „Als wenn ich ein Geist wär, der auf mich runter schaut.“

So unangenehm diese Empfindungen auch sein mögen, in ihrem Ursprung haben sie eine schützende Wirkung. Während eines gewalttätigen Überfalls kann eine psychische Distanzierung vom eigenen Körperempfinden und den eigenen Emotionen die bedrohliche Situation erträglicher machen. Problematisch für die Betroffenen wird es erst, wenn solche Symptome auch außerhalb traumatischer Situationen, das heißt im Alltag, erlebt werden.

Steinberg (1995) unterscheidet noch zwei weitere Symptombereiche: die *Derealisation* und die *Identitätskonfusion*. Erlebt eine Person eine *Derealisation*, ist das Erleben ihrer Umwelt abgetrennt (dissoziiert) vom eigenen Ich-Bewusstsein. Die Umwelt, einschließlich wichtiger Personen, erscheint ihr fremd, unreal, nicht existent. Die betroffene Person fühlt sich abgerückt, als würde sie nicht an dem Geschehen um sich herum teilhaben („Alles passiert wie ein Film, der an mir vorüber zieht“). Emotionaler Kontakt zur Umwelt ist nicht mehr möglich. Auch diese Phänomene sind hilfreich in traumatischen und belastenden Situationen, da sie Distanz zum aktuell Erlebten schaffen. Sie sind jedoch sehr belastend, treten sie auch im Alltag auf. Aufgrund der Andersartigkeit dieser Zustände haben die Betroffenen – ebenso wie bei *Depersonalisationen* – häufig Angst, ihren Verstand zu verlieren. Dies kann ein Teufelskreis sein, da derartige Ängste den aktuellen Stress erhöhen und so die Symptomatik verstärken können. Umso wichtiger ist die Aufklärung über *Dissoziation* und die psychische Entlastung der Betroffenen.

Innerhalb einer *Identitätskonfusion* stehen Betroffene der eigenen Person mit Konflikten oder Unsicherheiten gegenüber und sind sich nicht sicher, wer sie sind. Ein Gefühl für die eigene Identität fehlt (Steinberg 1995).

3. passive Beeinflussung: Der Begriff *passive Beeinflussung* beschreibt nach Putnam (1994) das Gefühl, dass das eigene Verhalten von einer sich außerhalb der Person befindlichen Kraft beeinflusst wird. Die Willensbildung ist hier getrennt (dissoziiert) vom eigenen Erleben. Intensive Erfahrungen *passiver Beeinflussung* können sich dadurch äußern, dass die betroffene Person das Gefühl hat, gegen ihren Willen und in einer Art und Weise handeln zu müssen, die für sie selbst oder für andere schädlich ist. Manchmal erleben Betroffene dies auch als einen Kontrollverlust über bestimmte Teile des Körpers, die dann scheinbar einen eigenen Verstand und Willen entwickeln. Die Trennung der eigenen Handlungen vom aktuellen Ich-Bewusstsein

wusstsein ist in einer traumatischen Situation hilfreich, da der Betroffene sich nicht direkt mit der eigenen Handlung identifizieren muss (siehe auch *Automatisierung*). So werden beispielsweise bei einem von einem Elternteil mißbrauchten Kind sich selbst beschützende, aggressive Impulse gegenüber einem Täter von dem Gefühl der eigenen Willensbildung abgespalten, um eine positive spätere Bindung zu dem Versorgung garantierenden Erwachsenen aufrecht erhalten zu können (siehe auch *betrayal-trauma theory* S. 21, 22). Später entfremden diese Erlebnisse die Betroffenen vom eigenen Handeln und lösen Gefühle von unzureichender Kontrolle und Angst aus. Eine mögliche Erscheinungsform passiver Beeinflussung sind → auditorische Halluzinationen, d. h. Stimmen, die dem Betroffenen seine Handlungen diktieren (Putnam 1997). Solche Halluzinationen im Rahmen Dissoziativer Störungen unterscheiden sich insoweit von → psychotischen Halluzinationen, als dass sie meist als Stimmen innerhalb des Kopfes wahrgenommen werden, wobei psychotisch-auditorische Halluzinationen meist von externen Stimmen zu stammen scheinen. Dissoziative Personen sind sich im Gegensatz zu Psychotikern in der Regel bewusst, dass diese Stimmen nicht real sind, was die Angst verrückt zu werden, die viele Betroffene empfinden, noch verstärkt.

4. Absorption/Trance: Absorption beschreibt das Eintauchen in eine Tätigkeit, einen Gedanken, ein Musikstück etc. Alles andere ist aus dem Bewusstsein ausgeschaltet (Putnam 1997). Spontane Zustände von Trance sind oft bei Patienten mit Dissoziativer Störung zu beobachten, aber auch bei normalen Kindern und Jugendlichen. Sie stehen in Zusammenhang mit dem Prozess der Informationsverarbeitung sowie – vor allem bei Kindern und Jugendlichen – mit dem Prozess der Kreativität. So ist es beispielsweise möglich, in einer künstlerischen Arbeit völlig aufzugehen. Andererseits beschützt das Zurückziehen in eine eigene Gedanken- und Erlebenswelt sowie die Wahrnehmungsminderung oder -ausschaltung der äußeren Welt auch vor der unangenehmen und vielleicht bedrohlichen Realität. Ob tranceähnliche Zustände, wie sie unter anderem beim Meditieren, anderen religiösen Praktiken oder beim Tanzen erlebt werden, zu dissoziativen Phänomenen gezählt werden können, ist in der Fachwelt strittig.

Dissoziative Symptome gliedern sich nach Putnam in vier Bereiche:

1. Gedächtnisdysfunktionen (dissoziative Amnesie),
2. Störungen der Identität (Identitätsalteration, Depersonalisation, Derealisation, Identitätskonfusion),
3. passive Beeinflussung und
4. Absorption/Imagination.

Diese Beispiele zeigen, dass die Einteilung dissoziativer Phänomene zwar unterschiedlich ist, das Grundprinzip der Nicht-Assoziation bzw. Trennung jedoch jedem Symptom eindeutig zugeordnet werden kann. Das „Wegdriften“, das oft als Dissoziation beschrieben wird, kann offenbar Teil unterschiedlichster Phänomene sein. Es kann z. B. im Rahmen einer Depersonalisation, einer Trance, einer Absorption, einer Identitätsalteration oder eines Traumawiedererlebens auftreten. Welche Prozesse der Nicht-Assoziation krankheitswertig sind und welche unproblematisch, welche überhaupt dem Symptombereich der Dissoziation zugeordnet werden können, ist bisher nicht endgültig entschieden.

Ergänzend zu den dissoziativen Symptomgruppen definierte Putnam (1997) drei Arten dissoziativer Abwehrmechanismen. Im Gegensatz zur vorherigen Klassifizierung bezieht sich Putnam hierbei stärker auf die den dissoziativen Symptomgruppen zugrundeliegenden Mechanismen: Automatisierung, Kompartimentalisation der Information und des Affektes, und Identitätsalteration/Entfremdung vom Selbst.

1. Automatisierung: Normale Automatisierung von Verhaltensweisen hilft parallele mentale Aktivitäten zu bewältigen und die Aufmerksamkeit zwischen verschiedenen Aktivitäten zu wechseln, wie etwa gleichzeitiges Erledigen zweier Aufgaben – zum Beispiel eine Unterhaltung führen, während man Auto fährt (Putnam 1997). Sie ermöglicht ebenso, dass Menschen in einer lebensgefährlichen Situation ohne direktes Bewusstsein ihrer Taten handeln können: Die Tat und das Bewusstsein sind voneinander getrennt (Putnam 1997). Dies ähnelt einem „psychischen Totstellreflex“, etwa während eines erzwungenen, ungewollten sexuellen Aktes. Bei dissoziativ erkrankten Personen kann eine Automatisierung der Handlungsweisen auch in alltäglichen Situationen auftreten. Eine willkürliche Fokussierung der Aufmerksamkeitsprozesse auf die aktuelle Handlung ist nicht mehr möglich. Inwieweit alltägliche Automatisierung, wie etwa das gleichzeitige Ausführen zweier Tätigkeiten, zum dissoziativen Spektrum gezählt werden kann, ist bisher strittig.

2. Kompartimentalisation der Information und des Affektes: Kompartimentalisation bedeutet eine Isolation, d. h. Abtrennung von überwältigenden Affekten oder Erinnerungen vom aktuellen Bewusstsein und eine Separierung/Trennung von einzelnen Bewusstseisebenen (Putnam 1997).

So ist es zu erklären, dass von einem oder beiden Elternteilen sexuell missbrauchte oder körperlich misshandelte Kinder, trotz des Wissens um diese Erfahrungen, die positive emotionale Bindung an ihre Eltern nicht verlieren. Oft entsteht jedoch eine vollständige Amnesie für die Ereignisse. Eine kognitive Theorie zum Entstehen dissoziativer Phänomene, die *betray-*

al-trauma theory (Freyd 1994; 1996), nimmt an, dass solch eine Information – aufgrund des Schadens, den die Information auf das → Bindungssystem nehmen könnte – vom Bewusstsein des Kindes dissoziiert wird. Kinder „vergessen“ nach Freyd Missbrauch durch ihre Erziehungsberechtigten nicht aufgrund zu schmerzhafter Erinnerungen, sondern weil die notwendige Beziehung zu ihren Erziehungsberechtigten dadurch erhalten bleiben kann. Da diese Spaltungsprozesse nach Putnam (1997) häufig mit → zustandsabhängigem Lernen verbunden sind, können Erinnerungen oder Gefühle im Sinne von → Flashbacks häufig durch mit dem Ereignis assoziierte psychische Zustände oder → Hinweisreize wieder in das Bewusstsein gelangen. Sieht eine Person etwas (einen Hinweisreiz), das sie (unbewusst) an die Situation erinnert, so löst dies den damaligen Zustand und damit Erinnerungen an die damalige Situation aus.

3. Identitätsalteration oder Entfremdung vom Selbst: Identitätsalterationen und Entfremdungserlebnisse wurden bereits weiter oben in diesem Kapitel beschrieben.

Entfremdungserfahrungen führen in der Regel zu massiven Ängsten vor einem Selbstverlust, rufen Anspannung und ein Gefühl des Gequälts hervor. Diese Erlebnisweisen sind oft Ausgangsort selbstdestruktiver Verhaltensweisen und nach Putnam (1997) der einschneidendste und → pathologischste Abwehrmechanismus sowie das Kernsymptom pathologischer Dissoziation. Es kann jedoch hilfreich sein, in bestimmten Situationen ein anderes „Ich“ anzunehmen, das sich, etwa im Gegensatz zum Kernselbst, gut durchsetzen kann, oder – im Falle eines sexuellen Missbrauchs – die Peinigungen geduldig erträgt, während das eigentliche Ich von dieser Handlung nicht betroffen ist. Eine gewisse innere Vielseitigkeit ist nach den Modellen der menschlichen Multiplizität beim Menschen angelegt und damit völlig „normal“.

Dissoziative Abwehrmechanismen nach Putnam sind:

1. Automatisierung,
2. Kompartimentalisation des Affektes und
3. Identitätsalteration.

Somatoforme Dissoziation

Das Verständnis des ohnehin bereits schwer greifbaren Symptombereichs der Dissoziation wird durch neu hinzukommende Erkenntnisse häufig erst einmal erschwert. Auf lange Sicht hilft uns dies jedoch, die Ursachen und

Auswirkungen von Dissoziation zu verstehen. Inzwischen wird innerhalb der aktuellen Forschung der dissoziative Symptombereich nicht mehr bloß in Bezug auf inzwischen psychische dissoziative Phänomene betrachtet. Im Folgenden wird beschrieben, was unter somatischer, das heißt körperlicher Dissoziation verstanden werden kann:

Bereits Pierre Janet beobachtete, dass dissoziative Phänomene ihren Ausdruck sowohl

1. in *somatoformen* Störungen des Empfindens, der Bewegung, des Sprechens, des Sehens und des Hörens als auch
2. in *psychoformen* Störungen des Bewusstseins, des Gedächtnisses und der Identität finden (Nijenhuis 2006).

Die Neuentdeckung des Themenbereiches Dissoziation beschränkte sich jedoch lange Zeit auf die von Janet beobachteten psychoformen Manifestationen der Dissoziation, wie sie bisher in diesem Artikel beschrieben wurden. Den möglichen körperlichen Manifestationen dissoziativer Symptome wurde keine weitergehende Beachtung geschenkt. Auch wenn einige Studien eine große Häufigkeit zusätzlicher psychischer und körperlicher Beschwerden bei dissoziativen Patienten fanden, wurde dies nicht ausdrücklich als mit der Dissoziation zusammengehörig interpretiert (Nijenhuis 2006). Vielmehr wurden diese Symptome (und werden häufig noch immer) Konversions- oder Somatoformen Störungen zugeordnet. Neuere Untersuchungen von Ellert Nijenhuis rückten die Somatoforme Dissoziation wieder in das Zentrum des Interesses. Seine Forschung soll im Folgenden kurz dargestellt werden (die nachfolgenden Erläuterungen beziehen sich alle auf Nijenhuis 2006).

Somatoforme Dissoziation kann als partieller oder vollständiger Verlust der normalen Fähigkeit zur Integration somatoformer, d. h. körperlicher, Komponenten des Erlebens, Reagierens und Funktionierens beschrieben werden (Nijenhuis 2006).

Auch diesen Symptomen sind Trennungs- und Spaltungsprozesse zugrundeliegend, mit dem Unterschied, dass sie sich vor allem auf körperliche Erlebnisse beziehen. Somatoforme Dissoziation beschreibt dabei verschiedenste, häufig auch schnell wechselnde, körperliche Symptome, die jeweils ohne organische Ursache auftreten und durch medizinische Diagnosen oft nicht erklärbar sind, da sie sich teilweise völlig widersprüchlich zeigen. Ebenso wie bei der psychoformen Dissoziation entziehen sich diese Symptome dem „normalen Erleben“ und alltäglichen Verständnis von Psyche und Körper und werden als beängstigend, unkontrollierbar und irrational erlebt. Wie

bei der psychoformen Dissoziation sind die Symptome vielzählig und lassen sich ebenfalls auf den Prozess der Trennung und Abspaltung – diesmal auf Trennung von Körper, Bewusstsein, Wahrnehmung und Affekt – zurückführen.

Tabelle 1: Negative Symptome somatoformer Dissoziation nach Nijenhuis (2006)

1) Anästhesie

alle Sinnessysteme können durch eine Anästhesie gestört werden, einzeln, oder gleichzeitig

Kinästhetische und taktile Anästhesie/Analgesie

- Organische Anästhesie (Gefühl, dass der ganze Körper, Organe oder Teile davon „fehlen“)
- Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit bei Behalten des Berührungsempfindens)
- Taubheitsgefühle
- taktile Anästhesie (kein Berührungsempfinden)
- Kinästhetische Anästhesie (nicht Wahrnehmen von eigenen Bewegungen oder von Bewegungen, die andere mit dem eigenen Körper durchführen, wenn man es nicht sieht)

Visuelle Anästhesie/Wahrnehmungsveränderung

- (zeitweise) Blindheit
- Einschränkung des Gesichtsfeldes (z. B. Tunnelsicht, nur teilweise Wahrnehmung des eigenen Körpers oder von Objekten)

Auditive Anästhesie/Wahrnehmungsveränderung

- (zeitweise) Taubheit
- auditive Verfremdung (distancing)

Olfaktorische oder Gustatorische Anästhesie/Wahrnehmungsveränderung

- Verlust oder Verschlechterung des Geschmackssinns/Geruchssinns

2) Motorische Hemmungen/Verlust der motorischen Kontrolle

- allgemeine Lähmung
- Sprechbeschwerden/-unfähigkeit
- Erstarren des Körpers
- Schluckbeschwerden/-unfähigkeit
- willkürliche Bewegungen wirken unpräzise

3) Amnesie

4) weitere Funktionsverluste

- Schwierigkeiten beim Urinieren
- gestörtes Essverhalten: Appetitmangel und Unfähigkeit zu essen
- Impotenz
- Kein Gefühl für Hunger, Durst, Harndrang, Erschöpfung
- Abulie (Verlust des Willens)

5) Suggestibilität

- weitere Symptome können leicht induziert werden
-